

Bibliothèque numérique

medic@

**Archives internationales de
laryngologie, de rhinologie et
d'otologie**

*tome 1, 1887-1888. - Paris : G. Steinheil, 1887-1888.
Cote : 91092*

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES



IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES DE LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE

ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

FONDÉES ET PUBLIÉES

PAR

Le Docteur Albert RUAULT

Chef du service de la Clinique laryngologique
de l'Institution nationale des Sourds-Muets

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE MM.

Ch. BOUCHARD

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Institut (Académie des Sciences)
et de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

V. CORNIL

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec

**BALLET, BRISSAUD, DEBOVE,
DÉJERINE, HALLOPEAU, HANOT,
JOFFROY, LANDOUZY, LEGROUX,
Agrégés de la Faculté, Médecins des Hôpitaux;
BRAULT, CHANTEMESSE, COMBY,
FAISANS, GAUCHER, LETULLE,
TAPRET, Médecins des Hôpitaux.**

A. VERNEUIL

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Institut (Académie des Sciences)
et de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

U. TRÉLAT

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

**BOUILLY, BRUN, JALAGUIER,
Ch. MONOD, PEYROT, QUÉNU,
RECLUS, REYNIER, SCHWARTZ,
Paul SEGOND, TERRILLON, Agrégés
de la Faculté, Chirurgiens des Hôpitaux;
POIRIER, Agrégé de la Faculté; BAZY,
G. MARCHANT, PICQUÉ, ROUTIER,
Chirurgiens des Hôpitaux.**

~~~~~  
TOME I<sup>er</sup> — 1887-1888  
~~~~~

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

TOME I - 1897-1898

PARIS

LA REVUE DE LA REVOLUTION

REVUE DE LA REVOLUTION

TABLE DES TRAVAUX ORIGINAUX

I. — Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité et de l'arrière-cavité des fosses nasales ; par F. VERCHÈRE..	3
II. — Traitements antiseptiques de la diphtérie, par P. LE GENDRE..	15
III. — Polype en grappe de la fosse nasale droite, faisant saillie dans le naso-pharynx ; céphalalgie, douleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive ; extirpation de la tumeur par les voies naturelles, guérison, par A. JALAGUIER et A. RUAULT.....	49
IV. — De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes, par A. CARTAZ.....	55
V. — Sur une méthode de traitement de l'angine diphtérique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente, par E. GAUCHER.....	60
VI. — Épiglottite oedémateuse circonscrite primitive, par A. RUAULT.	68
VII. — Observations sur la pathologie des glandes salivaires (Fistule du canal de Sténon ; calculs du canal de Warthon), par A. BROCA.....	72
VIII. — Examen du larynx et du nez d'un lépreux, par A. RUAULT. .	79
IX. — L'eau naphtholée dans l'ozène et les rhinites purulentes, par A. RUAULT.....	93, 230
X. — Diphtérie et créosote, par A. LEGROUX.....	97
XI. — De l'ozène trachéal, par LUC.....	101
XII. — Quelques observations anatomiques sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, par A. BROCA.....	118
XIII. — A propos d'un nouveau procédé de traitement de la grenouillette par la ponction suivie d'injections avec une solution à 100/0 de cocaïne et à 1/10 de chlorure de zinc, par F. VERCHÈRE.....	132
XIV. — A propos de la ligature rubannée dans la palatoplastie, par TRÉLAT.....	145
XV. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne, par A. RUAULT.....	154
XVI. — A propos d'une question de priorité relative à l'ozène trachéal, par LUC.....	177
XVII. — Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue), par A. RUAULT.....	193
XVIII. — Nouvelle théorie de la voix humaine, par MOURA.....	207, 241
XIX. — Épithélioma intra-laryngé ; trachéotomie faite comme opération préliminaire avant la thyrotomie ou la laryngectomie ; pneumonie aiguë ; mort, par A. RUAULT.....	219
XX. — Lupus des voies aériennes supérieures avec intégrité de la peau, par LUC.....	269
XXI. — Le spasme glottique d'origine nasale, par A. RUAULT.....	289

TABLE ANALYTIQUE

- Aéroocèles du cou, 181.
 Alcool (Pulvérisations d') dans les maladies du nez, 342.
 Amygdales palatines, pharyngée, linguale (leur hypertrophie), 345.
 Amygdale (Abscess chronique dans un moignon d'), 237.
 Amygdale (de la langue ou quatrième amygdale), 193.
 Amygdale (Lymphadénome de l'), 185.
 Amygdalienne (Névropathies d'origine), 154.
 Amygdalite folliculaire, 287.
 Anévrysme de la crosse aortique, 280.
 Antipyrine (Propriétés hémostatiques de l'), p. 186.
 Arrière-bouche (Tumeurs malignes de l'), 42.
 Bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, 118.
 Blennorrhagique (Œdème de la glotte d'origine), 338.
 Cancer du larynx, 183, 231, 281.
 Céphalée (dans les végétations adénoïdes), 238.
 Céphalées de croissance, 236.
 Chloroforme dans la trachéotomie, 273.
 Cloison nasale (structure de ses saillies anguleuses), 280.
 Cloison des fosses nasales (Abscess chaud de la), 238.
 Cloison du nez (épaississements du cartilage quadrangulaire de la), 233.
 Cloison du nez (Déformation de la), 348.
 Corps étrangers des voies aériennes, 180, 190.
 Cou (Anomalie musculaire du), 184.
 Cou (Aponévroses du), 278.
 Créosote (dans la diphtérie), 97.
 Cutanées (Lésions — leurs relations avec les affections nasales profondes), 340.
 Diphtérie (Traitement par la cautérisation antiseptique), 60.
 Diphtérie (et créosote), 97.
 Diphtérie infectieuse, 275.
 Diphtérie (Traitements antiseptiques de la), 15.
 Enchondrome des fosses nasales, 283.
 Epiglottite (Action de l' — dans la déglutition), 85.
 Epiglottite œdémateuse, 68.
 Epistaxis génitale, 287.
 Epistaxis, 83.
 Epithélioma intra-laryngé, 219.
 Erysipèle des fosses nasales, 342.
 Erysipèle du larynx, 84.
 Eternuement, 187.
 Extirpation totale du larynx, 274.
 Fièvre de foin, 41 et 42.
 Fractures du larynx, 285.
 Galvano cautère (dans le traitement des voies aériennes supérieures), 85.
 Glandes salivaires (Observations sur la pathologie des), 72.
 Gomme ramollie du pharynx simulant un abcès rétro-pharyngien, 285.
 Grenouillette (Traitement de la), 112.
 Hay fever (Causes du), 41.
 Hémorragies périodiques des voies aériennes, 83.
 Hyoïde (fracture de l'os), 285.
 Hyoïdien (ossification de l'appareil), 278.
 Inhalateur automatique, 187.
 Intermaxillaire (Os), 277.
 Kyste dermoïde du plancher de la bouche, 184.
 Laryngite hypertrophique, 282.
 Laryngotomie (pour les corps étrangers), 180.
 Larynx (Extirpation du), 179.
 Lèpre (du larynx et du nez), 79.
 Linguale (Monohémiplégie avec localisation corticale), 341.
 Lupus du larynx, 269.
 Lymphadénome (du péricarde consécutif à un lymphadénome de l'amygdale), 185.
 Maxillaire supérieur (Résection du — pour l'ablation des polypes nasopharyngiens), 182.
 Muqueuse nasale (Hypertrophie de la), 187.
 Muscles laryngés (Contractilité des — après la mort et l'éthérisation), 343.

- Naphtol (dans l'ozène), 93.
 Nodules des cordes vocales, 239.
 Œdème aigu du larynx, 272.
 Œdème sus-glottique, 279.
 Œsophage (Rétrécissement de l'), 285.
 Ozène, 229.
 Ozène trachéal, 101, 177.
 Palais (Opérations plastiques du — chez l'enfant), 182.
 Palatoplastie (Ligature rubannée dans la), 145.
 Papillomes du larynx (traitement des), 83.
 Papillome téglangiectasique laryngien, 45.
 Paralysies des muscles laryngés, 189.
 Plaie du larynx, 272.
 Pneumocoques (dans la méningite suppurée), 183.
 Pneumocoques (dans le mucus nasal des sujets sains), 183.
 Polype mobile du larynx, 185.
 Polype naso-pharyngien (Résection temporaire de l'auvent nasal), 343.
 Polype du larynx (Expulsion spontanée), 339.
 Polype en grappe de la fosse nasale droite, etc., 49.
 Résorcine (Traitement du catarrhe nasal), 83.
 Rhinite vaso-motrice, 342.
 Rhumatismale (Laryngite), 83.
 Rhumatisme du larynx (Diagnostic d'avec tuberculose et syphilis), 83.
 Sous-glottique (région — du larynx), 338.
 Spasme glottique d'origine nasale, 289.
 Sphénoïdaux (Symptômes des maladies des sinus —), 235.
 Sténose nasale, 234.
 Streptocoques dans la salive des sujets sains, 276.
 Striduleuses (Laryngites — dans les végétations adénoïdes), 142.
 Syphilis laryngée (Coexistence avec tuberculose laryngée), 46.
 Syphilis du nez, 44.
 Syphilitique (Gomme — de l'aile du nez), 188.
 Syphilitique (Angine — précoce), 276.
 Trachéale (Fistule), 344.
 Trachéotomie (Suppression de la canule dans la —), 344.
 Trachéotomie avec chloroforme, 273.
 Trachéotomie (pour corps étrangers), 180.
 Trachéotomie (Ablation de la canule après la —), 143.
 Trachéotomie, 90.
 Tubage du larynx, 92, 274.
 Tubage du nez, 191.
 Tuberculeuse (Laryngite), 284.
 Tuberculose laryngée (curabilité et traitement), 88.
 Tuberculose laryngée (Diagnostic d'avec la syphilis et le rhumatisme), 83.
 Tuberculose laryngée (Traitement de la), 82.
 Tuberculose laryngée (Pathologie et traitement de la), 42.
 Tuberculose nasale, 90.
 Tumeurs récidivantes de l'arrière-cavité des fosses nasales, 3.
 Végétations adénoïdes (Céphalée guérie par leur extirpation), 238.
 Végétations adénoïdes et laryngites striduleuses, 142.
 Végétations adénoïdes (Persistance des troubles phonétiques après l'ablation des), 55.
 Voix humaine (Nouvelle théorie de la), 207.
 Voix (Troubles de la — dans la laryngite aiguë), 337.

TABLE DES AUTEURS

(Les chiffres gras indiquent les travaux originaux.)

- | | |
|----------------------------------|--|
| Ariza, 45. | Legroux, 97 . |
| Arnozan, 340. | Lennox-Browne, 42, 82, 83, 85. |
| Aysaguer, 86. | Lubet-Barbon, 189. |
| Balme, 345. | Luc, 101, 177, 269 . |
| Baratoux, 231, 233, 234. | Mackenzie (J.), 82. |
| Berger (de Graetz), 235. | Masse, 338. |
| Bernheim, 341. | Massei, 84. |
| Bories, 338. | Ménière, 238. |
| Boulloche, 280. | Meunier, 278. |
| Bouriant, 93. | Miot, 233. |
| Broca, 72, 118 . | Moldenhauer, 349. |
| Carmalt-Jones, 85. | Monod (Ch.), 273. |
| Cartaz, 55 , 90. | Morell Mackenzie, 89. |
| Casselberry, 83, 85. | Morestin, 283. |
| Castex, 42, 284. | Moura, 207, 241 . |
| Charazac, 89, 231, 238, 339. | Moure, 86, 87, 89, 188, 229, 231, 233, |
| Chatellier, 187, 229, 280. | 235, 236, 238, 337, 352. |
| Chauvel, 272, 273. | Netter, 183, 276. |
| Coomer, 85. | Noquet, 230, 237, 238. |
| Coupard, 87, 142, 229, 233, 234. | O'Dwyer, 86. |
| Cozzolino, 342. | Petit (L.-H.), 181. |
| Creswell-Baber, 342. | Polguère, 185. |
| Curtis, 84. | Porter, 83, 86. |
| Darier, 282. | Potiquet, 349. |
| Demons, 179. | Quénu, 273. |
| Delacour, 344. | Rankin, 82. |
| Després, 273. | Reclus, 273. |
| Desvernine, 86. | Renault (Paul), 90. |
| D'Heilly, 274. | Renault, 279. |
| Du Castel, 276. | Roe, 85. |
| Du Cazal, 272. | Rosenthal (I.), 348. |
| Dumoret, 285. | Ruault, 49, 68, 79 , 86, 87, 93, 154 |
| Dupond, 44. | 187, 193, 219, 230 , 231, 232, 289 . |
| Eaton, 84. | Schiffers, 237, 238, 342. |
| Emmet (Th. A.), 344. | Schnitzler, 46. |
| Erhmann, 182. | Schurly, 83. |
| Fauvel, 87. | Schwartz, 273. |
| Feréol, 275. | Sebileau, 278. |
| Fletcher-Ingals, 82, 83. | Secchi, 342. |
| Fontan, 182. | Segond (P.), 273. |
| Gaucher, 60 . | Semeleder, 84. |
| Gellé, 235, 238. | Solis Cohen, 83. |
| Gillis, 277. | Stern, 85. |
| Girode, 281. | Stockton, 83, 84. |
| Goodwillie, 191. | Stoerk, 92. |
| Gouguenheim, 86, 87, 231. | Surmont, 187. |
| Guinard, 184. | Terrier, 273. |
| Hénocque, 186. | Thomas (H.), 41, 85. |
| Heryng, 88, 237, 238. | Thorne, 85. |
| Hontang, 285. | Thrasher, 83. |
| Jalaguier, 49 . | Tihifany, 343. |
| Jelennfy, 343. | Tissier, 183, 287. |
| Joal, 236, 287. | Trélat, 145 . |
| Klingensmith, 42. | Vacher, 87, 229. |
| Koehl, 143. | Verchère, 3, 132 |
| Labbé (Léon), 180. | Villar, 185. |
| Lacount, 190. | Villemin, 184. |
| Le Dentu, 273, 274. | Wagnier, 239, 342. |
| Le Gendre, 15 . | Wertheimer, 187. |

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

AVANT-PROPOS

Les *Archives de laryngologie et de rhinologie*, dont nous présentons aujourd'hui le premier numéro au public médical, s'occuperont de sujets se rattachant aux affections des fosses nasales, du pharynx, du larynx et des organes connexes. Les progrès que la pathologie et la thérapeutique de ces régions ont réalisés depuis quelques années sont assez considérables pour justifier l'existence de publications périodiques spéciales. Déjà il existe en France deux journaux traitant de ces questions en même temps que des maladies de l'oreille ; nous avons pensé que près d'eux il y avait place pour un autre recueil qui, laissant de côté l'otiatrice, fit une plus large part aux affections de la bouche et du cou. Tel est le but de notre publication, qui contiendra des mémoires et des faits originaux, des revues critiques et des analyses de travaux français et étrangers ayant trait aux déterminations des maladies générales et aux affections locales portant sur les organes ci-après : nez, fosses nasales, sinus, cavité naso-pharyngienne, pha-

rynx, voile du palais et amygdales, bouche et ses dépendances, larynx, œsophage, trachée, cou. On voit que, malgré son titre un peu exclusif, notre recueil embrassera une partie assez étendue de la médecine et de la chirurgie. Nous voulons, en effet, faire un journal qui s'adresse aussi bien aux médecins et aux chirurgiens qu'aux spécialistes, qui vulgarise chez les premiers les connaissances dues aux seconds, et tienne constamment ceux-ci au courant de toutes les questions qui les intéressent. Nous avons fait notre possible pour atteindre ce but. Nous nous sommes assuré non seulement le précieux concours d'hommes considérables dans la science, mais encore la collaboration régulière d'un groupe de médecins, de chirurgiens et de spécialistes qui, réunis en comité de rédaction, ne négligeront rien pour maintenir notre publication dans la voie que nous nous sommes tracée. Le nom de notre éditeur, M. G. Steinheil, est garant des soins qui seront apportés à la partie matérielle de ce nouveau recueil.

A. RUULT.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS CERTAINES TUMEURS RÉCIDIVANTES DE LA CAVITÉ ET DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES.

Par le Dr **F. Verchère**,

Ancien chef de Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

Depuis longtemps la question de l'intervention dans les tumeurs des fosses nasales a été discutée et en partie résolue. Je ne veux pas revenir sur tous les procédés que l'on a proposés, mis en usage, abandonnés puis repris pour les classer définitivement parmi les documents pour servir à l'histoire de la chirurgie. Leur nombre est en rapport avec les difficultés en face desquelles se trouve placé l'opérateur, et aussi avec la connaissance de l'évolution des tumeurs à enlever.

Il y a, après l'intervention, à considérer et le résultat opératoire et le résultat thérapeutique. Quel que soit le mode opératoire, l'habileté du chirurgien et le pansement antiseptique assurent dans tous les cas la guérison de *l'opération*. Qu'importe la longueur des incisions, les résections que l'on fut forcé de faire, la gravité des délabrements, la réunion aseptique par première intention ou le pansement antiseptique ouvert, éloignent toute complication et rendent simples les opérations en apparence graves et autrefois presque toujours mortelles.

Au point de vue opératoire le seul danger, et il est sérieux, n'a trait qu'à l'hémorrhagie immédiate, terrible, parfois foudroyante. L'écoulement du sang en masse pendant l'ablation ou le curage de certains polypes naso-pharyngiens, l'impossibilité de saisir par la forcipressure les vaisseaux ouverts, l'abondance énorme de cet écoulement sanguin sont autant

d'éléments avec lesquels il faut compter et qu'il est à peu près impossible de prévoir avant d'avoir mis l'instrument tranchant dans la tumeur elle-même. Mais il est alors trop tard, et les exemples ne sont pas rares où le chirurgien a pu voir avec terreur son malade succomber sur la table d'opération sans qu'il ait pu se rendre maître de l'écoulement sanguin.

Cet accident, avons-nous dit, ne survient que lorsqu'on attaque la tumeur elle-même par l'instrument tranchant; les opérations préliminaires ne présentent pas ce danger redoutable qui est le plus grave et nous dirons presque le seul. Pour y remédier on a presque toujours recours à une méthode lente détruisant progressivement la tumeur que l'on a rendue accessible par des opérations préliminaires. C'est alors qu'il faut mettre en pratique ce principe émis par le professeur Verneuil et défendu dans la thèse récente de Métaxas Zani, ayant pour titre : *De la cure en deux temps de certaines tumeurs de la face*. Mais peut-on généraliser et faut-il maintenir le même principe pour toutes les tumeurs indistinctement, nous ne le croyons pas, et il faut distinguer certaines classes de tumeurs, ainsi que l'a fait M. Metaxas Zani. C'est au diagnostic qu'on doit avoir recours pour régler la conduite à tenir.

On a divisé les tumeurs en deux classes, les tumeurs bénignes non récidivantes et les tumeurs malignes récidivant toujours ou ne récidivant que pendant un temps de leur évolution. La région des fosses nasales est, en effet, le siège par excellence des tumeurs qui entraînent à des thérapeutiques différentes suivant leur nature. Nous n'entendons parler, cela est évident, que des tumeurs pour lesquelles une opération préliminaire est nécessaire. Les tumeurs bénignes telles que adénomes naso-pharyngiens (Th. de Chatellier), les myxomes, polypes muqueux, accessibles au chirurgien par la voie naturelle doivent être examinées, opérées et surveillées par la narine antérieure et postérieure. Certaines tumeurs à récides fréquentes, et à marche envahissante (sarcomes) peuvent aussi être surveillées et opérées par les

narines. Il suffira de les détruire aussi longtemps qu'on le pourra par une série d'opérations aussi complètes que possible faites par la narine.

Mais dans les cas où une opération préliminaire a été nécessaire pour atteindre la tumeur, deux méthodes sont en présence :

1° Enlever toute la tumeur, méthode extemporanée, puis refermer la brèche faite pour l'atteindre ou la maintenir ouverte pour surveiller la récurrence ; 2° employer la destruction lente et progressive par une série d'opérations moins graves, et répétées par l'ouverture préliminaire maintenue béante.

Les polypes naso-pharyngiens sont justiciables de ces divers modes opératoires. C'est pour eux que la méthode extemporanée présente ces graves dangers d'hémorrhagie dont j'ai parlé. Ce sera donc à la méthode lente qu'il faudra avoir recours. La plaie pour les atteindre n'aura plus besoin d'être aussi considérable et la voie palatine sera suffisante pour arriver jusqu'à eux. C'est celle suivie par Manne d'Avignon, qui se contentait de l'incision médiane et antéro-postérieure du voile du palais ; de Dieffenbach et Maisonneuve, qui faisaient une boutonnière palatine ; d'Adelmann et Nélaton qui incisaient le voile et y ajoutaient la résection de la voûte palatine. Il suffira de laisser ouverte cette voie qui d'elle-même s'écarte largement pour détruire progressivement toutes les parties de la tumeur que l'on peut atteindre, par une suite de cautérisations au thermo-cautère, ou à l'aide d'un acide puissant, acide chromique ou de chlorure de zinc. Ainsi pas de dangers d'hémorrhagie, pas de risques de déformation de la face et possibilité d'attendre l'âge où, ainsi que l'ont démontré Gosselin, Duplay, Verneuil, les polypes naso-pharyngiens ne récidivent plus ou quelquefois diminuent spontanément. C'est alors seulement que l'on pourra penser à réparer la perte de substance palatine. C'est pour eux que la cure en deux temps des tumeurs rend les plus grands services.

Mais d'autres tumeurs malignes et récidivantes, qui n'ont à

aucun moment de leur évolution tendance à disparaître ou à s'arrêter, demandent-elles à être traitées de même? M. Métaxas Zani semble encore l'admettre dans sa thèse; je crois qu'il est certains cas où, malgré la récurrence obligée, redoutée mais certaine, il faut réparer néanmoins l'ouverture créée par l'opération préliminaire, quitte à être forcé de la recommencer pour une nouvelle ablation, si l'on ne peut après avoir enlevé une première fois toute la tumeur, surveiller le point d'implantation et, par les narines postérieure et antérieure, détruire de loin en loin toute tendance à la récurrence, au moyen de cautérisations ou de grattages.

On laisse aux malades l'illusion d'une guérison complète et on leur épargne pendant les mois, quelquefois les années qu'on leur laisse à vivre, l'ennui et la douleur de promener à tous les yeux une ouverture large et béante au milieu de la face, utile, il est vrai, pour le chirurgien, mais qui est un objet d'horreur pour tous ceux qui les approchent. C'est ainsi que j'ai cru devoir faire pour un malade que j'ai eu récemment à soigner, et j'en rapporterai l'observation pour la rapprocher d'une autre dans laquelle le maintien de la brèche opératoire pour une tumeur de nature différente a été suivi du meilleur résultat.

Ces deux observations sont deux exemples des plus instructifs de la conduite différente que l'on doit tenir suivant la tumeur à laquelle on a affaire, et montrent comment des procédés distincts peuvent donner des résultats également bons.

Après ces deux observations, je donnerai les quelques conclusions que l'on peut tirer des considérations qui précèdent.

OBS. I (INÉDITE). — *Polype naso-pharyngien. — Incision palatine. — Cautérisation et destruction lente et progressive par le thermo-cautère. — Guérison.*

Le nommé Vig... Albert, âgé de 23 ans, est entré le 16 décembre 1885 à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, 3 (service de M. le professeur Verneuil).

Depuis un an à peu près V..., fort et vigoureux, s'est aperçu de la présence d'une tumeur dans la narine du côté droit. Cette tumeur survint sans phénomènes douloureux. La narine était obstruée et ne permettait pas le passage de l'air; puis survinrent des déformations qui allèrent en s'accroissant, et lorsque le malade se présente à l'hôpital on constate les lésions suivantes : le nez est élargi; en examinant la narine du côté droit on constate profondément la présence d'une saillie rougeâtre, lisse, dure, arrondie, occupant toute la narine, les os propres du nez déformés en avant sont saillants. En faisant ouvrir la bouche on constate un abaissement très notable du voile du palais. Celui-ci est immobile et pendant les mouvements de déglutition, l'immobilité est complète. Avec le doigt introduit au-dessus du voile on constate la présence d'une tumeur arrondie, rénitente dans toute ses parties; il est impossible de sentir un pédicule; toute la face postérieure de l'arrière-cavité est en contact ou en continuité parfaite avec la tumeur et on ne peut la contourner.

La paroi antérieure du sinus du maxillaire est repoussée en avant et fait une saillie très prononcée. En explorant la sensibilité on ne trouve pas d'anesthésie. Il n'y a donc pas de compression du nerf sous-orbitaire. Le prolongement sous-maxillaire forme en haut la paroi inférieure de l'orbite. L'œil est saillant et présente un degré accusé d'exophtalmie. Pas de troubles de la vision, mais difficulté pour joindre les deux paupières au-dessus de l'œil saillant.

On ne trouve en aucun point de la tumeur de battements, pas de phénomènes de compression du côté des vaisseaux, rien du côté de l'encéphale.

On ne peut songer à faire une ablation totale de la tumeur. Il faudrait faire la résection du maxillaire et on s'exposerait, par suite de la large base d'implantation probable de la tumeur, à avoir une hémorrhagie peut-être mortelle.

M. Verneuil préfère tenter la cure lente après l'incision préliminaire du voile du palais et de la voûte palatine. Le 11 janvier 1886, incision au thermo-cautère du voile du palais antéro-postérieur, sur la ligne médiane; puis décollement de la muqueuse recouvrant la voûte palatine et trépanation de celle-ci. La perforation donne un peu de sang et nécessite un léger tamponnement avant qu'on puisse aller plus loin. Au bout de quelques minutes le sang s'arrête, et on peut avec une pince de Liston sectionner d'un coup la voûte osseuse.

Dès ce moment on peut voir très facilement le polype. Le malade est reporté dans son lit. Les jours suivants on constate l'écartement progressif et spontané des deux lèvres de l'incision palatine, si bien qu'à

un moment donné, la cloison naso-buccale n'est plus représentée que par deux petits bourrelets antéro-postérieurs le long des arcades dentaires, et de l'isthme du gosier.

Le 25 janvier M. Verneuil commence à attaquer le polype lui-même. Avec le thermo-cautère il pratique une série de ponctions profondes dans la tumeur. Celles-ci ne sont pas douloureuses, et il n'est pas nécessaire d'endormir le malade. Pas d'hémorrhagie. Lorsque la tumeur a été ainsi perforée en plusieurs endroits et présente de larges excavations, on introduit dans les excavations des tampons imbibés d'acide chromique. Le traitement est ainsi continué pendant 3 mois et demi. Les cautérisations au thermo-cautère sont répétées tous les quinze jours à peu près et dans l'intervalle sont faits les attouchements à l'acide chromique. Au mois de juin la tumeur pharyngienne est complètement détruite et on ne trouve plus sur les côtés du pharynx que deux petites masses noires escharifiées. L'apophyse basilaire sur laquelle était implantée la tumeur est fortement excavée. A son niveau et surtout vers la paroi supérieure de l'ancienne cavité, merveilleusement visible par la large brèche du voile du palais, on aperçoit des mouvements d'expansion et de battements isochrones aux pulsations cardiaques.

Ce nouveau phénomène arrête le traitement et les cautérisations sont suspendues. L'état général du malade est excellent, la respiration se fait facilement par les fosses nasales. Au mois de juillet on constate que les battements ont diminué de force, et n'existent plus guère que vers la partie inférieure du point d'implantation de la tumeur. Les eschares sont en grande partie tombées.

Le malade sort au mois d'août. La tumeur n'a pas complètement disparu, mais elle n'existe plus dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Les prolongements seuls doivent persister dans l'antre d'Highmore.

Après une absence de plus de six mois, le malade revient à l'hôpital. A ce moment il n'est plus reconnaissable. La saillie de la paroi antérieure du maxillaire, et l'exophthalmie ont en grande partie disparu, les deux côtés de la face sont très sensiblement semblables, et en examinant la brèche palatine, on peut constater que le fond de la cavité pharyngienne est libre de toute tumeur. La surface saillante de l'apophyse basilaire est remplacée par une excavation assez profonde, conservant encore une teinte gris noirâtre, sans battements.

La brèche palatine est restée béante et considérable. La réparation autoplastique de cette cloison est ajournée. Afin de laisser le temps confirmer la guérison définitive.

Que faut-il conclure de ce fait? Qu'il est bon de n'opérer les tumeurs de la nature de celle dont nous venons de rapporter l'histoire que par la méthode lente; qu'il est nécessaire de laisser par conséquent la brèche causée par l'opération préliminaire largement ouverte; que l'on peut espérer de voir les prolongements privés de leur pédicule, s'atrophier, diminuer, et même disparaître; enfin, que l'âge aidant, on peut en toute sécurité attendre le moment où l'on n'a plus à craindre la récurrence pour opérer la restauration de la perte de substance.

OBS. II. — *Sarcome globo-cellulaire des fosses nasales et de l'arrière-cavité du pharynx. — Curage. — Récurrence. — Double ablation après opération préliminaire. — Récurrence. — Curage.*

M^{me} D...., est une jeune femme de 35 ans, forte et vigoureuse, ayant toutes les apparences de la santé la plus florissante. Elle vint à la consultation de l'hôpital de la Pitié au mois d'octobre 1885. Elle se plaignait de quelques épistaxis peu abondantes et d'enchifrènement qui depuis trois mois n'avait pas disparu. En l'examinant rapidement je trouve une saillie irrégulière, rougeâtre, bourgeonnante, occupant la fosse nasale du côté droit et saignant facilement au moindre contact d'un stylet introduit très doucement pour apprécier la consistance de la tumeur.

Je conseillai alors très vivement à la malade d'entrer à l'hôpital, elle y consentit et entra le 3 novembre 1885, salle Lisfranc, lit n° 9 (service de M. le professeur Verneuil).

On l'examine de nouveau, mais comme elle était accouchée six semaines auparavant et qu'elle n'a pas eu son retour de couches, on lui conseilla, ne voulant pas intervenir chez une femme en état puerpéral, d'attendre ses premières règles. Celles-ci viennent 3 semaines après, et la malade rentre à l'hôpital le 10 décembre 1885. On enlève avec la pince à polypes quelques fragments de la tumeur, et l'on peut ainsi en grande partie dés-obstruer la narine. A la suite de cette ablation partielle la malade rend en se mouchant une quantité considérable de végétations analogues à celles que l'on a enlevées avec la pince.

Dès lors pensant qu'elles étaient peu adhérentes et qu'il serait facile de les entraîner avec un tampon promené dans la narine, M. Verneuil après avoir endormi la malade, introduit par la narine postérieure une queue de cerf-volant dont l'extrémité antérieure est attirée par la narine antérieure (l'introduction a été faite par le procédé classique employé

pour le tamponnement postérieur des fosses nasales), puis par un mouvement de va-et-vient facile à exécuter, on fait passer et repasser à frottements durs des tampons dans la cavité nasale, qui entraînent avec eux les végétations implantées sur les parois muqueuses. Cette opération fut exécutée sans autre incident qu'une légère coupure par le fil du bord postérieur du voile du palais, dont la petite plaie guérit rapidement.

A la suite de ce *ramonage* de la narine, la respiration redevint libre et la malade put sortir se croyant complètement guérie, le 21 décembre 1885. A ce moment, à l'examen rhinoscopique antérieur on ne constatait qu'une rougeur vive de la muqueuse, qui saigne facilement, mais en aucun point on n'aperçoit de végétations.

Au mois de juin 1886 elle revient dans le service de la Pitié. Les épistaxis légères ont repris deux mois après sa sortie, puis peu après la narine s'est de nouveau bouchée, et on peut constater avec le spéculum nasi, la reproduction de la tumeur.

Désirant faire une opération plus radicale, M. Verneuil pour se donner du jour, après anesthésie, fait une incision descendant sur l'arête du nez puis obliquement la termine au niveau de l'angle antérieur de l'ouverture nasale du côté droit. On peut ainsi rabattre fortement en dehors toute la paroi molle externe du nez et il est possible à l'œil et à l'instrument d'avoir accès dans la fosse nasale. Avec la curette de Volkmann, M. Verneuil racle et cure toute la paroi externe et aussi la paroi supérieure, sur laquelle se trouvent implantées des végétations.

Celles-ci forment une masse irrégulière, anfractueuse, à la cassure elles sont grenues, grises; le point d'implantation saigne abondamment et ce n'est que par le tamponnement répété à deux ou trois reprises que l'on peut continuer l'opération. (L'examen histologique montre que l'on a affaire à un sarcome à petites cellules rondes.)

Le nez est recousu au crin de Florence, et une compresse imbibée de liqueur de Van Swieten est constamment maintenue humide au niveau de la ligne de suture.

La réunion par première intention réussit d'une façon idéale et la malade sort le 25 juin 1886, ne conservant qu'une légère ligne rougeâtre permettant de reconnaître le siège de l'incision.

La malade est revenue le 20 juillet. La ligne de cicatrice est à peine perceptible avec beaucoup d'attention. Depuis quelques jours quelques gouttes de sang sont perdues lorsque la malade se mouche.

Au mois de septembre de la même année les légères épistaxis ont reparu, et de légers battements se font sentir au niveau de la racine du

nez, la malade dit que « cela cogne sans cesse ». A l'inspection on constate une exulcération en haut et en dehors, en dedans de l'os propre du nez. En ce point à la pression douleur très notable.

Le 20 octobre la récurrence est manifeste et on peut apercevoir des végétations de la grosseur d'un pois vers la face profonde de la narine droite. Celle-ci est en partie obstruée et la gêne de la respiration reparait.

M. Verneuil fait faire au niveau des végétations des cautérisations avec l'acide chromique. A la suite chute d'une sorte de polype fongueux qui libère la narine.

Malgré la cautérisation la tumeur fait de rapides progrès et au mois de février 1887 je revois la malade dont la narine est à ce moment complètement obstruée. Les battements sont plus violents au niveau de la racine du nez. Il est possible de constater en ce point une saillie formée par les os propres soulevés et déformés. Si l'on applique le doigt on peut y constater la présence des mouvements d'expansion et des battements très notables. La pression est douloureuse.

Par l'examen rhinoscopique on constate que toute la narine est remplie par une tumeur irrégulière, d'aspect rougeâtre. L'air ne peut passer.

Après quelques lavages antiseptiques, et des pansements permanents à l'iodoforme, je me décide à intervenir (la malade ayant préféré être opérée chez elle).

Aidé de MM. Walther et Boiffin, prosecteurs, après anesthésie, je fis l'incision de l'ancienne cicatrice, due à la première intervention. Puis pour agrandir encore le champ opératoire, et aussi pensant que les os propres sont envahis, je fais avec une pince de Liston une section verticale au niveau de l'union des deux os propres, qui, luxés en dehors, sont détachés ainsi qu'une écaille. Au-dessous je trouve la tumeur. Celle-ci remplissait toute la fosse nasale. Avec le bistouri j'énuclée tout ce que je peux atteindre, mais sur la paroi supérieure, je constate un envahissement s'étendant très loin en arrière, de même en dehors je vois un prolongement pénétrant dans l'antre d'Highmore, dès lors avec la pince je résèque la face interne du maxillaire supérieur et je pénètre dans sa cavité. Hélas! sur toute la paroi de celle-ci existait une série de productions, analogues à celles qui remplissaient le nez. Avec la curette, et le doigt servant de conducteur pour détruire bien exactement le lieu d'implantation des pédicules, je parviens néanmoins à nettoyer très complètement toute la cavité du maxillaire.

Revenant à la paroi supérieure que je ne pouvais atteindre qu'avec la curette tranchante, je me mis à gratter très fortement d'arrière en avant,

ramenant à chaque coup de curette des masses de productions, et j'allai ainsi jusqu'à ce que je sentis les os formant la paroi supérieure craquer sous ma curette, j'en enlevai même quelques fragments. En arrière et en dehors je fus forcé d'aller jusqu'au bord postérieur du voile du palais.

Je passe sous silence toutes les interruptions que nous fûmes forcés de subir pour permettre à un tamponnement léger d'arrêter le sang qui à chaque coup de curette venait remplir la cavité naso-maxillaire que nous avions créée; nous félicitant à tout instant de la précaution que nous avons prise de faire, dès l'abord que la malade avait été endormie, le tamponnement postérieur des fosses nasales avec un *énorme tampon rectangulaire de ouate iodoformée*. Grâce à cette précaution, nous n'eûmes à aucun moment de sang dans les voies aériennes ou digestives. Pour son introduction, nous avons eu quelques émotions et le passage du tampon détermina pendant quelques secondes des phénomènes d'asphyxie notables et rapides qui disparurent dès qu'il fut complètement assujéti.

Après avoir fait un lavage soigné du lieu opératoire avec de la liqueur de Van Swieten, je bourrai toute la cavité avec une queue de cerf-volant de gaze iodoformée dont je fis sortir l'extrémité par la narine antérieure, puis reconstituai le nez par une série de points de suture au crin de Florence. Une compresse de sublimé fréquemment humectée fut maintenue en permanence sur le nez.

Les jours suivants, la malade se plaignait de gêne et de douleurs dues à la présence du tampon postérieur que j'avais soigneusement laissé à demeure pour assurer l'hémostase.

Je ne le retirai que le quatrième jour. Il n'avait *aucune odeur* et je pus laisser en place les tampons antérieurs beaucoup moins gênants, et dont l'ablation aurait pu désunir la ligne de suture au niveau de la narine en la distendant.

Le sixième jour j'enlevai les points de suture. La guérison superficielle était complète. Je renouvelai les tampons iodoformés et fis introduire chaque jour des mèches de gaze iodoformée.

La malade n'a jamais eu de fièvre. La température n'a jamais dépassé 37°,5.

On pouvait espérer une guérison complète. Malheureusement la malade est venue me retrouver 3 mois après, après avoir de nouveau présenté de légères épistaxis, et j'ai pu constater par la rhinoscopie postérieure et antérieure, qu'il existait au niveau de la partie postérieure et supéro-externe de la fosse nasale une légère récurrence du volume d'un gros haricot.

Dès lors étant données les faibles dimensions de la tumeur, je me résolus à une opération moins grave. Après avoir anesthésié à la cocaïne

la fosse nasale au moyen d'un tampon laissé à demeure pendant 1/4 d'heure, je pus facilement avec la curette, promenée sévèrement au point malade, détruire ce début. Les suites en furent simples.

Je me propose maintenant de maintenir en observation tous les 15 jours, tous les mois au plus cette malade, et de surveiller tous les points de récurrence. En ne permettant pas à la tumeur de prendre un gros volume, je pourrai ainsi la trouver toujours accessible, et il ne sera plus nécessaire de faire de nouveau une grave opération pour la débarrasser de cette grave affection, qui heureusement n'a pas de tendance à la généralisation.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces deux faits en apparence et réellement dissemblables ? Comment légitimer la conduite que nous avons tenue dans le second cas, étant donnés les bons résultats qu'avait donnés l'application d'un principe opposé dans le premier.

On avait affaire dans les deux cas à des tumeurs récidivantes et pour toutes deux il était nécessaire de faire une opération préliminaire pour obtenir une ablation radicale de la tumeur. Enfin pour toutes deux il était nécessaire de pouvoir surveiller la récurrence.

Examinons les conditions différentes dans lesquelles nous nous sommes trouvés et nous verrons qu'en réalité dans les deux cas nous avons cherché un but analogue par des moyens différents.

Chez le premier malade la voie palatine donnait une large brèche par laquelle il était possible d'atteindre la tumeur, chez le second malade le même principe a conduit M. Verneuil d'abord et nous ensuite à ouvrir largement le nez sur la ligne médiane. L'excision totale, immédiate chez le premier eut été dangereuse, il était possible, sans laisser le malade avec une difformité choquante, de détruire lentement la tumeur et de surveiller par cela même la récurrence, qui a un moment donné devait devenir problématique pour bientôt ne devoir plus être redoutée.

En était-il de même chez la seconde malade ? On pouvait enlever immédiatement toute la tumeur, et c'est ce qui fut fait. Était-on autorisé à laisser le nez béant pour atteindre

tous les points suspects qui pouvaient se présenter dans les fosses nasales ; je ne le crois pas, et M. Verneuil ne l'a pas pensé non plus ; malgré toutes les raisons, légitimées du reste par l'événement, que l'on avait de craindre la récurrence, on ne pouvait laisser cette malheureuse, jeune encore, avec une plaie béante, qui l'aurait astreinte à garder la chambre, et qui l'eût empêché de se montrer sous peine de faire horreur et pitié. Il était donc nécessaire de faire la suture du nez, quitte ainsi que cela s'est présenté à être forcé de faire de nouveau une opération préliminaire lorsque la tumeur prendrait un trop gros volume pour être accessible par la narine et malgré la surveillance possible à exercer ainsi que cela a été fait plus tard.

Est-ce à dire en effet qu'il sera toujours nécessaire de recommencer la grande opération de la section nasale. Je ne le crois pas et pour l'éviter il suffira de surveiller souvent, très souvent, et très attentivement la cavité nasale, par des examens répétés tous les quinze jours et tous les mois, et d'attaquer ainsi au fur et à mesure qu'ils se présenteront les points suspects dès leur apparition, lorsqu'ils sont encore de peu d'étendue. C'est à cette condition seulement qu'on peut accepter la conduite que nous avons tenue en refermant la voie ouverte par l'opération préliminaire.

Cette discussion, peut sembler longue mais elle montre combien il faut être réservé dans l'énoncé d'un principe et combien peut et doit varier la conduite du chirurgien suivant les cas en face desquels il se trouve.

Les conclusions que nous tirons de ces deux faits sont un peu différentes de celles qu'a données M. Métaxas-Zani dans sa thèse récente et c'est pour cela que nous les avons publiées.

Dans tous les cas où une tumeur, siégeant dans la cavité nasale où dans l'arrière cavité des fosses nasales, est inaccessible par les voies naturelles, il faudra avoir recours à une opération préliminaire.

Voie palatine pour les polypes naso-pharyngiens et incision médiane du nez pour les tumeurs des fosses nasales.

La voie palatine devra rester largement ouverte pour poursuivre la destruction lente des polypes naso-pharyngiens; elle n'amène que peu de difformité et à un moment donné la récurrence pouvant ne plus se produire il sera possible de fermer la voie artificielle.

La voie nasale pour les tumeurs récidivantes des fosses nasales devra être fermée après leur ablation pour ne pas créer une difformité repoussante chez les malades, surtout chez celles qui sont condamnées à une récurrence presque fatale, sous condition expresse de surveiller cette récurrence par la rhinoscopie très fréquemment et de détruire tous les débuts de récurrence, avant que le volume de la tumeur récidivée en ait rendu tous les points inaccessibles; si ce dernier cas survenait, réinciser sur la cicatrice, recommencer, l'opération préliminaire faite une première fois sera préférable au maintien de la difformité horrible, repoussante, infligée aux malades qui auraient à la garder jusqu'à ce qu'ils succombent, s'ils sont atteints de tumeurs repullulant indéfiniment.

REVUE CRITIQUE

TRAITEMENTS ANTISEPTIQUES DE LA DIPHTHÉRIE ⁽¹⁾

Par le Dr **P. Le Gendre,**

Chef de clinique adjoint de la Faculté pour les maladies des enfants.

De tous les traitements préconisés contre la diphthérie, ceux qui ont l'antisepsie pour base doivent seuls nous occuper ici.

Notre tâche sera d'énumérer rapidement les médicaments qui ont été employés contre la diphthérie à titre d'antisept-

(1) Extrait en partie d'un *Traité d'antisepsie médicale, chirurgicale et obstétricale*, par MM. LE GENDRE, BARETTE et LEPAGE, en préparation chez Steinheil, éditeur.

tiques, en insistant sur quelques-uns qui paraissent plus dignes d'attention, ou qui ont plus particulièrement préoccupé le public médical dans ces derniers temps.

MERCURIAUX

Dans un article fort érudit (1), comme tous ceux qu'il signe, M. Ch. Eloy a rappelé les noms des médecins qui, il y a bien longtemps, se servaient du mercure dans la diphthérie, avec un but autre que l'antisepsie; en faisant des insufflations de poudre de précipité rouge ou de calomel, en cautérisant avec le nitrate acide de mercure, en faisant vomir avec son sulfate, en demandant une action fondante, contro-stimulante ou purgative aux mercuriaux suivant les doses auxquelles ils les employaient, les observateurs antérieurs à la période contemporaine faisaient, comme cela s'est vu souvent, de l'antisepsie sans le savoir, l'antisepsie des surfaces accessibles, et peut-être même l'antisepsie du milieu intérieur.

Depuis que les médecins, convaincus, à peu près tous, de l'étiologie microbienne de la diphthérie, ont orienté résolument leur thérapeutique vers l'antisepsie, la grande puissance microbicide du mercure et de ses composés les signalait d'une façon spéciale à leur attention. Aussi, après avoir remis successivement à l'essai toutes les préparations mercurielles antérieurement employées, a-t-on appelé à la rescousse celles qui avaient été négligées comme trop incommodes ou trop dangereuses à manier.

Sublimé.

Burrow, en 1864, administrait par cuillerées à café et d'heure en heure une solution aqueuse de sublimé à la dose quotidienne de trois à quatre grains (0,18 à 0,24 centigrammes).

En 1879, *Lynn* prescrivait, 0,003 milligrammes de bichlorure toutes les trois heures.

(1) Gazette hebdomadaire, 1887.

En 1881, *W. Pepper* faisait connaître, dans une conférence au Congrès de l'association des médecins américains, la pratique d'un médecin des environs de Pittsburg : elle consistait à donner méthodiquement une dose de un quart de grain à un demi-grain (1 centigr. $1/2$ à 3 centigr.), suivant l'âge des enfants. Ce traitement interne par le sublimé s'est répandu vite en Amérique sous le nom de traitement de Pepper ; il a reçu l'approbation de Burckhard, Hoyan, Mourraile, Forsyth, Mays, Garrow, Stuard.

Jacobi considère que le mercure donné au début de l'angine diphthérique prévient l'envahissement du larynx. Il emploie des solutions à 1 p. 3000 et 1 p. 5000 et dit que des enfants très jeunes peuvent supporter une dose quotidienne de 0,03 centigrammes.

Herr (de Philadelphie) donne aux enfants au-dessous de 10 ans $1/10$ à $1/16^e$ de grain de sublimé toutes les deux heures.

J. Kaulich a employé le sublimé de toutes les façons.

Avec une solution à 1 p. 1000, il badigeonne le pharynx et lave la plaie de la trachéotomie. — Avec une solution forte à 15 p. 1000, il fait faire des inhalations. — Enfin il utilise l'absorption pulmonaire en faisant pulvériser dans les voies aériennes de l'eau albumineuse tenant en suspension 1 à 2 centigr. A l'intérieur, Kaulich administre chaque jour aux jeunes enfants 0,005 de sublimé enrobé dans 100 gr. d'un excipient formé de jaune d'œuf, sirop de sucre et cognac. Il augmente la dose avec l'âge.

C'est aussi pour ménager la susceptibilité du tube digestif et favoriser l'absorption du sublimé que Rothe a proposé la formule suivante :

Eau distillée.....	120 gr.
Teinture d'aconit.....	1 à 2 gr.
Chlorure de sodium.....	} aa 0,05 cent.
Pepsine.....	
Bichlorure d'hydrargyre	0,01 à 0,15 cent.
Une cuillerée à café d'heure en heure.	

Korcinski a institué une manœuvre qui a pour but d'utiliser le sublimé à l'état naissant. Dans un premier temps, le malade se gargarise ou on lui badigeonne la gorge avec une solution de chlorure de sodium à 5 ou 10 p. 100. Dans un second temps on insuffle rapidement du calomel en poudre sur les parties malades, ce qui donne lieu à une production de sublimé à l'état naissant.

Le résultat local serait très avantageux : on verrait la fausse membrane se rider, se contracter, puis se détacher en 36 heures. En outre, on espère qu'une certaine quantité de sublimé, déglutie avec la salive, peut produire de l'antiseptie générale.

Hugo Schulz (de Greifswald) a proposé les injections hypodermiques de sublimé. *Jacobi* les pratique avec une solution à 1 p. 1000 à la dose d'une seringue Pravaz.

Parmi les plus chauds partisans du sublimé, citons *Rudolph Canstatt* (de l'Uruguay), fils du professeur d'Erlangen, qui n'a jamais perdu, dit-il, de diphthéritique depuis qu'il badigeonne toutes les heures, avec une solution à 1 p. 10,000, les parties atteintes.

W. Thollon est aussi partisan du sublimé à haute dose.

Calomel.

Guersant et *Bretonneau* l'employaient à doses altérantes, comme on disait alors.

Schorts (de Ludington), en 1883, a proposé de revenir au calomel. C'est à dose énorme (3 grammes par jour), mais en prises espacées, chez un enfant de moins de cinq ans, qu'il l'a donné.

Cyanure de mercure.

Erichsen, en 1877, l'ayant administré à l'intérieur, en même temps qu'il faisait des attouchements du pharynx avec la teinture d'iode, aurait eu 23 guérisons sur 25 cas de diphthérie.

Annuschat fait prendre nuit et jour, par cuillerées à thé toutes les heures, une potion contenant 0,10 à 0,40 centigr. de sel mercuriel dans 100 gr. d'eau de menthe poivrée. D'autres, en continuant l'administration interne du cyanure d'hydrargyre, substituent les attouchements avec le benzoate de soude ; sur 20 cas, 3 décès seulement.

Rolhe, en 1881, s'est proposé de rendre le cyanure moins irritant pour les muqueuses en l'associant à la teinture d'aconit. Il emploie la formule suivante :

Eau distillée.....	60 gr.
Teinture d'aconit.....	1 gr.
Cyanure d'hydrargyre.....	0,02 cent.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Schultze, en 1883, vante les bons effets du cyanure qu'il administre à la dose de 1 à 4 drachmes par jour au moyen d'une solution contenant 0,01 centigr. de sel mercuriel pour 120 gr. d'eau.

On a, plus récemment, proposé d'essayer, comme pour la syphilis, le *peptonate* et l'*albuminate de mercure*.

On a parlé encore du *phénate* et du *salicylate* de mercure.

Frictions mercurielles.

Nicolas et *Couch* avaient fait autrefois des frictions jusqu'à salivation. *Autenrieth*, *Roth*, *Bartels* en ont fait aussi, et, en 1873, *Randchfluss* les conseillait de nouveau.

iodoforme

L'iodoforme a été préconisé par *Leichtenstern* en 1881 ; puis expérimenté par *Korach* (de Cologne), par *Iesemann* (en Russie), par *Benzan* (de Vienne), *Voje* (aux Etats-Unis), *Max Herz*.

Les procédés d'utilisation ont été les suivants. Badigeonnages six fois par jour avec une solution à 1 p. 10 ; — ou avec un mélange d'iodoforme, de baume de tolu et d'éther :

Ether.....	25 gr.
Baume de tolu.....	5 gr.
Iodoforme.....	2 gr. 50

Pulvérisations sèches, toutes les heures dans les cas graves, ou toutes les deux heures avec la poudre d'iodoforme (1 p.) et de sucre (3 p.) au moyen de l'appareil de Galante (*Iesemann*).

Attouchements avec un fort pinceau chargé de la poudre.

Crayon d'iodoforme solidifié au moyen de la gélatine ou de la glycérine et de la gomme arabique (*Iesemann*).

Les résultats statistiques ont été les suivants :

Korach : sur 112 cas, mortalité de 7 p. 100. Cet auteur n'a jamais noté d'intoxication, tant qu'il n'a pas dépassé 0 gr. 50 d'iodoforme par jour.

Benzan : sur 6 cas (1 enfant, 5 adultes), 6 guérisons.

Voje : sur 24 cas, 6 décès ; 3 des malades n'ayant été vus qu'*in extremis*.

Frichwald, à la clinique infantile de Widerhofer, a eu de moins bons résultats : sur 26 malades, 10 décès.

Les partisans de l'iodoforme vantent surtout ses bons effets locaux : chute rapide des fausses membranes, qui n'ont pas de tendance à se reproduire ; suppression de l'odeur fétide, anesthésie des parties touchées par le médicament. — Mais un nombre au moins égal d'observateurs, et nous sommes de ceux-là, ont vu les fausses membranes se développer parfaitement sous l'iodoforme. Quant à l'effet général, il est nul et probablement même fâcheux.

LE BROME ET LES BROMURES

Ozanam avait vanté le brome sous forme d'eau bromée. On use aujourd'hui surtout des bromures. *Hiller* (1) l'emploie en badigeonnages et en inhalations, parce qu'il lui attribue le pouvoir de s'opposer au développement des organismes végétaux. Avec la solution suivante :

(1) *France médicale*, 1^{er} avril 1884.

Brome pur.....	} aa 0,50 à 1 gr.
Bromure de potassium.....	
Eau distillée.....	200 gr.

il fait badigeonner le pharynx toutes les deux ou trois heures ; on se sert pour les inhalations de la même solution diluée d'un tiers.

Peyraud (de Libourne) a vanté les insufflations de bromure de potassium pulvérisé.

SOUFRE ET SULFURES

Barbosa (de Lisbonne) a fait 3 à 4 fois par jour des insufflations de *fleur de soufre* non lavé qui, au contact de l'eau, donne une réaction légèrement acide. En outre le gargarisme suivant est donné.

Huile d'amandes douces.....	180 gr.
Fleur de soufre.....	2 gr. 50

Rilliet et Barthez préconisaient le *sulfure de potasse* à l'intérieur, aux doses de 5 à 10 centigr. au-dessous de 2 ans, de 0,10 à 0,20 centigr. chez les enfants plus grands, et de 1 gr. en 24 heures chez les adultes, l'excipient pouvant être un looch, de l'eau sucrée ou de la poudre de réglisse pour la forme pilulaire.

Le *sulfure de calcium* a été beaucoup vanté dans ces derniers temps. Il est vrai qu'il a été rarement employé seul.

Brondel (d'Alger) l'unit au benzoate de soude ; — *Galicier* (de Versailles), à la digitaline. Ce dernier donne toutes les heures, jusqu'à sédation des symptômes graves, une pilule contenant :

Sulfure de calcium.....	0 gr. 05 centig.
Digitaline.	} aa 0 gr. 001 millig.
Arséniate de quinine	

Pour les enfants la dose est moitié moindre.

ACIDE SALICYLIQUE ET SALICYLATE DE SOUDE

C'est *Letzerich* qui a préconisé l'acide salicylique contre la diphthérie. D'après lui, l'inoculation à des lapins des micro-organismes diphthérogènes (il est probable qu'il n'a pas vu les microbes que, depuis les travaux de Loeffler, on incline à regarder comme pathogènes) devenait innocente, lorsque le liquide chargé de microcoques avait été préalablement additionné d'acide salicylique. Il conseillait donc des gargarismes avec : acide salicylique, 1 gr., eau, 250 gr. ; — des badigeonnages avec une solution à 1/100 — et à l'intérieur 0 gr. 30 d'acide salicylique toutes les deux heures.

Hanow, Wagner, Fontheim ont donné l'acide salicylique associé au phosphate de soude.

Ory (France médicale, 1884) fait, avec un très gros pinceau de charpie, des badigeonnages de l'arrière-gorge avec la solution suivante :

Eau distillée.....	100 gr.
Glycérine.....	10 gr.
Eau de laurier-cerise.....	1 gr.
Acide salicylique.....	0 gr. 30

C'est une solution concentrée, qui tient souvent en suspension des cristaux non dissous.

Le salicylate de soude a reçu l'approbation de *G. Sée*, de *Bergeron*; *Weber* (de St-Petersbourg) lui attribuait la guérison dans une série de 19 cas graves.

Schüler a contesté l'efficacité de l'acide salicylique, en s'appuyant sur la statistique suivante : sur 79 cas de diphthérie, les malades étant âgés de 7 mois à 30 ans, 41 furent traités par le chlorate de potasse, 6 morts; 23, par l'acide phénique, 1 mort; 15, par l'acide salicylique, 7 morts.

Henoch n'a pas été plus heureux.

BENZOATE DE SOUDE

C'est aussi *Letzerich* qui l'a lancé à la suite d'expériences

faites par *Graham-Brown* dans le laboratoire de *Klebs*. Il citait, il y a quelques années, une statistique de 24 enfants et 3 adultes traités par le benzoate de soude, et sur lesquels un jeune enfant seul avait succombé.

Au-dessous d'un an, *Letzerich* prescrivait :

Eau distillée.....	} aa 40 gr.
Eau de menthe.....	
Sirop d'écorces d'oranges.....	10 gr.
Benzoate de soude.....	5 gr.

Une demi-cuillerée à bouche toutes les heures.

Les doses étaient, pour une potion de 140 grammes et par jour, suivant les âges : de 1 à 3 ans, 7 à 8 gr. ; — de 3 à 7 ans, 8 à 10 gr. ; — chez les adolescents, 10 à 15 gr. ; — chez l'adulte, 15 à 25 grammes.

Hoffmann a cité douze succès par cette méthode. Mais *Guandige* (de Vienne) a eu 8 morts sur 17 enfants.

ACIDE BORIQUE ET BORAX

L'acide borique a été employé en gargarismes et en irrigations, associé à la glycérine (*Atkinson*) : acide borique, glycérine, eau distillée, parties égales ; — en badigeonnages fréquents (*Hanies*), plus de 100 cas ; — acide borique, borax et glycérine (*Allan Jamieson*).

En raison de sa toxicité presque nulle, c'est le plus commun des antiseptiques pour les irrigations ; *M. Hutinel* s'en sert avec prédilection.

CHLORAL

Vanté à diverses reprises (*Barduzzi*, *Rohitansky*), ce médicament vient d'être préconisé tout dernièrement par *M. A. Mercier* (de Besançon), dans une brochure intitulée : *Angine couenneuse (croup), sa guérison en 48 heures par le chloral*. Notre confrère fait prendre au malade, par cuillerées toutes les demi-heures, 2, 3, 5 grammes de chloral, suivant l'âge, en se servant du sirop de chloral du Codex

(à 1/20). Pour que la gorge reste imprégnée de chloral, on donne au malade ses boissons ordinaires avant le sirop, ce qui d'ailleurs prévient les douleurs d'estomac.

Au bout de 24 heures, dit M. Mercier, il n'y a jamais le moindre changement dans l'état du malade. Au bout de 48 heures, les fausses membranes ont complètement disparu (!). Chez les personnes à peau très blanche, à cheveux très blonds, les fausses membranes peuvent ne disparaître que le troisième jour (??).

M. Mercier incline à admettre que le chloral pourrait bien agir en pareil cas comme antiseptique général : « Le délai de 48 heures, nécessaire pour la guérison, s'expliquerait par cette hypothèse : c'est qu'il faudrait précisément ce temps pour amener à saturation l'économie entière, considérée comme terrain de culture du microcoque ».

ACIDE LACTIQUE

On connaît les formules de Bricheteau et d'Adrian.

Pour pulvérisations :

Eau.....	500 gr.
Acide lactique.....	5 gr.

En gargarisme :

Eau.....	100 gr.
Sp. d'oranges.....	30 gr.
Acide lactique.....	5 gr.

En collutoire :

Glycérine.....	60 gr.
Acide lactique.....	3 gr.

ACIDE OXALIQUE

L'acide oxalique a été employé à l'intérieur et à l'extérieur. Voici des formules de Cornillon ; à l'intérieur :

Infusion de thé vert.....	130 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	30 gr.
Acide oxalique.....	1 gr. 50

Une cuillerée à bouche de trois heures en trois heures.

En même temps on fait prendre au malade la tisane suivante :

Eau	1.000 gr.
Feuilles fraîches d'oseille.....	150 gr.

En badigeonnages on emploie la solution :

Eau distillée.....	20 gr.
Acide oxalique.....	1 gr.

Ou bien :

Glycérine.....	100 gr.
Acide oxalique.....	1 gr.

RÉSORCINE

La résorcine retirée, comme l'acide phénique, du goudron de houille, n'en diffère que par un équivalent d'hydrogène en moins, et un équivalent d'oxygène en plus.

M. *Leblond* a préconisé un mélange de résorcine et de glycérine à 1 p. 15 pour faire des badigeonnages toutes les 2 heures. M. *Fraigniaud* (à 4 p. 30), M. *J. Besnier* ont publié des observations favorables.

M. *H. Callias*, qui a étudié d'une manière toute particulière les applications multiples de la résorcine, a insisté surtout sur les bons résultats qu'elle donne dans la diphthérie de la gorge et du larynx ou les accidents diphthéritiques des plaies.

Il conseille de commencer les badigeonnages des plaques diphthéritiques avec une solution aqueuse de résorcine à 5 p. 100, additionnée d'un peu de glycérine neutre et aseptique, et de les continuer toutes les heures même chez les plus jeunes enfants ; si les résultats avantageux tardent à se manifester, augmenter la dose jusqu'à 10 p. 100.

En solution plus concentrée, la résorcine doit être appliquée moins fréquemment et par le médecin seul ; mais celui-

ci ne doit pas redouter de produire des eschares, la résorcine étant beaucoup moins caustique que l'acide phénique. En même temps, M. Callias fait pratiquer des pulvérisations d'une solution à 2 p. 100 pendant deux ou trois minutes toutes les deux heures, ou plus souvent dans les cas graves.

Sur les plaies diphthéritiques, on doit appliquer des compresses permanentes imbibées d'une solution de 1 à 2 p. 100 et recouvertes de taffetas gommé; M. Callias emploie aussi une pommade à l'iodoforme et à la résorcine dans la même proportion.

QUINOLINE

Ce produit, extrait du goudron de houille, après avoir été employé dans la chirurgie dentaire, a été essayé comme topique contre la diphthérie par *Donath*, comme tartrate de quinoline, en solution au cinquantième et au vingtième.

C'est un corps assez vivement caustique; aussi les attouchements doivent-ils être espacés.

Il a été employé encore par *Otto Seiffert*, *Unruh* (de Dresde), avec une mortalité de 17 p. 100.

ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

La térébenthine, essayée depuis assez longtemps, avait été à peu près abandonnée. Elle a repris un regain de faveur lorsqu'on a su que Koch avait constaté la perte de la vitalité des bacilles et même des spores du charbon à la dose de 1 p. 75000 d'essence de térébenthine.

On l'a employée, à l'intérieur en attouchements, en inhalations.

Hampeln (de Riga), en la donnant par cuillerées à café, pensait avoir sauvé un enfant presque mourant.

Satlow donne aux enfants une cuillerée à café, aux adultes une cuillerée à soupe, deux fois par jour. Il n'a eu qu'un décès sur 43 cas.

Lunin (de Saint-Pétersbourg) a donné 10 gouttes toutes les deux heures, soit à peu près 8 grammes par jour. Sur 23 enfants, mortalité, 43 p. 100.

Hübner l'incorpore à un mucilage pour irriter moins le tube digestif. Ses inconvénients sont en effet l'irritation de l'estomac, de l'intestin et des voies urinaires (albuminurie, hématurie, strangurie).

Le procédé de *Delthil* (de Nogent-sur-Marne) nous arrêtera davantage, à cause du grand retentissement qu'il a eu.

Le 25 mars 1884, M. Delthil communiquait à l'Académie « un traitement spécifique de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz ». — Mode opératoire : placer dans la chambre du malade des plats très larges contenant 1 kilogr. de goudron de gaz, sur lequel on verse sept à huit cuillerées d'essence de térébenthine et environ 100 gr. d'huile de cajeput et on allume ; il est prudent de mettre le récipient dans un autre plus grand en cas de rupture du premier. Il suffisait, disait M. Delthil, de brûler en moyenne 200 gr. de goudron et 60 gr. d'essence de térébenthine toutes les deux ou trois heures, en espaçant ultérieurement les séances de combustion au fur et à mesure de l'amélioration, pour faire disparaître rapidement les fausses membranes, les empêcher de se reproduire et préserver l'entourage de la contagion.

Le 9 mai 1884, M. Féréol rapportait, à la Société des hôpitaux, un cas de succès, qui l'avait frappé d'autant plus qu'il s'agissait d'une de ses parentes et que dans la même famille trois personnes traitées autrement avaient succombé. Dans la même séance on citait aussi un cas de guérison obtenu par un médecin de l'Isère et par le Dr Dusaussay, ainsi que l'opinion d'un vétérinaire d'après qui les vapeurs carburées auraient une action curative ou préventive sur la diphthérie des gallinacés.

M. Delthil fut prié par les médecins de l'hôpital Trousseau d'appliquer lui-même son traitement sur les malades

du pavillon de la diphthérie; mais, au bout de quelques jours, M. Delthil se retira. L'expérience fut continuée par M. Cadet de Gassicourt qui, au mois de mai 1886, venait en dire le résultat à la Société des hôpitaux.

Il a insisté sur un point préliminaire que ne doivent jamais perdre de vue les médecins qui expérimentent des traitements contre le croup. C'est que le croup peut guérir sans intervention, tant qu'il n'a pas dépassé la période des accès de dyspnée; pour affirmer l'efficacité d'un traitement, il faut donc que la guérison se soit produite à la période de tirage permanent. Mais il ne faut pas non plus confondre avec le tirage permanent le tirage passager qui suit les accès de suffocation.

Le traitement de M. Delthil a été expérimenté à l'hôpital Trousseau dans les conditions suivantes. Dans une petite pièce, sur un foyer situé à l'angle le plus éloigné du lit, on faisait évaporer le mélange de deux tiers de goudron de houille et d'un tiers de térébenthine.

L'action directe des vapeurs de goudron et de térébenthine a été nulle sur des fausses membranes placées dans une capsule et exposées à ces vapeurs pendant plusieurs heures et même un jour. Elles s'étaient seulement colorées en noir. Au contraire, on a pu constater que des fausses membranes, placées comparativement dans l'eau de chaux, s'y désagrégeaient peu à peu.

En éliminant les cas d'angine diphthérique sans croup, les cas toxiques d'emblée, ceux où la trachéotomie était urgente ou prochaine, les malades soumis au traitement de M. Delthil se divisent en trois catégories: ceux qui étaient à la période d'asphyxie, et qu'il a fallu opérer tous; ceux qui étaient au début du tirage permanent (12 malades); ceux qui, ayant eu des accès de suffocation, ont guéri sans trachéotomie (7 malades), mais pour lesquels la preuve de l'utilité du traitement de M. Delthil ne peut être admise pour les raisons énumérées plus haut.

Or, pour les 12 enfants de la deuxième catégorie, 12 fois

l'opération est devenue nécessaire, et pas une seule fois on n'a noté la plus légère amélioration. Au contraire, le plus souvent, la fumée noire et épaisse a augmenté la toux et les accès de suffocation.

On a soumis au traitement un enfant trachéotomisé ; un quart d'heure après, la canule était absolument obstruée par le charbon et il fallait retirer non seulement la canule interne à chaque instant, mais plusieurs fois l'externe. A l'autopsie de cet enfant, qui avait de la bronchite pseudo-membraneuse, on trouva de la poussière de charbon jusqu'au dernières ramifications bronchiques.

Il ressort, d'ailleurs, des expériences faites par le Dr Frémont, ancien interne de M. Lannelongue, que, chez des lapins et des cobayes trachéotomisés et soumis aux fumigations Delthil, on trouve des traînées de charbon non seulement dans les bronches, mais dans le tissu cellulaire sous-pléural, dans les alvéoles, et des noyaux de broncho-pneumonie développés promptement autour des amas charbonneux.

M. Cadet de Gassicourt ajoute que, dans le seul cas où le traitement ait paru réussir, l'enfant, qui avait semblé à l'interne de garde atteint de croup, a été reconnu, le lendemain, simplement affecté de laryngite striduleuse.

Il y aurait, en résumé, même de l'optimisme à dire que le traitement de M. Delthil ne fait ni bien ni mal.

Au Congrès de Nancy, l'année dernière, M. Delthil disait pourtant que son traitement lui avait donné 126 guérisons sur 134 malades, et qu'il avait, grâce à ses vertus prophylactiques, permis seulement 3 cas de contagion bénins sur 670 personnes ayant assisté les malades. Outre les fumigations, M. Delthil fait des badigeonnages réitérés à l'essence de térébenthine.

A propos du traitement de M. Delthil, M. Bouchut a rappelé que, depuis 15 ans, le traitement auquel il s'était arrêté consistait en injections antiseptiques de *coaltar saponiné*, toutes les heures, et en fumigations antiseptiques fai-

tes dans la chambre avec du goudron additionné d'essence de térébenthine, de thymol, d'acide phénique.

ACIDE PHÉNIQUE

Essayé contre la diphthérie dès que Lemaire eût fait connaître ses propriétés antiseptiques, l'acide phénique a toujours, sous une forme ou sous une autre, tenu une grande place dans le traitement de la diphthérie. Nous allons donner quelques détails sur les plus récents modes d'emploi.

Parmi les applications de la méthode antiseptique et notamment de l'acide phénique au traitement de la diphthérie, il convient de signaler d'une façon particulière celle que M. Renou (de Saumur) a préconisée en 1883. La méthode de M. Renou n'a peut-être pas semblé nouvelle, parce qu'elle ne fait appel à aucun médicament nouveau. M. Renou a seulement proposé de substituer la *vaporisation* de substances antiseptiques, employée à l'exclusion de toute autre intervention, à la *pulvérisation* de ces substances habituellement usitée comme simple adjuvant des autres procédés thérapeutiques. Le spray antiseptique d'acide phénique, d'eucalyptus, de thymol, de sublimé, d'acide salicylique fait en effet partie de l'ensemble des moyens généralement combinés depuis quelques années dans le traitement de la diphthérie. Mais il est certain que son efficacité est à peu près nulle ; le brouillard phéniqué ou aromatique ne dépasse probablement guère l'isthme du gosier et, d'ailleurs, si fréquentes qu'on suppose les pulvérisations dirigées sur la gorge du malade, elles n'auront jamais qu'une action intermittente.

L'élévation de la température de l'air augmentant sa capacité hygrométrique, M. Renou a pensé qu'en maintenant suffisamment élevée la température d'une chambre de malade on peut espérer saturer cette atmosphère limitée de vapeurs antiseptiques et porter celles-ci jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien.

M. Renou installe son malade dans une chambre convenablement aérée et ventilée, pas trop vaste, et y maintient une température de 20° à 22° centigrades. Si la pièce est grande, on peut, au moyen de paravents et de couvertures, y circonscrire un espace de moindre dimension pour y placer le malade et concentrer la vapeur sur la tête de celui-ci au moyen d'un rideau entourant le fourneau vaporisateur et la tête du lit. La vaporisation est effectuée au moyen d'un ou deux petits fourneaux de cuisine à pétrole, portant une ou deux casseroles ; celles-ci contiennent environ deux litres d'eau en ébullition, dans laquelle on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique	280 gr.
Acide salicylique	56 gr.
— benzoïque.....	112 gr.
Alcool rectifié.....	468 gr.

Chaque cuillerée représente 5 gr. d'acide phénique, 2 gr. d'acide benzoïque, 1 gr. d'acide salicylique, de sorte qu'en 24 heures on vaporise en moyenne 40 gr. d'acide phénique, 16 gr. d'acide benzoïque, 8 gr. d'acide salicylique. On peut d'ailleurs proportionner la quantité de substances antiseptiques vaporisées à la gravité du mal, au cubage atmosphérique de la chambre et aussi à l'âge du malade. Celui-ci doit rester dans le milieu saturé de vapeurs antiseptiques jusqu'à la disparition entière des accidents et, s'il a été trachéotomisé, jusqu'à cicatrisation de la plaie. On l'alimente le plus possible ; on lui donne les toniques et les stimulants d'usage : café, vin, cognac, mais on ne touche pas à la gorge. On ne fait ni badigeonnages, ni irrigations, ni cautérisations, ni arrachement des fausses membranes. Quand l'indication de la trachéotomie existe, on opère.

Lorsque notre confrère, M. Renou, que tout le monde s'accorde à considérer comme un médecin instruit, sage et bon observateur, a fait connaître en 1883 à la Société de

médecine d'Angers cette méthode, appliquée depuis un an seulement par lui et ses confrères de Saumur, il citait 15 angines diphthériques graves avec ou sans croup, avec ou sans trachéotomie, sur lesquelles on comptait 13 guérisons. On pouvait croire seulement à une série heureuse. Mais, depuis cette époque, M. Renou et ses confrères de Saumur ont continué à obtenir de beaux résultats.

D'autres médecins de la région de Nantes ont fait connaître des succès encourageants, et tout dernièrement notre ami et ancien collègue d'internat à l'hôpital des Enfants, P. Geffrier (d'Orléans), dont nous apprécions le talent d'observation et l'esprit critique, vient d'inspirer une thèse très favorable à la méthode de M. Renou, thèse qui a été soutenue récemment devant la Faculté de Paris par M. le Dr Daniel Paterne.

M. Paterne n'a pas employé exactement la formule du mélange de M. Renou (de Saumur). Il a gardé l'acide phénique seul, laissant de côté l'acide benzoïque et l'acide salicylique. — L'acide salicylique en pulvérisations provoque la toux d'une façon gênante. — Après avoir démontré que c'est sur l'emploi des antiseptiques que tout traitement de la diphthérie doit reposer, et cité les principales médications ayant l'antiseptie pour base qui ont été usitées jusqu'à ce jour, l'auteur défend la supériorité de la méthode des vaporisations sur les autres modes d'administration des antiseptiques, en disant que ceux-ci sont par ce moyen plus facilement administrés, plus sûrement et plus rapidement absorbés.

M. Paterne ajoute que les vaporisations antiseptiques agissent de deux façons, et par la vapeur d'eau, et par l'agent antiseptique.

Il rappelle que beaucoup de médecins considèrent une atmosphère chaude et humide comme un adjuvant précieux dans le traitement d'un grand nombre d'affections des voies aériennes ; les vaporisations semblent déterminer une sécrétion plus abondante des muqueuses et une expectoration plus aisée, et combattent l'élément spasmodique en agissant

sur les terminaisons nerveuses. Par les inhalations de vapeur d'eau chaude, Aberlin (de Stockholm) a vu tomber la mortalité de la bronchite capillaire des enfants de 48 à 18 p. 100 (*J. de méd. et de chir. pratique*, 1872). Parrot conseillait les bains de vapeur dans l'asthme ; Graves et M. Peter ont fait ressortir l'utilité qu'il y a à prescrire l'évaporation de grandes cuvettes d'eau bouillante près des enfants atteints de laryngite striduleuse. W. Budd, Archambault, d'Espine et Picot ont vanté l'air chaud et humide, les inhalations de vapeur d'eau dans le traitement du croup.

Quant au choix de l'antiseptique véhiculé par la vapeur d'eau, M. Paterne accorde jusqu'à nouvel ordre la préférence à l'acide phénique: « Les succès de la chirurgie listérienne dit-il, le désignaient d'avance à l'expérimentation ; les résultats qu'il nous a donnés sont trop encourageants pour que nous songions à le rayer de notre formule. »

Ainsi, au lieu de la solution des acides phénique, benzoïque et salicylique dont M. Renou a donné la formule, M. Geffrier et M. Paterne ont employé la solution phéniquée forte de Lister à 50 p. 1000, additionnée de quelques feuilles sèches d'eucalyptus.

Si nous récapitulons le bilan de la méthode des vaporisations antiseptiques, nous apprenons que la statistique de M. Renou, au mois d'août 1886, comprenait 48 cas bien constatés de diphthérie avec ou sans croup et il ne comptait que 8 décès ; 22 trachéotomies lui avaient donné 16 guérisons. M. le Dr Barthélemy, à Nantes, sur 17 cas de diphthérie, dont 11 avec croup, n'a compté que 6 décès.

M. le Dr Couëtoux (de Blain), sur 43 observations de diphthérie avec ou sans croup, compte seulement 7 décès.

Dans l'épidémie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, relatée par M. Paterne, sur 30 cas de diphthérie des voies aériennes dont 29 avec croup, il y a eu 24 guérisons et 6 décès. Presque tous ces cas ont présenté un caractère nettement infectieux et les complications pulmonaires ont été fréquentes. Toutefois les observations ne signalent pas de diphthéries à bubons. Pra-

tiquée 23 fois, la trachéotomie a donné 18 succès et, parmi les enfants trachéotomisés avec succès se trouvent un enfant de 2 ans, un de 21 mois, un de 11 mois.

Dans les cas où la mort est survenue, elle a été causée 5 fois par broncho-pneumonie, une fois par ulcération du tronc brachio-céphalique artériel huit jours après l'opération, une fois par asphyxie accidentelle, la canule n'ayant pas été désobstruée en temps opportun. Au moment où cette belle série était obtenue à l'hôpital, M. Geffrier constatait avec surprise que la mortalité était plus grande dans sa clientèle de la ville, c'est-à-dire le contraire de ce qu'on observe habituellement. Sur 14 diphthériques, 6 sont morts, mais M. Geffrier a remarqué que, dans les 6 cas suivis de décès, les vaporisations n'ont pas été faites ou l'ont été mal.

Une première objection se présente. Schotte et Gärtner, qui ont fait des expériences sur la désinfection par les vapeurs d'acide phénique, disent que l'acide phénique ne se volatilise pas facilement.

Si pourtant on arrive par l'ébullition prolongée à saturer l'atmosphère de vapeurs phéniquées, on se demande comment l'absorption continue d'une pareille quantité d'acide phénique ne produit pas rapidement une intoxication dont la gravité chez les enfants surtout est incontestable. On a publié déjà bien des cas de collapsus mortel chez des enfants à la suite de lavements phéniqués ou d'injections phéniquées intra-pleurales.

Cependant, M. Renou déclare que l'intoxication phéniquée ne s'est montrée qu'exceptionnellement chez ses malades. Elle s'est montrée cependant, et il cite deux cas où la mort a pu lui être attribuée. Mais, si l'intoxication est rare et si l'efficacité de la méthode était incontestable, il serait naturel de ne pas renoncer à la méthode par la seule crainte de l'intoxication. Grâce à une surveillance attentive, on pourrait toujours suspendre le traitement dès qu'on verrait les urines devenir noires et l'hypothermie se manifester d'une façon inquiétante.

L'expérience seule, entreprise sur une grande échelle, permettrait de résoudre la question ; malheureusement l'expérimentation des traitements de la diphthérie dans les hôpitaux d'enfants à Paris est devenue presque impossible depuis la création des pavillons d'isolement, dont le service est fait par chacun des médecins de l'hôpital pendant deux mois seulement. Il est bien difficile en deux mois d'aboutir à une conclusion, et il est rare qu'un médecin continue à expérimenter la méthode inaugurée par son prédécesseur.

D'autre part, dans la clientèle il est assez difficile d'instituer depuis le début jusqu'à la fin un seul traitement méthodique chez un malade, surtout lorsqu'il s'agit d'un traitement dans lequel on ne touche pas à la gorge, on ne cautérise pas. Combien de parents consentent à laisser le médecin faire uniquement ce qu'il veut jusqu'à la fin ! Les conseils de chacun intervenant, les critiques pleuvant sur le médecin, celui-ci a bien de la peine à ne pas céder aux sollicitations et à ne pas essayer simultanément plusieurs moyens, parmi lesquels il est impossible de savoir, en cas de guérison, lequel a été le véritable agent de salut.

Cependant, défiance des familles mises à part, la méthode Renou sera toujours plus facile à appliquer que celle de M. Soulez (de Romorantin) qui mérite cependant, elle aussi, grande considération, car elle a déjà donné plusieurs remarquables succès à notre connaissance entre les mains d'un observateur dont il faut louer l'excellent esprit, M. Ernest Gaucher, médecin des hôpitaux de Paris. Cette méthode, toute contraire à celle de M. Renou, consiste à concentrer tous ses efforts sur la destruction des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente.

Voici en quoi elle consiste. On fait une *solution saturée d'acide phénique et de camphre dans l'alcool* ; puis avec un pinceau rude taillé en brosse, imprégné de cette solution, mais exprimé assez pour que des gouttes de liquide caustique ne tombent pas dans le larynx, on frotte vigoureusement toutes les parties de la gorge qui sont recouvertes de fausses

membranes ; la friction doit être assez énergique pour entraîner mécaniquement une partie de celles-ci ; on recommence ainsi trois ou quatre fois coup sur coup sans se laisser arrêter par les souffrances souvent terribles du malade.

Deux séances semblables sont faites chaque jour jusqu'à ce que les fausses membranes aient cessé de se reproduire. Dans l'intervalle on fait de fréquentes *irrigations avec une solution phéniquée au centième*. La condition absolue du succès paraît être l'énergie avec laquelle la cautérisation est pratiquée ; il faut non seulement enlever par friction les couches pseudo-membraneuses, mais il faut modifier la muqueuse dénudée et empêcher par la cautérisation la pénétration des agents infectieux dans les capillaires devenus béants et saignants par cette dénudation. Or, les souffrances du malade sont telles qu'il faut s'armer vraiment de stoïcisme pour passer outre. S'il s'agit d'un adulte courageux et confiant dans son médecin, celui-ci pourra réussir ; s'il s'agit d'un enfant, il faut avoir gagné d'une façon rare la confiance de la famille pour lui faire accepter une deuxième séance de badigeonnages caustiques après qu'elle aura assisté aux douleurs causées par la première.

Enfin, une critique grave à faire à cette méthode, c'est l'entrave qu'elle apporte à la déglutition et à l'alimentation par l'intensité de la réaction inflammatoire qu'elle provoque. Cependant, c'est peut-être elle qui a conservé à ses nombreux amis un interne du plus brillant avenir, Albarran, lorsque, ayant contracté la diphthérie pour la deuxième fois de l'année à la Clinique de l'hôpital des Enfants, il allait succomber très probablement, vu la gravité croissante des accidents, quand M. Gaucher appliqua dans toute sa rigueur la méthode ci-dessus décrite, et c'est à partir de ce moment que s'est manifestée une amélioration qui a abouti à la guérison.

C'est aussi ce traitement que M. Gaucher a appliqué à notre cher collègue L. Queyrat, quand il a contracté la diphthérie cette année dans le service de la Clinique. L'invasion du mal avait été violente, la fièvre était ardente, elle s'est

mise à décroître après les premières applications de la méthode de Gaucher.

ASSOCIATIONS D'AGENTS ANTISEPTIQUES

Voici quelques exemples de formules complexes. L'association des antiseptiques a sa raison d'être, notre maître M. le professeur Bouchard et M. le professeur Lépine ayant montré que l'action des antiseptiques s'additionne.

Mixture prise tiède, par cuillerées à café ou par cuillerées à dessert toutes les deux heures :

Jus de citron.....	300 gr.
Chlorure de sodium.	} aa 10 gr.
Sulfate de soude.....	
Miel.....	15 gr.
Saccharate de chaux.....	2 à 4 gr.
Phénate de soude.. . . .	20 à 30 gouttes

Cette mixture peut servir pour les gargarismes.

(Bouffé.)

Voici d'autres mélanges pour topiques.

Eau de chaux.....	120	à 300 gr.
Solution de perchlorure de fer....	2	à 8 gr.
Acide phénique.....	0 gr. 06	à 1 gr.
Miel rosat.....	30 gr.	

(Lolli.)

Borax.	} aa 5 gr.
Chlorate de potasse.....	
Acide phénique.....	0 gr. 25
Glycérine.....	10 gr.
Miel blanc.....	30 gr.

(Le Gad.)

Trois fois par jour, attouchements du pharynx et des amygdales avec le mélange suivant :

Teinture de ratanhia.....	10 gr.
— de benjoin.....	5 gr.
— d'aloès.....	3 gr.

Chaque attouchement est suivi d'une insufflation de la poudre suivante :

Tannin.....	1 gr. 50
Soufre sublimé.....	} aa 2 gr.
Chlorate de potasse.....	
(Osiecki.)	

CONCLUSIONS. — En terminant cette revue, nécessairement incomplète et assez décourageante, nous indiquerons le traitement auquel nous nous sommes arrêté pour notre pratique personnelle encore modeste naturellement.

Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des fausses membranes et un peu au delà avec une solution de sublimé à 1 p. 100 dans l'alcool. (Nous nous servons, pour bien localiser le topique, non pas d'un pinceau, mais d'un tampon d'ouate solidement attaché au bout d'un petit bâton ou d'un fragment d'éponge tenu avec des pinces. Bien exprimer le tampon après l'avoir imbibé.)

TOUTES LES DEUX HEURES, irrigations abondantes, suivies de pulvérisations, soit avec une solution saturée d'acide borique (4 p. 100) CHAUDE. Les pulvérisations peuvent être faites même plus souvent dans les cas les plus graves. On obtient facilement des enfants qu'ils se tiennent pendant quelques minutes la bouche ouverte devant le jet du pulvérisateur à vapeur.

Comme médication interne, le benzoate de soude, de 3 à 12 grammes, suivant l'âge et l'état des voies digestives, dans une potion prise par cuillerées d'heure en heure. Alcool sous forme de vins de Bordeaux, d'Espagne et de Champagne. Café.

La fréquence des irrigations et le soin avec lequel elles sont pratiquées sont d'une importance capitale. Aussi, croyons-nous qu'il n'est pas inutile de rappeler à quelques confrères qui ont peu d'occasions de traiter des enfants atteints de diphthérie comment on doit procéder pour pratiquer les irrigations dans la gorge.

L'enfant est roulé dans un châle, les bras le long du corps, pour qu'il ne puisse se débattre; il est assis sur les genoux d'une personne qui, étant elle-même assise sur une chaise à

dossier droit, ne peut se reculer, et lui maintient la tête immobile contre sa poitrine, en l'entourant de ses deux mains au niveau du front.

Une autre personne tient une cuvette sous le menton et un irrigateur chargé de la solution antiseptique.

On pince le nez de l'enfant ; dès que la bouche s'ouvre, on place un coin de bois entre les molaires, pour maintenir l'écartement des mâchoires, et on dirige vers les différents points de l'isthme du gosier la canule de l'irrigateur, le robinet étant ouvert assez pour fournir un jet suffisamment énergique. En effet, si le jet est trop faible, l'enfant avale une partie du liquide et, comme il crie, risque de suffoquer par pénétration de liquide dans le larynx, tandis qu'un jet vigoureux provoque un réflexe de contraction du pharynx buccal par suite duquel le liquide injecté reflue aussitôt dans la bouche et s'écoule au dehors sans que l'enfant ait le loisir de faire un seul mouvement de déglutition. — Nous demandons pardon de tous ces détails à ceux de nos lecteurs qui ont l'habitude de soigner des diphthéries ; mais nous avons la conviction qu'il n'est pas inutile de les donner à ceux qui ont peu d'expérience de cette maladie. Car nous avons déjà eu plus d'une occasion de vérifier que bon nombre de médecins se trouvent en pareil cas presque aussi embarrassés que la famille.

La manœuvre précédente, exécutée avec décision, s'accomplit en quelques minutes en évitant à l'enfant surpris beaucoup plus de cris et d'agitation fatigante qu'il n'en éprouve pour de simples tentatives maladroites d'examen de la gorge. Quand on l'a exécutée ponctuellement comme nous venons de le dire, la famille, qui jusque-là a manqué d'énergie, comprend qu'elle doit à tout prix collaborer au traitement de l'enfant d'une façon effective, et chacun de ses membres s'emploie utilement à l'exécution des prescriptions médicales.

Enfin, quel que soit le médicament auquel on accorde sa confiance, il ne faut jamais oublier que jusqu'à nouvel ordre le médecin prudent fera bien de se pénétrer des principes sui-

vants sur lesquels tous nos maîtres sont d'accord, et que trop souvent cependant des confrères oublient dans la pratique.

Ce qu'il ne faut pas faire. — C'est de badigeonner la gorge avec des caustiques, quels qu'ils soient, parce qu'ils ont ce double résultat néfaste, d'abord de favoriser l'extension des fausses membranes, en irritant et en dénudant de son épithélium les parties voisines de la muqueuse encore saines ; ensuite d'accroître la dysphagie par la turgescence réactionnelle des tissus cautérisés. Ce qu'il ne faut pas faire, c'est donner des médicaments capables d'entraver les fonctions digestives, d'augmenter le dégoût et l'anorexie.

Ce qu'il faut faire. — Ce sont des badigeonnages, des irrigations aussi fréquentes que possible avec des solutions antiseptiques, quelles qu'elles soient ; — c'est administrer des toniques de tout genre, une alimentation constante obtenue par la variété des aliments offerts et l'insistance avec laquelle on les offre, au besoin grâce à la sonde molle facile à introduire par une narine (quand il n'y a pas de coryza couenneux), et par des lavements de peptone ; — c'est aérer et ventiler l'appartement en maintenant l'atmosphère un peu humide et aseptique ; — c'est enfin, dans l'intervalle des soins nécessaires, laisser l'enfant reposer et dormir, s'il le peut, pour ne pas épuiser sa force nerveuse.

A l'Hôpital des Enfants, depuis le 1^{er} septembre, époque à laquelle le service de la Clinique a pris possession du pavillon de la diphtérie pour deux mois, nous avons, avec l'autorisation de notre chef, M. Hutinel, professeur agrégé, qui remplace pendant les vacances M. le professeur Grancher, institué le traitement tel que nous venons de le formuler. Tous les enfants qui ont succombé jusqu'à ce jour, étaient entrés avec le croup confirmé ou une intoxication générale déjà profonde. A ces deux catégories de malades nous ne savons rien faire d'utile, sinon la trachéotomie et le traitement tonique.

Mais nous n'avons pas perdu un seul enfant d'angine diphtérique, si étendues que fussent les fausses membranes sur la muqueuse buccale, les amygdales et les piliers ; plusieurs

ont guéri qui avaient des fausses membranes dans les fosses nasales et le pharynx supérieur, avec adénopathies. Aucun des enfants qui étaient entrés avec une angine, le larynx étant indemne, n'a pris le croup dans le pavillon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Washington du 5 au 10 septembre 1887.

(Compte rendu adressé par le Medical record, de New-York.)

Section de laryngologie.

Président : Le Dr W. H. DALY (de Pittsburg).

Secrétaires : Les Drs W. PORTER (de Saint-Louis) ; D. N. RANKIN (d'Alleghany) ; O. CHIARI (de Vienne) ; H. KRAUSE (de Berlin) ; et E. J. MOURE (de Bordeaux).

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président commence son discours inaugural en exprimant aux délégués étrangers tout le plaisir qu'il ressent à leur souhaiter une cordiale bienvenue. Il attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur les progrès immenses qu'a faits la laryngologie depuis 1876. En rhinologie, il en est de même, surtout dans le traitement de la rhinobronchite spasmodique ou « hay fever », dont la cause est intra-nasale.

Le laryngologiste de l'avenir doit accorder plus d'importance aux cavités nasales, et le rhinologiste devra être chirurgien plutôt que médecin.

Le Dr H. THOMAS fait une communication sur « *Les causes du soi-disant « hay fever », de l'asthme nasal et des affections analogues, étudiées au point de vue clinique* ».

Les facteurs qui entrent dans l'étiologie de la fièvre de foin et des autres névroses du nez sont :

1° Le système nerveux général.

2° L'état spécial où se trouve le système nerveux n'est pas analogue à l'épilepsie.

3° Il existe soit une hypertrophie intra-nasale, soit un polype, soit une cause quelconque d'obstruction.

Les névroses nasales peuvent fort bien exister sans qu'il y ait la moindre obstruction.

4° Affection nasale chronique.

5° Des zones de sensibilité, qui sont très variables.

6° Un état spécial soit des centres nerveux, soit des terminaisons nerveuses.

Il existe une série de causes excitantes, tels que poussières, lumière, changements de temps, etc.

La guérison de la fièvre de foin est dépendante de la disparition du processus local ou général qui en est la cause.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance du matin.

Le Dr J. P. KLINGENSMITH fait une communication sur *la fièvre de foin* (Hay-asthma).

Les irritations locales, les hypertrophies, etc., en constituent le point de départ ; la poussière, le pollen, la lumière, etc., en sont les causes excitantes.

L'application du thermo-cautère donne les meilleurs résultats. Il faut traiter les zones sensibles à l'acide lactique ou au cautère. Le traitement doit être institué quinze jours avant l'apparition habituelle de l'affection.

Discussion par les docteurs LENNOX BROWNE, E. F. INGALS W. E. CASSELBERRY, J. MACKENZIE, SOLIS-COHEN, RIDGE, STOCKTON et THOMAS.

Le Dr LENNOX BROWNE (de Londres), lit un mémoire intitulé : *Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx*.

On admet en général que les bacilles tuberculeux constituent la cause de la laryngite spécifique : ils pénètrent par les conduits respiratoires et s'agglomèrent dans les sommets des poumons, où la respiration est moins forte. L'affection est en général secondaire à la tuberculose pulmonaire, et peut être engendrée soit par les crachats, qui infectent une partie dénudée et irritée du larynx, soit par la migration des spores à travers le système lymphatique.

(A suivre.)

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche (clinique et intervention chirurgicale), par A. CASTEX (*Revue de chirurgie*, 1886, p. 45).

Parmi les tumeurs malignes de l'arrière-bouche, les unes peuvent avoir pour point de départ l'amygdale, les autres le voile du palais, le bord cor-

respondant de la langue, le pharynx, mais à un moment donné de leur évolution elles occupent simultanément ces différents points. C'est le plus souvent à ce moment que les malades viennent trouver le chirurgien, et dans une étude clinique il est impossible de distinguer les unes des autres ces tumeurs à point de départ différent. Ainsi se trouve légitimé le titre qu'a choisi M. Castex dans cette étude.

Sur 31 faits, le point de départ de la tumeur siégeait 21 fois à l'amygdale, puis par ordre de fréquence, le voile du palais et surtout le pilier antérieur, enfin le pharynx. Les tumeurs que l'on rencontre, sont le lymphadénome, le carcinome, le squirrhe, le sarcome et dans la plupart des cas l'épithéliome. L'étiologie des tumeurs n'est pas mieux connue en cette région qu'en d'autres. Les symptômes de début peuvent revêtir trois formes qu'il faut connaître : début pharyngien, début auriculaire, début ganglionnaire. Puis surviennent, suivant leur moment et leur intensité, les troubles douloureux, vocaux, auditifs; la sialorrhée, la dysphagie que Castex spécifie par le nom d'*odynophagie*, les hémorrhagies; les signes objectifs sont plus instructifs encore; l'haleine, l'examen de l'arrière-gorge par la vue et par le toucher, l'adénopathie viennent donner des renseignements importants. Enfin la marche insidieuse de la tumeur au début, l'évolution latente de la tumeur laisse pendant longtemps l'état général satisfaisant; ce n'est qu'à la fin de la vie du malade que la marche s'accélère et que surviennent les phénomènes de cachexie et parfois des hémorrhagies, de l'œdème de la glotte qui emportent le malade presque subitement.

Le diagnostic le plus difficile doit être fait avec les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses, quant au pronostic, il est d'une gravité exceptionnelle, seul le sarcome après une ablation hâtive et précoce peut donner lieu à un mieux considérable.

La thérapeutique chirurgicale qui a été regardée par maint auteur comme inutile et parfois blâmable, semble autorisée par quelques cas de succès relatifs et par le but que l'on se propose d'atténuer les souffrances du patient.

La chloroformisation est toujours difficile et on a proposé pour l'obtenir de pratiquer préalablement la trachéotomie. Celle-ci a aussi cet autre avantage qu'elle empêche le sang de pénétrer dans les voies aériennes. Pour prévenir l'hémorrhagie, on a proposé de faire la ligature de la carotide externe; Velpeau fit aussi une ligature d'attente sur la carotide primitive.

Les procédés les plus divers ont été proposés et exécutés, et constituent en grande partie l'histoire des opérations préliminaires. Quant à l'abla-

tion elle-même de la tumeur elle est faite au bistouri, au thermo-cautère, à l'écraseur, à l'anse galvanique.

Si l'on fait la réunion par première intention, il faut disposer une ouverture de décharge en dehors. Enfin M. Verneuil a proposé dans la thèse de Métaxas Zani de laisser largement ouverte la brèche faite par l'opération préliminaire afin d'une part d'assurer l'antisepsie post-opératoire et d'autre part de surveiller la récurrence.

Si l'opération est précoce et complète elle procure un temps de survie satisfaisant.

Nous n'avons pu donner qu'une idée trop résumée de ce travail consciencieux et original. M. Castex a ajouté les observations qui lui avaient servi pour établir l'histoire clinique qu'il a écrite de main de maître et avec une clarté qu'il était difficile d'obtenir en traitant d'un sujet si complexe et si controversé au point de vue opératoire.

F. VERCHÈRE.

Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, par G. DUPOND
(Thèse de Bordeaux, 1887).

Le Dr Dupond n'a étudié, dans sa thèse, que les accidents primitifs et secondaires. L'accident primitif est rare sur les téguments externes du nez, néanmoins Rollet, Fournier, A. Martin, Hillairet, Jullien, etc., en ont observé des exemples. Dans les fosses nasales, il est plus rare encore : les seules observations connues jusqu'ici sont celles de Mac-Carthy (1844), Nettleship, Rollet, Spencer Watson (1881), Rasori (1881), et Moure (1887). Le chancre induré du pharynx nasal a été observé un certain nombre de fois à la suite de cathétérismes de la trompe d'Eustache pratiqués avec des instruments contaminés. Vers 1864 et 1865, un auriste de Paris se rendit coupable de plusieurs inoculations de ce genre, dues à une regrettable incurie. En 1886, Lancereaux a observé un fait de même ordre, et Moure a vu aussi un cas semblable : une femme de 72 ans fut contaminée par une sonde malpropre, et mourut d'une syphilis grave.

Sur le dos du nez, les chancres indurés affectent d'ordinaire la forme plate, à dimensions moyennes. Sur les ailes, et souvent aussi sur la pointe, le chancre prend la forme bombée (*ulcus elevatum*), et peut acquérir un volume considérable. Les cas de chancres des fosses nasales sont jusqu'ici trop peu nombreux pour que les auteurs aient tenté d'en donner une description générale. Le Dr Dupond essaie pour la première fois d'en décrire l'aspect et les symptômes : « Le malade éprouve généralement dans le nez des douleurs assez vives, s'irradiant dans la tête et la région sus-

orbitaire. La voix est nasonnée, il existe de l'enchifrènement, le nez est rouge et augmenté de volume, le gonflement peut même s'étendre du côté de la joue, l'organe est un peu douloureux au toucher. Il se fait par la narine un écoulement sanieux ou ichoreux qui empêche le linge ; l'odeur n'en est pas fétide, elle est plutôt fade. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés, indurés. Dans le nez, on trouve une masse fongueuse de couleur rougeâtre en certains endroits, et grisâtre dans d'autres, recouverte d'un enduit pultacé. C'est une sorte de champignon aplati, adhérent par un large pédicule, saignant très facilement. La muqueuse est rouge et tuméfiée sur une plus ou moins grande étendue, et la narine peut être complètement obstruée..... Si l'on introduit le doigt dans le nez, on sent une boule dure qui donne la sensation du cartilage, ou bien une surface présentant des points ramollis et indurés. De plus, le sujet peut ressentir un malaise général, ou même une forte fièvre : une éruption cutanée vient plus tard s'ajouter à tous ces symptômes ». L'auteur ne pense pas que le chancre des fosses nasales puisse entraîner de pertes de substance, et met en doute un fait de Jullien qui a observé une perforation de la cloison qu'il attribue à un chancre. Le chancre induré des fosses nasales peut siéger soit à la partie interne de l'aile du nez, soit sur la cloison, mais il n'est jamais situé profondément ; on n'en connaît pas d'exemple à la partie moyenne des fosses nasales. Le dernier chapitre de la thèse de M. Dupond est consacré à l'étude des accidents secondaires du nez et des fosses nasales. Après avoir décrit les syphilides qu'on observe assez souvent aux ailes du nez et à l'intérieur de la narine, il cite une observation de Moure où les lésions siégeaient dans la profondeur des fosses nasales, sur la cloison et à la partie antérieure du cornet inférieur. L'auteur conseille, pour le traitement, d'associer à la médication spécifique interne l'emploi des lavages des fosses nasales et des applications topiques de poudre de calomel sur le chancre, de teinture d'iode, de nitrate d'argent ou de nitrate acide de mercure sur les syphilides secondaires.

A. RUault.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Papillome télangiectasique laryngien de grandes dimensions ; arrachement ; guérison, par R. ARIZA (de Madrid). *Revista de laringologia*, Février 1887.

Il s'agissait d'une femme de 75 ans, qui depuis trois jours était en proie à des accès de suffocation à l'un desquels elle avait failli succomber. Trois

ans auparavant le Dr de la Sota (de Séville) lui avait extrait un polype du larynx avec succès ; mais, depuis quelques mois, elle avait eu d'abord de l'enrouement, puis de l'aphonie, et enfin des accès de suffocation qui étaient devenus de plus en plus fréquents. A l'examen laryngoscopique, on reconnut une tumeur volumineuse, pyriforme, à petite extrémité antérieure, située sur la bande ventriculaire gauche. Sa surface était granuleuse et peu colorée. La glotte était rétrécie, mais suffisait à la respiration. On diagnostiqua un papillome.

A la première tentative d'introduction des pinces de Fauvel, il y eut un accès de suffocation formidable, suivi d'une hémorrhagie abondante. Le pronostic fut réservé ; car la malade, très âgée, ayant la tête courbée et le menton touchant le sternum, l'extension du cou ne pouvait être réalisée et la trachéotomie était impossible. De même, l'ossification du larynx ne permettait pas la laryngotomie. Quelques jours après, un accès de suffocation se produisit encore au moment de l'introduction des pinces, sans qu'il y ait eu contact de celles-ci avec le larynx. Il s'agissait de spasmes de la glotte. La malade s'habitua peu à peu aux manœuvres laryngoscopiques, et bientôt le Dr Urunuela put introduire les pinces antéro-postérieures de Morell-Mackenzie et enlever un fragment de la tumeur. Il y eut encore une hémorrhagie abondante. Après l'opération, le miroir permit de s'assurer que la tumeur s'était affaissée, et avait à peu près disparu. Des cautérisations avec la glycérine iodée achevèrent d'abord la guérison ; et plus tard un début de récurrence fut arrêté par des cautérisations au galvanocautère.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un papillome télangiectasique ; lésion très rare et dont il n'a trouvée dans la science que deux exemples, l'un rapporté par Fauvel et l'autre par F. Hooper.

A. RUULT.

De la coexistence de la syphilis et de la tuberculose laryngées, et de la transformation des ulcérations syphilitiques en ulcérations tuberculeuses, par SCHNITZLER (de Vienne).

59^e réunion des médecins et naturalistes allemands à Berlin. *Intern. Klin. Rundschau*. Nos 3 et 8, 1887. — Analysé par Chiari, dans l'*Intern. ctbl. f. Laryngol.* Septembre 1887.

Schnitzler cite, entre autres cas, celui d'un homme atteint d'abord d'une ulcération syphilitique de l'épiglotte. Cette ulcération guérit, mais quelque temps après la cicatrice s'ulcère de nouveau, et le larynx se

couvert d'ulcérations tuberculeuses typiques. Le malade ayant succombé un an et demi après le début de la maladie, on ne trouva, à l'autopsie, que des lésions tuberculeuses diverses. Ce fait n'est pas le seul de ce genre qu'ait observé l'auteur; il a souvent remarqué que chez les individus prédisposés à la tuberculose laryngée, la syphilis avait plus de tendance que chez les autres à envahir le larynx.

Schnitzler fait remarquer qu'on peut observer à la fois dans le larynx, ainsi que l'avait cru Rokitansky, des ulcérations syphilitiques et des ulcérations tuberculeuses, ce qui rend le diagnostic différentiel extrêmement difficile. Il va même plus loin, et considère comme très vraisemblable que les ulcérations syphilitiques puissent se transformer en ulcérations tuberculeuses.

NOUVELLES

Clinique laryngologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

La clinique laryngologique récemment créée par M. le Ministre de l'Intérieur à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, 252 bis, rue St-Jacques, commencera à recevoir des malades le lundi 17 octobre.

Les consultations auront lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis, de 9 à 11 heures du matin.

Le service médical est fait par le Dr A. RUALT, assisté de M. BALME, chef de clinique.

Société française d'otologie et de laryngologie.

La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le jeudi 27 octobre, à 8 heures du soir, à la mairie du 1^{er} arrondissement, place St-Germain-l'Auxerrois.

ORDRE DU JOUR :

- 1^o Election du Président
- 2^o Correspondance.
- 3^o Présentation de membres nouveaux
- 4^o Communications.

M. LANNOIS. — Du rôle des affections de l'oreille dans le développement des maladies mentales.

M. RUAULT. — Epiglottite œdémateuse.

M. CHATELLIER. — Des canalicules perforants du basement-membrane de la muqueuse nasale.

M. MÉNIÈRE. — Surdité complète, unilatérale et bilatérale, à la suite des oreillons.

M. MOURE. — Observation de gomme à l'aile du nez.

M. GELLÉ. — Lymphad  n  me ; surdité ; paralysie faciale.

M. RUAULT. — Présentation d'instruments.

Communications diverses.

EXTRAIT DU STATUT-RÈGLEMENT :

ART. IV. — Pour être nommé membre titulaire, il faut remplir les conditions suivantes :

- 1   être docteur en médecine ;
- 2   Adresser une demande d'admission à M. le Secrétaire ;
- 3   Joindre à cette demande un mémoire imprimé ou inédit sur les travaux dont s'occupe la Société ;
- 4   être présenté par deux membres titulaires.

ART. XXXIX. — Tout membre qui, après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du trésorier, M. le Docteur M  NI  RE, 3, place de la Madeleine, le montant (15 francs) de sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

Pour le comité, *Le Secrétaire* : D   MOURA, 72 bis, rue d'Amsterdam.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C  , HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

POLYPE EN GRAPPE DE LA FOSSE NASALE DROITE, FAISANT
SAILLIE DANS LE NASO-PHARYNX. — CÉPHALALGIE, DOU-
LEURS NÉVRALGIQUES, IRRITABILITÉ NERVEUSE EXCES-
SIVE. — EXTIRPATION DE LA TUMEUR PAR LES VOIES NATU-
RELLES. — GUÉRISON.

Par **Ad. Jalaguier**, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux;
et **A. Ruault**.

La nommée L..., âgée de 42 ans, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 22 janvier 1887. Cette femme, qui n'accuse aucun antécédent héréditaire à noter, a toujours été d'une bonne santé. Réglée à 19 ans, elle s'est mariée et a eu quatre enfants dont deux sont morts en bas âge.

En 1878, elle fut prise de violents maux de tête, spécialement dans la région frontale; puis elle moucha du mucus ou du muco-pus sanguinolent, qui avait une odeur « d'œufs pourris ». En trois semaines, ces accidents s'amendèrent sans traitement, mais la fosse nasale droite s'obstrua peu à peu, sans toutefois causer de gêne marquée. Bientôt l'obstruction devint presque complète à l'expiration; lorsque la malade, se mouchant fortement pour chercher à se dégager, arrivait à faire passer un peu d'air, elle avait la sensation d'un corps mobile sous les os propres du nez. Il n'y eut jamais d'autres symptômes nasaux : ni coryza, ni épistaxis, ni éter-

nuements, mais seulement de fréquents besoins de se moucher, et cette manœuvre donnait lieu à de vives douleurs de tête; et surtout à une violente douleur de la face, au-dessous de l'orbite droit. Il y avait en même temps une impressionnabilité nerveuse excessive. La malade s'émotionnait très facilement, était prise alors de tremblements convulsifs, et pleurait abondamment.

Ces symptômes ayant augmenté sensiblement depuis quelques temps, et le sommeil devenant de moins en moins bon, la malade, neuf ans après le début des accidents, se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen direct, on apercevait en arrière du voile du palais, près de la ligne médiane, mais cependant un peu à droite de celle-ci, l'extrémité inférieure d'une tumeur arrondie, lisse, d'un blanc rosé. La malade venait-elle à faire un effort pour renifler, aussitôt la portion de la tumeur accessible à la vue augmentait notablement de volume, pour disparaître au contraire au moment de l'expiration. Le voile du palais était sain. A peine existait-il un léger degré d'abaissement de sa moitié droite. La fosse nasale gauche était parfaitement libre. La droite, au contraire, était obstruée pendant l'expiration.

Par le toucher digital, on sentait dans l'arrière-cavité des fosses nasales une tumeur élastique, paraissant formée d'une masse des dimensions d'une grosse amande. Cette tumeur, mobile, semblait attachée par un pédicule assez large à la face supérieure du voile du palais, ou au voisinage de la partie inférieure des narines postérieures. L'impressionnabilité de la malade ne permit pas de prolonger longtemps ce mode d'examen, mais il fut cependant facile de constater que la tumeur n'avait de connexions ni avec la paroi pharyngienne postérieure, ni avec la région de l'apophyse basilaire. On pouvait hésiter entre le diagnostic de fibro-adenome développé sur la face supérieure du voile, et celui de polype fibromuqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Toutefois, en raison de la consistance ferme et élastique de la tumeur, on eût penché vers la première hypothèse, si, en attirant en bas la tumeur à l'aide d'une pince, on n'eût vu à sa partie supérieure plusieurs petites masses blanchâtres et comme transparentes, formant grappe.

L'examen rhinoscopique fut pratiqué le 27 janvier. Par la rhinoscopie antérieure, on apercevait la partie postérieure de la fosse nasale droite entièrement remplie d'une masse molle, gélatineuse, s'avancant légèrement pendant les efforts expiratoires nasaux, dépressible sous la sonde; offrant en un mot, l'aspect caractéristique d'un polype muqueux. La cloison était un peu déviée à gauche, et la fosse nasale gauche tout à fait

normale. La rhinoscopie postérieure montrait la partie postérieure de la fosse nasale droite obstruée par plusieurs masses polypeuses opalines insérées sur la partie inférieure du pédicule de la tumeur principale. Ce pédicule s'enfonçait dans le méat moyen où il se perdait. Il s'agissait donc bien probablement de myxomes, la tumeur principale, vraisemblablement la plus ancienne, ayant subi un épaissement fibreux de sa surface.

La tumeur principale fut saisie à son pédicule avec une pince coupante, mais ce pédicule fibreux résista à la pression de l'instrument. On appliqua un serre-nœud à froid, et le pédicule fut assez péniblement sectionné. A ce moment la malade fit un mouvement brusque, la tumeur tomba dans l'arrière-gorge et fut avalée. La plus grande partie des productions polypeuses opalines qui restaient fut enlevée à l'aide d'une pince courbe nasopharyngienne. Le pédicule resta en place. En raison de la fatigue et de la surexcitation de la malade, qui avait été effrayée par l'écoulement sanguin assez notable qui avait suivi l'opération, l'éradication complète fut remise à une séance ultérieure. En effet, le 29 janvier, le reste des polypes et le pédicule furent enlevés à l'aide du serre-nœud par les narines antérieures; il s'écoula encore une certaine quantité de sang, et l'arrachement du pédicule, qui n'avait pu être sectionné par le fil en raison de sa consistance nettement fibreuse, causa une vive douleur frontale et sous-orbitaire, qui céda du reste assez rapidement.

Les suites de l'opération furent très simples; des lavages à l'eau boriquée furent pratiqués pendant quelques jours, et bientôt la légère inflammation post-opératoire disparut. La malade accusa un soulagement extrême, et dit n'avoir jamais été aussi à l'aise et aussi calme depuis des années. Il n'y eut plus ni céphalalgie, ni névralgie sous-orbitaire, et le sommeil redevint parfait. La malade sortit alors de l'hôpital, et il fut convenu qu'elle reviendrait s'il lui survenait quelque nouvelle gêne. Elle n'est pas revenue jusqu'à présent (15 novembre), il est donc vraisemblable que la guérison s'est maintenue.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Nous n'insisterons pas ici sur l'utilité de l'examen rhinoscopique postérieur, qui a permis de se rendre un compte exact du point d'implantation de la tumeur, de tenter et de pratiquer l'opération par les voies naturelles, sans section préalable du voile du palais. Mais nous appellerons l'attention sur la disposition de la tumeur, dont le pédicule

unique supportait des masses distinctes, formant ainsi un véritable polype en grappe. Or ces tumeurs sont rares, et jusqu'ici les observations de ce genre sont très peu nombreuses. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* rapportent un fait qui nous semble tout à fait semblable au nôtre : il s'agissait d'un malade « qui avait un polype tout près de la narine gauche et un autre appendu dans le pharynx au-dessus du voile du palais. L'arrachement fut fait, et permit de constater qu'il s'agissait d'un polype multiple en grappe, dont le grain postérieur, attaché à un long appendice du pédicule principal, avait franchi la narine postérieure et s'avancé dans le pharynx » (1). Ce qui donne à notre cas un réel intérêt, c'est que l'examen histologique a été fait, et a permis de constater qu'il ne s'agissait point d'un myxome ou d'un fibro-myxome, comme on aurait pu croire. Cet examen a été pratiqué par M. le Dr A. Gombault, médecin des hôpitaux, ancien chef des travaux d'anatomie pathologique de la Faculté, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

La tumeur est tout entière kystique ; les kystes sont entourés de tissu conjonctif adulte formant la gangue dans laquelle ils sont plongés. Ces kystes sont de volume très variable. En quelques points, la tumeur est transformée de telle façon qu'à la coupe elle ressemble à un nid de guêpes, dans d'autres points, où les kystes sont plus petits, elle est charnue et comme spongieuse.

Les kystes contenaient un liquide transparent et visqueux ; mais après le séjour de la pièce dans l'alcool fort, on y a trouvé un magma grenu qui, écrasé sous le microscope, a paru essentiellement formé par des granulations, et très pauvre en éléments cellulaires. En certains points cependant on trouve des blocs réfringents analogues à ceux qui seront décrits plus loin.

L'examen pratiqué à l'aide de coupes, a été fait sur les parties charnues, les parois des grands kystes étant trop minces. Ces coupes contiennent cependant des kystes très visibles à l'œil nu, quelques-uns ont

(1) *Compendium de chirurgie*, tome III, p. 59.

un diamètre de 2 millimètres environ. Elles offrent les particularités suivantes :

Du tissu conjonctif lâche et très fortement vasculaire forme la masse de la portion solide de la tumeur. Ce tissu se condense progressivement à mesure qu'on approche des kystes, de façon à leur former une paroi qui n'est pas distincte des parties environnantes.

La paroi kystique est tapissée par des cellules épithéliales cylindriques à plateau rangées sous une couche unique, avec des cellules de remplacement dans l'intervalle de leurs points d'implantation.

La paroi des kystes d'un certain volume renferme en grande abondance des amas épithéliaux, présentant pour la plupart une lumière centrale autour de laquelle les cellules, moins hautes que dans les grands kystes, mais présentant toujours nettement le type cylindrique, sont régulièrement groupées ; représentant par conséquent très exactement les culs-de-sac glandulaires.

Quelques-uns de ces culs-de-sac glandulaires communiquent directement avec les grandes cavités kystiques.

Parmi ces culs-de-sac glandulaires, on en rencontre un certain nombre, plus volumineux, à cavité plus large, à épithélium plus haut, et qui sont déjà manifestement des kystes en voie de formation.

Les cavités que l'on peut considérer comme cavités kystiques sont du reste de dimensions variables ; on trouve tous les intermédiaires entre les simples culs-de-sac glandulaires et les kystes complètement développés.

Les vaisseaux du tissu conjonctif intermédiaire sont très nombreux, on y trouve des artérioles et des veinules ; ils ne sont nullement embryonnaires, leurs parois sont très nettes, ils sont remplis de sang pour la plupart.

Sur certains points on rencontre de grandes nappes sanguines infiltrées dans le tissu. Les globules rouges de ces nappes ont des contours parfaitement réguliers, ce qui donne à penser qu'il s'agit d'hémorragies traumatiques produites au moment de l'opération.

Sur d'autres points le tissu conjonctif est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires en îlots.

Comme dernière particularité, on relève la présence de blocs réfringents de volume variable, mais en moyenne du volume d'une grosse cellule épithéliale. Ces blocs ont des contours nettement arrêtés ; ils sont arrondis ou allongés, se colorent en jaune par le picro-carmin, en bleu intense par le violet de méthyle. Ils ne fixent pas d'une façon spéciale

l'iode de l'eau l'iodée ; il ne s'agit donc pas de dégénérescence amyloïde ; ils ne se dissolvent pas dans l'éther ; il ne s'agit donc pas de graisse. On peut suivre sur les préparations deux des modes de leur formation : 1° on voit des gouttelettes de cette substance réfringente isolées ; ailleurs, des gouttelettes groupées au nombre de quatre ou cinq ; un peu plus loin, des gouttelettes en voie de fusion ; 2° on rencontre des blocs nettement circonscrits, généralement ovalaires, renfermant à leur centre un point colorable en rose par le carmin. Il s'agirait donc tantôt d'une transformation cellulaire directe, tantôt d'une fonte ou d'une sécrétion des cellules, dont le produit, circulant dans les mailles du tissu conjonctif, s'accumule sur certains points.

Il ne provient certainement pas spécialement des cellules épithéliales, car on n'en trouve pas dans le revêtement épithélial lui-même ; et si d'autre part il est plus abondant au voisinage des kystes, il est très rare dans la cavité kystique elle-même. On en trouve cependant, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Quant au mécanisme de cette production, il est impossible de se prononcer à son égard ; il ne semble pas toutefois que les micro-organismes y jouent un rôle ; car l'action des matières colorantes n'a révélé nulle part leur présence.

La surface externe de la tumeur est recouverte d'épithélium cylindrique stratifié, implanté sur un derme conjonctif. La membrane limitante est très nette ; le derme muqueux ne paraît pas modifié. Sur certains points cependant, on constate que les cryptes de la muqueuse s'allongent, s'hypertrophient, et semblent se continuer dans la profondeur avec les kystes, ce qui permet de supposer qu'elles peuvent être le point de départ de leur formation.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques.

La lecture de la note de M. Gombault fait immédiatement penser à la description histologique que notre ami M. E. Brissaud a donnée de la maladie kystique des mamelles, dont M. Paul Reclus a si magistralement tracé la description clinique. Il s'agissait évidemment d'un processus tout à fait analogue. Aussi croyons-nous avoir eu affaire à une tumeur essentiellement bénigne. Non seulement nous éloignons de notre pronostic toute idée de généralisation, mais nous pensons qu'une récurrence sur place est tout à fait

improbable. Nous n'avons pas revu la malade, mais comme il était entendu qu'elle reviendrait nous demander nos soins si elle ressentait la moindre gêne, nous avons tout lieu de croire que la guérison a été définitive.

DE LA PERSISTANCE DES TROUBLES PHONÉTIQUES APRÈS L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par le Dr **A. Cartaz**, ancien interne des hôpitaux.

Les symptômes des végétations adénoïdes du pharynx sont bien connus, et le diagnostic probable se fait presque à première vue du malade. Cette physionomie spéciale, un peu ahurie, l'air parfois hébété, la bouche demi-ouverte; la respiration exclusivement buccale, surtout la nuit; le ronflement pendant le sommeil, le nasonnement, la voix couverte et le défaut d'articulation, tous ces signes indiquent avant tout examen, l'obstruction de la cavité pharyngo-nasale et la probabilité de l'existence de ces tumeurs.

Les troubles du côté de la prononciation sont généralement très marqués. Meyer disait de ces malades qu'ils ont le langage *mort*. L'obstruction de la cavité pharyngo-nasale diminue, à un très haut point, la résonnance de la voix dont le timbre est voilé, éteint. Elle met de plus obstacle à l'émission franche des nasales et le langage prend de ce fait une particularité tout à fait spéciale. Les *m*, les *n* sont transformés en *b*; les syllabes *in*, *an*, *on*, *un*, sont indistinctes. Le petit malade dit *baba* pour *maman*, *dez* pour *nez*. Je n'insiste pas sur ces troubles qui ont été étudiés par tous les auteurs qui se sont occupés des végétations adénoïdes et qui ont fait l'objet d'un très intéressant travail du Dr Lichtwitz dans la Revue de laryngologie de janvier 1886.

Comme le fait remarquer cet observateur, les troubles varient un peu suivant le siège de ces tumeurs. Quant elles font, dit-il, une saillie notable au niveau du point où le voile

du palais se relève, et que même au moment où ce dernier est détendu, il ne peut s'établir de communication entre le pharynx nasal et buccal, la prononciation des sons nasaux est impossible. Au contraire, si les végétations remplissent surtout la partie supérieure de la cavité naso-pharyngienne, ce sera la résonance des sons qui fera défaut.

Je dois ajouter que ces troubles de l'articulation des sons ne sont pas toujours dans un rapport étroit avec le degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie de ces végétations. J'ai vu des malades chez lesquels les végétations étaient loin de causer une obstruction bien complète et qui avaient cependant la prononciation fort vicieuse. Chez deux de ses malades la voûte palatine affectait une forme ogivale très prononcée, sans cependant rétrécir notablement le conduit nasal proprement dit, ce qui eut pu expliquer l'altération de la parole, l'obstruction se trouvant simplement placée plus en avant.

Ces troubles disparaissent en général dès qu'on a rendu à la cavité pharyngo-nasale son calibre normal, dès qu'on a extrait ou détruit les végétations. Ce n'est pas toujours le cas et c'est le point sur lequel je veux insister dans cette courte communication.

Il m'est arrivé, à deux reprises, de constater chez deux petits malades auxquels j'avais pratiqué, avec la pince de Lœwenberg, l'ablation des végétations, la persistance d'un nasillement assez prononcé. Voici, en quelques mots, l'histoire de ces deux cas.

D... âgé de 7 ans, jeune enfant très intelligent, sujet à des angines à répétition, à des bronchites. Les antécédents sont bons; l'enfant n'a ni frère ni sœur. La physionomie est assez éveillée, mais l'enfant reste toujours la bouche ouverte, surtout pendant le sommeil et ronfle presque toute la nuit. Il n'a jamais eu d'attaque de laryngite striduleuse.

Amygdales hypertrophiées. Végétations adénoïdes dans la cavité pharyngo-nasale. La voix est sourde et le nasonnement très marqué. L'en-

fant ne peut prononcer les m, n ; il est même, à ce sujet, dans sa classe, l'objet des moqueries de ses camarades.

Cautérisation des amygdales au galvano-cautère. Ablation des végétations adénoïdes avec la pince de Lœwenberg en six séances ; quinze jours après la dernière, j'examine avec grand soin le pharynx nasal sans rien trouver. La rhinoscopie postérieure pouvait être faite très aisément chez ce jeune enfant docile et fort décidé. Pour confirmer cet examen, j'explorai méthodiquement avec le doigt l'arrière-gorge et le pharynx nasal sans trouver aucune trace de tuméfaction végétante.

Quinze jours plus tard, la mère, à laquelle j'avais promis la restauration ad integrum de la parole me ramène l'enfant en me disant qu'il parle encore mal, mais, ajoute-t-elle, ce n'est pas tout à fait la même chose. Les consonnes nasales sont en effet prononcées assez distinctement, mais il y a un timbre nasillard.

Je renouvelle l'exploration de la cavité pharyngo-nasale sans rencontrer absolument rien d'anormal. Les voies nasales sont bien libres, ainsi que la cavité pharyngée, la respiration se fait librement par cette voie ; le voile du palais semble avoir tous ses mouvements normaux, car l'enfant n'a jamais eu le moindre trouble de déglutition, aucun reflux de liquides par le nez. Il s'agit cependant d'un défaut de mobilité du voile.

Je conseille à la mère de faire lire l'enfant, à haute voix, devant elle, en bien scandant les mots ; de le rappeler à l'ordre dès qu'une syllabe sera prononcée d'une façon suspecte ; de lui faire donner des leçons de solfège. Ces conseils furent suivis très exactement ; c'est la mère elle-même qui se chargea des soins de cette éducation et en quelques semaines, le timbre de la voix avait changé, le nasillement avait disparu sans que je fusse intervenu par aucun traitement.

Le second cas est analogue, à cette différence près que le jeune malade quoique plus âgé (il avait 12 ans) ne se prêta nullement à ces exercices, que la mère ne s'en occupa pas davantage. L'enfant pouvait respirer la bouche fermée, ne ronflait plus la nuit ; mais un mois après l'opération, il nasillait autant et je l'ai perdu de vue.

Ces faits n'ont rien de bien particulier, mais ils sont peu connus et comme on promet, à bon droit, une restauration parfaite des fonctions du voile, une respiration normale et

la parole comme elle doit être, il est bon d'être prévenu de ce petit mécompte, passager je crois, dans la plupart des cas où on aura l'occasion de l'observer.

La cause en est toute simple. Les tumeurs adénoïdes, soit qu'elles aient atteint un volume considérable et qu'elles remplissent toute la cavité pharyngo-nasale, soit qu'elles siègent tout à fait à la partie postéro-supérieure du voile, refoulent cet organe, le rejettent en avant et mettent un obstacle plus ou moins complet à ses mouvements normaux. Quand l'opération a rendu à la cavité pharyngée sa capacité normale, la voix reprend son timbre normal, la résonance se faisant dans ces conditions physiologiques ; l'articulation des mots se rétablit aussi, le plus ordinairement, dans son intégrité, le voile du palais recouvrant ses mouvements. Mais que ce voile, sous l'influence de l'inaction partielle apportée par la présence des tumeurs, ait subi un certain degré de parésie musculaire, ou que sans aller jusqu'à un degré de parésie, il y ait simplement une sorte de déséquilibration de tension et de relâchement des muscles, un défaut de coordination, les troubles de la phonation persistent à un certain degré. Ce n'est pas de la paralysie, puisqu'on n'observe aucun trouble dans la déglutition ; c'est une parésie, un défaut d'accommodation.

Cela est si vrai que la rhinolalie change de caractères : dans le premier cas, quand la cavité est obstruée, on a la forme de rhinolalie close, décrite par Krause et Lichtwitz, c'est-à-dire la rhinolalie résultant de la séparation par les tumeurs adénoïdes, de la partie supérieure avec la partie inférieure du pharynx et dans le second cas, il y a au contraire rhinolalie ouverte, c'est-à-dire défaut d'occlusion, au moment voulu, de ces deux cavités par le voile.

Meyer, qui a le premier bien étudié les tumeurs adénoïdes, a observé un fait de ce genre. L'état parétique du voile ne disparut qu'au bout d'un an.

Ces troubles sont analogues, dans un certain sens, à ceux que l'on observe chez les sujets atteints de fissure du voile

ou de la voûte. Le professeur Trélat dans les communications qu'il a faites sur les opérations plastiques applicables à ces désordres, a insisté à diverses reprises sur l'importance de l'éducation complémentaire pour rendre, même après les plus beaux succès opératoires, le langage plus net, plus parfait. « C'est, dit-il, l'éducation qui crée les grandes différences de langage entre les individus atteints de lésions semblables ; c'est l'éducation qui explique comment l'un parle mal avec une petite fente et l'autre bien, ou beaucoup mieux avec une grande fente ; c'est elle qui triomphe des vices les plus étendus. » Et le distingué chirurgien cite à l'appui le fait de ce jeune homme qui venait lui demander un certificat prouvant qu'il avait subi l'opération de la palatoplastie. Au conseil de revision, le chirurgien militaire n'avait jamais voulu, l'entendant parler de la façon la plus correcte, croire à cette lésion du jeune âge.

Ce sont ces préceptes que j'ai appliqués dans les cas que j'ai observés et je suis convaincu que l'insuccès chez le second malade n'a été dû qu'à une éducation imparfaite. Le défaut d'accommodation du voile, la parésie si l'on veut, sont peu de chose à côté des troubles occasionnés par la fissure du voile. Aussi peut-on obtenir des résultats rapides en donnant tous ses soins à la parfaite articulation des syllabes, à la lecture posée, à haute voix, lentement, en scandant bien les mots. J'attribue une grande importance à l'éducation par le solfège, où les sons sont tenus un certain temps. Ce sont de petits détails dont un malade d'un certain âge et chez les jeunes enfants, une mère vigilante comprennent toute la portée. Je me proposais d'ajouter à ces moyens l'électrisation du voile si les troubles avaient persisté ; son indication me paraît des mieux justifiées dans ces cas.

SUR UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTHÉRITIQUE

PAR L'ABLATION DES FAUSSES MEMBRANES

ET LA CAUTÉRISATION ANTISEPTIQUE DE LA MUQUEUSE SOUS-JACENTE

Par **E. Gaucher**, médecin des hôpitaux.

On risque fort, en préconisant un nouveau traitement de la diphthérie, de ne rencontrer que l'incrédulité. Aussi ne me suis-je décidé qu'à grand'peine à publier cette note; peut-être même ne l'aurais-je jamais publiée, si je n'y avais été en quelque sorte convié par l'excellente revue que mon ami P. Le Gendre a fait paraître dans les *Archives de laryngologie* (n° d'octobre 1887). M. Le Gendre a fait connaître, en même temps que le traitement que j'emploie, deux exemples de guérison dont il a été témoin. Je désire compléter les renseignements contenus dans l'article que je viens de citer, préciser les points principaux de la méthode thérapeutique qui, jusqu'à présent, ne m'a donné que des succès, et tout d'abord indiquer brièvement les idées théoriques dont ce traitement n'est que l'application.

On trouve écrit partout que la diphthérie est une maladie générale infectieuse; beaucoup de médecins professent même que *c'est une maladie générale d'emblée*. Cette opinion était communément adoptée il y a quelques années; elle était courante à l'hôpital des Enfants, quand j'étais interne de cet hôpital en 1879; c'est celle qui m'a été enseignée par mon maître Archambault. Or, il n'y a aucun doute sur la nature infectieuse de la diphthérie; mais que cette infection soit *générale d'emblée*, voilà ce que je conteste. Elle est d'abord locale et se généralise. Elle se généralise très rapidement, je le reconnais, mais, en somme, la diphthérie grave ou maligne n'est pas une infection générale, c'est une *infection généralisée*.

Je ne soulève pas ici une querelle de mots. Il y a une

grande différence de doctrine entre ces deux manières de concevoir l'infection diphthéritique ; il y a une plus grande différence encore entre les conséquences thérapeutiques qui découlent logiquement de l'une ou de l'autre. Si la diphthérie est d'emblée une maladie générale, il est évident que tous les efforts que l'on dirigera contre l'angine n'auront que peu d'efficacité et que c'est l'état général qu'il faudra soigner surtout, dès le début. A quoi bon détruire les fausses membranes, s'il existe une cause interne qui les fait repulluler immédiatement, si l'angine, comme on l'a dit, n'est que le résultat et la manifestation de l'infection ?

Que si, au contraire, l'angine est, pour ainsi dire, *l'accident primitif* de la maladie ; si elle est la source de l'infection, au lieu d'en être une conséquence, c'est elle qu'il faudra traiter avec la plus grande énergie ; car, en détruisant les fausses membranes, c'est la cause même de l'infection secondaire qu'elle atteint.

A mon avis, c'est la seconde manière de voir qui est la vraie ; et voici les arguments sur lesquels je m'appuie pour soutenir cette opinion.

C'est d'abord l'existence de diphthéries bénignes, sans infection générale, ou avec une infection tardive, de diphthéries localisées à la gorge pendant tout le temps de leur évolution ou pendant la plus grande partie de leur durée. Je trouve un nouvel argument dans le siège primitif de la production pseudo-membraneuse, qui peut être autre que le pharynx. Ce n'est pas toujours sur la gorge que le germe diphthéritique se dépose en premier lieu. C'est habituellement par la gorge que la diphthérie commence, parce que ce vestibule commun des voies respiratoires et digestives est le plus exposé à recevoir les germes venant de l'atmosphère ; mais il y a des stomatites diphthéritiques primitives, il y a des croups d'emblée, il y a des bronchites diphthéritiques, avec croup ascendant et angine consécutive, il y a des diphthéries cutanées primitives. Si la peau est dénudée, si les muqueuses de la bouche, du larynx ou des bronches sont

inflammées ou irritées, c'est là que le germe infectieux peut s'implanter et se développer tout d'abord. Il n'y a pas de contestation possible relativement à la stomatite diphthéritique, au croup d'emblée et à la diphthérie cutanée; quant à la bronchite diphthéritique primitive, elle existe aussi; j'en ai observé un cas bien frappant que je vais relater en quelques mots.

Une grande fille de douze ans (1), convalescente de fièvre typhoïde, est prise de bronchite avec fièvre et état général grave; trois ou quatre jours après, la respiration s'embarasse, des accès de suffocation apparaissent; bientôt l'existence du croup ne peut plus faire aucun doute; on regarde la gorge et on trouve une première fausse-membrane sur une des amygdales. Les accès de suffocation se répètent et nécessitent l'opération de la trachéotomie. L'enfant d'ailleurs guérit, bien que de nouvelles fausses membranes se soient montrées dans la gorge après l'opération. N'est-il pas évident, dans ce cas, que c'est par les bronches que la diphthérie a commencé, par les bronches peut-être encore enflammées ou au moins restées plus impressionnables à la suite de la bronchite typhoïdique?

Il y a donc, dans la diphthérie, un accident local qui précède l'infection générale, et celle-ci découle de la présence et du séjour des fausses membranes dans la gorge ou sur un autre point de la surface cutanée ou muqueuse.

En d'autres termes, l'angine n'est pas la manifestation de l'infection diphthéritique, elle en est le point de départ.

Si l'on est convaincu par ces arguments et si l'on admet avec moi que la fausse membrane est la source de l'infection de l'organisme, dans l'angine diphthéritique il faut, de toute nécessité et avant tout, détruire la fausse membrane pharyngée. On a objecté à ce mode de traitement que l'ablation de la fausse membrane dénudait la muqueuse, enlevait l'épi-

(1) Observation prise en 1879 à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, salle Ste-Geneviève, service de M. Archambault.

thélium et ouvrait la porte à l'infection. Cette objection est juste, si on se contente de l'ablation simple de la fausse membrane. Il faut, en même temps qu'on enlève la fausse membrane, cautériser la muqueuse sous-jacente; il faut employer, comme caustique, un agent antiseptique et caustique à la fois, qui tue le germe infectieux et cautérise la muqueuse. Or il m'a semblé que de tous les antiseptiques, l'acide phénique concentré était celui qui remplissait le mieux ce double but.

L'acide phénique, en solution concentrée dans l'alcool, est donc le meilleur topique à employer contre l'angine diphthéritique. Au lieu d'acide phénique pur, j'emploie habituellement une préparation qui a été formulée par M. Soulez, sous le nom de *camphre phéniqué* (1). C'est une solution de camphre et d'acide phénique dans l'alcool, additionnée d'huile d'amandes douces. L'application de ce topique est un peu moins douloureuse que celle de l'acide phénique simple; mais je me suis servi parfois, avec le même succès, de la solution alcoolique concentrée d'acide phénique, étendue de partie égale, en volume, d'huile d'olive ou d'huile d'amandes douces, sans addition de camphre. Le mélange de camphre et d'acide phénique est cependant préférable, bien que, dans ce topique, le camphre ne soit que d'une importance secondaire; l'agent essentiel est l'acide phénique.

Le Dr Soulez (de Romorantin), dont je viens de rappeler le travail, avait préconisé le camphre phéniqué contre l'angine diphthéritique; mais il ne l'employait qu'en attouchements. Il lui attribuait « l'avantage de ne pas être un caustique, de respecter les surfaces avoisinantes, » de ne pas léser l'épithélium, « dont la destruction est une des circonstances qui favorisent le plus l'envahissement diphthéritique ».

Or, je pense, au contraire, que la solution phéniquée forte, camphrée ou non, est un caustique énergique, et c'est pré-

(1) Voir Bulletin de thérapeutique, 1878, p. 18.

cisément l'avantage que je lui trouve. Je ne l'emploie pas simplement en attouchements ; mais je cherche, par un frottement énergique, à enlever mécaniquement les fausses membranes, au moyen du pinceau imbibé de la solution caustique, sans crainte de dénuder la muqueuse, qui se trouve cautérisée par l'agent antiseptique. Je combine l'action mécanique à l'action caustique et antiseptique. Le topique que j'emploie est de M. Soulez, je l'ai dit et je le proclame une fois de plus, mais je crois pouvoir dire aussi que la méthode thérapeutique m'appartient.

Non pas que la cautérisation de la gorge, dans l'angine diphthéritique, soit une méthode nouvelle ; on cautérisait jadis les fausses membranes diphthéritiques avec le nitrate d'argent et avec l'acide chlorhydrique, et l'on obtenait des succès, plus de succès certainement qu'en respectant les fausses membranes ; mais cette méthode était imparfaite, car la cautérisation alors ne prévenait pas l'infection générale ; on a même pu dire, avec raison quelquefois, qu'elle la favorisait. L'avantage de l'acide phénique, je le repète, est d'être à la fois un caustique et un antiseptique.

Tel est le principe de la méthode thérapeutique que je propose, après l'avoir employée avec un succès constant : enlever ou détruire la fausse membrane, cautériser la muqueuse sous-jacente et, en même temps, prévenir l'infection, grâce à l'emploi d'un caustique antiseptique.

L'application de ce traitement présente quelques difficultés, et il importe d'en préciser tous les détails.

La solution formulée par le Dr Soulez renfermait 9 gr. d'acide phénique, 1 gr. d'alcool et 25 gr. de camphre, soit 35 grammes de camphre phéniqué, auquel on ajoutait un volume égal d'huile d'amandes douces.

Le liquide que j'emploie habituellement est un peu différent, et on peut faire varier les proportions de camphre et d'acide phénique suivant la gravité de l'angine et d'après la susceptibilité du malade. On fait dissoudre de 5 à 10 gr. d'acide phénique et de 20 à 30 gr. de camphre dans 10 gr. d'alcool

à 36°, et on ajoute à cette solution un volume égal d'huile. On peut même se servir de solutions plus faibles dans les cas bénins.

Il ne suffit pas, comme je l'ai déjà dit, de badigeonner la gorge avec le topique ; il faut, en même temps, enlever les fausses membranes par un frottement énergique. Je me sers ou d'un pinceau de blaireau un peu rude taillé en brosse, ou, plus simplement, d'une sorte d'écouvillon formé d'un peu de ouate enroulée autour de l'extrémité d'un petit bâton quelconque. Cet écouvillon est trempé dans la solution caustique et bien imbibé, mais il doit être égoutté avec soin, car il faut éviter de laisser tomber des gouttes de liquide dans la bouche et surtout, plus profondément, dans le larynx.

La bouche étant largement ouverte et la langue abaissée, on porte l'écouvillon au fond de la gorge, sur les amygdales, sur le voile du palais, partout où on voit des fausses membranes. On frotte vigoureusement les points malades, de façon à enlever les fausses membranes, qui restent adhérentes à la ouate sous forme de débris plus ou moins ténus ou de lambeaux plus ou moins larges. Après chaque frottement, l'écouvillon est lavé dans une solution phéniquée ; ces frottements doivent être répétés plusieurs fois à chaque séance, jusqu'à ce que toutes les fausses membranes aient été enlevées ou détruites. On porte une dernière fois l'écouvillon dans la gorge, pour toucher avec le topique caustique toutes les surfaces dénudées et dépouillées des fausses membranes qui les recouvraient.

Cette opération doit être répétée matin et soir, et, dans l'intervalle des cautérisations, on fait, toutes les deux heures, dans la gorge, de grandes irrigations avec de l'eau phéniquée au centième. Il est même bon de faire une de ces irrigations, aussitôt après chaque cautérisation, pour calmer la douleur et la cuisson que celle-ci a déterminées dans la gorge.

La douleur est en effet quelquefois très vive, et dans certains cas il faut, comme me le disait un de mes maîtres, un

courage terrible pour continuer l'opération. On peut toutefois atténuer la douleur provoquée par l'agent caustique, en faisant faire préalablement dans la gorge, suivant le conseil donné à un de mes malades par M. le professeur Grancher, des pulvérisations avec une solution de cocaïne à 2 ou à 3 pour cent.

L'opération est donc douloureuse, je le reconnais ; mais la réaction inflammatoire qui lui succède n'est pas si intense qu'on l'a dit. Si la déglutition est gênée, elle ne l'est pas notablement plus que dans toute angine couenneuse grave, dans laquelle les fausses membranes recouvrent tout le pharynx. Mais encore, je concède la douleur, je concède la réaction inflammatoire et la gêne de la déglutition ; j'admets que la cautérisation antiseptique peut entraîner tous ces inconvénients ; — qui ne consentirait à endurer les plus vives douleurs pour assurer sa guérison ? Je reconnais qu'il vaudrait mieux trouver un traitement moins douloureux et aussi sûr ; mais, en attendant qu'on l'ait trouvé, je préfère un traitement douloureux et sûr à un autre traitement moins douloureux et incertain.

Un autre inconvénient qui peut se produire, c'est la coloration noire des urines, due à l'élimination de l'acide phénique. Il est certain qu'à la suite des cautérisations et des irrigations phéniquées, auxquelles j'attache aussi une très grande importance, une petite quantité d'acide phénique doit être absorbée. Cette absorption ne peut qu'être avantageuse pour combattre l'infection générale ; jamais je ne l'ai vue produire d'accidents graves ; jamais je n'ai observé, à proprement parler, d'intoxication phéniquée.

Depuis 1879, j'ai traité, par la méthode que je viens d'exposer, seize cas d'angine diphthéritique grave et de diagnostic non douteux. Je laisse de côté intentionnellement toutes les angines pseudo-membraneuses bénignes, de nature un peu douteuse, auxquelles j'ai appliqué le même traitement.

Sur seize cas, j'ai eu seize guérisons. La plupart de ces cas étaient de la plus haute gravité ; plusieurs même, comme

celui de M. Albarran, qui a été rapporté par M. Le Gendre, étaient des cas désespérés, pour lesquels je n'ai été appelé qu'en dernier ressort.

Voilà les faits que je sou mets à mes confrères, dans toute leur simplicité.

La plupart de mes observations concernent des adultes ; chez les enfants, l'application de ce traitement est plus difficile, mais elle n'est pas impossible ; seulement on agit un peu en aveugle. Il faut envelopper l'enfant dans un drap, pour l'immobiliser ; maintenir la bouche ouverte au moyen de deux bouchons, un de chaque côté de la mâchoire ; introduire, entre ces deux bouchons, le pinceau imbibé de la solution caustique, et écouvillonner vigoureusement toute la gorge. Les irrigations phéniquées doivent être faites comme chez l'adulte.

Quand ce traitement est appliqué dès le début de l'angine, il prévient le plus souvent l'infection générale ; la fièvre tombe, par une descente brusque de la température, à la suite de la première cautérisation, ainsi que le Dr Queyrat l'a constaté sur lui-même ; il n'y a pas d'albuminurie.

Quand le traitement est appliqué tardivement, l'infection générale est déjà réalisée, l'urine est albumineuse ; mais cette albuminurie, qui est le meilleur signe de l'infection, est aussi un phénomène nécessaire, qui prouve que le filtre rénal est forcé et donne passage aux parasites qui infectaient le sang (1). Je ne veux pas dire que l'albuminurie en elle-même soit un symptôme favorable, mais elle est la preuve d'une élimination nécessaire. Dans ces cas-là donc, l'infection générale est produite ; je n'ai pas la prétention de la détruire du coup, mais je crois que les cautérisations antiseptiques de la gorge préviennent la continuation de l'infection. Ainsi, d'une part, les germes infectieux, déjà en circulation dans l'économie s'éliminent par l'urine ; d'autre part, la pullula-

(1) Voyez Bull. de la Soc. de biologie, 1881. *Note sur la pathogénie de l'albuminurie dans la diphthérie*, par E. GAUCHER.

tion de ces mêmes germes dans le pharynx se trouve arrêtée; l'organisme ne s'infecte pas de nouveau, grâce à la destruction incessante des fausses membranes; les quelques germes qui échappent à la solution caustique ne peuvent plus pénétrer dans les vaisseaux, grâce à la cautérisation de la muqueuse dénudée. L'effort spontané de la nature et la thérapeutique s'associent pour concourir au même but, par des procédés différents, et amener finalement non seulement la guérison de l'angine mais celle de l'infection diphthérique générale.

ÉPIGLOTTITE ŒDÉMATEUSE CIRCONSCRITE PRIMITIVE

(ANGINE ÉPIGLOTTIQUE POSTÉRIEURE)

Par le Dr **Albert Ruault** (1).

M^{me} L..., âgée de 26 ans, ménagère, vint me consulter à ma clinique dans le courant du mois de mars 1886, pour une affection de la gorge. Cette personne se plaignait d'une douleur coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition, aussi bien lorsqu'elle avalait un aliment solide qu'un liquide ou même sa salive, et d'une sensation de gêne permanente, attribuée par la malade à « une boule qu'elle aurait eue dans le gosier ». Cette sensation de corps étranger était assez gênante pour troubler le sommeil sans toutefois causer de suffocation ni de strangulation. Ces symptômes s'étaient montrés quelques jours auparavant à la suite d'un refroidissement, et étaient devenus beaucoup plus intenses depuis l'avant-veille. La malade ne toussait pas et l'examen de la poitrine ne faisait rien constater d'anormal; la voix était claire; il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était bon et l'état général satisfaisant. M^{me} L... m'apprit que, depuis l'âge de dix ou douze ans, elle avait toujours eu la gorge sensible, et qu'à plusieurs reprises déjà, elle avait ressenti des symptômes analogues à ceux dont elle se plaignait actuellement, quoique bien moins ac-

(1) *Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie*, 27 octobre 1887.

cusés, mais elle ne put se rappeler si ces attaques antérieures étaient survenues à la suite de refroidissements. Elles avaient duré de 15 jours à trois semaines ou un peu plus, et avaient toujours abouti à une complète guérison. La santé était généralement bonne, et dans le passé pathologique de cette dame, on ne relevait absolument rien qu'une variole à l'âge de dix ans, et une métrite survenue il y avait deux ans environ, et qui n'était pas encore tout à fait guérie. L'examen de la gorge permit de constater que le pharynx présentait quelques varicosités, et des granulations adénoïdes disséminées, en petit nombre. Les parties latérales de la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs ne présentaient rien d'anormal. Les piliers antérieurs étaient manifestement plus rouges, mais sans tuméfaction. Les amygdales, peu développées, n'étaient nullement malades. A l'aide du miroir laryngien, je pus constater que les parties profondes du pharynx étaient également saines, ainsi que la plus grande partie du larynx, sauf l'épiglotte. En effet, la face laryngienne de celle-ci était occupée en entier par une tumeur arrondie, hémisphérique, à surface lisse et brillante, de couleur rose pâle, comme translucide, sillonnée de quelques varicosités. Comme l'épiglotte était procidente pendant la respiration et ne se relevait qu'au moment de la phonation, on voyait aisément que sa face antérieure était tout à fait saine, et que la tumeur commençait exactement à la lèvre postérieure du bord libre. Pendant les efforts de phonation, l'épiglotte se relevait suffisamment pour qu'on pût voir à certains moments l'angle antérieur des cordes vocales, et constater que la tumeur allait se confondre avec le tubercule de Czermak, sans dépasser cette région. Cette tumeur semblait nettement dépressible et élastique sous la sonde, et l'exploration avec le doigt, très facile en raison de la grande tolérance du pharynx et de l'absence totale de réflexes, donnait des renseignements analogues. Le toucher de la tumeur n'était pas douloureux.

En résumé, la tumeur offrait, objectivement, l'apparence d'un kyste de l'épiglotte exceptionnellement volumineux. Les symptômes, toutefois, ne s'accordaient pas complètement avec ceux qu'on observe d'ordinaire en pareil cas : il n'y avait pas de toux, pas de timbre sombre de la voix ; de plus, indépendamment de la sensation de corps étranger, il y avait, au moment de la déglutition, des phénomènes douloureux insolites ; enfin la marche rapide des accidents m'étonnait un peu. Néanmoins, comme la tumeur elle-même n'était pas sensible, j'attribuai la douleur ressentie en avalant à l'inflammation légère dont les piliers antérieurs étaient le siège, et m'arrêtai au diagnostic de kyste du larynx déjà ancien, qui avait vrai-

semblablement augmenté rapidement de volume depuis quelques jours, sous l'influence d'une angine concomitante arrivée maintenant à sa période de déclin. En conséquence, je me décidai à proposer immédiatement l'opération, et je plongeai profondément un couteau laryngien au point culminant de la tumeur; mais à mon grand étonnement comme à celui des assistants, elle ne s'affaissa pas, et la plaie ne laissa échapper que quelques gouttes de sérosité et une très petite quantité de sang. Sans nul doute, il ne s'agissait pas d'un kyste. La petite opération ayant été très douloureuse au dire de la malade, je prescrivis un gargarisme morphiné et priai M^{me} L... de revenir me voir dans quelques jours.

Lorsque je revis la malade, il n'existait aucune trace de la ponction que j'avais pratiquée. L'épiglotte avait absolument le même aspect qu'au moment de mon premier examen; et la malade se plaignait toujours des mêmes symptômes. J'avais évidemment affaire à une tuméfaction œdémateuse de nature inflammatoire, à une épiglottite œdémateuse circonscrite primitive, à marche subaiguë. Je pratiquai sur la région malade, après anesthésie par la cocaïne, une demi-douzaine de pointes de feu assez profondes à l'aide du galvano-cautère. Moins de huit jours après, la tuméfaction avait diminué de moitié, et une seconde application de pointes de feu fut pratiquée. La semaine suivante, l'épiglotte paraissait tout à fait normale, la sensation de corps étranger et la douleur à la déglutition avaient disparu. D'ailleurs, le traitement galvano-caustique n'avait été suivi d'aucune réaction et l'amélioration avait été presque immédiate. Le 17 avril, la malade vint me montrer son larynx pour la dernière fois, et je constatai que la guérison s'était maintenue.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. L'histoire des œdèmes du larynx nous apprend en effet que les laryngites œdémateuses primitives aiguës ou subaiguës, ne sont pas d'ordinaire limitées à l'épiglotte, et surtout à une des faces de cet opercule. Les exceptions à cette règle doivent être fort rares, bien que Voltolini ait observé et Michel (de Cologne) décrit, sous le nom d'*angine épiglottique antérieure*, une affection œdémateuse de nature inflammatoire qui atteint la face linguale de l'épiglotte. Mais elle ne se circonscrit pas toujours à cette région, et deux fois sur six Michel a constaté en même temps l'immobilité de la peau du cou sur le cartilage thyroïde, et de la sensibilité

à la pression de la région antérieure du cou, comme s'il se fut agit d'une angine de Ludwig au début. Quant à la maladie dont je viens de citer une observation, et qu'il faudrait appeler *angine épiglottique postérieure* si l'on en signalait de nouveaux cas, je n'en connais pas d'autre exemple, et M. Charazac, dans son excellent travail sur l'œdème du larynx, ne mentionne aucun fait de ce genre. Les épiglottites consécutives à des brûlures produites par des liquides bouillants, observées surtout par les auteurs anglais chez les enfants ayant bu au bec de la théière, s'accompagnent d'œdème, mais généralement l'épiglotte est œdémateuse en totalité, et cet œdème s'étend toujours aux replis ary-épiglottiques. Il en est de même dans l'épiglottite phlegmoneuse, maladie rare dont M. Frédet a publié, en 1883, une intéressante observation. Toutefois, l'examen laryngoscopique est si rarement pratiqué chez les malades semblant atteints d'angines inflammatoires légères, qu'on est en droit de se demander si une observation plus attentive ne pourrait pas permettre de constater de temps en temps des faits analogues à celui que je viens de rapporter. Il faudrait alors éviter de commettre l'erreur dans laquelle je suis tombé moi-même, et, malgré l'aspect de la lésion, ne pas se hâter de conclure à l'existence d'un kyste épiglottique. La marche de la maladie, et surtout la *douleur* à la déglutition, constitueraient les éléments les plus importants du diagnostic différentiel. On devrait également se rappeler que les kystes de l'épiglotte sont d'ordinaire de dimensions moindres, et siègent plutôt près du bord libre. Les résultats très satisfaisants que j'ai obtenus du traitement galvano-caustique m'engagent à le recommander, en pareil cas, de préférence à tout autre.

RECUEIL DE FAITS

OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES

(FISTULE DU CANAL DE STÉNON. — CALCULS DU CANAL DE WHARTON)

Par **A. Broca**, prosecteur à la Faculté.**I. Fistule du canal de Sténon (ou de la parotide accessoire), consécutive à une ulcération scrofuleuse de la face.**

Si l'on étudie l'article récent et si complet consacré par Chrétien aux fistules de la parotide et du canal de Sténon, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article *Parotide*. 2^e série, t. XXI, p. 401 et 404), on voit que ces lésions succèdent rarement aux ulcérations du cancroïde, de la syphilis ou de la strume. C'est à cause de cette rareté seulement que je publie l'observation suivante où la fistule a été consécutive à une ulcération : il semble bien que la scrofule et la syphilis puissent chacune revendiquer leur part. Le sujet en effet a eu, de 12 à 15 ans, des manifestations strumeuses évidentes. Mais abcès froids et adénites cervicaux, cicatrisés depuis 6 à 7 ans, ont repris leur essor peu après l'invasion de la syphilis. Au point de vue étiologique on pourrait se demander si, à côté de ces lésions, il ne faudrait pas tenir compte d'une affection dentaire. Les abcès de cette dernière espèce, surtout ceux qui viennent du maxillaire supérieur sont en effet une cause relativement fréquente de fistules salivaires ; Nack, Ferrand, Jobert ont mis en relief leur influence, sur laquelle J. Scheff a insisté plus récemment (1). Ici, en effet, le malade accuse de tout un mal de dents : mais, en analysant les faits de plus près, on voit que

(1) JULIUS SCHEFF. *Ueber Zahnfleisch, und Wangen oder Backenfisteln*, in *Wiener med. Presse*, 1875, p. 721.

la dent malade siègeait à gauche tandis que l'adénopathie sus-hyoïdienne a débuté à droite.

Cette fistule siègeait-elle sur le canal de Sténon lui-même ou sur la parotide accessoire ? La question est difficile à trancher. La cicatrisation spontanée est en faveur du siège glandulaire. D'autre part, l'abondance de l'écoulement lors de la mastication ne s'expliquerait guère si la lésion ne portait point sur le canal de Sténon.

OBS. I — Gillardi Jacques, âgé de 22 ans, terrassier, est entré le 9 juillet 1884 à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Lailler, salle Bazin, n° 58.

Son père est mort jeune, il y a 20 ans, mais d'un accident (dans une carrière). Sa mère, âgée de 54 ans, se porte bien. Trois frères et sœurs sont morts, il ne sait pas de quoi, et il reste seul de sa génération. Bien portant jusqu'à l'âge de 12 ans, de 12 à 15 ans il a été presque toujours malade : maux d'yeux rebelles, durant quatre mois ; abcès cervicaux ; abcès thoracique. Il n'a cependant jamais toussé, n'a jamais eu de pleurésie.

Il y a un an, il a contracté la syphilis (éruption, maux de gorge, pas de chute de cheveux). Vers la même époque il a eu un abcès froid dans l'aisselle gauche et les adénites cervicales, alors parfaitement cicatrisées depuis 6 à 7 ans, ont repris leur activité à la fin de mars de cette année. Le malade attribue cela à un mal de dents : mais la dent malade siègeait à gauche et c'est par une glande de droite que l'adénopathie sus-hyoïdienne a débuté. Il y a deux mois est survenu un abcès pré-sternal qui s'est ouvert seul ; puis l'orifice s'est peu à peu ulcéré. Tout cela a toujours été indolent, sauf au niveau de la branche gauche du maxillaire inférieur.

Actuellement, le cou est couturé de cicatrices ; il suinte de fistules multiples, dont deux très profondes, conduisant le stylet à une profondeur de 3 à 4 centim., une à droite, l'autre à gauche. A la région massétérine existe un orifice large, à fond grisâtre, qui ne conduit le stylet sur aucun os ; l'instrument ne pénètre même pas profondément. Le malade raconte « qu'il lui sort de l'eau par là » toutes les fois qu'il mange. Le fait est d'ailleurs exact et nous avons plusieurs fois constaté cet écoulement à peu près nul au repos et très marqué dès que le malade mâche.

Au devant du sternum est une ulcération à bords décollés, à fond assez bourgeonnant.

Sur le tronc il y a des cicatrices nombreuses, incolores, déprimées, adhérentes aux côtes. Ces cicatrices, localisées au côté gauche, en avant et en arrière, proviennent des abcès survenus à l'âge de 12 ans.

Dans l'aisselle gauche existe une fistule ganglionnaire datant d'un an environ. L'aisselle droite est indemne. (4^e degré. Cataplasmes de fécule. Sirop d'iodure de fer ioduré à 3 p. 0/0.)

Progressivement le malade, entré fort débilité (il n'avait même pas de domicile), a engraisé notablement et la plupart des fistules se sont fermées spontanément. Une seule d'entre elles, située à gauche, a été traitée par une flèche de pâte de Canquoin. Une poussée seulement s'est faite dans l'aisselle droite et il a fallu, à la fin de septembre, inciser dans cette région une collection ganglionnaire.

10 octobre. Nous constatons que la fistule salivaire est fermée. Aucun traitement local n'a cependant été dirigé contre elle.

Le 22. Au cou il ne reste ni fistule, ni collection purulente. La fistule axillaire ne tend guère à se fermer.

Le 22. Encore un trajet de 3 centimètres de profondeur dans l'aisselle droite.

Le 26. Exeat.

II. — Calculs du Canal de Warthon.

Les inflammations de la région sus-hyoïdienne tirent presque toujours leur origine des ganglions lymphatiques de la région. Parfois, cependant, la glande sous-maxillaire est en cause, Crouzel a insisté sur ces faits dans sa thèse et a montré qu'alors l'inflammation résulte habituellement de calculs ou de corps étrangers du canal de Wharton ou de la glande elle-même (1). D'autre part, Claudot a décrit avec soin les accidents produits par les corps étrangers à propos d'un soldat qui, mâchonnant des graminées, s'introduisit ainsi une barbe d'un épillet dans le canal de Wharton. En peu de temps la région devient douloureuse et gonflée et un écoulement muco-purulent a lieu par l'ostiolum umbilicale (2).

(1) CROUZEL. *De l'inflammation suppurée de la glande sous-maxillaire*. Th. de Paris, 1874.

(2) CLAUDOT. *Essai sur les corps étrangers du canal de Wharton et leurs rapports avec la grenouillette*, in *Arch. gén. méd.*, 1874, t. II, p. 22 et 159.

Sans doute, le commémoratif, la brusquerie du début peuvent mettre sur la voie du diagnostic. La nature de l'affection a été soupçonnée dans une observation plus récente de E. Wertheimer (1). Les accidents avaient commencé brusquement pendant que le sujet mangeait des groseilles et dès lors il était bien possible qu'un pepin eût pénétré dans le canal de Wharton. Mais le cathétérisme ne sentait aucune résistance; l'issue de muco-pus par l'orifice pouvait bien résulter d'une inflammation simple de la glande. Aussi le diagnostic ne fut-il bien établi que lorsqu'une pression d'arrière en avant eût enfin fait sortir le corps du délit.

M. Wertheimer ne discute guère le diagnostic qu'entre une inflammation de cause inconnue et une inflammation provoquée par l'introduction d'un corps étranger. Mais ici les commémoratifs eussent tout aussi bien pu faire penser à un calcul salivaire. Cette affection, en effet, reste le plus souvent latente jusqu'au jour où, brusquement, elle se révèle par l'ensemble des accidents douloureux et phlegmasiques que l'on désigne souvent sous le nom, assez impropre peut-être, de *colique salivaire*. Si on ajoute à cela qu'un repas est souvent l'occasion de la première manifestation, on concédera sans doute que le mode de début ne soit nullement suffisant pour établir une présomption de diagnostic.

Mais alors on a une ressource précieuse dans le cathétérisme qui, sans doute, passera sans peine à côté d'un pepin de groseille mais ne laissera probablement pas méconnaître un calcul. Et cependant les signes fournis par la sonde peuvent faire défaut, comme le prouve l'observation suivante : personne ne songera à prétendre qu'un autre chirurgien eût pu déceler ainsi le calcul lorsque l'on apprendra que le stylet était manié par le professeur Guyon.

Il est vrai que, dans l'espèce, cette constatation n'avait guère d'importance pour le diagnostic : un calcul seul pou-

(1) E. WERTHEIMER. *Corps étranger du canal de Wharton*, in Bull. Méd. du Nord, 1885, t. XXIV, p. 547.

vait expliquer les crises successives dont le malade avait souffert. A propos de ces accidents répétés, j'attirerai tout de suite l'attention sur l'obs. III, que j'ai trouvée dans les cartons de mon père. Pendant 7 à 8 ans, en effet, la malade avait eu une attaque par an de colique salivaire et chaque fois c'est au mois de juillet qu'elle avait été atteinte. Cette périodicité est assez remarquable.

Mais si le diagnostic pouvait se passer de la constatation directe du calcul, il n'en était peut-être pas de même du traitement. M. Guyon n'a pas voulu aller avec le bistouri à la recherche d'un calcul dont le siège n'était nullement déterminé : or l'extraction seule du corps étranger pouvait mettre fin aux souffrances actuelles et éviter le retour d'accidents semblables. Aussi l'exploration a-t-elle encore été faite, mais encore sans succès, après la cessation des phénomènes inflammatoires. Le malade, il est vrai, s'en est tiré à assez bon compte : l'année suivante il a eu à subir une nouvelle colique, terminée, cette fois, par l'expulsion spontanée du calcul.

OBS. II. — Jeannot (Pierre), maçon, âgé de 43 ans, est entré le 23 novembre 1882 à l'hôpital Necker, salle St-André, n° 6, service de M. le professeur Guyon. Depuis l'âge de 20 ans, cet homme a mal aux dents, à la mâchoire supérieure surtout, avec des abcès gingivaux. Il s'est fait arracher successivement les dents douloureuses.

En 1875, pendant une rage de dents (qu'il attribue à un refroidissement), un gonflement rapide est survenu, semblable à celui qui existe actuellement. Ce gonflement a atteint son maximum en 4 ou 5 jours ; la peau n'était pas rouge. Pendant 8 jours les douleurs ont été atroces. Le traitement a consisté en un vésicatoire sus-hyoïdien suivi de cataplasmes. Une douzaine de jours après le début, le gonflement « s'est percé sous la langue par un trou gros comme une tête d'épingle ». Le soulagement a été très rapide et en trois semaines environ la guérison semblait complète, mais depuis ce temps il persiste dans la région sublinguale une petite grosseur du volume d'une noisette, roulant sous le doigt. A quatre reprises les accidents ont recommencé ; mais légers, durant une dizaine de jours et ne forçant pas le malade à cesser de travailler. Pendant deux ou trois jours, lors du maximum de la douleur, il se nour-

rissait seulement de potages, cela se terminait toujours par une issue de pus sous la langue.

Le 4 novembre 1882 quelques douleurs sont survenues, suivies d'un gonflement rapide et depuis, par moments, il y a des crises douloureuses pendant lesquelles la tumeur devient plus grosse pour s'affaïsser quelque peu ensuite. Le patient compare à la douleur d'une rage de dents ces crises que l'on provoque aisément par le contact d'un corps froid, une cuiller par exemple, avec l'arcade alvéolaire inférieure, en un point où manque la première molaire. Le malade a encore remarqué qu'il fait sourdre du pus quand il presse sur la tumeur.

A l'entrée, le 23 novembre, on constate qu'il existe à gauche, sous la mâchoire inférieure, un peu en avant de l'angle, une tuméfaction grosse comme un petit œuf, saillante sous la moitié correspondante du plancher buccal sous forme d'une grosseur oblongue. La peau n'est pas rouge; la muqueuse est mobile. La pression est douloureuse et fait sourdre une gouttelette de pus sur le côté gauche du frein, à l'embouchure du canal de Wharton, que l'on sent à la palpation un peu plus dur que celui du côté opposé.

28 novembre. Le malade est soumis depuis son entrée aux cataplasmes appliqués sur la région sus-hyoïdienne. Il se plaint surtout de douleurs intenses, térébrantes, dans l'oreille gauche. Le 29 au soir, ces douleurs deviennent atroces. Ces crises douloureuses surviennent surtout au moment des repas, aussi bien quand le malade mange de la soupe que lorsqu'il mâche. Au moment des crises, la corde formée par le canal de Wharton devient plus appréciable. Les nuits sont assez calmes; le malade dort bien.

En somme, le diagnostic était certainement; inflammation de la glande sous-maxillaire; la cause, vu la répétition des accidents, en était presque certainement dans un calcul du canal de Wharton. Mais la palpation ne faisait sentir aucun point spécialement dur sur lequel on fut autorisé à inciser. Le 2 décembre. M. Guyon explora le canal avec un stylet d'Anel. La pénétration fut aisée et aucun corps étranger ne fut senti. Les douleurs à ce moment étaient fort intenses; la pression ne faisait plus sourdre de pus par l'*ostiolum umbilicale*. Le 3 décembre, la journée fut mauvaise et nous fûmes tout surpris, le 4 au matin, de constater une amélioration considérable. Pendant toute la nuit le malade avait beaucoup souffert et il avait appuyé avec assez d'énergie sur la tumeur. Il avait fait sortir ainsi un flot notable de pus et depuis les douleurs étaient légères. La mastication se fait bien ce matin, ne s'accompagne que d'un peu de gêne.

5 décembre. L'état est bon. La glande sous-maxillaire est encore grosse comme une forte noix, fait toujours une saillie allongée sous le plancher buccal et la pression en fait sourdre un peu de pus. Mais les douleurs ont disparu.

Le 9 toute inflammation a cessé, quoiqu'il sorte encore un peu de pus par le canal de Wharton. Un nouveau cathétérisme est pratiqué avec le stylet d'Anel : aucun corps étranger n'est senti. Exeat.

Le 16 le malade vient se faire examiner. La glande est toujours un peu grosse mais la palpation, faite à la fois par la région sus-hyoïdienne et par la bouche n'y fait sentir aucun noyau induré. A la pression, il sort toujours une gouttelette de pus par le canal de Wharton.

Le calcul, que les explorations n'avaient pu déceler, existait cependant. J'ai rencontré cet homme dans la rue en janvier 1884. Il m'a abordé pour me raconter qu'à Noël 1883, après une crise très douloureuse, il avait expulsé spontanément un petit gravier allongé. Il m'a remis ce gravier qui à 5 à 6 millim. de long sur 2 à 3 de diamètre et est assez effilé aux extrémités.

L'observation suivante, provenant de la pratique de mon père, est remarquable par l'intensité des accidents inflammatoires. Il y avait un phlegmon sublingual intense, avec œdème, avec suffocation. Tout cela provenait d'un 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 au plancher de la bouche pour évacuer le pus.

OBS. III. — M^{me} B... a depuis longtemps commencé à perdre ses dents une à une. Depuis 1876 elle est complètement édentée des deux mâchoires.

En juillet 1869 elle a ressenti une douleur à droite, au plancher de la bouche et la région répondant à la glande sous-maxillaire droite a gonflé. La déglutition était difficile ; les mouvements de la langue étaient gênés. Le tout a duré une quinzaine de jours, avec des douleurs supportables. Ces phénomènes ont reparu tous les ans sous la même forme jusqu'à cette année, toujours, chose singulière au mois de juillet. Chaque fois les accidents duraient une quinzaine de jours environ. Dans l'intervalle, il persistait une légère induration de la glande sous-maxillaire droite. Pendant

les crises, cette induration devenait douloureuse, surtout au moment de la mastication.

Le 13 juillet dernier (1) la crise survint, avec une douleur beaucoup plus vive que les autres fois.

Le 15. Gonflement énorme du plancher de la bouche, œdème intense, suffocation. Je suis appelé par M. Moutard-Martin. Une première incision, sur la partie la plus saillante de l'œdème sublingual, ne donne que du sang. Alors je fais, plus en arrière (au niveau de la dent de sagesse absente), une seconde incision étroite, mais profonde de 15 millimètres, qui donne issue à une cuillerée à café de pus. Le soulagement a été immédiat. Le lendemain, l'œdème du plancher de la bouche est dissipé.

Le 24. La douleur recommence.

Le 26, au matin, un calcul sous-maxillaire parut et tomba à travers ma deuxième incision. Les accidents cessèrent immédiatement.

La glande sous-maxillaire droite, avant l'incision, était douloureuse et plus grosse d'un tiers que celle du côté gauche. Le 28 juillet elle était revenue à son volume normal, mais elle restait un peu indurée.

EXAMEN DU LARYNX ET DU NEZ D'UN LÉPREUX

Par le Dr **Albert Ruault.**

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Cornil, j'ai pu, l'été dernier, examiner à plusieurs reprises un homme de trente-six ans, atteint de lèpre tuberculeuse. Il s'agit d'un nommé P., habitant un village du département du Cantal où il est né. P. a encore son père et sa mère, et six frères et sœurs, tous bien portants; et lui-même n'a jamais eu aucune maladie sérieuse pendant son enfance et sa jeunesse. A l'âge de quatorze ans, il quitta son pays pour se rendre en Espagne, dans la province de Valence, où il habita pendant plus de 7 ans en bonne santé. Il revint en France à l'âge de 22 ans, et depuis lors séjourna tantôt en France, tantôt en Espagne jusqu'à l'âge de 28 ans. A cette époque il fit une chute de voi-

(1) L'observation ne porte aucune date précise. Mais il est certain qu'elle est de juillet 1877 à juillet 1879.

ture qui le retint une quinzaine de jours au lit. Lorsqu'il fut guéri de ses contusions, il alla aux eaux de la Bourboule « pour se remettre » dit-il, car il n'avait alors aucune affection cutanée. A la Bourboule, il souffrit du froid, et de retour chez lui, il s'aperçut de l'apparition de la maladie dont il est atteint aujourd'hui. Depuis lors, c'est-à-dire depuis huit ans, la marche de l'affection a été progressive, et aujourd'hui la face, les oreilles, les membres, etc. sont couverts de tubercules lépreux typiques, et d'assez nombreuses ulcérations. Je n'insisterai ici que sur ce qui a rapport aux premières voies respiratoires et digestives.

1^o *Examen du nez.* — Le nez, dont la peau est couverte de tubercules brillants, de couleur jaunâtre, est affaissé. La rhinoscopie antérieure rend compte de cette disposition, en montrant une vaste perforation de la cloison cartilagineuse, qui est presque totalement détruite. Les cornets inférieurs, de chaque côté, sont presque détruits et réduits à un bourrelet faisant très peu saillie sur la paroi externe de la fosse nasale. Les cornets moyens, au contraire, sont considérablement épaissis, et se présentent sous la forme de deux tumeurs jaune rougeâtre, qui commencent à se creuser d'ulcérations superficielles. Le plancher est de couleur jaune sale, et érodé en plusieurs points. Le malade se plaint de souffrir du nez, et de moucher continuellement des matières sanieuses. L'odorat est aboli. La rhinoscopie postérieure est difficile à pratiquer, car le malade souffre beaucoup lorsqu'on applique l'abaisse-langue. Néanmoins, on peut voir que l'épaississement des cornets moyens se prolonge jusqu'à leur partie postérieure. Le squelette osseux des narines postérieures et le pharynx nasal paraissent anémiés, mais non ulcérés. L'entrée des trompes d'Eustache montre un léger degré de catarrhe (mucosités) ; cependant l'ouïe paraît assez bonne.

2^o *Examen de la bouche et du pharynx.* — Les dents sont déchaussées à la région antérieure, en haut et en bas, les gencives sont ulcérées profondément, et saignent facilement

surtout en bas et en avant, au niveau des incisives inférieures. La voûte palatine porte à son centre une ulcération à bord mal limités, dont le fond est granuleux et de couleur jaunâtre. La langue porte deux ulcérations de forme oblongue, de 2 centimètres environ de longueur sur 1 de large, situées toutes deux du côté gauche, près du bord de l'organe. Ces ulcérations paraissent très superficielles. Elles sont d'un blanc mat qui contraste avec la couleur jaunâtre que présentent les autres ulcérations.

3° *Examen du larynx.* — L'épiglotte est considérablement augmentée de volume ; elle a subi un épaissement de près d'un centimètre. Elle porte, sur la plus grande partie de son bord libre, des érosions mal limitées ou cratériformes. Les ligaments ary-épiglottiques, la région aryténoïdienne, les bandes ventriculaires n'offrent pas de tuméfaction appréciable ; leur surface est partout rugueuse et granuleuse, on n'y voit pas d'ulcérations distinctes. L'aspect des cordes vocales ne diffère pas de celui des parties précédentes : elles ont en effet perdu, à peu près complètement en quelques points, et complètement sur leur plus grande étendue, leur aspect nacré normal, elles sont jaunâtres et rugueuses, leur face supérieure est fusiforme, leurs bords libres offrent un aspect serratique dû à de fines dentelures qui se continuent sans interruption sur toute leur étendue. Le larynx tout entier offre la même couleur jaune rougeâtre. La trachée au contraire, dont on aperçoit les premiers anneaux, semble être saine. La motilité du larynx paraît diminuée mais non pas altérée ; les cordes viennent régulièrement, mais lentement, au contact pendant les efforts de phonation, et s'écartent régulièrement pendant la respiration. En résumé le larynx est malade en totalité, mais les lésions sont beaucoup plus accentuées à l'épiglotte.

La voix est très rauque et un peu nasonnée. La dysphagie, très marquée, est due surtout aux lésions buccales. L'envahissement des premières voies par l'infection lépreuse s'est fait de haut en bas : le nez a été atteint il y a environ deux ans ;

la bouche peu de temps après ; les troubles de la voix (enrouement) ne datent que de six mois.

Le malade a été soumis pendant quelque temps à des lavages antiseptiques des fosses nasales et à des pulvérisations de la gorge avec une solution phéniquée à 1 pour 2000. Il paraît s'en être bien trouvé. Après un séjour d'un mois environ à Paris, il est retourné dans son pays et a été perdu de vue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU
A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887

Section de laryngologie (*fin*).

Mardi, 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance du matin (suite).

Le Dr LENNOX-BROWNE (de Londres) ajoute que, pour que le bacille prospère, il lui faut une surface malade, sur laquelle il vient se fixer.

L'état général du patient et l'assimilation défectueuse de ses aliments favorisent plus le développement de la tuberculose que les conditions climatiques. La tuberculose laryngée peut être primitive, et précéder de longtemps celle des poumons ; ou même guérir avant que les poumons ne soient envahis. Il est partisan du traitement par le grattage et les applications d'acide lactique.

Pour l'auteur, beaucoup de cas de guérison publiés ne sont que des améliorations plus ou moins durables.

Le Dr FLETCHER-INGALS (de Chicago), conseille l'emploi de morphine, d'acide phénique et de glycérolé de tannin avec de l'eau, sous forme de spray.

Le Dr J. MACKENZIE (de Baltimore) fait l'application locale d'une solution de sublimé à 1 pour 2,000.

Séance de l'après-midi.

Le Dr RANKIN (d'Alleghany), lit un mémoire intitulé : **Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie.**

Puis une discussion spéciale est entamée par le Dr E. F. INGALS, sur l'**Epistaxis**.

Les cas sévères exigent un traitement général. Il faut rechercher le point saignant et le cautériser.

Diverses méthodes pour l'arrêt mécanique de l'hémorrhagie sont proposées.

Le Dr W. PORTER (de Saint-Louis), lit un travail sur les **hémorrhagies périodiques des voies aériennes**.

Elles peuvent avoir pour cause la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, ou un effort mécanique pouvant engendrer des hémorrhagies. Quand elles sont sous-muqueuses, elles présentent un danger immédiat, en raison de l'œdème qui en résulte et qui peut causer l'asphyxie.

On distingue la laryngorrhagie de l'hémoptysie, en ce que, dans le premier cas, les signes stéthoscopiques spéciaux (?) manquent.

Le Dr STOCKTON (de Chicago), a été consulté une fois pour une hémoptysie. L'examen du larynx lui a fait voir, sur la bande ventriculaire, un vaisseau pulsatile qui donnait du sang à chaque pulsation. Après avoir essayé de l'arrêter avec du perchlorure de fer, du tannin, etc.; il détruisit le vaisseau au galvano-cautère.

Le Dr W. E. CASSELBERRY (de Chicago), parle du **traitement des papillomes du larynx**.

Il emploie, suivant les cas, la pince ou la curette et le galvano-cautère.

Le Dr COHEN opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Le Dr INGALS se sert d'acide chromique.

Le Dr LENNOX-BROWNE préfère l'anse.

Le Dr SCHURLY (de Détroit), résume le **diagnostic différentiel des affections laryngées tuberculeuse, syphilitique et rhumatismale**.

Le Dr F. INGALS (de Chicago), lit un travail intitulé : **De la laryngite rhumatismale chronique**.

Il n'en a trouvé que quelques observations. La douleur disparaît quelques jours, puis revient. Cette laryngite coïncide avec d'autres manifestations de la diathèse arthritique. Les pulvérisations astringentes, l'iodure de potassium, le salicylate de soude et les alcalins conviennent pour le traitement.

Le Dr THRASHER (de Cincinnati) vante la **résorcine dans le traitement du catarrhe nasal**. Il l'emploie en pommade : 2 à 10 de résorcine pour 100 de vaseline.

Mercredi, 7 septembre. — Troisième journée. — Séance du matin.

Le Dr H. H. CURTIS, de New-York, étant absent, on lit sa communication sur **La chirurgie de la cloison nasale et des cornets.**

Le Dr F. MASSEI (de Naples), a envoyé un article intitulé : **Erysipèle primitif du larynx.**

Bien que la maladie soit rare et qu'il n'y en ait pas de description satisfaisante, bon nombre d'auteurs admettent son existence. En général, elle est secondaire à l'érysipèle, qui a pour siège une autre partie du corps; quand elle débute dans le larynx, elle se développe chez un malade d'hôpital dont le lit est voisin de celui d'un érysipélateux. L'affection peut commencer dans le larynx et attaquer la peau ensuite.

En 1885, l'auteur rencontra des cas d'érysipèle du larynx dans sa clientèle sans qu'il y eut de cause d'infection, et sans qu'il existât sur d'autres parties du corps. Il peut s'étendre aux poumons sans qu'il y ait de manifestations extérieures.

Les premiers symptômes consistent en difficulté de déglutition, changement de voix et douleurs. Ils s'accompagnent de forte fièvre. L'épiglotte est gonflée, la muqueuse laryngée est congestionnée et tuméfiée. L'occlusion de la glotte peut amener la suffocation; l'œdème de la muqueuse des cartilages aryténoïdes et des replis ary-épiglottiques entraîne l'aphonie et la dyspnée. Le gonflement, qui est précédé par une congestion intense, change de localisation. Il y a souvent une éruption de vésicules. La température varie de 40° à 38°, les glandes lymphatiques environnantes sont impliquées; lorsque l'affection est suivie de mort, la cause en est la suffocation ou l'extension aux poumons, ce qui se passe souvent chez les vieillards.

Le traitement consiste à faire l'application de glace ou de révulsifs au larynx. L'auteur se sert aussi d'une solution de sublimé pulvérisée à 1 pour 2,000. Lorsque le malade ne peut avaler de la nourriture, même si elle est administrée par un tube, et ne peut pas respirer, il faut avoir recours à la trachéotomie.

Le Dr STOCKON (de Chicago), cite l'observation d'un homme qui l'a consulté pour ce qu'il croyait être un mauvais rhume. La température était de 40°4, le pouls à 140. Guérison après intubation.

Le Dr F. SEMELEDER (de Mexico), a envoyé un mémoire intitulé : **Vingt ans de pratique laryngologique dans la ville de Mexico.**

Le Dr F. B. EATON (de Portland), fait une communication sur **Le rôle actuel que joue le galvano-cautère dans le traitement des affections**

des voies aériennes supérieures, illustré par la démonstration d'instruments et la lecture d'observations.

On cherche continuellement des méthodes nouvelles pour le traitement du catarrhe nasal; le médecin doit pourtant se garder d'une médication excessive.

Selon l'auteur, le galvano-cautère n'est ni aussi coûteux ni aussi volumineux que beaucoup veulent le prétendre; les résultats qu'il donne sont toujours satisfaisants, même au delà de ce qu'en attendait l'opérateur. Les malades le préfèrent aux acides, dont il est difficile de limiter l'action, au bistouri, à l'écraseur.

Du reste, l'application d'une solution de cocaïne de 20 pour cent rend son emploi indolore. Le galvano-cautère est propre, il ne détermine pas d'hémorrhagie. Si l'on cherche à faire l'ablation de grosses masses osseuses ou cartilagineuses, l'auteur lui préfère la scie.

Les hypertrophies doivent se traiter par la ponction et l'incision au cautère, qu'il fait pénétrer en tous sens dans l'intérieur du tissu, ne pratiquant toutefois qu'une ouverture externe.

Il se sert aussi de rigolène, d'après la méthode de Jarvis.

Le Dr R. H. THOMAS préfère pour les hypertrophies considérables l'emploi de l'anse à froid.

Séance du jeudi, 8 septembre.

Le Dr CASSELBERRY (de Chicago) communique une observation de **polype fibreux des fosses nasales** enlevé avec le couteau et l'anse galvanique.

Le Dr J. ROÉ (de Rochester), communique une intéressante observation de **chorée du larynx**.

Le Dr THORNE (de Cincinnati), cite deux cas analogues, et le Dr Lennox-Browne (de Londres), un cas.

Le Dr COOMER parle des **effets pernicieux du tabac sur le nez et la gorge**; et le Dr Stern (de Philadelphie) compare le **tubage de la glotte et la trachéotomie**.

Jeudi, 9 septembre. — Cinquième journée. — Séance du matin.

Le Dr CARMALT JONES (de Londres), lit un mémoire sur l'**action de l'épiglotte dans la déglutition**. Il pense que l'épiglotte ne s'abaisse pas seulement au-dessus du larynx pendant la déglutition; mais qu'elle se replie sur les côtés pour saisir la partie supérieure du larynx.

Le Dr O' DWYER (de New-York) dit qu'en effet, en essayant de soulever l'épiglotte pour pratiquer le tubage, il l'a trouvée souvent solidement repliée sur le larynx, et il lui a fallu une certaine force pour la soulever avec le doigt.

Le Dr W. PORTER croit, au contraire, que l'épiglotte est un organe accessoire dans la déglutition.

Séance du soir.

Le Dr DESVERNINE-HAVAN (de Cuba) fait une intéressante communication sur la **tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et sa pathologie.**

Le Dr O' DWYER (de New-York) parle du **traitement des sténoses chroniques du larynx et de la trachée** par le tubage.

(D'après le *Medical Record*, de New-York.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 27 octobre 1887.

M. RUALT communique une observation d'**épiglottite œdémateuse circonscrite primitive** (*angine épiglottique postérieure*). (Voir page 68.)

Discussion.

M. AYSAGUER demande si la malade n'avait pas eu la syphilis.

M. RUALT répond que l'enquête faite à ce sujet a été négative. La lésion ne ressemblait d'ailleurs en rien à une lésion syphilitique, et s'il se fut agi d'une gomme, elle n'eût pas guéri ainsi, et sans traitement spécifique.

M. MOURE demande si l'examen des urines a été fait. La chose a son importance, Fränkel ayant publié récemment des observations d'épiglottite œdémateuse chez des albuminuriques, et M. Fauvel ayant d'ailleurs depuis longtemps signalé l'œdème de la glotte comme une manifestation du mal de Bright.

M. RUALT répond que cet examen n'a pas été fait. Bien qu'il connût le travail de M. Fauvel au moment où il a recueilli l'observation qu'il vient de communiquer, il n'a pas pensé à examiner les urines en présence d'un œdème circonscrit de nature évidemment inflammatoire. D'ailleurs, s'il se fut agi d'œdème albuminurique, la maladie eût affecté une marche différente.

M. GOUJENHEIM dit qu'il n'a jamais vu l'œdème laryngé chez des

brightiques, bien qu'il ait examiné le larynx d'un grand nombre de ces malades. Il en conclut que cette complication doit être assez rare.

M. FAUVEL dit que dans les cas qu'il a vus, l'œdème n'était pas circonscrit comme dans le cas de M. Ruault, mais diffus, et qu'il occupait même la luerette. Il ajoute que les malades de ce genre qu'il a observés sont devenus tuberculeux plus tard, et qu'il croit aujourd'hui que cet œdème glottique des brightiques n'atteint probablement que ceux destinés à devenir tuberculeux. Du reste, il serait intéressant de suivre la malade de M. Ruault, et de savoir si elle ne deviendra pas tuberculeuse ; car M. Fauvel croit que les œdèmes primitifs du larynx ne sont souvent que la première manifestation d'une phtisie laryngée qui doit se développer ultérieurement.

M. COUPARD dit que, dans un cas qu'il a observé, il croit avoir eu affaire à une tuberculose rénale primitive, qui, en se généralisant ensuite, a atteint le larynx.

M. GOUQUENHEIM est de l'avis de M. Ruault ; il pense qu'il s'agit bien là d'un cas rare d'œdème primitif purement inflammatoire, et qu'il est difficile d'arriver à se faire une autre opinion d'après la marche et la terminaison de la maladie. S'il se trouvait en présence d'un cas analogue, il se servirait également du galvano-cautère.

M. VACHER, à propos de cette communication, dit qu'il a eu récemment à traiter un cas du même genre ; toutefois il ne s'agissait pas d'œdème de la face laryngienne de l'épiglotte, mais bien de la face antérieure. C'était un cas d'angine épiglottique consécutive à un empoisonnement par l'iode.

M. RUULT rappelle que dans sa communication, il a cherché à montrer que l'affection qu'il y décrit est tout à fait différente de celle décrite par Michel. Il s'agit, dans son cas, d'une affection localisée au larynx, tandis que l'angine épiglottique antérieure se complique dans le tiers des cas du premier degré de l'angine de Ludwig.

M. MOURE communique une observation de **gomme de l'aile du nez**. (Sera analysée.)

M. RUULT présente un **serre-nœud laryngien** ; le manche de l'instrument peut recevoir également un serre-nœud destiné à l'opération des polypes du nez. (Sera publié.)

Curabilité et traitement de la tuberculose laryngée, par le Dr HERING (de Varsovie).

L'auteur pense que les ulcérations tuberculeuses du larynx ne sont pas, comme on le pense encore généralement, absolument incurables. Elles guérissent même spontanément ; comme il a pu le constater sur une femme de 70 ans, morte phthisique, et dont le larynx présentait des cicatrices.

Le traitement doit être général et local. Le traitement général a pour but de fortifier l'organisme et d'augmenter sa résistance ; le traitement local, purement chirurgical, doit tendre à supprimer l'infiltration tuberculeuse. Ce traitement varie suivant les cas. Sur 15 malades traités longuement par les cautérisations d'acide lactique, 11 fois M. Hering a obtenu la cicatrisation définitive coïncidant avec une amélioration de l'état général. Mais ce traitement n'est pas toujours supporté, et il échoue souvent dans les ulcérations végétantes à fond scléreux. Dans ces cas l'auteur a expérimenté l'injection sous-muqueuse d'acide lactique étendu à 10 ou 20 pour 100, ou d'une émulsion d'iodoforme, et enfin le grattage. Les injections d'iodoforme exécutées avec une seringue spéciale après injection préalable de cocaïne, n'ont été suivies ni de douleurs, ni de réaction inflammatoire, et lui ont bien réussi dans les cas d'infiltration récente. Le grattage, surtout indiqué dans les cas d'ulcérations végétantes de l'espace interaryténoïden et des bandes ventriculaires, s'exécute à l'aide d'une curette spéciale. Il n'est jamais suivi d'hémorrhagies notables ; et est suivi immédiatement d'un badigeonnage avec une émulsion d'iodoforme, qui rend la plaie aseptique. Sur 20 cas de grattage, l'auteur a obtenu 15 fois une cicatrisation complète, qui persiste depuis 6 à 12 mois. Sur 36 cas d'ulcérations tuberculeuses traitées à l'aide de l'acide lactique, de l'iodoforme et du grattage combinés ou non, suivant les cas, il a pu produire 27 fois la cicatrisation persistante, alors que les lésions pulmonaires n'étaient pas sensiblement modifiées.

M. Hering présente en outre à la Société les instruments dont il fait usage, des fragments de végétations tuberculeuses enlevées par lui, et enfin d'intéressantes préparations histologiques où l'on peut voir des cicatrices obtenues après le curage, et aussi la pénétration du bacille à travers les cellules épithéliales de la surface par les conduits glandulaires.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne, par MORELL-MACKENZIE. Londres, 1884. Traduit de l'anglais et annoté par E.-J. MOURE et J. CHARAZAC. 1 vol. in-8°. Paris, Doin, 1887.

MM. Moure et Charazac viennent de traduire en français les deux dernières parties du second volume de l'excellent ouvrage, aujourd'hui classique, du professeur de Londres. L'original était déjà entre les mains de tous les spécialistes; la traduction sera bientôt, nous l'espérons, entre les mains de tous les médecins français, et contribuera puissamment à vulgariser chez nous les études rhinologiques. Nous ne tenterons pas de faire ici l'analyse de ce volume, pas plus que son éloge : la précision et la clarté des descriptions, la vaste érudition dont l'auteur a fait preuve, l'impartialité avec laquelle il cite et juge, d'où qu'ils viennent, les travaux qui se rattachent à chaque sujet traité, ont depuis longtemps assuré son succès. Mais nous devons féliciter les traducteurs du soin qu'ils ont apporté à leur travail : la traduction, qui serre le texte de très près, est parfaitement claire et correcte, les nombreuses notes qu'ils ont ajoutées, avec leur compétence bien connue, mettent au courant les différents chapitres qui avaient déjà un peu vieilli, et nous font connaître leurs opinions personnelles lorsqu'elles diffèrent de celles de M. Mackenzie. Moure et Charazac ont ajouté aussi un chapitre sur le catarrhe de la bourse pharyngienne. Nous sommes loin de les en blâmer, bien qu'à notre avis quelques auteurs aient eu tendance à exagérer un peu l'importance de cette localisation du catarrhe naso-pharyngien. En revanche, nous regrettons de ne pas trouver un chapitre sur l'intéressante question des névroses réflexes d'origine nasale, à peine effleurée dans le livre, et au sujet de laquelle l'auteur et les traducteurs se montrent beaucoup trop sceptiques, à notre sens. Nous avons retrouvé dans la traduction annotée, quelques omissions et quelques inexactitudes que nous avons déjà vues dans l'original. Au chapitre de la tuberculose nasale, l'auteur ne dit pas un mot du bacille de Koch. C'est regrettable, le livre n'ayant paru qu'en 1884. Une note de trois lignes des traducteurs ne suffit pas à combler cette lacune. A propos de la morve, Morell-Mackenzie cite le travail de

MM. Bouchard, Capitan et Charrin, mais il appelle ce dernier « Charous ». Ce malencontreux « Charous » reparait implacablement dans la traduction française. Est-il besoin de dire que ces petites critiques de détail ne trouvent place ici, que parce qu'il n'y a pas d'autres reproches à adresser à l'ouvrage, et qu'en somme auteur et traducteurs ne méritent que des éloges.

A. RUAULT.

Manuel de trachéotomie, par RENAULT. Préface du Dr Jules Simon. Paris, Steinheil, 1887.

Ce petit livre, qui ne traite d'ailleurs que de la trachéotomie des enfants atteints de croup, renferme sous un petit volume tout ce qu'il est utile de savoir au médecin appelé à pratiquer cette opération. Non seulement le manuel opératoire y est indiqué avec une clarté et un jugement excellents, mais les indications de l'opération, les soins consécutifs, enfin et surtout les difficultés de tout genre avec lesquelles l'opérateur peut se trouver aux prises pendant la trachéotomie, sont l'objet de judicieuses réflexions et de sages conseils qui nous font d'autant plus regretter la mort prématurée de l'auteur. Ce manuel, conçu sous une forme presque aphoristique, se prête difficilement à l'analyse, et nous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs à l'original. Ils y trouveront certainement plaisir et profit : en publiant ce manuel de trachéotomie de M. Renault, ses amis ont fait plus que d'offrir un pieux hommage à sa mémoire ; ils ont rendu certainement service aux praticiens qui, peu familiarisés encore avec la trachéotomie, peuvent être à tout moment appelés à la pratiquer.

A. R.

De la tuberculose nasale, par A. CARTAZ, *France médicale*, Juillet 1887.

Cet intéressant mémoire constitue le travail d'ensemble le plus complet publié jusqu'ici sur la question. M. Cartaz y étudie les lésions tuberculeuses des fosses nasales, sans y comprendre le lupus. C'est une localisation très rare de la tuberculose, puisque l'auteur n'a pu en trouver, éparses dans les différents recueils, que seize observations, auxquelles il a joint la mention d'un cas observé par nous, et une observation personnelle. Sur ces 18 cas, la proportion est à peu près égale entre hommes et femmes, 10 pour les premiers, 8 pour les secondes. Dix malades présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée. L'étude de ces 18 cas a permis à M. Cartaz de donner une très bonne description de la maladie.

La tuberculose nasale peut se présenter sous deux formes différentes : la forme ulcéreuse, et la forme végétante :

1° *Forme ulcéreuse*. — Le début est insidieux ; généralement l'ulcération existe déjà lorsque le malade consulte le médecin ; mais au voisinage de l'ulcération on observe assez souvent des granulations jaunâtres, comme dans la tuberculose linguale, ce qui permet de reconnaître que l'origine de l'ulcération principale est due au ramollissement d'une granulation semblable. Cette ulcération, généralement unique, siège sur la cloison, à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 du méat nasal. Parfois elle est située tout à fait à l'entrée de la narine et empiète sur la lèvre. En même temps que la cloison, elle occupe une partie du plancher des fosses nasales. Il semble même que ce soit dans l'angle formé par ces deux parois que débute le mal. La forme de l'ulcération est ovale, son étendue varie de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de un franc. Le fond est pâle, gris rougeâtre, recouvert par un peu de muco-pus plus ou moins visqueux et coloré ; quelquefois il est anfractueux et on trouve en certains points des amas caséux, et sur d'autres de fines granulations grisâtres ; d'autres fois il est plat et peu excavé et présente des petites saillies arrondies, brillantes et plus colorées. Les bords de l'ulcération sont tantôt saillants, en forme de léger bourrelet grisâtre, tantôt déchiquetés et dentelés. A la périphérie, se voient souvent les granulations signalées plus haut, et presque toujours un peu de rougeur et de tuméfaction. La sécrétion muco-purulente se coagule et adhère à la surface de l'ulcère sous forme de croûtes peu épaisses ; dont l'enlèvement cause souvent un léger suintement sanguin. Extérieurement, la peau du nez conserve ses caractères normaux. La douleur est en général nulle ou très peu marquée.

Le malade dont M. Cartaz a recueilli l'observation était atteint de cette forme de tuberculose nasale. Il s'agissait d'un homme de 43 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée très avancée. L'ulcération du nez siégeait à gauche, sur la cloison et le plancher, à un centimètre en arrière de la narine.

2° *Forme végétante*. — Dans cette forme, la lésion tuberculeuse se présente sous forme d'une véritable tumeur, obstruant plus ou moins complètement la fosse nasale. Il existe de l'enchifrènement, et un suintement d'abord aqueux, puis purulent, parfois sanguinolent. Les douleurs locales ou irradiées sont rares. La tumeur prend naissance à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, pour s'étendre ensuite en arrière, elle est rouge pâle, granuleuse, en forme de framboise, peut atteindre

le volume d'une noix ; elle saigne facilement, et sa consistance est molle et friable. Sa surface est quelquefois ulcérée plus ou moins profondément. La lésion est constituée par un tissu granuleux très vasculaire renfermant des tubercules miliaires et des bacilles de Koch. Cette forme peut coexister avec la précédente.

Le diagnostic de la tuberculose du nez est souvent très difficile s'il n'y a pas de lésions pulmonaires concomitantes pouvant attirer l'attention sur la nature probable de la lésion ; mais l'examen bacillaire lève tous les doutes.

Le traitement consiste en cautérisations au galvano-cautère ou à l'acide lactique à 30 ou 50 0/0 ; en insufflations de poudre d'iodoforme et en pansements avec des tampons de ouate glycérinée et iodoformée. Dans la forme végétante, on commence par enlever la tumeur et gratter la base d'implantation.

A. RUALT.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Tubage du larynx, par STÖRK (*Wien. med. Presse*, 1887, n° 12, p. 401).

L'auteur, après avoir fait une communication sur ce point à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne, revient plus longuement dans cet article sur cette pratique qui, inventée par Bouchut en 1858 (*Comptes rendus Acad. sciences*), nous revient aujourd'hui d'Amérique. Parmi les travaux américains, Störk s'occupe surtout de ceux de O'Dwyer (*New-York med. journal*, 8 août 1886, t. XLII, n° 6), et il résume les expériences de cet auteur. Son article est surtout destiné à décrire les instruments dont il se sert et qui sont : 1° un dilateur à deux branches que l'on introduit à l'aide du laryngoscope ; 2° une sorte de mandrin coudé que l'on fait glisser entre les branches du dilateur et sur lequel on introduit le tube. L'opération se fait après cocaïnisation. Le tube porte deux fils de soie que l'on fait ressortir entre les dents : il ne saurait donc tomber dans la trachée. Störk a fait des essais sur des sujets sains. Il insiste sur la nécessité de tenir grand compte, pour le diamètre de la canule, des dimensions du larynx et de leurs variations sexuelles.

A. BROCA.

FORMULAIRE

L'eau naphtholée dans l'ozène et les rhinites purulentes.

Depuis quelque temps, nous employons avec avantage, pour les irrigations nasales, dans l'ozène et aussi dans les diverses rhinites purulentes, l'eau naphtholée, préparée suivant la formule suivante :

Naphthol β	12 gr.
Alcool à 90°.....	84 gr.

Une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède, à employer immédiatement (*Irrigation avec le syphon de Weber*).

Chaque cuillerée à café de la solution alcoolique contient environ 50 centigrammes de naphthol.

L'irrigation pratiquée avec ce liquide produit une sensation de cuisson assez désagréable, mais qui n'est que passagère. Chez les sujets intolérants, on peut encore employer avec avantage une solution moitié moins forte ; ou encore mieux faire précéder de quelques minutes l'irrigation par une pulvérisation intra-nasale d'une petite quantité de solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 ou 3 0/0.

A. RUULT.

VARIÉTÉS

Nous devons à l'obligeance d'un de nos égyptologues les plus distingués, M. Bouriant, Directeur de la Mission française permanente d'archéologie au Caire, l'intéressante communication qui va suivre. Elle n'est, nous fait espérer notre savant ami, que le premier d'une série d'autres articles où l'on trouvera souvent de curieux renseignements sur la façon dont on pratiquait la médecine des premières voies dans l'antiquité.

HISTOIRE DE LA MALADIE DE LA PRINCESSE NAHIL, MÈRE D'ALEXANDRE LE GRAND.

Dans un ouvrage arabe intitulé : « Histoire du roi El-Iskander aux deux Cornes », et dont le manuscrit original est conservé à la Biblio-

thèque de la Mission archéologique française au Caire, se trouve le curieux passage suivant qui montre avec quelle merveilleuse facilité on débarrassait autrefois les dames d'une haleine par trop désagréable :

Dans une guerre engagée entre Darab, roi de Perse et Philippe, roi de Macédoine, celui-ci avait été vaincu et réduit à demander la paix. Entre autres conditions, il fut stipulé que la belle princesse Nahil, fille de Philippe, serait donnée pour femme à Darab. La jeune fille, sous la conduite de Louka, ambassadeur du roi grec, est menée en grande pompe au roi de Perse qui vient à sa rencontre et lui rend visite dans sa tente.

« En la voyant si belle, continue l'auteur arabe, le roi Darab dit à ses serviteurs : « Faites sortir les esclaves et les servantes, et sortez avec elles. » Puis, enflammé d'amour pour Nahil, il la connut sur le champ ; après quoi il resta auprès d'elle, la serrant contre sa poitrine : mais, tout à coup, il sentit une odeur mauvaise et désagréable qui sortait de la bouche de la princesse et cette odeur dominait le doux parfum du camphre qui se dégageait des brûloirs. Darab aussitôt descendit du lit royal et se rendit à sa tente où il fit venir Louka, auquel, dès qu'ils furent seuls, il raconta tout ce qui s'était passé sans oublier l'odeur qu'il avait sentie. « O roi, dit Louka, personne sinon le mari de la princesse, ne pouvait connaître cette infirmité. L'odeur en question ne peut provenir que de la bouche ou de l'estomac, et comme je devine le désir du roi dans cette circonstance, je lui conseille de réunir les médecins et les docteurs, et de les instruire de l'affaire ; vous saurez ainsi par eux si la guérison de cette infirmité sera prompte ou lente, aisée ou difficile. S'ils connaissent quelque remède et qu'ils guérissent la malade, nous arriverons à notre but ; dans le cas contraire, il sera temps de réfléchir et d'aviser. — « Le conseil est sage », dit le roi, et il manda aussitôt les savants, les docteurs et les médecins qui se trouvaient à sa porte. Il se présenta quarante savants et quarante médecins : on rassembla les quatre-vingts docteurs près de la tente du roi et parmi eux Darab fit choisir dix médecins très savants et dix autres plus savants encore. Puis on les introduisit en présence du roi, devant lequel ils baisèrent la terre. Chacun ensuite prit place... Darab leur rendit les honneurs et leur dit : « Qui de vous sait guérir les mauvaises odeurs qui sortent de la bouche ? — O roi, répondirent-ils, il convient d'abord de savoir si cette odeur provient de la bouche ou de l'estomac. Si elle provient de la bouche, elle peut être promptement guérie, si elle provient de l'estomac la guérison se fera lentement et péniblement : ou nous vaincrons la maladie et elle cessera, ou la maladie nous vaincra et elle persistera. — Comment, demanda Darab, peut-on s'assurer

que cette odeur vient de la bouche ou de l'estomac ? — Par l'inspection du malade, répondirent les docteurs, mais s'il n'est pas possible de l'examiner lui-même, qu'on lui place une feuille de papier sur la bouche et qu'on nous remette ce papier, nous verrons alors si l'odeur vient de la bouche ou de l'estomac. » Darab les congédia et, s'adressant à Louka qui avait assisté à la séance, il lui dit : « Va à la tente de Nahil, appelle sa nourrice, explique lui l'affaire et laisse-la agir ». Louka alla exécuter l'ordre du roi. La nourrice connaissait l'infirmité de la princesse : elle alla la trouver et lui transmit le message de Louka. La princesse, toute honteuse, fondit en larmes. « Ne pleure pas, dit la nourrice ; le mieux est d'accepter la proposition de cet homme, peut-être Dieu rendra-t-il ta guérison facile. » La princesse n'ignorait pas sa maladie et cédant aux instances de sa nourrice, elle mâcha le papier qu'on lui présentait. La nourrice prit ensuite ce papier, le mit dans une cassette d'or qu'elle enveloppa d'un filet d'argent et sortit pour remettre la cassette à Louka. Celui-ci prit la boîte et se rendit chez le chef des médecins, mais en route il enleva le filet qui entourait la boîte, regarda le papier et le sentit. L'odeur lui en sembla plus horrible que celle qui s'exhale d'un cadavre en décomposition. Il remit le papier dans la boîte et le porta au chef des médecins qui le regarda, le flaira et fit venir trois savants d'entre les savants. Ceux-ci regardèrent à leur tour le papier, le flairèrent et se consultèrent. Tous furent d'avis que cette odeur venait de la bouche, que la guérison serait prompte et que le remède était facile à trouver. Louka alla aussitôt instruire Darab du résultat de sa mission. Le roi manda le chef des médecins et l'interrogea. « Cette maladie, dit le docteur, a son siège dans la bouche ; elle guérira et le remède est facile à trouver. — Et quel est le remède ? demanda le roi. — C'est, dit le médecin, une plante nommée *iskanderieh*. — C'est affaire à vous, dit Darab, vous connaissez cette plante mieux que personne. Cherchez-la donc, peut-être la trouverez vous chez l'un des médecins. » Le chef des docteurs sortit pour demander à ses subordonnés si quelqu'un d'eux n'avait pas cette plante. Or, chaque médecin avait avec lui une pharmacie pleine de toutes sortes de choses. L'herbe que demandait leur chef se trouva dans l'une des pharmacies. Le chef des docteurs en prit une quantité suffisante pour l'emploi qu'il en voulait faire, retourna auprès du roi et lui apprit qu'il avait trouvé la plante dans la pharmacie de l'un des médecins. Darab fit venir Louka, et en sa présence interrogea le docteur. « Comment doit-on employer cette herbe ? demanda-t-il. — Le malade, répondit le médecin, se gargarisera d'abord avec de l'eau puis il se frottera l'intérieur de la bouche avec

cette herbe (après l'avoir pilée et passée au tamis), trois fois par jour ; il gardera l'herbe dans sa bouche sans la cracher, et pendant ce temps-là, il s'abstiendra de manger de la viande. Après trois jours de ce traitement la maladie aura cessé. — Que faut-il faire de plus ? demanda Darab. — Rien de plus que l'emploi de cette herbe, répondit le médecin. » Le roi le congédia et dit à Louka : « Porte cette herbe à la nourrice et répète-lui ce qu'a dit le médecin et surtout explique lui bien la chose. — « Entendre c'est obéir, » répondit Louka, et il sortit, emportant l'herbe. Arrivé à la tente de la jeune fille, il appela la nourrice, lui remit la plante et lui enseigna la manière de l'employer et la durée du traitement qui devait être de trois jours. La jeune fille, remplie de joie, employa l'herbe pendant les trois jours prescrits et guérit. La mauvaise odeur disparut si bien qu'il eût été impossible de croire qu'elle eût pu jamais exister. »

Cette radicale guérison n'empêcha pas Darab de renvoyer à son père la pauvre princesse bien qu'elle fût déjà grosse de celui qui devait être Alexandre.

U. BOURIANT.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort du Dr RAFAEL ARIZA (de Madrid), un des laryngologistes et des otologistes les plus distingués de l'Espagne, décédé à l'âge de soixante et un ans. Il avait publié de nombreux travaux fort estimables sur les parties de l'art de guérir à la pratique desquelles il s'était voué, et nous avons rendu compte, dans notre dernier numéro, d'une intéressante communication qui lui est due. ARIZA était l'un des collaborateurs des *Anales de laringologia y otologia*, publiées à Alcalá de Hénarès. Il avait été nommé, il y a quelques années, professeur de laryngologie et d'otologie à l'Institut opératoire de Madrid, où ses cours étaient très suivis.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

DIPHTHÉRIE ET CRÉOSOTE

Par M. le docteur **Legroux**,
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Trousseau.

La thérapeutique de la diphthérie est encore trop mal assise pour qu'il ne soit pas légitime de chercher l'effet d'autres agents que ceux communément employés (jus de citron, eau de chaux, etc., etc.). La créosote est un de ces antiparasitaires qui est appelé à rendre des services considérables en thérapeutique. Déjà dans la tuberculose elle joue un rôle important. J'ai voulu, pendant les mois de septembre et d'octobre l'expérimenter au pavillon Bretonneau de l'hôpital Trousseau. Je donne ici le résultat de mon expérience et si je ne suis pas arrivé à des conclusions fermes, je pense néanmoins avoir démontré que la créosote est un moyen plus favorable que beaucoup d'autres. Elle est antiseptique et *antithermique* et à ce titre elle mérite d'avoir une place honorable dans le traitement de la diphthérie.

Pendant cette période de deux mois, 68 diphtériques ont passé par le Pavillon (38 filles et 30 garçons).

Tous les malades ont été traités, systématiquement, par la créosote de hêtre, suivant le mode suivant :

1° Pulvérisation constante de créosote dans l'atmosphère du pavillon, de façon à imprégner le milieu des vapeurs médicamenteuses. La formule de la solution pulvérisée au moyen du grand pulvérisateur à vapeur est la suivante :

Créosote	1 gr. 100 gr. par litre.
Alcool..	10 gr.

2° Badigeonnages créosotés de la gorge, répétés toutes les 4 ou 5 heures, avec un pinceau imbibé de :

Glycérine.....	20 gr.
Alcool	10 —
Créosote de hêtre.....	1 —

3° Enfin, dans les cas les plus graves, angines ou croupes, administration de la créosote par la voie hypodermique, en injection. Le véhicule employé a été l'huile d'olive pure, stérilisée ; la solution est ainsi formulée :

Huile d'olive aseptique.....	180 gr.
Créosote de hêtre.....	20 —

Ces injections de créosote sont employées depuis longtemps par le D^r Gimbert (de Cannes), dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, au moyen d'un appareil injecteur dont il est l'auteur. Il les fait dans les hypochondres. La solution étant au dixième, en injectant 1, 2, 3 centimètres cubes de la solution, on injecte 10, 20, 30 centigrammes de créosote.

L'injection est facile et assez rapide. Dans aucun cas, elle n'a déterminé d'accidents inflammatoires ou septiques. Nous avons noté seulement, que, chez certains sujets, elle a provoqué une sensation douloureuse, qui a persisté quelques heures.

L'emploi de la créosote, dans la diphthérie, est rationnel. C'est une substance inoffensive aux doses thérapeutiques,

antiputride, antiseptique, et qui joint à ces qualités générales, le privilège d'une action modificatrice locale heureuse sur la muqueuse respiratoire. Il était donc permis d'en espérer quelques résultats dans une maladie, qui, comme la diphthérie, attaque l'organisme, en infectant le sang et en obstruant les voies respiratoires.

L'emploi topique extérieur de la créosote, en badigeonnages et en attouchements, n'est pas suffisant : on ne porte ainsi au mal qu'une atteinte trop superficielle et trop incomplète. Au contraire, en introduisant l'agent médicamenteux, par les voies rapides et directes, de la circulation, on apporte le remède à la muqueuse diphthérisée par une sorte de mouvement tournant, de dedans en dehors ; par là, on peut espérer prendre la fausse membrane, pour ainsi dire, entre deux feux : le médicament intérieur, qui s'élimine dessous et le médicament extérieur, qu'on dépose dessus. Ces vues théoriques trouvent leur confirmation dans l'action curative des balsamiques sur la blennorrhagie : action double, dans laquelle le médicament stérilise la muqueuse, et par le sang, qui la nourrit en dedans, et par l'urine, qui la baigne en dehors.

Le résultat de ce traitement a été assez favorable au point de vue local. Les fausses membranes semblent se détacher plus aisément qu'avec l'eau de chaux ou le jus de citron ; la gorge, une fois nettoyée, se recouvre moins vite de nouvelles membranes qu'avec les autres topiques. La fétidité de certaines angines disparaît aussitôt vite. Les faits que nous constatons ont été vite appréciés par la surveillante du pavillon, dont la pratique, en la matière, est à considérer.

Il nous a paru également, que, sous l'influence de ce médicament, les râles des bronchites et des broncho-pneumonies secondaires devenaient plus rares et plus gros. L'état bronchique, en général, se modifiait heureusement et vite.

La médication a donc été, dans l'ensemble des cas, favorable. Mais, comme tout autre traitement, elle a été impuissante dans les cas graves et rapidement mortels.

Voici, à titre de document, la statistique résumée de nos deux mois :

Septembre...	Guérisons : 20.....	Morts : 10
Octobre.....	Guérisons : 10.....	Morts : 28
Ensemble.....	Guérisons : 30.....	Morts : 38

Voici le résultat des opérations pratiquées dans ces deux mois :

Septembre.....	Guérisons : 12.....	Morts : 8
Octobre.....	Guérisons : 2.....	Morts : 22
Ensemble.....	Guérisons : 14.....	Morts : 30

Septembre a été exceptionnellement favorable, octobre exceptionnellement funeste. Ainsi se contre-balancent les résultats et se neutralisent deux séries contraires.

En résumé : 30 guérisons sur 68 malades, plus des 3/7 et, sur les trachéotomisés, 1 sur 3 de sauvés, ou à peu près, n'est-ce pas là un résultat satisfaisant ?

Un mot, avant de finir.

Si nous n'avons pas trouvé dans la créosote, admistrée à l'intérieur, un médicament antidiphthérique suffisant, nous y avons, en revanche, trouvé un *antithermique* fidèle et puissant.

Dans tous les cas où nous l'avons injectée, la température a subi un abaissement, proportionnel à la dose, et vraiment remarquable. Les doses injectées ont varié, suivant l'âge et l'état des malades, de 40 centigrammes à 1 gr. 20. La dose habituelle oscillait autour de 60 centigr. Régulièrement, la température s'abaissait de 1 à 2 degrés, pour 50 et 60 centigr. de créosote, de 2°,5 pour 70 centigr., et, dans un cas où 1 gr. fut administré, de 3 degrés ; dans un autre cas, ou 1 gr. 20 furent injectés, de 3 degrés 8 dixièmes. L'abaissement thermique se constatait 4 heures après l'injection. Les courbes que nous avons recueillies frappent par leur concordance, et ne laissent aucun doute à cet égard. Dans quelque cas, la température, après l'injection, n'a pas varié, ou s'est abaissée de quelques dixièmes seulement : ces cas, tous mortels, sont

relatifs à des angines hypertoxiques ou à des broncho-pneumonies diffuses terminales.

On possède donc, dans la créosote injectée sous la peau, un remarquable agent antithermique, dont l'emploi peut se généraliser; principalement dans les cas où la maladie pyrérogène est justiciable elle-même de la créosote, comme la tuberculose où ses heureux effets ont été prouvés il y a déjà longtemps, par MM. Bouchard et Gimbert.

DE L'OZÈNE TRACHÉAL

Par le Dr **Luc**, ancien interne des hôpitaux.

C'est une opinion universellement admise, que, chez les sujets atteints d'ozène vrai, les fosses nasales une fois nettoyées, toute mauvaise odeur disparaît, pour ne se reproduire que lorsque de nouvelles mucosités, bientôt desséchées, sous forme de croûtes et subissant une fermentation fétide, *sui generis*, se sont reformées dans ces cavités. Des faits cliniques récemment observés par nous et, actuellement, au nombre de trois, contredisent cette opinion et établissent que, chez certains sujets atteints d'ozène, la fétidité de l'haleine a une double origine, qu'elle provient à la fois des fosses nasales et de la trachée et que, par suite, elle peut persister, alors que seules, les fosses nasales sont débarrassées par le lavage, des produits de sécrétion fétides qu'elles renferment. Il s'agit ici d'une affection trachéale non encore décrite, compliquant l'ozène nasal, contribuant avec lui à la fétidité de l'haleine et que, pour cette raison, nous proposons de dénommer *ozène trachéal*. Cette dénomination a pour avantage de ne pas préjuger la nature de la maladie, en l'absence de notions anatomo-pathologiques et pathogéniques suffisantes, de désigner, à la fois, le siège et le symptôme prédominant de l'affection, de montrer enfin que l'expression d'ozène ne doit pas impliquer des lésions exclusivement limitées aux fosses nasales.

FAITS CLINIQUES

OBS. I (1). — *Ozène trachéal, survenu dans le cours d'un ozène nasal vrai et ayant jusqu'ici résisté aux divers modes de traitement mis en usage.*

Au commencement d'octobre 1887, nous sommes consulté par M^{me} D... et sa sœur, sur le conseil de notre ami, le Dr Monnier. Toutes deux sont affectées d'un ozène vrai, remontant à l'époque de la puberté.

A la rhinoscopie, les cavités nasales présentent l'apparence classique que l'on sait : rendues anormalement spacieuses, par le fait de l'atrophie des cornets inférieurs, elles se montrent tapissées de mucosités visqueuses et de croûtes adhérentes, verdâtres, s'étendant jusque dans le pharynx nasal.

Séance tenante, nous pratiquons, au moyen de la seringue anglaise et d'une solution tiède d'acide borique, un lavage complet des fosses nasales chez les deux sœurs ; nous nous assurons, par un nouvel examen qu'il ne reste aucun vestige de croûtes, dans ces cavités, ni dans le pharynx, mais, tandis que, chez la sœur de M^{me} D... toute mauvaise odeur a disparu, à la suite du lavage, chez M^{me} D... elle-même, la fétidité de l'haleine persiste avec toute son intensité première.

Supposant que notre exploration a été incomplète et que quelque croûte a pu demeurer inaperçue, dans une dépression quelconque de la muqueuse, nous conseillons à la malade de pratiquer elle-même des injections nasales, deux fois par jour, en employant, à cet effet, une solution faible de sublimé (1/10000). Nous revoyons M^{me} D... huit jours après. Elle a suivi scrupuleusement nos prescriptions, mais bien que les fosses nasales soient aussi bien nettoyées que possible, l'haleine demeure toujours aussi fétide. Cela tendait à renverser l'idée que nous nous étions faite de l'ozène, relativement à la pathogénie de la fétidité qui le caractérise. Persuadé cependant que cette fétidité émanait, non de la muqueuse elle-même, mais de quelque produit de sécrétion fermenté qui se dérobaît à notre examen, nous songeâmes d'abord aux sinus et particulièrement aux sinus maxillaires, bien qu'aucune manifestation locale n'appelât notre attention de ce côté. Cependant nous fîmes une remarque qui nous porta à chercher, ailleurs que dans les fosses nasales, la source de la fétidité de l'haleine : c'est que l'odeur était tout aussi forte quand l'air

(1) Observation lue, le 8 décembre 1887, à la Société de médecine pratique et déjà publiée dans le Journal de médecine de Paris (n° du 1^{er} janvier 1888).

expiré était expulsé par la bouche, que lorsqu'il était émis à travers le nez.

Sur ces entrefaites, un nouveau renseignement fourni par la malade acheva de nous mettre sur la bonne piste : elle nous dit qu'elle était sujette depuis quelques temps, surtout le matin, à des accès de toux à la suite desquels elle rendait quelques crachats fétides.

L'idée d'une bronchite fétide se présenta immédiatement à notre esprit et nous procédâmes, sur-le-champ, à un examen soigneux de la poitrine, mais sans y découvrir, à l'auscultation, la moindre modification pathologique.

Bien que nous eussions déjà, lors de notre première entrevue avec la malade, pratiqué l'examen du larynx, sans y trouver aucune modification morbide, nous résolûmes de renouveler cette exploration, en vue, cette fois, de prendre connaissance de l'état de la trachée.

La cavité laryngée nous apparut aussi normale que la première fois; mais, ayant prié la malade de faire de larges inspirations, nous pûmes voir, aussi distinctement que possible, dans l'intervalle des cordes vocales, la trachée littéralement tapissée de croûtes et de mucosités verdâtres, offrant la plus complète analogie d'aspect avec celles que l'on trouve constamment dans les fosses nasales des ozéneux. Cette constatation rapprochée des renseignements très nets fournis par M^{me} D..., sur les caractères des crachats qu'elle rendait, le matin, nous donnait la certitude que la source de la fétidité recherchée en vain dans les fosses nasales et leurs dépendances résidait dans la trachée et peut-être aussi dans les grosses bronches. Conformément à notre désir, M^{me} D..., nous apporta, le lendemain, une petite quantité de crachats expectorés, le matin même. Ils répondaient exactement à l'aspect des mucosités aperçues dans la trachée et répandaient l'odeur caractéristique de l'ozène.

Notre excellent ami, le Dr Ledoux-Lebard voulut bien, sur notre demande, pratiquer l'examen microscopique de ces crachats, dans le laboratoire du professeur Grancher et il y découvrit, après coloration par l'aniline, outre des cocci isolés et des bactéries de diverses grandeurs, des diplocoques répondant à la description qu'a donnée notre confrère le Dr Lœwenberg, des micro-organismes considérés par lui comme les agents actifs de la fermentation propre à l'ozène.

Après avoir déterminé que le point de départ des émanations fétides, chez notre malade, résidait dans la trachée, il nous restait à instituer le mode de traitement de plus propre à combattre ce symptôme pénible.

A cet effet, après avoir pratiqué, pendant quelque temps, sans résultat,

des insufflations d'iodoforme finement pulvérisé, à travers la glotte, pendant de larges inspirations, nous pensâmes obtenir un effet plus satisfaisant des inhalations de liquides antiseptiques pulvérisés. Indépendamment des propriétés désinfectantes de ces substances, nous espérions que la pénétration de vapeurs humides, dans les voies aériennes, opérerait le ramollissement et le détachement des croûtes. La malade fit usage, dans ce but, d'un pulvérisateur à vapeur qui fut d'abord chargé avec une solution de créosote, puis (ce liquide étant trouvé trop irritant) avec une solution de thymol.

Jusqu'ici, malheureusement, ce traitement n'a pas donné les résultats que nous en attendions et, chaque fois que M^{me} D... s'est présentée à nous, nous avons constamment retrouvé les parois de la trachée tapissées de croûtes adhérentes et l'haleine n'a jamais cessé d'être fétide. Cet insuccès peut être mis, il est vrai, sur le compte de l'irrégularité apportée au traitement, la malade n'ayant jamais bien supporté ces inhalations qu'elle trouvait irritantes pour son visage, et n'ayant pas voulu, jusqu'ici, s'y soumettre, comme nous le lui demandions.

On verra que cette interprétation est justifiée par la lecture de notre deuxième observation.

OBS. II. — *Ozène trachéal, dans le cours d'un ozène nasal vrai traité avec succès par les inhalations de solutions antiseptiques pulvérisées.*

Plusieurs jours après que nous avons découvert la source de la fétidité de l'haleine, chez M^{me} D... dont nous venons de rapporter l'histoire, notre attention était attirée par un fait du même genre, relatif à une jeune fille (Marie R..., 18 ans) à laquelle nous donnions nos soins, à notre clinique, depuis le 30 novembre, pour un ozène vrai.

Cette malade, conformément à notre avis, pratiquait, chaque jour, des lavages dans les fosses nasales, avec une solution tiède d'acide borique, au moyen de la seringue anglaise. Un matin, nous remarquâmes, dès les premières paroles qu'elle prononça, que son haleine présentait une grande fétidité. Supposant qu'elle avait mal pratiqué ses lavages quotidiens, nous examinâmes aussitôt les fosses nasales, et les trouvâmes, au contraire, parfaitement nettoyées. Ayant constaté en outre que l'air expiré était aussi fétide, par la bouche que par le nez, nous ne doutâmes pas qu'il ne s'agit ici d'un cas analogue à celui de M^{me} D... et le miroir laryngé nous donna raison, en nous montrant, dans l'intervalle des cordes vocales

la surface de la trachée couverte de croûtes disséminées dans l'intervalle desquelles elle montrait une rougeur anormale.

Cette fois, nous tentâmes d'expérimenter, sous nos propres yeux, l'effet des inhalations médicamenteuses et nous fîmes respirer à la malade, pendant vingt minutes, une solution de thymol pulvérisée à 4 pour 1000.

Ces inhalations déterminèrent quelques quintes de toux qui furent suivies de l'expectoration de nombreux crachats fétides.

Un nouvel examen laryngoscopique ne nous permit plus d'apercevoir qu'une seule croûte soulevée et sur le point de se détacher. Par un effort de *raclage* la malade parvint à s'en débarrasser et, en même temps que la trachée se montrait complètement nettoyée, l'haleine ne présentait plus la moindre fétidité. Nous avons donc là une démonstration absolument nette de l'explication que nous avions proposée aux particularités présentées par nos deux malades.

La jeune fille n'ayant pas les moyens de se procurer un pulvérisateur, il fut décidé que les inhalations continueraient à être faites, à la clinique, sous notre contrôle. Jusqu'à la fin de décembre, toutes les fois que la malade se présentait à nous, nous constatons que les croûtes trachéales s'étaient reformées, mais il nous était facile de l'en débarrasser de nouveau, par des inhalations bien pratiquées et suffisamment prolongées.

Le 6. Nous revoyons la jeune fille, après un intervalle de 8 jours. Pendant ce temps, aucune inhalation n'a été faite. Seuls, les lavages naso-pharyngiens ont été continués régulièrement. Cette fois, la trachée se montre absolument indemne de croûtes ; en outre la muqueuse qui, au début, offrait une rougeur marquée, dénotant un état inflammatoire de son tissu, présente une coloration plus voisine de la normale.

Le 13. La malade n'a pas subi d'inhalations humides depuis 2 semaines, mais, cette fois, des croûtes fétides se sont reformées dans la trachée et dans la portion sous-glottique du larynx. A la suite d'une inhalation d'un quart d'heure, avec une solution de thymol pulvérisée, se produisent des quintes de toux et la malade réussit par des efforts réitérés de *raclage* à expulser quelques crachats caractéristiques. Faute de temps, nous ne pouvons suffisamment prolonger les inhalations, pour déterminer le détachement d'une croûte très adhérente placée à la partie antérieure de la trachée, immédiatement au-dessous de la glotte ; néanmoins cette croûte, d'aspect sec et racorni, avant l'inhalation, est maintenant gonflée et à moitié détachée et il est évident qu'elle eût été expulsée si la pénétration des vapeurs eût duré un temps suffisant.

Le 16. La malade présente, de nouveau, dans la trachée, des croûtes

desséchées dont nous arrivons, cette fois, à la débarrasser complètement grâce à des inhalations humides suffisamment prolongées.

OBS. III. — *Ozène trachéal compliqué de laryngite, dans le cours d'un ozène vrai.*

Notre travail était déjà terminé, lorsque le malade qui fait le sujet de cette observation s'est présenté à notre clinique. Bien qu'incomplète (le malade étant encore en traitement) nous avons pensé devoir la publier, à la suite des deux précédentes, en raison des particularités intéressantes qu'elle présente.

Edouard F..., 20 ans, employé de commerce, prétend que sa mère et une de ses sœurs sont atteintes de la même affection que lui. Lui-même a commencé, vers l'âge de 7 ans, à incommoder son entourage, par la fétidité de son haleine. Dès cette époque, il éprouvait de la difficulté à se débarrasser, par le mouchoir, des croûtes adhérentes qui encombraient ses fosses nasales.

Depuis l'âge de dix ans (trois ans environ, par conséquent, après le début approximativement présumé de la rhinite atrophique) il expectore, chaque jour, surtout le matin, au lever, et assez notablement aussi, après les repas, par des efforts de toux et de *raclage* (*Räuspern* des Allemands) des crachats verdâtres et fétides. En outre, depuis ces quatre dernières années, il est sujet, à l'occasion de refroidissements, à des poussées de laryngite, pendant lesquelles la voix s'enroue et les crachats habituellement fluides deviennent épais, semblables à des croûtes (?).

Nous voyons le malade, pour la première fois, le 6 janvier 1888. Il présente le faisceau symptomatique classique de l'ozène vrai, avec accumulation prédominante des croûtes dans le pharynx nasal. Nous sommes en outre, de suite, frappé par un enrouement marqué qui porte immédiatement notre attention vers le conduit laryngo-trachéal.

Voici l'aspect que présentent, au miroir, ces derniers organes.

Cavité laryngée complètement indemne de tout produit de sécrétion, mais muqueuse offrant toutes les apparences d'un état inflammatoire marqué. Elle est partout d'un rouge intense même au niveau des vraies cordes. Sur les fausses cordes, on observe même un piqueté hémorrhagique.

La même rougeur est appréciable, sur la muqueuse trachéale, dans l'intervalle des croûtes disséminées sur elle. Après avoir complètement nettoyé les cavités naso-pharyngiennes, par la seringue anglaise et le pinceau, nous soumettons le malade à des inhalations prolongées de so-

lution d'acide thymique pulvérisée. Au bout d'un quart d'heure il réussit, par des efforts de toux et de raclage à amener des crachats épais, verdâtres, répandant l'odeur spéciale de l'ozène.

L'examen laryngoscopique pratiqué, à ce moment, dénote que la trachée a été parfaitement nettoyée et nous pouvons maintenant prendre une connaissance plus exacte de l'état de sa muqueuse qui se montre extrêmement congestionnée et manifestement épaissie, car la disposition annelée due aux cerceaux cartilagineux sous-jacents est à peine appréciable.

Elle offre en outre cette apparence grenue et mamelonnée de sa surface que nous avons souvent observée sur la pituitaire des ozéneux et qui lui donne l'apparence propre aux membranes pyogéniques.

Nous conseillons au malade de continuer, chez lui, les lavages nasopharyngiens et les inhalations.

11 janvier. A la suite de ces prescriptions fidèlement suivies, nous trouvons le malade notablement amélioré. Les fosses nasales sont bien nettoyées ; d'autre part, bien qu'on observe toujours une rougeur accusée de la muqueuse laryngo-trachéale, la voix est plus claire, enfin les croûtes trachéales ne se sont pas reformées.

Désirant savoir si cette dernière particularité est l'effet des inhalations humides que le malade a scrupuleusement continuées, chez lui, nous le priions de les suspendre et nous lui donnons rendez-vous pour le surlendemain.

13 janvier. La suspension des inhalations a provoqué la formation de nouvelles croûtes.

Ces produits sont surtout abondants dans la région sous-glottique. Deux croûtes paraissent notamment adhérer à la face inférieure des cordes vocales. On ne les aperçoit pas, quand celles-ci sont en contact (pendant la phonation) mais, pendant l'inspiration, on voit distinctement leur contour inégal dépasser, par places, le rebord net des cordes.

En présence de ce résultat, nous engageons le malade à reprendre régulièrement les inhalations momentanément interrompues.

ESSAI DE DESCRIPTION NOSOLOGIQUE

Historique.

Il résulte des recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré que si l'affection qui fait l'objet de ce travail a déjà été vue et mentionnée elle n'a pas encore été décrite.

B. Fraenkel de Berlin est, à notre connaissance, le seul auteur qui y fasse nettement allusion. Il dit en effet textuellement, dans son traité des maladies des fosses nasales (1) : « Je soigne, depuis longtemps, une dame atteinte très manifestement d'ozène et chez qui les mêmes masses verdâtres et fétides que l'on voit dans le nez se trouvent aussi, dans le pharynx et même dans la trachée. » Plus loin, il parle de la possibilité de la présence de croûtes semblables, dans le larynx.

A en juger d'après le titre d'une observation publiée en 1885, dans les Archives italiennes de laryngologie (2) nous pensions avoir trouvé un nouveau fait analogue aux nôtres, mais la lecture attentive de l'analyse de cette observation publiée dans le Centralblatt de Semon (1886, p. 102) nous a convaincu qu'il s'agissait ici d'une affection toute différente. Il y est en effet question d'un homme qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris d'une violente inflammation de la muqueuse du nez et des premières voies aériennes. L'haleine était fétide et, dans les fosses nasales, ainsi que dans le larynx et la trachée, on apercevait une accumulation de croûtes verdâtres; mais l'auteur fait remarquer lui-même que *l'expectoration du malade ne présentait aucune fétidité*.

L'affection décrite par Stœrk (3) sous le titre : Blennorrhée chronique des muqueuses du nez, du larynx et des bronches ne présente non plus aucun rapport avec nos observations. Il s'agit là d'une forme morbide assez mal déterminée, caractérisée par un écoulement de pus par le nez, et la formation de synéchies des cordes vocales et sévissant endémiquement parmi les populations de la Galicie. Cette maladie faisait dernièrement (23 nov. 1887) le sujet d'une

(1) B. FRAENKEL. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie allgemeine Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Nase, etc., p. 150.

(2) G. LA NOTTE (Su dine caso di ozena nasale e laringo-tracheale). Archivii ital. di laringologia, 1885. Fasc. IV.

(3) Klinik der krankh. des kehlkopfs. u. s. w. Stuttgart, 1876, p. 161.

discussion à la Société de médecine de Berlin et le Dr Lublinsky la rattachait à la syphilis héréditaire.

Fraenkel serait donc le seul auteur qui aurait mentionné l'ozène trachéal, avant nous, mais il s'est contenté d'énoncer brièvement la présence de croûtes fétides dans la trachée, sans aucunement apprécier la valeur clinique du fait, sans en rechercher la signification pathogénique, sans en tirer aucune déduction, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique de l'ozène.

Etiologie et pathogénie.

Le silence des auteurs sur l'ozène trachéal ne saurait s'expliquer par la rareté de cette complication, mais bien plutôt par ce fait, qu'ignorant la possibilité de son existence, on a omis de la rechercher, et aussi par le peu d'attention que prêtent généralement les laryngologistes eux-mêmes à l'état de la trachée, chez les malades qu'ils examinent. Nous fournissons nous-mêmes la meilleure preuve de ce que nous avançons.

Nous avons eu l'occasion, surtout depuis ces dernières années, d'examiner un grand nombre de malades affectés d'ozène et, jusqu'au mois de novembre dernier, nous ne soupçonnions pas la possibilité du développement, chez eux, d'une trachéite fétide de même nature, et il a suffi que le hasard nous révélât cette complication, pour que, depuis, dans l'espace de six semaines à peine, nous en découvrissions deux nouveaux exemples.

Nous ne doutons pas que, l'attention des spécialistes une fois tournée de ce côté, de nombreux faits semblables ne soient bientôt publiés.

La cause première de l'ozène trachéal paraît être l'existence antérieure d'un ozène nasal.

Au moins, c'est ainsi que les choses se sont passées chez nos malades dont les renseignements paraissent établir qu'avant de présenter les symptômes de la trachéite fétide ils avaient éprouvé ceux de la rhinite de même nature.

Nous ne nous croyons pas autorisé à tirer aucune conclusion de nos observations encore trop peu nombreuses, relativement à l'influence du sexe, de l'âge, etc., sur le développement de la trachéite.

Il est impossible de prévoir si l'on publiera, quelque jour, des cas d'ozène trachéal, sans ozène nasal. Ce qui est certain, c'est que, sur nos malades, il y avait coexistence des deux localisations de la maladie et que, ainsi que nous venons de l'établir, la rhinite aurait très vraisemblablement précédé la trachéite, mais, la maladie secondaire, une fois créée, présentait une indépendance bien nette à l'égard de la primitive, puisque, chez nos deux premières malades (que nous avons pu observer assez longtemps pour apprécier la marche comparative des deux affections), bien que, pendant plusieurs semaines, les fosses nasales aient été maintenues dans un état de propreté parfaite, nous avons vu, à plusieurs reprises, les croûtes trachéales se reformer sur place.

Il résulte de ce qui précède que si (comme on doit le supposer), la trachéite est secondaire à la rhinite, elle n'est engendrée par elle que pour ce qui concerne son origine première. Une fois engendrée, elle paraît évoluer d'une façon indépendante.

Comment s'opère cette production originelle de la trachéite? Son développement tient-il à la chute de quelque mucosité nasale dans le conduit laryngo-trachéal, ou l'air inspiré, infecté par son passage à travers les fosses nasales se charge-t-il d'opérer l'inoculation de la trachée? Question évidemment insoluble. Nous n'avons pas d'ailleurs constaté que, chez nos malades, l'épiglotte fût plus fortement relevée que dans les conditions normales et se prêtât particulièrement à la pénétration de produits de la sécrétion nasale, dans le canal aérien.

Nous n'avons pu non plus établir si le développement de l'ozène trachéal avait été précédé d'une laryngo-trachéite simple, capable, à la suite d'un simple dépouillement épithélial, de placer la muqueuse trachéale dans un état d'oppor-

tunité morbide, à l'égard des germes provenant du nez.

En revanche, l'absence de croûtes fétides dans le larynx de nos malades, contrastant avec leur abondance dans la trachée, nous semble trouver son explication dans la sensibilité réflexe exquise de la muqueuse laryngée et dans les mouvements incessants dont la cavité laryngée est le siège surtout pendant la phonation. Ces conditions physiologiques rendent évidemment cet organe impropre à la stagnation de produits de sécrétion et à leur fermentation ultérieure.

La trachée, au contraire, étant donnée ses vastes dimensions et ses parois rigides, incapables de se rapprocher, présente, au point de vue spécial de la pathogénie de l'ozène, les plus grandes analogies avec les fosses nasales anormalement spacieuses des sujets atteints de rhinite atrophique. On serait peut-être même autorisé à s'appuyer sur ce qui précède, pour envisager l'ozène d'une façon plus large qu'on ne l'a fait jusqu'ici et pour rattacher son histoire à celle des bronchites fétides, par l'intermédiaire de la trachéite fétide que nous venons de décrire. Dans l'un et l'autre cas, il y a stagnation des produits de sécrétion fermentés, dans des conduits aériens anormalement dilatés, à la suite de l'atrophie de leurs parois, consécutive, elle-même à des catarrhes prolongés. Nous devons pourtant reconnaître qu'entre ces deux affections, outre la différence de siège, il y a à tenir compte de la différence des ferments. Ce qui au contraire relie intimement l'ozène trachéal à l'ozène nasal c'est l'analogie des micro-organismes trouvés dans les produits de sécrétion des deux organes. Nous devons donc voir là une éclatante confirmation de la théorie émise par Lœwenberg, relativement à la nature parasitaire de l'ozène.

Le terme ozène correspondrait donc bien moins à un organe spécial qu'à l'existence d'un ferment particulier, susceptible, dans des conditions et sous des influences qui nous échappent complètement, de se fixer dans certaines parties du canal aérien, comme on l'avait établi jusqu'ici pour les

fosses nasales et leur arrière-cavité et comme nous pensons l'avoir établi, à notre tour, pour la trachée.

Il n'y a donc pas un ozène mais bien des ozènes et nous pensons que, désormais, il ne suffira pas de dire qu'un malade est atteint d'ozène, pour caractériser son état pathologique, mais qu'il sera nécessaire de faire suivre ce terme d'une épithète spécifiant la localisation particulière ou prédominante de la maladie, l'ozène pouvant être soit exclusivement nasal, soit à la fois nasal et trachéal.

Symptomatologie.

Le symptôme essentiel de l'ozène trachéal consiste dans l'expectoration de crachats fétides, absolument analogues, par leur odeur, leur consistance et leur coloration, aux produits de la sécrétion nasale.

Chez tous nos malades, cette expectoration avait lieu le matin, au lever, d'une façon exclusive ou prédominante. Cette particularité s'explique facilement, comme pour les malades atteints de dilatations bronchiques, par l'accumulation des mucosités sur la muqueuse enflammée, à la faveur du sommeil.

Un des caractères des plus importants de ces crachats c'est leur viscosité et la tendance qu'ils ont à adhérer aux parois trachéales et à s'y dessécher, sous forme de croûtes.

Chez notre troisième malade cette tendance des crachats à se dessécher et à adhérer à la muqueuse était surtout prononcée, lors des poussées aiguës et il éprouvait alors plus de difficultés que jamais à les expulser. Nous rappelons que ces crachats se sont toujours montrés, chez nos malades, d'un jaune verdâtre et qu'ils répandaient la fétidité si générale de l'ozène.

L'aspect offert par la trachée varie suivant que l'on a fait ou non, précéder l'examen d'une inhalation de vapeur ou de liquide pulvérisé. Dans ce dernier cas, on parvient, en faisant exécuter au malade, des inspirations énergiques, à distinguer dans l'intervalle des cordes vocales, les croûtes tra-

chéales, tantôt assez confluentes pour masquer complètement la muqueuse trachéale, sur laquelle elles forment une couche continue, jaunâtre ou d'un gris verdâtre, tantôt disséminées et laissant voir, dans leur intervalle, la muqueuse rouge et manifestement enflammée. Ce dernier aspect est bien plus évident et facile à constater, quand, cessant de pratiquer l'examen trachéoscopique, on a opéré le nettoyage de la trachée à la faveur d'inhalations humides. On distingue alors nettement les modifications d'aspect de la muqueuse qui peut, dans certains cas (1), se montrer non seulement rouge, mais inégale, comme grenue et épaissie au point de dissimuler la disposition annelée des parois trachéales.

Marche et complications.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les observations qui précèdent, nous voyons que, laissée à elle-même, la maladie ne présente aucune tendance naturelle à la guérison, mais qu'il est possible de la masquer par des inhalations humides bien pratiquées, de même que l'ozène nasal peut être dissimulé à la faveur de lavages naso-pharyngiens régulièrement exécutés, mais que, de même que la suspension de ces lavages ramène la réapparition des croûtes fétides du nez, de même les croûtes trachéales ont tendance à reparaitre, quand on vient à interrompre les pulvérisations, dans le conduit aérien. Le parallélisme pourrait même, peut être, être poursuivi plus loin, car si les lavages nasaux suffisamment prolongés finissent par diminuer ou même tarir la sécrétion fétide de la muqueuse pituitaire, de même il nous a semblé que, chez notre deuxième malade, au moins, à la suite d'inhalations pratiquées, des semaines durant, les croûtes avaient paru, lors de leur suspension momentanée, se former plus lentement. Il va sans dire que nos malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que nous puissions formuler

(1) Observation III.

encore des conclusions générales, sur l'évolution de l'affection, à la suite d'un traitement suffisamment prolongé.

En attendant, il est une question que nous désirons au moins effleurer ici, celle de la participation du larynx à la maladie. Dans l'ouvrage cité plus haut, Fraenkel fait allusion à la présence de croûtes dans la cavité laryngée. Pour notre compte, nous n'avons pas eu l'occasion de faire la même remarque, pour la portion principale de cette cavité : la portion sus-glottique, et nous cherchions, plus haut, à expliquer cette particularité, par l'extrême mobilité des différentes parties de cette région, et l'énergie avec laquelle elle réagit contre la présence de tout corps étranger, à son intérieur ; mais il ne nous a pas paru en être de même pour la portion sous-glottique du larynx qui peut d'ailleurs être envisagée anatomiquement et physiologiquement comme le commencement de la trachée et nous avons vu, chez deux de nos malades cette région être envahie par les croûtes fétides et, chez l'un d'eux, ces produits adhérer à la face inférieure des cordes vocales. En outre, chez ce même malade la muqueuse laryngée offrait une coloration rouge très accusée qui, jointe aux troubles fonctionnels, dénotait un degré marqué d'inflammation.

Cette laryngite constitue-t-elle un état permanent chez le malade, auquel cas, cette observation, mériterait plutôt le titre d'ozène laryngo-trachéal ? Ou bien, à en juger d'après les renseignements du malade, n'est-elle qu'une complication intercurrente, due à l'extension momentanée de l'inflammation trachéale ? C'est là une question qui ne saurait être tranchée que grâce à une observation plus prolongée.

Anatomie pathologique.

En l'absence de tout examen *post mortem*, nous ne pouvons que soupçonner la nature de la maladie, en nous fondant sur les modifications d'aspect de la muqueuse trachéale, telle qu'elle nous apparaît, dans le miroir, pendant la vie et sur les caractères de ses sécrétions morbides.

Nous constatons, avec regret, cette lacune, dans notre travail, lacune qui ne pourra manquer d'être comblée, un jour, quand l'attention des médecins aura été attirée vers cette variété de trachéite, non étudiée jusqu'ici.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'ozène trachéal repose sur des signes de présomption ou de probabilité et sur des signes de certitude.

Ce qui doit faire soupçonner l'existence de la trachéite fétide, c'est la persistance de la mauvaise odeur de l'haleine chez un malade affecté d'ozène, après un lavage complet des cavités naso-pharyngiennes.

Ce qui rend ce diagnostic probable c'est, d'une part, le fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez, d'autre part, le rejet de crachats fétides caractéristiques.

Mais ce qui rend ce même diagnostic certain c'est l'examen trachéoscopique montrant les parois trachéales tapissées de croûtes adhérentes.

On aura ainsi la lésion, sous les yeux et l'on évitera d'être induit en erreur soit par un abcès fétide d'un sinus, soit par le rejet, par expectoration, de croûtes fétides descendues du pharynx nasal.

L'ozène trachéal ne pourrait donc être méconnu que dans les cas où l'on omettrait de le rechercher ou dans ceux où l'examen laryngo-trachéoscopique offrirait des difficultés individuelles particulières.

A la première cause d'erreur nous proposons, comme remède, l'habitude systématique de pratiquer l'inspection de la trachée, chez tous les ozéneux; à la seconde, des examens multiples patiemment répétés et l'emploi de la cocaïne.

Pronostic.

L'existence d'un ozène trachéal constitue une complication sérieuse de l'ozène nasal. Tandis, en effet, que le malade

atteint uniquement de cette dernière affection est certain de trouver, dans des lavages bien exécutés, un moyen infailible de dissimuler absolument et disons-le, de faire disparaître temporairement son infirmité, le sujet affecté d'ozène trachéal est obligé d'avoir recours à des procédés plus compliqués (pulvérisations) et d'un effet plus lent et plus incertain, pour parvenir à dissimuler la mauvaise odeur de son haleine.

Quant à la question de la curabilité absolue et définitive de l'ozène trachéal, le temps relativement court pendant lequel nous avons pu suivre nos malades ne nous permet pas de la résoudre; tout ce que nous sommes autorisé à avancer c'est que la guérison radicale, si tant est qu'on puisse l'espérer, ne saurait être obtenue qu'au prix d'un traitement longtemps et régulièrement poursuivi.

Traitement.

La première indication du traitement de l'ozène trachéal consiste à favoriser l'expulsion des croûtes fétides, la seconde à chercher à modifier la muqueuse qui est la source de ces sécrétions morbides. Comme on le voit, ces indications sont les mêmes que pour l'ozène nasal; mais, comme on le conçoit facilement, nous sommes réduits ici à des moyens moins directs et moins efficaces.

Faute de pouvoir irriguer la trachée, à l'instar des cavités nasales, nous avons eu l'idée de chercher à ramollir, puis à détacher les croûtes adhérentes, au moyen d'inhalations humides et ce moyen (sauf chez notre première malade dont nous n'avons pu diriger le traitement à notre gré), a merveilleusement répondu à notre attente. Toutes les fois, en effet, que les inhalations ont été faites, sous notre contrôle, et suffisamment prolongées, nous les avons vues opérer le ramollissement, puis les quintes de toux aidant, permettre le détachement et l'expulsion des croûtes trachéales.

Les inhalations pourront être pratiquées tout simplement (pour les malades peu fortunés), avec de la vapeur d'eau portée à l'ébullition. Il y aura toutefois avantage à faire usage

d'un pulvérisateur et, de préférence, d'un pulvérisateur à vapeur, chez les malades qui pourront s'en procurer. On joint ainsi à l'action purement mécanique des vapeurs humides l'action antiseptique ou modificatrice des substances médicamenteuses introduites dans l'appareil.

Nous nous sommes, pour notre compte, bien trouvé de l'emploi du thymol, mais on pourrait, sans doute, faire usage, avec avantage d'autres agents que nous n'avons pu expérimenter.

On pourrait aussi tenter de modifier la muqueuse, soit directement par des insufflations de poudres médicamenteuses (iodol, iodoforme), à travers la glotte, pendant l'inspiration, soit indirectement, au moyen des balsamiques, (créosote, eucalyptol) administrés à l'intérieur. Nos expériences personnelles touchant ce point de thérapeutique n'ont été ni assez prolongées, ni assez concluantes, pour que nous osions en déduire des règles de pratique.

Conclusions.

1° Il existe une variété de trachéite observée, jusqu'ici, en concomitance avec l'ozène nasal, mais pouvant, une fois établie, évoluer indépendamment de lui, caractérisée par la fétidité de ses sécrétions dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux et pour laquelle nous proposons la dénomination d'*ozène trachéal*.

2° Les croûtes observées, sur les parois de la trachée ne sont pas des produits migrants descendus du nez ; elles sont *autochtones, nées sur place*, car on les voit, plusieurs semaines durant, s'éliminer par l'expectoration et se reformer tour à tour, alors que les cavités naso-pharyngiennes sont maintenues, pendant ce temps, d'une façon ininterrompue, dans un état de propreté parfaite, à l'aide d'irrigations journalières.

3° L'ozène trachéal se manifeste cliniquement : par l'expectoration, surtout le matin, de crachats verdâtres, vis-

queux, épais, exhalant l'odeur sui generis de l'ozène, par la persistance de la fétidité de l'haleine, après le lavage des fosses nasales, enfin par ce fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez.

2° Le diagnostic présumé grâce aux symptômes précédents ne pourra être solidement posé qu'après l'examen laryngoscopique qui révèle, sur les parois trachéales, la présence des croûtes caractéristiques.

5° L'ozène trachéal aggrave notablement le pronostic de l'ozène nasal, en rendant les lavages naso-pharyngiens impuissants à faire disparaître la fétidité de l'haleine.

6° On peut, grâce à des inhalations de vapeurs ou de liquides pulvérisés, opérer le ramollissement puis la détachement des croûtes adhérentes aux parois trachéales, mais on les voit se reformer, pour peu que le traitement soit suspendu.

QUELQUES OBSERVATIONS ANATOMIQUES

SUR LE

BEC-DE-LIÈVRE COMPLEXE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Par A. BROCA, prosecteur à la Faculté.

Bien des querelles, jadis, ont été suscitées entre les anatomistes par l'os intermaxillaire, mais, depuis le commencement de ce siècle, la discussion est à peu près close. Quant à la théorie du bec-de-lièvre, elle est définitivement assise : il s'agit d'une fissure « superposable », comme l'a dit A. Richard, à un état antérieur de l'embryon ; il s'agit d'un arrêt de développement.

Cette opinion avait été hardiment affirmée par Goethe, après que l'illustre poète eût rencontré un crâne d'enfant hydrocéphale sur lequel, à l'âge de 4 ans, l'os intermaxillaire, muni de 4 incisives, fut trouvé encore mobile sur les maxillaires supérieurs qui l'enchâssaient. Mais il faut avouer

que la démonstration ne fut complète que du jour où Coste étudia le développement embryogénique de la mâchoire supérieure : rien ne prouvait, jusque-là, qu'une suture entre deux os correspondît, chez l'embryon, à une fissure telle que le bec-de-lièvre.

Après les recherches de Coste, peu à peu vérifiées et complétées, la théorie suivante fut édifiée. La face est formée par la coalescence de plusieurs bourgeons du feuillet moyen, qui, s'insinuant sous le feuillet externe, vont à la rencontre l'un de l'autre. Entre les deux *bourgeons maxillaires supérieurs* destinés à former le corps des os correspondants, c'est-à-dire la partie supportant les molaires et les canines, s'interpose un prolongement médian, vertical, descendant du front, le *bourgeon frontal*, qui bientôt se divise en deux bourgeons secondaires appelés *nasal interne* et *nasal externe*, séparés l'un de l'autre par la *fossette olfactive*. Tandis que le bourgeon nasal externe, séparé du bourgeon maxillaire supérieur par une *gouttière lacrymale*, futur canal lacrymal, s'arrête pour former l'aile du nez correspondante, le bourgeon nasal interne continue à descendre, s'unit à son congénère du côté opposé, et tous deux ensemble forment tout l'os incisif et toute la partie correspondante de la lèvre supérieure. Chacun de son côté, en effet, s'insinue sous l'extrémité inférieure du bourgeon nasal externe et, après avoir ainsi transformé la fossette olfactive en un trou — la narine —, va s'unir à l'extrémité antérieure du bourgeon maxillaire supérieur. Bientôt s'individualisent les deux plans, mou et osseux, la lèvre et l'intermaxillaire.

Ainsi, il y a de chaque côté un os incisif unique, porteur des deux incisives. Dans le bec-de-lièvre, la fissure passe entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon maxillaire supérieur. Ostéologiquement, il est situé, par conséquent, entre le maxillaire et l'intermaxillaire, c'est-à-dire entre l'incisive et la canine.

Voilà certes qui est d'une vérification facile, lorsque, sur un sujet quelque peu âgé, on assistera à l'évolution de l'une

ou l'autre des dentitions. Il semble donc impossible qu'on ait pu laisser subsister une erreur dans l'observation, car il est à peu près impossible de prendre une incisive pour une canine et réciproquement ; la forme fût-elle douteuse, il suffirait de compter les dents de chaque côté ! Et pourtant, il est bien probable que c'est ce qui a eu lieu et, depuis 1879, P. Albrecht s'efforce de le démontrer dans une série de publications.

Pour cet auteur, il n'y a pas deux os intermaxillaires, mais quatre. Bourgeons nasal externe et nasal interne descendent tous deux au même niveau, passent côte à côte entre les bourgeons maxillaires supérieurs et forment chacun la partie correspondante de l'os et de la lèvre. Du nasal interne dépend de chaque côté l'intermaxillaire interne, porteur de l'incisive médiane ; du nasal externe relève l'intermaxillaire externe avec l'incisive latérale.

Cela laisse des traces sur bien des crânes normaux, où l'on voit la suture incisive persister sous forme d'un V qui part du trou palatin antérieur et envoie bientôt de chaque côté une branche qui, oblique en avant et en dehors, va se rendre entre l'incisive moyenne et l'incisive latérale. Si donc, avec Albrecht, on appelle l'intermaxillaire interne *endo-gnathion*, l'externe, *meso-gnathion* ; et enfin le corps de la mâchoire *exagnathion*, on aura chez le fœtus les fentes suivantes, transformées plus tard en sutures : fentes endo-endognathique ; endo-mésognathique ; méso-exognathique.

D'après la théorie de Goethe, la fissure alvéolaire du bec-de-lièvre vulgaire passerait dans la fente méso-exognathique. Eh bien ! il n'en est rien, et la fissure est toujours endo-mésognathique. Cela est facile à vérifier : que l'on laisse sortir les dents, et l'on verra une incisive border chaque lèvre de la fissure.

Tout cela a suscité, en Allemagne surtout, de vives polémiques entre Albrecht d'une part et de l'autre Th. Koelliker, Langenbeck, Stöhr, Biondi, His, etc. Le fait grossier (siège constant entre deux incisives), est contesté par beaucoup ; l'interprétation anatomique (duplicité de l'intermaxillaire) et

embryologique (descente à la lèvre du bourgeon nasal externe) est combattue à peu près par tous. Aussi m'a-t-il semblé intéressant de reprendre ces études, d'examiner une série assez nombreuse de becs-de-lièvre et de maxillaires normaux. Les résultats de ces recherches ont été publiés dans une suite de mémoires, insérés en 1887 dans les bulletins de la *Société anatomique*, dans les *Annales de gynécologie*, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. — Ils ont encore servi de base à la thèse de doctorat de Rossi (1886-87).

En anatomie normale, d'abord, j'ai vérifié l'existence du système de sutures décrit par Albrecht. Puis, passant aux faits tératologiques, j'ai réuni jusqu'à présent 44 observations ce qui, avec les 4 nouvelles insérées ici fait un total de 48. Avec cela, on peut juger entre les deux théories en présence.

La théorie ancienne affirme que la fissure est bordée directement par la canine.

Albrecht affirme au contraire que le siège typique est en avant de l'incisive précanine, le nombre d'incisives médianes étant d'ailleurs variable.

Il va sans dire qu'il faut éliminer, outre les pièces incomplètes, les cas où, l'incisive latérale étant absente la fente passe entre l'incisive médiane et la canine. L'une et l'autre théorie peuvent s'en accommoder. Ils restent dès lors 36 observations, donnant les chiffres suivants :

L'incisive précanine borde 33 fois la fissure.

La fissure passe 3 fois entre la 2^e incisive et la canine. Si même on analyse exactement ces observations, on voit que, malgré l'apparence première, aucune d'entre elles ne fournit à la théorie de Goethe un appui bien solide.

Mais examinons les tableaux fournis par Th. Koelliker, champion inébranlable de la doctrine ancienne. Sur 52 faits nous en trouvons 9 sans valeur démonstrative ; 4 favorables à la théorie de Goethe ; 39 où la fissure passe en avant de la précanine.

Soit au total 100 pièces se décomposant en :
Insuffisantes (8) ou indifférentes (13), 21 ; théorie de Goethe, 7 (dont 3 plus que douteuses) ; théorie d'Albrecht, 72 (plus 3, au moins probables.

Il y a donc une démonstration indiscutable : 72 fois sur 100 l'incisive précanine borde la lèvre externe de la fente alvéolaire ; 21 fois sur 100 cette incisive est absente ou non examinée (faits nuls) ; 7 fois sur 100 la fente existe entre la 2^e incisive et la canine.

Mais qu'est cette 2^e incisive ? Probablement une incisive supplémentaire, et je pense que ces 7 exceptions s'expliquent par la coexistence de deux anomalies, toutes deux fréquentes : la formation d'une incisive médiane supplémentaire et l'absence de l'incisive latérale. Th. Koelliker se refuse, sans doute, à admettre cette coïncidence, par trop providentielle. Or, comment peut-il expliquer les faits où la fissure passe entre une incisive médiane et une précanine ? Par la coïncidence de deux anomalies : une incisive précanine supplémentaire et hétérotopique ; une incisive latérale absente. De ces observations, j'en ai 13 et Koelliker autant, en excluant celles où, le bec-de-lièvre étant bilatéral, cela n'existe que d'un côté. La coïncidence serait-elle moins providentielle pour avoir lieu 26 fois sur 100 au lieu de 7 ?

Comment donc a-t-on pu, pendant plus d'un siècle affirmer que le bec-de-lièvre vulgaire sépare l'incisive latérale de la canine ? Comment cette erreur, si facile à rectifier, a-t-elle duré si longtemps, est-elle encore monnaie courante ? L'explication est peut être dans la phrase suivante de Volkmann : « Lorsque la fissure passe entre deux incisives, ce fait pourrait, au premier abord, paraître en contradiction avec la doctrine si juste et si bien établie pour la genèse de cette difformité, car la fissure ne peut passer qu'entre l'intermaxillaire et le maxillaire... ; mais on doit considérer qu'il y a un trouble de la dentition et non un déplacement de la fissure ».

Cela prouve qu'il y avait dogme, c'est-à-dire obstacle au

progrès. Contre le dogme, les faits s'accumulaient, dus à Lafaye, Tenon, Blandin, Reverdit, Hamy, Bardeleben, Volkmann, etc. On se bornait à les enregistrer et à les expliquer platoniquement par la duplicité fréquente, admise par Leuckart, du point d'ossification de l'intermaxillaire. On oubliait que l'argument semblable avait toujours été déclaré sans valeur, ou à peu près, pour appuyer la théorie de l'arrêt de développement; que cette théorie n'a cessé d'être une hypothèse (avec des adversaires tels que Velpeau et Cruveilhier !) qu'après les découvertes de Coste.

En général, on observait des enfants avant la dentition; puis, sur l'adulte, la théorie était souvent démentie, et alors on disait : exception. Et on ne disséquait pas les rebords alvéolaires : je n'en veux comme preuve que la majeure partie des pièces que j'ai eues entre les mains, pièces qui, presque toutes, étaient conservées dans des musées et étaient citées à l'appui de la théorie de Goethe. Dents, alvéoles, sutures, tout était caché par la gencive.

En tout cela, on admire la puissance de la foi qui conduisait Houel à compter 4 incisives au lieu de deux dans le tubercule médian de la pièce n° 17 du musée Dupuytren; qui conduisait Koenig à soutenir la théorie de Goethe en empruntant à Bruns deux dessins qui la contredisent; qui enfin, malgré les chiffres que nous avons cités, fait dire à Th. Koelliker en 1884, alors que ses propres dissections datent de 1882 : « On ne trouve que dans de rares cas la fissure intra-incisive. »

Je ne veux pas reprendre ici les discussions ostéologiques, tératologiques et embryologiques que soulève cette étude. Je me bornerai à dire que très probablement l'explication embryologique d'Albrecht est la bonne. Seule en effet elle permet de comprendre comment il peut se faire à la lèvre supérieure deux variétés typiques de fissures tératologiques simples, complètes ou prolongées :

1° Le *bec-de-lièvre vulgaire* qui fend la lèvre sous la

narine et souvent ouvre cette narine, qui, complexe, est intra-incisif (1).

2° Le *colobome de la lèvre supérieure* qui divise les parties molles de façon à passer en dehors et en arrière de l'aile du nez pour remonter à la paupière inférieure (colobome de la paupière inférieure); qui divise le squelette entre l'incisive latérale et la canine et remonte de là vers l'orbite, en dehors de l'apophyse nasale de l'intermaxillaire puis dans le canal nasal.

OBS. I (PERSONNELLE, INÉDITE). — *Bec-de-lièvre bilatéral; six incisives, dont 4 dans le tubercule médian.* Pièce appartenant à l'École de médecine de Dijon. Cette pièce m'a été communiquée par mon ami le Dr BROUSSOLLES, professeur suppléant à cette Ecole.

Sur ce crâne, conservé sec et gratté, il existe un double bec-de-lièvre. Les arcades dentaires ne sont pas disséquées mais sont recouvertes par la gencive vernie. L'écartement entre les deux lames palatines est de 11 millim. en avant et de 15 en arrière. De ces deux lames la droite, un peu oblique en haut et en dedans est un peu plus élevée et beaucoup moins large que la gauche. Le vomer est un peu au-dessus du plan horizontal déterminé par les apophyses palatines. Il forme une lame placée de champ, épaisse de 3 à 4 millim. bien antéro-postérieure et longue de 22 millim. Là son extrémité antérieure est séparée par une suture transversale du pédicule rectiligne des intermaxillaires internes. Cette suture est à 5 millim. en arrière de la pointe antérieure des rebords alvéolaires postérieurs. Le pédicule a, au total, 11 millim. de long et, si on joint à cela l'épaisseur du bord alvéolaire, on voit que le système osseux formé par le tubercule médian et son pédicule a 21 millim. de long et fait au total, par conséquent, une saillie de 16 millim. en avant des rebords alvéolaires postérieurs, dont ses angles latéraux sont distants de 10 millim. à gauche et de 8 à droite.

Arcades alvéolaires. Dans le tubercule médian, quatre incisives,

(1) Je signalerai ici un fait intéressant, mentionné récemment par CLÉMENT LUCAS à la *Société Clinique de Londres* (novembre 1887. Voyez *Bull. Méd.* 1887). Cet auteur a publié 3 faits prouvant que l'absence d'incisive latérale prédispose au bec-de-lièvre chez les descendants.

dont les deux médianes bien transversales ; les deux latérales, larges et bien développées, de champ sur les faces latérales, bordant la fissure.

Dans les arcades alvéolaires postérieures, bien symétriques ont trouvé immédiatement sous la gencive les couronnes de deux molaires et de la canine. En avant et en dedans, contre la voûte palatine existe de chaque côté un alvéole contenant une couronne tranchante d'incisive.

Pas trace de suture sur la voûte palatine.

OBS. II (PERSONNELLE, INÉDITE). — *Bec-de-lièvre bilatéral; fente alvéolaire unilatérale inter-incisive; absence de l'incisive latérale du côté opposé.* Tête de fœtus né à terme dans le service de M. Auvard (hosp. de la Charité); donnée par mon ami L. SECHEYRON, interne du service.

Pièce examinée garnie de ses parties molles. Les narines sont aplaties, à peu près symétriques. Sous celle de droite existe une large fissure labiale complète et complexe, qui pénètre dans la narine. A gauche existe une fente labiale qui ne pénètre pas dans la narine mais en reste séparée par un petit pont étroit et court qui réunit l'extrémité de l'aile du nez au tubercule médian charnu. Ce tubercule est court, dépasse en avant le lobule du nez et ne recouvre que la partie gauche du tubercule osseux. Ce tubercule osseux est très oblique en arrière et à gauche. Son extrémité droite, saillante en avant, est libre ; son extrémité gauche va s'unir au bord alvéolaire postérieur correspondant. Mais cette union n'est constituée que par un mince pont de parties molles, en sorte qu'on peut imprimer quelques mouvements à la partie médiane que nous appelons, malgré cette adhérence, tubercule médian. Au delà existe une fissure palatine gauche. Ainsi, la fente alvéolaire est unilatérale et la fente palatine est bilatérale. Le vomer, libre sur la ligne médiane, descend plus bas que les lames palatines.

Examen du squelette gratté. — La fente palatine droite est beaucoup plus large que la gauche et va en s'élargissant en avant tandis que la gauche va s'élargissant en arrière. La fente alvéolaire n'existe qu'à gauche, puis la dissection prouve qu'à droite il n'y a, en regard de la fissure labiale, que quelques trousseaux fibreux.

Le bord alvéolaire postérieur droit est sur un plan postérieur à son similaire du côté gauche.

Le vomer est oblique en avant et à gauche. Il a la forme d'une lame verticale longue de 23 millim. Son extrémité antérieure s'articule par une suture transversale avec le pédicule du tubercule osseux médian. Ce

pédicule, long de 10 millim., est plus oblique que le vomer, d'où au niveau de la suture, un angle un peu saillant à droite. Sur la face inférieure de ce pédicule on voit une suture médiane, antéro-postérieure, qui prolonge la suture médiane de l'épine nasale inférieure et du bord alvéolaire. C'est donc bien la coalescence des deux apophyses palatines des intermaxillaires internes qui constitue le pédicule. Le vomer est au même niveau que la lame palatine gauche ; une fois la muqueuse enlevée, il apparaît un peu inférieur à la lame droite.

Arcade alvéolaire. — *Le tubercule médian* ne renferme que deux incisives, bien formées, séparées par la suture intermaxillaire médiane.

Dans les *arcades postérieures* existent : a) à *droite*, deux molaires, la canine et une incisive ; b) à *gauche*, deux molaires et la canine, le trousseau fibreux déjà décrit rétablissant la continuité entre l'incisive médiane et la canine droite. Il y a donc absence de l'incisive latérale gauche.

OBS. III (PERSONNELLE, INÉDITE). — *Bec-de-lièvre unilatéral complexe entre l'incisive médiane et la canine.* — *Urano-plastie.* — *Guérison.*

Bert..., Gustave, âgé de 16 ans 1/2, est entré le 4 novembre 1887, à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Vierge, n° 41, dans le service du professeur Trélat.

Les parents ont eu 3 enfants, dont il est l'aîné, son frère dont l'observation suit étant le cadet. Le dernier, âgé de 12 ans 1/2, n'a rien de malformé, mais il est un peu délicat. Pas d'enfants morts jeunes. Pas de malformation dans la famille. Gustave Bert..., a toujours été bien portant, sauf qu'à l'âge de 3 mois il a eu une ophthalmie à la suite de laquelle l'œil gauche est resté affecté d'un leucome avec staphylome cornéen. Il est né avec un bec-de-lièvre latéral droit, complexe, dont, à l'âge de 1 ou 2 ans, M. Ripault (du Mans) a réparé la fissure labiale. Autant que l'enfant se souvient, on ne lui a pas arraché de dents avant la chute des dents de lait, et depuis pas davantage. Dans la dentition de lait existait, à la place de l'incisive médiane actuelle, une dent qui poussait en avant et gênait l'enfant en soulevant la lèvre.

Actuellement, on voit sous la narine droite, et remontant jusqu'à elle, une cicatrice verticale, étroite, qui se termine en bas par une encoche notable. Le nez est assez bien conformé. Derrière cette cicatrice, et un peu en dehors d'elle, est une dépression cicatricielle du bord gingival. Cette dépression verticale siège entre une incisive et une canine, mais

il n'y a que trois incisives entre les deux canines. L'incisive médiane droite est petite, assez étroite, pas très bien formée; un peu pointue et un peu cariée à la face postérieure de son sommet. Elle est assez notablement distante de l'incisive médiane gauche bien formée, mais est presque directement accolée à la ligne cicatricielle gingivale dont la canine droite, au contraire, est éloignée d'environ 1/2 centimètre. Les deux incisives gauches sont normales, ainsi que le reste de la denture.

La ligne cicatricielle alvéolaire se prolonge obliquement jusqu'à la ligne médiane et là disparaît. Un peu en arrière d'elle commence une fissure occupant les 2/3 postérieurs de la voûte palatine, très creuse, et tout le voile du palais. Cette fissure est latérale droite. Elle permet de voir la fosse nasale droite avec sa muqueuse violacée, turgescence; à gauche, la voûte palatine se soude avec une lame verticale par laquelle la muqueuse palatine, pâle et dure, se prolonge à peu près à mi-hauteur tandis que la moitié supérieure seule est couverte d'une muqueuse rouge et molle; entre ces deux muqueuses est une ligne de démarcation absolument nette, horizontale et rectiligne qui prolonge la ligne semblable située entre les deux muqueuses du voile. La fente palatine, progressivement élargie d'avant en arrière, se termine en avant par une extrémité arrondie. Elle a environ 2 cent. de large en son point maximum. Le voile du palais est assez épais et assez long. La voix est très nasonnée, mais à part cela les fonctions buccales se font assez bien; la mastication est aisée; parfois seulement les liquides refluent par le nez. Sauf quelques facilités à s'enrhumer, l'enfant se porte assez bien.

Urano-staphylorrhaphie le 25 novembre 1887, faite par le procédé classique, en double pont. L'avivement et la libération se font facilement et le professeur Trélat suture ainsi deux lambeaux épais et bien nourris. La réaction, locale et générale, est nulle et l'enfant sort le 29 décembre 1887 avec la fissure palatine parfaitement réparée.

OBS. IV (PERSONNELLE, INÉDITE). — *Bec-de-lièvre unilatéral complexe, interincisif. — Uranoplastie. — Guérison.*

Bert... Lucien, âgé de 14 ans 1/2, est entré le 4 novembre 1887, dans le service du professeur Trélat, à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Vierge, lit n° 43. Ce malade est le frère du précédent. Il est né porteur d'un bec-de-lièvre gauche complexe pour lequel M. Ripault a fait plusieurs opérations qui ont assez mal réussi parce que l'enfant avait des coliques et criait. *Actuellement*, il existe à la lèvre une cicatrice verticale qui n'a guère plus de 1 cent. 1/2 de haut et se termine en encoche à ses

deux extrémités, aussi bien vers la narine que vers le bord labial. En arrière et un peu en dehors de cette cicatrice, on voit une ligne cicatricielle verticale qui déprime la gencive et passe entre deux incisives que la numération fait reconnaître comme les deux incisives gauches. Ces deux dents convergent vers la ligne cicatricielle et s'y croisent au-dessous du bord gingival, l'interne, un peu cariée, étant antérieure à l'externe. Elles sont peu sorties de la gencive, d'où une véritable brèche entre la canine gauche et l'incisive médiane droite. La dépression cicatricielle se prolonge jusqu'à la pointe antérieure de la fissure palatine, qui va ainsi en avant jusqu'au bord alvéolaire et divise toute la voûte palatine proprement dite. La fissure y est unilatérale gauche. L'aspect de la fosse nasale, de la cloison avec ses deux muqueuse est exactement celui que j'ai décrit dans l'observation précédente.

Le 7 décembre 1887, le professeur Trélat pratique l'uranoplastie, après avoir fait remarquer que ce cas semble particulièrement défavorable. D'abord, la fente à combler est très large et, par contre, les lames palatines sont étroites. Il faudra donc une incision libératrice très externe. En outre, le sommet étant caché juste derrière le rebord alvéolaire et la voûte étant très creuse, l'avivement sera certainement difficile. Enfin, une difficulté spéciale provient de la ligne cicatricielle que nous avons décrite au bord alvéolaire. Là, en effet, la continuité de la muqueuse est à peu près interrompue d'un côté à l'autre. Si le décollement du pont est poussé, comme à l'ordinaire, jusqu'au niveau de la pointe antérieure de la fente, le bord cicatriciel se rompra presque certainement. Pour le grand côté, peu importe, car il n'y a pas à aller jusque-là; pour le petit côté, au contraire, il faut s'en préoccuper. Pour éviter cet écueil, le professeur Trélat a prolongé l'incision droite (grand côté) plus que de coutume, arrêtant l'incision gauche (petit côté) plus en arrière que le sommet de la fente. L'opération a ainsi été faite avec une grande rapidité, malgré toutes ces difficultés, après que la respiration, assez entravée au début par le baillon refoulant la langue, a été régularisée.

La réunion par première intention a été parfaite sur toute la ligne de suture. Il y a eu un petit point sphacélique à l'extrémité postérieure du bord externe du lambeau droit, sur une lèvre de l'incision libératrice par conséquent. L'enfant est sorti le 27 décembre 1887, parfaitement guéri.

II

Les deux dernières observations que je viens de relater offrent, sans contredit, un intérêt pratique assez grand, la

seconde surtout, en raison des particularités anatomiques qui y rendaient délicate l'intervention chirurgicale.

Je ne veux pas revenir sur ce point car, dans le courant de l'obs. IV j'ai résumé les considérations que le professeur Trélat a exposées en une brève leçon clinique avant de commencer l'opération. Il peut sembler superflu de constater la réussite complète de suture et la perfection du résultat plastique obtenu : la possibilité de ce succès n'est plus à démontrer. On penserait pourtant que la preuve en est à faire, si l'on en croyait un article publié il y a quelques semaines par la *Gazette hebdomadaire* de Bordeaux et où l'auteur pose en axiome que l'uranoplastie est une opération qui ne réussit jamais.

Sans m'attarder à réfuter une semblable assertion, j'ajouterai seulement quelques mots sur les cicatrices observées chez les deux derniers malades, au niveau du rebord alvéolaire. Les renseignements sur leur nature exacte font défaut. Il semble au moins probable que le squelette n'a pas été intéressé directement dans les opérations pratiquées par M. Ripault. Mais à un moment y avait-il un rebord alvéolaire interrompu dont la contiguïté s'est rétablie par la suite ? Ou bien dès la naissance existait-il une continuité réelle de ce rebord.

Il ne faut pas nier que les deux extrémités du rebord alvéolaire ne puissent ainsi se rapprocher, et même venir au contact une fois que la lèvre réparée exerce sur elles une pression légère mais continue. Ce rapprochement, observé même après une opération tardive par Lafaye, par Reverdit, a été souvent donné comme argument en faveur de l'intervention précoce. Mais, s'il faut en croire quelques-unes des pièces que j'ai disséquées, il est bien plus probable que dès la naissance existait là un trousseau fibreux qui, recouvert par la gencive, établissait la continuité entre les deux moitiés de l'arcade alvéolaire. Ces deux moitiés, d'abord un peu mobiles l'une sur l'autre, se sont peu à peu immobilisées l'une sur l'autre. C'est probablement ainsi qu'eût évolué la pièce qui fait

ici le sujet de l'obs. II. Cette disposition n'est pas rare, si j'en juge d'après les pièces que j'ai décrites dans mes publications antérieures et où on la rencontre plusieurs fois.

Faut-il accorder à cela le nom classique de cicatrisation ou de guérison intra-utérine du bec-de-lièvre, sous lequel sont publiées, pour la lèvre surtout, des observations de Rennes (de Bergerac), de Dieudonné, de Marjolin, de Bitot (de Bordeaux), de Désormeaux, de Guersant, de Jacquin, etc. ? Je ne le pense pas. Sans doute, Trendelenburg nous apprend que Klose et Paul ont trouvé là du tissu de cicatrice, mais ce n'est pas un motif suffisant ; car la cicatrisation est un processus de réparation. Or ici il s'agit précisément du contraire.

Tout vertébré a normalement, pendant son évolution embryonnaire, des fentes, ou tout au moins des rainures faciales qui, persistantes, constituent le bec-de-lièvre. Que le processus soit troublé, retardé au lieu d'être annihilé et les tissus se formeront incomplètement, seront représentés par le tissu fibreux de basse organisation que l'on appelle tissu de cicatrice. C'est un arrêt de développement moindre que la fissure. Normalement les traces de l'état transitoire disparaissent, ici elles persistent, mais ce n'est pas une fissure cicatrisée, car cette fissure n'a jamais été une plaie. Le professeur Verneuil a observé un fœtus né avec une fracture du maxillaire inférieur en face de laquelle existait une cicatrice labiale. Là il est permis de dire : cicatrisation intra-utérine, car il s'agit évidemment d'une plaie qui s'est réparée ; mais il est vicieux d'englober sous le même nom des faits aussi radicalement différents.

Il est certain, en tout cas, que ces lignes fibreuses sous forme de cordons ou de sillons accompagnent souvent les fissures faciales plus ou moins étendues et se prolongent à une distance variable, marquant avec netteté le trajet normalement inappréciable de la fente embryonnaire. Pour la fissure médiane inférieure, je citerai à ce propos des observations où Faucon, Parise, le professeur Lannelongue ont vu ce prolongement se faire jusqu'à la fourchette sternale.

C'est vers la partie inférieure de la région temporale que se continue ainsi la fente génienne dans un fait de Pelvet. Pour le colobome de la lèvre supérieure, je renverrai à des observations de Pelvet, de Kraske.

Enfin, il n'est pas toujours exact, quoique ce soit la règle, que le raphé marque une évolution incomplète de la fente même dont une partie est restée béante. A ce propos, je terminerai par une observation où, avec un bec-de-lièvre ordinaire, il y a un raphé palatin cicatriciel médian. Ce fait a encore quelque intérêt au point de vue de l'évolution des dents, et pour la carie précoce des incisives du côté du bec-de-lièvre.

OBS. V (PERSONNELLE, INÉDITE). — Vesl..., Marcel, âgé de 20 mois, a été précédé de 2 enfants, dont le 1^{er} est mort en nourrice à 4 mois, de cholérine; dont le 2^e est mort à 13 mois de la coqueluche. Une cousine maternelle n'a qu'une oreille et de ce côté la joue est plus petite; rien du côté du père. Rien dans le reste de la famille. Cet enfant est né avec un bec-de-lièvre latéral gauche, qui a été opéré par le Dr Porak, 5 jours après la naissance. J'ai vu l'enfant, grâce à l'obligeance de M. Porak, le 29 mars 1887, le résultat opératoire est bon, quoique le lambeau interne soit un peu gros, et que les épingles de la suture entortillée aient laissé quelque trace. La voûte palatine n'est pas fendue, mais elle est mal développée; elle présente une dépression d'aspect cicatriciel, médiane quoiqu'un peu déviée à gauche. Cette dépression s'élargit progressivement, du rebord alvéolaire vers la voûte palatine proprement dite, assez creuse. A la mâchoire supérieure, 4 incisives existent entre les canines. C'est entre les deux médianes que se trouve à la gencive le raphé cicatriciel déjà décrit. Les incisives droites sont normales; les incisives gauches, sont un peu déviées, la médiane surtout qui, en outre est déjà cariée. Les dents inférieures sont normales.

L'évolution des dents a été la suivante. A 5 mois sont sorties les deux incisives médianes inférieures; puis un peu après (la mère ne sait pas au juste combien de temps), les deux incisives droites supérieures; puis sont venues les incisives latérales inférieures, et enfin les incisives supérieures gauches. En novembre 1886, sont sorties les premières molaires; plus tard les canines supérieures; plus récemment la canine inférieure droite; la gauche ne paraît pas encore (1).

(1) Je n'ai pas voulu surcharger cet article d'indications bibliographiques

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A PROPOS D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE PAR LA PONCTION SUIVIE D'INJECTIONS AVEC UNE SOLUTION 10 0/0 DE COCAINE ET A 1/10 DE CHLORURE DE ZINC.

Par le Dr **F. Verchère**, ancien chef de clinique.

Les traitements les plus divers ont été employés pour guérir l'affection si simple que dès Ambroise Paré on a appelée grenouillette, ils ont été tous défendus, puis abandonnés.

Autrefois devant les difficultés considérables que l'on éprouvait à obtenir une guérison définitive, on ne craignait pas d'avoir recours aux procédés les plus délicats, les plus difficiles et parfois les plus dangereux.

Actuellement on cherche surtout à revenir aux traitements simples et sans dangers ; inversement à ce que l'on voit par d'autres kystes d'une membrane séreuse ou glandulaire, hygromas, hydrocèle, kystes du cordon, etc. pour les quels on cherche à employer une méthode plus radicale et plus chirurgicale, l'incision antiseptique et la suture, au lieu de la ponction avec injections de liquide irritant ; la grenouillette n'est plus ouverte, suturée, extirpée et les auteurs recommandent plutôt les moyens inoffensifs et efficaces tels que ponctions et injections, drainage et séton.

Cette dernière méthode n'est guère favorable que dans les cas de grenouillette peu volumineuse, et à condition de mettre un séton de très petit volume. S'il s'agit d'une gre-

qui se seraient bornées à répéter celles de mes mémoires précédents et celles que j'ai annexées à la description récente des vices de conformation de la face dans le Manuel de pathologie chirurgicale de Jamain et Terrier, 3^e éd., continuée par F. Terrier, A. Broca et H. Hartmann, t. III, p. 653 et suiv., 1887.

nouillette accompagnée de prolongement ou bilobée comme certaines grenouillettes sus-hyoïdiennes, aux inconvénients de la suppuration, de l'inflammation vive et étendue qui peut se produire se joignent les inconvénients d'une cicatrice, si le pus tend à se faire jour dans la région sus-hyoïdienne. Aussi repoussons-nous immédiatement le procédé qu'a mis en usage le Dr Krabel (1), analogue à celui qu'a préconisé Volkmann pour la cure radicale des hydrocèles.

Il incise la tumeur sus-hyoïdienne, excise une partie de la paroi et suture celle-ci à la peau : la même opération est pratiquée sur la tumeur buccale et l'on passe un drain qu'on retient par une ligature de catgut. Puis on fit une injection de solution phéniquée et le tout fut recouvert d'un pansement salicylé. En huit jours la cicatrisation était complète mais il reste une cicatrice sus-hyoïdienne, et on sait combien ces cicatrices sont redoutées des femmes surtout.

Si l'on ajoute à l'inconvénient de cette cicatrice la nécessité où l'on est de donner le chloroforme, d'observer une antisepsie absolue, de maintenir le malade à la chambre, on voit combien les inconvénients sont grands et pour n'avoir d'autre supériorité que d'obtenir en une fois ce que dans de très rares cas on obtient en deux fois, au plus, quand on n'a pas, ce qui est la règle, réussi en une seule intervention.

La ponction suivie d'injections irritantes n'est pas moderne. Déjà devant les difficultés de l'opération de Jobert, les récurrences de l'incision simple, les insuccès du bouton de Dupuytren, etc., on avait essayé de la méthode des injections modificatrices : Velpeau (2) avait émis l'opinion que l'on pouvait peut-être appliquer à la grenouillette le traitement qui s'imposait aux divers épanchements séreux kystiques, l'injection de teinture d'iode. Celle-ci fut faite pour la première fois par Bouchacourt (de Lyon) (3) qui, dans un mémoire bien étudié, démontra que l'idée des injections irritantes dans la gre-

(1) Centralbl. für Chir., 11 septembre 1880.

(2) VELPEAU. Méd. op., t. III.

(3) BOUCHACOURT. Bulletin de thérap., 1843 et 1846.

nouillette remontait à une époque éloignée. Sprengel (1) cite un chirurgien de Salzbourg qui réussit avec l'eau-de-vie camphrée ou l'essence de térébenthine. Haime (de Tours) obtint le même résultat.

Néanmoins la méthode semblait abandonnée, Breschet l'avait repoussée l'accusant d'amener de trop vives douleurs, et de produire des phénomènes d'inflammation trop étendue et trop considérable.

Les observations de Bouchacourt ne donnèrent que 3 succès sur 4 opérés. Les premiers essais de Bérard et Nélaton ne furent pas heureux, et Ad. Richard (2) qui rapporte ces faits dans ses recherches sur la cause de ces insuccès donne la raison qu'avait trouvée Nélaton. Suivant lui le liquide visqueux, épais contenu dans la poche de kyste restait adhérent sur les parois même et empêchait par suite l'action directe de la teinture d'iode sur la grenouillette. De son côté, Denonvilliers donnait le moyen de remédier à cet état de chose. Il proposait de faire un lavage soigné de la poche, après en avoir fait l'évacuation complète. Les lavages étaient faits avec de l'eau simple et ce n'est qu'ensuite que l'on injectait la teinture d'iode, Nélaton, Denonvilliers, Boinet obtinrent ainsi des résultats très satisfaisants, mais non constants.

La ponction était à cette époque faite avec un gros trocart, le liquide était expulsé par des pressions, des malaxations répétées, enfin pendant l'injection iodée qu'on laissait à demeure pendant 4 à 5 minutes, il pouvait s'échapper le long du trocart quelques gouttes de teinture d'iode qui s'écoulaient dans la bouche du patient et déterminaient sinon de la douleur tout au moins un goût désagréable.

Pour remédier à ces derniers inconvénients Denonvilliers remplaça la teinture d'iode par du vin chaud ainsi que cela avait été fait pour l'hydrocèle vaginale. Les récidives étaient devenues plus rares mais existaient encore en nombre. Labbé

(1) CHAUVEL. Dict. encycl. des sc. méd., art. *Grenouillette*.

(2) AD. RICHARD. *Gaz., hebdomadaire*, 1856, p. 26.

employa les injections d'eau alcoolisée (1) qui donnèrent quelques bons résultats.

Les phénomènes, après l'injection qui par elle-même n'était pas douloureuse, étaient parfois assez pénibles. Le gonflement pouvait être très grand, les douleurs très vives et le patient ne pouvant remuer la mâchoire, était forcé de se nourrir d'aliments liquides ou pâteux. Quelquefois l'inflammation a été suppurative et Gosselin (2) en a observé un exemple sur une jeune femme qui a vu cette suppuration survenir après une phlegmasie très douloureuse et qui « n'en a du reste guéri que plus solidement ». Dumaz (de Chambéry) et Dolbeau ont observé des cas où la rétraction fibreuse était tellement considérable qu'il se formait un noyau dur, permanent au-dessous de la langue et tellement volumineux que les mouvements de l'organe étaient gênés dans la mastication ou pour la parole. Dans un cas, il y eut paralysie de la joue et de la sensibilité de la moitié correspondante de l'organe.

M. Trélat, pour les grenouillettes volumineuses dont l'inflammation trop violente pourrait être dangereuse, utilise encore l'injection de teinture d'iode mais précédée de lavages avec de l'eau bouillie. Demay a observé un cas de paralysie de la face du côté opposé, qui ne céda qu'à l'électrisation.

Avant de juger la méthode il faut envisager l'époque où toutes ces tentatives ont été faites ; il n'était pas encore question d'antisepsie, et les inflammations étaient toutes suppuratives c'est-à-dire septiques. Actuellement si au lieu de lavage à l'eau simple, on employait un liquide antiseptique puissant, peut-être les injections de teinture d'iode ne donneraient-elles plus lieu à des accidents que lui ont reprochés tous les auteurs. Ajoutons qu'à l'asepsie ne doit pas être nécessairement unie la faiblesse. De ce qu'un corps est très irritant et provoque une inflammation vive il ne s'ensuit pas qu'il soit septique. L'idéal en de telles matières était donc de trouver

(1) Leç. de clin. chir. Paris, 1876.

(2) Compendium de chir. prat., t. III, p. 727.

un liquide irritant, mais aseptique. Skibnewski s'est servi d'injections phéniquées à 2 0/0 dans 2 cas. La guérison ne fut obtenue qu'après 13 injections.

Autrefois Leclerc au dire de Velpeau aurait fait des tentatives avec le nitrate acide de mercure, mais c'était encore à une époque où l'antisepsie n'existait pas et les essais furent oubliés, sauf par M. Sée qui n'en obtint en 1881 qu'un insuccès.

En 1877, M. le Professeur Panas (1) proposait d'injecter 8 à 10 gouttes de solution concentrée de chlorure de zinc dans les grenouillettes. Sans faire de ponction préalable on introduisait le liquide dans le kyste empli. Un cas où d'autres procédés n'avaient pas réussi, la guérison s'obtint après 5 ou 6 ponctions répétées de la même façon.

Les accidents furent nuls, la réaction quoique assez vive fut néanmoins supportable. La grenouillette était très volumineuse et au point qu'il avait été nécessaire de la ponctionner de temps en temps afin de conjurer les accès de suffocation qu'il déterminait. En 1880, M. Le Dentu rapporte six cas dans lesquels il eut les meilleurs résultats en injectant simplement une goutte de chlorure de zinc déliquescent dans la cavité kystique.

En 1881, à la Société de chirurgie une discussion s'était élevée à propos d'un rapport de M. Delens sur une observation présentée par M. Dieu ; les chirurgiens furent amenés à donner leurs préférences pour tel ou tel mode d'opérer.

MM. Tillaux et Forget admettant que la grenouillette se développe aux dépens de la bourse de Fleischmann préconisent l'incision simple de la poche suivie de la cautérisation avec le nitrate d'argent comme le faisait M. Gosselin. M. Labbé préférerait la ponction suivie d'injection iodée, que n'emploie M. Trélat que dans les grenouillettes du volume au moins d'une amande, réservant l'excision pour les petites

(1) PANAS. *Traitement de la grenouillette par les injections de chlorure de zinc.* Journ. de Méd., n° 32, 1877.

tumeurs. M. Desprès laisse un séton à demeure pendant 6 mois, et M. Verneuil à cette époque citait un procédé de section lente de la paroi par une anse de fil d'argent, enserrant dans sa concavité une partie de la paroi.

Malheureusement, sauf pour ce dernier procédé, les récidives sont fréquemment signalées, quel que soit le procédé employé.

M. Th. Anger avait conseillé d'injecter dans la poche 1 ou 2 gouttes de chlorure de zinc déliquescent. Celui-ci se répand dans le liquide que l'on n'a pas ponctionné, et par sa présence irrite violemment la poche, amène sa rétraction et la guérison de la grenouillette.

M. Le Dentu par ce procédé a obtenu 25 succès sur 25 cas. Avec une seringue de Pravaz il se contente d'injecter 1 goutte si la tumeur n'atteint pas le volume d'une noix, deux gouttes au plus si elle dépasse ce volume, du chlorure de zinc déliquescent. Si la poche est trop tendue, il conseille de faire avec l'aiguille de Pravaz une ponction de quelques gouttes de liquide.

L'inflammation qui suit l'injection est fort vive, dans un cas signalé par Gillette, les douleurs étaient si épouvantables que la malade voulait se jeter par la fenêtre. Suivant M. Le Dentu la guérison serait complète en dix jours.

En somme, pour obtenir la guérison de la grenouillette, il faut réaliser une modification profonde des parois du kyste ou l'établissement d'une fistule.

Un caustique trop faible (perchlorure de fer, nitrate d'argent) n'atteint pas suffisamment les parois; tout au contraire, le chlorure de zinc déliquescent semble trop énergique. Il vaudrait mieux avoir recours à une solution de chlorure de zinc soigneusement titrée proposait M. Trélat à la Société clinique.

C'est ce desideratum de M. Trélat que nous avons vu mettre en œuvre par M. Verneuil et qui sous nos yeux a donné d'excellents résultats.

Ce n'est pas en effet le seul avantage que l'on puisse retirer de la méthode ainsi modifiée.

Le chlorure de zinc déliquescent est difficile à manier, il est très difficile avec la seringue de Pravaz de compter exactement une goutte de liquide; et dans le cas particulier il est d'une grande importance de ne pas en mettre deux ou trois, ce qui amènerait des complications inflammatoires graves.

Avec une solution le danger n'existe plus. Que l'on mette dix gouttes exactement ou 2 ou 3 de plus ou 2 ou 3 de moins, ce n'est que 2 ou 3 dixièmes de la dose totale que l'on ajoutera ou que l'on retranchera, ce n'aura pas d'inconvénient sérieux.

Il aura été nécessaire auparavant de faire la ponction du liquide de la grenouillette, et ce liquide filant se mêle mal au chlorure de zinc, celui-ci n'atteint pas directement la paroi ou l'atteint inégalement; tandis qu'en solution tous les points sont touchés d'une façon égale et sont également enflammés.

Enfin, et c'est une idée qui n'a pas été exécutée par M. Verneuil et à laquelle je crois que l'on pourrait avoir recours, je veux parler de l'anesthésie locale portée au centre même de la poche enflammée par la cautérisation. Me rappelant ce qui a été fait par M. Périer pour calmer les douleurs suites de l'injection iodée dans l'hydrocèle au moyen de la cocaïne, je crois qu'il serait très facile et en même temps très utile au malade auquel on veut injecter du chlorure de zinc dans une grenouillette, d'y introduire préalablement ou concomitamment une solution plus forte de cocaïne.

Voici quel serait le mode opératoire que je propose et duquel je suis persuadé qu'on retirera le plus grand avantage.

Lorsqu'un malade adulte ou un enfant à partir de 6 ans au moins se présente au chirurgien avec une grenouillette sublinguale contenant du liquide filant (pour la distinguer de la grenouillette dermoïde réclamant un tout autre traitement) l'intervention devra être conduite de la façon suivante: Avec une seringue de Pravaz, on ponctionnera la tumeur, puis par aspiration, on videra la tumeur; ceci fait on laissera à demeure l'aiguille de la seringue de Pravaz, afin d'être sûr

d'être dans la cavité kystique qu'il serait difficile de retrouver après son évacuation. On remplira la seringue de Pravaz avec une solution de cocaïne à 10 0/0 et on en introduira une i/2 seringue dans la poche kystique par l'aiguille laissée en place. Au bout de 4 minutes au moins, lorsque l'anesthésie est complète, car dans les essais sur la cocaïne que j'ai publiés dans la France médicale (1885, t. II) ce temps est nécessaire pour que les tissus soit imprégnés et insensibles, on procédera à l'injection de la solution de chlorure de zinc.

On introduira dans la seringue de Pravaz la solution qu'a recommandée M. Verneuil, solution au 10^e, une goutte de chlorure de zinc pour 10 gouttes d'eau distillée. Puis on injectera 10 à 12 gouttes de la solution dans la tumeur. L'aiguille sera retirée et le malade devra pendant 2 ou 3 jours garder le silence relatif, et éviter de prendre des aliments exigeant une mastication prolongée et active.

L'inflammation qui suivit l'injection dans les cas que j'ai eus sous les yeux a été peu vive, et la guérison s'est effectuée assez rapidement. Au niveau du point où siégeait la grenouillette il est resté un petit noyau induré ne causant aucune gêne et indiquant la rétraction et la disparition de la poche.

OBS. I. — *Grenouillette sublinguale. — Injection de dix gouttes de solution de chlorure de zinc à 1/10. — Guérison.*

Le nommé U... Eugène, tourneur, âgé de 16 ans, est entré le 7 janvier 1888, à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 17 (service du professeur Verneuil).

Le malade d'une bonne santé habituelle, s'est aperçu depuis 1 an de l'apparition d'une tumeur au-dessous de la langue du côté gauche. Il a eu deux fois déjà recours aux chirurgiens. Une première fois la grenouillette avait été incisée avec un bistouri, une seconde avec des ciseaux et les deux fois laissée largement ouverte sans qu'on ait cherché à modifier la poche kystique.

A l'entrée du malade on trouve une grenouillette sublinguale du volume d'une amande. Le 18 janvier, ponction avec aiguilles de Pravaz et injection de 10 gouttes de solution à 1/10 de chlorure de zinc.

Le surlendemain douleur très supportable, la grenouillette est un peu gonflée; pas de réaction générale.

Le malade sort du service le 23 janvier. La tumeur est diminuée. On le revoit le 31 janvier. Il n'y a plus trace à la vue de la tumeur. Au toucher on sent une très légère induration au niveau du plancher de la bouche.

Revu le 6 mars conservant sa très légère induration. Pas de récurrence.

OBS. II. — *Grenouillette sublinguale. — Injection de 10 gouttes de solution de chlorure de zinc à 1/10. — Guérison.*

Le nommé G..., Edouard, tonnelier, âgé de 21 ans, est entré le 28 avril 1886, à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 37 (service du professeur Verneuil).

Le malade entre à l'hôpital pour une hydrocèle volumineuse symptomatique d'un épидidymite chronique, suite d'orchite blennorrhagique.

Il porte une grenouillette sous la langue du côté gauche du volume d'une noisette. Elle le gêne peu. Elle a débuté il y a à peu près deux mois.

19 mai 1886. On fait une injection de 10 gouttes d'une solution à 1/10 de chlorure de zinc.

Réaction presque nulle. Très légère douleur. Le malade sort le 25 mai. La tumeur liquide est remplacée par un tout petit noyau dur, que l'on perçoit au toucher et encore très légèrement sensible.

OBS. III. — *Grenouillette sus-hyoïdienne et sublinguale. — Injection de 15 gouttes d'une solution à 1/10 de chlorure de zinc. — Guérison.*

La nommée L..., Isaure, couturière, 29 ans, est entrée le 20 janvier 1886, salle Lisfranc, n° 23 (service du professeur Verneuil).

La tumeur a débuté deux mois avant l'entrée de la malade. Le gonflement sublingual fut rapide puis tout d'un coup, en quelques jours, se montra la tumeur sus-hyoïdienne. Celle-ci est visible sous le corps de la mâchoire et fait une saillie comparable à une petite pomme d'api; fluctuante et en partie réductible. La tumeur sublinguale est rosée, presque transparente et du volume d'une amande.

29 janvier 1886. Injection de 15 gouttes d'une solution à 1/10 de chlorure de zinc, après ponction de la poche. L'évacuation a été faite par la gre-

nouillette sublinguale. Les 2 tumeurs se sont simultanément vidées par la même ponction.

Le 31. Légère augmentation de volume du côté de la bouche et du côté de la région sus-hyoïdienne. Douleur légère. Pas de réaction notable.

La malade sort le 3 février 1886. La tumeur n'est plus douloureuse et commence à s'affaïsser.

La malade revient le 11 février. La grenouillette sus-hyoïdienne est à peine perceptible; il reste une petite masse indurée qu'il est facile de sentir à travers la peau. Au niveau du plancher de la bouche, il n'y a plus trace de la petite tumeur. Aucune douleur. Aucune réaction.

La malade revue le 4 octobre 1886, n'a pas trace de récurrence.

OBS. IV. — *Grenouillette sublinguale. — Injection de 10 gouttes de solution à 1/10 de chlorure de zinc. — Guérison.*

La malade précédente, le 4 octobre, présente une grenouillette au début du côté gauche (la première sus-hyoïdienne était du côté droit). Volume d'une petite noisette. Ponction et injection de 10 gouttes de solution à 1/10 de chlorure de zinc. La malade retourne chez elle immédiatement.

Le lendemain et le surlendemain très légère douleur facilement supportable; 12 jours après la tumeur avait disparu et avait laissé à sa place un tout petit noyau dur.

1 mois après la guérison était persistante et complète.

En résumé, si les injections intra-kystiques pour le traitement de la grenouillette ont été longtemps considérées comme dangereuses, il faut l'attribuer à ce qu'elles étaient faites d'une manière non antiseptique.

L'irritation déterminée par la teinture d'iode, le vin chaud était trop faible et rendait possible la récurrence.

L'injection de chlorure de zinc aseptique détermine une irritation suffisante pour amener l'oblitération de la poche.

La difficulté d'injecter exactement 1 ou 2 gouttes au plus de chlorure déliquescent peut être évitée en ayant soin d'injecter une solution titrée à 1/10 de sorte que la quantité à injecter peut varier d'une, deux ou trois gouttes sans

inconvenient pour le patient, et faisant l'évacuation en partie du contenu de la poche pour éviter la distension exagérée.

Enfin, il serait possible de tenter la suppression de la douleur par une injection préalable d'une solution de cocaïne, ainsi que cela a été fait avec succès pour le traitement de l'hydrocèle par ponction et injection iodée.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses,
par COUPARD. (Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887.)

L'auteur, comparant les descriptions classiques des accidents nocturnes chez les enfants atteints de laryngite striduleuse et chez ceux qui ont des végétations adénoïdes du pharynx, trouve qu'elles présentent beaucoup d'analogies. Chez 56 enfants porteurs de végétations adénoïdes, il a pris des renseignements sur les accidents dyspnéiques antérieurs, et a appris que 45 d'entre eux avaient été atteints de laryngites striduleuses (diagnostic porté par différents médecins). Il croit pouvoir en conclure : 1° qu'une laryngite peut prendre le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ; 2° que beaucoup de cas, rangés sans plus de détails sous le nom de laryngite striduleuse, se rapportent à des accès nocturnes de suffocation symptomatiques de la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx.

Nous sommes tout disposé à admettre que les hypothèses présentées par M. Coupard sous forme de conclusions sont très séduisantes, peut être même assez probables, étant donné ce que nous savons aujourd'hui des névropathies réflexes d'origine nasale et naso-pharyngienne ; mais nous ferons remarquer que ce ne sont que des hypothèses. L'auteur nous dit bien qu'il a vu trois fois des aphonies complètes disparaître après l'ablation des végétations adénoïdes, mais il ne nous dit pas si ceux des 45 petits ma-

lades, ayant eu antérieurement des laryngites striduleuses, qu'il a opérés, ont pu ensuite être atteints de laryngite sans souffrir d'accès de spasme glottique. D'ailleurs, combien d'entre ces malades avaient été vraiment atteints d'angine striduleuse? Nous n'en savons rien, ni l'auteur non plus, puisqu'il nous dit que dans beaucoup de cas on a appelé de ce nom les accès nocturnes de suffocation symptomatiques de la présence des tumeurs adénoïdes. La laryngite striduleuse, il est vrai, n'est pas une maladie spéciale; cette dénomination ne s'applique qu'au tableau symptomatique imposé à une laryngite simple par une complication contingente, le spasme de la glotte. Mais au moins faut-il, pour qu'on soit en droit de porter le diagnostic de laryngite striduleuse, que d'abord il existe une inflammation du larynx, une laryngite; il faut que les accès nocturnes de spasme glottique se répètent, en perdant de leur violence, plusieurs jours de suite; qu'ils coïncident avec un peu de malaise, de toux, et une légère altération de la voix observées dans la journée; et enfin qu'ils disparaissent au bout de quelques jours. Les accidents dyspnéiques appartenant en propre aux tumeurs adénoïdes ont une tout autre physionomie, une toute autre marche, et ne peuvent être confondus avec les précédents. Nul doute que de pareilles erreurs de diagnostic n'aient été maintes fois commises; mais nos confrères connaissent bien, aujourd'hui, la symptomatologie de la maladie de Meyer, et elles deviendront de moins en moins fréquentes. C'est aux médecins d'enfants qui sont si souvent appelés la nuit près des jeunes sujets atteints de laryngite striduleuse, qu'il appartiendra de démontrer si cette affection est réellement plus fréquente chez ceux qui ont des végétations pharyngiennes. Si leurs statistiques concordent dans ce sens, on sera alors en droit d'en induire qu'une laryngite infantile peut prendre le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Jusqu'à là il ne peut s'agir que d'une présomption. Mais encore fallait-il que quelqu'un posât la question. Le mérite de M. Coupard est de l'avoir fait, et nous l'en félicitons.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Sur les causes rendant difficile l'ablation de la canule après la trachéotomie pour diphthérie. *Arch. f. Klin. Chir.* 1887, t. XXXV, p. 75 et 403, par E. KOEHL.

E. Köhl s'appuie dans ce travail sur les observations qu'il a recueillies en 2 ans 1/2 à l'hôpital d'enfants de Zurich. Il passe successivement en

revue : la **diphthérie à forme prolongée** (deux observations personnelles) ; la **diphthérie récidivante** (deux observations) ; la **laryngite sous-glottique hypertrophique** (chorditis inferior) (deux observations) ; les **rétrécissements par granulations et polypes de la plaie trachéale**. Ces derniers, basés sur 22 observations personnelles, sont étudiés avec un soin tout particulier et avec une grande richesse d'indications bibliographiques et d'observations empruntées à de nombreux auteurs. Les inflexions des parois trachéales et l'aplatissement de la paroi antérieure affaiblie par l'opération viennent ensuite. Les rétrécissements sont de deux ordres : ils sont produits par les organes voisins qui agissent sans peine sur la trachée dont la résistance est amoindrie ; ou causés par la traction cicatricielle et sous la dépendance directe de l'opération et des ulcérations qu'on observe aux points où appuie la canule. Ailleurs, il s'agira de paralysie diphthéritique primitive ou secondaire des muscles du larynx, ou bien les influences morales, la crainte de voir retirer la canule, entreront surtout en jeu. Enfin, l'auteur termine par l'étude du spasme de la glotte.

Une discussion sur le même sujet a eu lieu le 22 avril 1887, à la Société clinique de Londres (voy. *Brit. med. Journ.*). Bilton Pollard a soigné des malades qui ont dû garder le canule pendant plus d'un an ; il a eu deux succès par le cathétérisme laryngo-trachéal avec dilatation : l'obstacle était spasmodique. Il a vu s'établir dans un autre cas des adhérences entre les cordes vocales. Howard Marsh a insisté sur les ulcérations trachéales avec leurs conséquences : granulations, rétrécissements. Golding Bird a enlevé récemment deux végétations polypeuses de ce genre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DE LA LIGATURE RUBANNÉE DANS LA
PALATOPLASTIE (1)

Par M. le Professeur **Trélat**.

Messieurs,

Il y a quelques semaines, un malade âgé de 42 ans entra dans notre service pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, dont il est complètement guéri aujourd'hui. A l'une de mes visites je fus averti par mon interne, M. Potherat, que le malade avait une fistule palatine. J'examinai cet homme : il avait un palais de forme normale et, au fond de ce palais, un gros tampon de charpie fermant sa fistule et permettant, par son obstruction, un langage tout à fait régulier.

Cette fistule, au dire du malade, existait depuis 24 ans ; elle s'était montrée alors qu'il avait 18 ans.

Je ne m'étendrai pas longtemps sur cette histoire un peu obscure. Le malade raconte avoir eu à l'âge de dix-neuf ans

(1) Leçon faite à la clinique chirurgicale de la Charité le 24 février 1888.

un chancre induré qui aurait été traité à l'hôpital Saint-Louis par M. Guibout. Mais ce traitement a été singulièrement bref et irrégulier, et comme d'autre part le malade affirme qu'il avait sa perforation palatine à dix-huit ans, et d'après les renseignements qu'il donne relativement à son père il est rationnel d'admettre que notre homme était atteint de syphilis héréditaire, d'autant plus que son frère avait eu également à dix-sept ans la même perforation et que d'autres frères ou sœurs étaient ou mort-nés ou morts en bas âge. Sous l'influence de cette syphilis héréditaire, spontanément, sans souffrances, sans maladie, sans presque s'en douter, il aurait vu à dix-huit ans, s'établir dans son palais une fistule, qui depuis s'agrandit de plus en plus. Elle mesure aujourd'hui 11 millim. en largeur et deux centim. en longueur. Cette fistule est située au milieu d'un palais bien développé de cinq centim. environ de longueur, à 23 millim. du bord alvéolaire antérieur, à 20 millim. du bord postérieur du voile et à 5 millim. en avant du bord osseux palatin postérieur.

Le malade n'était pas venu dans le service pour sa fistule, et s'il l'a gardée depuis l'âge de 18 ans, c'est grâce à l'habitude qu'il avait prise de la bourrer de charpie. Cette manœuvre lui procurait, ainsi que je l'ai dit, un langage tout à fait normal, mais il fallait la renouveler chaque jour et y employer gros comme un œuf de charpie. Il est resté ainsi vingt-quatre ans sans pâtir autrement de cette fistule.

La première fois que je l'examinai je l'engageai à se faire opérer. Il refusa net et ne se décida qu'à une seconde attaque de ma part et sur la promesse qu'il serait débarrassé de l'ennui de bourrer de charpie sa fistule.

J'ai pris ce malade comme sujet de la leçon que je dois vous faire pour répondre à une communication faite d'abord à la Société de chirurgie l'année dernière et publiée avec plus de détails dans la *Revue de chirurgie* de janvier 1888, par le Dr Dudon, agrégé de la faculté de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, que je connais personnellement et que j'estime à sa réelle valeur. Cette communication se rapporte à la pos-

sibilité de remplacer, dans les opérations plastiques sur le palais, les sutures par ce qu'il a appelé la *ligature rubannée*. Voici ce qui a donné lieu à cette communication.

En 1879, M. Dudon avait à opérer un malade atteint de fistule palatine. Dans les manœuvres un peu difficiles qu'il accomplissait, il avait brisé son aiguille; n'en ayant pas d'autre sous la main il eut l'idée de prendre un ruban, d'embrasser les deux lambeaux dans ce ruban, et, par ce moyen, de les rapprocher l'un de l'autre. Cette manière de faire fut suivie de succès et la malade (c'était une femme de trente ans) fut guérie. M. Dudon a depuis mis en pratique le même procédé dans cinq autres cas.

L'opération qu'il exécute diffère sensiblement de celle que nous faisons.

Pour la libération des lambeaux M. Dudon procède comme nous : mais pour l'avivement il n'en est pas de même. Il fait aux dépens de la surface muqueuse, un avivement oblique auquel il donne de grandes dimensions : huit à dix millimètres tout autour de la fistule. Après avoir fait cet avivement, M. Dudon libère les lambeaux, comme je le fais, et il passe ensuite un ou plusieurs rubans de fil entre la face osseuse de la voûte palatine et les lambeaux et il noue ce ou ces rubans par-dessous le tout. Les surfaces avivées sont mises en rapport, face à face, mais les lambeaux sont très fortement relevés et il résulte un écartement considérable entre ces lambeaux noués en paquet et le bord de la fibro-muqueuse qui est resté de l'autre côté. Bref, je fais l'avivement des bords de la fistule et j'affronte bord à bord les lambeaux libérés, tandis que M. Dudon fait l'avivement en surface et affronte face à face ses lambeaux libérés. Il résulte de cette manière de faire que dans notre cas, par exemple, avec une fistule de 11 millimètres on aurait à chaque incision libératrice un baillement de 15 millimètres environ.

Nous reviendrons sur ce point.

M. Dudon termine son mémoire par les conclusions suivantes : « La ligature rubannée peut être substituée avec

avantage à la suture dans le traitement des perforations et des divisions de la voûte palatine.

Elle rend l'opération plus facile, plus rapide et aussi sûre que tout autre mode de réunion des lambeaux. »

Les cinq observations publiées par M. Dudon sont relatives à des *fistules* acquises à la suite d'ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques. Par conséquent il n'est pas légitime de conclure que la ligature rubannée peut être, avec avantage, substituée à la suture dans le traitement chirurgical des *divisions* de la voûte palatine ; cela ne résulte pas des faits. En se bornant aux perforations de la voûte palatine, M. Dudon serait resté dans la vérité.

Voici rapidement les faits. Il s'agit d'adultes âgés de 16 ans, 26 ans, 30 ans (deux) et 47 ans.

M. Dudon a réussi immédiatement dans trois de ces cas, il a réussi à l'aide de deux opérations dans le quatrième et enfin dans le cinquième où il existait une fistule constituant une surface d'avivement un peu grande, où les lambeaux avaient été rendus très verticaux par le fait de leur longueur, il reste une fistule. L'auteur dit que la forme ogivale de la voûte palatine a rendu difficile l'avivement en avant à cause de la proximité des incisives ; c'eût été bien autrement difficile, impossible même, s'il avait eu affaire à une division congénitale profonde, irrégulière à angle antérieur peu accessible. Les fistules acquises ne sont que des trous dans des palais antérieurement normaux, tandis que les divisions congénitales sont des malformations qui entraînent plus ou moins d'irrégularités autour d'elles. Il n'y a pas dans les observations de M. Dudon une seule de ces divisions congénitales.

M. Dudon enlève les rubans :

Dans la 1^{re} observation le 15^e jour.

2^e et 3^e — 9^e —

4^e — 11^e —

5^e — 11^e et le 13^e jour.

Dans l'immense majorité des cas, nos malades, au moment

où M. Dudon enlève le ruban, sont complètement guéris. La guérison, sauf complications, est donc bien plus rapide quand on a procédé comme je le fais. Je dois ajouter que M. Dudon espère arriver à enlever le ruban au bout de cinq à six jours. C'est possible, mais jusqu'à plus ample informé il n'en est rien et jusqu'ici la guérison s'est fait attendre bien au delà de ce temps.

Suivant l'auteur, son procédé rend l'opération plus rapide, plus facile ; mais il ne dit nulle part quelle est la durée de cette opération. Il est donc difficile de contrôler son affirmation, et nous sommes en droit d'attendre des renseignements nouveaux et plus précis pour admettre que l'opération soit plus rapide.

L'avivement oblique à la manière de M. Dudon ne doit pas être facile. Je n'en dirai rien ne l'ayant jamais fait, mais je vois que l'auteur a essayé de le modifier. Il a, dans un cas, tenté de le faire après libération des lambeaux. Mais au lieu de diminuer, la difficulté est devenue plus grande et cette tentative n'a pas été renouvelée.

Je ne crois pas m'avancer trop en disant que si M. Dudon gagne du temps en employant ses rubans, il le perd probablement d'autre part, en faisant un avivement difficile.

Le procédé proposé est-il avantageux, est-il généralisable ? M. Dudon emploie des rubans de cinq millim. de large : un dans les fistules palatines étroites, deux dans les fistules plus larges, quelquefois trois ; jamais il n'a dépassé ce nombre. D'après lui un ruban remplace trois points de suture, de sorte qu'il ne faudrait que trois rubans pour les neufs points de suture qui suffisent aux palatoplasties les plus étendues. Peut-être mettrait-on plus de temps à passer un ruban sous les lambeaux, qu'à passer trois fils, je n'en sais rien ; ce que je puis affirmer c'est qu'il ne faut jamais un quart d'heure pour faire la suture de la division palatine la plus longue.

Cette manière de faire au dire des opérateurs de Bordeaux, permet de ne pas se servir d'instruments spéciaux. Je ne

crois vraiment pas que l'aiguille d'Aubry ou celle de Reverdin, dont je me sers, soit un instrument bien spécial et qu'on ne le trouve qu'à Paris ou dans quelques villes privilégiées et entre les mains de quelques chirurgiens !

Notez, Messieurs, que la différence entre l'opération de M. Dudon et la mienne porte uniquement sur l'avivement et le mode de réunion des lambeaux et qu'en conséquence, à moins de beaucoup de gêne ou de beaucoup d'habileté, il est obligé de se servir, tout comme moi et nos prédécesseurs, d'instrument particuliers pour tenir la bouche ouverte et pour faire le décollement des lambeaux. Quel est dès lors l'avantage d'avoir un instrument spécial de moins, si l'on doit en conserver deux ou trois autres ?

Il est vrai que M. Dudon croit qu'une seule aiguille ne saurait suffire et qu'il en faut un assortiment de formes et de courbures diverses. Beaucoup d'entre vous m'ont déjà vu opérer; vous allez dans quelques moments suivre les détails de la palatoplastie que je vais exécuter. Dans le passé, comme aujourd'hui, une seule aiguille a été et restera suffisante pour le côté droit comme pour le côté gauche et pour toute la longueur de la suture. Très rarement, pour la partie la plus antérieure des divisions qui se cachent en avant derrière le bord alvéolaire, j'emploie l'aiguille en hameçon que j'ai décrite il y a plus de vingt ans et que j'ai figurée dans mon mémoire sur la technique de la palatoplastie, mais je suis bien sûr que mon confrère de Bordeaux serait fort heureux de s'en servir ou fort en peine d'en manquer s'il avait à faire la réunion dans ces conditions qui appartiennent à peu près exclusivement aux divisions congénitales.

Enfin M. Dudon n'emploie pas de chloroforme. Pourquoi ? je l'ignore. Le décollement des lambeaux et leur mobilisation sont très douloureux. Les adultes peuvent supporter cette souffrance évitable et inutile, mais les enfants de 7, 8, et 10 ans ? Quant à moi, je renoncerais à l'opération si je devais être privé de l'anesthésie pour mes opérés. Je vois bien qu'on peut parfois se passer de chloroforme; on s'en

est passé longtemps. Mais je ne vois pas qu'on doive s'en passer. Ce serait reculer au lieu d'avancer.

Jusqu'ici je n'aperçois point les avantages du procédé. La durée de l'opération n'est pas diminuée ; on n'évite pas les instruments spéciaux, et l'absence de chloroforme ne constitue certes pas un progrès.

La méthode est-elle généralisable ? En aucune façon. Les divisions congénitales du palais ont des dimensions variables : les unes portent sur le voile seul, d'autres sur le voile et une portion plus ou moins étendue de la voûte, d'autres viennent jusque derrière le bord alvéolaire et quelques-unes franchissent ce bord. Lorsque la division s'arrête derrière le bord alvéolaire, surtout s'il y a des vestiges de la séparation des bourgeons maxillaires, l'avivement est extrêmement difficile à faire. Souvent même il est impossible et je le remplace par une simple mais profonde incision que je fais avec un nouvel instrument spécial, un bistouri coudé qui me permet de vaincre la difficulté. L'avivement en surface de M. Dudon est absolument impossible ici et cette impossibilité oblige étroitement à faire la suture et rien que la suture puisqu'on n'a pas de faces, mais seulement des bords à mettre au contact.

J'aborde un autre point. Dans les divisions palatines congénitales larges, celles qui ont seize, dix-huit, dix-neuf millimètres d'écartement, les parties latérales fournissent bien juste les douze à treize millimètres de largeur indispensable pour assurer la vitalité des lambeaux libérés sur une longueur qui atteint parfois quatre centimètres. Supposez que dans des cas de ce genre on emploie le procédé du chirurgien de Bordeaux, le résultat immédiat de l'opération donnera deux énormes hiatus latéraux au fond desquels on apercevra librement les fosses nasales puisque l'écartement osseux était au moins de seize millimètres et que les lambeaux affrontés face à face représentent cinq ou six millimètres au plus. Ce serait courir au devant d'un échec. Je garde le souvenir d'une gentille petite fille que je vois de

temps à autre. Elle avait une de ces larges divisions palatines dont j'ai fini par la guérir avec beaucoup de temps et de peine. Quoique je lui eusse fait la suture bord à bord et non l'affrontement face à face, les incisions latérales bâillaient beaucoup. Il fallut des mois pour les combler. Ces difficultés seraient accrues, pour ne rien dire de plus, par le procédé de la ligature rubannée.

Les personnes qui m'ont vu plusieurs fois opérer ont pu constater que, dans les divisions congénitales, lorsque l'avivement et la libération des lambeaux sont bien faits, nous avons deux sortes de languettes extrêmement mobiles, flottantes pour ainsi dire, tenant, en arrière, au voile du palais, et en avant, au bord alvéolaire, absolument libres et flasques dans toute leur étendue. Si on les réunissait à l'aide de la ligature rubannée, on ne parviendrait même pas à affronter avec précision leurs surfaces saignantes, à moins de multiplier les rubans jusqu'à les mettre presque en contact, ce qui ne serait guère favorable à leur vitalité. Cela accroîtrait le bâillement latéral dont je viens de vous parler et je vous l'affirme au nom des soixante-dix-sept opérations que j'ai déjà pratiquées, il doit être évité ou modéré autant que possible, car il n'est qu'une source de dangers ou, tout au moins, d'inconvénients graves.

Enfin, dernière objection consentie par M. Dudon lui-même : il n'y a pas de procédé de réunion possible autre que la suture pour la luvette et le voile du palais. Ici, il n'y a pas lieu de discuter. C'est l'évidence même.

En résumé : l'avivement derrière les dents, à la manière de M. Dudon, est impossible. Dans les cas congénitaux cet avivement prend trop de place en largeur et ne laisse plus de ressources pour la formation et le déplacement des lambeaux. Dans les divisions considérables lorsque ces lambeaux sont étendus après avivement et libérations ils sont rendus trop mobiles pour être convenablement affrontés par la ligature rubannée. En outre, le bâillement excessif des incisions libératrices, surtout lorsque les lambeaux sont

étroits, compromet ou retarde considérablement la guérison.

M. Dudon affirme que ses rubans ne gênent pas la cicatrisation des incisions libératrices et que, grâce à eux, on évite des tiraillements dangereux sur la ligne de suture.

Ces tiraillements ne sont pas dangereux par la raison simple qu'ils n'existent pas dans une opération bien conduite. La suture a déterminé la réunion au bout de quatre ou cinq jours, tandis qu'il en faut huit ou dix pour que les incisions latérales les moins bâillantes se combent. Jamais je n'ai vu ce travail de réparation par bourgeonnement compromettre la solidité de la réunion suturale. En revanche j'ai vu assez souvent les surfaces des incisions libératrices lentes à se fermer, parfois très lentes. Ce qu'il faut craindre, ce n'est pas le tiraillement exercé par leur cicatrisation, mais bien l'insuffisance, le retard ou même l'absence de cette cicatrisation. Il ne faut pas s'exposer à un danger réel par crainte de chimères.

Si j'ai fait cette leçon de critique sur un sujet dont je me suis beaucoup occupé, c'est pour arriver à cette conclusion : M. Dudon a certainement rendu un service en montrant que, *le cas échéant, faute de mieux, on peut employer son procédé pour rapprocher les lambeaux de palatoplastie dans les cas de fistules acquises*, mais cette opération ne présente aucun avantage pour les raisons que j'ai développées devant vous : temps de guérison plus long, durée de l'opération au moins égale : absence de chloroforme. Le procédé de M. Dudon n'est pas généralisable. Il ne peut s'appliquer qu'à certains cas et ce ne sont pas les plus communs. Par suite il constitue une ressource à laquelle on peut songer quand on est dépourvu d'instruments. Mais jusqu'ici, rien ne démontre que cette opération puisse être considérée comme une méthode fondamentale à employer pour les opérations plastiques sur le palais.

N. B. — Le malade a été opéré le 24 février par M. le professeur Trélat. En raison de l'étendue de la fistule, cinq points de suture au fil d'argent ont été nécessaires. L'opé-

ration a duré trente-sept minutes. Les fils ont été enlevés le quatrième jour et la guérison était complète le 2 mars, sept jours après l'opération. Ce même jour, le malade a été montré à la clinique et a parlé correctement à haute et forte voix.

DE QUELQUES PHÉNOMÈNES NÉVROPATHIQUES RÉFLEXES D'ORIGINE AMYGDALIENNE (1)

Par le Dr **Albert Ruault.**

Les névroses réflexes d'origine nasale ont été l'objet, depuis quelques années, d'un grand nombre de travaux, et, grâce aux recherches de quelques médecins contemporains et surtout de Hack, cette question a pris définitivement droit de cité dans la science. On sait que le point de départ de ces diverses névropathies n'est pas nécessairement dans la muqueuse nasale, et qu'il peut se trouver aussi bien dans la cavité naso-pharyngienne. Il existe également des névropathies réflexes d'origine pharyngo-buccale, liées à des affections chroniques du pharynx, et surtout à l'angine granuleuse. L'amygdalite chronique paraît aussi capable de déterminer des affections nerveuses réflexes, susceptibles de guérir par l'ablation ou la destruction des tonsilles hypertrophiées. Ce sont ces névroses réflexes d'origine amygdalienne que je me propose d'étudier brièvement ici. Les documents dont je dispose aujourd'hui ne me permettent pas de traiter la question avec l'étendue et les détails qu'elle mérite, mais ils m'ont du moins paru suffisants pour l'ébaucher et attirer sur elle l'attention des observateurs.

I

Les réflexes amygdaliens peuvent partir de filets nerveux appartenant soit au trijumeau, soit au glosso-pharyngien,

(1) Ce mémoire est le développement d'une note communiquée à la Société clinique de Paris, le 26 mai 1887.

soit au pneumogastrique. En effet, les piliers du voile du palais qui circonscrivent la loge tonsillaire, sont innervés par des branches du système du ganglion sphéno-palatin; les deux tiers supérieurs au moins de l'amygdale par des filets du glosso-pharyngien; et la partie inférieure de la glande par des rameaux du pneumogastrique qui s'anastomosent avec les précédents. Or, si l'excitation artificielle des branches péri-amygdaliennes ne paraît pas capable de produire de réactions constantes autres que celles causées par toute douleur vive, il est du moins possible de provoquer expérimentalement chez l'homme des phénomènes réflexes déterminés ayant leur point de départ dans les rameaux amygdaliens du glosso-pharyngien et du pneumogastrique.

Si l'on applique au centre de l'amygdale une boule de galvanocautère, de la grosseur d'un pois, chauffée au rouge, on provoque souvent dans l'oreille correspondante une vive douleur, assez forte pour que le sujet s'en préoccupe uniquement et néglige de porter son attention sur la douleur éprouvée au point touché. Cette douleur de l'oreille s'étend quelquefois à toute la région mastoïdienne. D'autres fois, elle paraît siéger uniquement dans la caisse du tympan: le sujet a mal « tout au fond de l'oreille », il s'introduit vivement le doigt dans le conduit auditif et le secoue impatiemment. La douleur est subite, lancinante, accompagnée d'une sensation de chatouillement et d'agacement intra-auriculaire très désagréable. Elle disparaît lentement, et dans certains cas elle peut persister plusieurs heures et même plusieurs jours. Le chemin parcouru par ce réflexe douloureux peut se déduire aisément des notions anatomiques. Le nerf glosso-pharyngien est en effet en rapport, par l'intermédiaire du ganglion otique, avec les filets nerveux sensibles de la muqueuse de la caisse du tympan. Il est cependant difficile d'affirmer que c'est bien l'irritation des filets amygdaliens du glosso-pharyngien qui est en cause; peut-être s'agit-il de filets du pneumogastrique, et ce réflexe est-il de tout point comparable à l'otalgie qui complique si

fréquemment les affections ulcéreuses du larynx. Ce qui permet de croire cependant que les filets du glosso-pharyngien sont le point de départ du réflexe auriculaire d'origine tonsillaire, c'est que parfois, chez les mêmes sujets, on obtient des réflexes différents lorsqu'on cautérise la partie inférieure de l'amygdale.

Lorsqu'en effet on applique le cautère très bas, vers l'extrémité inférieure de l'amygdale, on provoque bien quelquefois la douleur d'oreille, mais plus souvent d'autres réactions, de deux ordres différents, qu'on obtient beaucoup plus rarement par la brûlure de la partie supérieure de la tonsille. Tantôt c'est une toux violente, quinteuse, rauque, quelquefois éructante à sa première secousse ; tantôt ce sont des réflexes gastriques qui se produisent. Ces réflexes gastriques ne sont pas toujours identiques. Souvent ils se bornent à un violent effort de vomissement ; quelquefois le sujet ressent une douleur épigastrique ; d'autres fois, il se produit une hypersécrétion acide de l'estomac, une véritable gastroxie momentanée, et le sujet peut avoir des renvois franchement acides. Ces divers phénomènes gastriques peuvent être obtenus chez le même sujet successivement, lorsqu'on répète les cautérisations. Ils sont ordinairement fugaces, tandis que la toux peut quelquefois persister pendant plusieurs jours sous forme de quintes survenant de temps en temps. Il semble probable que ces réflexes (les vomituritions exceptées) ont leur point de départ dans les filets amygdaliens du rameau pharyngien du pneumogastrique.

Je ne saurais affirmer que ces phénomènes puissent être provoqués chez des sujets sains, car toutes mes observations ont porté sur des malades atteints d'amygdalite chronique, dont les tonsilles étaient plus ou moins hypertrophiées. On peut les observer fréquemment, mais non constamment. De même, ils varient grandement d'intensité suivant les sujets. Chez le même sujet, on peut aussi d'un jour à l'autre provoquer des réflexes différents par la cautérisation des mêmes régions. D'ailleurs le point de départ de ces réflexes ne se

localise pas exclusivement à la tonsille, et des phénomènes à peu près identiques peuvent être obtenus par la cautérisation de parties voisines de l'amygdale, comme les régions latérales et inférieures de la paroi postérieure du pharynx, au moins chez les sujets atteints en ces points d'angine granuleuse, avec ou sans hypertrophie amygdalienne concomitante. Ce dernier fait n'a ici qu'une médiocre importance ; il appartient en effet à l'histoire de la pharyngite granuleuse, et je n'y insisterai pas.

L'inflammation chronique des amygdales semble suffire, chez quelques-uns des sujets qui en sont atteints, à la production de faits du même ordre. On les voit en effet présenter des symptômes ayant une grande analogie avec ceux qui peuvent être provoqués expérimentalement par la cautérisation ignée. Ainsi on peut observer l'otalgie intermittente, les bourdonnements d'oreille, la surdité plus ou moins accusée, sans lésions auriculaires appréciables ; la toux opiniâtre sans lésions laryngées, bronchiques, pulmonaires ou autres plus éloignées ; l'asthme bronchique, et les vomituritions.

Ces différents symptômes peuvent disparaître après l'amygdalotomie ou la destruction des amygdales au galvano-cautère. Il n'est donc pas douteux que l'hypertrophie amygdalienne en soit alors la cause. Souvent il est difficile de savoir si ces phénomènes réflexes ont leur point de départ dans l'amygdale elle-même ou dans les régions voisines de cette glande, soit que celle-ci agisse à la façon d'un corps étranger, soit que l'inflammation chronique dont elle est atteinte se propage autour d'elle. Mais quelquefois aussi, la guérison des réflexes se produit sous l'influence d'une seule ou de plusieurs séances d'ignipuncture de l'amygdale, avant qu'elle ait commencé à diminuer de volume, et alors que les malades souffrent encore de la cautérisation.

On peut encore observer, chez les malades atteints d'amygdalite chronique, des symptômes gastriques, qu'on est tenté de rapprocher de ceux qu'on produit expérimentalement chez quelques sujets par la cautérisation ignée de la tonsille

hypertrophiée. J'entends parler de la dyspepsie avec ou sans gastralgie, avec ou sans dilatation de l'estomac. La coïncidence est certainement très fréquente ; et si l'on veut la rechercher, comme je l'ai fait, on sera certainement étonné qu'elle n'ait pas été jusqu'ici signalée. Mais en l'absence de faits de guérison de la dyspepsie par le simple traitement de l'amygdalite, il est impossible de dire s'il existe une relation de cause à effet entre l'état des amygdales et l'état gastrique.

II

Il y a déjà longtemps que la coïncidence fréquente de la surdité avec l'hypertrophie des amygdales a attiré l'attention des observateurs. Yearsley, en 1853, avait attribué la diminution de l'ouïe, dans ces cas, à une occlusion de l'orifice tubaire par l'amygdale hypertrophiée. En 1856, Harvey combattit cette opinion, montra que la prétendue occlusion invoquée par Yearsley était anatomiquement impossible, et soutint que l'affection dépendait d'une extension de l'inflammation de la muqueuse amygdalienne à celle du pharynx nasal et de l'orifice de la trompe d'Eustache. En 1870, Meyer découvrit les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, et montra que souvent la surdité qui accompagne l'hypertrophie des amygdales est produite par l'occlusion mécanique de l'orifice tubaire par des végétations de cette nature. On fut donc généralement d'accord pour penser que, lorsqu'un sujet atteint d'hypertrophie des amygdales présente de la surdité, si cette surdité n'est pas due à un catarrhe naso-pharyngien propagé à la trompe ou à des végétations adénoïdes, il ne s'agit que d'une coïncidence fortuite. Cette opinion peut être exacte s'il s'agit d'otites anciennes ayant produit des lésions définitives, de sclérose primitive de la caisse ou de certaines affections labyrinthiques, mais je pense que l'amygdalite chronique est cependant capable de produire par action réflexe des symptômes auriculaires, tels que l'otalgie, le bourdonnement, et

la surdité plus ou moins accusée. J'ai en effet observé un certain nombre de cas qui viennent à l'appui de cette manière de voir. J'en rapporterai ici quatre seulement, les autres étant encore trop récents.

OBS. I. — Un jeune garçon de 14 ans me fut amené au mois de mars 1886, pour être traité d'une double hypertrophie amygdalienne très accusée, et donnant lieu à des poussées angineuses fréquentes. Les amygdales étaient dures, comme cartilagineuses, de couleur violacée, pédiculées. Le pharynx paraissait sain jusqu'en haut. Du moins le toucher digital ne me révéla aucune végétation anormale de la cavité nasopharyngienne, car le volume des amygdales ne permettait pas de pratiquer la rhinoscopie postérieure. Il n'y avait pas non plus de coryza chronique. Je ne me préoccupai pas de l'audition, dont la famille ne me parla pas. Je pratiquai l'ignipuncture des deux amygdales sans que l'enfant se plaignit outre mesure de l'opération, et donnai rendez-vous au malade pour la semaine suivante. A sa seconde visite, la mère me dit que l'enfant avait assez vivement souffert de la gorge et de l'oreille droite pendant deux jours, mais que par contre il entendait maintenant de son oreille droite, dont il était sourd auparavant. Je pratiquai l'examen de l'oreille, qui fut absolument négatif, mais je constatai que l'ouïe était encore sensiblement plus faible à droite qu'à gauche. L'amélioration continua à progresser, et à la fin du traitement, l'ouïe était devenue presque égale des deux côtés.

OBS. II. — Quelques temps après, je fus consulté par un jeune militaire, âgé de 24 ans, qui depuis quelques jours souffrait d'un violent mal de gorge et en même temps d'une vive douleur dans l'oreille gauche. Il était, me dit-il, sujet depuis longtemps à des accidents du même genre, et de plus il était sourd de cette oreille depuis plusieurs années. La douleur d'oreille se présentait sous forme d'élancements, et coïncidait généralement avec des maux de gorge. Je constatai une hypertrophie marquée des amygdales, atteintes à ce moment d'une poussée inflammatoire. Je prescrivis un traitement anodin, et priai le malade de me revenir voir quelques jours après. A ce moment, la gorge n'était plus douloureuse, et l'otalgie avait disparu. Comme à sa première visite, l'examen objectif de l'oreille ne m'apprit rien. La trompe était libre et le tympan me parut normal. Mais l'audition était très faible à gauche, la montre n'était pas entendue au contact, et le diapason, appliqué sur l'apophyse mastoïde, l'était à peine. Je commençai le traitement de

l'hypertrophie des amygdales sans penser qu'il pût avoir une influence quelconque sur l'oreille ; mais à mon grand étonnement, le malade appela mon attention sur une amélioration notable qui se produisait de ce côté. A la fin du traitement la montre était entendue à gauche à 25 centimètres, et le malade ne se rappelait pas avoir jamais aussi bien entendu.

Obs. III. — Au mois de mai 1886, M. le Dr P. Le Gendre m'adressa M. X, âgé de 36 ans, député d'un de nos départements du midi. Il était atteint d'une déviation extrême de la cloison des fosses nasales, avec obstruction complète de la fosse nasale du côté droit. En outre, ce malade se plaignait de souffrir beaucoup, depuis quelques temps, d'un bourdonnement continu de l'oreille gauche, avec surdité du même côté, symptômes qui s'étaient montrés quelques mois auparavant en même temps que des accidents dyspeptiques très pénibles, pour lesquels il avait demandé les soins de M. Le Gendre. Il avait consulté, au sujet de son oreille, un auriste qui n'avait trouvé aucune lésion appréciable, bien que les bourdonnements fussent alors à leur maximum et accompagnés d'accidents vertigineux. En conséquence il avait conclu à une maladie de Ménière au début, et prescrit du sulfate de quinine que le malade n'avait pu supporter à cause du mauvais état de son estomac. Au moment où je voyais M. X, les vertiges avaient disparu, mais un bourdonnement continu de l'oreille gauche, en *bsi*, fatiguait beaucoup le malade. L'examen objectif de l'oreille fut absolument négatif, mais je trouvai une diminution très marquée de l'audition de la parole et de la montre, qui n'était entendue qu'à un ou deux centimètres. L'audition crânienne était aussi très diminuée à gauche. L'oreille droite était normale. Le malade était en outre atteint d'hypertrophie notable des deux amygdales. Instruit par les deux cas précédents, je pensai qu'il pouvait y avoir quelque rapport entre cette affection et les troubles de l'ouïe, et proposai au malade de la traiter par l'ignipuncture, mais celui-ci, qui n'avait pas souffert de la gorge depuis longtemps, préféra attendre. Je lui conseillai de demander l'avis d'un auriste de mes amis, qui ne trouva non plus rien à l'oreille, pensa que les troubles auriculaires étaient d'origine gastrique, et conseilla de s'occuper uniquement du traitement de la dyspepsie. Celle-ci s'amenda, mais les bourdonnements d'oreille persistèrent avec la même intensité pendant six à sept mois. Je demandai alors au malade à lui cautériser au fer rouge l'amygdale correspondante à son oreille malade, afin de voir s'il n'en ressentirait pas quelque soulagement. Il se soumit à l'expérience. Au moment où elle fut faite, le bourdonnement était très marqué. Je plongeai en pleine amygdale la boule d'un cautère galva-

nique chauffée à blanc, et cela une seule fois. Il s'écoula quelques gouttes de sang ; il y eut une douleur d'oreille assez vive ; le malade me dit que son oreille « s'était ouverte », et le bourdonnement disparut instantanément. Le malade quitta mon cabinet très satisfait d'être débarrassé du sifflement qui l'obsédait ; mais la douleur d'oreille persista pendant deux jours, et il n'y eut pas d'augmentation notable de l'acuité auditive. Quelques jours plus tard, M. X, partit pour la province, et je ne le revis pas pendant plusieurs mois. A son retour, il m'apprit que le bourdonnement d'oreille avait reparu, mais seulement d'une façon intermittente, et du reste beaucoup moins intense qu'avant l'opération. Il me demanda de recommencer celle-ci, convaincu qu'une nouvelle cautérisation le débarrasserait définitivement. Je fis en effet l'ignipuncture des deux amygdales hypertrophiées, et leur rendis en quelques séances un volume normal. Il ne se produisit plus de réflexes douloureux, du côté de l'oreille malade ni de l'autre côté. Actuellement, le bourdonnement a presque entièrement disparu. Il ne se produit plus qu'à de très rares intervalles, et est si peu marqué que le malade n'en souffre pas. Mais malheureusement l'acuité auditive ne semble pas avoir varié d'une façon notable, bien que M. X, prétende entendre un peu mieux.

OBS. IV. — Ma quatrième observation a trait à un malade de 62 ans, que M. le Dr Tapret m'a fait l'honneur de m'adresser au mois d'avril 1887 pour une affection nasale. Il était en outre atteint d'une double hypertrophie amygdalienne très notable, et très sourd de l'oreille gauche, mais il ne souffrait pas de bourdonnements. La surdité remontait à plusieurs années, sans que le malade pût m'apprendre exactement l'époque du début, car elle était venue très progressivement.

L'examen objectif de l'oreille fut absolument négatif. L'ouïe était normale à droite, mais à gauche la montre n'était entendue qu'à 5 centimètres au plus. La cautérisation de l'amygdale gauche produisit à l'oreille une douleur très vive, s'étendant à toute la région mastoïdienne. Mais cette douleur ne persista pas, et avant de sortir de mon cabinet le malade accusa déjà une audition meilleure. Il me dit aussi qu'il lui semblait que son oreille « s'était ouverte ». La montre était entendue alors à 25 centimètres. Lorsqu'après quatre séances de cautérisations, faites à une douzaine de jours d'intervalles, l'hypertrophie amygdalienne eût disparu, l'ouïe s'améliora encore à gauche et redevint presque aussi bonne qu'à droite. Les cautérisations de l'amygdale du côté sourd ont toujours produit les mêmes douleurs vives, passagères, à l'oreille.

Deux sur quatre de mes malades ayant été complètement

perdus de vue, je ne puis dire s'il ne s'est pas produit de récidives. Néanmoins, quelque incomplètes que soient ces observations, elles peuvent suffire à montrer qu'il existe certains troubles de l'ouïe liés à l'hypertrophie des amygdales, et qui peuvent être améliorés ou même guéris, au moins momentanément, quand, par l'ignipuncture, on guérit l'hypertrophie des amygdales elle-même, ou pour mieux dire quand on détruit les déterminaisons nerveuses dont l'irritation est le point de départ de l'affection auriculaire. On peut, il est vrai, opposer à cette manière de voir l'opinion que dans ces cas, la surdité n'est pas sous la dépendance de l'hypertrophie amygdalienne, et que si elle guérit ou s'améliore lorsqu'on cautérise la tonsille, c'est que cette cautérisation produit, par action réflexe et par l'intermédiaire du ganglion otique, la contraction du muscle interne du marteau et du muscle péristaphylin externe, et fait ainsi cesser une parésie de ces muscles. Or Woakes a décrit en 1879, une forme de surdité nerveuse se rapprochant de celle qu'a signalée Weber-Liel en 1873, mais qui en diffère en ce qu'elle n'est pas due seulement à la paralysie plus ou moins complète du péristaphylin externe, mais bien à la fois à la parésie du péristaphylin externe et du muscle interne du marteau. Je ne saurais affirmer que le malade de ma quatrième observation, et même celui de la première malgré sa grande jeunesse, n'aient pas été atteints de phénomènes unilatéraux de ce genre, et ce sont eux en effet qui ont le mieux guéri ; mais les deux autres malades ne répondaient nullement au tableau symptomatique tracé par Woakes. Il ne répondaient pas non plus à celui indiqué par Weber-Liel, puisque la trompe était parfaitement perméable à la douche d'air par le procédé de Politzer, et qu'il n'y avait pas de rétraction du tympan. Du reste, quand bien même le premier et le quatrième malade auraient dû leur surdité à la parésie des muscles tenseurs palatin et tympanique, rien n'empêche de penser qu'une parésie de ce genre peut être réflexe et due à l'irritation des terminaisons nerveuses amygdaliennes. Il s'agit peut-être là d'une parésie due à

la fatigue des nerfs moteurs des deux muscles, consécutive à une excitation trop prolongée et finissant par amener leur épuisement.

Quoi qu'il en soit, je dois faire remarquer que ces quatre malades avaient le voile du palais sinon parésié, au moins beaucoup plus tolérant que d'ordinaire au contact des instruments pharyngiens. M. Noquet, qui a observé des cas de surdité amygdalienne coïncidant avec une parésie du voile, pense que cette parésie était consécutive à l'inflammation chronique de la région naso-pharyngienne ; mais chez mes malades, le catarrhe naso-pharyngien manquait ; dans un seul cas seulement, on en trouvait quelques traces, à peine appréciables. De même, leurs amygdales étaient assez nettement pédiculées, elles n'écartaient pas l'un de l'autre les piliers antérieur et postérieur de chaque côté, de sorte qu'on ne peut expliquer la surdité par une gêne mécanique apportée au fonctionnement du tenseur palatin. Je me garderai, du reste, de juger définitivement la question. La solution complète demande encore de nouvelles recherches, basées sur des observations plus nombreuses, plus complètes et plus détaillées. Je me bornerai ici à signaler ce fait important qu'on peut parfois venir en aide à des malades à peu près incurables par un mode de traitement fort simple et ne présentant aucun danger.

III

La toux a été signalée par Alphonse Robert, en 1843, comme un symptôme fréquent de l'hypertrophie des amygdales. Quelques auteurs classiques contemporains en font brièvement mention, mais personne jusqu'ici, à ma connaissance, n'en a fait une étude spéciale, et n'a cherché à en élucider le mécanisme. On connaît bien la toux utérine, la toux hépatique, etc., on commence à connaître la toux nasale, et peu de médecins songent à la toux pharyngée et surtout à la toux amygdalienne. Et cependant si l'on veut s'astreindre

à examiner avec soin la gorge des malades atteints de toux nerveuse dont la cause échappe tout d'abord, on constate assez souvent, chez les enfants, l'hypertrophie des tonsilles, et, chez les adultes, plus fréquemment, des restes d'hypertrophie amygdalienne ancienne. Je dois m'expliquer ici sur ce que j'entends dire par ces derniers mots.

J'ai cherché, dans un précédent travail (1), à détacher du groupe des hypertrophies amygdaliennes deux formes qui m'ont paru tout à fait différentes. L'une d'elles, plus fréquente dans la seconde enfance et se montrant aussi quelquefois au moment de la puberté, est consécutive à des amygdalites aiguës ou sub-aiguës répétées. Elle se traduit objectivement par des amygdales volumineuses dures, comme fibreuses, à surface lisse, de couleur rouge ou comme violacée. Le nom *d'amygdalite chronique paroxystique* me semble assez bien convenir à cette maladie, presque toujours limitée aux amygdales et laissant le nez et le pharynx indemnes, ou du moins n'amenant qu'assez tard, et non constamment, les lésions de l'angine catarrhale chronique diffuse. Les sujets atteints de cette forme de l'hypertrophie des amygdales les conservent grosses très longtemps, au moins jusqu'à l'âge mûr, si l'on n'intervient pas par un traitement chirurgical. L'autre forme, plus fréquente que la première, maladie essentiellement infantile que j'ai appelée hypertrophie molle, n'est pas une affection limitée à l'amygdale. C'est l'hypertrophie primitive non seulement de celle-ci, mais de tout le tissu adénoïde du pharynx nasal et buccal. L'inflammation chronique envahit ensuite les régions atteintes, et presque toujours aussi les fosses nasales. Cette hypertrophie peut prédominer au niveau de l'amygdale pharyngienne, dans le naso-pharynx, et alors on a le tableau clinique, aujourd'hui assez bien connu, des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ; elle peut être surtout marquée aux tonsilles palatines,

(1) Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. (*Union médicale*, 26 mai 1887.)

c'est l'hypertrophie molle des amygdales ; ou bien encore au niveau de la paroi postérieure, surtout dans les légions latérales, du pharynx buccal, c'est la variété infantile de la pharyngite granuleuse. Mais en réalité il s'agit toujours d'une seule et même maladie, qu'il serait logique de décrire sous le nom de *pharyngite hypertrophique de l'enfance*, au lieu de la dissocier artificiellement comme on le fait aujourd'hui. Cette hypertrophie molle des amygdales diffère, anatomiquement, de la précédente, en ce que l'hyperplasie porte surtout sur les follicules lymphatiques, tandis que dans la première l'inflammation chronique domine au niveau du tissu conjonctif de la glande. Dans les cas types, en effet, les poussées inflammatoires sont nulles ou très peu marquées, et durent très rarement plus de 24 heures. Mais chez un grand nombre de sujets, ces poussées, sous des influences la plupart du temps accidentelles, augmentent notablement de fréquence et de durée. Grâce à ces poussées angineuses, les amygdales hypertrophiées perdent leurs caractères primitifs ; le tissu conjonctif de la glande se prend en même temps que les follicules, prolifère d'abord, devient fibreux et s'épaissit. La maladie tend alors à se confondre avec la première forme et constitue les formes mixtes qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

Cette hypertrophie plus ou moins diffuse du tissu adénoïde pharyngien tend à diminuer spontanément à la fin de la seconde enfance, et, dans la majorité des cas, vers l'âge de 18 à 20 ans, et surtout à l'âge adulte, on n'en retrouve plus guère que des traces. Il en est de même de l'hypertrophie amygdalienne concomitante, lorsque des inflammations subaiguës répétées n'en ont pas modifié le caractère. Mais la maladie laisse des stigmates indélébiles, car l'absence ou tout au moins l'insuffisance de la perméabilité nasale, ayant obligé l'enfant à respirer presque uniquement par la bouche pendant les années correspondant à son développement, a amené des déformations définitives quelquefois du thorax, et presque constamment de la face, sur lesquelles je n'ai

pas à insister ici. En outre, le coryza chronique survit très souvent aux lésions disparues, il y a aussi de la pharyngite chronique à forme granuleuse, et quelquefois, si l'amygdale a repris son volume à sa partie moyenne, elle est restée hypertrophiée soit à sa partie supérieure, soit à son extrémité inférieure. On voit alors, ou un prolongement supérieur remontant plus ou moins haut entre les piliers du voile et les écartant plus ou moins l'un de l'autre, ou un prolongement inférieur scléreux plongeant plus ou moins profondément dans le pharynx. Dans quelques cas aussi, les amas de follicules lymphatiques voisins de la tonsille, et faisant partie de la traînée normale, plus développée que d'ordinaire, qui rejoint l'amygdale opposée en passant en avant de l'épiglotte et en arrière des papilles caliciformes de la langue, restent aussi hypertrophiés et enflammés. Ces prolongements inférieurs scléreux, ces amas de follicules juxta-amygdaliens hypertrophiés tout ce que j'appelais plus haut, avant cette longue parenthèse, des restes d'hypertrophie amygdalienne ancienne, ces productions sont, tout aussi bien que l'hypertrophie amygdalienne en totalité, susceptibles de produire la toux.

Toutefois la toux n'a pas des caractères identiques dans les deux cas. Lorsqu'il s'agit d'hypertrophie totale de l'amygdale, la toux se montre de préférence par accès, soit nocturnes, soit matutinaux ou vespéraux, et cesse dans l'intervalle. Elle revient pour ainsi dire périodiquement, au même moment de la journée ou de la nuit, et ne cède à aucun des traitements généraux institués contre elle. Plus fréquente chez les enfants nerveux et impressionnables, d'apparence débile, elle inquiète beaucoup les parents et désespère le médecin s'il en méconnaît la cause. Les deux observations suivantes, choisies entre plusieurs autres très analogues, montrent bien comment les choses se passent.

Obs. V (Communiquée par M. Brissaud). — Un jeune garçon de huit ans, d'apparence assez chétive, soigné par M. Brissaud, est réveillé

chaque nuit par un accès de toux de durée variable. L'examen de la poitrine, répété à plusieurs reprises, est négatif. Le nez est perméable, il n'y a aucun signe qui puisse faire songer à la présence de végétations adénoïdes du pharynx ou à une lésion nasale, mais les amygdales sont hypertrophiées. La santé se maintient assez bonne, malgré la persistance de la toux, et n'est troublée que par des poussées d'amygdalite. Les amygdales sont traitées par l'ignipuncture. Dès la première cautérisation, la toux cesse et n'a pas reparu depuis.

OBS. VI. — Une fillette de 9 ans, pâle et maigre, atteinte à la fois d'insuffisance aortique et de dilatation stomacale, m'est adressée par M. le professeur Ch. Bouchard au mois de mai 1887. Depuis quelques temps, cette fillette tousse, surtout dans la soirée. L'examen de la poitrine ayant été négatif, M. Bouchard examine la gorge, constate une hypertrophie des amygdales et pense qu'elle est la cause des accès de toux. Dès le lendemain de mon premier examen, je fais la première cautérisation ignée. La toux augmente sensiblement d'intensité pendant quelques jours. Quatre séances, suivies chacune d'une légère recrudescence de la toux, suffisent pour ramener les amygdales à leur volume normal. Quelques jours après la dernière cautérisation, la toux disparaît et ne revient plus.

Chez ces deux jeunes malades, l'amygdale était hypertrophiée en totalité ; et chez la dernière, que j'ai observée, je n'ai constaté ni prolongement inférieur de l'amygdale, ni pharyngite granuleuse ou végétations adénoïdes du pharynx nasal notables. Mais les amygdales étaient enchatonnées, et écartaient fortement l'un de l'autre, de chaque côté, les piliers antérieur et postérieur. Cette compression, ce tiraillement des piliers du voile par une amygdale hypertrophiée et enchatonnée, ne suffit-il pas à irriter les filets sensitifs du trijumeau innervant la muqueuse ? Ne faut-il pas se demander si, dans ces cas, l'amygdale n'agit pas seulement comme le ferait un corps étranger, et si le point de départ du réflexe n'est pas plutôt dans les filets péri-amygdaliens du trijumeau que dans les terminaisons nerveuses de l'amygdale elle-même ? Les caractères de la toux, sèche et quinteuse, sa périodicité, se retrouvent dans la toux nasale, et je suis dès lors tenté pour ma part d'accepter l'hypothèse que je

viens d'émettre, à savoir que chez les enfants la toux amygdalienne appartient souvent au groupe des *toux du trijumeau*. Si l'on veut bien admettre la légitimité de cette hypothèse, on comprendra tout l'intérêt qu'il peut y avoir à rechercher, le cas échéant, l'existence de cette variété d'hypertrophie amygdalienne que j'ai appelée, dans le travail cité plus haut, *hypertrophie latente*.

Chez les sujets atteints de cette variété latente de l'affection, les amygdales, augmentées de volume et enchâssées par une large base dans la fossette amygdalienne agrandie, ne dépassent guère les piliers et ne font pas de saillie notable du côté du pharynx. L'hypertrophie est surtout sensible dans le sens antéro-postérieur ; les deux piliers du même côté sont fortement écartés l'un de l'autre, et il est nécessaire, pour bien se rendre compte de l'état des tonsilles, de porter l'abaisse-langue en avant et en bas, du côté de l'épiglotte, de façon à provoquer un effort de vomissement. Les amygdales subissent alors le mouvement de torsion sur leur axe appelé par Chassaignac *mouvement spiroïde*, et leur face interne devient presque antérieure. Elle apparaît sous l'aspect d'une surface spongieuse ou grenue, beaucoup plus large qu'on eût pu le croire, arrondie, et non pas ovalaire et à grand axe vertical comme à l'état normal. Cette variété d'hypertrophie amygdalienne est assez fréquente, surtout dans la forme molle coïncidant avec les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ; mais souvent aussi elle n'est que le résultat d'un traitement insuffisant de l'hypertrophie tonsillaire. En effet, chez les sujets à grosses amygdales enchatonnées, adhérentes aux piliers et augmentées de volume dans tous les sens, l'amygdalotome ne réalise l'ablation que de la partie saillante et après l'opération le reste de la glande ne s'atrophie pas si l'ignipuncture n'est pas pratiquée. J'ai eu à soigner quelques jeunes sujets qui se trouvaient dans ce cas. Plusieurs toussaient, et chez la plupart de ceux-ci la toux a disparu après le traitement ; mais, comme il y avait en même temps du coryza chronique et des lésions pharyngées, et que le traite-

ment n'était pas resté limité à la lésion amygdalienne, je ne sais s'il s'agissait de toux nasale, pharyngée ou amygdalienne.

Chez les adultes, la toux semble plutôt causée par l'irritation des filets du rameau pharyngien du pneumogastrique, car ce sont surtout les lésions de la partie inférieure de l'amygdale ou des groupes de follicules voisins qui lui donnent naissance. Mais, je le répète, elle peut exister sans qu'il y ait de pharyngite granuleuse concomitante, ou bien disparaître après la destruction au galvano-cautère de l'amygdale hypertrophiée sans que la pharyngite granuleuse existante ait été soumise à aucun traitement. Le plus ordinairement, il ne s'agit pas ici de toux quinteuse, survenant par accès, mais plutôt d'une toux spéciale, d'une sorte d'éruc-tation laryngo-pharyngée spasmodique, quelquefois presque constante, ou bien présentant des paroxysmes à certains moments de la journée, mais cessant pendant le sommeil. Les malades se plaignent de *racler* continuellement, et rapportent d'ordinaire la sensation qui les porte à tousser à l'un des côtés de la gorge seulement; ils montrent nettement cette région à l'aide du doigt placé sur l'une des faces latérales du larynx, et disent que c'est là d'où vient le mal. On peut en effet se rendre compte, à l'examen, que le côté incriminé par le malade est bien celui où les lésions dominent. Mais cet examen de la gorge demande à être fait avec soin; la langue doit être déprimée profondément, avec un abaisse-langue convenable, et cette exploration doit être complétée par un examen plus complet des parties latérales et inférieures du pharynx à l'aide du miroir laryngoscopique. On reconnaît alors que la région où les *picotements* sont perçus par le malade répond à la partie inférieure de l'amygdale, hypertrophiée et enflammée, ou encore à des groupes de follicules voisins, également hypertrophiés et enflammés. Souvent les deux côtés sont malades, mais la rougeur et l'inflammation dominant du côté où le malade souffre. A l'examen du larynx, on voit souvent une rougeur vive de la région

interaryténoïdienne ; mais c'est là la conséquence et non la cause de la toux. Cette toux amygdalienne est extrêmement rebelle, et tourmente beaucoup les malades qui se croient souvent atteints d'affections graves du larynx ou de la poitrine. J'en ai observé un certain nombre de cas plus ou moins nets. En voici deux qui ont guéri à peu près complètement par la destruction, au galvano-cautère, des régions malades.

OBS. VII. — M. le professeur Ch. Bouchard m'a fait l'honneur de m'adresser, au commencement de l'année 1887, un malade âgé de 50 ans, qui depuis quinze mois environ souffrait d'une toux rebelle qu'aucun traitement n'avait pu faire cesser. Il n'y avait aucune affection bronchique, pulmonaire ou autre qui pût expliquer cette toux incessante, et M. Bouchard me priait de rechercher, par l'examen rhinoscopique ou laryngoscopique, s'il n'existait pas quelque lésion des voies supérieures à laquelle on pût attribuer les accidents.

Le début de ceux-ci remontait aux premiers jours de novembre 1885. A cette époque, le malade avait pris froid, un soir, dans une course en voiture découverte. A la suite de ce coup de froid, il fut pris de fièvre et d'une toux quinteuse extrêmement pénible. Les accidents aigus avaient cessé rapidement, mais la toux n'avait pas disparu. Le malade toussait constamment pendant la journée, sans quintes, et celles-ci ne se produisaient que le soir, après que le malade s'était mis au lit. Au mois de juillet 1886, la toux avait paru céder un moment à des lavages des fosses nasales avec une solution d'acide borique, mais elle avait repris bientôt, malgré ce traitement. Une saison à Cauterets, au mois d'août de la même année, n'avait amené aucune amélioration. A son retour des Pyrénées, le malade toussait toujours, et se rendait parfaitement compte que cette toux était déterminée par une sensation de picotement paraissant partir du côté droit de la gorge et du sommet du poumon droit.

L'examen rhinoscopique révélait une étroitesse assez notable des fosses nasales, due en partie à la conformation du squelette et en partie aussi à un léger degré d'épaississement de la muqueuse. Le nez était perméable, mais le malade, interrogé à ce sujet, affirmait lui-même que cette perméabilité était insuffisante, et qu'il avait toujours été obligé de respirer par la bouche. Le pharynx nasal et l'orifice postérieur des fosses nasales ne présentaient rien à noter. Le pharynx offrait quelques traces

de pharyngite granuleuse ancienne, et à un examen sommaire les amygdales semblaient normales. Le malade se rappelait les avoir eu grosses dans sa jeunesse, et aussi avoir eu beaucoup de granulations pharyngées ; d'ailleurs la forme de la voûte palatine et la conformation des fosses nasales permettaient de penser qu'il avait été atteint pendant son enfance de pharyngite hypertrophique avec végétations adénoïdes rétro-nasales. L'examen laryngoscopique ne faisait d'abord constater qu'un peu de rougeur de la région interaryténoïdienne, chose assez fréquente chez les toussEURS. Mais lorsqu'à l'aide du miroir on explorait les régions voisines du larynx, on voyait que l'amygdale droite présentait un prolongement inférieur d'un centimètre et demi de longueur environ, plongeant profondément dans le pharynx. Ce prolongement amygdalien était très rouge, et tout autour de lui la paroi pharyngée était très hyperhémisée et sillonnée d'arborisations vasculaires de couleur rouge vif. Du côté gauche, il n'existait rien de semblable. Lorsqu'on touchait ce prolongement amygdalien avec une sonde, on se rendait compte qu'il était de consistance dure et comme scléreuse, mais les efforts de vomissement provoqués par cet examen ne permettaient pas de le prolonger longtemps.

Je proposai la destruction au galvano-cautère de l'extrémité inférieure de l'amygdale droite. Le malade s'accoutuma assez vite à l'abaisse-langue qui provoquait d'abord des réflexes très violents. En déprimant profondément la langue avec un instrument approprié, je pus porter directement le cautère sur le point malade, et n'eus besoin d'employer le miroir laryngoscopique que pour cautériser l'extrémité inférieure du prolongement amygdalien scléreux. En quelques séances, faites à huit ou dix jours d'intervalle, la destruction fut complète, et la congestion péri-amygdalienne disparut. En même temps, la toux cessait presque complètement. Le malade toussottait bien encore un peu de temps à autre, et de temps en temps aussi « raclait » ou plutôt « hemmait », suivant l'expression anglaise ; mais l'amélioration était assez grande pour que le malade pût la considérer comme une véritable guérison.

Cet état se maintint environ un an. Il y a un mois, je revis le malade, qui s'était remis à tousser un peu davantage, et ressentait de nouveau quelque gêne à la région amygdalienne droite. Je ne trouvai absolument rien dans le pharynx ni dans le larynx, quelque soin que j'eusse pu mettre à l'examen, que je pratiquai du reste deux fois à quelques jours d'intervalle. On voyait seulement une cicatrice blanchâtre, d'un peu moins d'un centimètre carré d'étendue, au point où les cautérisations ignées avaient été faites. Mais l'examen des fosses nasales faisait

constater un gonflement marqué de la muqueuse des cornets inférieurs et moyens. Je pensai que cet état de la muqueuse nasale pouvait, par voie réflexe, causer une sensation de picotement du côté de la région pharyngée autrefois malade, et j'attribuai à cette sorte de paresthésie le retour des accidents. Je proposai donc de traiter la muqueuse nasale par la galvano-caustique ; mais le malade ne voulut pas se soumettre à ce traitement. A défaut du cautère, je conseillai de reprendre les lavages à l'acide borique. Ceux-ci amenèrent en effet une amélioration immédiate, qui persista après leur cessation. Actuellement le malade ne tousse presque plus, mais il « hemme » encore de temps en temps. La guérison est presque complète, mais elle n'est pas absolue, et je reste convaincu qu'elle ne peut être parachevée que par un traitement intra-nasal suffisant pour modifier la membrane de Schneider et augmenter la perméabilité nasale, de façon d'une part à éteindre les réflexes et d'autre part à permettre au malade de respirer sans ouvrir la bouche et dessécher ainsi plus ou moins son arrière-gorge.

- OBS. VIII. — Le nommé R., âgé de 36 ans, maçon, se présente à la Clinique laryngologique de l'Institution des sourds-muets le 21 octobre 1887. C'est un individu de taille moyenne, assez bien musclé, qui a l'aspect extérieur d'un homme en bonne santé. Il déclare d'ailleurs n'avoir aucunement perdu ses forces, avoir bon appétit et se bien porter : mais il se plaint d'une toux incessante, presque continuelle, durant tout le jour et une partie de la nuit. Cette toux s'est montrée il y a dix-huit mois environ. Pendant six mois, le malade a été traité à une clinique laryngologique privée, où on lui a prescrit des sulfureux, et des préparations pharmaceutiques à base de coca (vin de coca, élixir de coca). En outre on lui a cautérisé la gorge avec le galvano-cautère, et le larynx avec du chlorure de zinc. Tout ce traitement n'a amené aucune amélioration, malgré la patience avec laquelle le malade s'y est soumis. Au contraire, il tousse plus que jamais. Aussi se croit-il poitrinaire, et comme il ressent un « picotement » continu qu'il rapporte au côté droit du larynx, il craint d'être également atteint de phtisie laryngée, et destiné à finir misérablement, comme beaucoup de malades qu'il a vus s'émacier peu à peu, pendant qu'il était soigné à la clinique où il a été si longtemps en traitement.

Aux premiers examens, on constate une pharyngite granuleuse peu marquée, un léger degré de coryza chronique à forme hypertrophique, et, au larynx, du catarrhe chronique avec hypertrophie de la corde vocale supérieure gauche, qui, à sa partie antérieure, recouvre obliquement la

partie correspondante de la corde vocale inférieure. La région interaryténoïdienne est très rouge, et cette rougeur s'étend jusqu'à la partie postérieure des deux cordes vocales. La partie postérieure de la corde vocale gauche porte une très légère érosion (le malade s'est enrhumé quelques jours auparavant). La voix est sonore, à timbre grave et cuivré. A l'examen de la poitrine, on constate que la respiration est faible au sommet du poumon gauche.

Le malade est laissé quelque temps en observation. On détruit par le galvano-caustique les granulations pharyngées ; et on traite ensuite par le même moyen la rhinite hypertrophique. Mais on n'obtient aucune amélioration. Des attouchements au chlorure de zinc sur le larynx, qui est un peu moins rouge et dont l'érosion a disparu, ne produisent non plus aucun effet sur la toux.

25 novembre. Un examen très minutieux est pratiqué, et on aperçoit alors, au-dessous de chaque amygdale normale et près de l'épiglotte, deux masses de follicules lymphatiques hypertrophiés. A gauche, l'hypertrophie est beaucoup plus considérable et toute la région est de couleur rouge vif et manifestement enflammée. Des deux côtés d'ailleurs, mais surtout à gauche, l'attouchement de cette région avec la sonde provoque la toux.

2 décembre. Je commence à détruire au galvano-cautère le tissu adénoïde hypertrophié du côté gauche. Cette opération est assez difficile à pratiquer, car à peine le cautère est-il appliqué que le malade fait un violent effort de vomissement ou ne peut retenir deux ou trois violentes secousses de toux.

Le 19. Le malade accuse une amélioration remarquable. Il sent beaucoup moins de picotements dans la gorge, et tousse beaucoup moins. On termine la destruction des tissus hypertrophiés à gauche.

Le 30. On constate que cette destruction peut être considérée comme terminée. La rougeur ambiante a disparu. Le malade ne tousse presque plus, sauf un peu encore le soir.

11 janvier. Le malade vient faire constater son état. L'amélioration s'est affirmée de jour en jour, et le malade se considère comme complètement guéri. Il ne tousse plus, bien qu'il soit actuellement atteint d'un léger rhume (Coryza. Voix un peu prise).

Le malade ne revient plus.

IV

A côté de la toux, on peut ranger l'asthme bronchique parmi les névroses réflexes d'origine amygdalienne. L'hypertrophie des amygdales ou leur inflammation chronique peut en effet, dans quelques cas assez rarement constatés jusqu'ici, coïncider avec des accès asthmatiques qui cessent après l'amygdalotomie. A. Schmidt a publié plusieurs observations de ce genre en 1877, et, en 1879, Porter a rapporté un cas de guérison de crises d'asthme par l'ablation d'une amygdale contenant un calcul. Bien que je n'aie pas observé moi-même de faits analogues, je suis en mesure, grâce à l'obligeance de M. le Dr Rendu, de faire connaître un cas fort intéressant d'asthme amygdalien suivi de guérison.

OBS. IX (communiquée par M. Rendu). — « L'enfant de M. D., âgé de 8 ans, a toujours eu une bonne santé jusqu'à l'âge de 5 ans, époque à laquelle il eut une rougeole grave compliquée d'accidents pulmonaires. Il avait auparavant de grosses amygdales, mais s'enrhumait rarement et ne toussait pas souvent.

A partir de sa rougeole, les choses changèrent. Il eut à chaque instant des poussées fluxionnaires vers la gorge; ses amygdales s'hypertrophièrent démesurément, et il commença à souffrir d'un enchifrènement nasal continu. Trois mois plus tard, éclata le premier accès d'asthme, qui eut une violence extraordinaire; on crut que l'enfant allait périr. A partir de cette époque, l'enfant a été perpétuellement atteint de bronchites prenant chaque fois le caractère de l'asthme: il suffisait d'un courant d'air, d'un refroidissement, d'une sortie intempestive, pour ramener les accès; aussi avait-on fini par confiner l'enfant complètement à la chambre, où il s'étiolait. (Il faut dire que le père et la tante de cet enfant sont gouteux et asthmatiques.) Les traitements employés ont eu peu de succès. L'iodure de potassium à haute dose a paru le soulager, mais les inhalations de belladone, l'arsenic, etc., n'ont eu aucune efficacité. L'enfant s'est trouvé assez bien d'irrigations nasales d'eau sulfureuse.

L'ablation des amygdales a été pratiquée en novembre dernier. Depuis, les accidents ont cessé comme par enchantement; et, il y a quinze jours (1) l'enfant n'avait plus eu une seule crise d'asthme. Depuis quelques

(1) L'observation de M. Rendu est datée du 7 avril 1887.

jours, sous l'influence de la grippe qui régnait épidémiquement dans sa famille, il a été repris de bronchite, et cette bronchite a revêtu encore les caractères de l'asthme sibilant, mais cette crise n'a duré que douze heures et la grippe a suivi son cours. Il n'est donc pas douteux que l'asthme n'eût ici un point de départ naso-pharyngien, et que l'ablation des amygdales n'ait été le traitement topique par excellence.

Depuis le moment où cette observation a été prise, M. Rendu n'a pas perdu de vue le malade, et il m'a confirmé dernièrement que la guérison s'était maintenue. Il s'agit donc bien d'un asthme à point de départ amygdalien, et non pas naso-pharyngien. Si l'origine de l'asthme n'eût pas été une irritation amygdalienne, l'amygdalotomie ne l'eût pas guéri instantanément. Je n'entends pas dire que le nez n'ait joué aucun rôle dans ce cas; et il me semble probable que c'est au nez qu'il faut attribuer le léger retour des accidents observés pendant la grippe, après l'amygdalotomie. C'est un fait à comparer à celui de l'observation VII. Mais il me semble tout à fait évident que c'est aux amygdales qu'il faut attribuer l'origine des accidents.

Les vomituritions, assez rares chez les enfants atteints d'hypertrophie amygdalienne, sont beaucoup plus fréquentes chez les adultes qui souffrent de cette affection. Quelques uns ne peuvent, sans faire un effort de vomissement, supporter le contact le plus léger de l'abaisse-langue. D'autres ne peuvent même pas ouvrir la bouche, et sont pris de nausées sans qu'on puisse essayer d'introduire l'abaisse-langue pour l'examen. Nombre de ces malades se plaignent d'envie de vomir continuelle. Ce symptôme était très marqué avant le traitement, chez un malade que je soigne actuellement, et j'ai dû pour en triompher et pouvoir le soigner, lui donner pendant quelques jours du bromure de potassium à haute dose. Comme ce dernier malade, un jeune étudiant en médecine, atteint de chancre syphilitique de l'amygdale, que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement, ne pouvait ouvrir la bouche largement sans faire de violents efforts de

vomissement, avant tout examen. Son amygdale gauche, depuis le début de l'ulcération spécifique, était devenue énorme, et les nausées dont il était continuellement atteint étaient le symptôme qui l'incommodait le plus.

Les amygdales hypertrophiées produisent-elles le vomissement comme le ferait un corps étranger quelconque arrêté dans l'isthme du gosier; l'irritation des terminaisons du glosso-pharyngien tient-elle au contact, au frottement des parties? Ou bien les terminaisons nerveuses amygdaliennes seules sont-elles irritées par l'inflammation chronique de la tonsille? Si l'on se reporte à l'observation VIII, on verra que chez le malade qui en fait le sujet, l'irritation du tissu amygdalien seul pouvait donner lieu à un effort de vomissement. Il est donc certain que quelquefois il s'agit bien d'un réflexe parti des rameaux tonsillaires du glosso-pharyngien, et non pas du plexus pharyngien. Dans d'autres cas, la première hypothèse est plus probable, car les nausées se montrent surtout lorsque le malade avale sa salive. Dans un cas comme dans l'autre, ces nausées ne se produisent pas d'ordinaire aux repas, mais quelques sujets vomissent avec une extrême facilité dès qu'ils sont sortis de table.

OBS. X. — J'ai observé un jeune enfant de huit ans, atteint d'hypertrophie des amygdales, et n'ayant aucune affection gastrique appréciable, qui, plusieurs fois par semaine, vomissait ses repas sous l'influence des causes les plus insignifiantes. J'ai dû, pour arriver à réduire par la galvano-caustique, ses amygdales très hypertrophiées et enchatonnées, prendre la précaution de ne le cautériser que sept ou huit heures après le repas, au risque de le faire souffrir de la faim. Encore a-t-il fallu de sa part, ou plutôt de celle de sa famille et de la mienne, une extrême patience pour y arriver. Les vomituritions sont devenues de moins en moins fréquentes, et avaient considérablement diminué vers la fin du traitement, qui n'avait cependant pas été aussi complet que j'eusse voulu. Dernièrement, j'ai revu cet enfant, et j'ai pu constater que la guérison de ce symptôme incommode s'était accentuée et maintenue.

Chez quelques sujets, on peut observer, pendant l'explo-

ration de la gorge, une salivation excessive. La salive coule alors hors de la bouche et se répand le long du manche de l'abaisse-langue, sur les doigts de l'observateur. On peut même voir quelquefois la salive jaillir du canal de Sténon en un jet qui peut sortir de la bouche du malade, phénomène encore plus gênant pour l'observateur. Mais il ne m'a pas semblé que ceci fût plus fréquent chez les malades à hypertrophie des amygdales que chez les autres; il est seulement plus fréquent chez ceux qui, pendant l'exploration de la gorge, font des efforts de vomissement. Or c'est ce qui arrive à la plupart des malades atteints de pharyngite chronique; et, comme dans le cas d'hypertrophie des amygdales, on peut voir également cesser cette exagération des réflexes lorsque les malades convenablement traités voient leur maladie s'améliorer ou guérir.

A PROPOS D'UNE QUESTION DE PRIORITÉ RELATIVE A L'OZÈNE TRACHÉAL

Par le Dr **Luc**.

A la suite de la publication de notre travail sur l'ozène trachéal (1), le Dr Ruault vient de recevoir une lettre du professeur Massei (de Naples) nous reprochant d'avoir mal interprété, dans notre historique, une observation du Dr Giovanni La Note, parue dans les Archives italiennes de laryngologie, en 1884, sous le titre : *Un cas d'ozène laryngo-trachéal*.

N'ayant pu nous procurer ce journal, nous avons apprécié l'observation en question d'après l'analyse qui en est donnée

(1) Voir *Archives de laryngologie*, n° 3. — Dans l'historique de la question, nous avons omis de signaler une observation du Dr B. Baginsky relative à un malade atteint d'ozène trachéal et laryngé, et publiée en 1886. Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est fournie de réparer ici cette omission.

dans le *Centralblatt* de Semon (1886, p. 102) et nous avons cru devoir la considérer comme ne se rapportant pas à notre sujet et ne méritant pas son titre. Le professeur Massei, qui avait pris le même malade pour sujet d'une leçon sur l'ozène laryngo-trachéal, se plaint, non sans amertume, que nous n'ayions pas consulté cette observation à sa source première au lieu de nous contenter d'une analyse inexacte. Il nous reproche en outre d'avoir complètement passé sous silence ses propres leçons sur le même sujet. Nous allons chercher à nous justifier le plus brièvement possible.

Le D^r Ruault ayant bien voulu mettre à notre disposition le numéro des Archives italiennes de laryngologie où se trouve publiée l'observation du D^r La Notte, la lecture attentive de ce fait n'a eu pour résultat que de nous confirmer dans notre opinion première : à savoir qu'il ne s'agissait pas là d'un cas d'ozène vrai.

Le texte de l'observation dit en effet très nettement qu'à l'examen rhinoscopique, la muqueuse nasale se montra tuméfiée et recouverte d'un exsudat catarrhal du côté gauche, tandis que du côté droit elle était non seulement tuméfiée, mais présentait des ulcérations. Nous pensons que l'immense majorité des spécialistes sera d'accord avec nous pour reconnaître que la tuméfaction de la muqueuse nasale et les ulcérations sont des états anatomiques absolument en contradiction avec le diagnostic ozène. Le D^r La Notte et son maître le professeur Massei semblent s'être contentés de la fétidité de l'haleine et des produits de sécrétion pour appuyer ce diagnostic. C'est plutôt là, à notre sens, une cause de confusion. La fétidité nasale peut être en effet le résultat d'affections très différentes (carie, syphilis) et seule l'atrophie des cornets peut permettre d'affirmer l'existence d'un ozène à proprement parler. Nous n'hésitons donc pas à répéter que l'observation du D^r La Notte est absolument sans valeur pour l'histoire de l'ozène trachéal (1).

(1) En revanche nous tenons à dire que nous n'avons pas retrouvé dans

Reste la question des travaux du professeur Massei lui-même. « J'ai écrit, dit notre savant confrère italien, dans une « leçon sur l'ozène publiée en 1884 : L'ozène peut gagner le « pharynx, le larynx et la trachée. Dans l'ozène laryngo- « trachéal, nous voyons, sur la muqueuse, les mêmes altéra- « tions, mais l'exsudat se condense d'ordinaire sous les « cordes..... Cependant, l'ozène laryngo-trachéal est une « localisation très rare. Les cas sont à peine comptés et « illustrés et il y a deux ans que j'ai pu en présenter un, « à mon cours privé, qui regardait une femme enceinte, « sujette à de graves accès d'asthme et qui est échappée « à mes observations. » Nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître que le professeur Massei a décrit, avant nous, sous le titre d'ozène laryngo-trachéal, une affection caractérisée par la présence de croûtes adhérentes dans le conduit laryngo-trachéal ; mais nous souhaiterions qu'à cette description eussent été jointes des observations cliniques complètes, établissant nettement la coïncidence d'un ozène nasal vrai avec l'affection trachéale en question. Si M. le professeur Massei a publié des observations semblables, pouvant être rapprochées des nôtres, qu'il veuille bien nous les communiquer, et nous nous ferons un plaisir de lui concéder, sans restrictions, la priorité qu'il revendique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Tenu à Paris du 12 au 17 mars 1888.)

Extirpation du larynx, par DEMONS (de Bordeaux).

L'auteur, qui a fait cette opération deux fois, cherche à déterminer les cas qui en sont justiciables. Il pense que l'opération est indiquée lorsque le néoplasme est limité à l'intérieur du larynx.

L'observation originale la phrase que nous avons empruntée à l'analyse du *Centralblatt* et dans laquelle il est dit que les crachats expectorés par le malade étaient sans fétidité.

La première opération qu'il a faite a porté sur un homme de 44 ans, dont le cancer laryngien avait débuté par l'épiglotte. Les ganglions maxillaires et sous-sterno-mastoïdiens étaient envahis. On avait pratiqué la trachéotomie. L'ablation *partielle* du larynx fut faite par une incision transversale située au-dessous de l'os hyoïde et agrandie par une autre verticale. Le malade resta neuf mois sans récurrence, puis le cancer repullula à la base de la langue.

La seconde opération est celle d'un homme de 57 ans, chez qui le cancer débuta sur la corde vocale droite. Le cancer gagna, s'étendit un peu à la partie gauche du larynx, mais resta absolument limité à l'intérieur de l'organe. On dut pratiquer la trachéotomie pour obvier à des accidents de suffocation. Les ganglions étaient indemnes. L'opération radicale fut décidée. L'auteur sectionna d'abord le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, et s'étant assuré que le mal s'étendait aux deux côtés du larynx, il extirpa celui-ci *en totalité*. Le malade était guéri en quelques semaines, et aujourd'hui, dix mois après l'opération, la santé s'est maintenue en parfait état. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques.

Discussion.— M. DUPONT (de Lausanne) a fait une laryngectomie dans laquelle, au lieu d'employer la canule de Trendelenburg il a employé un procédé opératoire spécial pour empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes. Ce procédé consiste à sectionner la trachée, puis à disséquer son bout inférieur et à le fixer en le retournant dans l'angle inférieur de la plaie.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) s'est servi avec grand avantage de la canule de Trendelenburg dans une extirpation partielle du larynx qu'il a pratiquée. La guérison était complète au bout de dix jours, et la réunion primitive obtenue. L'opéré avait conservé une corde vocale avec laquelle il pouvait parler tant bien que mal.

De la laryngotomie et de la trachéotomie dans les cas de corps étrangers, par LÉON LABBÉ (de Paris).

Il s'agit d'un jeune enfant ayant avalé de travers une pièce métallique provenant d'un jouet (étoile servant à décorer les vêtements des polichinelles). Ce corps étranger avait pénétré dans le larynx, entre les lèvres de la glotte, et provoqué quelques heures plus tard un accès de suffocation qu'on prit pour de la laryngite striduleuse. L'enfant fut amené à l'hôpital six jours après : le corps étranger fut reconnu à l'examen laryngoscopique, mais on ne put l'enlever par les voies naturelles.

M. Labbé pratiqua le lendemain la thyrotomie sans trachéotomie préalable, mais au cours de l'opération il dut ouvrir la trachée et mettre une canule, car le sang avait pénétré dans les voies aériennes et causé des accidents de suffocation tellement graves, qu'il fallut faire la respiration artificielle pendant quarante-cinq minutes. Le thyroïde fut suturé, et la réunion immédiate obtenue; huit jours après, la canule fut enlevée, et le douzième jour la guérison était complète et la voix normale. Cependant, M. Labbé pense avoir commis une faute en ne pratiquant pas la trachéotomie préalable, comme le conseille Morell-Mackenzie.

Tumeurs gazeuses ou aérocèles du cou, par L. H. PETIT (de Paris).

Ces tumeurs, nées d'une communication du larynx ou de la trachée avec les espaces cellulaires ou interaponévrotiques voisins, ont pour causes prédisposantes : 1° des dispositions normales de la région : ventricules du larynx, membrane revêtant en arrière les espaces compris entre les extrémités des cartilages de la trachée, etc.; 2° des anomalies de la région : dilatation, prolongements anormaux des ventricules du larynx, persistance partielle des fentes branchiales, etc.; 3° des dispositions pathologiques : ulcérations de la muqueuse, dilatation excessive des glandes de cette muqueuse, abcès de voisinage ouverts dans la trachée ou le larynx, altération syphilitique des cartilages de la trachée, rétrécissement de la trachée; 4° des traumatismes : plaie de la trachée, rupture des espaces inter-cartilagineux. Les causes occasionnelles sont les efforts divers : accouchement; toux violente, quinteuse, répétée, prolongée; cris, chants, port de fardeaux pesants, etc.

Les aérocèles reconnaissent deux modes de formation : 1° la hernie de la muqueuse trachéale ou laryngée, après perforation ou rupture incomplète de la paroi du canal aérien; 2° le passage de l'air dans les espaces cellulaires du cou après rupture complète de la paroi. Alors, tantôt l'air s'infiltré dans le tissu cellulaire, comme dans l'emphysème; tantôt il le refoule progressivement, de manière à former une cavité permanente.

Cliniquement, les aérocèles se présentent sous trois formes. Dans la première, elles se développent brusquement, en une seule fois. Dans la seconde, elles s'accroissent brusquement d'abord, puis augmentent peu à peu. Dans la troisième, elles marchent progressivement dès le début. Une fois développées, ces tumeurs sont assez consistantes lorsque leur communication avec la trachée se ferme vite. Si au contraire elles res-

tent en communication avec la trachée, elles sont molles et flasques à l'état de repos ; elles augmentent rapidement de volume par les efforts, la toux, l'expiration, et diminuent de même par la compression, l'inspiration large, l'extension forcée de la tête. Elles sont sonores à la percussion, et indolentes à la palpation. Elles s'accompagnent de diverses modifications de la voix : raucité, nasonnement, aphonie. La peau conserve ses caractères normaux.

Contrairement à l'opinion des auteurs, certaines de ces tumeurs sont susceptibles de diminution et même de guérison : ce sont celles qui ont apparu brusquement dans un effort non répété, sans affection chronique des voies respiratoires. Les autres vont en augmentant ou restent stationnaires. Elles ne sont cependant pas toujours incurables : on en a guéri quelques-unes par la compression et les narcotiques à l'intérieur. Peut-être pourrait-on à l'avenir pratiquer une opération analogue à celle de la cure chirurgicale des hernies abdominales.

Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par FONTAN (de Toulon).

Un garçon de 15 ans portait un polype naso-pharyngien énorme. L'auteur fit les sections indiquées par J. Roux, qui jusqu'ici n'avaient pas été pratiquées sur le vivant. Il fit pivoter le maxillaire inférieur en entier et l'os malaire, enleva facilement le polype, et fit la suture totale osseuse et des parties molles. La consolidation et la guérison furent rapides. L'auteur remédia à la persistance de la déviation du voile du palais par une staphylorrhaphie pratiquée ultérieurement.

Des opérations plastiques du palais chez l'enfant, par EHLMANN (de Mulhouse).

L'auteur, qui a le premier pratiqué l'uranoplastie chez les très jeunes enfants, a fait 41 opérations de ce genre. Son expérience lui a appris que la condition indispensable à la réussite est le soin ultérieur du petit opéré : surveillance de l'alimentation, propreté de la bouche, etc. Il est d'avis qu'il faut opérer de très bonne heure, avant que l'enfant ait commencé à parler, de façon à éviter d'avoir plus tard à lutter contre des vices de prononciation déjà acquis.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

*Séance du 20 janvier 1888.***Cancer du larynx, par TISSIER.**

L'observation a trait à un homme de 44 ans, qui, souffrant déjà depuis quelques temps de troubles laryngés, est entré à l'hôpital surtout à cause du développement rapide de masses ganglionnaires situées sur le côté droit du cou, et dont le début remonte à environ trois mois. La gêne respiratoire est bientôt telle qu'on pratique la trachéotomie. Le malade meurt subitement douze jours plus tard.

A l'autopsie, on trouve une dégénérescence cancéreuse des ganglions cervicaux du côté droit et des tissus séparant ces ganglions du larynx. L'aile droite du cartilage thyroïde était nécrosée et visible au fond d'une cavité creusée dans la masse cancéreuse; le repli ary-épiglottique, la bande ventriculaire et la région aryténoïdienne étaient infiltrés par le cancer. Cette masse rétrécissait considérablement la glotte. Le ganglion pré-laryngé de Poirier était cancéreux. Cependant la région sous-glottique du larynx était saine. Il en était de même des cordes vocales inférieures des deux côtés. Pas de généralisation dans d'autres organes.

Il ne s'agit évidemment pas là, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Cornil à la Société, d'un cancer primitif du larynx, mais bien d'un épithélioma de la partie inférieure du pharynx ou de l'extrémité supérieure de l'œsophage qui est venu faire saillie dans le larynx.

Séance du 10 février.

Note sur un cas de méningite suppurée à pneumocoques compliquant une tumeur cérébrale. — Infection par les fosses nasales. — Présence normale de pneumocoques dans le mucus nasal de sujets sains, par NETTER.

Dans un cas de méningite suppurée coïncidant avec une tumeur cérébrale (psammome) du volume d'un œuf qui s'insérait sur la face supérieure de l'ethmoïde et avait détruit l'arachnoïde et la pie-mère, Netter a recherché le pneumocoque de Talamon-Fraenkel dans l'exsudat des méninges et à la base de la tumeur s'insérant sur l'ethmoïde. Il l'a trouvé et cultivé. Il pense que l'infection s'est faite par les fosses

nasales, qui, grâce à la tumeur, communiquaient librement avec les méninges.

En effet, il a trouvé ce micro-organisme dans les fosses nasales des sujets sains. Il fait remarquer que cette constatation n'a rien de commun avec celle de Thost qui y a trouvé, en 1886, non pas le pneumocoque de Talamon-Fraenkel, mais bien celui dit de Friedländer.

Séance du 17 février.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par AIMÉ GUINARD.

L'auteur présente une tumeur enlevée par le professeur Verneuil à un jeune homme de 17 ans, qui, deux ans auparavant, s'était aperçu qu'il portait à la région sus-hyodienne, juste derrière la symphyse du maxillaire, une tumeur dure du volume d'une petite noisette. Celle-ci avait grossi et fait saillie du côté de la bouche; elle avait atteint le volume d'un œuf de poule et gênait le malade. Une ponction amena de la matière sébacée. Le professeur Verneuil extirpa la tumeur, qui adhérait fortement aux apophyses géni et à tout le raphé fibreux allant de ces apophyses à l'os hyoïde.

La poche, dont la paroi est résistante, contient une purée épaisse, homogène, de couleur grisâtre. Sur sa face interne on trouve quelques poils de duvet, incolores.

Séance du 24 février

Anomalie musculaire de la région cervicale, par VILLEMEN.

L'auteur présente une pièce où l'on voit un petit muscle anomal, qui n'est signalé ni par Testut, ni par Henle. Il semble prendre naissance sur une lamelle aponévrotique qui se perd entre les deux lignes courbes occipitales en arrière du grand complexus. A un long tendon, fort grêle, succède un premier corps charnu auquel fait suite un autre petit tendon donnant naissance au second corps musculaire. Toute cette première partie s'enroule autour du sterno-mastoidien, et le deuxième tendon repose sur la face externe de ce muscle. Le second corps charnu se dirige vers le paquet vasculo-nerveux du cou, puis se divise en deux faisceaux qui vont se perdre dans un muscle qui prend ses origines à la partie inférieure du cou par deux faisceaux; l'un musculaire dépendant vraisemblablement du sterno-mastoidien (l'auteur ne peut l'affirmer car la pièce provient d'un sujet dont on avait enlevé le sternum à l'autopsie),

et l'autre tendineux placé sur le faisceau le plus antérieur du sternomastoïdien. Le muscle composé aussi de trois chefs forme un assez gros faisceau charnu qui se perd à la partie supérieure dans le constricteur supérieur du pharynx, avec lequel il entremêle ses fibres.

Séance du 2 mars.

Lymphadénome du péricarde consécutif à un lymphadénome de l'amygdale, par F. VILLAR.

Homme de 23 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur amygdalienne gauche qui envahit bientôt le voile, le pharynx, les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Cette tumeur s'ulcère profondément, puis envahit l'autre côté de la gorge et du cou. On fit la trachéotomie pour obvier à des accidents de suffocation. Trois mois après le malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut que le lymphadénome amygdalien s'était généralisé au péricarde, aux poumons, aux reins et au pancréas. Examen histologique de la tumeur du cou par Albarran, et de la tumeur du péricarde par Brault.

Epithélioma intra-laryngé; trachéotomie faite comme opération préliminaire avant la thyrotomie ou la laryngectomie; pneumonie aiguë; mort, par A. RUULT. (Sera publié in extenso dans le prochain numéro.)

Séance du 9 mars 1888.

Polype mobile du larynx. — Suffocations. — Trachéotomie. — Mort cinq mois après par broncho-pneumonie aiguë, par POLGUÈRE.

Observation d'un enfant âgé d'un an qui, n'ayant jamais été malade antérieurement, a paru s'enrhumer et a bientôt présenté de la gêne respiratoire en même temps que de la toux. Huit jours après le début des accidents, il est amené à l'hôpital. La gêne permanente de la respiration, en l'absence de tout autre symptôme pouvant faire penser à la diphtérie, amène au diagnostic d'obstacle mécanique siégeant dans le larynx. Trachéotomie, qui est suivie de la cessation immédiate des accidents. On ne put arriver à voir le larynx, ni par l'examen laryngoscopique ordinaire, pratiqué pendant le sommeil chloroformique, ni par la laryngoscopie sous-glottique, à cause de la petitesse des parties qui ne permettait pas l'application utile des instruments dont on disposait. L'enfant mourut de broncho-pneumonie cinq mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva, à 1/2 centimètre au-dessous de l'angle antérieur des cordes vocales, dans l'espace intercrico-thyroïdien, une petite tumeur lisse, de couleur rosée, grosse comme un tubercule mamillaire. Cette tumeur ne s'implantait pas sur la muqueuse laryngée; elle naissait par un pédicule assez large sur le tissu cellulaire recouvrant le bord interne du muscle crico-thyroïdien, et passait à travers la membrane crico-thyroïdienne perforée comme à l'emporte-pièce. La structure histologique de cette tumeur singulière, née d'une cavité précrico-thyroïdienne tapissée partout par la muqueuse laryngée, était celle d'un follicule clos très hypertrophié.

On voit qu'il s'agit d'une observation probablement unique, dont plusieurs points sont assez obscurs. Il est regrettable qu'on n'ait pas tenté la thyrotomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1888.

Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine, par HÉNOCQUE.

L'auteur rappelle qu'il a le premier signalé ces propriétés en 1884, et que ses expériences sont relatées dans la thèse d'Arduin (1885). Il ne pense pas que l'antipyrine soit vaso-dilatatrice, comme l'ont dit Caravias et Gley. Sans cela, on s'expliquerait difficilement son action hémostatique. Hénocque, se basant sur ses expériences, croit que l'antipyrine à l'état pulvérulent ou à l'état de solution agit en déterminant la constriction des vaisseaux et des tissus, en même temps qu'elle détermine une coagulation du sang.

L'auteur indique plusieurs applications pratiques de l'antipyrine comme hémostatique. Parmi elles nous rapporterons ici ce qui a trait à l'hémostase des fosses nasales : on peut employer l'antipyrine à l'état de poudre, en solution, ou bien incorporée à un tissu, ou enfin en pommade contre l'épistaxis. On peut l'insuffler dans la narine et recouvrir d'ouate ou d'un pansement quelconque. Dans le cours des opérations dans les fosses nasales, on lave les surfaces cruentées avec une solution au cinquième. On peut préparer de l'ouate à l'antipyrine, en stérilisant d'abord l'ouate par la chaleur, en l'imbibant ensuite d'une solution concentrée d'antipyrine, et en laissant sécher. Hénocque pense qu'à l'action hémostatique s'ajoute l'action antiseptique et peut-être même une action favorable à la cicatrisation.

Séance du 21 janvier.

Hypertrophie de la muqueuse nasale, par CHATELLIER.

L'auteur a étudié, au point de vue histologique, l'hypertrophie de la muqueuse nasale à aspect mamelonné, mûriforme, qui siège de préférence sur les cornets inférieurs, et qui est bien connue au point de vue clinique. Ce tissu morbide est très voisin, sinon analogue à celui des polypes ordinaires dits muqueux. Il est constitué par deux espèces d'éléments cellulaires : 1° des éléments migrants ; 2° des corpuscules de tissu conjonctif, les uns grêles et adultes, formés d'un corps cellulaire petit, fusiforme, comprenant un noyau entouré d'une mince couche de protoplasma ; les autres plus volumineux, étoilés, renfermant des noyaux multiples, en nombre variant de 2 à 8. Entre les cellules, on voit des fibrilles d'un aspect remarquable, grêles, entre-croisées, disposées sans ordre, non fasciculées, se distinguant des fibrilles du tissu conjonctif en ce qu'elles ne se colorent pas par le picro-carmin, qu'elles ne se gonflent pas par les acides, et enfin qu'elles n'ont pas la disposition onduleuse ou fasciculée. Elles diffèrent également, par leur mode de coloration, de la fibrine coagulée. Elles se colorent bien par la solution iodo-iodurée et par beaucoup de couleurs d'aniline, et ont une affinité particulière pour l'hématoxyline. Elles n'ont pas de rapports directs avec les cellules. L'auteur n'est pas fixé sur la nature de ces fibrilles. Il n'a pu étudier les zones de transition entre ces fibrilles et le tissu normal.

Sur les voies centripètes du réflexe de l'éternuement, par WERTHEIMER et SURMONT.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

- 1° L'excitation du lobe olfactif ne provoque pas l'éternuement.
- 2° La voie centripète unique et exclusive de celui-ci, quant il part des fosses nasales, est le filet ethmoïdal du rameau nasal de la branche ophtalmique du trijumeau.
- 3° La voie centripète de l'éternuement, lorsqu'il part de l'œil, siège dans les nerfs ciliaires.

Séance du 25 février 1888.

Note sur un nouvel inhalateur automatique, par ALBERT RUULT.

Afin d'obtenir un barbotage automatique, continu, de l'air, à travers un liquide volatil, l'auteur s'est servi d'une chaudière métallique analogue

à celle des pulvérisateurs à vapeur utilisés par les chirurgiens pour obtenir le spray antiseptique. A cette chaudière, l'auteur a adapté un petit éjecteur à vapeur, système Giffard. Lorsque l'appareil fonctionne, la vapeur qui passe à travers l'éjecteur pour s'échapper au dehors entraîne avec elle une colonne d'air. Il suffit de mettre l'orifice d'entrée de cette colonne d'air en communication avec un inhalateur ordinaire pour obtenir un barbotage continu, qui dure tant que fonctionne la chaudière. Le malade n'a qu'à se placer la bouche ouverte à quelques centimètres de l'appareil, en face de l'orifice de sortie de l'éjecteur, et à respirer largement, pour faire pénétrer dans ses voies respiratoires un mélange d'air, de vapeur d'eau, et de vapeurs médicamenteuses. L'appareil a été construit par Galante sur les indications de l'auteur.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez, par MOURE (1).

Une femme de 28 ans se présente à l'auteur avec des symptômes d'obstruction de la narine gauche : « Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur et un peu rouge ; en écartant légèrement l'aile du nez on aperçoit, à l'entrée, une saillie rougeâtre fongueuse à sa surface ; sur la face supéro-interne, existe une ulcération grisâtre, à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. Cette tumeur qui part du bord interne de l'aile du nez s'étend en arrière à environ deux centimètres. Elle est implantée sur une large surface, ayant une forme demi-sphérique, et le volume d'une noisette. Sa consistance est dure, rénitente ; elle saigne facilement aux moindres attouchements ». La maladie avait débuté deux mois auparavant par un gonflement de l'aile du nez, qui avait augmenté peu à peu ; puis le nez s'était mis à couler ; et cet écoulement, muco-purulent, devenait sanieux quand la malade essayait de se moucher. Il y avait une névralgie faciale violente à gauche. Pas d'engorgement ganglionnaire. Quatre ans auparavant, la malade a eu une éruption sur la face et le corps ; mais M. Moure ne put avoir que des présomptions en faveur de la nature spécifique de cette

(1) Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie. — *Revue mensuelle de laryngologie*. Janvier 1888.

éruption. Néanmoins, en raison de l'âge de la malade et de l'aspect de la lésion, il prescrit le sirop de Gibert et des irrigations antiseptiques. Neuf jours après, il n'y a plus de trace de la tumeur; mais l'ulcération persiste encore. L'examen de la fosse nasale est alors possible, et permet d'apercevoir sur la cloison une ulcération fongueuse. Quelques jours après, l'auteur enlève un séquestre de la cloison. Vingt jours après le début du traitement mixte, la guérison du nez est complète.

Étude sur les paralysies des muscles du larynx, par LUBET-BARBON. Thèse de doctorat. Paris, Steinheil, 1887.

Après avoir brièvement rappelé l'anatomie et la physiologie des muscles et des nerfs du larynx, l'auteur expose les symptômes de la paralysie de chacun des groupes des muscles laryngés, et des paralysies isolées de chacun de ces muscles. Il étudie ensuite les causes de ces paralysies, et les divise comme il suit :

1^o Paralysies d'origine centrale :

Hémorrhagie cérébrale ; ramollissement cérébral ; tumeurs du cerveau (syphilis) ; paralysie labio-glosso-laryngée ; sclérose en plaques ; sclérose latérale amyotrophique ; atrophie musculaire progressive ; ataxie locomotrice ; hystérie.

2^o Paralysies d'origine périphérique :

Section des récurrents ; compression (tumeurs du pharynx, du cou ou de l'œsophage ; anévrysmes ; adénopathie trachéo-bronchique ; tumeurs diverses du médiastin ; maladies du cœur et du sommet du poumon) ; névrite primitive (tuberculose, diphtérie) ; fièvres graves ; syphilis ; rhumatisme ; inflammations de la muqueuse ; intoxications ; anémie ; parasites (trichinose).

L'auteur termine par quelques brèves considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement ; et l'exposé de 15 observations inédites.

Ce travail est un bon résumé de la question des paralysies laryngées ; mais nous regrettons que certaines parties, notamment celles qui ont trait au diagnostic et au traitement, aient été traitées trop brièvement. En revanche, le chapitre qui a trait à l'étiologie est plus complet, et sera consulté avec profit.

Le point le plus intéressant est l'exposé des recherches originales que M. Lubet-Barbon a faites en commun avec M. Dutil, sur les paralysies laryngées des tuberculeux. On sait que bien souvent, chez les phtisiques, l'aphonie plus ou moins accusée est le résultat de paralysies ou de parésies des muscles laryngés attribuées d'ordinaire à des compressions gan-

glionnaires sans lésions tuberculeuses du larynx. Mais fréquemment, dans ces cas, à la dernière période de la maladie, le larynx est envahi à son tour par la tuberculose. MM. Lubet-Barbon et Dutil ont pu observer ces paralysies laryngées chez deux malades arrivés au terme de la phtisie sans lésions de la muqueuse laryngée, et en donner les observations complètes, avec autopsie. Dans les deux cas, il s'agissait de paralysie des adducteurs d'une corde vocale, dont le muscle était atrophié. L'examen histologique a donné la raison des symptômes observés pendant la vie : il existait une névrite parenchymateuse parfaitement nette du nerf récurrent du côté paralysé, et une atrophie simple, vraisemblablement consécutive, du muscle de la corde vocale. Comme en aucun point les auteurs n'ont trouvé de ganglions ayant pu comprimer le nerf, ils pensent qu'il s'agit là d'une de ces névrites périphériques primitives, provoquées par l'infection tuberculeuse, qui ont été récemment étudiées par MM. Pitres et Vaillard, et sont tout à fait analogues à celle qu'on observe dans d'autres états infectieux, comme la fièvre typhoïde; dans certaines intoxications, comme l'alcoolisme; ou encore chez les ataxiques.

A. RUULT.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Corps étrangers des voies aériennes, par D. LACOUNT. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, 1887, t. IX, p. 369.

L'auteur est persuadé que bien des corps étrangers des voies aériennes causent la mort en quelques heures, ou au contraire lentement, avec des phénomènes simulant la phtisie, sans que le médecin soupçonne en rien l'origine réelle du mal. Sa première observation concerne un haricot engagé dans la bronche gauche, ou plutôt à cheval sur la bifurcation des deux bronches et obstruant surtout la gauche : mort rapide par une pneumonie dont on n'avait pas reconnu la cause. Le second cas est encore relatif à un haricot qui pénétra dans la bronche droite et causa la mort en quelques heures. Dans le troisième, la dyspnée a été modérée mais la toux intense; l'auscultation prouvait une obstruction de la bronche droite. La bénignité des accidents fit différer la trachéotomie. Puis l'enfant prit la rougeole et eut des phénomènes bronchiques intenses : dans un accès de toux il rendit le corps étranger et guérit. Le dernier, enfin, eut une pneumonie vers le 8^e jour et s'en remit peu à peu, puis, vers la fin

de la 4^e semaine il finit par expectorer le corps étranger. Ainsi, dans les quatre cas (tous sur des enfants de 3 à 7 ans) il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale. L'auteur croit en effet qu'elle aggrave le pronostic. Sur 75 cas non opérés, il y a 70 guérisons (93,33 0/0) ; sur 34 cas opérés, il y a 26 guérisons (76,47 0/0). (Peut-être les statistiques parleraient-elles en sens inverse si l'auteur les donnait en détail et si l'on savait à quelles indications on a obéi pour s'abstenir ou pour intervenir.)

A. BROCA.

Le tubage du nez, par GOODWILLIE. *New-York medical Journal*, 4 février 1888.

L'auteur a présenté à l'Académie de médecine de New-York, le 27 décembre 1887, des appareils destinés au tubage des fosses nasales. Après plusieurs années d'essais, il s'est arrêté à l'emploi de tubes dont les uns sont en caoutchouc rouge, les autres en métal (platine ou aluminium). Ces tubes sont légèrement aplatis, et leur diamètre mesure de 63 à 127 millim. Leur longueur est de 635 à 889 millim. Leur extrémité antérieure est renflée et évasée en forme d'entonnoir à ouverture située en avant et en bas et s'adapte au vestibule de la narine. De cette façon, le tube étant introduit d'avant en arrière et reposant sur le plancher, tient parfaitement en place.

Le tubage du nez est indiqué dans les affections suivantes : l'épistaxis, les fractures, les déviations de la cloison (après l'opération), l'hypertrophie de la muqueuse ou les polypes muqueux (après l'opération galvano-caustique ou par le serre-nœud). Enfin on pourrait traiter par ce moyen seul, lorsqu'il est continué assez longtemps, la rhinite hypertrophique.

On se sert d'abord des tubes en caoutchouc ; et plus tard des tubes métalliques ; en les choisissant de dimensions croissantes.

A. RUULT.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le jeudi 26 avril prochain, au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28, près de la Faculté de médecine, à 8 heures du soir.

Ordre du jour :

- 1° Election du Président.
- 2° Correspondance.
- 3° Situation financière.
- 4° Rapport sur la demande de modification de l'article 12.

Communications :

- 5° Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie, par M. Charazac, de Toulouse.
- 6° Etude critique de l'épreuve de Weber, ou du transfert du D. V. (diapason vertex) suivant l'oreille close, par M. Gellé, de Paris.
- 7° Observations de névroses réflexes d'origine nasale, par M. Ruault, de Paris.
- 8° Remarques sur certaines obstructions nasales, par M. Miot, de Paris.
- 9° Des sténoses nasales, par M. Baratoux, de Paris.
- 10° De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par M. Boucheron.
- 11° Rôle de la corde du tympan dans la gustation, d'après quelques observations chez l'homme, par M. Boucheron, de Paris.
- 12° Fibromes s'implantant sur le cornet inférieur gauche, par M. Noquet, de Lille.
- 13° Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation de masses adénoïdes, par M. Mènière, de Paris.
- 14° Communications diverses.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE, 22, rue de la République.

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE LA QUATRIÈME AMYGDALE

(AMYGDALE DE LA LANGUE) (1)

Par le Dr **Albert Ruault.**

Sous le nom d'amygdale de la langue, on désigne la couche de follicules tantôt isolés, tantôt réunis par groupes, située sur la partie postérieure du dos de la langue, entre les papilles caliciformes et l'épiglotte, et s'étendant transversalement d'une amygdale à l'autre. L'existence de cette couche de follicules, constante chez quelques mammifères, comme le cheval, le porc et le bœuf, est également constante chez l'homme. On peut aisément l'examiner sur le vivant, à l'aide du miroir laryngoscopique placé au fond de la gorge, lorsque le sujet, tenant la bouche largement ouverte, projette le plus possible sa langue au dehors. On voit, en avant de l'épiglotte et en arrière des papilles caliciformes, un grand nombre de petits mamelons, ordinairement d'un volume un peu inférieur à celui d'une petite lentille, empiétant souvent

(1) Communication à la Société clinique de Paris. Séance du 10 mai 1888.

les uns sur les autres et donnant à la région un aspect irrégulier et tomenteux. Cet aspect est plus ou moins net suivant les sujets. Frey donne de ces organes, dans son traité d'histologie, la description suivante : « On observe, dans la muqueuse, des cavités infundibuliformes plus ou moins profondes, qui peuvent atteindre 3,5 millim. d'étendue et plus ; les parois sont formées par le tissu de la muqueuse, de sorte qu'on y trouve non seulement l'épithélium pavimenteux, mais encore les papilles. Toute la cavité est entourée d'une épaisse couche de tissu conjonctif réticulé, qui loge d'innombrables cellules lymphatiques et qui s'étend jusqu'au revêtement épithélial. On rencontre souvent dans cette couche de petits follicules lymphatiques de 0,28 millim. à 0,56 millim. de diamètre ; ils se distinguent par leur charpente lâche, à larges mailles. Tantôt ils sont nettement circonscrits, tantôt leurs limites sont moins distinctes. Il est des cavités de la muqueuse où l'on n'observe pas de follicules. La cavité infundibuliforme est généralement enveloppée par une capsule compacte de tissu conjonctif ; on ne retrouve point cette dernière quand la cavité est mal accusée. On rencontre beaucoup de glandes en grappes à côté et au-dessous des follicules linguaux. Les conduits excréteurs débouchent dans le voisinage immédiat de l'orifice de la cavité ou dans la cavité elle-même.... Les vaisseaux lymphatiques et sanguins des follicules linguaux sont analogues à ceux des amygdales. » (1).

Comme les amygdales palatines, l'amygdale de la langue peut être le siège d'une inflammation aiguë ou subaiguë ; elle peut aussi s'enflammer chroniquement et s'hypertrophier. Ces divers états pathologiques de l'amygdale linguale ont fait, depuis quelques années, l'objet de travaux intéressants. On peut citer entre autres ceux de Lennox-Browne (2),

(1) FREY. *Traité d'histologie*. Traduction française. Paris, 1877, p. 537.

(2) LENNOX-BROWNE. *Congrès internat. de laryngol.* Milan, septembre 1880 et *Journal of the Americ. med. Assoc.*, 29 octobre 1887.

Heyman (1), Curtis (2), Seifert (3), Swain (4), Rice (5), et Gleitsmann (6). C'est en m'appuyant sur ces travaux, et en y joignant ce que m'ont appris mes observations personnelles, que je chercherai à esquisser ici l'histoire de l'amygdalite préépiglottique, aiguë et chronique.

La forme chronique paraît être la plus commune, et elle semble être le plus souvent chronique d'emblée : les malades voient en effet, la plupart du temps, s'installer insidieusement et progressivement les symptômes qui les obligent à consulter le médecin. Lorsque celui-ci songe à rapporter ces symptômes à l'affection dont ils dépendent, et examine avec soin la région préépiglottique de la langue, il constate une hypertrophie plus ou moins marquée de la couche lymphatique de cette région. Tantôt cette couche mamelonnée a subi un épaississement uniforme et son niveau atteint ou même dépasse celui du bord libre de l'épiglotte en refoulant cet opercule en arrière, tantôt certains groupes de follicules seulement sont hypertrophiés, et se présentent sous forme de mamelons framboisés de volume variable, quelquefois du volume d'une noisette. Dans d'autres cas, toute la région est hypertrophiée, mais divisée par des interstices anfractueux en deux, trois ou quatre lobes distincts. Enfin chez quelques sujets la région offre un aspect mûriforme, et paraît pavée de grains ronds dont la forme et les dimensions rappellent les grains de groseilles. Il résulte des recherches de Swain (loc. cit.) que cette hypertrophie de l'amygdale linguale a une ressemblance très étroite avec celle des amygdales palatines, au point de vue histologique. Cet auteur a en effet constaté que l'hypertrophie porte à la

(1) HEYMAN. *Berl. klin. Woch.*, 1881, p. 393, et 1887, p. 764.

(2) CURTIS. *New-York med. Journ.*, 8 novembre 1884.

(3) SEIFERT. *Sitz. der Phys. med. Gesellsch. in Würzburg*, 17 juillet 1886; et *Berl. klin. Woch.*, 9 mai 1887.

(4) SWAIN. *Deut. Arch. f. klin. Med.* Tome 39, 1886.

(5) RICE. *The medic. Record*, 1^{er} mai 1886.

(6) GLEITSMANN. *The medic. Record*, 17 décembre 1887.

fois sur tous les éléments des follicules linguaux, qui sont ainsi augmentés de volume en totalité. Quelquefois, mais rarement, l'amygdalite chronique préépiglottique est la seule lésion qu'on trouve aux premières voies ; la plupart du temps, les malades sont atteints en même temps de pharyngite granuleuse, ou d'hypertrophie tonsillaire, de rhinite hypertrophique ou de laryngite.

Mac-Bride (1) fait remarquer que, bien que la fréquence de l'affection soit presque égale dans les deux sexes, elle donne plutôt lieu à des symptômes chez la femme. L'impressionnabilité nerveuse de celle-ci, généralement plus marquée que celle de l'homme, explique assez bien cette particularité. Contrairement à ce qu'on a dit, l'affection peut se montrer chez les jeunes enfants. L'amygdale linguale, dont le développement est, d'après Frey, à peu près identique à celui des amygdales palatines, est souvent visible chez l'enfant. Une fois, chez une petite fille de sept ans, j'ai vu cette amygdale linguale nettement hypertrophiée, sans qu'elle parût d'ailleurs donner lieu à aucun symptôme. Toutes les observations publiées jusqu'ici concernent des adultes.

Les causes de l'affection sont peu connues. La coïncidence de l'imperméabilité nasale plus ou moins accusée, notée dans un certain nombre de cas, me donne à penser que le fait de respirer la bouche ouverte n'est pas indifférent à la production de la maladie.

Les symptômes sont multiples, et si, comme le fait remarquer Gleitsmann (loc. cit), aucun d'eux n'est pathognomonique de l'affection, la réunion de plusieurs d'entre eux peut du moins permettre de la soupçonner. Ce qui donne bien le droit d'ailleurs d'établir une relation de cause à effet entre les symptômes et la lésion, c'est que la destruction de celle-ci fait rapidement disparaître les premiers. Parmi ces symptômes, les uns sont dus à la gêne mécanique causée par la tuméfaction de la région ou bien à l'irritation des organes

(1) MAC-BRIDE. *Edinb. med. Journ.* Septembre 1887.

voisins provoquée par sa présence ou par propagation, les autres sont vraisemblablement d'ordre réflexe, et comparables à ceux qui peuvent être causés par des lésions du nez, du pharynx nasal ou buccal, ou des amygdales palatines. Ces symptômes ne me paraissent pas être en rapport avec l'importance de la lésion : les observations que j'ai faites ne me permettent pas de partager à cet égard l'opinion de Gleitsmann, qui pense que les symptômes sont d'autant plus accentués que l'hypertrophie est plus considérable. Je pense, pour ma part, qu'il faut surtout attribuer leur intensité plus ou moins grande au degré d'impressionnabilité du malade.

Le plus fréquent d'entre eux paraît être la sensation de la présence, dans la gorge, d'un corps étranger. Certains malades disent simplement qu'ils ont quelque chose dans la gorge ; d'autres croient avoir un cheveu, un fil, une boule, etc. Dans la plupart des cas, ils ne peuvent pas localiser nettement la région de la gorge où cette sensation est perçue. « Pour se débarrasser de ce prétendu corps étranger, dit Gleitsmann, les malades cherchent continuellement à l'avaler. » En effet, ils éprouvent un besoin fréquent, quelquefois incessant, d'avaler à vide. Mais ce symptôme me semble uniquement dû à l'irritation des terminaisons du nerf glosso-pharyngien, et il peut être très marqué alors que la sensation de la présence d'un corps étranger n'existe pas. Chez quelques sujets, la sensation de corps étranger fait place à une sensation d'étranglement, de pression continue (phénomènes qu'on ne doit pas confondre avec la boule hystérique), qui les gêne horriblement et leur rend la vie insupportable. Ces sensations diminuent d'ordinaire au moment des repas, pour reparaître bientôt, et présentent généralement des paroxysmes, soit le matin, soit dans la soirée. Elles sont évidemment causées par la pression qu'exerce sur la face antérieure de l'épiglotte l'amygdale linguale hypertrophiée.

Cette pression et l'irritation qu'elle cause sont vraisemblablement aussi la raison d'être des troubles de la voix qu'on constate si souvent chez les malades atteints de l'af-

fection qui nous occupe. Curtis (loc. cit.) a le premier signalé, chez des artistes, des troubles de la voix chantée en rapport avec elle. Chez quelques-uns, on n'observe qu'une sensibilité insolite à la fatigue. Les malades ne peuvent chanter que très peu de temps, sous peine d'éprouver bientôt une fatigue insurmontable.

Chez d'autres, la voix devient inégale, bonne un jour, mauvaise le lendemain. Elle peut manquer tout d'un coup, pendant le chant. Certains chanteurs se plaignent que leur voix a perdu sa pureté ; d'autres, sa justesse. Une de mes malades se plaignait d'avoir la voix de plus en plus faible, une autre disait que « sa langue était devenue maladroite » pendant le chant. La plupart du temps l'examen laryngoscopique fait constater un peu de catarrhe laryngé, mais tous ces symptômes peuvent se montrer chez des malades qui offrent à peine des traces de laryngite. Quelquefois, on trouve de plus de légères parésies musculaires. Beverley-Robinson, dans un récent travail, signale une paralysie unilatérale d'une corde vocale (1). Il nous paraît infiniment peu probable que cette affection ait eu pour cause l'hypertrophie de l'amygdale linguale coexistante. Il existe également des troubles de la voix parlée. La voix peut devenir plus ou moins couverte. Les malades ne peuvent parler longtemps sans fatigue. D'autres, sans être enroués, éprouvent de la douleur en parlant (Gleitsmann).

La toux a été signalée par Rice (loc. cit.) parmi les symptômes de l'amygdalite préépiglottique chronique. Tantôt elle consiste en quintes qui surviennent de temps à autre ; tantôt, mais plus rarement, elle est presque incessante. Comme toutes les toux rebelles, elle inquiète beaucoup les malades et leur entourage, et fait naître la crainte de la phtisie pulmonaire.

Des accès asthmatiques, ou tout au moins des phénomènes dyspnéiques ressemblant à des accès d'asthme, ont été si-

(1) BEVERLEY-ROBINSON. *The medical Record*, 4 février 1888.

gnalés par Heyman et Seifert. Ces faits, dont je n'ai observé aucun exemple, sont à rapprocher des accès asthmatiques causés par l'hypertrophie des amygdales palatines (Schmidt, Rendu).

Lennox-Browne a signalé les accidents dyspeptiques parmi les symptômes de la maladie. Peut-être la grande quantité de salive qu'avalent certains malades pendant leurs continuels efforts de déglutition à vide est-elle une des causes déterminantes de ces troubles gastriques. Dans quelques observations enfin, on trouve notées des douleurs irradiées, entre les deux épaules, à la région antérieure ou dans les parties latérales du cou, et jusque vers les oreilles. Mais ces faits paraissent assez rares.

Telle est la symptomatologie de l'hypertrophie de la quatrième amygdale. Sa marche paraît être lente et continue. Aucune observation ne signalant l'affection chez des sujets âgés, l'on est en droit de penser que le tissu adénoïde lingual finit par s'atrophier, comme les amygdales elles-mêmes lorsque les malades arrivent à un âge avancé. Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic. Impossible à faire en ne tenant compte que des symptômes, dont l'association ne peut donner que des présomptions, il devient assez facile par l'examen direct à l'aide du miroir laryngoscopique. L'important est d'y penser. Le siège de la lésion, exactement limitée à la région comprise entre les papilles caliciformes et l'épiglotte; sa coloration, qui ne diffère pas sensiblement de celle de la muqueuse linguale voisine, enfin l'aspect que nous avons décrit plus haut, ne prêtent guère à confusion. Le toucher fera constater une consistance légèrement élastique, sans induration sous-jacente, et ne causera aucune douleur. Ces différents caractères me paraissent suffisamment tranchés pour qu'il soit difficile de confondre l'hypertrophie de la quatrième amygdale avec quelque une des autres affections dont la base de la langue peut être le siège.

Le pronostic, bénin lorsque l'affection est traitée, l'est vraisemblablement beaucoup moins lorsqu'elle est mécon-

nue. Quelques-uns des malades que j'ai observés souffraient depuis des années, et ni les badigeonnages du pharynx avec des topiques divers, ni les gargarismes de toute espèce, ni les eaux minérales n'avaient pu leur procurer aucun soulagement. Le traitement rationnel des affections concomitantes du nez, du pharynx et du larynx n'a été suivi de résultats définitifs que lorsque la lésion linguale a été reconnue et guérie par des moyens appropriés. Aussi recommanderai-je instamment, avec Seifert, de ne pas se hâter de conclure à une simple névrose, dans les cas de paresthésie des premières voies, avant d'avoir examiné avec soin la région préépiglottique. On ne doit pas oublier que bien souvent l'étiquette d'hypochondrie, qu'on est trop tenté d'adopter, signifie maladie méconnue, et l'on devra n'en user qu'avec réserve lorsque les sensations accusées par les malades n'auront pas la variabilité qui est le caractère distinctif de l'hypochondrie vraie.

Avant de parler du traitement, je dois signaler une complication qui ne paraît pas très rare : je veux parler de l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale hypertrophiée. Gleitsmann rapporte l'histoire d'une malade, dont il avait déjà commencé le traitement, qui fut atteinte d'une poussée inflammatoire douloureuse spontanée. La région malade se couvrit d'un exsudat blanchâtre sortant des cryptes des follicules ; l'aspect rappelait exactement celui de l'amygdalite cryptique. J'ai observé deux cas à peu près analogues. On peut également observer des poussées inflammatoires aiguës à la suite d'un traumatisme : Seifert a eu à soigner un médecin qui avait été atteint d'une tuméfaction inflammatoire très prononcée de l'amygdale linguale, à la suite de la présence d'un corps étranger du pharynx. (Il s'agissait d'un fragment d'os.)

Le traitement est analogue à celui de l'hypertrophie des amygdales palatines : il faut réduire le volume de la tumeur. On a conseillé l'acide chromique, le nitrate d'argent, les solutions iodo-iodurées, enfin le galvano-cautère et l'ablation

des masses hypertrophiées à l'aide de l'anse galvano-caustique. Pour ma part, je ne me suis servi que du galvano-cautère. J'ai fait, à l'aide du couteau galvano-caustique, des scarifications dans la forme en nappe, et des cautérisations profondes à l'aide d'un cautère à boule dans les formes circonscrites. Je n'ai pas encore vu se produire de réaction bien vive à la suite de ces cautérisations. Le lendemain et le surlendemain, le malade souffre plus ou moins en avalant sa salive et surtout pendant les repas, le troisième jour la douleur diminue dans la plupart des cas, et elle cesse complètement au bout de quatre ou cinq jours. Les gargarismes à l'eau très froide, répétés plusieurs fois par jour, m'ont paru un bon moyen de calmer ces douleurs consécutives à la cautérisation. J'ai toujours exécuté l'opération avec des cautères à courbure appropriée, sous le contrôle de la vue, à l'aide du miroir laryngoscopique. Le malade tient lui-même sa langue hors de la bouche, comme lors des opérations intralaryngiennes. Les cautérisations ne sont pas très douloureuses ; néanmoins, si le malade le désire, on peut employer la cocaïne. Il faut avoir grand soin d'éviter la brûlure de l'épiglotte.

Dans le cas d'inflammation aiguë spontanée, on peut prescrire un gargarisme au borate de soude, et l'application de compresses froides au devant du cou.

Les cas que j'ai observés personnellement jusqu'ici sont au nombre de quatorze : huit femmes et six hommes. Mes malades avaient de 18 à 45 ans. Je ne parle ici que des cas où les lésions s'accompagnaient de plusieurs des symptômes décrits par les auteurs qui m'ont précédé ; car j'ai observé un certain nombre d'autres malades atteints d'hypertrophie des amygdales palatines, et aussi quelques personnes bien portantes, n'accusant aucun symptôme du côté de la gorge, chez lesquelles l'amygdale linguale était de dimensions évidemment supérieures à la normale. Je rapporterai seulement ici deux observations parmi celles dont la valeur me paraît réelle, parce qu'elles ont trait à des malades qui ont

guéri seulement par le traitement local de l'amygdale linguale hypertrophiée; et j'y joindrai un cas d'inflammation aiguë de cette amygdale, qui cette fois ne m'a pas paru, après guérison, d'un volume supérieur à la normale. Je ne parlerai pas des autres malades, afin de ne pas rapporter d'observations presque identiques, et aussi parce que quelques-uns d'entre eux sont encore en traitement, et que d'autres ayant été soignés en même temps pour différentes lésions des premières voies, il est difficile de savoir d'une façon certaine quels étaient les symptômes plus particulièrement attribuables à chacune d'elles.

OBSERVATION I

M. F..., âgé de 29 ans, né au Brésil et y habitant d'ordinaire, a été d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. Aujourd'hui, il a toujours l'aspect d'un homme bien portant. Il n'a pas maigri, a le teint coloré des gens à tempérament dit sanguin, mange bien et avec appétit. Depuis quelques années, il s'est mis à tousser, et l'auscultation ayant montré une diminution du murmure vésiculaire à un sommet du poumon, on l'a traité pour un début de tuberculose pulmonaire. Il est fort inquiet de son état, se croit poitrinaire, et souffre en outre d'une sensation de corps étranger lui comprimant le fond de la gorge et provoquant de fréquents accès de toux. M. F. a consulté un médecin de Paris, qui a constaté une pharyngite granuleuse, a conseillé de la faire traiter par un spécialiste, et me l'a adressé au mois d'août 1887.

A mon premier examen, je constatai en effet l'existence d'une pharyngite granuleuse hypertrophique très accusée, surtout sur les régions latérales du pharynx. Celui-ci était d'ailleurs très rouge, et recouvert par places de mucosités mousseuses. Mais ces signes de catarrhe étaient limités au pharynx buccal, l'examen du nez et du pharynx nasal ne m'y fit rien constater d'anormal. L'état catarrhal céda très

rapidement à des badigeonnages avec une solution iodo-iodurée. Je commençai ensuite le traitement de la pharyngite granuleuse par le galvano-cautère ; et, en quelques séances, je détruisis le tissu adénoïde hypertrophié. Ces séances avaient pu être assez rapprochées, car les eschares s'éliminaient rapidement ; et, en quelques semaines, la gorge était guérie. Mais ni la sensation de corps étranger, ni la toux, n'avaient été le moins du monde modifiées ; il n'y avait aucune amélioration de ces symptômes et le malade était très découragé.

J'examinai alors très attentivement les parties profondes du pharynx avec le miroir laryngoscopique, et je constatai que l'amygdale linguale, très hypertrophiée, se présentait sous l'aspect d'une épaisse couche mamelonnée, rouge, refoulant l'épiglotte en arrière et dépassant son bord libre. A trois reprises différentes, je fis des scarifications nombreuses et profondes de la région à l'aide du couteau galvanique, après cocaïnisation. Gargarismes à l'eau glacée pendant les trois ou quatre jours consécutifs à chaque opération. Réaction assez modérée. Le malade était pressé de partir, et je ne pus même attendre, après chacune des deux premières séances, que les eschares fussent tombées pour faire la cautérisation suivante. L'amélioration fut extrêmement rapide ; dix jours après la dernière cautérisation, l'amygdale linguale avait très notablement diminué de volume ; et, en même temps, la sensation de corps étranger avait entièrement disparu. La toux était devenue assez rare pour que le malade, entièrement rassuré sur son état, ait pu quitter Paris en se considérant comme complètement guéri.

OBSERVATION II

M^{lle} F..., de Paris, âgée de 19 ans, s'est présentée à mon cabinet au mois de janvier dernier. Ses parents m'apprennent qu'étant tout enfant, à la suite d'une rougeole, elle a été atteinte de coryza odorant qui a d'ailleurs cédé très rapi-

dement à des irrigations nasales avec des décoctions de feuilles de noyer. En 1884, à l'âge de 15 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A la suite de cette maladie, elle a suivi un traitement tonique et fait de la gymnastique. Elle a fait, au gymnase, une chute sur le genou, et consécutivement a été atteinte d'une hydarthrose qui a récidivé après un séjour à Salies-de-Béarn, et l'a forcée à rester étendue pendant près de 8 mois. Après sa guérison, elle a pris pendant quelques temps des douches, et elle attribue à l'hydrothérapie l'affection dont elle souffre actuellement. En effet, à cette époque, elle a commencé à se sentir le nez bouché, et sa voix s'est altérée. Elle a été obligée de cesser ses leçons de chant ; sa voix devenait de plus en plus faible ; et, quand elle chantait, elle ressentait à la gorge une sensation de « grattement » qui la faisait tousser. Elle ne pouvait non seulement chanter, mais même parler sans fatigue. En même temps, elle dormait la bouche ouverte, et se réveillait le matin avec une sécheresse extrêmement pénible de la gorge et de la langue. Dans la journée et surtout le matin, elle éprouvait en arrière du nez une gêne permanente. En même temps, elle ressentait de continuels besoins d'avaler à vide. Ce besoin d'avaler cessait pendant les repas pour reparaître bientôt. De temps en temps, survenaient de véritables douleurs de gorge durant quelques jours. La jeune fille était en outre sujette à des céphalalgies sus-orbitaires. Elle dormait mal, et, presque chaque nuit, son sommeil était troublé par des cauchemars intenses : elle se réveillait au milieu de la nuit avec de telles angoisses que sa mère avait pris le parti de la faire coucher dans sa chambre. Ces derniers symptômes, qui dépendaient en réalité de l'affection nasale, furent attribués à l'anémie, et combattus, naturellement sans succès, par le fer et le quinquina. La rhinite fut traitée par quelques applications du galvano-cautère et des lavages à l'eau salée ; en même temps, on badigeonnait le pharynx à la teinture d'iode et avec des solutions de nitrate d'argent. Ce traitement, qui dura dix mois, et fut suivi d'une saison à Cauterets, n'amena

aucune amélioration. A aucun moment la jeune fille ne s'en est trouvée mieux ; et quand elle vint me consulter, elle était plus gênée que jamais.

L'examen me fit constater une rhinite hypertrophique amenant une insuffisance marquée de la perméabilité nasale, un catarrhe naso-pharyngien et une sécheresse extrême, avec état parcheminé, de la partie postérieure du pharynx buccal. Le larynx présentait les signes d'un catarrhe léger, avec insuffisance musculaire. En même temps, l'amygdale linguale était très hypertrophiée, et divisée en trois lobes, un médian placé juste en face de l'épiglotte sur laquelle il s'appliquait, et deux latéraux. Le lobe médian offrait les dimensions d'une petite noisette ; les lobes latéraux étaient un peu plus volumineux. Ces masses hypertrophiées, qui présentaient la même couleur que le reste de la langue, donnaient au toucher une sensation de fermeté manifeste.

Le traitement galvano-caustique de la rhinite hypertrophique permit de rétablir rapidement la perméabilité des fosses nasales. En même temps, des grattages et des badigeonnages du pharynx nasal et buccal avec de la glycérine créosotée produisirent une amélioration rapide de ce côté. La malade cessa de faire, comme auparavant, de fréquentes expirations nasales brusques, la gêne rétro-nasale et la sécheresse de la gorge disparurent, la bouche se maintint bientôt fermée pendant le sommeil. Les cauchemars dont souffrait la jeune fille diminuèrent graduellement. Mais les troubles de la voix restaient stationnaires, et les besoins continuels de déglutition à vide étaient toujours aussi impérieux. Diverses pulvérisations prescrites successivement contre la laryngite amenaient de la toux, et n'avaient pu être supportées.

Je commençai alors (5 avril) le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Je cautérisai profondément, avec un galvano-cautère à boule, le lobe médian de la tumeur, et ensuite les lobes latéraux. La diminution de volume a été très rapide, et aujourd'hui il ne reste plus trace du lobe

médian et les lobes latéraux ont considérablement diminué. Quelques jours après la première cautérisation, les besoins de déglutition à vide avaient déjà diminué, et après la seconde ils avaient disparu. Le larynx a une apparence tout à fait normale. La voix est maintenant bonne, et la jeune fille ne ressent plus de gêne ni de fatigue en parlant.

OBSERVATION III

M. Georges G..., architecte, âgé de 37 ans, vint me consulter pendant l'été de 1886, pour une douleur de gorge datant de quelques jours. Elle a débuté assez brusquement trois jours auparavant ; elle est continue, mais se montre plus vive à chaque effort de déglutition, qui est accompagné d'irradiations douloureuses vers les oreilles. Le malade localise très nettement la douleur à la partie postérieure de la langue : en tirant celle-ci hors de la bouche, il peut toucher, avec le doigt enfoncé profondément dans la cavité, la région qui lui fait mal. M. G..., que j'avais soigné quelques mois plus tôt pour une ancienne hypertrophie des amygdales et une pharyngite granuleuse, et qui dès lors n'avait plus rien éprouvé tandis que depuis des années il avait continuellement mal à la gorge, était très découragé de se sentir repris de cette incommodité, d'autant plus qu'il souffrait encore d'accidents dyspeptiques tenaces, qu'il ne pouvait conjurer qu'à l'aide d'un régime très rigoureux. (Voir son observation dans la thèse de Le Gendre, Paris, 1886, p. 144. Obs. IV.) L'examen direct à l'aide du miroir laryngoscopique me fit constater que la partie postérieure du dos de la langue, en arrière des papilles caliciformes, était tuméfiée, rouge, et recouverte par places de petites masses d'un exsudat blanchâtre. Je n'hésitai pas à attribuer les symptômes à l'inflammation de cette région ; je conseillai un gargarisme au borate de soude et priai le malade de me revenir voir quelques jours après. Je ne revis le malade que trois semaines plus tard. Il m'apprit que tous les phénomènes douloureux avaient disparu rapi-

dement en deux ou trois jours, sans qu'il ait usé du traitement que j'avais conseillé. L'examen ne me fit rien constater d'anormal à la région de la langue qui avait été malade; les follicules linguaux n'étaient pas sensiblement hypertrophiés.

NOUVELLE THÉORIE DE LA VOIX HUMAINE

Par le Dr **Moura.**

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

Importance de l'organe de la voix.

L'organe de la voix exerce une influence considérable sur l'existence de l'homme aux points de vue moral, intellectuel et social. Il est à la fois un instrument de la vie de relation et de la vie de nutrition.

Bien que le larynx soit un organe de respiration, sa fonction spéciale est celle d'un instrument de phonation et de chant. Autant son rôle est passif dans le premier cas, autant il est actif dans le second.

Quand on examine avec attention le devant du cou d'une personne qui parle ou qui chante, on aperçoit, vers le milieu, une partie renflée qui glisse, monte et descend alternativement sous la peau comme sous une étoffe; il forme au-dessous du menton une saillie plus ou moins accentuée, ronde chez la femme, anguleuse comme un bouclier antique chez l'homme.

Le médecin de Charles IX, Ambroise Paré, nous apprend que, de son temps, on désignait cette saillie, ce renflement, sous les noms de : *Nœud de la gorge* et de *Morceau d'Adam*.

« Le larynx ou soufflet est le principal instrument de la « voix. » Œuvres, II, 9.

« Le larynx ou *nœud de la gorge* n'est que la teste et « extrémité de la trachée-artère qu'on appelle vulgairement « le *morceau d'Adam*. » IV, 15.

Voyons en quelques lignes comment la nature a présidé à sa construction.

CHAPITRE PREMIER. — LARYNX

Le larynx est composé de plusieurs pièces cartilagineuses qui vont s'ossifiant avec l'âge. Ces pièces, au nombre de cinq, sont unies entre elles au moyen de ligaments et d'articulations qui leur permettent de se mouvoir les unes sur les autres.

Suivant Coste, *Hist. du développ.*, pl. IV, fig. 5, « le larynx est reconnaissable à la fin de la cinquième semaine chez l'embryon humain ». « A la fin de la sixième, il est assez proéminent, dit Kölliker, et les deux bourrelets signalés par Coste, sont les rudiments des aryténoïdes. » *Embryol.*, p. 105, *Larynx*.

Le thyroïde se développe plus tard et les cordes vocales existent dès le 4^e mois. Quant à l'évolution cartilagineuse de l'organe de la voix, elle a lieu entre la huitième et la neuvième semaine.

§ 1. — Thyroïde.

C'est la plus grande des cinq pièces de l'instrument vocal chez l'adulte. Ce cartilage est formé de deux moitiés symétriques, planes, irrégulièrement quadrilatères et à bord postérieur plus grand que le bord antérieur ; elles sont soudées en avant de manière à constituer un angle plus ou moins saillant au devant du cou, et très ouvert en arrière.

Cette pièce est appelée cartilage *thyroïde*, *thyroïde* (θυρεοειδής), *scutiforme* et vulgairement *pomme d'Adam*.

Sa hauteur en avant mesure 18 à 20 mill. chez l'homme, 12 à 14 chez la femme. La nature cartilagineuse et la disposition de ses deux moitiés lui donnent la propriété de transmettre à travers la peau les vibrations des lèvres de la glotte, et une certaine flexibilité qui leur permet de se rapprocher ou de s'écarter, en arrière, l'une de l'autre.

En haut le thyroïde est uni à une sorte de manchon musculo-membraneux, appelé pharynx. En bas, il est attaché à la seconde pièce par un fort ligament antérieur de nature fibro-élastique, solide, à fibres en éventail du côté interne et appelé *ligament thyro-cricoïdien* ; sur les côtés, il est lié à cette même pièce par deux petites articulations, dites aussi *thyro-cricoïdiennes* ou *crico-thyroïdiennes*.

Le bord postérieur de ses deux ailes se termine en haut et en bas par un appendice ou prolongement qui a reçu le nom de corne ; la corne supérieure, la plus grande, offre peu d'intérêt et fait souvent défaut ; la corne inférieure au contraire joue, malgré son exigüité, un rôle bien déterminé dans le mécanisme de l'émission des sons élevés ; il est utile de la faire connaître. Cette petite corne est dirigée en bas, un peu en dedans et en avant ; son extrémité est appliquée et unie à une facette articulaire établie de chaque côté de la seconde pièce cartilagineuse. L'articulation ménagée sur ce point par la nature fournit au thyroïde un point d'appui et lui permet, d'une part, de glisser légèrement d'arrière en avant et d'avant en arrière, d'autre part, de pivoter de bas en haut et de haut en bas ainsi qu'une romaine sur son axe, ou comme le fléau d'une balance.

Nous rappellerons cette disposition dans le courant de ce travail.

§ 2. — *Cricoïde*.

La seconde pièce est un anneau cartilagineux, d'aspect irrégulier, mince et étroit en avant, épais et haut en arrière d'environ 26 millim. chez l'homme et 18 chez la femme. La différence de hauteur entre sa moitié antérieure et sa moitié postérieure, lui donne l'apparence d'une *bague* dite *chevalière*. On l'a nommée *cricoïde* à cause de sa forme annulaire.

Son bord inférieur est lié aux anneaux de la trachée par des brides élastiques pendant le jeune âge, solides et rigides dans un âge plus avancé. Sa moitié antérieure fait saillie

sous la peau, surtout lorsqu'on relève la tête. On la reconnaît facilement avec le doigt; il suffit de placer l'index sur l'angle de la pomme d'Adam, de suivre en bas cet angle et de constater au-dessous une dépression de quelques millimètres. Là, le doigt est arrêté par un obstacle dur et convexe : c'est l'anneau du cricoïde.

Cet anneau présente à l'extérieur, en arrière et de chaque côté, une facette articulaire, dont nous avons parlé plus haut, et qui est destinée à former, avec l'extrémité de la petite corne du thyroïde, l'articulation thyro-cricoïdienne.

Si l'on fait passer par le centre de cette double articulation une ligne droite, on obtient l'axe fictif autour duquel s'exécute le mouvement de bascule ou de balance des deux premières pièces de la boîte laryngée. Nous avons appelé cet axe fictif : *axe vocal* dans notre troisième livre sur la *laryngométrie*. Ce mouvement difficile et presque insignifiant pour le thyroïde est au contraire d'une certaine étendue pour le cricoïde, car cet anneau peut subir en avant, de haut en bas ou de bas en haut, un déplacement de 5 à 9 millim., déplacement qui se reproduit en sens inverse et en même temps en arrière.

Nous verrons plus loin comment ce mouvement entraîne l'allongement des replis de la glotte.

§ 3. — Aryténoïdes (1).

Les troisième et quatrième pièces consistent en deux petits cartilages identiques de forme et de volume; elles ont reçu le nom d'*aryténoïdes* parce qu'elles ressemblent

(1) L'arytène était, au dire de Théophile, un vase en bois avec lequel les matelots vidaient l'eau infiltrée dans leurs navires. Les jardiniers s'en servaient aussi pour arroser leurs jardins.

Fabrice compare les aryténoïdes au vase employé de son temps pour verser de l'eau sur les mains. Mais la comparaison n'est exacte que pour l'en semble des deux aryténoïdes unis aux parties molles.

quelque peu au bec d'une aiguère. Leur aspect est celui d'une pyramide à trois faces, légèrement tordue sur elle-même et d'environ 11 à 15 millim. de hauteur. Leur base présente une facette creuse et polie qui s'adapte à une autre facette correspondante mais convexe sur le bord du chaton du cricoïde; ces deux facettes, moulées l'une sur l'autre et unies entre elles, constituent une articulation qui jouit d'une grande mobilité et dont l'intégrité est une des conditions essentielles pour l'émission de la voix. Afin de donner une idée du rôle considérable que remplissent ces deux pièces cartilagineuses, nous dirons qu'on les désigne avec plus de bonheur que d'exactitude sous les noms de *chevilles* et *chevalets* des cordes vocales (1).

Malgré leur petit volume les aryténoïdes donnent attache chacun à tous les muscles intrinsèques *systoliques* et *diastoliques* qui leur impriment des mouvements dans tous les sens et en font à proprement parler les *clefs* de la principale porte d'entrée et de sortie de l'air respiré, et les *chevilles* de l'instrument de la voix; ce sont pour nous les clefs de la *porte-écluse* ou *porte glottique* du canal aérifère, c'est-à-dire de la respiration. Ils sont pourvus à leur base d'une pointe antérieure qui mérite une description spéciale.

§ 4. — *Apophyse vocale et glotte.*

Cette apophyse est le prolongement de la face interne et de la base de la pyramide aryténoïdienne. Elle se présente sous la forme d'une pointe angulaire mousse, dirigée en avant; l'un de ses côtés se confond, *en haut*, avec l'arête antéro-externe de la pyramide, et l'autre, *en bas*, avec celle de sa base; autour de cette pointe et sur ses deux côtés viennent s'échelonner les insertions des fibres élastiques du ligament vocal. Ce dernier se trouve avoir ainsi, *en arrière*,

(1) *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien*, par le Dr Moura; mémoire communiqué à la Société française d'otologie et de laryngologie, session d'octobre 1886, in Bull., fasc. I, t. IV, p. 8-24.

un bord glottique large de 2, 3, 4 millim. et même plus, largeur qui ne fait pas disparaître l'action des muscles systoliques adducteurs et tenseurs. Ces mêmes fibres sont au contraire réunies, *en avant*, en un faisceau serré qui s'insère sur un seul point de l'angle rentrant du thyroïde. Le laryngoscope reproduit exactement cet aspect lancéolé des bords de la glotte dans l'image, sur le vivant. Au moment de l'inspiration l'extrémité cartilagineuse de l'apophyse s'enfonce entre les insertions fibro-élastiques et y produit une dépression que nous avons déjà signalée en 1864 dans notre *Traité pratique de laryngoscopie*, p. 181.

Il résulte de cette disposition anatomique que le bord des lèvres vocales, lorsqu'elles son rapprochées et tendues, est *mince et plus ou moins tranchant en avant, large et triangulaire en arrière*; il représente, dans sa longueur, un fer de flèche ou de lance très effilé.

Nous savons d'ailleurs qu'après avoir opéré le rapprochement et le contact des deux apophyses, dites vocales, les muscles systoliques adducteurs ne peuvent pas, quelle que soit leur contraction, affronter directement les faces internes des aryténoïdes. Nous avons donné les raisons de cette impossibilité dans notre mémoire sur le *Rôle du muscle aryténoïdien*. L'intervalle compris entre ces deux faces rapprochées est comblé pendant la phonation et la glutition, par les plis de la muqueuse intra-aryténoïdienne et cricoïdienne.

Cette disposition anatomique des insertions postérieures du ligament vocal ne me semble pas avoir attiré suffisamment l'attention des physiologistes. J'en dirai autant de celle des deux faces de chaque lèvre vocale.

A l'état de repos ces lèvres constituent deux bourrelets dont la forme triangulaire ou prismatique va s'accroissant au fur et à mesure que s'effectue leur rapprochement. Leur face supérieure est plane, horizontale et souvent creusée ou oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Leur face inférieure, au contraire, est bombée, convexe, saillante; cette disposition est mise en évidence par une section perpendi-

culaire faite sur le milieu du repli ou par l'examen de la glotte à travers le bocal cricoïdien pendant que l'on rapproche ses deux bords. L'affrontement de ceux-ci ne se fait pas seulement, comme on le dit, suivant une ligne droite représentée par le sommet des deux prismes membraneux; il se fait aussi sur une petite partie de la convexité de leurs faces inférieures ou sous-glottiques.

Les conséquences des deux faits anatomiques que je viens de signaler sont intéressantes et utiles à connaître. L'air expiré par le soufflet thoraco-pulmonaire, trouve à la glotte, au moment où se produisent les premières notes de la *voix pleine*, autrement dit du *médium des artistes* (1), un orifice dont les bords sont affrontés dans toute leur longueur, il écarte ou soulève ces bords, passe et met en jeu leur élasticité. Il est évident que le son produit ici est la résultante des vibrations de la partie antérieure, *la plus mince*, et de la partie postérieure, *la plus épaisse*, des deux ligaments. Le ton de la note se trouve rehaussé d'une part, et rabaissé de l'autre, perdant là de son éclat, de son acuité, et prenant ici plus de hauteur, d'élévation. Cette disposition que l'on ne rencontre guère que sur les larynx du sexe masculin après la puberté explique, suivant nous, mieux que la longueur des lèvres de la glotte et que l'amplitude du porte-voix, la différence de tonalité entre les voix féminine et masculine.

Chez les femmes et les enfants les bords de la glotte ont une épaisseur égale dans toute l'étendue du ligament pendant leur tension, attendu que les apophyses vocales sont à peine développées. L'air expiré, en les soulevant ou les écartant, engendre un ordre de vibrations uniformes et le son conserve un timbre pur, élevé; de là l'éclat métallique et cristallin des voix féminine et enfantine, qualités qui les ont fait appeler *voix blanches* (2).

(1) Le *médium* est cette portion moyenne de l'étendue d'une voix ou d'un instrument également éloignée des extrémités grave et aiguë. — *Dict. hist. et litt.* Dezobry et Bachelet, 1862.

(2) Se dit de certaines voix de ténor claires, ouvertes, mais manquant de

Les lèvres de la glotte suivent les aryténoïdes dans leurs mouvements de rotation, d'inclinaison de haut en bas et de bas en haut, de dedans en dehors et réciproquement; elles s'allongent ou se raccourcissent, se gonflent ou se dégonflent, s'écartent ou se rapprochent, se tendent ou se détendent tantôt lentement, tantôt rapidement, tantôt instantanément.

§ 5. — *Épiglotte.*

La cinquième pièce dont se compose le larynx est un fibro-cartilage ayant la forme et les dimensions d'une feuille de myrte; elle est contournée en S suivant sa longueur et en demi-canal transversalement. Sa pointe dirigée en bas est attachée à la partie supérieure de l'angle rentrant du thyroïde au moyen d'un ligament épais et court. Sa base tournée en haut, au-dessus de la glotte, est libre dans la cavité de l'arrière-gorge; on l'aperçoit très nettement dans le fond de la bouche chez les personnes qui font une grande inspiration, ou en abaissant fortement la base de la langue. Son inclinaison, ses inflexions, ses dimensions et la conformation de son bord libre sont très variables. On lui a donné le nom d'épiglotte, soit parce qu'elle est placée au-dessus de l'orifice de la glotte, soit surtout parce qu'elle ressemble à une petite langue dont le bord est visible au-dessus et en arrière de la vraie langue.

Le rôle de l'épiglotte dans la formation des sons n'est pas bien déterminé. Galien supposait que l'air expiré en venant frapper l'épiglotte, se mettait ainsi en vibration et produisait le son. « Il y a sur la glotte, dit Haller, une languette nommée épiglotte, qui, par ses vibrations différentes, peut

timbre et de mordant. Se dit aussi par opposition à *voix voilée* ou *sombrée* d'un même chanteur. Prendre la *voix blanche*. — *Dict. Littré.*

Les voix de femme, d'enfant sont des voix blanches. Le violon, la flûte sont des instruments à voix blanche. *Dict. Alberti.*

La *voix blanche* est, selon nous, une voix unitonique, uniforme, sans nuances, dépourvue d'expression et de sentiment.

donner à l'air beaucoup de modifications. » — *Encycl. de Did. et d'Al.*, art. *Voix*.

Selon nous, elle en a un incontestable : c'est celui de *sour-dine*. Suivant qu'elle est plus ou moins longue, large et inclinée, elle obstrue plus ou moins le porte-voix pharyngien, et elle réfléchit l'onde sonore sur un point favorable ou défavorable à l'émission à travers son pavillon bucco-nasal.

« L'épiglotte, dit Muller, p. 218, fait entendre des sons bourdonnants lorsqu'on la place dans une certaine situation par rapport au courant d'air. Son abaissement altère beaucoup le timbre de la voix et à peine son élévation, pourvu qu'en baissant ce cartilage on n'exerce aucune tension sur les tissus élastiques voisins. »

CHAPITRE II. — REPLIS DE LA GLOTTE ; LÈVRES VOCALES.

§ 1. — *Le tissu fibro-élastique constitue l'élément vibratoire des replis glottiques ou de l'anche vocale.*

En résumé, les cinq pièces cartilagineuses forment dans leur ensemble et leur disposition un tube irrégulier, une sorte de caisse triangulaire dans ses trois quarts supérieurs, ronde ou cylindrique dans son quart inférieur. Cette caisse est garnie en dedans de tissu graisseux, de muscles, de lames fibreuses, de vaisseaux, de nerfs, et le tout est recouvert par une peau toujours humide et luisante que l'on appelle membrane muqueuse. En passant sur toutes ces parties molles ou dures, la peau interne reproduit fidèlement les saillies et les creux que présente leur surface, de sorte qu'à travers cette membrane et malgré son épaisseur sur certains points, on reconnaît à simple vue toutes les pièces et parties dont nous avons parlé plus haut.

Au niveau de l'orifice de la glotte, la muqueuse est si mince, si fine qu'elle en est transparente, si adhérente au tissu fibro-élastique sous-jacent qu'elle se confond avec lui et devient partie intégrante de ses bords.

Un laryngoscopiste, E. Fournié, a contesté cette adhésion intime entre les deux éléments anatomiques ; il avait créé une bourse séro-muqueuse entre eux pour les besoins de sa théorie des vibrations glottiques. Il avait pris cette idée dans un passage de l'Anatomie de Sappey, professeur de la Faculté de Paris, aujourd'hui membre de l'Académie des sciences. Sur un sujet dont tous les muscles laryngés étaient très développés, Sappey avait trouvé une véritable bourse séro-muqueuse entre le *ligament fibro-élastique* et le *muscle thyro-aryténoïdien*, et non entre ce ligament et la muqueuse, ce qui est bien différent.

Les replis de la glotte sont ainsi constitués par trois sortes de tissus, savoir :

1° Le tissu musculaire ou contractile qui occupe la base et le centre des replis, c'est-à-dire du prisme vocal ;

2° Le tissu fibro-élastique placé en dedans du précédent qu'il enveloppe comme dans une gaine triangulaire ; il forme le bord des replis, c'est-à-dire le sommet du prisme, ou le bord libre de l'anche ;

3° Le tissu muqueux, lequel revêt les deux autres, c'est-à-dire le sommet et les deux faces du prisme ou de l'anche.

Ces trois tissus sont entremêlés d'éléments conjonctifs qui leur servent de lien et de renfort.

Si les lèvres de la glotte contenaient seulement des fibres ou faisceaux musculaires, elles jouiraient de la propriété contractile, c'est-à-dire de se raccourcir, d'augmenter d'épaisseur et non de s'amincir et de s'allonger, le rôle de tout agent musculaire étant d'agir sur les autres tissus et de mettre en mouvement les organes. Elles seraient des lèvres épaisses et non des ligaments, des membranes ou des languettes vibrantes. Les sons résultant de leur nature musculieuse auraient un timbre bas et sourd, si toutefois elles pouvaient être agitées, ébranlées par l'air expulsé de la poitrine ; elles vibreraient comme deux forts bourrelets et fourniraient à peine des notes sans élévation, sans timbre.

Si le tissu fibro-élastique formait seul les bords de la

glotte, les ligaments vocaux auraient toutes les qualités qui appartiennent aux cordes élastiques, aux anches membranées vibrantes et résistantes, puisque, comme elles, ce tissu jouit de la propriété de s'allonger, de s'étendre et de s'amincir dans tous les sens, puis de revenir à son premier état sans avoir subi de changement intime. Ces ligaments, en s'allongeant, diminuant d'épaisseur et s'étendant en surface, prendraient la forme soit d'une corde, soit d'une membrane, d'une languette, d'un ruban, d'une lanrière, transformations indispensables qui permettent d'obtenir une série de sons plus ou moins étendue.

Le timbre de ces sons est ordinairement peu agréable dans les notes basses, comme dans la voix de canard par exemple, mais la tension augmentant, il prend de l'intensité, s'élève peu à peu et devient éclatant, criard même, c'est-à-dire insupportable pour l'oreille humaine. Néanmoins des lèvres ou ligaments vocaux ainsi constitués auraient les propriétés acoustiques nécessaires à la formation du son de la voix.

Supposons enfin que les replis de la glotte soient uniquement composés par du tissu muqueux. Ces replis auraient une grande souplesse, cédant facilement comme la peau du corps, à la force qui agirait sur eux. Leur élasticité étant presque illimitée, ils offriraient bien une résistance suffisante aux ébranlements vibratoires dont la progression ascendante est proportionnelle à l'acuité du son. Mais en augmentant de nombre et d'intensité, ces vibrations distendraient démesurément le tissu muqueux et rompraient son homogénéité, sa résistance, dissocieraient ses éléments intimes. Les lèvres vocales ne pourraient alors revenir à leur état primitif comme l'exige l'émission de la voix chantée, et la tonalité musicale ascendante et descendante serait impossible.

Le tissu muqueux est, en outre, pourvu normalement d'une certaine quantité de glandes qui, déversant à sa surface d'une façon continue un liquide filant, entretiennent sa souplesse. Ce liquide devient un obstacle pour la sonorité des

anches organiques ou membraneuses s'il est sécrété en grande quantité ou s'il perd sa fluidité, comme cela s'observe à la suite des inflammations chroniques. En recouvrant le faisceau des fibres élastiques des ligaments d'une mince pellicule de tissu muqueux et en unissant intimement l'un à l'autre, la nature a supprimé, sur le bord des replis, une grande partie des glandes et, avec elles par conséquent, les mucosités qui auraient pu arrêter ou atténuer la sonorité des vibrations.

La muqueuse étant d'autant plus mince et plus unie intimement avec le tissu élastique qu'elle est plus près du bord des replis, il n'est pas possible, quand le sommet du prisme ou de l'anche vibre, de soutenir ainsi que le prétend Fournié, que la fine pellicule est en jeu seule. On comprend maintenant comment cet auteur a été conduit à inventer la bourse séro-muqueuse intermédiaire.

Le faisceau fibro-élastique est le véritable élément vibrant de l'anche humaine, autrement dit des replis de la glotte à l'état de tension. Or, cet état de tension correspond surtout aux notes du médium et aux notes élevées du registre de la voix de poitrine ; l'intensité du son qu'il engendre n'est pas atténuée par la pellicule de revêtement.

§ 2. — *Forme prismatique des replis de la glotte.*

A l'état de repos les bords de la glotte représentent deux bourrelets placés en face l'un de l'autre, légèrement triangulaires. Ils prennent la forme de deux prismes par le rapprochement et par la tension que leur communiquent les agents musculaires systoliques, appelés mal à propos *constricteurs* de la glotte (1). Les modifications qu'ils éprouvent

(1) Nous avons appelé *diastole*, *systole* et *apstole laryngées*, les trois actes physiologiques de l'écartement, du rapprochement et de l'allongement des replis glottiques ; avec les adjectifs *diastolique*, *systolique*, *apstolique*, nous avons qualifié scientifiquement l'action des trois ordres d'agents musculaires qui produisent ces trois sortes de mouvements correspondant à la dila-

pendant leur passage à l'état d'anches et de cordes vibratoires, ont été décrites, pour la plupart, dans notre mémoire sur le *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien*. Les agents musculaires qui les produisent font partie, les uns du plan musculaire interne ou médian, dit par nous *systolique*, les autres du plan musculaire externe ou antérieur, dit aussi *apstolique*.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

ÉPITHÉLIOMA INTRA-LARYNGÉ

TRACHÉOTOMIE FAITE COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE
AVANT LA THYROTOMIE OU LA LARYNGECTOMIE; PNEU-
MONIE AIGUE; MORT.

Par le D^r **Albert Ruault** (1).

M. T... (Hippolyte), âgé de 63 ans, professeur de violon, se présente à ma consultation de la Clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets, le 21 octobre 1887, afin d'y demander des soins pour une aphonie complète et persistante dont il est atteint depuis environ cinq mois.

C'est un homme de petite taille mais vigoureux pour son âge; le teint est coloré, les cheveux grisonnants mais abondants, l'aspect est celui d'un individu en très bonne santé. En dehors de l'aphonie dont il se plaint, il n'accuse en effet aucun trouble pathologique. Il s'est toujours bien porté, et actuellement encore son état général est excellent. Il dort

tation de la glotte, à sa contraction, et non à sa constriction, et à sa distension ou tension en long de ses replis. Voy. notre mémoire des *Laryngopathies*, p. 83 et suivantes, 1874, et notre *Classification des muscles laryngés*, in *Bull. de la Soc. franç. d'otol. et de laryng.*, avril 1887, t. IV, fascic. II.

(1) Communication à la Société anatomique, séance du 2 mars 1888.

bien, mange bien sans qu'il soit survenu de diminution de l'appétit, et n'a en aucune façon perdu ses forces.

L'enquête sur ses antécédents héréditaires est peu instructive ; son père est mort à 62 ans, de maladie inconnue, et sa mère a succombé à une bronchite à l'âge de 75 ans. M. T... est lui-même veuf sans enfants. Dans son passé pathologique, on relève, il y a 40 ans, un chancre à la verge.

Ce chancre qui ressemblait à une écorchure, et suppurait peu, n'a été accompagné, au dire du malade, d'aucune augmentation de volume, douloureuse ou indolente, des ganglions de l'aîne. Il a été traité localement avec du vin aromatique ; aucun traitement interne n'a été suivi ; ce chancre n'a donné lieu à aucune manifestation syphilitique consécutive ; le malade n'a jamais eu, dit-il, de plaques muqueuses ni d'éruption cutanée d'aucune sorte ; il n'a jamais souffert de maux de tête, d'insomnies, de douleurs dans les membres. Sur la peau, ni à la verge, ni ailleurs, on ne trouve aucune cicatrice. Il y a vingt ans, le malade a été atteint d'angine couenneuse. Il y a dix ans environ, laryngite, qui a donné lieu à un enrouement léger d'une durée de trois semaines. M. T... n'est pas fumeur, et n'a jamais fait d'excès alcooliques.

Les premiers symptômes de l'affection dont il est atteint remontent à dix mois environ. Pendant l'hiver de 1886 un jour que, au coin du feu, il causait un peu vivement avec quelques personnes, il éprouva subitement une sensation de constriction dans la région du larynx. L'enrouement, qui n'existait nullement avant cette époque, a apparu à dater de ce jour. Cet enrouement était le seul trouble constatable par le malade ; il n'y avait alors, et il n'y a encore aujourd'hui, aucune douleur ni même aucune sensation de gêne du côté du larynx. Deux ou trois mois après, l'enrouement persistait sans modification. M. T... consulta son médecin, qui lui prescrivit des gargarismes et des insufflations de poudres. Ce traitement, suivi pendant deux mois, n'amena aucun résultat, et l'enrouement devint au contraire de plus en plus

marqué. Le malade s'adressa alors à un spécialiste qui lui cautérisa plusieurs fois l'arrière-gorge, fit appliquer un vésicatoire au devant du cou, et prescrivit des pulvérisations. Il conseilla également l'amputation de la luette, qui ne fut pas acceptée. Ce traitement, comme le premier, fut inutile ; l'enrouement augmenta encore, et bientôt l'aphonie devint complète. Cette aphonie dure maintenant depuis cinq mois sans modification ; et le malade avait pris le parti de renoncer à tout traitement. Une légère aggravation des symptômes, survenue tout récemment, l'a de nouveau déterminé à demander des soins. En effet, depuis huit jours environ, M. T... qui n'avait jamais toussé, a eu quelques accès de toux suivis d'expectoration. Les crachats ainsi rendus sont épais, gris jaunâtre ou verdâtre.

Il y a deux jours, il s'est aperçu que ces crachats étaient striés de sang. En même temps s'est montrée une salivation assez abondante ; le malade crache continuellement de la salive depuis quarante-huit heures. Mais la respiration s'est maintenue toujours aussi facile que par le passé ; et il n'existe aucun trouble de la déglutition.

L'examen clinique de la poitrine, du cœur, et de l'aorte, est entièrement négatif. L'inspection et la palpation du cou montrent que la région est tout à fait normale. Le larynx n'est pas augmenté de volume, et il n'y a aucun engorgement ganglionnaire appréciable. A un centimètre et demi environ au-dessus de la fourchette sternale, à droite de la trachée, il existe un seul point dont la pression est, sinon douloureuse, du moins un peu pénible pour le malade.

L'examen du larynx fait voir un léger degré d'hyperhémie, sans pharyngite proprement dite. Le malade n'a d'ailleurs jamais eu de maux de gorge en dehors de l'angine couenneuse dont il a été atteint il y a une vingtaine d'années. La langue est fissurée, mais elle ne présente ni ulcérations, ni noyaux scléreux. Il existe sur sa face dorsale, surtout à la région latérale gauche, cinq ou six plaques leucoplasiques blanchâtres, opalines. Ces plaques n'existent

pas sur la face interne des joues. Ce psoriasis lingual est d'ailleurs ignoré du malade, qui n'en a jamais souffert, en aucune façon. Les dents sont conservées, mais un peu déchaussées, surtout en avant. L'haleine est fétide, et d'odeur putrilagineuse.

L'examen laryngoscopique rend immédiatement compte des accidents. Le larynx tout entier, sauf l'épiglotte qui paraît saine, est manifestement hyperhémie. Les cordes vocales supérieures surtout sont de couleur rouge foncé. Il n'y a de tuméfaction œdémateuse en aucun point, ni aux ligaments ary-épiglottiques, ni à la région aryténoïdienne; ces parties sont seulement plus rouges qu'à l'état normal, et les glandes de l'espace inter-aryténoïdien sont gonflées et font une légère saillie à la surface de la muqueuse.

Le vestibule laryngé renferme des mucosités grisâtres assez abondantes. La corde vocale inférieure gauche est à peu près saine, mais cependant d'aspect un peu dépoli, et de couleur légèrement rosée. La corde vocale inférieure droite, au contraire, est presque entièrement cachée par une tumeur hémisphérique, d'apparence bosselée mais non lobulée, du volume du tiers d'une noisette environ. Cette tumeur est de couleur rouge sombre, mais moins rouge que la corde vocale supérieure qui la surmonte. Elle est d'apparence terne, recouverte de quelques plaques de muco-pus. La plus grande de ces plaques gris jaunâtre, située à la partie antérieure, occupe manifestement une dépression de la tumeur, et apparaît nettement comme une ulcération ou plutôt une érosion de quelques millimètres de superficie, à bords indistincts et dont le fond est recouvert de muco-pus.

Pendant les efforts de phonation, on voit très bien la corde vocale supérieure glisser sur la tumeur. Aussi celle-ci paraît-elle, au premier abord, sortir du ventricule de Morgagni: mais l'éclairage puissant dont dispose la clinique (lumière de Drummond) permet, à un examen attentif, de voir qu'elle dépend de la corde vocale inférieure. On voit en effet très nettement que la partie postérieure de celle-ci,

encore saine, fait corps avec la tumeur, on peut aussi voir quelquefois la même disposition en avant, quand l'épiglotte se relève suffisamment ; mais à peine aperçoit-on en avant la corde vocale sur une longueur de un à deux millimètres de son origine thyroïdienne, la tumeur commence aussitôt. Il n'y a aucun trouble appréciable de la motilité du larynx. L'aphonie complète (voix chuchotée) est uniquement due à la présence de la tumeur intra-glottique. Il est remarquable que, bien que la tumeur rétrécisse très notablement l'orifice glottique, il n'y ait jamais eu la moindre gêne respiratoire.

Les caractères objectifs de la tumeur font penser à un épithélioma. Néanmoins, en raison de la quantité de mucosités située dans le vestibule du larynx, il semble indiqué de déterger d'abord les parties, et de répéter une seconde fois l'examen avant de s'arrêter définitivement au diagnostic de cancer du larynx. Le malade est donc invité à se représenter le lundi suivant. Prescription : pulvérisations d'eau phéniquée à 1 pour 2,000, trois fois par jour, avec un pulvérisateur à vapeur système Siegle.

Le 24 octobre, le malade qui a exécuté ponctuellement cette prescription se trouve mieux. La salivation a presque disparu ; il n'y a pas eu non plus de crachats muco-purulents ni sanguinolents. La fétidité de l'haleine a beaucoup diminué. A l'examen, le larynx ne présente plus de mucosités, et la tumeur elle-même est très bien détergée. L'ulcération de sa partie antérieure, dont le fond est recouvert de mucus, peut être examinée avec soin. On reconnaît que ces bords sont nettement limités, et qu'ils ne sont entourés d'aucun halo inflammatoire. Les caractères objectifs du néoplasme, sa couleur, le siège et l'aspect de l'ulcération, s'éloignent assez de ceux d'une gomme syphilitique, seule lésion avec laquelle on eût pu hésiter au premier examen, pour me permettre de poser avec sûreté le diagnostic d'épithélioma de la corde vocale inférieure droite.

Le mercredi 26 octobre, je priai M. le Dr Ch. Monod de vouloir bien examiner le malade afin de discuter la question

d'une opération radicale. Le diagnostic une fois admis, l'indication paraît formelle : jamais la laryngectomie pour cancer n'a été faite dans de meilleures conditions. La tumeur est d'apparition relativement récente ; elle semble bien localisée, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire ; l'état général du malade, malgré son âge, est excellent. L'opération est immédiatement proposée à M. T..., qui l'accepte.

Il est convenu qu'il entrera à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Ch. Monod. M. Monod fera d'abord la trachéotomie, le plus bas possible ; ensuite il habituera le malade à l'usage de la canule à tampon de Trendelenburg. Dès que cette canule sera bien supportée, il procédera à l'opération. La tumeur paraissant limitée à la corde vocale inférieure, M. Monod fera d'abord la thyrotomie pour enlever largement, à l'aide du couteau galvano-caustique, toute la région malade et les parties molles avoisinantes ; en respectant les cartilages. S'il s'aperçoit alors que les limites du mal sont moins circonscrites que l'examen laryngoscopique le fait prévoir, il fera l'hémi-laryngectomie. Il est important que l'opération soit faite aussitôt que possible ; ses résultats devant être d'autant plus avantageux qu'elle aura lieu plus près du début de la maladie. La question d'importance majeure est la certitude du diagnostic. Est-il nécessaire, pour ne laisser subsister aucun doute, d'enlever par les voies naturelles un fragment de la tumeur ? Ou bien faut-il avant toute tentative opératoire soumettre le malade à un traitement anti-syphilitique ? La première question est résolue par la négative. On pourrait craindre, en effet, qu'une opération endo-laryngée n'amène, en l'état de congestion où se trouve actuellement le larynx, la pénétration d'une certaine quantité de sang dans les voies aériennes, surtout si elle était faite à l'aide d'une pince coupante ou d'une guillotine, condition nécessaire pour que l'examen histologique du fragment extrait donne des renseignements positifs. On ne saurait risquer soit une hémorragie, dangereuse par elle-même ou par la pneumonie septique qu'elle pourrait provo-

quer, soit une extension plus rapide de la tumeur à la suite de son extirpation partielle, pour arriver à un diagnostic anatomique inutile en somme, puisque le diagnostic clinique est suffisamment certain. L'indication du traitement anti-syphilitique, comme pierre de touche, est également rejetée. Il semble inutile de perdre deux ou trois semaines et de risquer d'affaiblir le malade par un traitement intensif, pouvant d'ailleurs hâter considérablement la marche de la tumeur, qui ne ressemble nullement à une lésion syphilitique. M. le D^r E. Brissaud, qui assiste à la consultation, partage en tous points notre opinion. Il est donc entendu que le malade entrera à l'hôpital dans quelques jours.

M. T..., retenu chez lui par ses affaires, n'entre à l'hôpital que le lundi 7 octobre. Le mercredi 9, l'examen laryngoscopique est pratiqué de nouveau à l'aide de la lumière de Drummond. La tumeur a notablement augmenté de volume depuis le dernier examen que j'avais pratiqué devant MM. Monod et Brissaud, qui remonte exactement à deux semaines. Elle est actuellement du volume de la moitié d'une aveline, et remplit presque toute la glotte. L'ulcération s'est un peu étendue dans tous les sens et creusée; son fond est recouvert de pus, ses bords taillés à pic, toujours sans liséré inflammatoire. Le diagnostic d'épithélioma ne peut plus faire aucun doute; s'il se fût agi d'une gomme syphilitique à aspect anormal, il est évident que l'ulcération eût marché plus vite, eût pris ses caractères différentiels, et que la tumeur ne se fût pas développée comme elle l'a fait. Les symptômes n'ont pas varié depuis quinze jours; le malade a continué les pulvérisations phéniquées: la salivation n'a pas reparu, il n'a pas non plus craché de sang. Bien que la tumeur occupe maintenant la plus grande partie de la glotte, il n'y a pas eu encore de troubles respiratoires, mais il est très probable que ceux-ci ne vont pas tarder à apparaître. Il n'y a pas non plus d'engorgement ganglionnaire. Cependant M. le D^r Terrier, qui a bien voulu, ainsi que M. le D^r Schwartz, examiner le malade, fait quelques réserves sur ce point. Il croit

sentir un ganglion, à droite, près du bord interne du sterno-mastoïdien. MM. Terrier et Schwartz veulent bien accepter le diagnostic porté, mais conseillent de n'opérer que lorsque l'impuissance du traitement anti-syphilitique l'aura démontré péremptoirement dans deux ou trois semaines.

M. Monod consent à donner l'iodure de sodium et le mercure en frictions, mais seulement dans la période qui séparera les deux temps de l'opération, c'est-à-dire la trachéotomie et la thyrotomie, intervalle de temps qui peut être fixé à dix ou douze jours. Si, lorsque le malade sera guéri de la trachéotomie et habitué à la canule à tampon, l'examen laryngoscopique montre que l'aspect de la tumeur ne s'est pas modifié, on songera alors, au besoin, à enlever avec une pince coupante un fragment de la tumeur qu'on examinera extemporanément; et on opérera sans plus attendre.

Conformément à ces données, la trachéotomie fut pratiquée par M. Monod le mardi 15 novembre au matin. L'opération fut rendue très laborieuse par suite d'un incident inattendu. M. Monod désirait ouvrir la trachée le plus bas possible pour que la plaie de la trachéotomie ne se confondît pas avec celle de la laryngotomie. Or au point où porta l'incision, se trouvait une portion du corps thyroïde complètement calcifiée. Il fallut donc, malgré des efforts inutiles et qui amenèrent une hémorrhagie notable, découvrir la trachée plus haut et l'ouvrir immédiatement au-dessous du cricoïde. L'écoulement sanguin par les veines thyroïdiennes était tel, qu'il fut impossible de prévenir la pénétration d'une certaine quantité de sang dans les bronches.

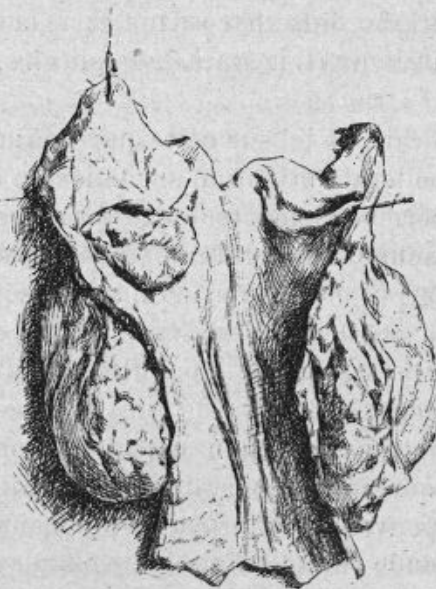
Les suites de cette opération ne parurent pas tout d'abord devoir être autrement fâcheuses. Le soir et le lendemain matin le malade allait bien : pas de fièvre (37 degrés), pas d'oppression, seule l'expulsion par la canule de mucosités épaisses et rougeâtres était de nature à causer quelque inquiétude. Mais dès le soir du second jour la fièvre s'alluma, le matin du troisième elle était excessive; un souffle intense était entendu à la partie moyenne du poumon droit; l'asphyxie

survenait rapidement et le malade succombait le jour même.

Il est resté incertain de savoir dans quelle mesure il fallait, pour expliquer cette pneumonie si rapidement survenue et si rapidement mortelle, incriminer soit la pénétration d'une notable quantité de sang dans les bronches, soit le refroidissement auquel, malgré nos efforts et nos recommandations, le malade, en raison d'une installation hospitalière défectueuse, aura été certainement exposé.

L'autopsie complète du corps a été interdite; le larynx et le corps thyroïde purent seuls être examinés.

On reconnut que le corps thyroïde était calcifié dans la partie correspondant au lobe moyen et présentait un autre noyau calcaire encore plus volumineux à la partie interne du lobe droit. Ce point répondait assez exactement à la région où la pression digitale, pendant la vie, déterminait une légère douleur.



Aspect du larynx ouvert par sa partie antérieure.

Dans le larynx on trouva une tumeur de la grosseur de plus de la moitié d'une noix, d'un tissu ferme et rénitent,

développé aux dépens de la corde vocale inférieure droite. La partie antérieure de cette corde, sur une longueur de 2 millimètres, et la partie postérieure, sur une longueur de 4 à 5 millim., sont saines. La région intermédiaire sert de pédicule à la tumeur. La partie ligamenteuse altérée de la corde vocale n'adhère en aucune façon au muscle thyro-aryténoïdien interne sous-jacent. Celui-ci est parfaitement sain ainsi que tout le reste du larynx.

L'examen histologique a été pratiqué, au laboratoire de M. le professeur Cornil, par M. Gombault. Il s'agissait d'un épithélioma lobulé corné parfaitement net.

Ainsi l'autopsie a démontré péremptoirement l'exactitude du diagnostic en même temps que la possibilité de la réalisation du plan opératoire auquel M. Monod s'était arrêté. Dans une note lue à l'Académie de médecine, le 6 décembre 1887, nous avons cherché, M. Monod et moi, à tirer parti de cette observation, rapprochée d'autres analogues, pour l'étude des indications de la thyrotomie et de la laryngectomie pour cancer du larynx (*Gazette hebdomadaire*, 16 décembre 1887, p. 821).

Je ne reviendrai pas ici sur cette question; mais avant de terminer, j'appellerai l'attention sur la lésion du corps thyroïde, qui n'a permis d'exécuter qu'au prix des plus grandes difficultés la trachéotomie préliminaire. Lors donc que cette opération doit être pratiquée sur une personne âgée, on doit se rappeler que le tissu conjonctif du corps thyroïde peut quelquefois s'épaissir, comprimer les follicules et prendre leur place, et devenir de plus en plus dur par suite d'une véritable transformation calcaire. L'observation ci-dessus montre que ces lésions, dites *goîtres fibreux* ou *goîtres pierreux*, peuvent exister sans que l'augmentation de volume de la glande puisse le faire soupçonner et compliquer des plus grandes difficultés l'opération de la trachéotomie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION ANNUELLE TENUE LES 26, 27 ET 28 AVRIL 1888

(Communications relatives à la laryngologie et à la rhinologie.)

*Séance du 26 avril.***Sur l'ozène, par M. MOURE.**

L'ozène est une affection non ulcéreuse des fosses nasales, s'accompagnant d'une odeur fétide caractéristique. L'auteur rappelle les différentes théories de l'ozène (Zaufal, Fränkel, Michel, etc.) et pense qu'aucune d'elles n'est entièrement satisfaisante ; pour lui, il admet une théorie éclectique ; il attribue la maladie à l'inflammation des glandes des fosses nasales et des cavités accessoires, au séjour prolongé des sécrétions et à la présence d'un micro-organisme. L'auteur passe ensuite en revue les différents traitements conseillés. Il insiste sur la nécessité de continuer le traitement antiseptique très longtemps et de ne pas négliger le traitement général tonique.

Discussion :

M. VACHER s'est bien trouvé, dans le traitement de l'ozène, de lavages des fosses nasales avec l'eau iodée, ou chloralée, ou sulfureuse.

M. CHATELLIER a fait l'autopsie d'un malade atteint d'ozène, mort d'une péricardite à l'âge de 44 ans. Chez ce malade, les cellules sphénoïdales, ethmoïdales, ainsi que les sinus maxillaires, contenaient du pus. La muqueuse des fosses nasales n'était pas atrophiée, mais sclérosée ; la face interne des cornets inférieurs était entièrement dépourvue de glandes. La muqueuse de la cloison laissait voir quelques glandes, et les lésions de l'inflammation chronique. Sans vouloir généraliser les résultats d'un seul examen histologique, M. Chatellier incline à penser que l'ozène est une rhinite scléreuse, et il se demande si, la maladie guérissant par les progrès de l'âge, il n'y a pas alors de régénération glandulaire.

M. COUPARD a employé avec succès l'application de gaze iodoformée ou salolée. Les tampons de gaze seraient, suivant lui, beaucoup mieux supportés par les malades que les tampons d'ouate.

M. NOQUET admet que la muqueuse atrophiée puisse se régénérer. Il conseille comme traitement les lavages avec une solution de chlorate de potasse.

M. RUAAULT insiste sur le rôle des micro-organismes dans la genèse de l'odeur ozéneuse, qui, si elle n'est pas toute la maladie, en est au moins le symptôme le plus pénible. Il rappelle que le microbe décrit par Lœvenberg a été vu également par le professeur Cornil, qui a constaté aussi que ce microbe, cultivé dans la gélatine, donne à celle-ci l'odeur caractéristique de l'ozène. Ces cultures étaient-elles pures ? Est-ce bien le diplocoque de Lœvenberg qui leur donnait l'odeur en question ? Et par suite est-ce bien lui qui est cause de l'odeur du nez des ozénisants ? Il serait difficile de l'affirmer actuellement. Mais il n'est pas douteux que cette odeur provienne des produits de désassimilation d'un microbe, ou des fermentations des sécrétions nasales produites par un microbe. Krause incrimine une dégénérescence spéciale avec production d'acides gras odorants ; c'est l'explication que M. Chevreul proposait il y a un demi-siècle au sujet des sueurs fétides des pieds, et dernièrement Rosenbach a prouvé que l'odeur de ces sueurs étaient dues à un bacille.

Ces considérations amènent M. Ruault à préconiser surtout l'emploi des antiseptiques dans le traitement de l'ozène. Depuis quelques temps, il emploie le naphthol, dont les remarquables travaux du professeur Bouchard ont montré la valeur antiseptique. Il fait faire de nombreux lavages, chaque jour, avec de l'eau tiède additionnée de borax et de bicarbonate de soude, et d'une solution alcoolique de naphthol préparée suivant la formule suivante :

Naphtol β	6 à 12 gr.
Alcool à 90°.	84 gr.

Une cuillerée à café (soit 25 à 50 centigr. de naphthol) par litre d'eau *alcaline* tiède, à employer immédiatement.

Dans les cas les plus rebelles, il introduit dans les fosses nasales, après le lavage, des tampons d'ouate imbibée d'une émulsion de naphthol dont il doit la formule à l'obligeance de M. Lebeuf :

Naphtol β	12 gr.
Teinture de quillaya	88 gr.
Eau	300 gr.

Le seul inconvénient du naphthol est de causer dans le nez, au moment de son application, un picotement désagréable accompagné de larmoie-

ment, mais cette sensation ne dure pas, et d'ailleurs les malades s'y accoutument assez rapidement.

M. Ruault a employé aussi avec avantage les tampons d'ouate renfermant à leur intérieur un tampon plus petit légèrement imbibé d'essence de térébenthine; médication qui a été recommandée par Malacrida.

Quoi qu'il ait pu faire, il n'a jamais pu constater la régénération de la muqueuse atrophiee.

M. GOUGUENHEIM croit que, dans l'ozène, il y a plusieurs microbes qui contribuent à créer la fétidité. Celle-ci peut d'ailleurs exister dans la rhinite hypertrophique. Quand elle existe dans des fosses nasales momentanément élargies, par exemple à la suite d'ablation de polypes, elle est toujours beaucoup moins accentuée que dans le cas de rhinite atrophique.

Quant au traitement, M. Gouguenheim pense que la plupart des moyens conseillés sont bons et peuvent réussir, à condition d'être appliqués pendant longtemps avec persévérance.

M. MOURE dit que tous les malades à cavités nasales élargies présentent de l'odeur.

M. CHARAZAC, au contraire, a vu des malades de ce genre qui ne sentaient pas mauvais.

M. BARATOUX répond à M. Gouguenheim et à M. Moure qu'il ne faut pas confondre l'ozène avec d'autres rhinites fétides.

M. RUALT est du même avis. L'ozène est une rhinite fétide spéciale; les autres rhinites fétides, avec ou sans ulcérations, ne présentent jamais cette odeur des ozéneux, si pénétrante, et tenant le milieu entre celle du fromage de Roquefort et celle des sueurs fétides des pieds.

Un cas de cancer du larynx. — Considérations sur la laryngectomie,
par M. CHARAZAC.

Le malade, âgé de soixante ans, aphone par intermittences depuis plusieurs années, a perdu complètement la voix depuis un an et demi quand il vient trouver l'auteur le 1^{er} octobre 1887. A l'examen laryngoscopique le côté gauche du larynx tout entier est normal, mais à droite au niveau de la corde vocale on constate une ulcération grisâtre occupant le centre d'une tuméfaction assez volumineuse pour rétrécir notablement l'orifice glottique. Les antécédents du malade, la marche de la maladie font porter le diagnostic: cancer du larynx, l'auteur cependant fait suivre au

malade, par acquit de conscience, un traitement antisyphilitique rigoureux qui ne donne aucun résultat. La gêne respiratoire qui n'existait pas tout d'abord ne tarde pas à s'établir et la trachéotomie dut être faite le 19 février 1888. La laryngectomie fut proposée mais n'a pas été faite. A l'heure actuelle l'état du malade est des plus satisfaisants.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques considérations sur l'extirpation du larynx. Tout les cas de cancer du larynx ne sont pas justiciables de la laryngectomie. Toutes les fois que le néoplasme malin s'est développé au voisinage du tube digestif, sur le corps de l'organe vocal, ou quand il a atteint un développement considérable et que les ganglions lymphatiques sont envahis, la trachéotomie est la seule opération qui puisse donner des résultats satisfaisants. Mais dans le cancer intrinsèque du larynx, nettement limité à la cavité de l'organe vocal, l'extirpation peut être légitimement tentée, surtout si le diagnostic est fait de bonne heure. C'est en tenant compte des indications fournies par l'état du malade que l'on verra les statistiques devenir meilleures et que la laryngectomie tout en restant une très grave opération entrera dans la pratique chirurgicale ordinaire.

Discussion :

M. RUALT rappelle que dans un travail présenté à l'Académie de médecine l'au dernier, en commun avec M. Charles Monod, il a insisté sur un point relatif aux indications de la laryngectomie pour cancer. MM. Monod et Ruault pensent que l'opération est indiquée surtout dans le cas d'épithélioma lobulé corné, de cancroïde des cordes vocales inférieures. L'expérience montre que ces tumeurs peuvent en effet rester très longtemps stationnaires.

En ce qui concerne les statistiques, M. Ruault leur dénie toute valeur jusqu'ici au point de vue des résultats possibles de l'opération; car dans l'immense majorité des cas celle-ci a été faite trop tard. Voici d'ordinaire comment les choses se passent : un laryngologiste découvre un cancer du larynx qu'il croit opérable. Comme il n'est pas chirurgien lui-même, et qu'il n'ose opérer, il s'adresse à un chirurgien qui n'est pas laryngologiste, naturellement. Celui-ci hésite, on donne le traitement spécifique, etc. ; bref, à un moment donné, le malade étouffe. On lui fait la trachéotomie. Comme il se trouve alors beaucoup mieux, on en reste là, dans beaucoup de cas, et on laisse le malade mourir de cachexie. Quand par hasard on se décide à l'opération radicale, on se trouve alors dans les pires conditions : la lésion est très étendue, le malade a perdu sa résistance ; et on assiste alors presque toujours à une mort presque

immédiate ou à une récurrence rapide. Il n'en serait point ainsi si l'on opérerait dès que le diagnostic, souvent difficile il est vrai, est posé. La laryngectomie ne cesserait pas d'être, comme toutes les ablations de cancer, une opération *palliative* et non curative ; mais si elle était faite dans de bonnes conditions, on aurait des survies beaucoup plus longues.

M. MOURE rappelle les cas que M. Demons a publiés au congrès français de chirurgie. Il partage l'opinion de M. Charazac et pense que la vieillesse est une contre-indication à l'opération. Il cite des accidents survenus chez des vieillards à la suite de la trachéotomie, et pendant la thyrotomie.

M. COUPARD dit qu'un malade, qui avait été pris pour un cancéreux et chez lequel le traitement antisyphilitique ordinaire n'avait rien fait, est actuellement en voie de guérison à la suite d'injections de peptonate de mercure.

M. BARATOUX dit que dans certaines statistiques, la même observation est rapportée quelquefois plusieurs fois sous formes différentes. Il en résulte que ces statistiques sont fausses. Il n'en est pas moins vrai que l'on connaît d'assez nombreux cas de survie datant de plusieurs années.

M. GOUGUENHEIM se demande si dans ces cas de survie si longue, on a bien eu affaire à des tumeurs malignes.

M. BARATOUX lui répond que les cas auxquels il fait allusion sont hors de toute discussion.

Séance du 27 avril.

Remarques sur certaines obstructions nasales dépendant d'un épaissement du cartilage quadrangulaire de la cloison, par M. MIOT.

Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur décrit les symptômes subjectifs qui sont ceux de toute obstruction des fosses nasales. Il donne ensuite la description de ces épaissements qui se présentent sous la forme de tumeurs arrivant jusqu'au niveau du méat nasal antérieur ou formant seulement une convexité considérable se terminant peu à peu au plancher.

Indiquant ensuite les diverses étiologies (syphilis, scrofule) admises par Trélat et Verneuil, il croit, d'après ses observations personnelles au nombre de 10, que l'âge et le traumatisme puis l'état général prédisposent singulièrement à cet état pathologique.

Le diagnostic de ces néoplasmes est facile. Cependant M. Miot cite une grosse erreur de diagnostic commise à propos d'un malade qu'il a

opéré avec succès. Le pronostic de ces tumeurs est favorable puisque la guérison en est certaine.

Le traitement est médical ou chirurgical. L'auteur rejette le premier comme inutile et insiste sur le second qui comprend : la résection au moyen d'instruments tranchants, la dilatation, la cautérisation, enfin la galvano-caustique chimique qu'il divise en galvano-caustique chimique ordinaire, faite au moyen de plaques et en galvano-puncture à propos de laquelle il a imaginé divers instruments. Après avoir insisté sur les précautions à prendre pour appliquer son procédé, il en fait connaître les effets immédiats et médiats puis pose des conclusions dans lesquelles il préfère la galvano-puncture à tous les autres modes de traitement.

Discussion :

M. MOURE demande quelle est la durée du traitement.

M. MIOT répond que trois séances suffisent. A MM. BOUCHERON et GELLÉ, qui demandent comment se comporte la cicatrice, il répond que, après élimination de l'eschare il se forme, lorsqu'on emploie le galvano-caustique chimique ordinaire, des bourgeons charnus et un tissu cicatriciel lisse. Lorsqu'on emploie la galvano-puncture, la cicatrisation a lieu sans bourgeons charnus.

Sur une forme de sténose nasale, par M. BARATOUX.

Parmi les différentes variétés de sténose nasale, l'auteur a observé une série de déviations de la cloison avec développement sur l'une des faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse obstruant complètement ou presque complètement la cavité du nez au point de rendre impossible la respiration par cette fosse nasale. Cette sténose serait beaucoup plus fréquente du côté gauche. Il l'a observée chez des malades dont l'âge varie entre 8 et 52 ans. Tous ou presque tous sont atteints de végétations adénoïdes. Dans deux cas seulement sur dix, il n'a pu constater la présence de tumeurs; ces malades donnaient pour origine à leur affection nasale un traumatisme datant de l'enfance. Ces malades présentaient toutes les déformations habituelles des tumeurs adénoïdes.

L'auteur a procédé à l'extirpation de ces tumeurs osseuses ou cartilagineuses au moyen de la scie, après anesthésie locale. Dans un seul cas, il a employé la dilatation avec des tiges de laminaire et avec du coton dans le but d'explorer la fosse nasale. Il a été surpris de voir qu'au bout d'une dizaine de séances, à intervalles de 2 ou 3 jours, le cartilage avait diminué considérablement de volume, au point même qu'il avait presque

repris son épaisseur normale, en même temps qu'il reprenait sa direction antéro-postérieure ; le malade était du reste guéri de l'hypertrophie de ses amygdales pharyngiennes et palatines. Aussi l'auteur est d'avis que la présence des tumeurs adénoïdes a de l'influence sur les déviations de la cloison et sur le développement de certaines tumeurs du septum, tumeurs qu'il est nécessaire d'enlever, même lorsqu'une seule narine est obstruée ; l'état local et l'état général en obtiennent un grand bénéfice.

Discussion :

M. MOURE n'a trouvé aucun avantage à l'emploi de la scie pour exécuter l'opération.

Symptômes des maladies des sinus sphénoïdaux, par M. BERGER (de Grätz).

Si l'affection est limitée en dedans du sinus, ou bien tout symptôme objectif peut manquer, ou bien des céphalées intenses se manifestent.

Si la maladie se propage dans les parties voisines on observe :

Dans la carie ou la nécrose de l'os sphénoïdal : de la cécité unilatérale subite, de la méningite, des hémorragies mortelles, des abcès rétro-pharyngiens, de la thrombose du sinus caverneux et de la veine ophtalmique ; enfin, des fragments osseux sortent par le nez.

Dans les cas de tumeur au début, aucun symptôme ou seulement de la céphalalgie ; s'il y a compression des organes voisins, des nerfs optiques, l'amaurose peut se montrer. Lorsque la tumeur perfore la base du crâne, une méningite se déclare ou il se forme un abcès du cerveau.

Les blessures du corps du sphénoïde peuvent produire les symptômes suivants : écoulement continu du liquide céphalo-rachidien, exophtalmie pulsatile, déchirure du nerf optique et amaurose, anesthésie des 2^e et 3^e branches du trijumeau.

Discussion :

M. MOURE demande quels sont les caractères de la céphalalgie.

M. BERGER répond que c'est une céphalalgie frontale, de préférence orbitaire, à type névralgique.

M. GELLÉ fait observer que M. Berger n'a pas parlé de l'ozène parmi les symptômes des affections des sinus sphénoïdaux.

M. BERGER répond qu'il a eu surtout en vue d'exposer la marche des affections des sinus et les symptômes dus à leur retentissement sur les organes voisins.

Séance du 28 avril.

Des céphalées de croissance, par M. JOAL.

Hack, en Allemagne, et Ruault, en France, ont signalé des cas de céphalée des adolescents qui dépendaient de tuméfactions de la muqueuse nasale, et ont guéri immédiatement par une intervention opératoire. L'auteur signale deux observations analogues, relatives l'une à un jeune garçon, et l'autre à une fillette de quatorze ans.

Ces malades accusaient une céphalalgie frontale persistante, avec paresse cérébrale et inaptitude au travail. Les autres symptômes étaient une irritabilité nerveuse se traduisant par de la tristesse ou de la colère, des vertiges, des cauchemars, des illusions sensorielles, des lypothimies, de l'agitation pendant le sommeil. Chez ces malades l'affection avait une origine nasale, ce qui ressort des résultats obtenus par le traitement dirigé du côté de la pituitaire.

De plus, dans le premier cas, les douleurs de tête sont devenues plus intenses à deux reprises différentes, alors que paraissait un herpès préputial déterminant de fréquentes érections. Dans le second cas, il y avait une recrudescence de la céphalée au moment de la période menstruelle. L'auteur explique cette particularité de la concomitance des phénomènes nasaux et génitaux par les relations physiologiques qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur et dont Mackensie (de Baltimore) a signalé l'existence en 1884. Il se demande si désormais on ne doit pas faire intervenir dans l'étiologie des céphalées de croissance l'excitation génitale résultant de la masturbation ou encore l'irritation physiologique des organes génitaux qui se manifeste au moment de la puberté.

Discussion :

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

M. JOAL dit que c'est une céphalalgie préfrontale, qu'on peut faire naître ou augmenter en pressant sur le nerf sus-orbitaire. La céphalalgie postérieure lui semble être plutôt en rapport avec une affection du pharynx ou du naso-pharynx.

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

M. JOAL fait observer que dans les cas qu'il vient de citer la muqueuse du nez était non pas enflammée, mais tuméfiée.

M. NOQUET pense que dans certains cas, à la céphalée d'origine nasale peuvent se joindre des douleurs de tête causées par une otite moyenne simple.

M. SCHIFFERS dit que les céphalées auriculaires dont parle M. Noquet sont surtout latérales ; leur siège est la région temporale, et elles s'accompagnent d'une sensation de resserrement du crâne. Dans les céphalées nasales, au contraire, le siège de la douleur serait constant, d'après M. Schiffers ; elle aurait pour siège la racine du nez, au niveau du sinus frontal, et rappellerait les céphalées gastriques.

M. HERYNG attire l'attention sur la possibilité d'une affection du sinus sphénoïdal, dans les cas de céphalées d'origine nasale. L'exploration du sinus avec un stylet, la perforation de sa paroi après anesthésie par la cocaïne, peuvent permettre quelquefois un écoulement de pus ou de débris osseux. Dans ce cas, il y a d'abord recrudescence de la céphalée, mais ensuite on peut obtenir la guérison assez rapidement.

**Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale,
par M. NOQUET.**

Une malade âgée de 20 ans présentait dans un moignon d'amygdale un abcès chronique communiquant avec l'extérieur par une petite fistule située à la partie supérieure du pilier antérieur. Cette malade était depuis longtemps sujette à des phlegmons de la tonsille gauche. Son médecin avait fait l'amygdalotomie, mais les symptômes, au lieu de s'amender, étaient devenus chroniques. Il y avait six mois que l'opération avait été faite quand M. Noquet vit la malade ; depuis ce temps la déglutition était très douloureuse, et il sortait du pus dans la bouche chaque jour. L'auteur introduisit à froid par la fistule un petit galvano-cautère, puis le chauffa, et fendit la partie abcédée en descendant sur le pilier antérieur dans l'étendue de 15 millimètres environ. Il pratiqua en outre quelques raies de feu sur le moignon dans le but de le réduire. La guérison fut obtenue après une récurrence que l'auteur traita aussi par le galvano-cautère.

Les cas de ce genre sont rares, et les classiques ne signalent pas de faits analogues.

En terminant, l'auteur attire l'attention sur les services rendus par le galvano-cautère, qui a permis d'ouvrir commodément l'abcès et de détruire les germes morbides qu'il renfermait. Malheureusement, le pus

n'ayant pas été recueilli, on n'a pu rechercher s'il contenait des bacilles tuberculeux.

Discussion :

M. HERYNG a vu deux cas de ce genre. Toutefois le diagnostic ne put être fait qu'au moment de l'ablation : l'amygdale adhérait au pilier, et le pus siégeait dans une cavité du volume d'une noisette, à parois lisses.

M. SCHIFFERS dit que la douleur à la déglutition, dans le cas d'abcès chronique de l'amygdale, tient à ce que celle-ci adhère au pilier.

M. MOURE, dans l'opération de l'ablation des amygdales hypertrophiées, préfère l'amygdalotome au galvano-cautère.

M. MÉNIÈRE également.

M. GELLÉ emploie le thermo-cautère ; MM. NOQUET, HERYNG et CHARAZAC préfèrent le galvano-cautère.

M. MOURE dit qu'il a vu survenir chez des enfants, après l'emploi du galvano-cautère, des phlegmons rétro-pharyngiens et des phlegmons péri-amygdaliens.

Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation de masses adénoïdes, par M. MÉNIÈRE.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 9 ans, qui avait, depuis deux ans, un mal de tête se manifestant chaque jour pendant une durée de deux à cinq heures. Peu à peu, l'état général devint fort sérieux ; l'appétit disparut, et la face prit une teinte jaunâtre. Le travail intellectuel était impossible et le sommeil insuffisant. Les divers médecins appelés ne trouvèrent rien dans l'organisme pouvant expliquer la gravité des symptômes, ils se contentèrent d'appliquer, sans succès d'ailleurs, un traitement général (sulfate de quinine, bromure de potassium à hautes doses, hydrothérapie, séjour à la mer). L'enfant fut complètement guéri par l'ablation de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, et par l'application du galvano-cautère sur la muqueuse nasale notablement hypertrophiée.

Abcès chaud de la cloison des fosses nasales, par M. MOURE.

L'auteur a observé cette affection sur une jeune fille lymphatique âgée de vingt-quatre ans, à la suite d'un violent coup d'air. Les symptômes furent à peu près ceux d'un érysipèle de la face, sauf un œdème plus

marqué des paupières, une saillie notable de la muqueuse de la cloison à l'orifice des narines, et une céphalée fronto-nasale très intense. L'écoulement par le nez de pus mêlé de sang, qui se fit huit jours après le début de l'affection, amena l'amendement des symptômes locaux et généraux. Un affaissement du dos du nez au-dessous des os propres, a été la conséquence de la maladie.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

Des nodules des cordes vocales, par WAGNIER (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1^{er} février 1888, p. 65).

L'auteur étudie sous ce nom de petits nodules inflammatoires situés sur le bord libre des cordes vocales, presque toujours un peu en avant du milieu de ces cordes, qu'on observe assez fréquemment chez les chanteurs de profession. Ces nodules sont de la dimension d'une tête d'épingle, de forme soit hémisphérique, soit pointue, d'une couleur blanc mat. Le plus souvent ils sont bilatéraux, et dans ce cas, toujours exactement symétriques. Leur présence coïncide souvent, mais pas toujours, avec des signes de laryngite chronique.

Plus fréquents chez la femme, on les voit chez des personnes qui ont antérieurement souffert de laryngites aiguës intenses, ou à répétition, ou de catarrhe chronique du larynx, et qui ont été obligées de parler avec effort ou de chanter alors qu'elles étaient sous le coup d'un état inflammatoire plus ou moins prononcé du larynx.

D'après Störck, la structure de ces nodules se rapproche de celle des fibromes. D'après Schrötter, la lésion est variable dans sa nature; souvent il ne s'agit que d'une prolifération de l'épithélium, dans d'autres cas d'une hypertrophie des papilles, dans d'autres enfin de produits circonscrits d'inflammation. M. Wagnier pense que c'est une inflammation circonscrite résultant de ce que, dans la laryngite, le rapprochement des cordes vocales étant gêné par le gonflement de la région aryténoïdienne, les muscles adducteurs se contractent avec énergie et amènent au contact la partie antérieure des bords des cordes vocales; le point où le nodule

naît correspondrait à celui où la vibration est entravée par ce contact. Cette position de la glotte pendant le phonation est peut-être due à la parésie du muscle aryénoïdien, si fréquente dans la laryngite aiguë ; elle amène un frottement dans un point limité, et les nodules se produisent consécutivement.

Les symptômes sont souvent ceux de la laryngite chronique concomitante. Dans les cas où celle-ci n'existe pas, on constate des phénomènes intéressants au point de vue de la voix chantée. En général, la gêne est peu marquée ou nulle dans les tons bas, tandis que l'émission des notes élevées devient impossible dans le registre de poitrine et ne peut avoir lieu qu'en fausset. Encore les tons les plus hauts ne peuvent-ils être produits dans ce registre. La physiologie de la phonation rend aisément compte de ces phénomènes. En général, la voix devient plus nette dans les *forte*. Un symptôme plus rare, signalé par Türck, Rosbach, et Schnitzler, consiste dans l'émission simultanée de deux sons différents, qui, dans certains cas, peuvent correspondre toujours au même intervalle musical. Cette diphonie peut être expliquée par ce fait qu'au moment où les nodules s'affrontent, la fente glottique se trouve divisée en deux glottes distinctes qui vibrent séparément.

Le pronostic est variable. Dans certains cas, les nodules restent stationnaires, dans d'autres, ils disparaissent spontanément. Quelquefois ils se transforment en polypes véritables. Le traitement de la laryngite chronique ordinaire suffit parfois à les faire disparaître ; dans les cas plus marqués les cautérisations limitées permettent d'obtenir leur guérison.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLE THÉORIE DE LA VOIX HUMAINE

Par le Dr **Moura** (suite) (1).

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — MOUVEMENTS DES REPLIS DE LA
GLOTTE, PENDANT L'ACTE DE LA RESPIRATION ET PENDANT
CELUI DE LA PHONATION.

Les muscles laryngés intrinsèques et extrinsèques impriment aux replis de la glotte quatre sortes de mouvements qui leur permettent :

1° De s'écarter ; 2° de se rapprocher ; 3° de se distendre ; 4° de s'allonger.

La connaissance du mécanisme suivant lequel ces mouvements ont lieu est indispensable pour comprendre comment ces replis passent successivement de la forme de bourrelets ou de lèvres à celles de prisme, d'anche et de corde.

Voyez *Archives de laryngologie*, 1888, n° 5, p. 207.

§ 1. — *Écartement des replis de la glotte.*

Il se produit de deux manières, l'une passive, l'autre active ; la première se manifeste pendant l'inspiration, la seconde pendant la phonation, ainsi que le démontre l'observation laryngoscopique.

A. *Écartement passif.* — Lorsqu'après avoir appliqué le miroir sur le pharynx ou éclairé l'organe de la voix et l'on observe attentivement ce qui se passe, on aperçoit, au moment où l'air inspiré entre dans le conduit de la respiration, les bords de la glotte qui s'éloignent l'un de l'autre et l'orifice s'agrandit transversalement de quelques millimètres. Le point où cet orifice est le plus ouvert correspond, à droite et à gauche, à la pointe apophysaire des aryténoïdes. A ce niveau, les bords de la glotte forment un angle rentrant très obtus, et se trouvent ainsi divisés en deux parties, l'une antérieure deux fois plus longue que l'autre qui est postérieure.

Immédiatement après, un mouvement contraire a lieu ; il ramène les deux replis vers le centre de l'orifice sans l'atteindre toutefois et l'angle rentrant se transforme en angle saillant ou en une ligne droite, suivant que l'air sort plus ou moins rapidement. C'est l'expiration qui, succédant à l'inspiration, opère le déplacement des replis de dehors en dedans et les rapproche.

Cette double oscillation se renouvelle toutes les quatre ou cinq secondes ; elle correspond au temps pendant lequel s'exécute une respiration.

Avant d'exposer le mécanisme suivant lequel les deux replis s'écartent, il nous faut préciser ce que nous entendons par *état de repos* de la glotte ou des lèvres vocales.

B. *État de repos des replis glottiques.* — Ces replis ne sont jamais à vrai dire en repos pendant la vie. Ils apparaissent dans le miroir laryngien toujours agités, allant et venant

sans s'arrêter. L'instant de repos dont ils jouissent est si court qu'il échappe à l'attention. Cet instant est celui qui suit la fin de l'expiration et qui précède en même temps le commencement de l'inspiration ; il dure au plus une seconde.

La situation respective des bords de la glotte correspond à celle qu'ils conservent après la dernière grande expiration, qui précède la mort. C'est là ce qu'il faut appeler, selon nous, *état de repos* du larynx ou de la glotte, des replis ou des lèvres glottiques. L'intervalle qui sépare les faces internes des aryténoïdes et qui constitue le diamètre transverse de l'orifice glottique mesure, en moyenne, 11 mill. 5 chez la femme, 15 mill. chez l'homme. L'orifice glottique représente un triangle isocèle dont l'angle antérieur est très aigu et dont la base repose sur la face interne du chaton du cricoïde revêtu de ses parties molles.

Dans cette situation, les bords de la glotte ont l'aspect de deux bourrelets ou replis, mais non de deux anches ou de deux cordes.

C. *Mécanisme de l'écartement passif.* — Cet écartement est dû, d'une part, à l'action des muscles qui, en écartant les côtes et les éloignant les uns des autres produisent l'augmentation du *soufflet* ou *cage* thoracique et de son réservoir aérien, le poumon, tels que les intercostaux externes, le diaphragme, le grand dentelé, les scalènes, etc., et, d'autre part : 1° à celle des *sterno* et *scapulo-hyoïdiens* qui, ayant leurs attaches supérieures mobiles fixées à l'os hyoïde, entraînent le larynx en bas ; et 2° à l'action des *sterno-thyréoïdiens* qui abaissent aussi cet organe. Tous ces muscles sont dits *inspirateurs*, les premiers agissant *indirectement* et les derniers *directement* sur la boîte laryngée. La conséquence de cette double action est l'augmentation du diamètre transverse de l'orifice glottique, c'est-à-dire un agrandissement par l'écartement de ses bords.

Dans le mouvement de descente qu'éprouve le larynx, le

cartilage de la pomme d'Adam est le siège d'un double déplacement, l'un en bas, l'autre en avant.

Le sterno-thyréoïdien, en se contractant, tire en bas le cartilage pendant que le cricoïde descend lui-même et suit le mouvement de la trachée qui se raccourcit de quelques millimètres. Le thyroïde est en même temps le siège d'un léger déplacement en avant ; ses petites cornes glissent d'arrière en avant par suite de la pression qu'exerce le poids de la colonne d'air inspiré contre les bords de la glotte et contre l'angle rentrant du cartilage, ainsi que nous l'avons expliqué dans notre mémoire sur la *classification des muscles du larynx*.

Ce changement de rapports entre le thyroïde et le cricoïde est, sur certains sujets, très accessible à l'extérieur, au moyen de l'index placé dans l'intervalle qui les sépare et que remplit le fort ligament thyro-cricoïdien ; il est d'autant plus manifeste que l'inspiration est plus profonde. On peut suivre les deux mouvements du thyroïde sur son propre larynx ; mais, en faisant cet examen, il importe de ne pas se laisser tromper par le déplacement en bas du cricoïde lequel suit la descente des premiers anneaux de la trachée.

Pendant que ce changement de rapports a lieu, un autre se produit à l'intérieur du larynx. Au moment où l'inspiration commence, le soufflet thoraco-pulmonaire se dilate et opère un vide dans le canal aérien tout entier. L'air extérieur entre avec précipitation ; ne trouvant pas un passage suffisant à travers les vantaux de la porte-écluse du canal, il pèse sur eux et sur l'angle rentrant du cartilage adamique de tout le poids d'une colonne atmosphérique équivalent à la différence des deux pressions aériennes, *externe* et *interne*. Les lèvres de la glotte n'étant pas en état de tension ne résistent que par leur rénitence organique ; elles s'écartent et le passage s'ouvre à droite et à gauche. Le cartilage thyroïde, cédant de son côté à cette même pression, est poussé en avant et en bas ; ses petites cornes glissent d'arrière en avant sur les

facettes du cricoïde et l'orifice de la glotte s'agrandit dans le même sens. Le passage se trouve ainsi élargi suivant ses deux diamètres, transverse et antéro-postérieur. Il n'est pas nécessaire, comme le veulent les laryngologistes, de faire intervenir l'action des muscles intrinsèques pour obtenir cet agrandissement de l'orifice glottique. Observons cependant que sur certains sujets masculins à angle thyroïdien très saillant, le glissement en avant du cartilage adamique est nul et que l'écartement des bords de la glotte produit un élargissement très suffisant au passage de l'air inspiré.

Nous avons donné les preuves de la non-intervention des muscles intrinsèques dans notre *classification des muscles du larynx*. Rappelons seulement :

1° Que les muscles intrinsèques laryngés sont sous l'influence des nerfs spinaux.

2° Que les phénomènes des trois fonctions de la respiration, de la circulation et de la digestion, sont commandés par les pneumo-gastriques ;

3° Que la section ou l'ablation des nerfs spinaux rend *aphone*, supprime l'action contractile des muscles intrinsèques laryngés, tandis que la respiration s'accomplit indéfiniment comme si cette action existait.

Ces déplacements des cartilages et des bords de la glotte sont sous l'influence exclusive des muscles inspireurs et de la pression atmosphérique. C'est pourquoi nous considérons la dilatation et le rétrécissement partiels de son orifice pendant l'acte respiratoire comme des phénomènes physiologiques *automatiques et passifs*, c'est-à-dire indépendants de la volonté ; ils sont un effet de la motricité organique qui leur est distribuée par les filets du pneumo-gastrique, nerf involontaire ou de la vie de nutrition (1).

(1) Dans un travail inséré dans les Archives générales de médecine en 1831, Malgaigne concluait de ses expériences et de ses appréciations « que le thyro-aryténoïdien est le muscle vocal par excellence, tandis que les autres (muscles intrinsèques) ne sont que des muscles respirateurs ; qu'il obéit

D. *Écartement actif, diastole laryngée ou glottique.* — Le second mode d'écartement des replis de la glotte est tout autre comme étendue et comme énergie; il est un effet de l'intervention des muscles intrinsèques diastoliques, appelés crico-aryténoïdiens postérieurs et aryténoïdiens et qualifiés de *dilatateurs de la glotte, d'abducteurs des cordes vocales*.

Les crico-aryténoïdiens sont implantés solidement, l'un à droite, l'autre à gauche, sur la crête médiane de la face postérieure du chaton du cricoïde et sur la partie inférieure du cartilage. Leur attache mobile se trouve, en haut et en dehors, sur la moitié postérieure de l'apophyse externe de l'aryténoïde. La situation des insertions fixes et des insertions mobiles de ces muscles indique d'avance que les premières se font suivant une ligne et les secondes sur un seul point. Leurs fibres forment un faisceau triangulaire puissant;

seul à la volonté, et que les autres, quoique soumis à la volonté, peuvent agir en son absence, propriété commune à tous les respirateurs. » — Tome XXV.

E. Fournié n'est pas du tout de son avis :

« Contrairement à son assertion, dit-il, nous pensons que le muscle thyro-aryténoïdien est un muscle respirateur au même titre, sinon plus, que les autres. Si, pendant l'inspiration, la glotte s'agrandit sous l'influence des crico-aryténoïdiens postérieurs, elle se rétrécit pendant l'expiration et le rétrécissement ne peut être effectué que par les crico-aryténoïdiens latéraux et par les thyro-aryténoïdiens. » *Physiol. de la voix et de la parole*, p. 406, 1866.

Mandl écrit à son tour :

« Par l'inspiration les lèvres vocales sont écartées et partiellement cachées sous les replis supérieurs. Cet écartement est plus ou moins considérable, suivant l'action des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Si ces muscles se contractent peu et si leur action est contrebalancée en partie par celle des crico-aryténoïdiens latéraux, l'orifice glottique présente un triangle isocèle à la base duquel serait ajouté un autre triangle plus petit, à sommet tronqué; si, au contraire, l'inspiration est très ample, très profonde, les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs se contractent d'une manière énergique. » *Traité des maladies du larynx*, p. 245, alinéa 248.

« Tous les muscles intrinsèques sont en activité à l'exception des thyro-aryténoïdiens internes, car, on ne voit pas les lèvres vocales, s'épaissir, et à l'exception des crico-thyroïdiens. » *Id.*, p. 249, alinéa 252.

elles ont deux directions différentes, les supérieures étant horizontales et les inférieures obliques; toutes d'ailleurs se portent de dedans en dehors. Lorsque les crico-aryténoïdiens se contractent, ils entraînent en arrière, en bas et en dedans, l'apophyse externe; le cartilage est d'abord redressé, remis sur son pivot, puis il tourne sur lui-même écartant ainsi les deux apophyses antérieures, c'est-à-dire les bords de la glotte, et agrandissant son orifice dans le sens de sa largeur ou diamètre transverse. Cette action motrice est tout entière sous l'influence de la volonté; pour qu'elle ait son effet il faut que les bords de la glotte aient été déjà rapprochés et tendus; son résultat est à la fois la *détente* et la *séparation des lèvres vocales*.

En conséquence les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, non seulement dilatent la glotte mais encore ils ramènent ses bords ou replis de l'état d'anches à celui de prismes ou de lèvres.

Ce second mode d'écartement des replis glottiques est indépendant de l'action des agents de l'inspiration. Autant le premier mode est automatique, passif et régulier, autant le second est volontaire, *actif*, *accidentel*.

Mais les crico-aryténoïdiens postérieurs ne sont pas les seuls agents *diastoliques* ou dilatateurs actifs et volontaires. L'aryténoïdien dont nous avons eu à nous occuper dans un mémoire spécial communiqué à la Société française d'otologie et de laryngologie est également un agent *diastolique* ou dilatateur *actif* et *volontaire*, contrairement à ce qu'enseignent les physiologistes et les laryngologistes. Il écarte en avant les faces internes des aryténoïdes et préside à l'ouverture de la glotte intercartilagineuse, ouverture qui est le résultat d'un redressement des cartilages en arrière; de sorte que la base des apophyses vocales est *détachée* de la paroi interne du cricoïde, puis *portée en avant et en haut* et les bords de l'anche détendus en partie.

L'aryténoïdien produit en conséquence, suivant nous, non seulement la dilatation de la glotte intercartilagineuse mais

encore la détente des bords de l'anche vocale transformés en cordes vocales.

§ 2. — *Rapprochement des replis de la glotte.*

Il a lieu aussi de deux manières, l'une passive et l'autre active. Ce que nous avons dit des deux modes d'écartement facilitera et abrégera les explications que nous avons à donner sur ce sujet.

A. *Rapprochement passif ou involontaire.* — L'entrée de l'air dans la poitrine est, avons-nous dit, suivie de sa sortie et d'un mouvement convergent ou centripète des bords de la glotte. Ce mouvement est produit par les agents de l'acte expirateur. Les replis glottiques se portent l'un vers l'autre de la même quantité millimétrique qui les avait éloignés deux secondes auparavant. Quoiqu'ils ne parviennent pas à se joindre ils n'en retrécissent pas moins transversalement l'orifice de 2 à 3 millimètres de chaque côté.

Les deux actes de la respiration et les deux déplacements correspondants des lèvres glottiques s'exécutent dans le même temps et dans le même ordre ; l'alternance entre l'allée et le retour des replis, le temps pendant lequel s'opèrent ces oscillations ont le même rythme et la même durée que ceux de l'entrée et de la sortie de l'air respiré. Cette régularité est si complète que la lenteur ou la rapidité de la respiration, son ampleur ou sa petitesse ne la troublent en rien.

Ce rapprochement des replis de la glotte est sous la dépendance des agents musculaires qui président au mécanisme de l'acte expirateur et qui sont les antagonistes de ceux du mécanisme de l'inspiration. Parmi eux on trouve les intercostaux internes, les abdominaux, le carré des lombes, etc. En abaissant et rapprochant les côtes les unes des autres, ils diminuent tous les diamètres du soufflet thoracique et compriment la double poche pulmonaire. Aucun des muscles

laryngés ne leur vient en aide, car le rapprochement est tout à fait indépendant de leur action. Il est surtout le résultat du retour des agents inspireurs à l'état des repos ainsi que du soufflet thoraco-pulmonaire. Le cartilage de la pomme d'Adam, abandonné à lui-même par la résolution du mouvement contractile des sterno-thyréoïdiens, reprend la place qu'il avait avant son déplacement et la forme triangulaire de l'orifice de la glotte succède à celle du losange tronqué que l'inspiration lui avait fait prendre. Ce mode de rapprochement est donc un phénomène physiologique *involontaire et passif, automatique et régulier*.

B. *Rapprochement actif des replis. — Systole glottique ou laryngée.* — Il est dû à l'action des muscles que l'on a désignés sous les noms de *Tenseurs et Adducteurs* des cordes vocales, de *constricteurs* de la glotte, et qui sont, pour nous des agents *phonétiques de l'ordre systolique*. Ce rapprochement est plus ou moins prononcé, plus ou moins rapide ; il peut être tel que les replis soient appliqués exactement l'un contre l'autre ; l'orifice est alors fermé. Ce mouvement convergent est sous l'influence de la volonté et des impressions plus ou moins vives qu'éprouve le sujet. La fermeture de l'orifice peut donc se faire d'une façon lente ou progressive, brusque ou instinctive.

Le rapprochement est commencé par les crico-aryténoïdiens latéraux, lesquels inclinent en avant et en bas d'abord, puis en dedans, les deux aryténoïdes et mettent en contact leurs apophyses antérieures, et avec elles, les bords de la glotte vocale ; ce mouvement est continué par les thyro-aryténoïdiens qui complètent l'affrontement de ces bords (1).

Par suite de ce rapprochement les lèvres glottiques perdent leur forme de bourrelets ou de replis ; leur bord libre suit le déplacement des apophyses, se développe, en dedans,

(1) Le défaut d'action de ces muscles a pour conséquence la diastole laryngée permanente, c'est-à-dire l'aphonie complète, le chuchotement, l'essoufflement.

aux dépens de la base ou face externe des replis, devient plus ou moins anguleux et simule tantôt le sommet d'un prisme, tantôt le tranchant d'un couteau. Ces modifications s'effectuent progressivement; les lèvres vocales convergent et se déploient à la façon de deux rayons d'un même cercle allant à la rencontre l'un de l'autre; leur développement se propage d'avant en arrière, du centre à la circonférence, de telle sorte qu'il offre plus d'étendue en arrière qu'en avant de la glotte. C'est là un phénomène physiologique rare et très intéressant que nous aurons à rappeler par la suite.

Il est maintenant facile de voir combien ce second mode de rapprochement des replis de la glotte est différent du premier. Autant celui-là est *volontaire, étendu, actif et sans rythme*, autant celui-ci est *automatique, limité, passif et rythmique*.

CHAPITRE II. — TENSION DES REPLIS DE LA GLOTTE

Les physiologistes qui ont considéré les replis de la glotte comme des *ligaments*, des *rubans*, ou des *cordes* ont admis que l'action musculaire avait pour effet de les allonger seulement, leur communiquant ainsi la tension nécessaire à l'émission des sons.

Ceux qui, au contraire, les ont regardés, comme des *languettes membraneuses*, des *anches* ou des *lèvres* ont entendu, par le mot *tension*, le développement en largeur et en longueur, c'est-à-dire en surface, de ces replis; selon eux, les muscles intrinsèques du larynx produisent à la fois l'allongement et l'élargissement, l'*extension* et la *distension* des lèvres glottiques.

C'est bien en long et en large que cette tension a lieu en effet.

L'observation laryngoscopique, tout en confirmant le fait, a permis de l'analyser, de le dédoubler et de reconnaître que l'action musculaire qui opère la tension en largeur n'est pas

celle qui effectue l'allongement. Ces deux espèces de tensions sont dues à deux mécanismes physiologiques différents.

Sous le nom de *systole* ou de *distension*, nous avons désigné, en 1874, le développement transversal ou en surface des replis de la glotte, et, sous celui d'*apstole* ou *extension*, leur tension en long ou allongement. (Voy. *Laryngopathies*, p. 85, 1874.)

§ 1. — *Distension. — Systole laryngée.*

Par suite du rapprochement et du contact que les crico-aryténoïdiens latéraux effectuent entre les deux replis glottiques, ceux-ci, avons-nous dit, passent de l'état de bonnerelets à celui de prismes membraneux ; ils acquièrent en même temps une certaine rénitence ou tension qui leur permet d'exécuter, sous l'impulsion de l'air expiré qui les soulève, des vibrations amples, génératrices des ondes sonores vocales.

L'action des muscles *systoliques-tenseurs* vient ensuite augmenter le contact, l'affrontement et la rénitence des deux prismes. Ces muscles sont dénommés thyro-aryténoïdiens. Placés à droite et à gauche de la glotte, ils constituent ensemble une sorte de muscle circulaire que nous appellerons *sphincter de la glotte*. Chacun d'eux est composé de deux ordres de fibres très distinctes par leur situation, leur groupement et leur direction. Toutes ont cependant leurs insertions mobiles sur la face antéro-externe et au niveau du tiers inférieur du cartilage aryténoïde. De ce point les fibres, dites *externes*, se dirigent en avant vers l'angle rentrant du thyroïde, s'éparpillent en éventail sur un seul plan vertical et forment un plan musculaire mince, concave en dedans et convexe en dehors ; elles s'insèrent de bas en haut au cartilage adamique et même sur le bord de l'épiglotte quelquefois. Leur ensemble constitue un muscle triangulaire aplati appelé *thyro-aryténoïdien externe* ou vestibulaire, car, il se trouve compris dans la paroi d'un infundibulum

coupé en arrière en pavillon d'oreille de chat, infundibulum qui surmonte l'orifice de la glotte et porte le nom de *vestibule*. Les fibres inférieures de ce muscle sont horizontales et dirigées, les plus inférieures, de haut en bas et d'arrière en avant; elles tirent en avant et en dedans l'apophyse externe de l'aryténoïde, augmentent l'affrontement des deux replis et rendent leur forme prismatique plus mince, plus aiguë et plus rénitente. Les fibres supérieures sont, au contraire obliques; elles se dirigent en haut et en avant, tendent la paroi ary-épiglottique du vestibule, redressent ce pavillon et lui communiquent une forme elliptique ou ovalaire en diminuant son diamètre transverse.

Le deuxième ordre de fibres des *thyro-aryténoïdiens* est composé d'un faisceau musculaire épais, appelé *thyro-aryténoïdien interne*. Ces fibres se portent horizontalement, souvent obliquement, en avant et s'en vont s'implanter, les *plus externes*, c'est-à-dire les plus nombreuses et les plus longues, dans l'angle rentrant du cartilage adamique, à côté et en dehors des fibres élastiques du ligament vocal, et les *plus internes*, peu nombreuses, plus courtes et faisant souvent défaut, le long de la face externe concave de ce même ligament, disposition signalée par Manuel Garcia.

Ce faisceau constitue un muscle assez fort, enfermé dans l'épaisseur du repli glottique comme dans une gaine, car, le ligament élastique se continue *au-dessous de la glotte* avec la membrane fibreuse dite *vocale* et *au-dessus* avec le tissu fibro-muqueux, qui le recouvre. Il résulte de cette disposition des divers éléments anatomiques que le muscle thyro-aryténoïdien interne occupe la base du prisme vocal ou de l'anche et se trouve logé dans le creux demi-cylindrique que présente le côté externe du ligament.

« Pour bien comprendre cette disposition, disions-nous en 1861, *Cours de laryngoscopie*, p. 76, il faut savoir que les cordes vocales inférieures sont constituées par deux sortes de tissus : 1° un faisceau musculaire épais, à fibres de

longueur variable et de direction différente ; le plus grand nombre de ces fibres est horizontalement placé entre les cartilages aryténoïdes et thyroïde : ce sont les plus longues et les plus externes ou les *moyennes* des muscles appelés thyro-aryténoïdiens (triceps vocal de quelques anatomistes) ; 2° une trame fibreuse (tissu conjonctif) qui recouvre le faisceau dont nous venons de parler et qui donne attache par sa face externe aux fibres musculaires les plus internes ; ce tissu fibreux s'étend entre les cartilages aryténoïdes et thyroïde comme le faisceau : il constitue une couche fibromembraneuse à face externe concave occupée par le muscle en question et à face interne convexe recouverte par la muqueuse du larynx. Au moment de la phonation la corde vocale inférieure se transforme en languette au moyen de l'adossement de son feuillet inférieur (sous-glottique) avec son feuillet supérieur. »

Ainsi le muscle de la lèvre vocale est logé dans une gaine, fibro-élastique, demi-cylindrique ; ses fibres les plus longues vont directement d'un cartilage à l'autre, pendant que les plus courtes, lorsqu'elles existent, partant de l'aryténoïde, se fixent d'arrière en avant au feuillet inférieur du ligament, c'est-à-dire à la face externe de la membrane vocale sous-glottique.

Les deux ordres de fibres des thyro-aryténoïdiens, ayant leurs attaches mobiles sur un point commun situé en arrière et leurs attaches immobiles sur plusieurs points situés en avant, constituent, pour nous, un seul *muscle biceps*. Leur contraction a pour effets communs :

1° D'incliner, ainsi que les crico-aryténoïdiens latéraux, les deux aryténoïdes en avant et en bas, de telle sorte que la base de leurs apophyses vocales est portée en arrière et appliquée contre la face interne du chaton cricoïdien et leurs sommets sont rapprochés du thyroïde ;

2° De faire tourner en dedans les chevilles aryténoïdiennes, de manière à accentuer le contact des deux apophyses.

Et pour effets spéciaux :

1° De développer en largeur, au moyen du *thyro-aryténoïdien externe* la portion membraneuse du prisme glottique ou de l'anche vibrante ; de tendre la paroi du vestibule ; de lui communiquer une certaine rénitence ou rigidité qui la rende apte, d'une part, à transmettre et réfléchir les ondes sonores qui sortent de l'orifice glottique situé au-dessous, et, d'autre part, à restreindre la sphère d'évolution de ces ondes à leur sortie de la glotte ;

2° De tendre, au moyen du faisceau (*thyro-aryténoïdien interne*), la membrane vocale sous-glottique, de diminuer en même temps transversalement la partie vibrante du prisme ou de l'anche, attendu que la contraction et le gonflement de ce faisceau communiquent à la membrane vocale, à droite et à gauche, une convexité qui donne à cette partie inférieure de la glotte la forme d'une embouchure de basson et produit l'affrontement des deux anches par leur face inférieure ou sous-glottique.

Ainsi la forme de l'orifice de la glotte se modifie progressivement sous l'influence des agents *systoliques-adducteurs* d'abord ; les apophyses vocales sont rapprochées en même temps que les replis inférieurs par l'action des *crico-aryténoïdiens latéraux*, et l'orifice devient elliptique, fusiforme. Les agents *systoliques-tenseurs* interviennent ensuite ; ils accentuent le rapprochement des bords de la glotte, opèrent leur tension transversale, les rendent plus ou moins minces, plus ou moins tranchants, et réduisent peu à peu leur partie vibrante à l'état de deux bandes ou lanières très étroites aptes à s'allonger au moyen de l'action des *apstoliques-tenseurs* (les *thyro-cricoïdiens*) et à vibrer comme deux cordes.

Chez un certain nombre de sujets l'orifice d'abord elliptique, puis linéaire, disparaît par suite de l'affrontement de toute la partie membraneuse de ses bords. Cet affrontement est très prononcé dans les larynx dont les insertions ligamenteuses thyroïdiennes se font sur un même point et non séparément ; la muqueuse de leur commissure forme parfois un rudiment de membrane interdigitale qui contribue à

voiler le timbre de la voix et à limiter l'étendue de l'échelle diatonique de ses notes.

Il n'est pas rare non plus d'observer que les insertions thyroïdiennes des lèvres de la glotte ont lieu à une petite distance l'une de l'autre et que les bords restent, *en avant*, toujours séparés pendant l'émission vocale ; les notes aiguës de la voix de poitrine sortent alors difficilement. Dans ces cas le laryngoscope fait reconnaître que pendant l'émission de ces notes, l'orifice glottique se ferme *progressivement d'arrière en avant*, tandis que cette fermeture se fait *en avant comme en arrière* lorsque ces insertions ont lieu sur un point ou très près l'une de l'autre.

§ 2. — *Allongement des replis de la glotte. — Extension ou apstole laryngée.*

Les lèvres de la glotte s'allongent tantôt d'une manière *passive* et tantôt d'une manière *active*.

A. — Nous avons vu la première se produire, au moment de l'inspiration, pendant la descente du larynx, par le déplacement en avant du cartilage de la pomme d'Adam ; l'orifice de la glotte s'agrandit en effet dans tous les sens ; mais celui des diamètres qui augmente le plus est le transverse. Quoique très limité l'allongement des bords de la glotte n'en est pas moins démontré par le glissement en avant du thyroïde lorsque surtout l'inspiration est ample et profonde ; toutefois il n'a aucune importance au point de vue de la phonation, ni aucun rapport avec elle.

B. — La seconde manière est toute différente ; elle se produit seulement après que les agents systoliques *adducteurs* et *tenseurs*, ont opéré le contact des replis et leur tension transversale ou en surface, c'est-à-dire pendant l'ascension du larynx. L'allongement direct est par conséquent *distinct et indépendant* de la tension transversale.

Deux nouveaux agents moteurs interviennent pour l'accomplir. Ce sont les muscles intrinsèques que nous avons vu

constituer le plan musculaire antérieur ou externe et connus sous les noms de *thyréo* ou *thyréo-cricoïdiens* et *crico-thy-réoïdiens*. Ils forment, dans notre classification des muscles laryngés, le groupe ou genre *Apstoliques-tenseurs* (voy. le Bull. de la Soc. franc. d'ot. et de laryng., t. IV, fasc. II).

Ces deux muscles sont placés l'un à droite, l'autre à gauche, en avant des cartilages thyroïde et cricoïde, c'est-à-dire sur la face antéro-latérale de la boîte cartilagineuse du larynx. Ils ont leurs attaches fixes, *en haut*, sur une surface assez étendue du cartilage adamique et leurs attaches mobiles, *en bas*, sur l'anneau du cricoïde. Leurs fibres dirigées d'arrière en avant, forment deux faisceaux triangulaires dont les bases occupent une ligne ou crête oblique sur les lames du thyroïde et les sommets la convexité antéro-latérale de l'anneau du cricoïde. De cette disposition en triangle, il résulte que chaque muscle se compose de trois sortes de fibres, les antérieures presque verticales, les moyennes obliques, inclinées à environ 45 à 60°, et les inférieures presque horizontales. Une lame de tissu conjonctif établit souvent une séparation entre les fibres moyennes et les fibres inférieures, ce qui a fait considérer le muscle comme double par quelques auteurs.

La contraction de tout le faisceau musculaire a pour effet d'attirer en haut l'anneau cricoïdien, de le rapprocher en avant du thyroïde et de lui faire exécuter en même temps un mouvement d'équerre ou de bascule autour des articulations thyro-cricoïdiennes.

Jusqu'en ces dernières années, on avait appliqué à ces muscles la dénomination de *crico-thy-roïdiens*, indiquant par là qu'ils avaient pour fonction d'attirer en bas le thyroïde, de le rapprocher du cricoïde, ce qui ne se peut attendu que le cartilage cricoïde n'a point de fixité et ne peut fournir de point d'appui. C'est un rôle tout opposé qui leur est dévolu, ainsi que nous l'avons démontré (v. *Laryngométrie*, liv. I^{er}).

Le cartilage de la pomme d'Adam est entraîné en bas et en

avant, on l'a vu, pendant l'acte de l'inspiration ; ce déplacement est, *en partie actif*, étant produit par l'action du sterno-thyréoïdien, et *en partie passif*, comme dû à la pression de l'air inspiré. Un autre déplacement, *entièrement actif et volontaire*, a lieu pendant l'émission des sons élevés de la voix ou registre de poitrine ; mais c'est le cricoïde qui en est le siège et non le thyroïde. L'anneau cricoïdien est tiré en haut et en arrière par le plan musculaire *apstolique-tenseur*, c'est-à-dire par les thyro-cricoïdiens ; il est rapproché du bord inférieur du thyroïde et il exécute autour de l'axe vocal un mouvement d'équerre qui élève sa moitié antérieure et abaisse en arrière sa moitié postérieure, son chaton.

Ce rapprochement entre les deux cartilages ne peut s'accomplir, ne l'oublions pas, que si le thyroïde est déjà lui-même fixé et immobilisé de façon à servir de point d'appui aux thyro-cricoïdiens. Or, cette immobilisation est la conséquence de l'ascension de l'organe de la voix par l'intermédiaire des muscles pharyngiens et hyoïdiens qui, tous élèvent et portent en arrière le cartilage adamique pendant la phonation comme pendant la glutition.

L'examen laryngoscopique démontre aussi que ce mouvement ascensionnel s'effectue après le rapprochement et la tension transversale des replis de la glotte, et qu'il coïncide avec la formation des notes aiguës du *registre dit de poitrine*. Pendant que les thyro-cricoïdiens font exécuter à l'anneau ou bocal cricoïdien cette rotation partielle autour des articulations thyro-cricoïdiennes, on aperçoit, dans le miroir laryngien, le sommet des deux aryténoïdes entraîné en arrière et en bas, et les deux bords affrontés de l'anche vocale s'allongent dans le même sens, d'avant en arrière, c'est-à-dire *apstoliquement*. De nouvelles vibrations peuvent se produire et de nouveaux sons peuvent ainsi se faire entendre.

La quantité dont ces bords s'allongent est variable, presque nulle sur certains sujets, assez sensible sur d'autres. Elle est, en moyenne, suivant la laryngométrie, de 4 à 5 millimè-

tres pour le larynx féminin, de 7 pour le larynx masculin; elle peut descendre à 2 millimètres seulement et s'élever jusqu'à 9, exceptionnellement.

Si donc nous avons avancé que les lèvres de la glotte, d'après la laryngométrie (p. 14 et 17, liv. 1^{er}) n'avaient point les qualités des cordes sonores, nous n'entendions pas dire par là qu'elles n'étaient pas susceptibles d'en acquérir quelques-unes, au moyen de leur transformation physiologique, à un moment déterminé de l'acte phonénique. Or, ce moment est celui de l'émission des notes aiguës de la voix de poitrine et des notes basses de la voix de tête. La partie vibrante de ces lèvres, comme nous l'avons expliqué est réduite à une bande très étroite par l'action adductrice et tensive des muscles systoliques; de sorte qu'elle se présente à l'état de corde au moment où les muscles *apstoliques* les *thyreo-cricoïdiens* intervenant opèrent son allongement ou tension en long. Les quelques millimètres que les bords de l'anche gagnent ainsi leur permettent d'engendrer des ondes sonores qui correspondent exactement aux notes élevées de la voix de poitrine et aux premières notes de la voix de tête.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Y A-T-IL QUATRE CORDES VOCALES ?

Pendant longtemps on a cru qu'il existait quatre cordes vocales, parce que deux forts replis de la muqueuse se trouvent superposés parallèlement aux vrais ligaments de la glotte, dits vocaux. Ces deux replis sont plus éloignés l'un de l'autre que les deux bords de la glotte véritable. Ils circonscrivent néanmoins, comme ceux-ci, un espace triangulaire plus large, situé à 5 ou 6 millimètres au-dessus de l'orifice glottique. Cette disposition de deux orifices superposés a fait donner les noms de *glotte supérieure* au premier et de *glotte inférieure* au second, de *cordes vocales inférieures*

ou vraies aux replis de la vraie glotte et de cordes vocales supérieures ou fausses à ceux qui sont au-dessus.

Cette manière d'interpréter les choses a conduit la plupart des anatomistes et certains physiologistes à consacrer le mot *glotte* à tout l'espace compris entre les quatre replis. Ces éclectiques, parmi lesquels se trouve Mandl qui adopte la manière de voir de Galien (*Traité des maladies du larynx*, p. 56), croyaient sans doute mettre d'accord les partisans de deux cordes vocales et ceux de quatre ou de l'anche de Galien. Les sons de la voix se formaient ainsi dans cette glotte à quatre bords et tout le monde avait raison.

Ajoutons que l'entrée supérieure du larynx située entre le bord libre de l'épiglotte et le sommet des aryténoïdes était une glotte pour nos anciens anatomistes grecs, que « *ce nom est donné*, dit Verduc dans son *Traité de l'usage des parties*, t. 2, p. 350, *aux cartilages aryténoïdes parce qu'ils simulent chacun une languette*, et nos lecteurs comprendront à quel degré de confusion était arrivée la science médicale à propos de cette dénomination.

« Malgaigne, comme Magendie, n'appelait *glotte* que la partie de l'orifice comprise entre les deux ligaments; il se demandait si les replis supérieurs ou fausses cordes vocales n'avaient pas une influence sur la production des sons graves et sonores et s'ils ne seraient pas l'organe du ronflement du chat qui sommeille (1) ? »

(1) CHAMBERS dit que le mot *glotte* « est appliqué à une petite fente qui est dans le larynx et qui sert à former la voix... Elle a la forme d'une languette, ce qui fait que les Grecs l'ont appelée *glotte* et les latins *lingula*... Les différentes ouvertures de la glotte forment toutes les variétés des tons de la voix humaine » (*Encycl. de D'Alembert et de Diderot*, vol. 15, p. 255).

POLLUX, le rhéteur, qui fut le précepteur de Commode, met la glotte au nombre des parties de la flûte.

D'après Hésychius, qui vivait à Alexandrie, dans le III^e siècle et a laissé un lexique des mots les moins usités dans les auteurs grecs, « les glottes étaient des languettes ou petites langues qui s'agitaient par le souffle du joueur », ce qui fait dire à Castillon fils « que les flûtes des anciens n'étaient que des espèces de hautbois ».

Selon Savart les cordes vocales supérieures jouent l'office du biseau ou de la seconde plaque de l'appeau dans la formation des sons de la voix.

Muller, p. 218, dit « que les ligaments supérieurs donnent des sons propres quant ils sont très rapprochés... Ni les ligaments supérieurs, ni les ventricules ne sont nécessaires à la formation de la voix ».

« Si les ventricules sont assez prononcés pour que la fonction de *chaque glotte* (inférieure et supérieure) — *Dict. de méd., de ch. et de pharm.*, p. 1869, 13^e éd. 1873, par Robin et Littré — puisse être distincte, l'animal (homme, quadrupède, carnassiers et rongeurs) est toujours susceptible de produire deux registres de sons ; ces deux registres particulièrement étudiés dans la voix humaine se distinguent par les noms de registre de poitrine et registre de fausset ou de tête. »

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de toutes ces opinions. De chaque côté de la cavité laryngienne, immédiatement au-dessus du repli glottique, on trouve un petit espace vide, long et étroit qui se prolonge dans l'épaisseur de ses parois. C'est une sorte de poche renversée, ayant ordinairement la forme d'un bonnet phrygien minuscule, ou assez souvent celle d'une simple dépression ; on l'a nommée *ventricule*. Sa capacité varie beaucoup dans chaque sexe et sur le même individu ; sa hauteur moyenne mesure 11 à 13 millim. chez la femme, 13 à 15 chez l'homme. Son orifice situé en bas, entre les deux replis supérieur et inférieur, a de 3 à 6 millim. de largeur et de 9 à 18 de longueur.

Certains auteurs, M. Nonat principalement, ayant remarqué que le singe hurleur est pourvu de deux ventricules laryngiens très développés formant deux grandes poches résonnantes (diverticuli) qui renforçaient sa voix et ses cris, avaient pensé qu'ils jouaient un rôle semblable à l'égard de la voix de l'homme. Or, les ventricules du larynx humain existent à peine sur un bon nombre de sujets ; ils sont en outre irréguliers dans la moitié des larynx, chez l'un comme

chez l'autre sexe, ainsi que nous l'a démontré la laryngométrie. Ils ne peuvent donc, vu leur peu de développement, avoir une influence quelconque sur la sonorité de la voix ; c'est vraiment dommage, car on ne manquerait pas de basses, de barytons, de ténors, de contralti et de soprani qui trouveraient les salles d'opéra de Milan, de Vienne ou de Paris, trop petites pour leurs voix stentoriennes.

La muqueuse qui tapisse la poche ventriculaire n'est pas lisse et unie, ainsi que l'on serait porté à le croire ; elle est plissée sur elle-même, ce qui lui permet en augmentant sa surface de se prêter, sans subir de déchirure, à la distension de la lèvre vocale pendant l'acte phonateur. Elle est aussi pourvue de glandes assez nombreuses qui fournissent la plus grande partie du liquide destiné à humecter et à lubrifier cette lèvre vocale.

Les bords de la glotte sont, de leur côté, munis de quelques glandules en grappes, d'où s'écoule du mucus filant ; de sorte que la souplesse qui leur est nécessaire pour s'étendre, s'allonger et entrer en vibration en même temps est doublement assurée. Lorsque la température de l'atmosphère est élevée comme en été, ou très basse comme en hiver, l'air inspiré enlève l'humidité de ces bords, les dessèche ou les congestionne et les irrite ; l'anche perd une partie de sa souplesse, de son élasticité, ou bien elle gonfle, s'épaissit et n'est plus apte à donner des sons pleins et purs. Ces changements de sonorité dans la voix sont bien connus et très fréquents. Les chanteurs doivent surtout s'en préoccuper et les prévenir.

Pendant que ces modifications se produisent, le liquide ; glandulaire perd de sa fluidité, s'épaissit et adhère à la surface de l'anche sous forme de petits amas blancs, plus ou moins empesés, albuminoïdes, et non sous *forme de gelée* comme tout le monde le croit. Lorsque ces sécrétions expulsées par la toux, rarement par le *hemmage* dit *grailonnement*, ont la forme de gelée blanche découpée en petits blocs d'albumine à demi figée, elles proviennent, non du larynx,

mais de la trachée et des grosses bronches. La voix baisse, devient voilée, enrouée; elle ne retrouve ses qualités que si l'artiste ou l'orateur parvient à expulser ce mucus épaissi à l'aide du toussaillement, du *hem* répété, du graillement, ou bien par l'usage d'un glouglourisme approprié.

De ce qui précède, il résulte, pour nous, que le rôle des ventricules est triple.

1° Ils isolent les lèvres de la glotte des tissus voisins, notamment des replis supérieurs ou sus-glottiques, permettant ainsi à l'anche vocale de vibrer en toute liberté;

2° Ils déversent sur ces lèvres un liquide glandulaire qui maintient leur souplesse, leur élasticité;

3° Ils permettent, par le déplissement de leur muqueuse, la distension de ces lèvres et facilitent leur transformation en anches vibrantes et sonores.

Les côtés de l'épiglotte sont reliés, à droite et à gauche, à toute la hauteur des chevilles aryténoïdiennes par une bande fibro-muqueuse assez forte, repliée sur elle-même de manière à constituer deux feuillets entre lesquels se trouvent les muscles thyro-aryténoïdiens, le ligament ou fibreuse quadrangulaire de Tortual, les vaisseaux et nerfs de l'organe de la voix. Cette bande fibro-muqueuse et musculaire fait partie du *vestibule*, lequel reçoit comme dans un pavillon ouvert en arrière les ondulations aériennes et les réfléchit dans le pharynx. Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler au paragraphe *Distension*.

Le fond du vestibule est limité de chaque côté par les replis supérieurs ou *fausses cordes vocales*; ces replis subissent pendant la phonation une certaine tension; ils se rapprochent au fur et à mesure que la voix monte, sans arriver à se joindre toutefois.

Leur rapprochement est si prononcé chez quelques personnes, qu'il forme une sorte d'orifice glottique au-dessus de celui de la glotte. Ces replis n'éprouvent cependant aucune vibration qui leur soit propre, ainsi que le démontre le laryngoscope; mais ils n'en rétrécissent pas moins le pas-

sage que traversent les ondes sonores engendrées par les deux bords de l'anche laryngée et réduisent beaucoup leur aire ou champ d'évolution ; ils laissent seulement une libre issue au centre, c'est-à-dire aux ondes aériennes centrales qui sont les plus petites et s'opposent à la sortie des plus excentriques, autrement dit des plus grandes. Il suit de là que la voix perd, d'un côté, de sa gravité et acquiert de l'autre, une acuité plus élevée. L'étendue et le volume de la voix en sont ainsi diminués. Si donc les replis sus-glottiques ou vestibulaires, appelés *fausses cordes vocales*, ne participent pas à la formation des sons, à l'émission phonétique, ils n'en contribuent pas moins, selon nous, dans certains cas, à élever le ton du registre vocal (1).

L'observation clinique nous apprend néanmoins que les replis vocaux ou inférieurs sont souvent détruits ou rongés par le travail de la tuberculose ou de la syphilis et qu'alors les replis supérieurs, en se rapprochant fortement, peuvent remplir le rôle de lèvres vibrantes et donner des notes basses, plus ou moins voilées ou rauques.

Le laryngoscope, cet instrument si précieux et simple à la fois, a eu plusieurs avantages au point de vue de la physiologie de l'organe vocal. Il a aidé d'abord à mettre un peu de clarté dans la confusion qui, sous cette expression *glotte*, régnait parmi les hommes et les choses ; à déterminer ensuite le rôle très effacé que jouent les replis supérieurs dans l'émission des sons de la voix ; il a surtout mis entre nos mains les éléments scientifiques de la vraie théorie de la voix.

CHAPITRE II. — RAPIDITÉ DE L'INSPIRATION ; LENTEUR DE L'EXPIRATION

Le lecteur se rappelle les changements qui se produisent dans l'orifice de la glotte pendant l'acte de la respiration.

(1) Mandl leur attribue la fonction de *rasette* ! comme le prétendait Savart dans l'appau.

L'air inspiré y trouve un passage ample et facile par suite de l'écartement de ses bords ; l'air expiré, au contraire, y trouver un obstacle et sort plus lentement à cause du rapprochement de ces mêmes bords.

Le diamètre transverse de cet orifice, pendant l'état de repos de l'organe de la voix, mesure environ 11 millim. chez la femme et 15 chez l'homme ; ce sont les mêmes dimensions relevées par nous pour la portion membraneuse de la glotte. Lauth assigne à ce diamètre 15 lignes $\frac{3}{4}$, c'est-à-dire 12 à 13 millim. au plus. Le rapprochement entre les pointes apophysaires des aryténoïdes pendant l'expiration est d'environ 4 à 6 millim. avons-nous dit. L'orifice perd donc 4 à 6 millim. ou un tiers environ de son diamètre transverse. Leur écartement, pendant l'expiration, augmente au contraire dans la même proportion. La glotte offre ainsi à l'entrée de l'air un passage de 15 millim. chez la femme, de 20 millim. chez l'homme et à sa sortie un passage d'environ 10 à 14 millim. plus petit.

Ces changements sont considérables pour un orifice aussi étroit que la glotte ; ils suffiraient à expliquer la rapidité avec laquelle l'air se précipite dans la poitrine et la lenteur avec laquelle il en sort.

Chez un adulte on compte ordinairement 18 respirations par minute ; l'inspiration dure 3 secondes et l'expiration 5 secondes d'après les recherches les plus récentes (1).

En mesurant la durée des deux actes respiratoires et le nombre de respirations que nous exécutons par minute, nous avons trouvé 5 secondes pour la durée de notre respiration, savoir : 1 seconde pour notre inspiration, 4 secondes pour notre expiration ; ce qui donne 12 respirations par minute. Le temps de durée des deux actes est donc représenté par la proportion 1 : 4 et non par celle de 3 : 5.

(1) Voy. Dict. de Robin et Littré, art. *Respiration*. — Si, par minute, il y a 18 respirations, on ne peut admettre que chacune puisse durer 5 secondes, puisque la minute comprend seulement 60 secondes et non 90 ; cette durée est en réalité de 3 secondes et $\frac{1}{10}$, ou $\frac{31}{10}$, de seconde.

Si nous rapprochons ce rapport de celui que présentent les degrés d'ouverture de la glotte correspondant aux deux actes respiratoires, nous constatons une identité en sens inverse. Ainsi le temps pendant lequel s'accomplit l'inspiration et la quantité dont s'accroît le diamètre transverse de l'orifice sont dans un rapport inverse; il en est de même entre la durée de l'expiration et la quantité dont ce diamètre diminue.

En un mot l'orifice glottique se rétrécit d'un tiers pendant la sortie de l'air et celle-ci dure trois fois plus longtemps que son entrée.

Il devient évident que l'une des causes de la rapidité de l'acte inspirateur et de la lenteur de l'acte expirateur se trouve dans les modifications que subit l'orifice glottique pendant la respiration. Il faut par conséquent l'ajouter à celles que les physiologistes mettent sur le compte de l'action des muscles inspireurs et expirateurs, de la pression atmosphérique, de l'élasticité des cellules pulmonaires (c'est rénitence qu'il faut dire) et du retour passif de la cage thoracique à l'état de repos. Autant l'entrée de l'air à travers la principale porte du canal aérifère est rapide et bruyante (souffle trachéal), autant sa sortie est douce, lente et silencieuse presque. C'est au laryngoscope que nous devons la connaissance précise de toutes ces modifications de l'orifice de la glotte (1).

Complétons cette étude par quelques considérations sur le soufflet thoraco-pulmonaire et son porte-vent.

(1) « Le calibre de la trachée est supérieur aux calibres réunis des deux bronches droite et gauche. La marche de l'air, en pénétrant de la trachée dans les bronches et leurs ramifications, se comporte donc de la même façon que s'il se mouvait dans un vase conique de la base au sommet. Ces déductions mathématiques des données de l'anatomie expliquent facilement la rapidité de l'expiration dans l'état normal » (voy. *Dict. de méd., de chir. et de pharm.* de Littré et Robin, art. *Trachée*, p. 1576., édit. 13).

CHAPITRE III. — SOUFFLET PULMONAIRE. — TRACHÉE OU PORTE-VENT.

En bas, le larynx est attaché à l'extrémité supérieure d'un tube fibro-élastique, musculaire et muqueux. Dans l'épaisseur des parois de ce tube sont compris 16 à 20 anneaux cartilagineux destinés à maintenir son calibre ouvert dans toute son étendue.

Ce tube appelé *trachée* et *porte-vent* descend dans la poitrine, s'y divise en deux branches ou *bronches*, puis en plusieurs autres, en rameaux et ramuscules. Ces derniers se terminent par de petites ampoules ou cellules aérifères en nombre infini et dont l'ensemble constitue une double poche appelée *Poumon*.

La poche est appliquée contre les côtes et les muscles intercostaux sans y adhérer. Une grande bourse séreuse, double aussi et nommée *plèvre*, enveloppe le poumon comme un bonnet de nuit enveloppe la tête, l'isole et le sépare complètement des parois de la poitrine ; ce qui lui permet de se déplacer sans froissement et sans obstacle autant que l'exigent sa compression et sa dilatation. La cage osseuse ou costale dans laquelle il est enfermé forme le *thorax*, c'est-à-dire la charpente du *soufflet pulmonaire*.

Par suite de la disposition des parties dont nous venons de parler, le poumon représente le réservoir d'air. Les ressorts qui dilatent et compriment alternativement la cage et le poumon, c'est-à-dire le soufflet, sont les muscles suivants : le diaphragme, situé entre l'estomac et le poumon, ceux des parois de l'abdomen, les intercostaux et quelques autres ayant une de leurs attaches aux parois du thorax. Les grosses bronches et la trachée constituent la *tuyère* ou *canon* c'est-à-dire le *porte-vent* par où l'air sort comprimé, expulsé. Cet air traverse l'orifice de la glotte, passe entre ses bords rapprochés, les soulève et les met en vibration pour peu qu'ils fassent obstacle à sa sortie ; la vibration de ces bords

agitant et ébranlant à son tour l'air contenu dans le porte-vent et dans le *porte-voix*, crée l'onde sonore que la volonté transforme en voix. Nous reviendrons sur ce sujet dans un autre mémoire.

Tel est le mécanisme suivant lequel le larynx devient l'instrument admirable de la parole et du chant.

Nous avons vu que la membrane muqueuse qui revêt les lèvres de la glotte forme, au niveau de ses bords, une couche si mince et si intimement unie au tissu fibro-élastique des ligaments vocaux qu'il n'est pas possible de les séparer sans les déchirer. Ce fait anatomique bien connu, vérifié et confirmé microscopiquement par Coyne et autres, n'a pas empêché le laryngoscopiste E. Fournié, esprit plus paradoxal que scientifique, de soutenir que la partie vibrante des bords de la glotte est la muqueuse seule à laquelle il applique la dénomination pompeuse de *membrane vocale*. Il a consacré dix pages de sa *Physiologie de la voix et de la parole*, p. 379 à 389 à sa démonstration. Son imagination a découvert, pour les besoins de la cause (sa théorie) qu'il défend, une bourse *séro-muqueuse* d'isolement, entre la muqueuse et le ligament élastique au niveau du bord libre de la lèvre vocale ou de l'anche. Nous l'avons naïvement et inutilement cherchée, quant à nous, sur un grand nombre de larynx.

— « En effet, dit l'auteur, la muqueuse est unie à la fibreuse par un tissu cellulaire *tellement lâche* que l'on peut considérer l'intervalle qui les sépare comme une cavité close, de tout point analogue à ces bourses muqueuses, etc. » (p. 386). « Nous avons donné le nom de *membrane vocale* à la pellicule qui se détache du bord des rubans vocaux pour vibrer dans leur intervalle, etc. » (p. 582 et passim).

Les raisons qu'il invoque et les preuves qu'il fournit pour expliquer sa théorie sont parfois singulières. Ainsi dans un passage de son livre, il compare et assimile les vibrations de la glotte à celles qui se produisent à l'anus ! Plus loin, p. 506, à propos des ventriloques, il raconte que les *pythons*

et *pythonisses* des Hébreux étaient désignées par les expressions « *ob* et *oboth* », parce que sans doute ils s'enflaient et se grossissaient *comme une outre*, et que leurs paroles semblaient venir de l'estomac ». Fournié avait, on s'en aperçoit, l'imagination facétieuse.

La forme des bords de la glotte étant d'abord celle de deux lèvres, puis celle de deux prismes d'autant plus étendus en surface, plus minces et plus aigus que leur distension est plus énergique, le diapason des ondes sonores vocales dépendra de la portion de prisme qui vibrera, car ses vibrations ayant lieu progressivement de la base au sommet quand les sons montent, et du sommet à la base quand ils descendent, leur ampleur diminue et leur nombre augmente simultanément dans le premier cas, tandis que cette ampleur augmente et leur nombre diminue dans le second.

Les lèvres vocales n'ont ainsi, selon nous, aucune des qualités physiques propres aux cordes sonores. Leur dénomination de *cordes vocales*, imposée par Ferrein, en 1742, donne une idée inexacte de la façon dont se forment les sons de la voix. Elles possèdent au contraire les propriétés des anches ou lanières membraneuses et elles constituent *physiquement et musicalement parlant une anche membraneuse double*.

Nous devons observer toutefois que la portion de cette anche que l'air expiré met en vibration diminue de largeur et d'épaisseur au fur et à mesure que la voix monte, et qu'il arrive un moment où, comme nous l'avons démontré, elle se trouve réduite à l'état de *corde vibrante* ou sonore; cet instant est, il est vrai, de très courte durée; il répond à l'émission des deux ou trois notes, les plus élevées du registre effectif et naturel appelé *voix* ou *registre de poitrine*, et aux premières notes du registre flûté, appelé *voix* ou *registre de tête*. Cette circonstance, à notre avis, permettra de conserver leur dénomination de *cordes vocales*, dénomination très usitée et difficile à remplacer dans la pratique mais qui ne doit plus tromper personne.

CONCLUSION

La disposition ingénieuse qui permet aux ligaments inférieurs de la glotte de s'éloigner l'un de l'autre, de se rapprocher, de passer de l'état de *lèvres* à celui de *prisme* et d'*anche*, puis à celui de *cordes* et d'engendrer enfin les vibrations sonores correspondant à ces trois genres de modifications, nous a servi à donner une base scientifique à la *nouvelle théorie de la voix*.

Suivant cette théorie, le larynx n'est plus un instrument simple de musique, mais bien un instrument de chant qui résonne au moyen :

- 1° De deux lèvres, comme celles du joueur de cor ;
- 2° De deux anches, comme le basson, le hautbois ;
- 3° De deux cordes, comme le violon, la harpe.

Dans un autre mémoire nous verrons qu'il imite aussi, à un moment donné, la flûte de Pan ou le sifflet et émet des notes ou sons correspondant à ceux de ces instruments.

LUPUS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES, AVEC INTÉGRITÉ DE LA PEAU

Par le Dr **Luc**, ancien interne des hôpitaux.

Pierre P., 20 ans, cultivateur.

Aucun antécédent héréditaire à signaler. Le père nie avoir eu la syphilis. Nous ne relevons dans ses antécédents personnels, qu'un frère typhoïde à sept ans. Pas de syphilis.

Le début de la maladie remonte à 6 ans. A ce moment, P., éprouva un commencement de gêne respiratoire à la fois nasale et laryngée. Cette gêne va en augmentant progressivement et aboutit en 1887 à un cornage considérable. Cette même année la voix commence à s'enrouer.

En septembre 1887, le malade est adressé par son médecin à M. le Dr Polaillon, qui l'admet dans son service à l'hôpital de la Pitié, et nous prie de l'examiner. Voici ce que nous constatons :

Pas d'amaigrissement, Teint plombé. Le malade respire par la bouche et fait entendre un cornage laryngé à distance.

Fosse nasale gauche. — Complètement oblitérée par des saillies mamelonnées, irrégulières de la cloison, recouvertes partiellement de croûtes, et s'avancant jusqu'au contact de la paroi externe. Après avoir enlevé les croûtes, on trouve une surface éminemment irrégulière, granuleuse, à peine saignante à la pression, non douloureuse, grisâtre, rougeâtre ou jaunâtre par places, de consistance assez ferme. Les cornets sont refoulés et autant qu'on peut les voir, ne paraissent pas infiltrés.

Fosse nasale droite. — Présente également une infiltration de la cloison semblable, mais l'air peut encore passer.

Pharynx. — Une plaque grisâtre saillante, implantée sur la paroi postérieure et ayant les dimensions d'une grosse lentille.

Par la rhinoscopie postérieure, on constate des élevures semblables dans le pharynx nasal.

La plaque pharyngée est enlevée avec la curette pour être soumise à l'examen histologique.

Larynx. — L'épiglotte et les aryténoïdes sont absolument normaux. Les cordes vocales vraies sont rouges, légèrement bosselées. Dans leur écartement, on aperçoit de nombreuses éminences granuleuses, de coloration variant entre le rouge, le gris, le jaune, principalement implantées sur la paroi postérieure de la trachée. Ces surfaces ne sont recouvertes d'aucune sécrétion. Le malade n'éprouve aucune douleur et ne tousse pas.

L'examen du poumon ne révèle aucune zone de matité, et l'auscultation ne laisse entendre que le bruit de cornage dans le voisinage des pédicules.

Au bout de quelques semaines, P... est renvoyé dans son pays à la campagne, avec recommandation de prendre chaque jour de l'huile de foie de morue, un gramme d'iodure de potassium, et dix gouttes de teinture d'iode dans du lait.

Le malade revu en avril 1888, présente une modification favorable de son état général et local. Il a repris des forces ; la respiration nasale est un peu plus libre ; la plaque enlevée au pharynx ne s'est pas reproduite. La sténose laryngo-trachéale s'est très notablement amendée. En revanche, il s'est produit sur les fausses cordes de nouvelles saillies petites et granuleuses. Comme la première fois, ces surfaces se montrent à peu près sèches. Ces tissus sont assez résistants, car nous ne pouvons parvenir à en détacher des fragments avec la curette d'Héryng.

La plaque enlevée au pharynx a été confiée à M. le Dr Toupet, pour en faire l'examen histologique au laboratoire de M. le Prof. Cornil. Mais soit que ses dimensions aient été trop petites, soit qu'elle ait trop longtemps séjourné dans l'alcool absolu, notre collègue n'a pu y reconnaître d'éléments caractéristiques.

7 juin 1888. Le malade qui depuis la dernière visite n'a cessé de prendre de la teinture d'iode dans du lait, présente une amélioration continue. Aspect général bon, voix presque pure. Pas de cornage appréciable.

Pharynx. — On constate un certain degré de sécheresse de la paroi postérieure qui se montre, en outre, sillonnée de bandes blanchâtres, comme cicatricielles (aspect d'une brûlure ancienne).

Fosse nasale gauche. — Même état qu'au moment du premier examen. La cloison forme une saillie d'aspect mûriforme, rouge, d'un blanc cicatriciel par places, confinant à la paroi externe, et laissant peu de place pour la respiration.

Fosse nasale droite. — Considérablement modifiée. La saillie de la cloison s'est affaissée, et par suite de l'état d'atrophie complète des cornets, cette fosse nasale offre une spaciosité anormale et est partiellement encombrée de croûtes fétides, comme dans l'ozène.

Pas de perforation de la cloison.

Larynx. — Épiglote, aryénoïdes et cordes vocales normales. La fausse corde gauche présente trois petites élevures nodulaires, tandis que la fausse corde droite forme une masse épaissie, mûriforme, masquant la corde correspondante pendant la respiration.

Dans la trachée, au niveau de la paroi antérieure, quelques saillies mûriformes, partiellement recouvertes de croûtes, mais qui ont considérablement diminué de volume depuis les examens précédents.

On ne trouve sur la peau aucune trace d'éruption récente ou ancienne.

Ajoutons que la dentition de ce garçon n'est pas normale. On constate au niveau des incisives moyennes un fort sillon transversal, à une faible distance du bord libre.

Réflexions. — La localisation de lésions lupeuses à la muqueuse des voies aériennes, sans participation des téguments constitue un fait assez rare et à ce point de vue déjà il nous a paru intéressant de publier cette observation. Nous y avons vu en outre un nouvel exemple des différences cliniques considérables qui séparent le lupus de la tuberculose,

les deux processus étant comparés sur un même organe et nous pouvons répéter ici le parallèle que nous établissions dans notre thèse (1883) à propos du lupus de la conjonctive comparé à la tuberculose de la même région.

1° Début de la tuberculose par de petites saillies qui, d'abord opalines, jaunissent à leur centre puis finissent par évacuer leur centre ramolli qui laisse à sa place une petite ulcération cratériforme.

2° A la période d'état, ulcérations déprimées, anfractueuses, à fond granuleux, à bords taillés à l'emporte-pièce.

3° Points jaunâtres autour des ulcérations.

4° Suintement purulent abondant.

5° Ulcérations douloureuses.

1° Début du lupus par un champignon végétant.

2° Pas d'ulcérations déprimées. Le lupus ne perd son aspect végétant que pour aboutir au processus cicatriciel.

3° Pas de points jaunâtres.

4° Surfaces sèches.

5° Pas de douleurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances du 4 et du 11 avril 1888.

Plaie du larynx. — Œdème aigu du larynx, par MM. DU CAZAL, CHAUVEL, DESPRÉS et MONOD.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation du Dr du Cazal relative à une plaie du larynx suivie de mort rapide. Il s'agit d'un soldat, âgé de 25 ans, qui, après avoir passé sa soirée au café, et sans cause appréciable,

fut pris au milieu de la nuit d'une suffocation intense avec grande douleur à la gorge. Amené à l'hôpital, il est examiné, sans qu'on découvre rien. L'examen laryngoscopique n'est pas fait. La douleur à la gorge persiste; plusieurs autres accès de suffocation se produisent; la voix s'altère et le malade meurt au bout de 12 heures.

A l'autopsie, on trouve, sur une des cordes vocales inférieures, une petite plaie, d'apparence récente; enfin il existait, de plus et surtout, de l'œdème de la glotte.

M. du Cazal pense que cette plaie a pu être produite par un fragment de verre avalé par mégarde et introduit dans la trachée, et qui, chassé violemment par la toux, aurait déchiré la corde vocale. Or rien dans les commémoratifs ne permet de soupçonner même l'existence de ce morceau de verre. La cause de la plaie laryngée reste donc obscure.

M. Després y voit un abcès très petit, folliculaire, ouvert spontanément; cela expliquerait, d'après lui, l'œdème glottique.

M. Chauvel émet l'hypothèse d'une solution de continuité faite pendant l'autopsie.

Pour M. Monod, la cause de la mort est l'œdème aigu du larynx dû au froid, par exemple. A ce sujet, il cite les cas signalés d'abord par Trousseau, Laveran, etc.; et depuis par bien d'autres auteurs.

Quoi qu'il en soit, l'examen laryngoscopique aurait sûrement donné le diagnostic d'œdème de la glotte, et le malade aurait pu être sauvé par la trachéotomie.

Séances du 30 mai et du 6 juin 1888.

Chloroformisation dans la trachéotomie.

De la discussion qui a lieu sur cette question entre MM. Le Dentu, Terrier, Segond, Chauvel, Schwartz, Quénu, Reclus, à propos d'un cas de spasme glottique survenu au début de la chloroformisation chez un malade qu'on allait trachéotomiser, il résulte que les spasmes de la glotte se produisent très bien en dehors de la chloroformisation, qu'il ne faut pas pour cela rejeter le chloroforme, que les sujets en asphyxie ont une tendance considérable aux réflexes, aux syncopes, etc., et enfin qu'il faut, chez eux, administrer le chloroforme avec la plus grande lenteur.

M. Monod croit que l'ossification de la trachée est ici une contre-indication à l'emploi du chloroforme, car, dans ce cas, le sang s'introduit plus facilement dans les voies respiratoires. Pour M. Terrier, au contraire, l'ossification de la trachée indique l'emploi du chloroforme, car

l'opération doit être faite alors avec minutie et lenteur et l'hémostase est plus facilement pratiquée.

Séance du 18 juillet 1888.

Extirpation totale du larynx, par LE DENTU.

Cette opération, pratiquée par M. Le Dentu pour un cancer du larynx avait été précédée d'une laryngotomie, seule intervention permise alors par le malade. La récurrence survint quelques mois après cette première opération palliative; le larynx était devenu gros, adhérent à la peau et peu mobile sur les parties profondes, quand l'extirpation put avoir lieu.

Deux jours avant, la trachéotomie fut pratiquée, très bas, au niveau de la fourchette sternale, pour habituer le malade à la canule à tamponnement. Puis, M. Le Dentu fit quatre incisions, deux transversales réunies par deux latérales. L'opération fut assez simple, mais une adhérence existait entre le larynx et l'œsophage, ce qui força le chirurgien à réséquer une partie de celui-ci. Tout alla bien d'abord. Mais, un mois après, survint un point de récurrence au niveau du plancher de la bouche, quoique l'épiglotte eût été enlevée. Le malade mourut de cachexie.

L'auteur croit que l'opération eût eu quelques chances de succès, si on avait pu la pratiquer de bonne heure; elle a été faite trop tard. La résection forcée de l'œsophage a, de plus, compliqué la situation. Toutefois, étant écarté ce cas désespéré, on peut réfléchir à ceci, que la statistique de Hache donne pour l'extirpation totale du larynx 40 0/0 de mortalité seulement, au lieu de 20 0/0 pour la trachéotomie palliative.

Or, si les chances de mortalité sont supérieures du double dans les cas d'extirpation totale que dans les cas de trachéotomie, il n'en est pas moins certain que l'opération radicale donne à quelques opérés des chances de succès plus considérables que l'opération palliative. Les succès relatifs ou isolés, dit M. Le Dentu, ne consolent-ils pas d'échecs multipliés? L'auteur estime donc que l'extirpation totale du larynx ne peut être condamnée, mais qu'il faut toutefois la pratiquer à la période la plus précoce possible de la maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1888.

Du tubage du larynx dans le croup, par D'HEILLY.

L'auteur a pratiqué le tubage, à l'aide de l'appareil instrumental de O'Dwyer, dans 13 cas de croup à l'hôpital Trousseau. Il a pris de préfé-

rence des enfants au-dessous de 3 ans. Deux des malades étaient dans un état de misère physiologique telle qu'il semble permis à l'auteur de ne pas mettre leur mort au passif du tubage. Sur les 11 autres, il a eu deux guérisons.

Le tubage s'opère sans effusion de sang et sans plaie. La canule est bien supportée. Aussitôt le tube en place, le tirage cesse, la respiration se régularise, et l'enfant s'endort. L'auteur pratique le tubage quand il y a du tirage sus et sous-sternal, de l'asphyxie imminente, etc.....

Les inconvénients de la méthode sont l'obturation fréquente du tube par le fait des fausses membranes et la gêne de la déglutition, d'où grande difficulté à alimenter le malade surtout avec des aliments solides qui peuvent glisser dans les voies aériennes. Pour l'auteur, le moyen le plus sûr d'éviter la dysphagie et ses suites, est d'alimenter systématiquement dès le début les petits malades avec la sonde œsophagienne.

D'après M. d'Heilly, le tubage est indiqué chez les tout jeunes enfants qui supportent mal la trachéotomie, et d'une façon générale, dans tous les cas où la trachéotomie est impossible ou dangereuse (croups légers, diphthéries infectieuses, croups secondaires à la rougeole, etc...).

Séance du 19 mai 1888.

Diphthérie infectieuse à forme insolite, par FÉRÉOL.

M. Féréol cite le cas d'une femme de 50 ans, qui, le 4 avril, fut prise d'un frisson et d'un malaise accompagnés d'un léger mal de gorge. L'auteur ne la vit que le 6 avril et constata un peu de rougeur sur le pilier antérieur droit, et une petite plaque grisâtre sur l'amygdale correspondante qui n'était, du reste, pas tuméfiée.

Le 7 avril, aphonie complète; l'amygdale droite était recouverte d'une plaque nettement diphthéritique; les ganglions correspondants étaient engorgés et la fièvre intense. En outre vive douleur à la partie inférieure du cou. A l'examen laryngoscopique, on constate une fausse membrane dans le larynx.

Le 8, la voix était normale et la douleur siégeait en arrière du sternum; de plus, toux et râles sibilants dans la poitrine. Dans les urines, pas d'albumine, mais une assez grande quantité de sucre.

Le 9, la douleur rétro-sternale avait disparu, mais il existait des points très douloureux à la base du thorax; souffle bronchique et râles fins. Mort le 10 dans le coma.

La malade étant morte en ville, M. Féréol n'a pas pu faire l'autopsie;

néanmoins il croit pouvoir admettre, en raison de la marche suivie par les accidents, que la diphthérie, qui le premier jour siégeait à la gorge, s'est propagée rapidement à l'appareil respiratoire, se localisant successivement au larynx, à la trachée et aux bronches.

Cette diphthérie a évolué en 4 jours. La glycosurie a eu probablement une influence considérable sur la terminaison funeste. La malade n'a, à aucun moment, craché de fausses membranes tubulées. M. Féréol n'en croit pas moins à la diphthérie des bronches.

Dans la discussion qui suit, M. Rendu pense que la broncho-pneumonie qui survient dans le cours d'une diphthérie, peut fort bien avoir amené la mort, sans qu'il y ait eu production de fausses membranes. Quoiqu'il en soit, l'évolution singulière de la maladie, sa marche rapide et sa terminaison funeste rendent ce cas extrêmement intéressant au point de vue clinique.

Séance du 8 juin 1888.

De l'angine syphilitique précoce, par DU CASTEL.

L'auteur admet l'existence de cette affection qui coïncide en général avec l'apparition de la roséole. Elle débute, comme l'avait vu Lasègue, par le voile du palais; elle est caractérisée au début par une hypertrophie des glandules de la muqueuse palatine et par une injection notable des vaisseaux de la région. On dirait que le voile est criblé de grains de semoule; à chaque glandule correspondent deux ou trois anses vasculaires. A un degré plus avancé, la muqueuse se prend à son tour; elle s'épaissit, s'infiltré et devient œdémateuse par places. Ces lésions n'ont rien de bien caractéristique par elles-mêmes; elles peuvent en effet être rencontrées dans d'autres angines ne se rapportant ni de près ni de loin à la syphilis; ce qui distinguerait ces angines étrangères à la syphilis du processus décrit ici, c'est qu'elles évoluent beaucoup plus rapidement et parcourent leurs différents stades en quelques heures; l'angine syphilitique précoce exige, au contraire, plusieurs jours pour évoluer d'une façon complète.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juillet 1888.

Présence du streptocoque pyogène dans la salive de sujets sains, par NETTER.

L'auteur a pu constater l'existence de ce streptococcus dans la salive de 7 sujets sains qui ne présentaient aucune lésion suppurative ou autre

des voies aériennes ou digestives. La méthode employée a été celle de Pasteur : inoculation de salive dans le tissu cellulaire du dos et culture du sang du ventricule gauche des animaux qui succombent à cette inoculation.

Le streptococcus pyogenes n'a été trouvé par M. Netter que dans un nombre de cas relativement faible : 7 sujets sur 127, soit 5,51 0/0. On le trouve plus souvent que le micro-organisme de Friedländer, 3,93 0/0 ; moins souvent que le pneumocoque de Fränkel, 20 0/0. Chez deux des sujets, la salive renfermait à la fois le streptocoque et le pneumocoque. Chez le même sujet, le streptocoque n'est pas toujours retrouvé.

M. Netter nous donne ainsi l'origine des streptocoques qui, pénétrant par les amygdales et passant souvent de là dans le sang, engendrent les amygdalites infectieuses trop souvent suivies de septicémie ou d'infection purulente.

Les streptocoques peuvent également remonter du pharynx dans les trompes d'Eustache et donner lieu à des otites suppurées où M. Netter a trouvé ces micro-organismes ; leur existence dans ces cas a été confirmée par les travaux de Moos, Zaufal, etc.

Si l'on identifie le streptocoque pyogène avec le streptocoque de l'érysipèle, comme le veulent la plupart des auteurs récents, on s'explique l'origine pharyngée fréquente de l'érysipèle de la face et ses récurrences habituelles.

Si l'on a également trouvé le même streptocoque dans les fausses membranes et les tissus de sujets diphthéritiques, dans le sang et les tissus de scarlatineux, il faut y voir, suivant M. Netter, non l'agent pathogène proprement dit de la scarlatine ou de la diphthérie, mais un microbe qui, vivant dans le pharynx antérieurement à la maladie, a pénétré dans la circulation au niveau des lésions pharyngées propres à ces affections, et infecté secondairement l'organisme.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 avril 1888.

Os inter-maxillaire quadruple, par P. GILLIS.

Cette présentation montre qu'on peut observer des cas où l'os inter-maxillaire est quadruple à un moment de la vie intra-utérine. Il s'agit d'un fœtus de 6 mois chez lequel les sutures inter-maxillaires persistent nettement. On peut, grâce à cette pièce, se faire une idée du développe-

ment de cet os qui forme à lui seul tout le segment antérieur du rebord alvéolaire. Sa face antérieure forme le rebord alvéolaire correspondant aux incisives. Sa face postérieure s'unit avec le maxillaire supérieur par une ligne courbe à concavité antérieure, partant du conduit palatin antérieur pour aller se perdre sur la cloison qui sépare l'alvéole de l'incisive latérale de l'alvéole de la canine. Sa face supérieure fait partie du plancher des fosses nasales; elle forme la partie inférieure de l'ouverture de ces cavités. Sur la face inférieure, on voit que l'os est divisé en deux portions latérales et symétriques, et que ces deux moitiés sont subdivisées elles-mêmes chacune en deux segments.

Ossification de l'appareil hyoïdien, par MEUNIER.

L'auteur relate ici un cas où non seulement l'appareil hyoïdien tout entier est ossifié, mais encore les cartilages thyroïde, cricoïde et aryténoïdes. La réunion du système hyoïdien au système laryngien s'opère au moyen des grandes cornes de l'hyoïde qui se soudent en arrière avec l'extrémité supérieure des grandes cornes du thyroïde.

Les renseignements rétrospectifs pris sur le sujet n'ont pu signaler aucun trouble de la déglutition ni de la phonation.

Cette observation confirme le rapprochement établi par Geoffroy St-Hilaire entre l'appareil hyoïdien de l'homme et celui des vertébrés; elle montre, dit M. Meunier, que toutes les fois que l'ossification s'empare de cette région, elle obéit à une même loi, déterminée par la présence de points ossifiables, toujours identiques, vestiges d'une disposition ancestrale que l'on retrouve chez les mammifères et chez les poissons.

Séance du 27 avril 1888.

Note sur les aponévroses du cou. La capsule et les ligaments du corps thyroïde, par SEBILEAU.

Aux trois aponévroses décrites jusqu'ici, M. Sebileau en ajoute une quatrième, *la transverse*, qui se détache de la face profonde de l'aponévrose moyenne, près du point où elle s'insère aux apophyses transverses, se dirige en dedans, rencontre le paquet vasculo-nerveux, se dédouble alors, et forme la gaine de ce paquet vasculo-nerveux. En dedans, les deux feuillets ne se réunissent pas. Le postérieur passe en avant de l'aponévrose cervicale profonde à laquelle il n'adhère point, et en arrière de la paroi pharyngienne; il rejoint la lame de l'autre côté. Le feuillet antérieur rencontre les lobes latéraux du corps thyroïde, se

dédouble en deux lames pour former à cet organe une enveloppe complète.

M. Sebileau conclut ainsi :

1^o Il y a quatre aponévroses cervicales : la superficielle, la moyenne, la profonde et la transverse qui dépend de la moyenne.

2^o Le corps thyroïde possède une enveloppe constante qui dépend de l'aponévrose transverse.

3^o Cette aponévrose forme aussi la gaine du paquet vasculo-nerveux du cou.

4^o Le corps thyroïde possède :

A. — Un ligament supérieur et médian, qui est une dépendance de son enveloppe et qui, parti du bord supérieur de la glande, s'attache au cartilage thyroïde et au cricoïde.

B. — Deux ligaments latéraux internes, qui se confondent avec l'aponévrose d'enveloppe du corps thyroïde au point où elle adhère à la trachée.

C. — Six ligaments latéraux externes qui se confondent avec l'aponévrose cervicale transverse, et qui suivent, le supérieur l'artère thyroïdienne moyenne, et l'inférieur l'artère thyroïdienne inférieure.

5^o Ces ligaments n'ont pas une existence indépendante : ils ne méritent pas, à proprement parler, ce nom ; le vrai moyen de soutien du corps thyroïde est son adhérence intime avec la trachée.

Séance du 11 mai 1888.

Tuberculose pulmonaire. — Œdème sus-glottique, par RENAULT.

Le malade dont il s'agit, entré pour une tuberculose pulmonaire dans le service de M. Gaucher, à l'hôpital Bichat, est pris, quelques jours après, d'accès de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. Le malade meurt le lendemain.

Sur la face antérieure de l'épiglotte, et empiétant sur les replis aryéno-épiglottiques, on trouve deux bourrelets dus non pas à une infiltration tuberculeuse, mais à un œdème séreux, pâle. Il n'existe pas d'œdème dans les autres parties de l'organe. Les cordes vocales présentent quelques ulcérations.

L'observation ne dit pas que l'examen laryngoscopique ait été fait.

Séance du 8 juin 1888.

Structure des saillies anguleuses de la cloison des fosses nasales,
par H. CHATELLIER.

Les saillies anguleuses de la cloison, qui obstruent ou diminuent les cavités nasales, sont cartilagineuses et recouvertes par la muqueuse.

L'os et le cartilage sont normaux ainsi que le périchondre. Ces saillies ne sauraient donc être considérées comme des néoplasmes.

Séance du 15 juin 1888.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Trachéotomie, par BOULLOCHE.

Un homme de 50 ans, entré le 25 mai 1888, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Blachez, était en proie à une dyspnée très marquée et présentait de l'aphonie presque complète. La voix était éteinte depuis 15 jours. L'examen laryngoscopique ne fut pas fait. La pression au niveau du larynx n'éveillait aucune douleur; un peu de dysphagie. Rien au poumon ni au cœur; les deux pouls radiaux étaient identiques.

La trachéotomie fut pratiquée dans la journée; elle n'amena qu'un soulagement passager; les accès de suffocation cessèrent, mais la dyspnée ne fit que s'accroître, et le malade succomba à l'asphyxie au bout de 48 heures.

A l'autopsie, le cœur est trouvé sain et normal.

Le larynx est normal.

La trachée est rétrécie des $\frac{2}{3}$ un peu au-dessus de la bifurcation des bronches. C'est qu'une tumeur anévrysmale, de la dimension d'une grosse noix, s'est développée au niveau de la portion descendante de la crosse de l'aorte sur sa face postérieure, et comprime la trachée. Elle est comprise tout entière dans l'anse du récurrent qui, sur une étendue de 2 centimètres, adhère à sa face postérieure. Elle s'est développée exactement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, ce qui explique pourquoi les pouls radiaux ne présentaient aucune différence.

L'aorte est très athéromateuse.

Les anneaux de la trachée sont dénudés par places.

Le nerf récurrent gauche est, au niveau du sac, aplati et comprimé. Histologiquement, ses fibres sont dégénérées en ce point.

L'auteur attribue les accès de suffocation, à une excitation du nerf laryngé inférieur avec contracture spasmodique des constricteurs du côté

correspondant et surtout du muscle ary-aryténoïdien dont l'action est bilatérale : d'où occlusion complète de la glotte respiratoire. La trachéotomie aurait pu sauver le malade si le récurrent avait été seul comprimé, mais, ici, la trachée était diminuée de calibre, et il y avait de la congestion aux deux bases du poumon.

Cancer du larynx. — Trachéotomie. — Association histologique de polyadénomes à type de glandes muqueuses en grappe et d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques, par GIRODE.

Le sujet était un homme de 56 ans, entré le 12 mars 1888, à la Pitié, dans le service de M. Brouardel ; il était atteint d'aphonie complète. Sa respiration était sifflante.

A l'examen laryngoscopique, on constate, au niveau des cordes vocales supérieures, deux mamelons arrondis, d'un gris jaunâtre, arrivant presque en contact sur la ligne médiane ; on ne peut voir la glotte.

Le 18, la trachéotomie est pratiquée ; chaque fois qu'on change la canule, il s'écoule une quantité de pus assez notable. Le malade meurt le 28 mars d'une pneumonie droite.

A l'autopsie, on voit, dans le larynx, une ulcération qui a détruit entièrement la corde vocale gauche, et entouré fortement la droite, et qui tendait à creuser de bas en haut les cordes vocales supérieures tuméfiées. L'ulcération est grisâtre, inégale, à pourtour irrégulier, recouverte d'un détritux pulpeux, plus térébrante sur la partie latérale gauche et y formant deux sortes d'excavations remplies d'une matière grisâtre.

Au microscope, la zone active de la tumeur ulcérée présente les caractères nets d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques, tandis que les parties sus-jacentes à l'ulcération, c'est-à-dire les parties boursoufflées et tuméfiées, sont formées de lobules adénomateux encapsulés : les formations glandulaires rappellent les glandes du type muqueux et reproduisent l'apparence des glandes normales du larynx. A la surface, les papilles sont allongées, hypertrophiées, et il s'y trouve un revêtement d'épithélium stratifié analogue à celui des cordes vocales inférieures.

A la limite de la zone épithéliomateuse et des formations de polyadénome, il existe, en différents points, une bande à petites cellules fortement colorées, qui s'insinue en partie dans les lobules adénomateux sans leur faire perdre leur caractère.

Séance du 6 juillet 1888.

Laryngite hypertrophique chez un syphilitique mort de tuberculose,
par DARIER.

Homme de 31 ans, soigné chaque année depuis 1883, dans le service de M. Fournier, à l'hôpital St-Louis, pour une syphilis contractée en 1882 en Cochinchine. La malignité de l'affection a été remarquable : deux mois après le chancre, éruption de syphilides tuberculo-ulcéreuses, et, depuis, toutes les années ulcérations tertiaires de la peau ; en 1887, irido-choroïdite avec hémorragies du corps vitré.

Dès 1884, enrouement de plus en plus marqué chaque année. En 1887, début de la tuberculose pulmonaire ; au laryngoscope on constate l'existence de quelques tumeurs polypeuses.

En juin 1888, le malade revient mourir dans le service.

A l'autopsie, on trouve d'énormes cavernes dans les deux poumons, de la symphyse péricardique complète et de la symphyse pleurale double.

L'épiglotte est légèrement tuméfiée ; son bord libre présente deux échancrures au niveau desquelles la muqueuse est lisse, blanche et fibreuse.

Les replis aryéno-épiglottiques sont épaissis, renflés.

Le vestibule du larynx est tapissé par une muqueuse hypertrophiée, s'élevant sous forme de plis irréguliers, allongés ou hémisphériques, séparés par des sillons sinueux.

Les cordes vocales supérieures sont complètement déformées ; la droite présente trois tumeurs globuleuses pendantes qu'on appellerait polypes si leur base d'implantation était moins large ; la gauche est représentée par un énorme bourrelet irrégulier. Au-dessous, la muqueuse du larynx jusqu'à la trachée inclusivement est normale ; les cordes vocales inférieures sont saines.

Les ventricules sont remplis à droite et à gauche par les cordes vocales supérieures hypertrophiées.

On constate, de plus, un certain degré d'angine et de pharyngite glanduleuse.

Histologiquement, les lésions de l'épiglotte sont celles de l'inflammation. Les coupes faites sur les cordes vocales supérieures font voir un épithélium partout pavimenteux stratifié ; les tumeurs sont essentiellement constituées par du tissu fibreux formé de faisceaux conjonctifs serrés, entremêlés de fibres élastiques très fines, sans aucun amas de cellules embryonnaires.

Les vaisseaux sont tous de petit calibre, sans altération de leur paroi, sans manchon inflammatoire péri-vasculaire. En résumé, on se trouve en présence d'une production fibreuse qui paraît être une hypertrophie du chorion de la muqueuse.

Pour qualifier l'affection décrite, M. Darier rejette la dénomination de papillomes, d'adéno-papillomes, de polypes, etc., car il s'agit ici d'une lésion diffuse. Il élimine également la tuberculose qui n'est survenue que longtemps après le début de la laryngite, quoique pourtant la phthisie laryngée primitive ne soit pas très rare. La syphilis doit aussi être rejetée, car l'auteur aurait trouvé des amas de cellules lymphoïdes et des altérations vasculaires dont il a noté l'absence; enfin le traitement spécifique longtemps continué n'a amené aucune amélioration. Suivant l'auteur, le nom de pachydermia diffuse ou mieux de laryngite hypertrophique, serait applicable ici.

M. Chauffard fait remarquer que cette affection donne en tout cas l'idée d'un syphilome diffus analogue au syphilome ano-rectal par exemple. M. Darier lui répond que, dans celui-ci, les altérations sont considérables et que l'infiltration embryonnaire est abondante, ce qui n'existe point dans le cas qui nous occupe.

Séance du 13 juillet 1888.

Enchondrome des fosses nasales, par MORESTIN.

Jeune fille de 15 ans, entrée à la Pitié le 5 juillet 1888, dans le service de M. Verneuil, pour une tumeur de la région du sinus maxillaire gauche, grosse comme le poing d'un adulte, et s'étendant de la crête nasale jusqu'à trois centimètres au devant du conduit auditif externe, et, dans le sens vertical, depuis la racine du nez jusqu'à l'arcade dentaire qu'elle déprime. En haut l'orbite est comblée; l'œil gauche repoussé en haut, en dehors et en avant; il y a de l'exorbitisme. La vision est peu troublée.

La fosse nasale gauche est complètement obstruée. La peau est saine; la sensibilité normale.

Pas de douleurs, pas d'hémorrhagies, pas de vertiges, ni de céphalalgie.

L'opération, pratiquée le 13 juillet, a des suites très simples. La tumeur s'implante à la lame criblée de l'ethmoïde. Histologiquement, c'est du chondrome pur dont les cellules sont en voie de prolifération extrêmement active. Il faut également remarquer ici la persistance de la vision malgré l'élongation du nerf optique, et la persistance de la sensi-

bilité des téguments au niveau de la tumeur, malgré la disparition du nerf sous-orbitaire : c'est là un exemple de sensibilité récurrente.

Laryngite tuberculeuse, par CASTEX.

L'auteur présente sous cette étiquette le larynx d'un homme de 57 ans, chez lequel, dès le mois de septembre 1887, M. Baratoux avait porté le diagnostic d'épithélioma du larynx.

Le malade avait remarqué d'abord qu'il rendait des crachats fétides, puis au commencement de septembre 1887, sa voix devint rauque et la déglutition des aliments solides douloureuse, en même temps qu'il ressentait des élancements dans l'oreille gauche. Il y avait un point douloureux sur le côté gauche du larynx. Au mois d'octobre il entre à l'Hôtel-Dieu, où il subit le jour même la trachéotomie d'urgence pour un accès de suffocation. Il y eut une amélioration immédiate, l'état général devint meilleur et le malade engraisa.

M. Castex tenta de faire l'examen laryngoscopique, mais il ne put s'éclaircir suffisamment pour voir les cordes vocales. Il constata que le malade présentait à l'intérieur, sur le côté gauche du larynx et dans toute la moitié correspondante de la région carotidienne, des masses indurées, très dures, formant un bloc. La peau était fixée, rouge, un peu œdémateuse. Autour de la canule, quelques fongosités suspectes. Poumons sains.

Le malade mourut de cachexie au mois de juillet. Quelques temps auparavant il avait toussé, présenté quelques craquements aux sommets des deux poumons.

L'autopsie ne fut pas permise et on ne put enlever que le larynx. A l'œil nu, M. Castex trouve l'épiglotte indemne, de légères ulcérations sur la portion sous-glottique de la muqueuse, et le cricoïde ramolli, comme carié.

Cet examen fait dire à M. Castex qu'il s'agit surtout d'une cricoïdite, tuberculeuse ou autre.

Pourquoi donc, en pareil cas, présenter cette pièce sous le nom de laryngite tuberculeuse? Toute l'histoire clinique de la maladie, quoique incomplète, peut parfaitement s'appliquer à un cancer, tandis qu'elle n'éveille nullement l'idée d'une tuberculose du larynx. Nous pensons donc que l'auteur a tenu trop peu de compte du diagnostic porté par M. Baratoux, et nous ne serions pas étonné de voir l'examen histologique, que nous promet M. Castex, confirmer ce diagnostic et condamner le titre de cette présentation.

Séance du 20 juillet 1888.

Rétrécissement de l'œsophage. — Gastrostomie, par DUMORET.

Un homme de 58 ans, entre le 6 juillet 1888 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis 4 mois seulement, dysphagie qui n'a fait que s'affirmer; depuis un mois vomissements fréquents; depuis le 1^{er} juillet, vomissements incoercibles, continus: les liquides eux-mêmes ne passent pas. On ne perçoit rien à l'auscultation de l'œsophage. Le cathétérisme fait constater un rétrécissement infranchissable à la portion cervicale de l'œsophage.

Le 15 juillet, gastrostomie pratiquée par M. Nélaton. Mort du malade le 17 juillet, dans le collapsus.

À l'autopsie, on constate un rétrécissement siégeant à 4 centim. au-dessous de l'extrémité supérieure de l'œsophage, sténose longue de 3 centim. et qui n'admet qu'une bougie urétrale n° 4 de la filière Charrière. À son niveau, pas d'ulcération de la muqueuse; au-dessus légère dilatation. Pas de ganglions appréciables, pas d'extension au larynx, ni à la trachée.

Fractures multiples des cartilages du larynx et de l'os hyoïde dues à la pendaison par suicide, par DUMORET.

L'extrémité antérieure de la grande corne droite de l'os hyoïde est décollée et séparée du corps de l'os. La grande corne gauche, restée unie au corps, présente, à l'union de ses 2/3 antérieurs avec son tiers postérieur, un trait de fracture oblique, une sorte d'éclatement.

Fracture transversale du cartilage thyroïde. Fractures multiples du cricoïde: trois petits fragments sont recroquevillés dans la cavité laryngienne.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

Gomme ramollie du pharynx simulant un abcès rétro-pharyngien, par HONTANG (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, février 1888, p. 65.)

Il s'agit d'une femme de 30 ans, entrée le 8 octobre 1887, dans le service de M. le Dr Millard, à l'hôpital Beaujon. Aucune trace appréciable de syphilis ancienne, pas de cicatrices, pas d'exostoses, etc.; les

commémoratifs apprennent seulement qu'elle a eu trois enfants morts avant terme ou à la naissance.

Jamais d'angine grave, mais maux de gorge depuis 1880. Depuis deux mois, la malade est atteinte d'un coryza peu intense, mais tenace, qui a amené de l'imperméabilité nasale presque complète, du nasonnement; depuis quelques jours elle éprouve de la dysphagie légère, quelques douleurs sourdes dans l'oreille droite, et une toux quinteuse, coqueluchoïde, fréquente. Rien aux poumons ni aux ganglions trachéo-bronchiques.

La paroi postérieure du pharynx est refoulée en avant et forme une surface lisse, convexe, qui vient s'appliquer sur le bord libre du voile du palais, sur ses piliers et la base de la langue. Pas de changement de coloration de la muqueuse. Au doigt, on sent en avant de la colonne vertébrale une tumeur un peu plus développée à droite qu'à gauche, bien circonscrite en bas, élastique, tendue, non fluctuante. — Pas d'engorgement ganglionnaire.

On diagnostique un abcès rétro-pharyngien d'origine inconnue. M. Millard cependant soupçonne l'existence de la syphilis. Le lendemain de l'entrée, l'incision de la tumeur ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus épais; la tumeur ne s'affaisse pas. Les jours suivants, l'aspect en est le même, la toux coqueluchoïde persiste, les lèvres de l'incision s'écartent, laissant un espace cratériforme à bords saillants au-dessous desquels on aperçoit un tissu jaunâtre, gélatineux. M. Millard institue le traitement antisypilitique le 17 octobre: une cuillerée de sirop de Gibert et 0,50 centigr. d'iodure de potassium. Le 20 octobre, la tumeur commence à s'affaisser, le cratère est moins profond. On porte la dose d'iodure à 1 gr., le 26 octobre à 4 gr., en continuant toujours le sirop de Gibert.

Le 1^{er} novembre, la tumeur a complètement disparu, et le 11 novembre, la guérison est complète; la phonation, la respiration et la déglutition se font sans la moindre gêne.

Cette observation intéressante nous rappelle que les gommes du pharynx sont susceptibles d'arriver à un grand développement lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, et que leur diagnostic en est d'autant plus obscurci. D'après M. Hontang, voici les points principaux qui doivent aider au diagnostic des gommes du pharynx:

1^o La recherche des antécédents syphilitiques chez tout adulte porteur d'un abcès rétro-pharyngien, étant donnée la rareté des abcès idiopathiques chez l'adulte;

2^o La lenteur du développement de la tumeur, et son indolence presque

absolue, tant qu'elle ne provoque pas de phénomènes de gêne mécanique dans les organes voisins ;

3° L'absence de réaction inflammatoire et d'engorgement ganglionnaire ;

4° Lorsqu'on a pratiqué l'incision, si la quantité de pus qui s'écoule n'est pas en rapport avec le volume de la collection, et si la tumeur ne s'affaisse pas complètement les jours qui suivent, il faudra donner l'iodure qui constituera la véritable pierre de touche, en amenant une guérison rapide.

Amygdalite folliculaire et contagion, par P. TISSIER. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., février 1888, p. 70.)

L'auteur rapporte une série de sept amygdalites folliculaires ayant évolué, dans la même salle hospitalière, à la suite d'un cas venu du dehors le 27 juillet. Les autres malades furent successivement frappés le 1^{er} août, le 2, le 5, le 10, le 16, le 22 août. Parmi les sujets atteints se trouvaient un élève du service et l'infirmière de la salle. Aucune des malades placées dans les chambres isolées n'a été prise d'amygdalite.

Dans le service voisin, aucun cas ne s'est produit.

Toutes les personnes atteintes étaient bien portantes ou convalescentes, se promenaient dans la salle et s'approchaient du lit de la malade venue du dehors.

M. Tissier conclut qu'on est ici en présence d'une épidémie d'amygdalites dues à la contagion et dont le foyer de diffusion a été la malade entrée dans la salle le 27 juillet.

De l'épistaxis génitale, par JOAL. *Revue mensuelle de laryngologie*, février et mars 1888, p. 74 et 129.

Rappelant le mémoire de Mackenzie (de Baltimore) où le médecin américain a si bien étudié les rapports physiologiques qui unissent les fosses nasales et les organes génitaux, Joal pense que, parmi les épistaxis vasomotrices, dues à une turgescence excessive du tissu érectile du nez, il en est où cette turgescence, d'ordre réflexe, est due à une excitation éloignée, partie de l'appareil génital. De nombreux faits cliniques, empruntés à divers auteurs, montrent que les excitations sexuelles peuvent provoquer l'épistaxis, que ces excitations soient volontaires, ou qu'elles soient le résultat du développement des organes de la génération au moment de la

puberté. Joal y ajoute six observations inédites, dont les trois premières lui sont personnelles.

OBS. I. — Jeune garçon de 15 ans, masturbateur. La masturbation amenait chez lui des épistaxis abondantes, et il usait de ce moyen en classe, pour en sortir et éviter les punitions.

OBS. II. — Garçon de 14 ans. Epistaxis abondantes. Avoue que ces épistaxis se produisent toujours après des excès d'onanisme. L'examen rhinoscopique montre de la tuméfaction de la muqueuse des cornets inférieurs, surtout du côté droit.

OBS. III. — Garçon de 16 ans, pris d'épistaxis abondante après avoir pratiqué deux fois de suite le coït. Avoue qu'il se masturbe quelquefois pour se faire saigner du nez, et qu'il parvient ainsi à se débarrasser de maux de tête violents. L'examen rhinoscopique montre également de la tuméfaction de la muqueuse, surtout au niveau du cornet inférieur droit.

OBS. IV (D^r Girod). — Observation d'un homme qui, pendant l'adolescence, avait des épistaxis violentes après s'être livré à l'onanisme. Plus tard, étant étudiant, des accidents analogues suivaient les excès de coït. Dans l'âge mûr, il saigne encore du nez après les excès du même genre.

OBS. V (D^r Girod). — Jeune garçon de 14 ans, masturbateur ; a des épistaxis depuis deux ans. Celles-ci surviennent aussitôt que les pratiques vicieuses sont trop souvent répétées. Elles cessèrent avec les mauvaises habitudes.

OBS. VI (D^r Lemarchand). — Jeune fille de 16 ans, atteinte de paralysie des muscles vocaux. A eu une bonne santé jusqu'à l'âge de 14 ans ; à cette époque, les règles ont apparû, et depuis lors il y a eu plusieurs fois des troubles laryngés et des épistaxis précédant les époques menstruelles. Ces épistaxis se produisent aussi dans l'intervalle des règles. Interrogée, la jeune fille avoue qu'elle se masturbe et que les saignements de nez se produisent principalement lorsqu'elle s'abandonne avec excès aux pratiques honteuses.

L'auteur conclut de ces faits que, chez les adolescents surtout, certaines épistaxis sont d'origine génitale. Les unes sont liées à l'excitation génitale physiologique de l'époque de la puberté ; les autres à la masturbation.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

LE SPASME GLOTTIQUE D'ORIGINE NASALE

Par le Dr **Albert Ruault**.

Le spasme glottique essentiel ou idiopathique de l'adulte est une affection rare. Le plus souvent, les accès dyspnéiques dus à la contracture des muscles adducteurs des cordes vocales se montrent soit à la suite de lésions du larynx lui-même (œdèmes, infiltrations, tumeurs, corps étrangers, etc.), soit à la suite d'irritations des nerfs récurrents, surtout par des tumeurs du médiastin (adénopathies trachéo-bronchiques, anévrysmes, etc.). Les affections du système nerveux central (tabes), ou les grandes névroses (épilepsie, hystérie), comptent aussi le spasme glottique soit isolé, soit associé à d'autres accidents, parmi leurs manifestations symptomatiques.

Dans la grande majorité des cas, le spasme glottique essentiel de l'adulte, qui s'observe d'ailleurs plus fréquemment chez la femme, est considéré comme une manifestation de l'hystérie. Lorsque, en procédant par exclusion, le médecin est arrivé à éliminer toute lésion organique pouvant donner lieu aux accidents observés, il cherche l'hystérie, et, s'il n'en trouve pas les stigmates habituels, il est souvent porté, lorsqu'il a affaire à un sujet présentant une irritabilité

nerveuse plus accusée que d'ordinaire, à le considérer comme un hystérique précisément parce qu'il présente des accès de spasme glottique de cause inconnue. Le praticien plus judicieux évite cette pétition de principe ; mais, lorsque le diagnostic ne s'impose pas, il se contente de l'étiquette un peu vague de « nervosisme ». Dans un cas comme dans l'autre, la thérapeutique se ressent du manque de précision de son diagnostic : l'hydrothérapie, le fer, les bromures en font tous les frais. Certaines hystériques guérissent plus ou moins rapidement, ou du moins les spasmes glottiques disparaissent pour faire place à d'autres accidents, mais les simples « nerveux » ne guérissent pas. Les cas de mort sont, il est vrai, assez rares ; mais plus nombreux sont ceux où la trachéotomie est considérée comme la seule ressource pour éviter la terminaison fatale, et plus nombreux encore ceux où les malades ont vu se reproduire leurs accès de spasme glottique, à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant des années, quelquefois vingt ans et plus, ainsi que j'en ai observé.

On conçoit dès lors combien il est important de rechercher les causes prochaines de ces accès de spasme de la glotte. Or, on a déjà pu démontrer qu'un certain nombre de ces accès sont certainement d'origine réflexe et dus à une irritation périphérique. Ces spasmes glottiques *réflexes* ayant été observés non seulement chez des individus simplement atteints d'irritabilité nerveuse, mais aussi chez des hystériques, on devra évidemment, chez ceux-ci comme chez les autres, en chercher avec soin le point de départ. Sans doute, ce point de départ peut être variable, mais on peut affirmer que dans un certain nombre de cas la cause déterminante des accidents n'est autre qu'une irritation de la muqueuse du nez.

I

C'est W. Hack (de Fribourg), dont les travaux sur les réflexes nasaux ont eu tant de retentissement, qui a le pre-

mier rapporté des observations démontrant que le spasme glottique respiratoire pouvait être causé par une irritation de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne.

OBSERVATION I (RÉSUMÉE)

HACK, Reflexneurosen und Nasenleiden. *Berl. Klin. Woch.*, 1882 ; n° 25 ; obs. 10.

Le premier malade de Hack était un médecin qui souffrait d'accès de spasme de la glotte respiratoire, apparaissant la nuit. Ces spasmes se produisaient après que le malade avait déjà été tourmenté pendant plusieurs nuits consécutives de cauchemars d'une grande intensité. Ces accidents disparurent après que des badigeonnages répétés de la muqueuse rétro-nasale avec une solution de nitrate d'argent eurent fait disparaître un catarrhe intense de cette région dont le malade était atteint. Ils se reproduisirent lorsqu'à la suite d'une angine catarrhale, une hyperhémie marquée de la même région se fut manifestée de nouveau.

OBSERVATION II (RÉSUMÉE)

HACK. Migräne, asthma, heufieber, etc. *Wiesbaden*, 1884. Cauchemar et asthme ; obs. 10.

La seconde malade était une fillette de 7 ans qui, pendant la convalescence d'une scarlatine grave, fut prise d'attaques de dyspnée violente, allant parfois jusqu'à l'asphyxie. Le plus souvent, les accès étaient accompagnés de toux convulsive violente. A l'examen laryngoscopique, Hack vit que pendant l'inspiration les cordes vocales se rapprochaient au lieu de s'écarter. A l'examen rhinoscopique, il trouva un gonflement considérable, avec rougeur vive, de la muqueuse du cornet inférieur. Hack introduisit un tampon d'ouate dans la narine : immédiatement il se produisit une toux sèche, quinteuse, suivie d'une dyspnée intense qui rendait l'inspiration aussi bien que l'expiration extrêmement difficile, prolongée, retentissante. L'accès s'arrêta bientôt de lui-même. Le tamponnement de l'autre narine amena un nouvel accès, plus court que le premier. La malade ne fut pas traitée localement, et Hack la perdit de vue.

La première de ces deux observations est absolument probante ; il n'est pas douteux que dans ce cas la cause des

accès de spasme glottique ait été la lésion de la muqueuse naso-pharyngienne. La seconde n'est peut-être pas aussi démonstrative, puisqu'il y manque le contrôle du traitement. Je la rapporte ici, bien qu'elle ait trait à un enfant et non pas à un adulte, et qu'il n'y soit pas fait mention que la malade ait guéri des accidents laryngés à la suite de la guérison de l'affection du nez, parce que c'est le premier cas publié dans lequel le spasme glottique ait pu être légitimement attribué à une affection de la muqueuse nasale.

Un an environ après que Hack eut publié cette dernière observation, Heryng (de Varsovie) communiqua quelques cas du même genre à la Société médicale de Varsovie, au mois de juin 1885, et à la Société française d'otologie et de laryngologie, le 15 octobre de la même année. Ces faits et quelques autres furent réunis par le même auteur dans un important mémoire qui parut dans les *Annales des maladies de l'oreille* au mois de février 1886. Indépendamment de quelques intéressantes observations d'aphonie spasmodique (1), Heryng cite plusieurs cas de spasme glottique par accès chez des individus atteints également d'affections du nez. L'observation suivante, absolument concluante, est la plus importante de toutes.

(1) L'aphonie spasmodique, ou spasme glottique fonctionnel phonique, affection rare, consiste essentiellement en un rapprochement exagéré des cordes vocales, se produisant à chaque effort de phonation, et empêchant plus ou moins complètement l'émission des sons vocaux. Heryng et Brébion (de Lyon), les premiers, ont montré que cette variété de spasme glottique, qui peut coïncider avec du spasme respiratoire ou exister seule, pouvait dépendre de lésions nasales. Comme je n'ai en vue, dans le présent travail, que l'étude des spasmes glottiques respiratoires par accès, je laisserai de côté ce qui a rapport à l'aphonie spasmodique, me contentant de signaler ce symptôme, lorsqu'il y a lieu, dans celles de mes observations que je rapporte ici.

OBSERVATION III (RÉSUMÉE)

HERYNG. *Revue mensuelle de laryngologie*, 1885, décembre, p. 646. — In extenso dans *Annales des maladies de l'oreille*, 1886, février, p. 61.

Un homme de 49 ans, de grande taille et d'une santé robuste, est atteint d'accès de spasme glottique dont il souffre depuis trois ans. Ces accès, qui surviennent tantôt le jour, tantôt la nuit, sont parfois d'une telle intensité que le malade croit suffoquer, une constriction douloureuse de la gorge lui coupant complètement la respiration. A l'examen rhinoscopique, Heryng trouva un polype gros comme un pois entre le cornet moyen et la cloison, mobile pendant les mouvements respiratoires. L'extraction de ce polype fut suivie d'une disparition complète des accès dyspnéiques. Au bout d'un an, les accès reparurent. On constata alors qu'un nouveau polype du nez s'était développé. Ce polype fut encore extrait ; les accidents dyspnéiques disparurent et ne revinrent plus.

Peu de jours après la communication de Heryng, Hoffmann (de Zwickau) publia un fait tout aussi concluant que celui qui précède.

OBSERVATION IV (RÉSUMÉE)

HOFFMANN. *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1885, n° 7.

Il s'agit d'un instituteur, âgé de 57 ans, chez lequel, depuis cinq ans, l'accès typique de spasme de la glotte apparaissait dès qu'il essayait d'élever la voix. Plus tard, les accès se répétèrent lorsque le malade ingérait des liquides, et rendirent alors la déglutition difficile. De peur des accès, le malade était réduit à ne jamais parler qu'à voix basse. Le larynx ne présentait aucune altération. A l'examen rhinoscopique, Hoffmann reconnut que les deux cornets moyens présentaient une dégénérescence polypeuse. Après l'extirpation de ces tumeurs au moyen de l'anse galvanocaustique, les accès de spasme glottique disparurent complètement. Le malade put recommencer à parler à haute et intelligible voix, et la guérison absolue s'était maintenue un an après, au moment où Hoffmann publiait cette observation.

En 1886, Przedborski (de Lodz) publia un fait très intéressant. Il s'agissait d'une hystérique, chez laquelle les accès de spasme glottique alternaient avec une paralysie des

adducteurs des cordes vocales. Elle ne guérit que lorsqu'on eut traité une affection nasale concomitante. Cette observation mérite d'être rapportée avec quelques détails.

OBSERVATION V (RÉSUMÉE)

PRZEDBORSKI. *Gaceta lekarska*, 1886, n° 30 ; et *International Centralblatt für Laryngologie*, 1886-87, p. 394.

Une jeune fille de dix-huit ans, ayant été victime d'un viol, devint aphone à la suite de l'émotion intense que lui causa ce malheur. En même temps se montrèrent des accès vespéraux de dyspnée violente, qui duraient de cinq à quinze minutes, et se terminaient par une toux quinteuse avec inspiration striduleuse. A l'examen laryngoscopique, pratiqué en dehors des accès spasmodiques, on ne trouva aucune lésion du larynx, mais on observa que, pendant la phonation, les cordes vocales, qui avaient les mouvements « paresseux » se fermaient incomplètement. Pendant l'inspiration elles restaient immobiles, et quelquefois elles se rapprochaient en laissant entre elles une fente légère. L'épiglotte se montra insensible aux attouchements avec la sonde. Au cou, il existait également une plaque d'anesthésie à gauche, au-dessus de l'os hyoïde.

La malade fut reçue à l'hôpital, où l'on institua sans succès un traitement antihystérique : bromures, chloral, vésicatoires, faradisation. Les accès dyspnéiques, loin de s'atténuer, devenaient au contraire plus fréquents et plus intenses, si bien qu'un jour on dut se mettre en devoir de pratiquer la trachéotomie. En vue de cette opération, on donna le chloroforme, et alors la dyspnée disparut subitement. Cependant on voulut quand même ouvrir la trachée, mais la malade ayant parlé d'une voix naturelle au moment où on incisait la peau, on la réveilla sans achever l'opération. On reprit alors le parti d'administrer de fortes doses de bromure de potassium ; l'aphonie et la dyspnée disparurent et la malade quitta l'hôpital en ne se plaignant plus que d'épistaxis fréquentes.

Mais quatre semaines après, les accidents reparurent, et la malade rentra à l'hôpital dans le même état que la première fois. Przedborski songea alors à examiner les fosses nasales. Il trouva les cornets inférieurs très hypertrophiés, ainsi que le cornet moyen gauche, qui s'appuyait fortement sur la cloison nasale. L'attouchement de la muqueuse par la sonde causait des éternuements, du larmolement, la pituitaire devenait très rouge, douloureuse ; enfin on provoquait des quintes de toux, des vertiges, et même des lypothymies lorsqu'on touchait l'endroit

où le cornet moyen était accolé contre la cloison. Przedborski détruisit l'hypertrophie de la muqueuse à l'aide de l'acide chromique : la voix revint, la dyspnée disparut complètement ; et dix mois après, au moment où l'auteur publiait ce cas, la guérison s'était maintenue complète.

On trouve encore dans le mémoire de Heryng quelques observations intéressantes sur le même sujet. Il s'agit de malades atteints d'accès de spasme glottique, et qui présentaient en même temps des lésions nasales avec irritabilité extrême de la pituitaire.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE)

HERYNG. *Annales des maladies de l'oreille*, 1886, p. 59.

Un homme de 53 ans souffre depuis onze ans d'une aphonie de nature spasmodique. Il attribue son état à un refroidissement et à des efforts produits par des cris prolongés. Depuis un an, des accès de suffocation par spasme glottique sont survenus fréquemment, tous les deux jours en moyenne, quelquefois une seule fois dans la semaine. Dans ces derniers temps, le malade souffrait de crampes d'estomac, qui cessaient par une éructation suivie de pyrosis et de renvois plus ou moins prolongés. Il y avait également depuis longtemps de la constipation, mais l'appétit n'était pas altéré. Le larynx ne présentait pas d'altération, et les cordes vocales étaient blanches ; mais au moment de l'émission vocale, elles se rapprochaient spasmodiquement, trop fortement pour que l'émission du son fût possible. A l'examen rhinoscopique, Heryng vit que les deux cornets moyens étaient rouges, gonflés, hypertrophiés et appliqués sur la cloison nasale. L'introduction de la sonde provoquait une extrême irritation, des éternements, du larmoiement, et une sécrétion abondante de la muqueuse irritée. Le traitement intra-nasal ne fut pas fait.

OBSERVATION VII (RÉSUMÉE)

HERYNG. *Annales des maladies de l'oreille*, 1886, p. 91.

Une fille de 18 ans entre dans le service de Heryng en mai 1885, avec une aphonie complète et des accès de suffocation. C'est une malade nerveuse, irritée, mal réglée. Ses règles sont très douloureuses. Depuis deux ans elle se livre à l'onanisme, ce qui cause des souffrances utérines fréquentes et d'abondantes fleurs blanches.

Pour la première fois, elle est devenue aphone au mois de septembre 1884, à la suite d'une angine. Peu après, elle eut des spasmes glottiques tellement intenses qu'on dût pratiquer la trachéotomie. Au bout de deux mois, on retira la canule. Au mois de mai suivant, après un refroidissement, la malade fut atteinte de bronchite violente avec crachats sanguinolents (elle avait déjà craché du sang deux ans auparavant). Elle rentra à l'hôpital où l'on constata une infiltration du sommet du poumon droit. Quinze jours après, la fièvre ayant disparu, l'aphonie et la dyspnée reparessent. On constate qu'il s'agit d'accès de spasme de la glotte, et d'aphonie spasmodique. Les accidents s'aggravant, on dut pratiquer de nouveau la trachéotomie, bien que la veille la narcose chloroformique eût fait momentanément cesser la dyspnée. La canule, retirée en septembre, dut être remplacée à la hâte quelques heures après.

Heryng pratiqua l'examen rhinoscopique ; il trouva un catarrhe chronique du nez, avec hypertrophie des cornets moyen droit et inférieur gauche, et la cloison déviée à gauche et touchant, par une crête osseuse recouverte d'une muqueuse rouge et boursouflée, le cornet inférieur.

L'état de la malade s'était amélioré au moment où Heryng fit cet examen ; depuis quelques temps, la malade pouvait parler avec une voix de fausset très aiguë ; elle respirait librement par sa canule et même lorsque celle-ci était bouchée, et l'auscultation ne constatait aucun râle bronchique. Lorsque Heryng explora la muqueuse nasale hypertrophiée avec le stylet, il se produisit des éternements, du larmoiement, de la toux, enfin une attaque de dyspnée causée non seulement par le spasme des muscles du larynx (ne pas oublier que la malade avait une canule), mais accompagnée en outre de sifflements et de râles bronchiques bruyants, de respiration fréquente, et de cyanose de la face. Ces symptômes ne cessèrent qu'après l'emploi de la morphine.

Au moment d'un accès analogue provoqué de la même façon, Heryng cautérisa le cornet inférieur avec de l'acide chromique : la suffocation cessa immédiatement, les signes de bronchite disparurent ; et en même temps la voix perdit son ton de fausset pour redevenir claire et normale. Le traitement n'était pas terminé quand l'observation fut publiée.

OBSERVATION VIII (RÉSUMÉE)

HERYNG. *Annales des maladies de l'oreille*, 1886, p. 93.

Il s'agit d'une hystérique atteinte depuis des années d'accidents nerveux à parcours multiples et variés. Cette femme, qui habite Varsovie,

a déjà subi *quatre fois* l'opération de la trachéotomie pour spasme de la glotte et asphyxie imminente.

Au moment où Heryng l'observa, le spasme glottique avait cessé, en bouchant sa canule, elle pouvait parler d'une voix claire, et les mouvements des cordes vocales étaient libres ; mais depuis quelques mois elle ressentait des accès de dyspnée spasmodique intenses et des quintes de toux nerveuse très violentes qui l'avaient ramenée à l'hôpital.

Heryng pratiqua l'examen rhinoscopique, et constata ce qui suit :

Coryza chronique hypertrophique ; rougeur et boursoufflement de la muqueuse infiltrée. Hypertrophie des deux cornets moyens, plus prononcée à droite. Hypertrophie modérée du cornet inférieur gauche. Irritabilité excessive au toucher avec la sonde. L'endroit où le cornet touche la cloison est le plus sensible, et le contact de l'instrument suffit pour provoquer des accès de suffocation et des quintes de toux très fortes, durant près de deux minutes, tandis que le toucher du cornet inférieur provoque seulement la toux, mais sans suffocation.

L'observation suivante, la plus récente que je connaisse, se rattache au même ordre de faits :

OBSERVATION IX (RÉSUMÉE)

SOURDRILLE. Thèse de doctorat. Paris, 1887, 22 décembre, p. 92.

Un homme de 44 ans, le nommé L., mécanicien, qui a toujours joui d'une bonne santé et ne présente rien à noter dans ses antécédents se plaint de souffrir, depuis quinze jours, d'accès d'étouffement.

Sans cause appréciable, il ressent subitement une constriction à la gorge, la respiration devient pénible et cette dyspnée augmente pendant deux heures. En même temps que la constriction de la gorge augmente de violence, la respiration devient de plus en plus difficile ; la face se congestionne, les mains sont violettes, l'angoisse extrême, et la suffocation paraît imminente. Brusquement tout cesse, et la respiration redevient libre.

Ces accès reparaissent, identiques au premier, tous les deux ou trois jours. Ils ne laissent dans leur intervalle aucune difficulté respiratoire. La voix est normale en dehors des accès, affaiblie, mais non détruite, pendant leur durée. Il y eut une fois un léger trouble de la déglutition avant une crise respiratoire.

A l'examen, on ne trouva rien dans les organes thoraciques ; rien au larynx ni au pharynx. Bien qu'il n'y eut pas de sensation d'obstruction

du nez, on fit l'examen rhinoscopique. On constata un gonflement des deux cornets inférieurs, et au cornet moyendroit, une hypertrophie de la muqueuse simulant un polype flottant dans la fosse nasale.

On enleva au serre-nœud cette muqueuse flottante, et on plaça dans chaque fosse nasale un tampon imbibé de cocaïne au dixième. On prescrivit des irrigations nasales et du bromure de potassium.

Huit jours après le malade vint annoncer que les accès n'avaient pas reparu depuis l'opération. On constata que les cornets inférieurs avaient un peu diminué de volume.

Le malade ne revint pas.

Cette observation ne mentionne pas que, pendant les accès décrits par le malade, la respiration ait été bruyante, mais cependant il s'agissait bien là d'accès de spasme glottique. En effet la thèse dont elle est tirée a été faite dans le service de M. le Dr Gouguenheim, le malade a été observé par ce médecin et l'auteur le présente comme un cas de spasme glottique d'origine nasale. Bien que cette observation ait été incomplètement prise et ne fasse pas mention de la sensibilité de la muqueuse nasale au contact de la sonde ou des instruments, elle a cependant son intérêt ; il ne semble pas douteux en effet que le traitement local des fosses nasales ait produit une disparition, au moins momentanée, des accidents respiratoires. Mais il est fâcheux que le malade ait été vu trop peu de temps pour qu'on puisse savoir sûrement s'il a été définitivement guéri.

Je n'ai pas rencontré, dans la littérature médicale, d'autres observations analogues, pouvant comme celles-là servir à établir nettement les rapports du spasme glottique par accès de l'adulte avec les lésions nasales. S'il m'en est échappé quelques-unes, elles doivent être en bien petit nombre. De plus, je n'ai pas trouvé davantage, parmi les cas assez nombreux de dyspnée laryngo-spastique qui ont été publiés, une seule observation où il soit fait mention que l'examen rhinoscopique ait été pratiqué et ait donné des résultats négatifs. J'en conclus que les faits déjà décrits et en particulier l'excellent mémoire de Heryng, n'ont pas excité l'attention

qu'ils méritaient. Quant à moi, je n'ai jamais négligé de mettre à profit, pour élucider la question, les cas qui se sont présentés à mon observation; et comme, malgré la rareté du spasme glottique idiopathique chez l'adulte, j'ai eu la bonne fortune d'en observer un certain nombre de cas, j'espère arriver par l'étude de ces faits et leur comparaison avec les précédents, à jeter quelque lumière sur cet intéressant chapitre de l'histoire des névroses réflexes d'origine nasale.

II

Les cas de spasme glottique essentiel chez l'adulte, que j'ai observés personnellement depuis 1885, et dans lesquels j'ai pu me préoccuper de l'état des fosses nasales, sont au nombre de sept.

Je rapporterai d'abord, in extenso, cinq cas de spasme de la glotte, suivis de guérison par un traitement intra-nasal.

OBSERVATION X (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès se produisant depuis vingt-neuf mois; migraines et névralgies sus-orbitaires anciennes chez une personne atteinte de rhinite hypertrophique. — Guérison des spasmes glottiques et des migraines à la suite du traitement intra-nasal. — Persistance des névralgies qu'on peut toujours arrêter par un badigeonnage de la muqueuse du nez avec une solution forte de cocaïne.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, mariée depuis quelques semaines, m'a été adressée par M. le Dr Fouquet au commencement de l'année 1885. Elle m'apprend que, quelques jours après son mariage, elle s'est réveillée en sursaut, au milieu de la nuit, avec une violente attaque de suffocation. Sensation de strangulation, angoisse extrême, apnée presque absolue. Elle resta quelques secondes assise sur son lit, porta les mains à la gorge où elle ressentait une constriction angoissante, puis une large inspiration se produisit, elle fit deux ou trois mouvements de déglutition; et tout rentra dans l'ordre. A ce moment, elle avait le front et la poitrine baignés de sueur. Depuis cette première attaque, des accidents identiques se sont reproduits, toujours au milieu de la nuit, vers une heure ou deux

du matin et avec plus ou moins d'intensité, tous les 6, 8 ou 10 jours. Ces accès la prennent en plein sommeil, il ne sont pas précédés de cauchemars. Son mari, qui a pu assister au début de plusieurs accès, dit qu'avant de se réveiller et de s'asseoir brusquement sur son lit, la malade commence par faire du bruit en respirant pendant quelques secondes ; la respiration devient de plus en plus striduleuse, sifflante, enfin elle cesse tout à fait et c'est à ce moment que la malade s'éveille et se lève. En dehors des accès, la voix est bonne et il n'y a aucun trouble respiratoire.

Cette dame se disait très nerveuse, mais elle n'avait jamais eu d'attaques de nerfs. Elle ne présentait pas d'anesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel ni de dyschromatopsie, mais elle avait de l'ovaralgie du côté droit et elle avait souffert déjà d'accidents divers imputables à l'hystérie. Vers l'âge de dix-huit ans, elle avait été atteinte d'une toux nerveuse tenace, qui a résisté à tous les traitements pendant dix-huit mois, et a fini par disparaître spontanément. Depuis lors, elle a souffert d'une rachialgie très vive, siégeant au niveau des premières vertèbres dorsales. M. le Prof. Charcot, consulté à cette époque, a prescrit l'hydrothérapie et l'équitation, dont la malade a retiré de très bons résultats. Néanmoins il existe encore une sensibilité extrême à la pression au niveau de la région dorsale. De plus, la malade souffre de migraines extrêmement violentes, alternant avec des névralgies sus-orbitaires, toujours à droite, et qui reviennent toutes les deux semaines, quelquefois plus souvent. A part ces divers troubles nerveux, la santé générale est bonne.

A l'examen de la gorge, je constatai une pharyngite granuleuse légère. J'eus beaucoup de peine à pratiquer l'examen laryngoscopique, à cause de l'extrême intolérance de la malade et des efforts de vomissement que causait non seulement le contact, mais même l'approche du miroir. Je parvins néanmoins à voir les cordes vocales pendant la phonation, et ne constatai rien d'anormal.

Je prescrivis de reprendre l'hydrothérapie, et de temps en temps des bromures. Je pus calmer assez aisément les névralgies à l'aide de l'opium associé à la quinine ; je ne pus rien faire contre les migraines, pas plus que je ne pus prévenir le retour des accès névralgiques et des accès de spasme glottique.

Bientôt survint une grossesse, pendant laquelle les migraines disparurent presque entièrement, tandis que les névralgies se montraient toujours aussi fréquemment. Les accès de spasme glottique, qui au début de la grossesse étaient devenus plus fréquents, au point de se montrer jusqu'à

trois ou quatre fois dans une semaine, redevinrent, vers le 4^e ou 5^e mois, ce qu'ils étaient auparavant ; sans changer de fréquence ni d'intensité. Quelques semaines après le retour de couches, les migraines reparurent et l'état fut absolument le même qu'au début du mariage. La malade se plaignait en outre de rougeurs passagères du nez, apparaissant après les repas, et d'avoir de temps en temps le nez bouché, soit d'un côté, soit de l'autre.

Je constatai à cette époque qu'il existait une dilatation assez marquée de l'estomac.

A l'examen rhinoscopique je trouvai un gonflement très marqué des deux cornets inférieurs et du cornet moyen droit, une déviation de la cloison à droite, et une exostose du vomer, en forme d'éperon, à gauche. L'examen à l'aide de la sonde était douloureux. En touchant le bord antérieur du cornet moyen droit on provoque du larmoiement, de la congestion de la conjonctive, et une vive douleur névralgique sus-orbitaire et temporale du même côté, accidents qui cédèrent très vite à la cocaïnisation.

Le régime que conseille M. le Prof. Bouchard aux dilatés fut accepté assez facilement ; mais la malade ne put se résoudre à accepter un traitement local du nez. Il fut cependant convenu que son mari ferait un léger badigeonnage des fosses nasales avec une solution forte de cocaïne (20 pour 100) la première fois que surviendrait une migraine ou une névralgie. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, amena toujours des résultats identiques : la migraine était un peu calmée, mais ne disparaissait pas complètement ; la névralgie sus-orbitaire, au contraire disparaissait complètement au bout de 5 à 10 minutes. Elle reparait quelquefois 2 heures 1/2 après environ ; alors un nouveau badigeonnage la faisait cesser définitivement.

Le régime diététique fut bien supporté, et donna de bons résultats. Les selles se régularisèrent, les pesanteurs épigastriques après les repas disparurent. En même temps les rougeurs du nez se montrèrent moins intenses, les migraines et les névralgies devenaient moins fortes et moins fréquentes. Les accès de spasme glottique se montraient toujours, avec la même intensité, tous les huit ou dix jours.

En juin 1887, les migraines et les névralgies avaient repris leur intensité primitive, vraisemblablement parce que la malade s'occupait moins du traitement de son estomac. Le nez rougissait après les repas, se bouchait souvent d'un côté ou de l'autre. Les spasmes glottiques duraient toujours. La malade se décida à se soumettre à un traitement intra-

nasal. Après cocaïnisation, je cautérisai profondément, à l'aide du couteau galvano-caustique, et en deux séances, successivement les deux cornets inférieurs et le cornet moyen droit. La cautérisation du cornet inférieur gauche fut très bien supportée ; mais les cautérisations du côté droit donnèrent lieu, au bout de quelques heures, à une vive céphalalgie, à une névralgie sus-orbitaire violente, à plusieurs attaques nocturnes de spasme glottique. En outre la malade se badigeonna elle-même la fosse nasale avec de la cocaïne, plusieurs fois, pendant les jours qui suivirent la cautérisation ; le contact du pinceau amena de l'irritation et un peu de retard dans la cicatrisation. Je ne pus arriver à décider la malade à me laisser achever le traitement.

Les résultats de ce traitement incomplet furent cependant très satisfaisants : les accès de spasme glottique, qui duraient depuis vingt-neuf mois, disparurent complètement et ne reparurent plus une seule fois depuis cette époque. Les migraines disparurent également d'une façon définitive, (la malade dit avoir eu la migraine vers la fin de l'année 1887, et plus une seule fois depuis lors). Mais ni la rachialgie, ni les névralgies sus-orbitaires n'ont été sensiblement modifiées. Il reste toujours une sensibilité extrême entre les deux épaules. Quant aux névralgies elles reparaissent toujours de temps en temps, toujours du côté droit, mais elles continuent à céder à des applications de cocaïne. A l'examen rhinoscopique, on voit que le cornet moyen droit est encore hypertrophié et accolé à la cloison déviée.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès, se produisant depuis vingt ans, chez une personne atteinte de rhinite hypertrophique. — Guérison par le traitement de l'affection nasale.

M^{me} X..., âgée de 43 ans, mariée depuis vingt ans, m'est adressée par M. le Dr Ch. Monod le 1^{er} mai 1888. Cette dame se plaint seulement d'une laryngite intense, qui a débuté il y a une semaine environ. La veille encore, me dit-elle, elle était tout à fait aphone. Je constate qu'actuellement la voix est seulement fortement enrrouée. M^{me} X... m'avoue très franchement qu'elle n'est venue me consulter qu'en quelque sorte par acquit de conscience. Comme elle a eu quelques poussées d'eczéma depuis une douzaine d'années, les médecins qu'elle a consultés à cette époque lui ont dit, les uns qu'elle était arthritique, les autres herpétique, et, comme elle est convaincue que les laryngites à répétition

dont elle souffre, ainsi que la plupart des troubles de sa santé, sont liés à l'une ou l'autre de ces diathèses, elle a peu de confiance en un traitement local.

Voici ce que m'apprend l'anamnèse :

M^{me} X..., qui actuellement a l'apparence d'une personne en bon état de santé, a eu, dit-elle, une enfance assez délicate. Elle a toujours eu la gorge très sensible, avait souvent des rhumes de cerveau, le nez bouché, dormait la bouche ouverte et avait angines sur angines. Depuis son mariage d'où sont issus deux enfants, elle a eu à plusieurs reprises de la métrite du col de l'utérus. Depuis dix ans environ, elle a souffert à maintes reprises de laryngites et de bronchites tenaces. Quand sa bronchite la quittait, dit-elle, la laryngite la prenait. Ainsi, avant la laryngite actuelle, elle a eu une bronchite très forte; elle n'avait pas de fièvre, mais elle toussait et crachait « énormément ».

Vers l'époque de son mariage, elle a commencé à souffrir de temps en temps d'accès de spasme de la glotte. Lorsque cet accident doit se montrer, elle le sent venir : elle sent que quelque chose monte et va l'étouffer; après quelques instants d'angoisse, elle éprouve une violente constriction de la gorge, puis une dyspnée croissante avec stridor inspiratoire. Elle fait un bruit terrible, dit-elle. Cette dyspnée dure un certain temps, qu'elle ne peut évaluer exactement, augmente d'abord, arrive à un paroxysme qu'elle ne dépasse pas, et disparaît progressivement. La malade ne s'inquiète plus aujourd'hui de ces accès, qui depuis plus de vingt ans qu'elle en souffre ne lui ont jamais causé d'accidents graves. Ces accès viennent irrégulièrement, à des intervalles variables; à certains moments ils sont plus fréquents, à d'autres, plus rares, sans qu'elle puisse en deviner exactement la raison. Tantôt ces accès surviennent la nuit; tantôt le jour. Elle est souvent prise vers la fin du dîner. De temps en temps elle est prise au milieu de la rue. Comme elle sent arriver l'accès, elle se réfugie de suite dans un magasin, demande à s'asseoir, prévient qu'elle va « étouffer un peu » mais que cela ne sera rien. Le spasme se produit, cesse, et elle reprend sa promenade. La dernière fois qu'elle a été prise, c'est il y a huit jours, à dîner; puis la même nuit, elle a eu deux autres accès qui l'ont forcée à se réveiller en étouffant.

Actuellement, indépendamment de son enrouement, elle se plaint de douleur de gorge, de difficulté de la déglutition, d'irradiations douloureuses du larynx vers les oreilles. De plus il lui semble qu'elle a une plaque de feu au devant du cou.

En écoutant parler la malade, je remarque que, après chaque phrase

un peu longue, il se produit une longue inspiration pénible presque sonore, très perceptible. M^{me} X... me dit que depuis le début de sa laryngite, elle a en effet un peu de « besoin de respirer ». A l'auscultation, je ne trouve pas de râles de bronchite, mais la respiration est faible. Elle est surtout faible au sommet droit ; le son à la percussion et les vibrations thoraciques à la palpation sont normales partout.

A l'examen rhinoscopique, je constatai une étroitesse transversale assez notable du squelette des fosses nasales. La cloison un peu déviée à gauche dans sa partie supérieure, présentait à sa partie inférieure, à droite, une crête antéro-postérieure assez marquée pour qu'elle arrivât au contact du cornet inférieur du même côté. Ce cornet et surtout celui du côté opposé, étaient très notablement tuméfiés, et toute la muqueuse était très rouge. La malade fut très effrayée de me voir prendre une sonde nasale, et, sur sa demande, je renonçai momentanément à ce mode d'exploration. Au pharynx, il existait seulement un peu de pharyngite diffuse légère ; et dans le pharynx nasal, un léger degré de catarrhe nasopharyngien.

A l'examen du larynx, je trouvai les signes d'une laryngite catarrhale subaiguë, les cordes vocales, rosées, étaient recouvertes de quelques mucosités opalines, filantes. En outre, elles s'écartaient mal pendant l'inspiration ; quand je demandais à la malade de faire une inspiration profonde, la glotte n'arrivait pas à prendre une forme pentagonale, elle restait triangulaire, et les cordes vocales ne s'écartaient que par plusieurs mouvements successifs.

Je dis à la malade qu'à mon avis, l'on devait se préoccuper surtout de l'état des fosses nasales, qui pouvait être la cause de plusieurs des accidents dont elle souffrait, et notamment des accès de spasme de la glotte.

Prescription. — Lavages des fosses nasales au siphon de Weber avec de l'eau tiède additionnée d'un mélange de borax et de bicarbonate de soude. — Pulvérisations benzoïnées de la gorge avec l'appareil de Siègle. — Sinapismes au devant du sternum. — A l'intérieur potion avec bromure de sodium et alcoolature d'aconit (1 gr. 50 de bromure par jour).

Le 12 mai, M^{me} X revint me voir. Elle m'apprit que, dès le début du traitement, il y avait eu une amélioration immédiate. La respiration était devenue beaucoup plus facile, et il n'y avait eu aucune tendance aux spasmes. Elle se trouve surtout bien de ses lavages du nez. Les expirations nasales brusques, qu'elle faisait continuellement pour se dégager d'une gêne mal définie, ont cessé. La voix est meilleure,

bien qu'encore un peu enrôlée. Elle a encore un peu de gêne en avalant, et quelques irradiations douloureuses vers les oreilles, mais elle ne souffre plus de la « plaque de feu » qu'elle avait au devant du cou.

A l'examen, je trouvai à l'auscultation la respiration normale partout. Les cordes vocales étaient encore un peu rosées ; mais s'écartaient largement à l'inspiration ; il y avait beaucoup moins de mucosités. Les cornets inférieurs et notamment le cornet inférieur gauche, étaient moins rouges, mais toujours très gonflés. Je trouvai la muqueuse de ce cornet aisément dépressible à l'aide de la sonde ; mais le contact de l'instrument ayant été très pénible, je ne prolongeai pas l'examen.

Prescription. — Cesser la potion au bromure et à l'aconit, la remplacer par 4 grammes de benzoate de soude par jour pendant six jours. — Continuer les lavages du nez et les pulvérisations.

J'injectai une petite quantité de cocaïne dans les fosses nasales pour examiner plus aisément les parties profondes. La malade, très aise de pouvoir ensuite respirer largement par le nez, consentit à se soumettre au traitement galvano-caustique que je lui conseillais, sur ma promesse que la respiration nasale serait très facilitée par ce traitement.

Le 31 mai, je revis M^{me} X. Elle se trouvait toujours très bien ; la voix était redevenue claire. Il n'y avait toujours pas eu de spasme glottique. Elle était disposée à se laisser cautériser la muqueuse nasale.

Après cocainisation, je cautérisai profondément la partie antérieure du cornet inférieur gauche. Il n'y eut aucune douleur, à peine une sensation de pression profonde, mais malgré la cocaïne, il se produisit immédiatement une constriction de la gorge, suivi d'une violente attaque de spasme glottique, de peu de durée, qui se renouvela par deux fois, à moins d'une minute d'intervalle. Angoisse respiratoire, inspirations extrêmement bruyantes, qu'on entendit facilement dans la pièce voisine. Puis tout rentra dans l'ordre.

Prescription. — Cesser les lavages et les pulvérisations. Instillation dans le nez de vaseline très légèrement boriquée, deux ou trois fois par jour.

Cinq jours après, j'enlevai l'eschare. Il ne s'était plus reproduit de spasmes glottiques. Lavages du nez avec une solution boriquée tiède.

Le 10 juin, cautérisation de la partie antérieure du cornet inférieur droit. Il n'y eut pas de spasme glottique au moment de l'opération ; mais la nuit, la malade se réveilla une fois avec un léger spasme glottique. Ce fut le dernier.

Je revis la malade plusieurs fois dans le mois de juin, et dus enlever

à plusieurs reprises des exsudats qui reparaissaient sur les surfaces cautérisées. Depuis la guérison complète, la malade continue à faire le lavage du nez, presque chaque matin, tantôt avec de l'eau boriquée, tantôt avec de l'eau bicarbonatée. La santé est parfaite.

J'ai revu encore cette dame avec M. le Dr Ch. Monod. Elle ne s'est jamais trouvée aussi bien que depuis son traitement ; non seulement elle n'a plus eu d'accès de spasme de la glotte ; mais elle ne s'est jamais senti la respiration aussi libre. Il n'y a plus eu non plus aucune douleur de la gorge.

OBSERVATION XII (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès se produisant depuis huit mois chez une personne atteinte de rhinite hypertrophique. — Guérison en quelques jours par des irrigations nasales.

Le 28 février 1888, M. le Dr Tapret me fit l'honneur de me demander mon avis au sujet de Mme G., âgée de 27 ans, à qui il avait été appelé à donner des soins quelques jours auparavant. Depuis environ six mois, cette dame souffrait d'accès de spasme de la glotte. Le premier accès s'était montré à la fin du mois d'août précédent, pendant que la malade était aux bains de mer. Depuis lors, les accès étaient devenus de plus en plus intenses et fréquents. Ils se produisaient particulièrement la nuit. La malade se réveillait avec de violents accès de toux coqueluchoïde, puis, après une reprise, persistait une dyspnée violente, et une respiration bruyante et sifflante. A plusieurs reprises, ces accès, qui duraient parfois une heure entière, avaient été si effrayants qu'on avait dû aller chercher un médecin. L'un des médecins appelés avait même, une fois, proposé la trachéotomie. Depuis un mois environ, les accès revenaient toutes les nuits, plus ou moins intenses, mais toujours très sérieux. La malade avait une dysphonie très marquée et beaucoup de peine à parler. Toutes les fois où elle essayait de parler, elle ressentait une sensation de constriction au cou, et les sons vocaux n'étaient émis qu'avec beaucoup de difficulté.

Jusqu'à l'arrivée de M. le Dr Tapret, la malade avait été traitée comme tuberculeuse. M. Tapret, n'ayant trouvé que de la faiblesse du murmure respiratoire généralisée dans tout le poumon, et surtout au sommet droit, faisait de grandes réserves sur ce diagnostic, car la percussion montrait la sonorité normale partout. Il me demandait de rechercher s'il fallait attribuer les accidents laryngés à des lésions du larynx, ou plutôt, en

l'absence de ces lésions, les considérer comme des phénomènes nerveux soit par compression, soit essentiels même, la malade étant très impressionnable et présentant aussi des signes manifestes d'éthylisme.

A l'examen, qui fut très long et demanda beaucoup de patience à cause de l'extrême intolérance de la malade, je ne constatai que quelques granulations du pharynx. Le vestibule laryngé était manifestement plus rouge que la normale, mais les cordes vocales étaient parfaitement blanches et nacrées, sans aucun signe de catarrhe. A chaque tentative de phonation, les bandes ventriculaires se rapprochaient un peu et gardaient cette position, sans recouvrir cependant les rubans vocaux, ceux-ci se rapprochaient très fortement, ne pouvaient arriver à vibrer régulièrement et un son rauque et étouffé pouvait seul être émis. Il s'agissait évidemment d'une dysphonie spasmodique.

Au moment de l'inspiration, les cordes vocales s'éloignaient peu l'une de l'autre; et, même pendant les plus grands efforts d'inspiration, la glotte gardait la forme d'un triangle isocèle très allongé.

Je ne pus arriver à examiner les fosses nasales, la malade, très agacée, se retirait toujours au moment où j'allais introduire le spéculum. Il fut convenu que l'examen serait renouvelé quelques jours plus tard.

Prescription. — Bromure de potassium et codéine à l'intérieur. Pulvérisations benzoïnées dans la gorge avec l'appareil de Siègle.

Le 8 mai seulement, je revis une seconde fois M^{me} G. avec M. le Dr Tapret. Le traitement prescrit n'avait produit qu'une amélioration très légère et momentanée sans faire disparaître en aucune façon les accidents spasmodiques. La voix était cependant un peu moins mauvaise.

L'examen de la gorge et du larynx me montra exactement la même chose que la première fois. A l'examen rhinoscopique postérieur, je trouvai le pharynx nasal tout à fait normal. Mais la rhinoscopie antérieure me fit reconnaître un gonflement énorme des extrémités antérieures des deux cornets inférieurs, dont la muqueuse était en même temps très rouge et dépolie.

M. Tapret ausculta la malade et trouva la respiration faible partout, et presque nulle au sommet droit, ainsi qu'il l'avait déjà constaté.

Je fis alors dans les deux fosses nasales un large badigeonnage avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 pour 100.

Cinq minutes après, l'examen rhinoscopique faisait voir les deux cornets inférieurs complètement rétractés, le reste des fosses nasales paraissait normal, la malade respirait aisément par le nez, ce qu'elle ne faisait que difficilement un moment plus tôt. A l'examen laryngoscopique, la phona-

tion était toujours difficile, mais la respiration se faisait largement, la glotte devenait pentagonale à chaque inspiration. La voix était sensiblement améliorée.

Je priai M. Tapret d'ausculter de nouveau la malade : le murmure respiratoire s'entendait parfaitement, et avait son intensité normale partout, même au sommet droit, où la respiration était nulle quelques instants auparavant.

Il n'était donc pas douteux que le *badigeonnage du nez à la cocaïne* avait fait cesser non seulement le spasme glottique, mais encore un spasme généralisé de l'arbre bronchique. Le diagnostic de spasme réflexe d'origine nasale était établi.

Prescription. — Lavage des fosses nasales au moyen du siphon de Weber, avec de l'eau tiède additionnée d'un mélange de borax et de bicarbonate de soude.

Sous l'influence de ce traitement, les accidents respiratoires diminuèrent de suite graduellement, et cessèrent complètement au bout de 8 à 10 jours pour ne plus jamais reparaitre. La voix redevint bonne.

La malade est aujourd'hui en excellent état de santé. A peine lui restait-il quelques migraines. Deux mois seulement après la guérison des spasmes, la malade s'était enfin résolue à suivre un traitement que lui conseillait M. Tapret pour combattre des troubles digestifs symptomatiques d'une dilatation stomacale très marquée. Depuis lors, son état est encore devenu meilleur, la santé paraît parfaite.

OBSERVATION XIII (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès chez une personne atteinte de rhinite hypertrophique. — Guérison en quelques jours par des irrigations nasales.

Augustine M..., âgée de 38 ans, cuisinière, m'est adressée, le 19 mai 1888, par M. le Dr R. Jamin, qui l'a prise à son service il y a environ six semaines. Cette fille s'est, dit-elle, toujours bien portée, et n'est malade que depuis environ deux mois. A cette époque elle a été obligée de faire de longues courses dans Paris pour chercher une place, et elle a pris un violent coryza qu'elle n'a pu soigner. Pendant environ un mois, elle a eu continuellement le nez plus ou moins bouché, et elle a mouché abondamment des matières épaisses. Il y a trois ou quatre semaines, les sécrétions nasales ont diminué ; en même temps la voix s'est enrouée, et

elle s'est mise à tousser « de la gorge », dit-elle. Il s'agissait d'une petite toux sèche, spasmodique, survenant par accès, comparable à celle de la coqueluche, d'après ce que me dit la malade. Bientôt les accès de toux furent, de temps en temps, le prélude d'accès de spasme glottique intenses, avec dyspnée très violente et inspiration très bruyante. « J'ai assisté notamment à deux de ces accès dyspnéiques, m'écrit le Dr Jamin, et la difficulté de respirer semblait bien provenir des voies aériennes supérieures : il y avait une véritable suffocation laryngo-trachéale avec congestion intense vers la tête, notamment vers les yeux qui devenaient injectés et saillants... Pensant plutôt chez elle, continue mon distingué confrère, à quelques phénomènes hystériformes qu'à des manifestations tuberculeuses, puisque l'auscultation ne m'avait pas donné de renseignements, je lui avais donné du bromure, qui avait momentanément un peu calmé ses accès de suffocation spasmodique. Je lui avais prescrit également quelques purgatifs drastiques et je lui avais fait sinapiser les membres inférieurs pour diminuer les poussées congestives vers la tête... » Cette médication n'avait eu qu'un effet très passager. La malade, très impressionnable, paraissait fort inquiète de son état, et persuadée qu'elle allait étouffer un jour ou l'autre, me priait instamment de la soulager par un moyen quelconque.

A l'examen, je ne trouvai pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale. La malade me dit n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs, mais être assez impressionnable, et avoir une tendance à pleurer facilement. Il y avait un peu d'hyperesthésie et d'ovaralgie droite ; mais la malade avait ses règles, et dit ne pas souffrir du ventre en dehors de ses périodes cataméniales. Elle ne s'est pas aperçue que la toux ou la dyspnée aient eu une recrudescence pendant les jours qui ont précédé les règles, qui sont actuellement au 4^e jour (elles durent ordinairement de 5 à 8 jours).

L'examen de la poitrine, du cœur et du médiastin fut négatif.

Le pharynx était normal. La rhinoscopie postérieure faisait également constater l'intégrité du pharynx nasal et des narines postérieures.

A l'examen laryngoscopique, je constatai que la respiration se faisait facilement, et qu'il n'y avait aucune lésion de la muqueuse, mais sous le miroir, la phonation était à peu près impossible. A chaque effort fait par la malade pour émettre un son, les bandes ventriculaires ainsi que les cordes vocales vraies se rapprochaient fortement, et parfois le sommet de l'aryténoïde droit venait se placer au devant du gauche. Si je cessais l'examen, la voix revenait, mais enrrouée et entrecoupée de syllabes aphones. La malade me dit que souvent, lorsqu'elle voulait parler,

« cela la serrait à la gorge » et elle ne pouvait émettre aucun son (aphonie et dysphonie spasmodiques).

A l'examen rhinoscopique je constatai que la cloison était assez notablement déviée à gauche ; toute sa portion cartilagineuse répondait, dans la fosse nasale droite, à une concavité accentuée, et dans cette même fosse nasale, les cornets inférieur et moyen étaient extrêmement tuméfiés et de couleur rouge vif. Dans la fosse nasale gauche, on voyait une crête osseuse antéro-postérieure, faisant face en avant au cornet inférieur à peu près normal, sans le toucher, et se terminant en arrière par un fort éperon osseux dont l'extrémité tranchante et pointue, un peu relevée, arrivait au contact du cornet moyen notablement tuméfié. Toute la muqueuse était congestionnée.

Je cherchai à explorer les parties à l'aide de la sonde, mais à peine l'instrument avait-il touché le cornet inférieur droit, qu'un violent accès de toux m'obligea à suspendre l'examen. Le même résultat se produisit quand je cherchai à explorer le cornet moyen droit. La malade continua à tousser à plusieurs reprises, pendant quelques minutes, et ne put répondre à diverses questions que je lui posai ; aussitôt qu'elle voulait parler elle se remettait à tousser, et me faisait signe qu'elle ressentait de la constriction de la gorge. Je me hâtai de faire largement un badigeonnage des deux fosses nasales avec une solution de cocaïne à 20 pour 100. Au bout d'environ trois minutes, le calme reparut, et la malade accusa immédiatement un bien-être auquel elle n'était plus habituée, Elle respirait largement « du nez et de la poitrine », elle ne ressentait plus aucune constriction de la gorge et parlait beaucoup plus facilement.

L'origine nasale des accidents ne me paraissait pas douteuse ; je prescrivis à la malade des irrigations nasales matin et soir avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique ; et, priai le Dr Jamin de s'assurer de la façon dont la malade se conformerait à cette prescription, et aussi de me la renvoyer, si besoin était, pour la traiter par la galvano-caustique.

Dès le début du traitement les accidents commencèrent à s'amender, et en huit à dix jours ils avaient fini par disparaître complètement. La malade s'est senti si bien qu'elle n'a pas jugé à propos de suivre aucun autre traitement.

OBSERVATION XIV (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès chez un homme atteint de catarrhe naso-pharyngien et de rhinite hypertrophique. — Guérison par des irrigations nasales et des badigeonnages créosotés du pharynx nasal.

Le nommé P..., Édouard, âgé de 51 ans, marchand de vins, se présente à la consultation de la Clinique laryngologique de l'Institut des Sourds-Muets, le 11 mai 1888.

Depuis trois semaines environ, cet homme a été à plusieurs reprises, atteint de violents accès de suffocation. Ces accès surviennent brusquement : il semble au malade qu'« une goutte de salive lui tombe dans le larynx et l'obstrue » ; il éprouve une sensation de compression de la gorge et ne peut plus respirer qu'avec une difficulté extrême ; l'inspiration est bruyante et sifflante. Les accidents augmentent d'abord d'intensité, puis vont en diminuant et disparaissent sans laisser après eux aucune gêne respiratoire. Le dernier accès s'est produit l'avant-veille ; il a été assez intense pour inquiéter le malade et son entourage, et l'obliger à venir demander des soins.

Au moment de l'examen, la respiration est tout à fait libre ; la voix est très légèrement enrouée. Le malade se plaint de souffrir de la gorge depuis de longues années ; il éprouve au fond de la gorge une sensation de sécheresse extrême et même de brûlure. Cette sensation disparaît momentanément pendant les repas, et il n'a pas de douleurs en avalant. Il a toujours été sujet à s'enrhumer facilement. Dans son enfance, il a souvent saigné du nez ; il y a six ans, et de nouveau il y a quatre ans, il a également souffert d'épistaxis abondantes. Actuellement encore, s'il se mouche un peu fort, il tache souvent son mouchoir d'un peu de sang. Depuis environ un mois, il éprouve presque constamment une sensation de sécheresse et d'obstruction du nez. Il mouche très peu et très difficilement.

A l'examen de la gorge, on constate une pharyngite latérale assez accentuée. En même temps la paroi postérieure du pharynx est tapissée d'une trainée de mucosités verdâtres, épaisses et adhérentes. La rhinoscopie postérieure montre que tout le pharynx nasal est tapissé d'un exsudat analogue, sur sa partie postérieure et jusqu'à la voûte.

Au laryngoscope, le larynx apparaît congestionné ; les cordes vocales sont de couleur rosée, sans mucosités. Le tissu lymphoïde de la base de la langue est très apparent, un peu hypertrophié.

L'examen rhinoscopique fait constater une déviation sigmoïde de la cloison, rétrécissant la fosse nasale droite dans son tiers moyen, et la fosse nasale gauche dans son tiers antérieur. A droite, crête de la partie inférieure de la cloison, qui arrive au contact de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Hypertrophie du cornet moyen. A gauche, gonflement marqué du cornet inférieur. Petite ulcération, recouverte d'une croûte de sang desséché, à la partie antéro-inférieure de la cloison, saignant au moindre attouchement de la sonde. Le contact de cet instrument est mal supporté dans toute l'étendue des fosses nasales, il provoque du larmolement, et de la congestion des conjonctives.

Prescription. — Irrigations nasales matin et soir avec de l'eau tiède additionnée d'un mélange de borax et de bicarbonate de soude. Faire ces irrigations par la narine droite. Après chaque lavage, appliquer un peu de vaseline à l'entrée de la narine gauche, et éviter de se gratter la narine pour ne pas provoquer d'épistaxis. Nettoyages et badigeonnages du pharynx nasal, trois fois par semaine, avec la glycérine créosotée.

La malade se plaignant d'avoir un goût fétide dans la bouche, on ajoute à ce traitement des pulvérisations de la gorge avec de l'eau phéniquée à 1 pour 2000 au moyen de l'appareil de Siègle, deux fois par jour.

8 juin. Depuis le début du traitement, il n'y a pas eu d'accès de spasme de la glotte. Le malade se trouve beaucoup mieux. La voix est bonne.

4 juillet. Le gonflement des cornets a sensiblement diminué. Le catarrhe naso-pharyngien a à peu près disparu. Le larynx est encore un peu congestionné. Continuation du même traitement pendant un mois.

Le malade cesse de venir à la consultation. Cet homme est revenu dernièrement à la clinique, amenant son fils qui souffrait d'une angine. Il a encore quelques traces de catarrhe naso-pharyngien, mais ne souffre pas et se dit complètement guéri (5 novembre).

Indépendamment de ces cinq observations suivies de guérison par le traitement intra-nasal, j'en relaterai deux autres où j'ai pu constater la coïncidence d'accès de spasme glottique avec des lésions nasales accentuées.

OBSERVATION XV (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès chez une personne atteinte de rhinite hypertrophique. — Guérison par suggestion.

M^{lle} X., âgée de 28 ans, se présente, accompagnée de sa mère, à la Clinique laryngologique de l'Institution des sourds-muets, le 26 décembre 1887.

L'avant-veille, dans la soirée, elle a été vue par M. le Dr Hanot, qui l'a trouvée en plein accès de spasme glottique : dyspnée intense, stridor, angoisse, face violacée, asphyxie imminente. L'accès n'ayant pas tardé à diminuer peu à peu d'intensité pour disparaître à peu près complètement, ne laissant qu'un peu de gêne respiratoire et une aphonie presque complète, M. le Dr Hanot a conseillé à sa mère, avant tout examen, de me la conduire pour qu'elle se soumit à l'examen laryngoscopique.

L'anamnèse m'apprit que M^{lle} X... s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 26 ans. A cette époque, elle avait eu un violent chagrin, qui lui avait laissé une grande tendance à la tristesse et une extrême irritabilité nerveuse. Depuis quelques temps, à la suite d'un rhume, sa voix s'était enrouée, et l'émission des sons était devenue difficile. Lorsqu'elle voulait parler, elle avait à la gorge une sensation de constriction intense, qui lui rendait toute conversation impossible; après avoir prononcé quelques paroles, il lui devenait impossible de continuer sa phrase. Ces accidents variaient d'ailleurs d'intensité d'un moment à l'autre. Bientôt après, avaient apparus les premiers accidents respiratoires; les accès de spasme glottique se montraient dans la soirée et au commencement de la nuit; ils débutaient brusquement par quelques secousses de toux, et après avoir duré une heure ou une heure et demie, se reproduisant à plusieurs reprises, ils disparaissaient progressivement. Depuis trois semaines, les attaques étaient devenues beaucoup plus fréquentes, et depuis une semaine, ils étaient presque quotidiens, et d'une intensité telle que la question de la trachéotomie avait été discutée, l'asphyxie semblant imminente. La malade était faible, très fatiguée, et avait maigri.

L'examen de la poitrine faisait constater une respiration faible partout, et surtout très faible au sommet du poumon droit. A la percussion, on trouvait une très légère diminution du son sous la clavicule droite.

Pas d'anesthésie cutanée. Légère sensibilité à la pression dans la région de l'ovaire droit.

La malade, très impressionnable, était agitée d'un tremblement ner-

veux qui gênait l'examen, et se prêta de très mauvaise grâce à l'examen laryngoscopique, qui l'effrayait beaucoup.

L'examen du pharynx me fit voir qu'à part une congestion généralisée il n'y avait pas de lésions appréciables. Je ne trouvai rien non plus dans le pharynx nasal que j'eus d'ailleurs beaucoup de peine à voir.

Le miroir laryngoscopique étant en place, je constatai que tout le vestibule du larynx était également fortement congestionné, mais les cordes vocales étaient parfaitement blanches, nacrées, tout à fait normales.

A chaque inspiration elles s'écartaient peu de la ligne médiane ; la glotte conservait la forme d'un triangle isocèle très allongé, les cordes vocales demeuraient rectilignes.

A chaque tentative de phonation, les cordes inférieures se rapprochaient fortement, au point de ne pouvoir vibrer, et l'émission du son était presque impossible. Il n'y avait pas d'entre-croisement des aryténoïdes.

Il s'agissait d'une dysphonie de nature spasmodique.

Je me mis en devoir de pratiquer la rhinoscopie antérieure, mais je me heurtai à une résistance invincible. A peine avais-je introduit ou approché le spéculum de l'entrée de la narine, que la malade se reculait fortement en arrière.

Après quelques minutes de repos, je me mis en devoir de recommencer l'examen ; mais comme quelques jours auparavant, j'avais guéri instantanément, par suggestion, une jeune hystérique atteinte d'aphonie paralytique, fait que j'ai rapporté ailleurs (1), je voulus voir si, par le même moyen, je n'obtiendrais pas de résultat dans ce cas où les troubles vocaux étaient de nature spasmodique.

En conséquence, j'affirmai à la malade que j'allais la guérir immédiatement ; j'introduisis le miroir laryngoscopique dans la gorge, et en même temps que j'enfonçais celui-ci jusqu'à l'entrée de l'œsophage, je lui dis : « c'est fini, vous voilà guérie maintenant » ; et comme M^{lle} X. me regardait, étonnée, j'ajoutai, avec le plus de naturel possible : « Eh bien ! parlez ; maintenant vous pouvez parler ». En effet la malade, à la grande surprise des assistants, se mit à parler sans efforts, avec une voix à peu près naturelle. J'ajoutai alors : « Vous êtes également guérie de vos accès d'étouffement, vous n'en aurez plus ; vous pouvez vous retirer ».

Je pris alors à part la mère de la malade, et lui dis que, malgré ce que je venais de dire, il pouvait se faire que les accidents revinssent ;

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 décembre 1887.

dans ce cas, elle devait donner à la malade un bain de pieds sinapisé, lui appliquer une éponge imbibée d'eau très chaude au devant du cou, et m'envoyer chercher. Je fis les mêmes recommandations à un étudiant en médecine, parent de la malade, qui l'avait accompagnée à la clinique, et devait la surveiller.

La malade resta quinze jours environ sans me donner de ses nouvelles, et revint chez moi. Elle m'apprit que les accidents respiratoires n'avaient pas reparu, et que sa voix était redevenue tout à fait normale deux jours après qu'elle m'avait vu. Actuellement, la voix était en effet parfaitement claire et bonne.

A l'examen laryngoscopique, je ne constatai absolument rien d'anormal. L'état congestif de la gorge et du vestibule laryngé, que j'avais constaté à mon premier examen avait à peu près complètement disparu, le larynx s'ouvrait largement à chaque inspiration, l'émission de la voix était facile et naturelle.

A l'examen rhinoscopique, je constatai un gonflement énorme des extrémités antérieures des deux cornets inférieurs, dont la muqueuse était en même temps rouge et tendue. Un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 20 pour 100 fit disparaître ce gonflement en quelques minutes, et ne me permit de rien constater d'anormal dans les parties profondes des fosses nasales.

Un interrogatoire un peu prolongé m'apprit que, depuis plusieurs années, la malade, à la suite d'un coryza violent, avait été très sujette à prendre rhumes sur rhumes. Elle avait souvent le nez bouché, des accès d'éternuements, des céphalalgies sus-orbitaires, de temps en temps elle mouchait abondamment de l'eau claire pendant quelques minutes, mais en temps ordinaire elle éprouvait une sensation désagréable de sécheresse dans le nez.

Je ne doutai pas dès lors que les troubles vocaux et respiratoires spasmodiques dont elle avait souffert ne fussent liés à l'état du nez ; et je prescrivis, pour commencer, des irrigations nasales avec une solution alcaline.

La percussion faisant encore constater un peu d'obscurité du son au sommet du poumon droit, je prescrivis en outre la créosote de hêtre à la dose de quarante centigr. par jour et une cuillerée à potage de glycérine, mélangée à du vin blanc, à chaque repas.

M^{lle} X..., retenue par ses occupations, resta près de trois mois sans revenir me voir. Son état général s'était considérablement amélioré ; elle avait notablement engraisé et avait tout à fait bonne mine. Il n'y a plus

eu aucun trouble de la voix ni de la respiration semblables à ceux qu'elle avait éprouvés autrefois; seulement elle se plaignait d'un peu de douleur entre les épaules, et il lui semblait, disait-elle, qu'« elle ne respirait pas du côté gauche ». Elle ressentait comme une compression de toute la moitié gauche du thorax.

L'examen de la poitrine me donna les mêmes renseignements que j'avais déjà recueillis. Il n'y avait aucun changement notable; la respiration s'entendait peut-être un peu mieux au sommet droit, mais à la percussion on apercevait toujours en ce point une légère obscurité du son.

J'examinai le nez, et le trouvai dans le même état que la première fois. M^{lle} X. m'apprit d'ailleurs qu'elle n'avait pas fait les lavages que je lui avais recommandés. Un badigeonnage nasal à la cocaïne fit disparaître en quelques instants la sensation de pression et de difficulté respiratoire du côté gauche, ainsi que la douleur entre les épaules qu'elle ressentait auparavant.

Je conseillai à la malade de faire les irrigations nasales que je lui avais prescrites, et de revenir le plus tôt possible pour se soumettre au traitement galvano-caustique de sa rhinite hypertrophique; mais elle fut sans doute effrayée, car elle ne revint plus et je n'ai plus eu de ses nouvelles (1).

OBSERVATION XVI (PERSONNELLE)

Spasmes glottiques par accès se produisant depuis vingt-cinq ans chez un homme atteint de rhinite hypertrophique ancienne. — Cauchemars. — Obstruction nasale intermittente.

M. X..., âgé de 55 ans, chef de bataillon d'infanterie, m'a été adressé par M. le Prof. Ch. Bouchard, le 26 avril 1888.

M. X. a toujours eu une santé générale excellente; il est encore très vigoureux, et M. Bouchard qui le connaît depuis longtemps, ne lui a

(1) J'ai communiqué cette observation, ainsi qu'une autre que j'avais déjà citée dans un article de la *Gazette des hôpitaux* (10 décembre 1887), et une troisième encore inédite, à la Société de psychologie physiologique. (*Trois cas d'aphonie nerveuse guéris par suggestion à l'état de veille. — Procès-verbaux inédits; séance du 26 mars 1888*). Des faits analogues ont été publiés par plusieurs auteurs (Bottey, Boland, Rosenbach cité par Gottstein), mais je ne pense pas que personne ait encore cité un cas où, en même temps que des troubles vocaux, des troubles respiratoires graves aient disparu tout à coup sous l'influence d'un traitement purement psychique.

jamais reconnu de symptômes d'hystérie ni de tabes. La poitrine et le médiastin sont parfaitement normaux. Tout son passé pathologique se réduit à une pleurésie légère, qu'il a eue à l'âge de 25 ans, et qui n'a pas eu de suites.

Il se rappelle qu'étant enfant, lorsqu'il pleurait pour un motif quelconque, il était suffoqué pendant des heures entières; mais les accès de spasme glottique dont il souffre maintenant encore n'ont débuté qu'à l'âge de trente ans. Ces accès débutent brusquement, mais sont annoncés au malade par la sensation d'une goutte de salive qui tomberait dans le larynx, ou d'un crachat qui y remonterait; puis par une constriction de la gorge qui précède de quelques secondes la première inspiration striduleuse. La respiration devient extrêmement difficile et bruyante, il semble qu'il y ait dans le larynx « une soupape qui se ferme à chaque appel d'air », la dyspnée augmente de plus en plus, et, au moment où il semble au malade qu'il va perdre connaissance, l'accès se termine par une violente quinte de toux. Quelquefois, l'accès se borne à une inspiration sifflante suivie d'une violente quinte de toux.

Ces accès se produisent rarement en plein air, sauf quelquefois lorsque le malade marche contre le vent et que celui-ci est violent; ils se montrent plutôt à la fin du diner, ou encore pendant le travail de bureau. Certaines causes les provoquent, par exemple l'exposition prolongée à l'odeur de la fumée de tabac et des liqueurs fortes. M. X... n'a jamais pu fumer; il ne peut non plus boire de liqueurs. Toutes les fois où il a essayé, il s'est produit immédiatement de la rougeur de la face, de l'oppression, il lui semble que la gorge et les sommets des poumons se congestionnent brusquement. Quand par hasard, à table, il avale de travers, l'accès spasmodique se produit fatalement, et très violent. Aussi est-il obligé de s'abstenir de toute conversation pendant les repas, et de faire très attention à lui. Ces crises se montrèrent irrégulièrement, survenant quelquefois la nuit, mais beaucoup plus souvent le jour, pendant environ quinze ans. Puis elles augmentèrent de fréquence, et pendant à peu près quatre ans il en eut plusieurs fois par semaine. Il a même été une fois, pendant quatre jours, atteint d'accès subintrants ne lui laissant que quelques minutes de répit. Depuis environ six ans, la fréquence des accès a diminué, parce que le malade a commencé à pouvoir les empêcher de temps en temps, lorsqu'il a le temps, au moment où la constriction glottique se produit, d'avaler quelques gorgées d'eau. Alors l'accès avorte ou est très peu accentué. Lorsque M. X... n'a pas d'eau à sa disposition, il réussit quelquefois à éviter l'accès en avalant plusieurs fois coup sur coup sa salive; mais ce moyen

lui réussit moins bien que le précédent, aussi prend-il soin d'avoir toujours et partout sur lui une petite bouteille remplie d'eau. Grâce à cette précaution il n'a pas eu d'accès violent depuis environ quatre mois.

La voix est bonne, mais le malade se plaint de vite se fatiguer lorsqu'il parle longtemps à haute voix. Cette fatigue ne se produit pas lors d'une conversation ordinaire, mais seulement lorsqu'il est obligé de parler seul un peu longtemps. Ainsi, lorsqu'il faisait des conférences à ses officiers, il ne pouvait parler quelque temps sans éprouver de la constriction de la gorge, et s'il ne se reposait pas alors, il en arrivait à ne pouvoir émettre des sons que très difficilement, et au prix d'une fatigue considérable. Encore aujourd'hui, le malade éprouve les mêmes symptômes de moguiphonie lorsqu'il donne à son fils des leçons de mathématiques.

L'audition est normale, bien que M. X. ait été sujet aux otites dans son enfance, et qu'il ait été atteint, il y a huit ans, d'un peu de surdité, de bourdonnements d'oreilles et de vertiges, qui ont rapidement cédé à un traitement approprié.

A l'examen, je ne trouvai absolument rien au pharynx buccal ni nasal, ni au larynx.

Mais l'examen rhinoscopique antérieur me fit constater des lésions marquées : les cornets moyens étaient assez notablement hypertrophiés et accolés à la cloison. Celle-ci déviée à droite, porte du même côté, vers le tiers postérieur, une crête osseuse pointue, formée par une partie du vomer, qui vient presser fortement sur le tiers postérieur du cornet inférieur. Les cornets inférieurs, des deux côtés, ne semblent que légèrement augmentés de volume au moment de l'examen, mais la muqueuse qui les recouvre, grisâtre, d'aspect chagriné, est manifestement épaissie ; elle est flasque, ballottée sous la sonde, et recouvre l'os sous-jacent à la façon d'un sac beaucoup trop grand. L'exploration à l'aide de la sonde était assez bien supportée ; au niveau du contact entre l'éperon osseux et le cornet inférieur droit, elle provoquait une douleur assez vive, sans autre réaction d'ailleurs.

J'interrogeai alors le malade sur les symptômes qui pouvaient dépendre de l'état du nez, et j'appris que, depuis plus de trente ans, il avait de temps en temps le nez plus ou moins bouché dans le jour, et toujours pendant la nuit. Maintenant encore il ne peut dormir que la bouche ouverte et se réveille chaque matin avec une grande sécheresse de la gorge. Depuis vingt-cinq ans environ il a toujours été sujet à des cauchemars violents, à la suite desquels il se réveille. Il sent alors qu'il vient de se réveiller, et qu'il a rêvé, mais, pendant quelques instants il

est « comme cloué dans son lit », il lui est impossible de faire aucun mouvement. Ce symptôme a souvent précédé des accès de spasme glottique. Il est moins accentué aujourd'hui, comme ces accès eux-mêmes. Pendant sa jeunesse, M. X. a été sujet aux maux de tête ; mais il n'en souffre plus guère aujourd'hui.

Comme toutes les médications possibles, essayées antérieurement, n'avaient jamais produit aucun effet, je prévins le malade de la possibilité de l'origine nasale des accidents, et lui proposai d'enlever d'un trait de scie la partie déviée du vomer et de cautériser ensuite au cautère galvanique les tissus hypertrophiés de la muqueuse nasale. M. X., en garnison en province, ne pouvait rester plus longtemps à Paris, et dut remettre à plus tard ce traitement.

J'ai eu, il y a quelques jours, de ses nouvelles ; son état ne s'est pas modifié.

Je terminerai cette série d'observations par la relation d'un fait, qui, bien qu'il ait trait à un jeune enfant, relève évidemment de la question qui nous occupe.

OBSERVATION XVII (PERSONNELLE)

Thèse de doctorat de M. BALME. Paris, 1888, p. 124.

Spasmes glottiques par accès depuis vingt-huit mois chez une fillette de quatre ans, atteinte de végétations adénoïdes et de rhinite hypertrophique. — Ablation des végétations ; amélioration. — Irrigations nasales : disparition des accès.

La jeune D..., âgée de 4 ans moins deux mois, m'a été adressée par M. le Dr Bilhaut le 17 mai 1888. Cette enfant est atteinte, tous les mois et quelquefois plus souvent, d'accès de toux rauque, accompagnés de spasme glottique intense avec inspiration bruyante et striduleuse.

La mère m'apprit que ces accidents s'étaient montrés pour la première fois lorsque l'enfant était âgée de 18 mois. Depuis cette époque, elle a été prise tous les mois, quelquefois deux fois dans le même mois, d'accès qui se produisaient toujours de la même manière.

La veille le nez se mettait à couler. Cet écoulement, assez abondant, était clair et limpide (rhinorrhée séreuse). Ce fait, qui ne se produisait jamais à une autre époque, avertissait les parents que l'accès se montrerait pendant la nuit.

En effet, vers une heure ou deux du matin, l'enfant était prise d'une toux rauque, et se réveillait avec un violent spasme glottique, avec inspiration bruyante. Dans ces derniers temps, elle se plaignait alors d'étouffer.

Cet accès durait environ douze heures, pendant lesquelles elle était très abattue, comme endormie, pouvant à peine ouvrir les yeux. Peu à peu, les accès sont devenus plus longs ; la durée s'est accrue progressivement de 12 à 24 heures, et il a duré 30 heures la dernière fois, il y a quelques jours.

En même temps qu'ils augmentaient de durée, ils augmentaient aussi d'intensité : depuis dix-huit mois, elle avait chaque fois une ou deux syncopes. Au dernier accès, elle a eu six syncopes dans l'après-midi, entre midi et cinq heures. Le Dr Bilhaut a assisté à une de ces syncopes.

Elle n'a jamais eu de fièvre pendant ni avant ces accès. Qu'elle sorte ou non, qu'elle prenne froid ou non, les accès revenaient toujours presque périodiquement, toutes les trois semaines ou tous les mois. Une fois seulement elle a été indemne pendant quatre mois, mais les accès ont reparu ensuite. Aucune médication n'a paru avoir un effet appréciable.

Dans l'intervalle des accès, la santé est bonne, mais l'enfant dort mal. Elle ronfle la nuit ; on la voit couverte d'une sueur froide, elle devient violacée, surtout aux joues et se réveille en se plaignant. Elle se rendort, et peu de temps après les mêmes phénomènes se produisent.

A l'examen, je trouvai l'amygdale gauche, très hypertrophiée, repoussant la luette à droite. L'amygdale droite était à peine un peu plus grosse que la normale. J'arrivai assez facilement à voir le larynx dans un petit miroir. Il me parut normal, autant que j'en pus juger à un examen forcément rapide et incomplet.

Je ne pus arriver à pratiquer la rhinoscopie postérieure, car l'enfant se fatiguait de l'examen ; mais la rhinoscopie antérieure me montra un gonflement extrêmement marqué de la muqueuse des cornets inférieurs.

La fillette tenait la bouche ouverte constamment. Je ne pus arriver à explorer la perméabilité nasale en la faisant souffler. La mère me dit que jamais elle n'avait pu la faire moucher. Je fis le toucher digital du pharynx nasal, que je trouvai rempli de tumeurs adénoïdes.

L'aspect général de la petite malade était bon ; et l'apparence était celle d'une enfant de bonne mine et en bonne santé.

La tuméfaction de la pituitaire et la rhinorrhée séreuse qui précédait les accès, me firent penser qu'il s'agissait d'accidents réflexes d'origine nasale. Je conseillai d'enlever les tumeurs adénoïdes, d'où dépendait la

rhinite, d'enlever également l'amygdale hypertrophiée, et de faire ensuite pendant quelque temps, des lavages naso-pharyngiens.

J'opérai les tumeurs adénoïdes le 22 mai, sous le chloroforme. Les suites de l'opération furent absolument bénignes.

Huit jours après (29 mai), la mère me conduisait sa fille et m'apprenait qu'elle était comme « transformée » depuis l'opération. « Maintenant elle dort bien, la bouche fermée. Elle ne devient plus bleue. Elle se mouche. Sa voix est bien meilleure. Enfin son caractère a beaucoup changé, elle est beaucoup plus calme. »

Je constatai que la tuméfaction de la muqueuse du nez avait beaucoup diminué, et je pris jour pour enlever l'amygdale, ce que je ne pus faire que le 21 juin.

Dans l'intervalle il y eut encore un accès de spasme glottique. Le 1^{er} juin, l'enfant s'était mise à tousser d'une toux sèche et rauque; et, à une heure du matin elle fut prise de son accès, qui persista encore 24 heures, mais très atténué. Il n'y eut pas de syncope. Quelques heures après le début, il y eut de l'amélioration, et jusqu'à la fin de l'accès, la respiration n'était striduleuse que lorsque l'enfant respirait la bouche ouverte. Lorsqu'elle la fermait et respirait par le nez, la respiration devenait normale.

Je vis la petite malade le lendemain, et alors tout était rentré dans l'ordre. La muqueuse du nez était un peu plus tuméfiée qu'après l'opération. J'appris alors que les lavages du nez que j'avais prescrits n'avaient pas été faits. Je recommandai de les faire exactement, ce qui fut fait.

Depuis lors l'enfant s'est trouvée de mieux en mieux, et il n'y a plus eu aucun accident. Je n'oserais cependant pas affirmer que la guérison est radicale; puisque, une fois déjà, l'enfant est restée quatre mois sans accès. S'ils reparaissaient, je n'hésiterais pas à détruire la muqueuse nasale tuméfiée par la galvano-caustique, afin de n'avoir plus à en craindre le retour.

J'ai eu des nouvelles de cette petite malade le 7 novembre 1888. A ce moment, cinq mois s'étaient écoulés sans que la fillette ait eu une seule fois du spasme de la glotte. Il est donc très vraisemblable que la guérison est définitive.

III

Les documents qui précèdent permettent, je pense, d'affirmer qu'il est légitime de compter la dyspnée laryngo-spas-

tique parmi les accidents nerveux qui peuvent dépendre d'une affection nasale, et guérir lorsque cette affection elle-même disparaît sous l'influence d'un traitement approprié.

En effet, si nous laissons de côté, pour le moment, les deux faits qui ont trait à des enfants (obs. II, de Hack, et obs. XVII, de Ruault), pour ne nous occuper que de ceux qui se rapportent à des adultes ; nous voyons que, sur quinze observations de malades présentant à la fois des accès de spasme de la glotte et des lésions nasales, la guérison a été obtenue onze fois par le traitement de la maladie du nez, alors que les autres traitements avaient échoué complètement neuf fois, et dans les deux autres cas, n'avaient produit qu'une amélioration momentanée. Sur ces onze guérisons, nous trouvons deux cas (obs. VII, de Heryng, et obs. X, de Sourdrille) où les malades n'ont pu être suivis assez longtemps pour permettre aux auteurs d'affirmer que la guérison était durable, mais, dans les deux cas, l'influence du traitement intra-nasal sur les accidents spasmodiques a été tellement nette, qu'il semble très probable que la guérison a été définitive.

Cette proportion de onze guérisons sur quinze malades mérite d'autant plus d'appeler l'attention, que les quatre autres malades n'ont été soumis à aucun traitement de la rhinopathie. L'un d'entre eux, il est vrai (obs. XV, de Ruault) a guéri sous l'influence d'un traitement psychique, mais d'autres accidents nerveux n'ont pas tardé à apparaître, et ces accidents étaient très vraisemblablement sous la dépendance de l'état du nez. Pour ce qui a trait aux trois autres, je ne sais si Heryng a revu les deux siens (obs. VI et VIII), mais celui que j'ai observé (obs. XVI), est toujours dans le même état.

Si l'on veut bien se souvenir d'autre part de ce que j'ai déjà dit plus haut, à savoir que, jusqu'ici, il n'a pas été publié d'observation de spasme glottique essentiel de l'adulte où l'on ait pratiqué l'examen rhinoscopique sans trouver des lésions plus ou moins accentuées des fosses nasales, on re-

connaîtra, je pense, que cette circonstance donne plus de valeur encore aux faits qui précèdent.

Je n'entends pas, bien entendu, dire que si l'on avait examiné les fosses nasales de tous les malades atteints de spasme glottique essentiel, on aurait trouvé, dans tous les cas, des lésions nasales ; je ne dis pas non plus que, lorsque cette maladie est de nature réflexe, le point de départ de ces réflexes ne puisse être ailleurs que dans le nez ; mais, m'appuyant sur des faits précis, je constate que les observations citées plus haut suffisent à démontrer péremptoirement l'existence du spasme glottique par accès, d'origine nasale, maladie de durée indéterminée, rebelle aux médications ordinaires, et curable par le traitement de la rhinopathie.

L'affection nasale qui donne lieu au spasme glottique peut être primitive ou secondaire, comme il arrive d'ailleurs pour toutes les névroses réflexes. Deux fois sur quinze, il s'agissait de polypes muqueux ; dans les treize autres cas, on a noté la rhinite hypertrophique. Si dans un certain nombre de cas, la rhinite hypertrophique avait suivi une ou plusieurs attaques consécutives de coryza aigu, elle semblait dans d'autres s'être installée progressivement et s'être montrée chronique d'emblée. Or la forme de rhinite hypertrophique caractérisée, dès son début et pendant une période plus ou moins longue de son évolution, par la réplétion exagérée du tissu érectile, forme si souvent notée dans nos observations, est la plupart du temps une affection secondaire. Elle peut être secondaire à des lésions intra-nasales, telles que les polypes muqueux, les déviations et les éperons de la cloison ; ou à des affections de voisinage, comme le catarrhe nasopharyngien, mais souvent aussi elle est le résultat de poussées congestives réflexes dont le point de départ est situé dans des organes éloignés.

Dans un très grand nombre de cas, ce point de départ siège, soit dans le tube digestif, soit dans les organes génitaux.

Mon maître, M. le Professeur Ch. Bouchard, a signalé, le

premier je pense, la fréquence des coryzas chez les malades atteints de dilatation stomacale. J'ai pu me convaincre par de nombreuses observations, ainsi que je l'ai dit ailleurs (1), que ces symptômes de coryza (rhinorrhée séreuse, accès d'éternuements, obstruction nasale intermittente) sont l'expression de la forme de rhinite hypertrophique en question. A la fin des repas, la congestion de la pituitaire de ces malades est à son maximum, aussi les symptômes ci-dessus indiqués se montrent-ils fréquemment de préférence à ces moments de la journée, souvent accompagnés de quelques autres réflexes, par exemple la rougeur de la conjonctive, le gonflement et la rougeur du nez et des parties voisines de la face (symptôme observé très fréquemment par M. Bouchard chez les dilatés, et, amenant consécutivement des lésions cutanées, certaines formes d'acné par exemple). Indépendamment de ces accidents, ces malades peuvent souffrir, et souffrent en effet très souvent, d'autres accidents nerveux d'origine nasale.

C. Secchi (de Bologne) a soutenu récemment que les troubles intestinaux pouvaient suffire à produire cette forme de rhinite hypertrophique, et Buck (de New-York), a également signalé l'irritation du conduit gastro-intestinal parmi les causes indirectes du catarrhe naso-pharyngien. J'ai moi-même signalé la fréquence de la pharyngite granuleuse (2) et des hypertrophies amygdaliennes persistantes (3) chez les malades atteints de dilatation stomacale ou de différentes formes de dyspepsie. Toutes ces lésions sont très vraisemblablement sous la dépendance de poussées congestives des premières voies, d'origine gastro-intestinale.

Une autre cause très puissante de congestion réflexe des premières voies, et surtout de la muqueuse du nez, c'est l'irritation des organes génitaux, soit physiologique ou artifi-

(1) RUAULT. Les névropathies réflexes d'origine nasale. *Gazette des hôpitaux*, 10 décembre 1887.

(2) RUAULT. Cité par Le GENDRE. Thèse de Paris, 1888.

(3) *Archives de laryngologie*, t. 1, p. 158.

cielle (puberté, menstruation, coït, masturbation), soit pathologique (affections utérines et autres). Les troubles nerveux, céphalalgies, migraines, névralgies faciales, les épistaxis, dont les rapports avec l'établissement de la puberté ou avec l'approche des périodes cataméniales sont aujourd'hui bien connus, ne sont que des conséquences de la congestion réflexe, d'origine génitale, de la muqueuse du nez. Ces poussées congestives peuvent aussi se montrer surtout au pharynx nasal, et même au pharynx buccal, et y donner naissance à certaines variétés d'angines (1). Les affections de l'utérus et de ses annexes sont très fréquemment accompagnées de symptômes éloignés qui dépendent de la congestion de la pituitaire. J. N. Mackenzie (de Baltimore), et plus récemment Joal, Buck, et d'autres, ont attiré l'attention sur la plupart des faits qui précèdent. Pour ma part, j'ai fréquemment reconnu que, chez les femmes, l'époque d'apparition des premiers symptômes de rhinite suivait de près celle où s'étaient montrées des métrites. Souvent aussi j'ai vu ces symptômes apparaître, chez des jeunes garçons ou des jeunes filles, à l'époque de la puberté, et, chez les femmes, s'aggraver au moment des règles ou les jours précédant leur apparition. Une des malades dont j'ai rapporté plus haut l'histoire avait régulièrement du spasme glottique après les rapports conjugaux.

En passant en revue les observations qui servent de base à ce mémoire, on peut dans un certain nombre de cas reconnaître l'origine de la rhinite hypertrophique que présentaient les malades. Quelquefois, l'affection a paru consécutive au coryza aigu ; ou bien encore sous la dépendance de déviations exagérées de la cloison des fosses nasales ; trois fois, les malades étaient atteints de troubles gastriques. L'alcoolisme, qui, soit par lui-même, soit à cause des troubles digestifs qu'il détermine, est aussi une cause très fréquente de rhinite hypertrophique, est noté dans un cas ; et il est

(1) RUAULT. Cité par Balme. Thèse de Paris, 1888, p. 29.

probable qu'il existait chez l'une des malades de Heryng, qui avait vendu sa canule pour boire, comme chez le débiteur de vins dont j'ai rapporté l'observation. Les irritations génitales sont notées plusieurs fois : la malade de Predz-borski venait d'être violée quand son affection a débuté, deux des miennes venaient de se marier, une malade de Heryng se livrait à l'onanisme et avait de la métrite. La métrite est également indiquée dans une de mes observations.

Dans un certain nombre de cas, on pouvait incriminer plusieurs de ces causes à la fois ; ainsi : déviation de la cloison, onanisme, métrite (obs. VII, de Heryng) ; déviation de la cloison, mariage récent, dilatation stomacale (obs. X) ; étroitesse congénitale des fosses nasales, mariage, puis métrite (obs. XI) ; dilatation stomacale, excès alcooliques (obs. XII) ; coryza aigu violent, déviation de la cloison (obs. XIII) ; excès alcooliques probables en raison de la profession, catarrhe naso-pharyngien, déviation de la cloison (obs. XIV).

Je n'insisterai pas davantage sur l'étiologie de la rhinite hypertrophique. Si j'ai abordé ici cette question, qui semble en partie étrangère à l'objet de mon travail, c'est pour appeler une fois de plus l'attention sur ces réflexes dont la cause est une irritation nasale, celle-ci étant elle-même le résultat de réflexes partant de régions plus éloignées. On ne saurait trop répéter que ces cas, où l'affection nasale est elle-même la conséquence de troubles morbides préexistants, sont au moins aussi fréquents que ceux où elle est primitive. Bien des médecins ignorent en effet que, dans beaucoup de cas, la muqueuse nasale n'est qu'un anneau de la chaîne des phénomènes morbides, et c'est pour cela qu'ils se sont crus autorisés à crier à l'exagération, accusant les rhinologistes de faire rentrer dans le nez toute la pathologie.

En voyant le rhinologiste attribuer une origine nasale à un symptôme connu pour être très fréquent dans certaines affections, gastriques ou utérines par exemple, le méde-

cin qui n'est pas rhinologiste cherche du côté de l'estomac ou de l'utérus, et s'il y trouve quelque chose, il se demande ce que le nez peut bien avoir à faire en pareil cas. Il soigne l'estomac, ou l'utérus, et comme il obtient souvent une amélioration des symptômes que les rhinologistes ont attribués au nez, il triomphe à peu de frais. Mais il faut cependant remarquer qu'il n'obtient de guérisons que lorsqu'il a pris la maladie à son début. Dans le cas contraire, surtout lorsqu'il a affaire à des affections déjà anciennes, il échoue bien souvent là où le rhinologiste peut aisément obtenir la guérison par un traitement intra-nasal. C'est que les poussées congestives répétées dont la muqueuse nasale a été le siège ont fini par amener des altérations définitives de cette muqueuse capables par elles-mêmes de produire des réflexes. Le symptôme (migraine, névralgie faciale, ou spasme glottique) que le nez n'eût pas été capable de produire au début si lui-même n'eût été le siège d'une irritation passagère due à une congestion réflexe à point de départ gastrique, utérin ou autre, se trouve lié maintenant à une irritation nasale causée par des lésions de la pituitaire elle-même. C'est à celle-ci qu'il faudra s'adresser désormais si l'on veut guérir le malade.

Aussi serait-on mal fondé à me reprocher d'avoir rangé toutes les observations qui précèdent sous le titre de spasmes glottiques d'origine nasale, et de n'en avoir pas présenté quelques-unes sous le titre de spasmes glottiques d'origine gastrique ou d'origine utéro-ovarienne. Dans ces observations, c'est peut-être en effet l'utérus, l'estomac, ou tous les deux, qui ont été la cause de l'affection nasale; mais c'est celle-ci qui a déterminé le spasme glottique, et je ne serais pas en droit de me rattacher à l'une ou à l'autre des causes éloignées variables, plutôt qu'à la cause prochaine, qui est constante.

Ainsi que je l'ai dit ailleurs (1), je ne crois pas que certai-

(1) *Gazette des hôpitaux*. Loc. cit.

nes régions des fosses nasales aient le monopole de produire les réflexes nasaux ; je pense, contrairement à Hack, Heryng, et d'autres, mais avec E. Fränkel, Joal, et quelques autres auteurs, que ceux-ci peuvent partir de n'importe quel point de la pituitaire, et qu'ils sont dus à l'irritation des filets nerveux terminaux de ce point de la muqueuse. J'admets volontiers que divers réflexes sont quelquefois attribués à tort aux fosses nasales, et qu'ils peuvent avoir leur point de départ dans la cavité naso-pharyngienne ; j'ai même soutenu l'opinion qu'ils pouvaient partir des amygdales palatines (1) ou de la base de la langue (2), aussi bien que du pharynx proprement dit. Mais il n'en est pas moins vrai que, sans doute en raison de l'extrême richesse nerveuse de la pituitaire, les névropathies réflexes d'origine nasale sont infiniment plus nombreuses et fréquentes que celle d'origine pharyngienne. En ce qui concerne le spasme glottique par accès, l'observation I, due à Hack, semble démontrer que son point d'origine peut être le pharynx nasal, et qu'il peut céder à la suite d'un traitement local de cette région ; mais, dans les deux observations que je rapporte, et dans lesquelles les lésions étaient surtout marquées dans le pharynx nasal, il y avait en même temps des lésions nasales. Or, dans la première, où il s'agit d'un homme qui avait, en même temps qu'un catarrhe naso-pharyngien très marqué, un gonflement de la muqueuse du nez, les spasmes glottiques ont disparu lorsque ce gonflement a diminué, dès les premières irrigations, alors que le catarrhe naso-pharyngien n'était encore pas sensiblement modifié (obs. XIV). Dans le second cas, qui a trait à un enfant atteint de tumeurs adénoïdes du pharynx avec tuméfaction de la muqueuse nasale, l'ablation des végétations, qui avait cependant fait sensiblement diminuer la tuméfaction de la muqueuse du nez, n'a pas suffi à arrêter les accès de spasme de la glotte, tandis qu'ils ont

(1) *Archives de laryngologie*, t. I, p. 154.

(2) *Archives de laryngologie*, t. I, p. 193.

disparu aussitôt que des irrigations nasales ont pu modifier directement la pituitaire. Je me crois donc en droit de dire qu'en ce qui me concerne, tous les cas que j'ai rapportés sont d'origine nasale, et que, dans les observations XIV et XVII, les lésions naso-pharyngiennes n'ont agi qu'en déterminant la tuméfaction de la pituitaire.

L'existence du spasme glottique par accès, d'origine nasale, étant établie, il nous faut maintenant rechercher quels sont les gens prédisposés à l'affection qui nous occupe. En effet, les affections nasales que présentaient les malades cités plus haut (polypes muqueux, rhinite hypertrophique) atteignent un nombre considérable d'individus, et ne causent le spasme glottique que dans un très petit nombre de cas. Or, on remarquera que sur quinze observations citées plus haut, neuf se rapportent à des femmes; et que cinq de ces femmes étaient atteintes d'hystérie.

Il est donc légitime d'en induire que l'affection atteint plus souvent la femme que l'homme, et que l'hystérie est une cause prédisposante fréquente. On ne saurait, au contraire, conclure de ces faits que, chez les hystériques, il s'agit, dans les cas que nous avons cités, d'accidents nerveux d'origine centrale, et que la guérison, lorsqu'elle a été obtenue, a eu pour unique cause le traumatisme opératoire. En effet, chez deux de ces malades, la trachéotomie, traumatisme autrement sérieux qu'une cautérisation de la muqueuse du nez à l'acide chromique ou au galvano-cautère, a été pratiquée deux et quatre fois sans amener la guérison. L'observation XIII, où j'ai vu, avec le Dr Jamin, la maladie céder en quelques jours à de simples irrigations nasales tièdes, suffirait d'ailleurs à répondre à cette objection. La prédisposition des hystériques à des accidents, spasmodiques et autres, de nature réflexe, est d'ailleurs trop connue pour qu'il y ait lieu de s'étonner que, chez ces malades, une affection nasale puisse plus facilement déterminer des accès de spasme de la glotte que chez les autres individus.

Je n'entends d'ailleurs pas faire ici de généralisation hypo-

thétique, et dire que les hystériques sont plus prédisposés que d'autres aux névropathies réflexes d'origine nasale. Je me bornerai à faire remarquer qu'un certain nombre d'accidents névropathiques, signalés par les auteurs comme pouvant être de nature réflexe et liés à des affections du nez, sont fréquemment observés chez les hystériques. Je me crois donc autorisé à me demander s'il n'y aurait pas avantage à examiner le nez des hystériques qui présentent ces accidents. Peut-être cet examen ferait-il quelquefois reconnaître des lésions intra-nasales, et peut-être aussi la guérison de ces lésions entraînerait-elle la disparition des phénomènes nerveux concomitants. En ce qui concerne le spasme glottique, le fait n'est pas douteux dès aujourd'hui.

Non seulement les hystériques paraissent être plus fréquemment atteints que les autres de dyspnée laryngo-spastique d'origine nasale, mais l'affection paraît être plus grave chez eux. Nous voyons en effet que les trois malades qui ont dû subir l'opération de la trachéotomie étaient des hystériques. Ce fait est à noter, car il est justement en contradiction avec ce qu'on sait de la bénignité ordinaire des accidents de l'hystérie.

Si maintenant nous cherchons quelles sont les causes qui provoquent les accès spasmodiques chez nos malades, nous n'arrivons à constater qu'une chose, c'est qu'elles sont très variables, non seulement chez les différentes personnes mais aussi chez le même individu. On peut quelquefois incriminer certaines odeurs ou les agitations atmosphériques ; d'autres fois on peut retrouver les causes amenant d'ordinaire une exagération de la réplétion du tissu érectile intra-nasal : sommeil, rapports sexuels, congestion céphalique plus marquée à la fin du repas ; mais bien souvent l'accès paraît éclater sans cause appréciable.

Chez certains malades l'accès se produit plutôt dans la soirée ou dans la nuit, chez d'autres au contraire, on le voit fréquemment dans la journée ; d'autres l'ont indistinctement pendant la veille ou le sommeil. Quant à l'intervalle qui

sépare les accès, il est généralement assez rapproché. Chez tous les malades que j'ai observés personnellement, il en était ainsi ; rarement ils passaient plus de dix à douze jours sans avoir d'accès, sauf le malade de l'observation XVI, chez qui la maladie durait depuis vingt-cinq ans, et qui n'arrivait d'ailleurs à les éviter que par des moyens artificiels. Certains malades avaient des accès plusieurs fois par semaine, et quelques-uns même en avaient quelquefois plusieurs dans la même journée.

Je ne m'arrêterai pas à tracer ici le tableau symptomatique très connu de l'accès de spasme de la glotte. Je tiens seulement à appeler l'attention sur certaines particularités qui me semblent intéressantes. Ainsi l'on remarquera que dans un certain nombre de cas il ne s'agissait évidemment pas d'un simple spasme glottique, mais bien d'un véritable spasme laryngo-bronchique (obs. II, VII, VIII, XI, XII, XV). Chez quelques-uns de ces malades, le spasme laryngien, de même que le spasme bronchique, paraissait presque continu au moins pendant certaines périodes de temps, et l'accès vrai n'était qu'une exagération momentanée d'un état spasmodique de l'arbre respiratoire tout entier. Ainsi les malades des observations XI, XII et XV ne pouvaient pas dilater largement leurs glottes, et l'auscultation révélait chez elles une grande faiblesse de murmure vésiculaire. Je ferai remarquer en passant que ce murmure était surtout faible au sommet droit. Ce qui donne une réelle valeur à ces détails, c'est que ces symptômes peuvent disparaître complètement (obs. XI et XII) dès que la maladie cède au traitement intra-nasal. Chez la malade de l'observation XII, nous les avons même vus, M. Tapret et moi, disparaître instantanément sous l'influence d'un badigeonnage de la muqueuse du nez avec une solution forte de chlorhydrate de cocaïne. Il s'agit donc là, dans quelques cas, de faits d'ordre purement nerveux, et d'autant plus importants à connaître que, s'ils sont attribués à tort à l'infiltration tuberculeuse, ou à l'adénopathie trachéo-bronchique par exemple, ils conduisent à l'emploi de moyens thérapeutiques erronés.

Indépendamment des symptômes respiratoires, les malades présentent très souvent des troubles de la phonation. Dans la plupart des cas, il s'agit de dysphonie ou d'aphonie spasmodique, cependant Heryng et Predzborski ont vu, chez deux hystériques, l'aphonie paralytique. Quelquefois la voix est généralement bonne en dehors des accès.

Souvent aussi on constate d'autres troubles nerveux dépendant également de l'affection nasale : névralgies, migraines, etc.

Le pronostic est exceptionnellement bon lorsque l'origine de la maladie est reconnue et l'affection nasale convenablement traitée. En effet tous les malades traités ont guéri, et l'on ne saurait en dire autant pour bien d'autres affections nerveuses de même origine. Lorsqu'au contraire cette origine est méconnue, le pronostic est mauvais puisque l'affection peut durer presque indéfiniment; et il est même quelquefois très sombre, puisque la trachéotomie devient la seule ressource à employer pour éviter l'asphyxie.

Le diagnostic est donc d'une extrême importance. Il ne peut guère être fait qu'en dehors des accès, et on n'y arrive avec certitude que par un examen clinique très complet. On devra d'abord exclure le tabes, les causes de compression des nerfs se rendant au larynx, et enfin les lésions du larynx capables par elles-mêmes de produire du spasme de la glotte. Lorsqu'on est ainsi arrivé au diagnostic de spasme glottique idiopathique, on doit alors rechercher si l'on n'a pas affaire à un spasme réflexe d'origine nasale.

Le nombre des observations de dyspnée laryngo-spastique d'origine nasale est encore trop restreint, pour que je ne m'appuie que sur elles seules, pour faire l'étude des moyens de diagnostic. Beaucoup d'entre elles, d'ailleurs, ne sont vraisemblablement pas aussi complètes qu'il l'eût fallu. Aussi me bornerai-je surtout à rappeler brièvement ici comment on peut arriver à diagnostiquer les névroses réflexes d'origine nasale, renvoyant, pour quelques détails techniques, à mon travail déjà cité. L'existence de la triade symptomatique de Hack

(obstruction intermittente ou continue d'une ou des deux fosses nasales; rhinorrhée séreuse par accès; accès d'éternuements) que ce médecin considérerait comme un signe certain de l'existence d'autres névropathies d'origine nasale, est le premier point sur lequel l'enquête du médecin doit porter. Lorsqu'un malade présente, ou a présenté pendant un certain temps ces trois symptômes, deux, ou même seulement l'un d'entre eux, et qu'il est en même temps atteint d'une affection nerveuse de cause inconnue, il faut toujours songer au nez.

Ces symptômes doivent être recherchés avec soin, et il ne faut pas se borner à demander au malade s'il a du coryza, car la plupart des malades s'en défendent avec énergie; très fréquemment en effet ils mouchent très peu ou pas du tout, et sont plutôt incommodés par une sensation de sécheresse du nez. Quelquefois au contraire les malades se rappelleront avoir eu des rhinites catarrhales aiguës ou subaiguës, accompagnées de sécrétions abondantes. C'est surtout dans les cas où ces accidents se sont produits récemment que les deux derniers termes de la triade de Hack, et même le premier, peuvent faire défaut. Il est important, dans tous les cas, de constater directement la perméabilité du nez en faisant respirer le malade la bouche fermée, pendant qu'on ferme alternativement l'une ou l'autre narine avec le doigt; et de s'informer si le malade n'a pas le nez obstrué pendant la nuit, ne dort pas la bouche ouverte, n'a pas la gorge sèche au réveil.

Il faut se rappeler enfin que les névropathies réflexes d'origine nasale ne sont pour ainsi dire jamais isolées et rechercher si, indépendamment des symptômes ci-dessus (*obstruction continue ou intermittente d'une ou de deux narines, rhinorrhée séreuse par accès, accès d'éternuements*), le malade ne présente pas, en même que la névropathie suspecte, ou n'a pas présenté autrefois une ou plusieurs de celles que l'observation a démontré être souvent liées à des lésions nasales : *toux, asthme, paresthésies et hyperesthésies du pharynx et du larynx, tuméfaction et rougeur passagères*

ou permanentes de la peau du nez et de la partie de la face contiguë, salivation, névralgies des deux premières branches du trijumeau, scotomes, larmolement, vertiges, cauchemars, céphalalgies, migraines, certains tics comme l'expiration nasale brusque très fréquemment répétée, ou au contraire le reniflement, etc.

La constatation de l'aphonie ou de la dysphonie a, dans l'espèce, une grande importance, mais il est de toute nécessité de reconnaître sa nature par l'examen laryngoscopique pratiqué avec beaucoup de soin. Cet examen fera constater l'absence de lésions accentuées du larynx; quelquefois on trouvera de légers signes de congestion ou de catarrhe, exceptionnellement des troubles parétiques, beaucoup plus souvent du spasme phonique.

L'examen rhinoscopique fera constater des lésions nasales; on a vu des polypes, mais il s'agit presque toujours de rhinite hypertrophique, associée la plupart du temps à des déviations marquées de la cloison des fosses nasales. La rhinoscopie postérieure montrera quelquefois aussi du catarrhe naso-pharyngien plus ou moins accentué. Cet examen doit toujours être complété par le toucher à l'aide de la sonde nasale. Quelquefois le contact du stylet suffit à provoquer un accès spasmodique, plus souvent il est simplement mal supporté et provoque des quintes de toux, des éternuements répétés, du larmolement avec rougeur de la conjonctive, une douleur intense, etc.

Au moment de l'accès, un badigeonnage complet de la muqueuse nasale avec une solution forte de chlorhydrate de cocaïne (20 pour 100) est un important moyen de diagnostic en même temps qu'une excellente méthode de traitement. Mais l'action de ce badigeonnage est plus ou moins rapide suivant les individus. D'ordinaire, elle ne se produit qu'en 4 ou 5 minutes et quelquefois plus. Aussi est-ce surtout comme moyen de diagnostic des états spasmodiques laryngo-bronchiques de l'intervalle des accès que cette méthode est précieuse.

Le traitement de l'accès, lorsque celui-ci dure déjà depuis

quelque temps, et qu'un badigeonnage cocaïné n'agit pas assez vite pour empêcher qu'il y ait menace d'asphyxie, doit tendre à rétablir la respiration coûte que coûte. On doit donc se préparer à faire la trachéotomie ou, pour aller plus vite, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Mais d'abord il faut donner le chloroforme : souvent dès les premières bouffées, le spasme cesse, et ce n'est que rarement qu'on est obligé de recourir à l'ouverture des voies aériennes.

Le traitement curatif ne saurait être exposé ici. Il faut d'abord extirper les polypes, ou traiter la rhinite hypertrophique. Dans ce dernier cas, il ne faut pas négliger de traiter en même temps que le nez, les affections qui peuvent avoir contribué à provoquer les lésions nasales : métrites, dyspepsies, etc. Les soins hygiéniques de la peau, bains, frictions sèches, seront toujours utiles, et chez les hystériques surtout, l'hydrothérapie convenablement faite rendra beaucoup de services.

Bien que je ne veuille même pas effleurer ici l'histoire du spasme de la glotte dans la première et la seconde enfance, je ne veux pas terminer ce mémoire sans appeler l'attention sur les observations II (Hack) et XVII (Ruault), qui ont trait à des fillettes de 7 ans et de 4 ans. Ces observations montrent que le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes. On peut dès lors se demander si dans les cas de spasme glottique infantiles qu'on considère comme des accidents réflexes d'origine gastro-intestinale, il n'y aurait pas lieu quelquefois de faire intervenir le nez comme cause productrice des accidents. Récemment aussi le Dr Coupard a émis cette hypothèse que les accidents compris sous le nom de laryngite striduleuse étaient très souvent des accidents réflexes causés par l'existence de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. L'observation XVII de mon mémoire démontre nettement que les tumeurs adénoïdes, au moins par suite de la rhinite hypertrophique dont elles sont la cause, peuvent en effet déterminer des accidents laryngo-spastiques chez des enfants.

CONCLUSIONS

I. — *Certaines lésions de la muqueuse des fosses nasales, telles que les polypes muqueux et la rhinite hypertrophique, peuvent provoquer, par voie réflexe, des accès répétés de spasme de la glotte, qui dans certains cas se sont montrés assez graves pour nécessiter la trachéotomie.*

II. — *Ces accès de dyspnée laryngo-spastique peuvent se renouveler pendant très longtemps, quelquefois vingt ans et plus, ne céder à aucune médication et guérir en très peu de temps par le traitement de l'affection intra-nasale dont ils dépendent.*

III. — *Les femmes, et particulièrement les hystériques, paraissent prédisposées à cette affection. Mais celle-ci peut se montrer également chez des individus des deux sexes ne présentant pas et n'ayant jamais présenté de symptômes d'hystérie.*

IV. — *Le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes.*

V. — *En même temps que le spasme glottique, on peut observer le spasme bronchique généralisé; et quelquefois, en dehors des accès, on voit persister pendant longtemps un état spasmodique plus ou moins accentué de tout l'arbre respiratoire.*

VI. — *Les troubles de la voix dus à des spasmes phoniques du larynx sont également une complication fréquente de la maladie en dehors des accès.*

VII. — *Le pronostic est très bon quand l'origine de l'affection est reconnue, mauvais dans le cas contraire, ainsi que je l'ai exposé au § I de ces conclusions.*

VIII. — *Le diagnostic se fait d'abord par exclusion des autres causes connues de spasme glottique, puis par l'anamnèse et l'examen rhinoscopique complété à l'aide du toucher par la sonde et de l'épreuve de la cocaïne.*

IX. — *Le traitement de l'accès, quand il est grave, consiste à essayer l'action de la cocaïne en badigeonnage intra-nasal, à administrer le chloroforme, et enfin à ouvrir la trachée si l'existence du malade est menacée.*

X. — *Le traitement de la maladie n'est autre que le traitement de l'affection nasale qui en est la cause.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE TOULOUSE (1887)

*Séance du 24 septembre 1887***Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë, par MOURE.**

L'opinion généralement admise pour expliquer les troubles de la voix dans le cours de la laryngite catarrhale aiguë, est l'existence soit de lésions matérielles empêchant le fonctionnement des cordes vocales, soit d'un trouble musculaire occasionné par l'inflammation de la muqueuse sus-jacente.

Pour M. Moure, si l'on examine le larynx dans ce cas, on constate qu'à la dysphonie, à la raucité, au passage rapide d'un registre à l'autre, à l'aphonie, et en général à chacune des modifications du timbre ou de la hauteur, correspond un état pathologique particulier. La lésion n'est donc pas toujours unique.

Les troubles prononcés de la voix résultent plus souvent de troubles musculaires que de lésions matérielles de la muqueuse (gonflement, érosions, etc...).

Les muscles les plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et l'ary-aryténoïdien.

C'est surtout la parésie ou la paralysie de l'aryténoïdien transverse qui expliquent la raucité de la voix et de la toux, et l'aphonie qu'on peut observer dans le cours de la laryngite catarrhale aiguë. Le passage rapide de la voix du grave à l'aigu est dû à la contraction inégale des fibres musculaires de l'aryténoïdien transverse. Si ce muscle reste en partie relâché, le son est éteint, voilé ou rauque, et si brusquement il se contracte pendant l'effort exagéré, les cordes vocales se mettent dans la position de la voix de fausset et la note sort aiguë et criarde.

La contraction irrégulière des cordes vocales produit au contraire la voix bitonale, enrrouée, grave.

C'est à l'inflammation de la muqueuse postérieure du larynx qu'il faut aussi attribuer la voix rauque et les spasmes de la laryngite striduleuse ;

grâce au miroir, M. Moure a presque toujours trouvé, dans cette affection, une inflammation très nette de la région ary- et inter-aryténoïdienne. Cette lésion disparue, la raucité de la voix cessait aussitôt.

Séance du 26 septembre 1887.

Manifestation exceptionnelle de l'infection blennorrhagique,
par BORIES.

L'auteur cite un cas d'œdème de la glotte survenu à la suite d'une généralisation blennorrhagique. Cette localisation du gonocoque est, jusqu'ici, un fait unique; elle est apparue au cours de manifestations articulaires liées à un pseudo-rhumatisme infectieux. Il s'agit d'une jeune dame exempte de tout antécédent rhumatismal, et qui, atteinte de vaginite blennorrhagique, voit se développer en quelques jours la série des accidents suivants : endométrite blennorrhagique avec péritonisme, arthrites multiples, œdème de la glotte. A la base de la langue, au niveau des replis glosso-épiglottiques, existait une tuméfaction œdémateuse, arrondie, de la dimension d'une petite noix, de couleur rouge foncé, se perdant de chaque côté sur les replis aryténo-épiglottiques très modérément œdématisés. L'épiglotte, abaissée par la tumeur, masquait les cordes vocales qui, d'ailleurs, devaient être intactes, à en juger par le timbre de la voix.

Après un traitement approprié, l'œdème de la glotte disparut le 5^e jour, tandis que les douleurs articulaires persistèrent encore plusieurs jours.

La région sous-glottique du larynx, par MASSE.

En faisant dans le larynx des injections à l'alliage d'Arcet, on peut se faire une idée très exacte des variations de forme et de capacité de la région sous-glottique, au moment du rapprochement ou de l'éloignement des cordes vocales et dans les diverses positions des cartilages.

La région sous-glottique se divise en deux parties. L'une qui forme le $\frac{1}{4}$ inférieur, est comprise en partie dans l'anneau cricoïdien, et limitée par un plan passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde et par un plan passant par le bord supérieur et antérieur du même cartilage; elle représente un segment de cylindre de 20 à 22 millim. de base et 6 millim. de hauteur; elle n'est pas susceptible de changer de capacité.

L'autre partie comprend les $\frac{3}{4}$ supérieurs; elle subit des changements de forme assez étendus; sa hauteur est de 22 à 24 millim.; sa base est de

18 à 20 millim. de diamètre. Ces $\frac{3}{4}$ supérieurs affectent la forme d'une segment de cône dont la base serait au niveau du bord supérieur et antérieur du cricoïde et le sommet tronqué aux bords des cordes vocales inférieures. Ce cône serait plus ou moins aplati transversalement vers son sommet, suivant que les cordes vocales seraient plus ou moins rapprochées, c'est-à-dire que ce cône tendrait alors à devenir un cylindre. Les mouvements de bascule des cartilages cricoïde et thyroïde le font également changer de capacité. La muqueuse qui a tapissé la face supérieure et les bords des cordes vocales inférieures, se dirige très obliquement de haut en bas, vers les parois du larynx, quand les cordes vocales sont rapprochées, sans présenter inférieurement aucun relief appréciable. Quand les cordes sont largement écartées, la muqueuse de la région sous-glottique rejoint les parois cartilagineuses du larynx, circonscrivant une cavité presque cylindrique. Dans ce cas comme dans le précédent, les cordes vocales inférieures ne forment inférieurement aucun relief appréciable du côté de la région sous-glottique. Grâce à l'existence d'un tissu cellulaire assez lâche, la muqueuse de la région sous-glottique suit les mouvements de rapprochement, d'éloignement ou de tension des cordes vocales. Enfin, l'auteur se demande si la muqueuse sous-glottique ne vibrerait pas tout entière, ainsi que l'affirmait Bataille qui attribuait le registre de poitrine à des vibrations d'ensemble de cette muqueuse. Quoi qu'il en soit, la forme de la région sous-glottique au moment de l'émission de la voix, n'est pas, suivant M. Masse, sans influence sur les vibrations de l'air qui traverse cette partie du larynx pour arriver dans des cavités plus larges, dans les ventricules et dans le vestibule du larynx.

Séance du 28 septembre 1887.

Un cas de polype du larynx. Expulsion spontanée. Guérison,
par CHARAZAC.

Une dame, âgée de 31 ans, est envoyée à Luchon, pour des douleurs rhumatismales et de la raucité de la voix qui date de 6 ans environ. A l'examen laryngoscopique, le Dr Ferras qui la voit constate, dans le larynx, la présence d'un polype de la grosseur d'une petite fraise, mamelonné, et dont le volume empêche de déterminer exactement le point d'implantation. La tumeur présente un aspect mûriforme ; sa consistance est ferme à l'attouchement de la sonde laryngée. Le polype va grandissant pendant plusieurs années, et la gêne respiratoire devient considéra-

ble, en même temps que la voix disparaît complètement. Pendant l'hiver de 1886, la malade, prise d'un violent accès de toux, rejette dans son mouchoir la masse charnue. Le laryngoscope laisse voir le larynx normal, à l'exception du tiers antérieur de la corde vocale droite qui présente la trace parfaitement nette du point d'insertion de la tumeur. Il existe encore un reste du pédicule filiforme. La malade respire parfaitement ; sa voix est assez nette. Six mois plus tard, toute trace de tumeur avait disparu du larynx de la malade. Il n'existe dans la science, ajoute M. Charazac, que quelques cas authentiques de pareilles terminaisons des polypes du larynx.

Sur les relations entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales, par ARNOZAN.

Les affections cutanées du nez, et en particulier du lobule, se font souvent remarquer par une ténacité désespérante (acné, érythème, séborrhée). Les causes ordinairement attribuées à ces affections sont assez vaguement définies (diathèses, troubles de la circulation des extrémités périphériques, dyspepie, etc...). L'auteur, après d'autres qu'il omet d'ailleurs de citer, invoque une cause de plus : les affections profondes des fosses nasales, en dehors de toute continuité. Il cite, à l'appui, trois faits. Dans le premier, un érythème chronique, puis un acné du lobule se sont développés deux ans après l'apparition d'un coryza chronique. Dans le second, chaque fois que le coryza chronique subit une recrudescence, le nez devient rouge et chaud. Dans le troisième, le nez bouffi, tuméfié, recouvert de pustules d'acné et criblé de gros comédons, s'amointrit notablement quand des injections nasales ont guéri le coryza chronique et sa sécrétion abondante et fétide ; l'acné lui-même va en s'améliorant.

Comment expliquer cette relation de cause à effet ? Il ne saurait être question ici d'inflammation propagée ni d'irritation mécanique du lobule par l'action répétée de se moucher. Peut-être pourrait-on songer à l'influence des communications vasculaires et nerveuses entre le nez et les fosses nasales. Le filet naso-lobaire, l'artère et la veine naso-lobaires sur lesquelles les auteurs classiques insistent peu, mais que François-Franck a bien décrits dans sa thèse inaugurale (1875), établissent des communications importantes entre la cavité muqueuse et la surface externe. L'action réflexe, l'artérite, au besoin la névrite, seraient-elles les moyens d'action qui font succéder les affections l'une à l'autre ? M. Arnozan pose la question sans la résoudre. Sans insister sur une pathogénie encore obscure, il se borne aux conclusions suivantes.

1° Il peut exister un rapport de cause à effet entre les affections profondes et les affections superficielles du nez.

2° L'exploration des fosses nasales et le traitement, s'il y a lieu, de leur inflammation ou de leurs ulcérations chroniques, seront de règle dans le traitement des lésions cutanées du nez.

Cas de monohémiplégie linguale avec localisation corticale,
par BERNHEIM.

Les expériences de Ferrier chez l'animal, l'analyse des observations cliniques faite par Charcot et Pitres ont établi que le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante commande les mouvements du côté opposé de la face et de la langue ; la destruction de cette région donne lieu à une hémiplégie faciale et linguale. Cette région correspond donc au centre cortical du facial inférieur et de l'hypoglosse. Les observations de MM. Raymond et Artaud (*Arch. de neurologie*, 1884), n'ont pas permis encore de dissocier ces deux centres. M. Bernheim a observé un cas d'hémiplégie linguale isolée chez une jeune fille de 23 ans qui était atteinte de tumeurs sarcomateuses multiples généralisées. Le 8 janvier 1887, on constata une forte déviation de la langue dont la pointe était tournée à droite ; la malade avalait bien, articulait bien les mots, mais ne pouvait siffler. Il n'existait aucun autre signe d'hémiplégie de la face ni des membres ; seulement la main gauche serrait plus au dynamomètre que la main droite. La malade succomba le 2 février ; l'hémiplégie linguale persista jusqu'à la fin.

A l'autopsie, outre les tumeurs sarcomateuses généralisées, on trouve comme lésion correspondant à l'hémiplégie linguale droite, un foyer cortical contenant un caillot de sang et dont les parois sont constituées par les cellules fibro-plastiques du sarcome ; en résumé, un foyer sarcomateux hémorrhagique, ayant donné lieu à une excavation mesurant 5 à 6 millim. de diamètre et de profondeur. Ce foyer se trouve vers le bord inférieur de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante, à la face antérieure de cette circonvolution, à 6 millim. en arrière du sillon qui la sépare de la 3^e circonvolution frontale. Donc il existe, vers l'extrémité la plus inférieure de la circonvolution frontale ascendante, un centre spécial, centre cortical de l'hypoglosse.

P. BALME.

4^e CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL TENU A BRUXELLES, DU 10
AU 14 SEPTEMBRE 1888

(D'après le compte rendu de la *Semaine médicale*.)

Séance du 11 septembre.

Pulvérisations d'alcool contre les maladies du nez, par CRESWELL-BABER (de Brighton).

L'auteur a obtenu d'excellents résultats en employant les pulvérisations d'alcool en solution à 25 0/0 ordinairement. En sept années, il n'aurait rencontré que deux cas d'intolérance. Il cite de nombreuses observations de sa pratique journalière, où une abondante sécrétion muco-purulente, provoquée par des causes diverses, a été diminuée et guérie par le traitement qu'il préconise. Aucun résultat au contraire dans la fièvre de foin.

M. Cozzolino (de Naples) rappelle qu'il a publié, il y a trois ans, un travail sur l'emploi de l'alcool dans les maladies du nez.

Séance du 13 septembre.

De l'érysipèle des fosses nasales, par SCHIFFERS (de Liège).

L'auteur cite deux cas de cette affection. Le premier consécutif à un érysipèle de la face, amena une rhinite qui détermina la perforation de la cloison ; le second fut précédé d'un érysipèle du cuir chevelu. L'auteur remarque cependant que l'érysipèle des fosses nasales peut également être primitif. M. Schiffers le traite par des lavages avec une solution de sublimé au 2/1000 ou au 4/1000 ; il fait ensuite le tamponnement antérieur des fosses nasales.

M. Wagnier (de Lille) croit que le tamponnement antérieur doit augmenter notablement l'état pénible du malade.

De la rhinite vaso-motrice, par CARLO SECCHI (de Bologne).

Voici quelles sont les conclusions du travail de l'auteur.

1^o La rhinite hypertrophique simple peut être due à des troubles intestinaux ; elle s'améliore ou s'aggrave avec eux.

2^o L'obstruction nasale se manifeste lorsque le malade est couché ; on observe du cauchemar, des mouvements spasmodiques ; le malade dort la bouche béante ; le matin, la langue est sèche, saburrale. La muqueuse des cornets inférieurs porte l'empreinte du septum nasal.

3° L'obstruction nasale a des effets consécutifs sur l'acuité auditive.

4° Cette forme d'obstruction nocturne peut produire des lésions dans la cavité naso-pharyngienne des enfants (pharyngite hypertrophique).

5° Dans l'otite chronique, il y a ordinairement association de cette forme d'obstruction nocturne.

6° Le traitement intestinal (purgatifs, etc...) a une action sur la rhinite hypertrophique.

P. B.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Sur la contractilité électrique des muscles laryngés après la mort et l'éthérisation, par JELENNFY (de Pest). *Berl. Klin. Woch.*, 1888, n° 25, et *Journal of Laryngology*, 1888, p. 339.

Des expériences de l'auteur et du Prof. Regescy, il résulte que, lorsqu'on excite un nerf qui envoie des fibres à des muscles extenseurs et à des muscles fléchisseurs, ces deux ordres de muscles se contractent à la fois, mais les fléchisseurs plus que les autres.

Pendant la narcose, l'excitabilité électrique des muscles fléchisseurs décroît en raison inverse du degré de la narcose.

Dans le larynx, les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs se comportent comme des extenseurs, et les muscles constricteurs comme des fléchisseurs.

Les extenseurs possèdent une plus grande résistance aux effets du chloroforme et de l'éther que les fléchisseurs.

A. R.

Polype naso-pharyngien, résection temporaire de l'auvent nasal, par M. TIHIFANY. *Bull. de l'Acad. r. de méd. de Belgique*, 1888, IV^e série, t. II, p. 393.

Le malade était un jeune homme de 20 ans, le polype examiné au microscope était un polype fibreux. Diverses interventions incomplètes n'avaient amené aucune amélioration. L'auteur, pour faciliter l'ablation totale de la tumeur et la destruction complète du pédicule, fit une incision descendant de l'angle interne de l'œil à la sous-cloison, suivant toute la ligne naso-oculaire, jugale et labiale. Section à la scie de Lawson des

os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire, section à la pince coupante de la cloison et de la partie supérieure du vomer, section des cornets, fracture avec une pince dont les mors sont recouverts avec des étuis de caoutchouc, des os propres du nez du côté opposé puis luxation totale du nez qui ne tient plus que par l'insertion aux parties molles du côté sain. Le malade est alors réveillé. L'écoulement de sang dans l'arrière cavité avait été entravé par le polype obturateur.

Avec une gouge et un maillet M. Tihifany fait sauter une partie du corps du sphénoïde et le polype est enlevé facilement. Pour plus de sécurité, cautérisation au thermo-cautère de toute la surface d'implantation.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le nez fut recousu à sa place primitive après qu'on eut rendormi le malade et la guérison parfaite et définitive se fit malgré une suppuration prolongée et abondante de la cavité nasale et de quelques points superficiels. Les sutures avaient été consolidées avec une cuirasse de collodion iodoformé.

Le nez avait repris toute sa solidité mais n'était pas d'une élégance irréprochable. Tout peut faire espérer que cette forme s'améliorera. F. V.

Suppression de la canule dans la trachéotomie, par TH. A. EMMET.

The New York med. Journ., 2 juin 1888, p. 593.

Le séjour de la canule amène dans presque tous les cas où on a été forcé de faire la trachéotomie des troubles plus ou moins marqués et en particulier dans le cas de l'empereur d'Allemagne, ce rôle a été des plus funestes.

Aussi Emmet propose de faire la suture de la muqueuse trachéale aux lèvres de l'incision cutanée, puis de maintenir ensuite cette incision par des fils qui iraient se nouer en arrière du cou.

C'est un procédé analogue à celui qui permet d'établir des fistules permanentes cysto-vaginales ou uréthro-inguinales par la suture de la muqueuse vésicale à la muqueuse inguinale.

L'auteur préfère pour la suture le fil d'argent à la soie. Grâce à ce procédé la cicatrice est réduite au minimum. F. V.

Fistule trachéale, par le Dr DELACOUR. *New York Clinical Society*, 27 janvier 1888. In *The New York med. Journ.*, 1888, p. 297.

Le Dr Delacour présente un malade phtisique au 3^e degré chez lequel depuis 5 mois s'était développé sur la partie gauche du larynx un abcès ;

celui-ci fut ouvert au bistouri. Le résultat fut une fistule profonde s'ouvrant au niveau du cartilage cricoïde. La fistule ne s'est jamais fermée. L'abcès ne s'est jamais complètement vidé, sa cavité est remplie de matière caséuse. Robert Abbe a eu l'occasion de voir un fait analogue de fistules aériennes dans lequel l'ouverture était suffisamment large pour admettre le doigt. Elle fut fermée complètement par l'autoplastie.

F. V.

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'hypertrophie des amygdales (palatines, pharyngée, linguale),
par P. BALME. (*Thèse de Paris*, 1888, in 8°, 158 pages, Steinheil, éditeur.)

Je ne crois pas me tromper en affirmant que l'excellente thèse de M. Balme est ce que nous possédons de plus complet sur l'hypertrophie des amygdales.

L'hypertrophie des amygdales y est envisagée de la manière la plus large : ce n'est pas seulement sur les amygdales palatines que le processus est étudié, mais aussi sur l'amygdale linguale, sur l'amygdale pharyngée et sur tout le tissu lymphoïde pharyngo-buccal. Et pour chaque localisation, l'étude est poursuivie complètement, la question examinée sous toutes ses faces. Après avoir lu ce travail, on reste convaincu que le sujet est beaucoup plus complexe qu'on ne le croyait naguère ; et on se réjouit qu'il ait été traité par un spécialiste ; car, « pour bien savoir les choses, il faut en savoir le détail ».

Si cette monographie a le grand mérite d'être complète, elle n'est pas une simple compilation : sur quelques points, particulièrement sur l'étiologie, l'auteur a apporté des vues nouvelles ; sur d'autres comme la technique de l'examen physique, la thérapeutique chirurgicale, il expose la pratique de son maître M. Ruault.

On sait de quelle manière il faut comprendre aujourd'hui le tissu lymphoïde pharyngo-buccal. Il y a là, comme le dit Waldeyer, un véritable anneau qui comprend les amygdales palatines, linguale, latéro-pharyngiennes, supéro-pharyngienne, et les innombrables follicules isolés disséminés dans cette région. M. Balme expose d'abord l'anatomie et la physiologie de ces divers organes lymphoïdes. Dans son étude physiologique, il aborde certains problèmes intéressants. Il insiste sur la présence des microbes à l'état normal à la surface et dans les cryptes de l'amygdale ;

et il admet le rôle phagocytaire de cet organe. Ce rôle lui semble prendre une grande importance dans la pathologie : « La plupart des amygdalites simples ne sont vraisemblablement que l'expression d'une réaction phagocytaire énergique et passagère. La défense de l'organisme nécessite-t-elle une réaction longtemps soutenue et supérieure à la normale, on comprend que l'amygdale finira par s'hypertrophier en vertu de l'aphorisme : la fonction fait l'organe ». M. Balme envisage ensuite l'amygdale comme porte d'entrée des maladies infectieuses, et admet que les microbes pourront pénétrer dans la circulation lorsque l'aptitude des phagocytes à les dévorer est amoindrie par certaines causes, le froid, le surmenage, etc. On trouve enfin dans la physiologie, un résumé des recherches de M. Ruault sur les phénomènes nerveux d'origine amygdalienne.

Dans le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique, l'auteur s'occupe surtout de l'histologie morbide, jugeant avec raison que, pour l'aspect microscopique, l'examen sur le vivant renseigne plus amplement.

L'étude clinique de toutes les localisations du processus hypertrophique est faite avec beaucoup de soin. L'auteur étudie d'abord les symptômes de l'hypertrophie des amygdales palatines. Nous relevons cette définition : « Nous appelons hypertrophiées, les amygdales dont le volume dépasse la normale, assez pour écarter visiblement l'un de l'autre les piliers du voile du même côté, ou pour rétrécir l'isthme du gosier d'une façon appréciable ».

Il insiste sur la symétrie de l'affection (très utile au diagnostic) et décrit les amygdales pédiculées, plongeantes, enchatonnées, et l'hypertrophie latente ou dans le sens antéro-postérieur qu'on diagnostique en provoquant un effort de vomissement, lequel fait saillir l'amygdale par une sorte de mouvement rotatoire. A propos du palper il distingue la forme molle de la forme dure.

Parmi les troubles fonctionnels, il signale les troubles digestifs (gêne de la déglutition, vomiturations, dyspepsie), les troubles respiratoires (dyspnée spéciale, ronflement, asthme bronchique, toux amygdalienne, voix amygdalienne), les troubles sensoriels (diminution de l'odorat et du goût, myopie, surdité amygdalienne avec les cinq théories). Mais il insiste sur ce fait que la dyspnée et certains troubles sensoriels sont plus le fait des tumeurs adénoïdes que de l'hypertrophie des amygdales palatines. Il distingue deux formes cliniques : la forme dure dans laquelle l'affection est limitée aux amygdales palatines ; la forme molle dans laquelle l'hypertrophie palatine est l'indice de l'hypertrophie de tout le tissu adénoïde

pharyngo-buccal. Enfin il établit le diagnostic différentiel de l'hypertrophie des amygdales palatines avec les tumeurs, le chancre induré, le gonflement indolent des syphilitiques secondaires.

En ce qui concerne l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée (tumeurs adénoïdes du pharynx), M. Balme a fait le résumé des nombreux travaux qui ont été écrits sur cette question. Il insiste surtout sur la sténose pharyngo-nasale qui caractérise cette affection, sténose qui entraîne une insuffisance respiratoire d'où dérivent la plupart des troubles fonctionnels et particulièrement les fameuses déformations de la face et du thorax. M. Balme décrit ces déformations avec soin ; mais il laisse pressentir ce qu'il démontrera plus loin : c'est que, au moins pour certains cas, les déformations crânio-faciales sont la cause et non l'effet des tumeurs adénoïdes.

Pour l'hypertrophie de l'amygdale linguale, M. Balme a tracé une bonne description en s'inspirant du travail de M. Ruault.

L'étiologie est différente suivant qu'il s'agit de la forme dure ou de la forme molle. La forme dure, circonscrite à l'amygdale palatine, est liée aux poussées aiguës d'amygdalite (amygdalite chronique paroxystique de Ruault). La forme molle a des causes plus complexes, celles de l'hypertrophie de tout le tissu adénoïde pharyngo-buccal. A ce propos, M. Balme se demande si les déformations osseuses crânio-faciales qu'on a attribuées aux tumeurs adénoïdes, particulièrement la sténose nasale, ne doivent pas être considérées comme des phénomènes antérieurs. Or, les nombreuses observations qu'il a pu faire sur les enfants idiots ou arriérés de la colonie de Vaucluse lui ont permis d'affirmer que, dans un certain nombre de cas, les sténoses nasales qui résultent de ces déformations crânio-faciales constituent bien le phénomène primitif et la cause du développement excessif du tissu adénoïde. L'hérédité de l'affection s'expliquerait ainsi aisément : on ne se lègue pas des tumeurs adénoïdes : on se lègue la forme du nez qui les engendre. Dès leur bas âge, les enfants à sténose nasale ont du ouvrir la bouche pour respirer (voie tout à fait anormale et exceptionnelle pour l'air inspiré). L'influence du froid et des micro-organismes se fait alors sentir sur les parties les plus délicates du fond de la gorge, c'est-à-dire sur toutes les amygdales en général, véritables nids à microbes, de par leurs plis, leurs cryptes, et les agrégats de leurs cryptes qui favorisent la fixation et la multiplication des micro-organismes.

Le traitement chirurgical des hypertrophies adénoïdes est très longuement traité. C'est un chapitre impossible à résumer, mais qui doit être lu attentivement par tous ceux qui s'intéressent à cette question : ils y trou-

veront la pratique suivie à la Clinique laryngologique des sourds-muets par M. Ruault auprès duquel M. Balme exerce les fonctions de chef de clinique.

A.-B. MARFAN.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par I. ROSENTHAL. *Thèse de Paris*, 1888.

Après un exposé anatomo-physiologique et un historique assez complet de la question, l'auteur, s'appuyant sur les recherches qu'il a faites sur le cadavre, divise les déformations de la cloison en six genres :

- 1° Courbures simples sans épaississement.
- 2° Courbures accompagnées d'épaississement ou d'éperon faisant saillie du côté convexe de la cloison déviée.
- 3° Déviations sigmoïdes, dans le sens vertical ou dans le sens antéro-postérieur.
- 4° Déviations sigmoïdes de l'une ou de l'autre espèce accompagnées d'épaississements ou d'éperons.
- 5° Éperons sans déviation de la cloison.
- 6° Déviations en zig-zag.

L'auteur ne s'arrête pas à la description de ces diverses malformations, qu'il est aisé d'ailleurs de reconnaître à leur seule définition. Il appelle seulement l'attention sur les éperons osseux du vomer développés au dépens d'une des faces externes de cet os, et dont il a très justement reconnu la fréquence.

Les recherches anatomiques de Rosenthal ont porté sur des crânes frais et sur des crânes secs. Les premières ont trait à 11 crânes sur lesquels il a pratiqué des coupes diverses, 26 sur lesquels il s'est borné à détacher le nez externe, et 142 qu'il s'est borné à examiner « à l'aide d'un stylet et du petit doigt ». Ces dernières étant absolument insuffisantes, sa statistique ne porte donc que sur 37 individus, et ne peut, par suite, donner de renseignements bien importants. Autrement importantes sont les recherches de l'auteur sur les 2018 crânes du musée de la Société d'anthropologie de Paris. Nous ne connaissons qu'une statistique qui ait une importance égale, celle de Morell-Mackenzie et Taylor sur 2152 crânes du Muséum de Londres. La comparaison de ces deux statistiques, sur laquelle nous ne pouvons insister ici, est très intéressante.

Après avoir constaté que l'étiologie de l'affection est très variable (traumatisme, obstructions d'une fosse nasale, troubles de développement dus à des causes diverses, etc.) ; l'auteur aborde l'étude des symptômes,

qui se confondent avec ceux de l'obstruction nasale et de la rhinite chronique que l'affection provoque. Il n'oublie pas de parler des symptômes réflexes.

Le chapitre qui a trait à l'anatomie pathologique renferme deux examens histologiques faits par Chatellier, qui n'a trouvé que des tissus sains.

Après quelques mots sur le diagnostic et le pronostic, l'auteur aborde la question du traitement. Ce chapitre, très étendu, est un peu confus. L'auteur y a fait rentrer des observations cliniques, au nombre de 33 dont 10 inédites, qui auraient mieux trouvé leur place à la fin de l'ouvrage, comme documents à l'appui. La plupart des méthodes de traitement proposées et exécutées par les différents auteurs y sont passées en revue successivement.

En somme, travail sérieux, renfermant beaucoup de documents, et utile à consulter.

A. RUULT.

Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal,
par W. MOLDENHAUER, privat-docent à l'université de Leipzig. (Traduit de l'allemand et annoté par le Dr POTIQUET. 1 vol. in 8° de 215 p. Paris, Asselin et Houzeau, 1888.)

Ce livre, qui semble avoir été écrit plutôt pour les étudiants et les praticiens que pour les spécialistes, mériterait mieux le nom de *manuel* que celui de *traité*. C'est un résumé assez complet de rhinologie, mais ce n'est qu'un résumé, et dans lequel certaines parties sont même très incomplètement exposées. Nous ne nous arrêtons pas à donner ici l'analyse de ce volume, qui ne contient d'ailleurs que peu de choses nouvelles ; nous nous bornerons à y signaler le chapitre qui traite des méthodes d'examen des fosses nasales et du pharynx nasal (p. 30-46), qui est très clair et rempli de conseils excellents ; celui qui a trait à la douche nasale ; enfin, dans la partie spéciale, l'histoire du coryza chronique et de l'ozène, celle des polypes muqueux, et des névroses. L'auteur paraît être très peu au courant des travaux étrangers à son pays ; il ne cite guère que des allemands, et même en ce qui a rapport à la littérature scientifique allemande, les indications bibliographiques qu'il donne sont très incomplètes. Au contraire, Morell-Mackenzie, dans le livre dont MM. Moure et Charazac nous ont donné récemment une excellente traduction, a enregistré avec soin les travaux français, allemands, américains, etc., indépendamment des travaux anglais ; et il discute tous ces travaux avec impartialité avant de faire connaître ses opinions personnelles. Aussi le livre du pro-

fesseur de Londres, qui reflète exactement l'état de la science au moment où il a été écrit, restera-t-il entre les mains de tous les praticiens français, où la traduction de Moldenhauer ne saurait le remplacer.

Cependant le Dr Potiquet a eu le mérite de nous donner une traduction très correcte, qui rend la lecture du livre agréable et facile. Il y a ajouté des notes, dont quelques-unes sont intéressantes, et qu'on pourrait d'ailleurs attribuer à Moldenhauer lui-même si l'indication (*note du traducteur*) ne nous apprenait à qui elles appartiennent. En effet, M. Potiquet n'y cite guère que des travaux allemands, recommande l'emploi d'instruments allemands, et, quand il y parle d'auteurs français, c'est souvent pour combattre leurs opinions, par exemple pour dire que le coryza caséux, décrit par le Prof. Duplay, doit être rayé du cadre nosologique.

La préface de M. Potiquet reflète les mêmes tendances : parmi les auteurs qui ont attaché leurs noms aux progrès de la rhinologie, il cite Hack, Hartmann, Moldenhauer, Ziem, Thornwaldt, Mégevand, B. Fränkel ; six allemands et un genevois. Je n'ai pas la pensée de discuter le mérite d'hommes comme Hack ou B. Fränkel ; et même si j'avais eu à dresser une liste analogue, j'aurais mis en tête le nom de Voltolini, un autre allemand, mais je me serais gardé d'oublier ceux de S. Duplay, W. Meyer, M. Mackenzie, Bosworth, et bien d'autres encore, que j'aurais cités avant de parler de quelques-uns de ceux que notre confrère a nommés.

C'est parce que je suis plus, ou du moins autant que personne, partisan de l'internationalisme scientifique, que je m'élèverai toujours avec toute l'énergie dont je suis capable contre ceux qui semblent vouloir faire d'une partie de la science le monopole d'un seul pays, que ce pays soit la France ou l'Allemagne. On travaille partout aujourd'hui, et les découvertes surgissent de tous côtés. Aussi convient-il de juger les travaux d'après leur valeur propre, et non pas d'après la langue dans laquelle ils sont écrits. Pour ne parler que de notre pays, je dirai qu'on y travaille autant qu'ailleurs, même la rhinologie, et que l'étudiant en médecine qui veut acquérir des connaissances solides sur cette branche de l'art de guérir n'a pas besoin pour cela de traverser les Vosges. Il existe à Paris deux services publics de polyclinique rhinolaryngologique, l'un à l'hôpital Lariboisière, l'autre à l'Institut des sourds-muets, où les étudiants examinent à loisir autant de malades qu'ils le veulent ; il existe en outre plusieurs autres polycliniques privées où des spécialistes expérimentés font de l'enseignement. Les étudiants qui veulent travailler seuls n'ont qu'à

aller à l'hôpital, ils ne trouvent pas, dans tout Paris, un seul chef de service qui ne leur permette d'examiner à loisir les malades, et ne leur donne toutes les facilités désirables pour faire des autopsies. Veulent-ils faire de l'anatomie pathologique, de la physiologie, etc. ; nos maîtres de la Faculté de médecine, comme ceux des hôpitaux, sont connus par leur bienveillance, et leurs laboratoires sont ouverts à tous les travailleurs.

Il est donc inexact de dire, comme l'a fait M. Potiquet, que si les progrès en rhinologie « se sont accomplis près de nous, ils ne pouvaient l'être chez nous ». Qu'il se donne la peine de consulter, depuis leur apparition, les trois journaux spéciaux français qui traitent de rhinologie, qu'il consulte aussi nos grands traités de pathologie chirurgicale et les bulletins de la Société de chirurgie, il y trouvera, signés de noms français, des travaux nés en France, et assez importants pour nous permettre de revendiquer notre part des progrès accomplis, tant en rhinologie qu'en otologie et en laryngologie. « Souhaitons pour le bien des malades, dit-il tristement à la fin de sa préface, que leur étude (celle des maladies du nez) se relève dans notre pays, et que leur connaissance s'y généralise ». Qu'il se tranquillise, nos malades sont soignés ici aussi bien, et quelquefois avec plus d'humanité et de douceur qu'ailleurs.

A ceux qui, comme M. Potiquet, pensent que les études rhinologiques ont besoin de « se relever » chez nous, je répondrai que ce relèvement, s'il est vraiment nécessaire, se produira sans nul doute à bref délai, lorsque les spécialistes qui se sont jusqu'ici bornés à la tâche facile de traduire ou de faire connaître les ouvrages d'autrui, se décideront à utiliser les documents qu'ils ont dû recueillir dans leur pratique, et à publier des travaux personnels.

A. RUULT.

NOUVELLES

Par arrêté en date du 9 novembre 1888, M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie a nommé MM. les D^{rs} BOUCHERON, CALMETTES, S. DUPLAY, GAREL, GELLÉ, GOUGUENHEIM, JOAL, LADREIT DE LACHARRIÈRE, LANNOIS, LOEVENBERG, E. MÉNIÈRE, C. MIOT, E.-J. MOURE, NOQUET, A. RUULT, TERRIER et P. TILLAUX, membres du comité d'organisation du Congrès international d'Otologie et de Laryngologie à l'Exposition universelle de 1889.

ERRATUM

C'est par erreur que, dans le compte rendu de la *Société française d'otologie et de laryngologie* (p. 231), notre collaborateur a fait dire à M. Moure que « tous les malades à cavités nasales élargies ont de l'ozène ». M. Moure a dit au contraire « n'ont pas de l'ozène », s'appuyant justement sur ce fait pour combattre la théorie de Zaufal.

De même, page 238, il faut lire : « M. Moure préfère l'amygdalotomie chez les enfants ».

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE