

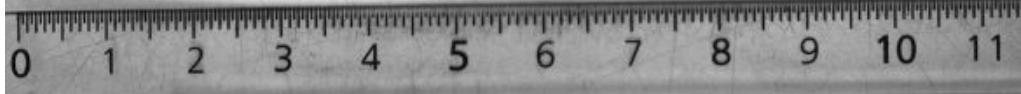
*Bibliothèque numérique*

medic@

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

*tome 2, 1889. - Paris : G. Steinheil, 1889.  
Cote : 91092*

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



IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

PUBLIÉES PAR LES DOCTEURS

**Albert RUAULT**

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

**H. LUC**

Ancien interne des hôpitaux.

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE

DE

MM. LES PROFESSEURS

**Ch. BOUCHARD — A. VERNEUIL**

**V. CORNIL — U. TRÉLAT**

ET DE MM. LES DOCTEURS

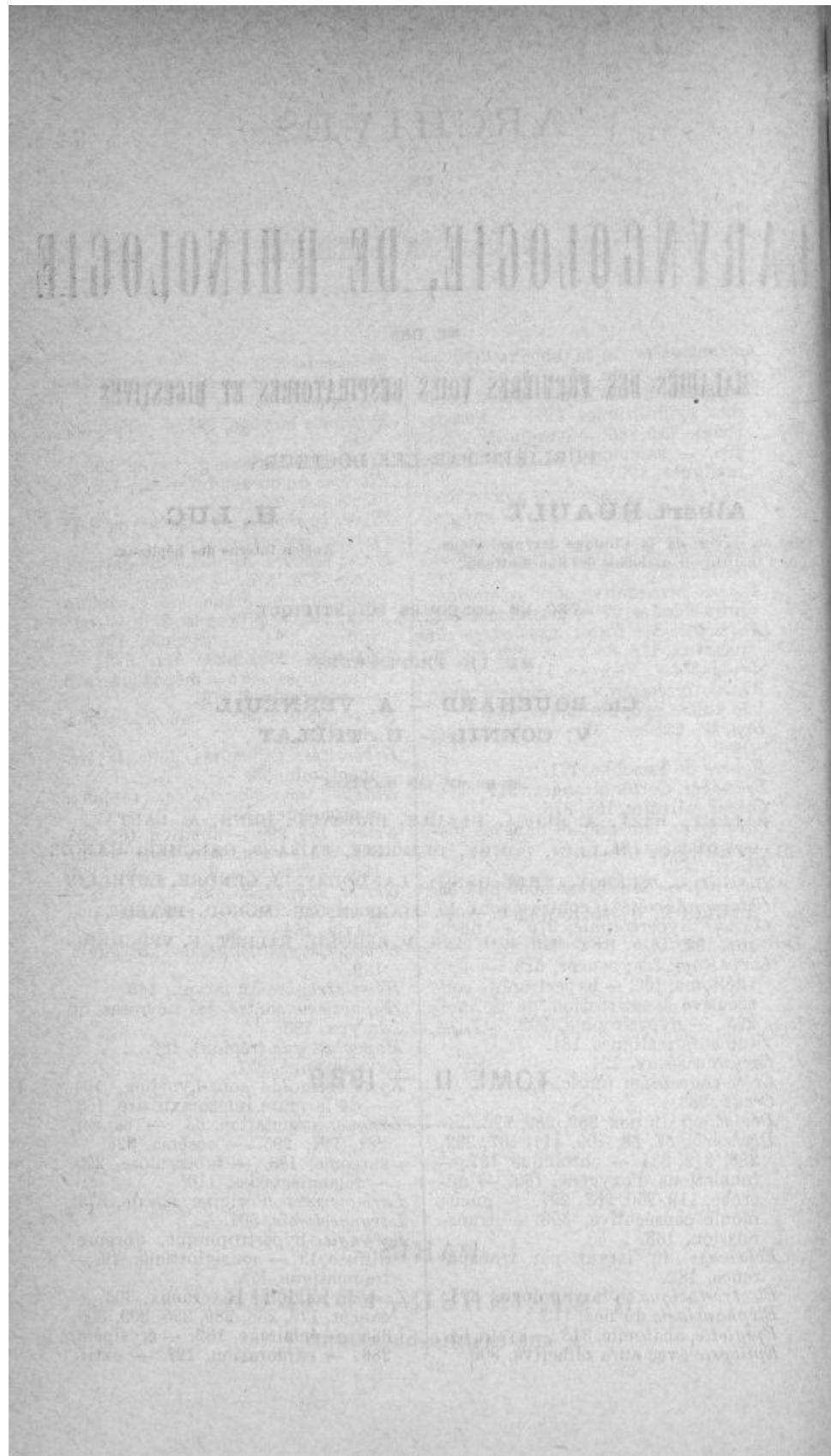
BALLET, BAZY, A. BROCA, BRAULT, BRISAUD, BRUN, A. CARTAZ,  
CHANTEMESSE, CHARRIN, COMBY, DÉJERINE, FAISANS, GAUCHER, HANOT,  
JALAGUIER, JOFFROY, JUHEL-RENOY, LANDOUZY, LE GENDRE, LETULLE,  
LEGROUX, G. MARCHANT, A.-B. MARFAN, CH. MONOD, PEYROT,  
PICQUÉ, RECLUS, REYNIER, ROUTIER, P. SEGOND, TAPRET, F. VERCHÈRE.

~~~~~  
**TOME II — 1889**  
~~~~~

PARIS

**G. STEINHEIL, ÉDITEUR**

2, RUE CASIMIR-DELA VIGNE, 2



## TABLE ANALYTIQUE

*Actinomycose* de la bouche, 310. — des maxillaires, 63.  
*Amygdale*. Épithélioma, 159. — gommes syphilitiques, 129. — hémorragie, 179, 185. — lymphosarcome, 186. — sarcome, 127. — tumeurs malignes, 170.  
*Amygdalite* consécutive aux opérations intra-nasales, 92. — gangreneuse, 184.  
*Amygdalotomie*. Hémorragie consécutive, 179.  
*Angine* consécutive aux opérations intra-nasales, 92. — granuleuse, 193.  
*Antisepsie* des fosses nasales et du pharynx, 118.  
*Aryténoïdes*. Nécrose, 113.  
*Ataxie locomotrice*. Rapports avec le goitre exophthalmique, 154.  
*Bouche*. Cancer, 37. — tuberculeuse, 126.  
*Bourse de Luschka*, 171.  
*Bronches*. Corps étranger, 317.  
*Calcul* salivaire, 158, 315.  
*Caustiques*, leur emploi dans les fosses nasales, 184.  
*Chant*, 362.  
*Chloroforme* dans la trachéotomie, 55.  
*Chlorure de méthyle* contre la toux, 49.  
*Cornets*. hypertrophie, 375. — fibrome, 186.  
*Corps thyroïde*; cancer, 318. — épithélioma, 166. — hypertrophie consécutive à extirpation de la rate, 295. — hypertrophie, 302, 317. — tumeurs malignes, 181.  
*Coryza* casseux, 124.  
*Crico-thyroïdien* (muscle), 187.  
*Croup*, 288.  
*Déviations* du nez, 282, 289, 292.  
*Diphthérie*, 57, 58, 109, 111, 167, 292, 298, 312, 384. — chronique, 127. — inhalations d'oxygène, 160. — microbe, 119, 250, 252, 297. — pneumonie consécutive, 303. — transmission, 155.  
*Eclairage* du larynx par transparence, 182.  
*Electrostatique* en laryngologie, 373.  
*Éléphantiasis* du nez, 112.  
*Épiglotte*, anatomie, 313. — kyste, 61.  
*Épilepsie* avec aura olfactive, 309.  
*Épistaxis*, 352.  
*Epithélioma* (voyez les différents organes).  
*Érysipèle* laryngé, 286. — pharyngé, 240.  
*Fibro-myxome* sous-glottique, 293.  
*Fibrome* du cornet inférieur, 186.  
*Fièvre des fains*, 25.  
*Fièvre typhoïde*, nécrose laryngée, 11.  
*Fistules branchiales*, 371.  
*Fosses nasales*, applications galvaniques, 374, 375. — cancer, 309. — catarrhe chronique, 175. — microbes, 254. — myxomes, 371. — opérations, 294. — ostéome, 122. — polypes, 238, 313, 371, 372. — symptômes liés à la ménopause, 373. — tuberculose, 279.  
*Gastrotomie*. Pour le cancer oesophagien, 153.  
*Gibbosités*. Difficultés pour la trachéotomie, 58.  
*Glande sous-maxillaire*, rapports anatomiques, 157.  
*Goître*, 159, 290. — ablation, 166, 293, 301, 311. — annulaire constricteur, 166. — kystique, 3. — malin, 297.  
*Goître exophthalmique*, 157, 315. — guérison, 156. — rapports avec ataxie, 154.  
*Gommes syphilitiques* de l'amygdale, 129.  
*Hémi-atrophie* du larynx, 140.  
*Hypnotisme* contre les névroses du larynx, 185.  
*Hypoglottique* (région), 189.  
*Ictus* laryngé, 257.  
*Kyste* dermoïde sous-hyoïdien, 154. — de la fente intermaxillaire, 153.  
*Langue*, amputation, 63. — cancer, 287, 294, 295. — eczéma, 326. — sarcome, 183. — tuberculose, 290. — télangiectasies, 110.  
*Larmoiement* d'origine nasale, 375.  
*Laryngectomie*, 301.  
*Laryngite* hypertrophique, fibreuse, diffuse, 13. — sous-glottique, 49. — traumatique, 174.  
*Larynx*, angiome caverneux, 305. — cancer, 172, 288, 289, 296, 303, 305, 365. — éclairage, 182. — érysipèle, 286. — exploration, 127. — extir-

pation, 288, 296. — hémiatrophie, 140. — hémorragies, 161, 190, 302, 306. — hypertrophie fibreuse diffuse, 13. — maladies en général, 44. — occlusion cicatricielle, 300. — œdème, 113, 286. — pachydermie, 281. — périchondrite, 47, 299. — polypes, 47. — rétrécissement tuberculeux, 180. — rhumatisme, 180. — sarcome, 301. — sclérose, 265. — tumeur congénitale, 291. — tumeurs tuberculeuses, 82 (voyez en outre *Tuberculose laryngée*). — syphilis, 377. — congénitale, 239. — héréditaire, 381.

*Lèpre* du larynx, 59.

*Lupus* du nez, 292, 377.

*Lymphosarcome* généralisé, 293 (voyez en outre les différents organes).

*Mâchoires*, constriction, 314.

*Maladies* du larynx, 44. — du nez et de la cavité naso-pharyngienne, 125.

*Maxillaires*. Actinomycose, 63.

*Maxillaire supérieur*, résection, 63, 183.

*Menthol* dans la tuberculose laryngée, 287.

*Microbes* des fosses nasales, 254. — de la diphtérie, 119, 250, 252, 297.

*Moisisures* de la voûte pharyngée, 192.

*Mutisme* hystérique, 51.

*Mycosis* de l'arrière-gorge, 110.

*Naphthol camphré* contre les ulcéra- tions tuberculeuses, 117.

*Nécrose* des arytenoïdes, 118. — phosphorée, 153.

*Nerveuses* (affections — de la gorge), 60.

*Névrrose* de l'appareil auditif, 181.

*Nez*, décortication, 112. — éléphantiasis, 112. — maladies en général, 125.

*Obstruction nasale* (administration des anesthésiques dans l'—) 304.

*Œsophage*, cancer, 270, 291, 315. — corps étrangers, 36. — rétrécissements, 302, 316.

*Œsophagisme*, 178.

*Ozène*, 186, 311. — forme du nez, 376. — microbes, 254. — nature, 293. — traitement, 65.

*Palais*, malformation, 285.

*Paralysie* des crico-arytenoïdiens postérieurs, 299.

*Parole* (troubles de la —), 359.

*Parotide*, myxo-sarcome, 383.

*Paretidite*, 319.

*Perchlorure de fer* dans la diphtérie, 109.

*Périchondrite* du larynx, 47, 299.

*Pharynx*. Epithélioma, 56. — éryspèle, 240. — paresthésie, 378. — syphilis, 189. — tuberculose, 19.

*Pharynx nasal*, exploration, 127. — polypes, 313. — tumeurs, 379.

*Phéniques* (cautérisations... dans la diphtérie), 111.

*Phosphorée* (nécrose), 153.

*Phtisie laryngée* (voyez *Tuberculose laryngée*).

*Pituitaire* (Excitation de la — chez les animaux strychnisés), 115.

*Pneumogastrique* (modifications de la respiration par son excitation), 160.

*Polypes* (voyez les différents organes).

*Récurrent*, compression, 270. — né- vrites, 363.

*Réflexes* d'origine nasale, 115, 242, 372, 373.

*Rhinite* caséuse, 376. — membra- neuse, 181.

*Rhinosclérome*, 127, 186.

*Rhumatisme* du larynx, 180.

*Sinus frontal*, ectasie, 308. — tu- meurs, 54.

*Sinus maxillaire*, abcès, 145, 204, 309, 366. — Kyste dentifère, 158.

*Sinus sphénoïdal*, rétention de li- quide, 241.

*Spasme* phonique de la glotte, 59.

*Sulfuricinique* (acide), 322.

*Surdité* amygdalienne, 191.

*Surdité-mutité* (rapports avec végé- tations adénoïdes), 370.

*Syphilis* héréditaire des muqueuses, 380 (voyez en outre les différents organes).

*Thuya occidentalis*, 56.

*Thyroïdectomie*, 3.

*Thyrotomie*, 318.

*Toux* (coqueluchoise), 49.

*Trachée*, sarcome, 301. — rétrécisse- ment, 64.

*Trachéotomie*, 55, 58, 156, 187, 289, 312, 317, 360, 366, 379.

*Trichloracétique* (acide), 377.

*Trijumeau* (section intra-crânienne) 116.

*Tubage du larynx*, 183, 184, 286, 315, 360.

*Tuberculose* (voyez les différents or- ganes).

*Tuberculose laryngée*, 38, 62, 358. — Bacille, 367. — pseudo-polypeuse, 169. — rétrécissement laryngé conséutif, 180. — traitement, 117, 287, 369. — végétations arytenoïdiennes, 13.

*Tumeurs* tuberculeuses du larynx, 82.

*Végétations adénoïdes*, 78, 370, 372, 384.

*Voile du palais*, tuberculose, 310.

*Voix*, 362, 378.

## TABLE DES AUTEURS

(*Les chiffres gras indiquent les travaux originaux.*)

Alamartine . . . . .	58	Franck . . . . .	115, 160, 242
Albarran . . . . .	158	Fredk. . . . .	304
Albert . . . . .	297	Fuller. . . . .	179
Audet. . . . .	113	Garel. . . . .	47, 49, 375
Baratoux. . . . .	56	Gaston. . . . .	172
Baginsky. . . . .	290	Gaucher. . . . .	111
Balizer. . . . .	156	Gellé. . . . .	171
Barnes. . . . .	315	Gérin-Rose. . . . .	156
Béranger. . . . .	58	Gillot. . . . .	110
Berger. . . . .	166	Glasgow. . . . .	305
Berlioz. . . . .	<b>321</b>	Gleitsmann. . . . .	126
Beschorner. . . . .	303	Gomperz. . . . .	186
Beverly. . . . .	318	Goris. . . . .	293, 373
Birchard. . . . .	286	Gottstein. . . . .	44
Bleynic. . . . .	57	Gouguenheim. . . . .	38, 169, 172, 368
Bleything. . . . .	183	Gray. . . . .	127
Bojew. . . . .	186	Hajek. . . . .	254, 279
Bosworth. . . . .	184	Hamilton Potter. . . . .	181
Bottey. . . . .	367, 372	Hartley. . . . .	183
Bouchard. . . . .	118	Heryng. . . . .	366, 369
Barmann. . . . .	63	Hill. . . . .	292
Brebion. . . . .	378	Hinjsmann. . . . .	64
Browne. . . . .	291	Hjort. . . . .	301
Bryson-Delavan. . . . .	379	Hutchinson Proéter. . . . .	181, 318
Burghardt. . . . .	298	Hutchinson. . . . .	291
Butlin. . . . .	305	Jackson. . . . .	309
Cartaz. . . . .	<b>82, 239, 257</b>	Jacobson. . . . .	302, 317
Caselli. . . . .	298	Jacquet. . . . .	380
Ceci. . . . .	295	Joal. . . . .	178
Chantemesse. . . . .	384	Joffroy. . . . .	154
Charazac. . . . .	366	Juffinger. . . . .	300
Chavasse. . . . .	154	Juhel-Renoy. . . . .	<b>129</b>
Cheatle. . . . .	312	Kelly. . . . .	288
Chervin. . . . .	359	Kiesselbach. . . . .	187
Chouuppe. . . . .	115	Kirmisson. . . . .	112
Corley. . . . .	311	Klemperer. . . . .	291
Couetoux. . . . .	384	Koch (Paul). . . . .	59
Cozzolino. . . . .	376	Kolisko. . . . .	297
Cragin. . . . .	184	Krause. . . . .	294, 296
Deffernez. . . . .	292	Kuester. . . . .	294
Delstanche. . . . .	362	Laborde. . . . .	116
Egidi. . . . .	360, 361	Laccoaret. . . . .	174, 175
Esmarch (von). . . . .	295	Lacronique. . . . .	113
Favitzsky. . . . .	302	Lambert Ott. . . . .	286
Felici. . . . .	372	Lang. . . . .	309
Fernet. . . . .	117	Langlois. . . . .	160
Ficano. . . . .	377	Lannelongue. . . . .	153
Fletcher-Incals. . . . .	180	Laurand. . . . .	240, 370

Le Dentu.....	112	Robertson.....	289
Lennox Browne.....	187	Rolland.....	241
Lenoir.....	157	Romei Serafino.....	127
Leod.....	313	Roquez.....	190, 365
Lichenmann.....	192	Roser.....	296
Lichtwitz.....	372	Roth.....	310
Lubet-Barbon.....	159, 375	Rotter.....	292
Luc... <b>13, 19, 78, 145, 204, 265</b>		Roux.....	119, 250
Macdonald.....	288	Ruault.....	<b>25, 65, 92,</b> <b>97, 140, 193, 321, 352,</b> 375
Mackenzie (John-Noland)...	181, 189	Schiffers.....	371
Macyntire.....	60	Schnitzler...	185, 186, 298, 301, 358
Magitot.....	153	Schuchardt.....	186, 293
Marshall.....	64	Semon.....	294
Martin (P.).....	54	Senator.....	302
Massei.....	363, 364	Sevestre.....	155, 381
Max-Thorner.....	286	Sheen.....	316
Mayo-Collier.....	313	Sidlo.....	311
Meachan.....	287	Silk.....	304
Mohamed Ben Nekkach.....	109	Simon.....	167
Molènes (de).....	326	Solis Cohen.....	180
Montaz.....	122	Souques.....	113
Moura.....	362, 378	Stein (de).....	377
Moure.....	110, 161	Stepanow.....	127
Nasse.....	310	Stook.....	315
Natier.....	51	Suarez de Mendoza.....	36, 241, 374
Northrup.....	303	Swain.....	62, 299
Nuvoli.....	362	Symonds.....	288
O'Dwyer.....	183, 184	Tissier.....	38, 169
Ollier.....	379	Trélat.....	383
Osendowski.....	287	Trifiletti.....	189
Paltouf.....	297	Tuffier.....	153
Panné.....	55	Verdos.....	191
Paniter Allegheny.....	285	Vohsen.....	127
Parry.....	315	Voltolini.....	125, 182
Picqué.....	<b>3</b>	Vidal.....	384
Pillet.....	158	Wagnier.....	59, 238, 377
Plicque.....	170	Walsham.....	283
Potherat.....	159	Weinlecher.....	301, 308
Potiquet.....	124, 376	Wight-Clarke.....	185
Prengueber.....	37	Will.....	314
Prudden.....	452, 303	Wolf.....	290
Redard.....	63	Yersin.....	119, 250
Rethi.....	281, 306	Yverts.....	113
Ricard.....	157	Ziem.....	319
Roberts.....	282		

## AVIS AUX LECTEURS

---

Les *Archives de laryngologie* inaugurent aujourd’hui la seconde année de leur publication. Je suis heureux de remercier mes confrères, à cette occasion, de l’excellent accueil qu’ils ont bien voulu leur faire, et de prier ceux de mes maîtres qui ont consenti, lorsque j’ai fondé ce recueil, à me promettre leur concours scientifique, de croire à toute ma gratitude. Quelques-uns d’entre eux ont déjà publié dans les *Archives de laryngologie* d’importants mémoires originaux ; et plusieurs de mes amis ne m’ont pas donné seulement des travaux personnels, mais se sont aussi chargés d’une partie des analyses des travaux français et étrangers.

Grâce à eux, ma tâche a été très allégée, mais elle a été néanmoins assez lourde encore pour me faire craindre de n’y plus pouvoir suffire, maintenant que dans le but de multiplier le nombre des analyses, j’ai sensiblement augmenté le nombre de pages de texte de chaque numéro.

Ce que je n'aurais peut-être pas réussi à mener à bien seul, sera régulièrement accompli grâce à la collaboration d'un de mes plus sympathiques confrères. M. le Dr H. Luc, qui depuis longtemps déjà a affirmé sa compétence par des travaux remarqués sur la pathologie du larynx et du nez, a bien voulu s'adjoindre à moi pour diriger les *Archives de laryngologie*. J'espère comme lui qu'une collaboration constante et assidue nous permettra de nous acquitter, au gré de nos lecteurs, de la tâche que nous avons entreprise, et, sans nous écarter de la voie suivie par les *Archives* depuis leur origine, de faire réaliser à notre publication de constants progrès.

A. RUAULT.

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

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

ÉNORME GOITRE KYSTIQUE A DÉVELOPPEMENT RAPIDE  
THYROIDECTOMIE. — GUÉRISON

Par le Dr **Lucien Piequé**, chirurgien des hôpitaux.

---

La thyroïdectomie, après bien des vicissitudes, a fini par prendre droit de cité dans le traitement chirurgical du goitre : au début du siècle le défaut d'outillage antiseptique et surtout hémostatique produisit des désastres qui restèrent longtemps dans l'esprit des chirurgiens. Les cas de Desault, Dupuytren, Nélaton, en 1835, sont connus de tous et pesèrent jusque dans ces derniers temps sur la thyroïdectomie. Nous n'indiquerons les diverses phases historiques de l'opération qu'on trouvera fort bien résumées dans la thèse récente de Chrétien ; rappelons simplement que cette opération proscrire si sévèrement en France par les auteurs les plus récents a réapparu dans notre pays en 1880, grâce à l'antisepsie et au perfectionnement des procédés hémostatiques. Depuis cette époque de nombreuses opérations ont été pratiquées, avec une mortalité toujours décroissante et qui, aujourd'hui, d'après les relevés de Chrétien, n'est que de 1,7 0/0. Est-ce à dire que la thyroïdectomie constitue la

seule ressource à opposer au goitre ? Nullement. Malgré les nombreux succès obtenus aujourd'hui, la thyroïdectomie ne saurait être appliquée dans tous les cas ; elle a ses indications et contre-indications. C'est ainsi que la thyroïdectomie dans le cas de cancer thyroïdien ne devra être que bien rarement appliquée, l'opération doit surtout être réservée aux goitres parenchymateux ; non pas que dans le premier cas les succès opératoires ne puissent être obtenus : je me souviens en effet d'une malade opérée par mon excellent maître, M. Peyrot, à l'Hôtel-Dieu, dans le cours de mon clinicat, malade dont l'observation du reste a été publiée à la Société de chirurgie et chez laquelle le succès opératoire a été complet, malgré des délabrements considérables ; la Société de chirurgie a eu raison cependant de se prononcer d'une façon générale contre ces tentatives, car la récidive est ordinairement trop rapide pour justifier l'étendue des sacrifices nécessaires.

Je ne parle évidemment que des cancers diagnostiqués, c'est-à-dire des tumeurs présentant l'allure clinique du cancer ; je ne saurais comprendre dans la même proscription ces cancers centraux, dans lesquels les goitres parenchymateux se transforment souvent par un processus si bien étudié par Wolfer dans ces dernières années.

On peut donc établir en résumé que la thyroïdectomie ne saurait convenir qu'aux tumeurs bénignes. Et là encore que de distinctions à établir, selon la nature solide ou liquide de la tumeur, les accidents qu'elle détermine, et aussi selon son âge. Les travaux si intéressants de Duguet et de Terrillon nous ont montré les ressources que peuvent fournir dans les goitres jeunes la méthode des injections.

Là encore il serait téméraire en présence des résultats heureux obtenus par cette méthode, de recourir à la thyroïdectomie. Le traitement simple doit être essayé tout d'abord. J'ai pu récemment, chez un étudiant en médecine obtenir la rétrocession d'un goitre à marche rapide par la médication iodée interne et exclusive.

Ce n'est dans la majorité des cas que dans les goitres anciens que la thyroïdectomie doit être proposée. Peut-être dans les goitres jeunes à évolution rapide et résistant aux moyens ordinaires pourrait-on à la rigueur songer à l'intervention ; mais la détermination serait en vérité bien difficile à prendre, car le plus souvent ces tumeurs à évolution rapide rentrent dans la classe des sarcomes, or le diagnostic est ordinairement fort difficile à établir, et cependant indispensable, si on se rappelle ce que nous venons de dire sur l'intervention dans les tumeurs malignes.

Quand il s'agit d'un goitre ancien donnant lieu à des troubles fonctionnels, il faut encore distinguer la nature solide ou liquide de la tumeur.

Quand il s'agit d'un kyste thyroïdien, bien des moyens peuvent être employés que nous n'avons pas à envisager ici ; quand ils échouent, c'est à la thyroïdectomie partielle qu'il convient de recourir et cette opération a plus d'indications qu'on ne pourrait le croire à priori si l'on sereporte aux données anatomo-pathologiques si bien étudiées par Julliard et Schwartz dans son travail récent de la revue de la chirurgie.

Quand il s'agit tout au contraire d'une tumeur solide, c'est à l'ablation complète de la tumeur qu'il convient d'avoir recours. Il en est de même dans le cas de kystes multiples comme chez le sujet qui est l'objet de l'observation qui va suivre.

Mais il faut rappeler que les recherches publiées par J.-L. Reverdin en 1882 sur la cachexie strumiprive, de Kocher, de Borel de Neufchatel, de Julliard sur le même sujet, montrent que si la thyroïdectomie est devenue presque inoffensive sous l'influence des modifications apportées au manuel opératoire et au pansement, il convient de faire de sérieuses réserves sur les résultats éloignés de l'opération.

Les nombreux cas de cachexie strumiprive qui survinrent dans ces dernières années à la suite de la thyroïdectomie, faillirent faire encore abandonner cette précieuse conquête de la thérapeutique.

L'énucléation intra-glandulaire préconisée successivement par Socin, Julliard, et surtout Reverdin, sauva la méthode compromise à nouveau. Nous ne voulons pas en décrire ici le manuel opératoire que le lecteur trouvera bien exposé dans la thèse de Chrétien. Qu'il nous suffise de dire que toujours dans les cas de tumeur bénigne, l'énucléation intra-glandulaire quand elle est possible doit être préférée à l'extirpation totale, qui ne saurait convenir que dans les cas de tumeur maligne, et nous savons que dans ces cas l'abstention est préférable ; c'est assez dire que la thyroïdectomie totale doit être pour ainsi dire abandonnée.

Ces quelques considérations générales ayant été exposées, nous publions notre observation d'après les notes qu'a bien voulu nous communiquer notre interne et ami, M. Edgar Chevalier, aide d'anatomie de la Faculté.

M<sup>me</sup> J. B., âgée de 39 ans, entre le 19 janvier 1888, dans mon service à l'hôpital Laennec, salle Chassaignac, n° 26, où je remplaçais M. le Dr Nicaise.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents ; fort bien réglée depuis l'âge de 13 ans, la malade n'a jamais eu d'enfants.

Le goitre pour lequel elle entre à l'hôpital, a débuté à l'âge de 15 ans ; d'abord très petit, il augmenta progressivement de volume, tout en restant constamment indolore, mais en donnant lieu à une gène dans les mouvements du cou et dans l'effort.

La tuméfaction avait tout d'abord débuté à gauche ; un séton fut appliqué qui amena, dit la malade, une disparition presque complète des accidents puis la tumeur se reproduisit à droite ; un nouveau séton fut appliqué qui provoqua, paraît-il, le même résultat.

Le goitre reparut sur la ligne médiane et depuis 2 ans a pris un développement rapide.

L'année dernière, le médecin qui soignait la malade fit dans la tumeur même plusieurs injections iodées dont l'une donna issue à 1/2 verre de liquide jaunâtre.

En dépit de ce traitement la tumeur augmenta de volume et c'est dans ces conditions que la malade se décide à entrer dans nos salles.

*État actuel.* — Au niveau de la partie antérieure du cou, et au-dessous du larynx existe une volumineuse tumeur plus grosse que le poing, à

surface bosselée. Le lobe moyen assez développé descend très bas près du sternum, dans les mouvements d'abaissement du larynx on le voit s'engager manifestement derrière cet os. Le lobe gauche constitue la partie la plus saillante de la tumeur, la portion la plus externe s'insinue sous le sterno-mastoïdien jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire.

Les mouvements de latéralité sont presque nuls : par contre, les mouvements d'ascension et de descente sont très marqués.

A l'inspection attentive de la tumeur on constate une expansion artérielle très nette ; la malade se plaint de la sensation de battement.

Il n'existe pas de dyspnée, sauf dans les fortes inspirations.

Dysphagie peu marquée.

L'état général est bon ; il n'existe aucune altération viscérale.

L'augmentation rapide du volume de la tumeur, son siège rétro-sternal d'une part, l'insuccès du traitement iodé d'autre part, m'engagent à proposer la thyroïdectomie qui est acceptée par la malade et pratiquée le 27 janvier avec l'assistance précieuse de mes deux collègues Paul Segond et Gérard Marchant.

La malade étant chloroformisée, je pratique une incision linéaire au niveau de la partie moyenne de la tumeur et obliquement dirigée de l'angle de la mâchoire au sternum ; la veine jugulaire externe qui croise cette incision est sectionnée entre deux ligatures.

Le lobe gauche étant mis à découvert, je sectionne dans toute son étendue le tissu de la tumeur pour en pratiquer l'énucléation intra-glandulaire. Ce temps de l'opération que je pratique avec les doigts est rendu assez difficile par suite d'adhérences serrées qui résultent probablement des divers traitements qui ont été faits antérieurement. Le tissu sain saigne, avec abondance, de nombreuses pinces hémostatiques sont appliquées ; la masse principale ayant été enlevée, le fond de la plaie devient le siège d'une hémorragie en nappe très abondante qui nécessite d'abord le tamponnement et qui cède bientôt à la forcipression, de nombreux lobes aberrants de volume variable remontent le long de la gaine carotidienne et sont enlevés un à un par décortication. Un aide récline fortement en dehors le sterno-mastoïdien pour me faciliter ce temps de l'opération.

La tumeur qui plonge dans le médiastin présente de grandes difficultés d'extraction : c'est un kyste purulente partout adhérente et présentant le volume d'un marron ordinaire. A droite l'extirpation se fait assez facilement. Au niveau de l'isthme, la tumeur ne présente que de faibles adhérences qui cèdent facilement à la pression du doigt. Aucun incident n'est à signaler au cours de l'opération.

Le foyer opératoire est large et profond : on n'y découvre aucun organe important ; tous sont masqués par les parties saines et très amincies de la glande thyroïde.

Seule la trachée est facilement accessible, elle est légèrement déprimée en fourreau de sabre.

La plupart des pinces peuvent être enlevées ; je ne fais qu'environ une dizaine de ligatures.

Lavage de la plaie avec une éponge imbibée de solution phéniquée forte, mais préalablement exprimée. Suture et drainage de la plaie avec la gaze iodoformée. L'opération a duré 2 heures. Pansement à la gaze iodoformée. Les suites opératoires ont été particulièrement simples et ne méritent aucune mention spéciale. La réunion immédiate a été obtenue dans la presque totalité de la plaie, sauf au voisinage du drain inférieur, où s'est produite une suppuration peu abondante, mais qui a persisté assez long-temps.

La malade n'a présenté d'autre part dans le cours de sa convalescence aucun phénomène nerveux général ou local.

La malade a quitté le service à la fin du mois de février ; ces jours-ci, c'est-à-dire décembre 1888, je reçois de M. le Dr Blanchard, des nouvelles de mon opérée. Ce médecin, très au courant des complications de l'opération, m'écrit que sa santé générale est excellente et qu'elle n'éprouve aucun des symptômes de la cachexie strumiprive.

*Nota.* La tumeur se présente sous la forme de kystes multiples séparés par des portions de la tumeur en apparence saines ; il est évident que là comme ailleurs, le processus kystique est lié aux lésions du goître folliculaire ; mais ce qui est remarquable, c'est que l'élément kystique y prédomine. La paroi interne des kystes est lisse, le contenu est liquide, jaune citrin. L'un de ces kystes, rétro-sternal, est suppuré.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; aussi tenons-nous à insister sur quelques-unes des particularités qui la caractérisent.

La consistance solide de la tumeur, les bosselures irrégulières pouvaient faire penser à un goître solide, et la rapidité de sa marche dans ces derniers temps, pouvait faire également songer sinon à une transformation véritable en tumeur maligne, du moins à cette évolution si intéressante de l'adénome thyroïdien de Wolfler vers l'épithélioma.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, il est certain que l'existence de kystes était évidente, par les résultats d'une ponction récente ; mais l'aspect clinique de la tumeur ne pouvait que difficilement faire songer à l'existence de kystes multiples.

D'ailleurs, quand bien même l'évolution épithéliale de la tumeur eût été certaine, la temporisation n'était plus possible, puisque d'une part la tumeur n'avait pas les caractères francs d'une néoplasie maligne, et que, d'autre part, l'existence d'un prolongement rétro-sternal et l'échec des médications antérieures ne pouvait laisser place à l'expectation.

Au point de vue opératoire, je me suis naturellement décidé à l'énucléation intra-glandulaire et j'ai tout lieu de m'en féliciter, puisqu'un an environ après l'opération, la malade n'a présenté aucun des symptômes fâcheux de la cachexie strumiprive.

Si l'on se reporte aux détails de l'observation qui précède, on verra que l'énucléation a présenté surtout à droite quelques difficultés que j'attribue avec raison, je crois, aux divers traitements qu'avait subis la malade avant l'opération.

Néanmoins ce détachement put être terminé heureusement grâce à la collaboration aussi savante que dévouée de mon ami, M. Segond. La différence de coloration du tissu thyroïdien normal et de la paroi des noyaux était très évidente dans mon cas.

Nous eûmes à droite après l'énucléation une hémorragie en nappe assez abondante, mais qui fut facilement réprimée ainsi que je l'ai dit, à l'aide de l'application d'un grand nombre de pinces hémostatiques. Outre ses avantages généraux sur lesquels j'ai précédemment insisté, je rappellerai quel l'énucléation présente cet avantage précieux de ne découvrir aucun des nerfs et vaisseaux de la région, et par conséquent de ne pas exposer à ces nombreux accidents si souvent relatés par les chirurgiens au cours de l'opération et qui peuvent entraîner à leur suite des conséquences plus ou

moins sérieuses. Dans l'énucléation, l'opérateur reste constamment dans le tissu thyroïdien, ou mieux entre ce tissu et celui de la tumeur, et l'opération terminée, on ne voit qu'une cavité plus ou moins anfractueuse, limitée en tous points par la coque restée saine du corps thyroïde.

Cette circonstance est bien avantageuse, on sait en effet que dans un cas d'Ollier, le fil placé sur la thyroïdienne supérieure s'échappa et que ce chirurgien dut lier la carotide primitive. Waren Green ouvrit la jugulaire interne dans un cas rapporté par Chrétien. Les nerfs surtout ont été lésés au cours de l'opération, parmi lesquels nous signalons le pneumogastrique et le récurrent. Nous renvoyons du reste le lecteur au chapitre de la thèse de Chrétien où tous ces faits ont été relevés avec soin.

Au point de vue du manuel opératoire en général, nous insistons spécialement sur les points suivants :

D'accord avec un certain nombre de chirurgiens français, nous avons administré le chloroforme à notre malade ; mais dès l'incision de la peau, nous ne l'avons donné que d'une façon intermittente, de façon à poursuivre l'opération dans un demi-sommeil. Je dois dire qu'à aucun moment, la malade ne nous a pas inspiré d'inquiétude à cet égard.

Tout avait été préparé en vue d'une trachéotomie ; mais je dois dire que, contrairement à Rose, je n'avais pas cru devoir débuter par la trachéotomie préliminaire, m'appuyant sur les inconvénients sérieux de cette opération dans les jours qui suivent l'intervention. J'estime qu'on ne doit la pratiquer que quand les accidents de dyspnée l'exigent.

D'ailleurs, la trachéotomie dans ces conditions est chose difficile. Sans parler de cas fréquents où la trachée est déviée nous devons dire qu'elle semble difficile sinon impraticable dans les cas où, comme le nôtre, il existe une tumeur au niveau de l'isthme thyroïdien. Dans ces conditions on ne peut dire qu'on pratique une trachéotomie préliminaire puisqu'il est nécessaire de diviser la tumeur avant d'arriver à la trachée ; on fait bien réellement une trachéotomie

secondaire après avoir commencé l'opération dans de mauvaises conditions, puisqu'on divise le tissu morbide au lieu de l'énucléer.

D'ailleurs dans notre cas, il eût été fâcheux d'exposer la malade aux accidents fréquents de la trachéotomie faite dans de semblables conditions. La trachée quoiqu'un peu déformée latéralement résistait bien à la pression atmosphérique et l'opération put se terminer sans qu'on ait eu besoin d'y avoir recours.

On a beaucoup discuté sur la forme à donner à l'incision ; généralement on considère l'incision linéaire comme insuffisante dans les cas de goitre volumineux.

Dans notre cas cependant, nous avons eu recours à l'incision de Bruns étendue de l'angle de la mâchoire au sternum ; or nous avons pu, en réclinant suffisamment à droite et à gauche les deux lèvres de l'incision, pratiquer dans les meilleures conditions, l'énucléation des deux côtés. D'ailleurs ce point présente un intérêt médiocre car il est certain que si la tumeur se trouvait bridée d'un côté, il suffirait de jeter à l'extrémité de l'une des lèvres une petite incision perpendiculaire transformant en L ou en T l'incision primitive.

Avant de commencer l'énucléation, il faut s'assurer qu'on a incisé tout le tissu sain qui se trouve au devant de la tumeur et qu'on a mis à découvert le néoplasme. Schwartz a eu raison d'insister récemment sur ce point en montrant combien l'oubli de ce précepte augmente les difficultés de l'énucléation et expose aux hémorragies. J'ai pu me rendre compte moi-même des avantages de cette pratique.

Au point de vue de l'hémostase, point n'est besoin de pratiquer la ligature préalable ou secondaire des pédicules vasculaires. Au fur et à mesure qu'on avance dans la décoloration, il suffit d'appliquer, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, des pinces hémostatiques en quantité suffisante ; si l'hémorragie est trop abondante, on peut cesser momentanément la décoloration dans le cas contraire, surtout si les adhérences cèdent facilement, il est préférable d'achever

rapidement comme nous l'avons fait à gauche ; à droite au contraire nous avons dû à plusieurs reprises nous arrêter pour placer des pinces dans le foyer opératoire.

Quand l'opération est terminée, il n'est pas indispensable de remplacer toutes les pinces par des ligatures. Beaucoup peuvent être retirées sans qu'il y ait retour du sang. C'est là une particularité importante au point de vue de la rapidité de l'opération et qui présente aussi l'avantage d'éviter les chances d'infection en diminuant le nombre des ligatures. Beaucoup de chirurgiens ont d'ailleurs insisté sur ce point. Dans notre cas nous avons placé environ une soixantaine de pinces, une dizaine de ligatures furent nécessaires.

La question du choix de l'antiseptique destiné aux lavages a perdu beaucoup de son intérêt dans l'énucléation. Les nerfs ne se trouvant plus exposés dans le foyer opératoire, le chirurgien n'a plus à redouter comme autrefois l'action que pouvait exercer sur eux tel ou tel liquide. Nous nous sommes contentés au cours de l'opération de la solution faible ; avant de refermer la plaie, nous l'avons touchée avec une éponge imbibée de solution forte mais suffisamment exprimée.

Au point de vue de la suture, nous n'avons pas jugé à propos de faire des sutures profondes comme le conseille Keser dans le but de diminuer la cavité qui résultait de notre énucléation. Nous nous sommes contentés de pratiquer la suture de la peau, à l'aide du crin de Florence, en ménageant une solution de continuité pour le passage de deux drains dont l'un se trouvait placé derrière le sternum, et l'autre couché dans le fond du foyer opératoire.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre observation, la réunion s'est faite dans la presque totalité de la plaie ; les fils furent retirés au 7<sup>e</sup> jour ; peut-être au niveau du kyste suppuré rétro-sternal, une infection s'est faite qui n'a pu être supprimée par nos lavages, car il s'établit à ce niveau une suppuration, peu abondante il est vrai, mais assez persistante, qui retarda de quelques semaines la guérison complète.

## DE L'HYPERTROPHIE FIBREUSE DIFFUSE DE LA MUQUEUSE LARYNGÉE. — DE LA NATURE DES VÉGÉTATIONS PRÉ-ARYTÉNOIDIENNES OBSERVÉES CHEZ LES PHTISIQUES

Par le Dr Lue, ancien interne des hôpitaux.

Au mois de juin de cette année nous étions consulté par M. T. que notre collègue, le Dr Mougeot, de Chaumont, nous avait fait l'honneur de nous adresser pour un enrouement progressif, ayant débuté, plusieurs années auparavant et ayant abouti, depuis un an, à une aphonie complète.

Le malade, âgé de 48 ans, doué d'une extrême impressionnabilité nerveuse, offrait les apparences d'une forte constitution. Il n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques et accusait seulement, dans ses antécédents, une légère attaque de goutte. Nous apprîmes d'ailleurs qu'il était quelque peu mangeur et buveur, sans être à vrai dire alcoolique et que, sous l'influence de l'excitation facilement produite chez lui par le vin, il fatiguait volontiers son organe vocal d'une façon tout à fait immodérée. Depuis quelque temps, il s'absentait du tabac, mais il en avait fortement abusé auparavant. On relevait dans ses antécédents héréditaires le fait d'un oncle mort tuberculeux.

L'examen laryngoscopique nous révéla les particularités suivantes :

Les cordes vocales avaient complètement perdu leur coloration et leur régularité normales. Elles se montraient d'un rouge pâle, en outre fortement épaissies et offraient sur toute leur longueur soit des mamelons sessiles, soit des saillies verruqueuses essentiellement irrégulières, faisant saillie dans la fente glottique et s'opposant au rapprochement de leurs bords. Les mêmes saillies s'observaient au niveau de la muqueuse pré et inter-aryténoïdienne.

Les autres régions du larynx étaient intactes ; nous n'ob-

servâmes non plus aucune lésion remarquable dans le pharynx ni dans les fosses nasales.

Bien que le malade ne se plaignît de tousser et de cracher que d'une façon insignifiante, et que l'exploration attentive de la poitrine ne nous révélât aucune modification appréciable, l'aspect des cordes vocales ressemblait tellement à une infiltration tuberculeuse initiale que nous nous arrêtâmes à cette dernière hypothèse, la diffusion des lésions nous défendant de songer à un néoplasme localisé (fibrome ou épithéliome). Si nous étions réellement en présence d'une infiltration tuberculeuse, c'était le cas ou jamais d'intervenir localement d'une façon énergique, l'intégrité du parenchyme pulmonaire autorisant à espérer un résultat curatif radical.

Nous nous décidâmes donc à pratiquer le raclage des parties hypertrophiées à l'aide des curettes de Heryng. Cette opération fut faite en plusieurs séances, après anesthésie de la muqueuse au moyen d'une solution très forte de cocaïne (1 pour 3), et les parties raclées furent frottées chaque fois avec un tampon d'ouate hydrophile, imbibé d'une solution d'acide lactique (parties égales d'eau et d'acide); les opérations furent très bien supportées par le malade et ne donnèrent lieu qu'à fort peu de symptômes réactionnels. Dans l'intervalle, M. T. devait observer un silence absolu et pratiquer des inhalations, plusieurs fois par jour, avec une solution phéniquée pulvérisée. Au bout de six séances, toutes les parties saillantes avaient été enlevées et lorsque le malade vint nous revoir après une absence de six semaines, les surfaces raclées étaient complètement cicatrisées, égalisées et l'aphonie constatée lors de la première consultation avait fait place à un simple enrouement. Pendant son absence d'ailleurs, M. T. avait continué ses inhalations phéniquées, s'était imposé un silence rigoureux et avait suivi scrupuleusement les conseils que nous lui avions donnés, relativement à son hygiène.

Cependant nous avions confié à notre ami le Dr Ledoux-Lebard le soin d'examiner les fragments extraits du larynx,

ainsi que quelques produits d'expectoration que nous avions pu recueillir. Or, non seulement il ne fut constaté de bacilles ni dans les uns ni dans les autres, mais l'examen microscopique des coupes pratiquées sur les fragments en question ne permit d'y noter que du tissu fibreux. Ajoutons que les nouvelles que nous avons reçues du malade jusqu'à ces derniers temps ont constamment confirmé le maintien du bon état général et local.

Il ne nous paraît pas possible d'interpréter ce fait autrement que comme un exemple d'hypertrophie fibreuse irritative étendue à une région déterminée de la muqueuse laryngée, comprenant les cordes et la région arytenoïdienne, région qui se distingue du reste de la muqueuse, fonctionnellement par la part active qu'elle prend à la phonation et anatomiquement par son épithélium pavimenteux stratifié et l'extrême rareté de son appareil glandulaire.

Les faits de ce genre ne semblent pas avoir été fréquemment observés. Pour ce qui nous concerne c'était la première fois que nous constations un exemple d'hypertrophie simple aussi développée et les traités classiques que nous avons entre les mains ne consacrent pas de description spéciale à une *chordite hypertrophique* (1). La laryngite hypertrophique hypoglottique décrite par B. Fränkel constitue une affection anatomique absolument distincte de celle dont nous nous occupons.

Tout dernièrement, notre collègue M. Darier, interne distingué des hôpitaux, présentait à la Société anatomique (séance du 6 juillet 1888) un larynx atteint d'hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse; mais ici les lésions occupaient principalement les bandelettes ventriculaires, les cordes vocales étant au contraire intactes et les antécédents syphilitiques du sujet laissent planer un doute sur la prétenue simplicité des lésions.

---

(1) Au moment où nous écrivions cette phrase, nous ignorions l'existence d'un travail de Tuerk relatif à cette affection spéciale qu'il décrit sous les titres : *Chorditis tuberosa, trachome des cordes vocales*.

Nous serions plutôt tenté de rapprocher notre cas de l'affection décrite la première fois par Hünermann (1) puis par Virchow (2) sous le nom de pachydermia laryngis et dont il a été fait une application si irrationnelle au cas de l'empereur Frédéric. Nous avons pu nous convaincre par la lecture de ces deux monographies qu'il s'agissait là comme dans notre observation, d'une affection diffuse étendue à la portion de la muqueuse laryngée pourvue d'épithélium stratifié (région arytenoïdienne et cordes vocales). Il semble pourtant que ces auteurs aient en vue un processus occupant plutôt l'épithélium que le chorion et déterminant la formation de callosités semblables à celles que l'on observe sur les régions cutanées exposées au frottement. Hünermann s'attache même bien moins à décrire les elevures elles-mêmes que les fissures et les rhagades situées dans leur intervalle et qu'il distingue soigneusement des diverses variétés d'ulcérations laryngées. Au reste la description des médecins allemands est presque exclusivement anatomique ; le côté clinique de la question est à peine effleuré, ce qui restreint singulièrement nos éléments de comparaison.

Nous avons dit plus haut que notre observation constituait le seul exemple que nous eussions observé d'une hypertrophie fibreuse avec mamelons aussi volumineux étendus à la région des cordes et des arytenoïdes.

Nous avons souvent, en revanche, l'occasion de constater des lésions semblables limitées à la muqueuse pré-arytenoïdienne. Rien de plus fréquent que la présence d'élevures verruqueuses au devant de l'espace inter-arytenoïdien chez les sujets atteints de laryngite chronique consécutive à un catarrhe naso-pharyngien chronique. Dans ces cas la muqueuse pré-arytenoïdienne est non seulement hypertrophiée, mais elle se montre le siège d'un catarrhe tout à fait circonscrit, se traduisant au laryngoscope sous l'aspect d'un

(1) *Ueber Pachydermie und geschwürsbildung auf den stimumb.* Inaugural dissertation. Berlin, 1881.

(2) *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887, n° 32, p. 585.

dépôt muco-purulent qui se referme chaque jour sur la région en question de la muqueuse laryngée.

Heryng a esquissé cette forme clinique spéciale dans son livre récent sur la curabilité de la phtisie laryngée et insiste sur l'analogie d'aspect que présente ce gonflement circonscrit de la muqueuse avec les infiltrations tuberculeuses de forme végétante qui se développent fréquemment dans la même région et constituent un mode de début classique de la tuberculose laryngée.

Ceci nous amène à aborder, en terminant, un point peu connu, croyons-nous, de la pathologie de la phtisie laryngée. On considère généralement comme des foyers tuberculeux les gonflements de la muqueuse arytenoïdienne avec saillies végétantes que l'on rencontre assez fréquemment dans le larynx des phtisiques. Il est possible qu'il en soit ainsi dans certains cas, toujours est-il qu'ayant voulu extraire, dans ces derniers temps, chez plusieurs de nos malades, ces néo-formations qui par leur exubérance s'opposeraient au libre accès de l'air et qui d'autre part s'interposant entre les cordes vocales gênaient la phonation, nous avons d'abord été surpris de leur résistance et de la difficulté que nous éprouvions à les extirper, puis de leur consistance ferme.

Mais ce qui importe plus encore, les fragments extraits ayant été soumis à l'examen microscopique se sont montrés exclusivement composés de tissus fibreux bien que les malades présentassent des lésions pulmonaires très avancées.

Ces faits ont évidemment leur importance et doivent nous rendre circonspects à l'égard de certaines prétendues guérisons de tuberculose laryngée. Nous avons nous-même publié au commencement de cette année (*Union médicale*, 16 février 1888) l'histoire d'une jeune femme atteinte d'une phtisie pulmonaire parvenue à la période de ramollissement et compliquée de raucité de la voix. Chez cette malade, la seule lésion laryngée consistait dans la présence de masses végétantes siégeant sur la muqueuse intra-arytenoïdienne et

proéminent entre les cordes vocales dont elles gênaient le rapprochement. Ces néoformations furent détruites avec le galvano-cautère, leur point d'implantation cauterisé un grand nombre de fois avec une solution d'acide lactique et il se produisit ultérieurement une cicatrisation complète qui ne s'était pas démentie au bout de plusieurs mois. Notre observation avait été publiée sous le titre : *Tuberculose laryngée guérie par l'emploi de l'acide lactique, etc.* Aujourd'hui nous nous demandons s'il s'agissait bien là d'une infiltration tuberculeuse ou au contraire simplement d'excroissances fibreuses comme nous avons pu le constater depuis, chez d'autres malades (!).

#### CONCLUSIONS

1<sup>o</sup> Il est une région limitée de la muqueuse laryngée caractérisée anatomiquement par un épithélium pavimenteux stratifié et correspondant aux cordes vocales et à la paroi arytenoïdienne qui peut, sous l'influence d'irritations fonctionnelles prolongées, devenir le siège d'hypertrophies fibreuses diffuses, simulant des infiltrats tuberculeux.

2<sup>o</sup> Les hypertrophies se montrent assez fréquemment limitées à la muqueuse arytenoïdienne où elles affectent l'aspect de saillies végétantes fréquemment recouvertes de mucosités épaisses ou de muco-pus. On les observe soit dans le cours de laryngites rebelles liées à des catarrhes naso-pharyngiens invétérés, soit chez des phthisiques et leur présence, chez ces derniers malades, n'est pas suffisante pour admettre la présence de tubercules dans le larynx.

---

(1) Nous recevons à l'instant du Dr Latteux le résultat de l'examen d'une grosse végétation extraite de la muqueuse arytenoïdienne d'une jeune fille parvenue au dernier degré d'une phthisie pulmonaire. Là encore le microscope manié par un histologiste dont on sait la grande compétence n'a permis de constater que du tissu fibreux.

## RÉCUEIL DE FAITS

### NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE NASO-PHARYNGIENNE

Par le **Dr Lue**, ancien interne des hôpitaux (1).

Le 9 juillet de cette année, nous étions consulté par M. G... qui nous était adressé par M. le Dr Rendu, pour des symptômes nasaux et pharyngiens, consistant en un écoulement muco-purulent de la fosse nasale droite qui était devenue incomplètement perméable à l'air, et des douleurs ressenties dans la moitié gauche de la gorge, pendant la déglutition. Le malade était en outre tourmenté par des quintes fréquentes de toux sèche et M. le Dr Rendu nous faisait savoir, par la note qu'il avait remise à son client, qu'il avait constaté une certaine rudesse du bruit respiratoire, non accompagnée de râles, au sommet gauche.

Procédant tout d'abord à l'examen du pharynx, nous découvrîmes derrière le pilier postérieur gauche une petite ulcération saillante, arrondie, ayant les dimensions d'une lentille, à surface granuleuse, d'une coloration rouge pâle, et présentant à son pourtour, sur la muqueuse non ulcérée, de petits points jaunâtres. La fosse nasale gauche nous parut normale. Au contraire, nous trouvâmes la cavité nasale droite presque oblitérée par un gonflement énorme et irrégulier du cornet inférieur, présentant le long de sa face interne une ulcération allongée d'avant en arrière et offrant comme celle du pharynx tous les caractères objectifs des ulcération tuberculeuses.

(1) Communication faite à la Société du VII<sup>e</sup> arrondissement, dans la séance du 27 novembre 1888.

Nous ne constatâmes de lésions semblables ni dans le pharynx nasal, ni dans la cavité laryngée.

L'exploration de la poitrine pratiquée avec le plus grand soin ne nous permit de découvrir que le léger degré de rudesse respiratoire signalée par M. Rendu, au sommet gauche.

Les autres organes nous parurent sains, à l'exception des deux testicules que nous trouvâmes triplés ou quadruplés de volume et offrant des bosselures et la consistance caractéristiques de l'orchite tuberculeuse.

Ajoutons que le malade avait maigri et perdu de ses forces depuis plusieurs mois et que son teint, sa physionomie, la couleur et l'expression spéciale de ses yeux étaient ceux d'un homme tout au moins prédisposé à la tuberculose. Aussi est-ce à ce diagnostic que nous nous arrêtâmes, bien que M. G... niât tout antécédent de cet ordre dans sa famille et s'obstînât à rapporter ses accidents actuels à une syphilis contractée quelques années auparavant.

Pour nous, les lésions que nous venions d'observer présentaient un grand intérêt tant scientifique que pratique.

On sait que la localisation de la tuberculose à la pituitaire constitue une affection fort rare, puisque notre ami, le Dr Cartaz, dont les connaissances bibliographiques sont très connues de ses collègues, n'a pu en réunir que 18 cas, dans sa récente monographie sur ce sujet, en compulsant la littérature médicale française et étrangère.

D'autre part, dans la grande majorité des observations qu'il a rapportées, la maladie occupait un siège différent de celui qui caractérise le cas de notre malade. En effet dans ces 18 observations, les ulcérations occupaient la cloison et, deux fois seulement, l'un des cornets était envahi simultanément. Chez M. G..., au contraire, les cornets seuls ont été le siège exclusif des infiltrations tuberculeuses, aussi longtemps que nous avons pu suivre le malade.

Cette observation fournissait donc une intéressante contribution à l'histoire encore toute neuve de la tuberculose nasale. Mais le cas excitait surtout notre intérêt au point de

vue de la question si actuelle de la curabilité de la phtisie, au cas où ses lésions sont accessibles aux méthodes chirurgicales de curage, de grattage et de cautérisation.

Depuis plusieurs mois déjà, nous poursuivions, avec le plus vif intérêt, la méthode du traitement des lésions tuberculeuses préconisée par le Dr Heryng, de Varsovie, et consistant, comme on le sait, à opérer, au moyen de curettes appropriées, le raclage des ulcérations et infiltrations tuberculeuses du larynx ainsi que la chose avait déjà été faite par les chirurgiens, avec tant de succès, pour les lésions semblables des os, du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques. Nous avions déjà obtenu des résultats locaux satisfaisants, malheureusement tous nos malades étaient simultanément porteurs de lésions pulmonaires qui empêchaient leur santé générale de bénéficier des modifications heureuses réalisées dans leur larynx.

Dans le cas particulier de M. G. ., le faible développement de ses lésions pulmonaires et le siège éminemment accessible des ulcérations sus-mentionnées nous encouragèrent à entreprendre une intervention active.

Il y avait bien une ombre au tableau, créée par la découverte de la double épididymite tuberculeuse dont nous avons parlé. Mais c'est là en somme une des localisations de la tuberculose le plus susceptible de rester longtemps sans retentissement sur l'état général, et nous nous pensions en droit d'espérer qu'une fois la cicatrisation des ulcérations naso-pharyngiennes obtenues, nous pourrions en plaçant le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, reculer le plus possible le dénouement fatal trop souvent inhérent à ce genre de lésions.

M. G... ayant consenti à se prêter à la méthode du traitement que nous lui proposions, nous fîmes fabriquer un manche coudé sur lequel pouvaient être vissés les divers modèles de curettes laryngées que nous possédions et nous, projectâmes d'effectuer, en plusieurs séances, après anesthésie des parties au moyen d'une solution concentrée de cocaïne,

le curage des ulcérations et infiltrations dont nous avions constaté l'existence.

Cette méthode fut facilement appliquée à l'ulcération pharyngienne qui, en une même séance, fut soumise à un grattage énergique avec la curette tranchante, puis cautérisée avec le galvano-cautère. En revanche nous rencontrâmes de bien plus grandes difficultés à exécuter la même opération dans la fosse nasale, le malade y opposant une répugnance insurmontable et ne nous permettant que des manœuvres non suffisamment prolongées et fatalement incomplètes. Aussi, quand nous le revîmes le 27 août, trouvâmes-nous le cornet inférieur droit toujours infiltré et ulcéré. L'ulcération du pilier postérieur gauche du pharynx était remplacée par une surface cicatricielle, mais une ulcération semblable nous apparaissait sur le pilier droit, au point symétriquement opposé. Quatre jours après, nous renouvelâmes le grattage et la cautérisation de toutes les parties malades, mais avec le sentiment que nos opérations intra-nasales étaient insuffisantes.

Sur ces entrefaites, le malade fit une absence d'un mois. Quand nous le revîmes, le 26 septembre, nous constatâmes une cicatrisation persistante des ulcérations pharyngées; en revanche les fosses nasales étaient plus malades que jamais; non seulement la fosse nasale droite était plus oblitérée que jamais par l'infiltration du cornet inférieur, mais la fosse nasale gauche, jusque-là respectée, présentait cette fois des ulcérations de même nature, occupant le bord libre du cornet moyen.

En présence de ces progrès effrayants du mal dans les fosses nasales, contrastant avec les résultats heureux, obtenus dans le pharynx, nous nous décidâmes à proposer au malade de se soumettre à une opération radicale qui serait exécutée à la faveur du sommeil chloroformique. Notre proposition ayant été acceptée, fut mise à exécution, trois jours après, avec l'aide de notre ami le Dr Cartaz. Pour la fosse nasale droite, nous craignions d'éprouver, du fait du volume

énorme du cornet, de grandes difficultés à la pénétration de nos curettes dans toute l'étendue de la cavité malade, mais nous parvinmes à triompher de cet obstacle grâce à l'emploi du triangle à base tranchante imaginé par Heryng pour le curage des fongosités de la paroi postérieure du larynx. Cette pièce vissée sur notre manche coudé était facilement introduite verticalement et en l'appuyant ensuite en dehors sur la masse fongueuse du cornet, nous en ramenions à chaque coup d'énormes lambeaux. La voie ayant été ainsi élargie, nous pûmes faire pénétrer des curettes de forme différente et opérer le raclage de toutes les parties malades de la muqueuse.

De temps en temps, la tête du malade était inclinée en avant et une injection de solution boriquée très chaude débarrassait momentanément les cavités nasales du sang qui s'y était accumulé.

Le raclage terminé, les fosses nasales furent ramonées avec un gros tampon d'ouate hydrophile serré autour d'un stylet et trempé dans une solution d'acide lactique à parties égales.

Le lendemain nous revîmes le malade dans de bonnes conditions d'éclairage et nous pûmes soigneusement inspecter les différents points des cavités nasales singulièrement élargies par l'opération de la veille, et nous détruisîmes avec le galvano-cautère toutes les parties suspectes qui avaient échappé à l'action de la curette. Nous habituâmes en outre M. G... à pratiquer lui-même jurement des irrigations nasales avec une solution boriquée et, comme un avancement dans sa situation de fonctionnaire l'obligeait à quitter Paris, quelques jours plus tard, désirant assurer au-tant que possible le maintien des résultats de l'opération, nous le dressâmes à se badigeonner lui-même, chaque jour, l'intérieur des fosses nasales, ainsi que le pharynx avec un pinceau imprégné d'une émulsion de menthol, substance récemment préconisée par les Drs Beehag et Rosenberg comme ayant une action marquée sur la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses.

Cependant les fragments extraits de la muqueuse nasale au moyen de la curette et ceux provenant du grattage antérieur des ulcérations pharyngées avaient été remises au Dr Latteux, chef de Laboratoire de l'hôpital de la Charité. Le résultat de l'examen histologique pratiqué par notre confrère n'a fait que confirmer notre diagnostic en établissant nettement la nature tuberculeuse des lésions.

Le départ de M. G... venait malheureusement interrompre bien mal à propos notre observation et un traitement qui ne pouvait donner de résultats durables qu'à la condition d'être renouvelé dès que le mal faisait mine de reparaître, les lésions de ce genre étant extrêmement portées à récidiver et demandant à n'être pas perdues de vue.

A défaut de notre observation personnelle, nous croyons devoir placer ici le passage suivant d'une lettre qu'a bien voulu nous adresser, le 20 novembre dernier, le Dr Hudellet, de Bourg, qui soigne actuellement notre malade :

« J'ai examiné les fosses nasales de votre malade : il doit y avoir une amélioration très visible, la muqueuse est peu tuméfiée, l'ulcération paraissait en voie de cicatrisation ; « le malade respire par le nez ; rien à l'auscultation, mais « l'amaigrissement continue. »

Cette dernière phrase ne nous laisse guère d'illusion sur le dénouement ultime de l'observation. Malgré ce mauvais présage il ne nous a pas semblé que l'histoire de notre malade fût de nature à n'engendrer que le découragement en présence d'autres faits semblables. Dans cette lutte inégale avec la maladie, chez un sujet déjà profondément infecté (sommet du poumon gauche, testicules, amaigrissement), il nous semble que la thérapeutique n'a pas toujours eu le dessous et que la cicatrisation nettement obtenue pour les ulcérations pharyngées doive nous encourager au contraire à intervenir le plus tôt possible et avec une extrême énergie toutes les fois que les lésions occupent un siège accessible à nos moyens d'action.

Pour en revenir à notre malade, qui sait si l'on n'aurait pu

obtenir une guérison complète, si le curage des lésions naso-pharyngiennes avait été pratiqué quelques mois plus tôt et si une double castration exécutée à la même époque avaient empêché les foyers caséux des testicules d'infecter peu à peu l'économie??

Nous avons la conviction que bien des malades autrement condamnés à une mort certaine pourront être sauvés, le jour où l'ambition des médecins aura été pénétrée de la nécessité de détruire à temps ces foyers d'infection quelque soit leur siège, os, testicule, larynx ou fosses nasales. Loin d'être respectées (comme l'enseignent encore certains esprits retardataires, notamment pour les ulcération tuberculeuses du larynx) ces lésions demandent à être combattues *chirurgicalement* dès leur apparition.

---

## REVUE CRITIQUE

---

### LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE DES FOINS

Par le Dr **Albert Ruault.**

---

La question de la pathogénie et du traitement de la fièvre des foins est encore peu connue en France, où elle n'a guère été étudiée jusqu'ici que par des médecins n'ayant pas de compétence spéciale au point de vue rhinologique. Cette affection est cependant plus fréquente chez nous qu'on ne l'a cru; et, pour si bénigne qu'elle soit, elle n'en constitue pas moins un véritable supplice pour les gens qui en sont atteints. Elle mérite donc toute l'attention des praticiens, et ceux-ci retireront, je pense, grand profit de la lecture de l'excellente thèse inaugurale (1) que M. le Dr Natier vient de lui consacrer.

---

(1) M. NATIER. *Fièvre des foins; pathogénie et traitement.* Paris, O. Doin. In-8°, 160 p., 1889.

Je dois dire cependant que, tout en rendant pleine justice au travail de M. Natier, qui est de beaucoup le meilleur de tous ceux qui ont été publiés ici sur le même sujet, je ne suis pas toujours entièrement d'accord avec lui sur tous les points. Aussi ai-je cru bien faire en reprenant brièvement après lui la question, pour l'exposer, telle que je la comprends, aux lecteurs de ce recueil.

## I

Très fréquente aux États-Unis, fréquente en Angleterre, la fièvre des foins l'est beaucoup moins dans les autres pays. En France, on a longtemps nié son existence, ou tout au moins on a longtemps refusé de la considérer comme une entité morbide. Trousseau, qui la connaissait, en faisait un « coryza spécial » qu'il considérait comme une variété de l'asthme ; le Prof. Strauss, en 1872, la rayait sans hésitation du cadre nosologique, et M. Decaisne faisait de même l'année suivante ; enfin le Prof. Sée, dans son traité des maladies non spécifiques de la poitrine, considère l'affection, à l'exemple de Trousseau, comme une variété de l'asthme essentiel. Aujourd'hui cependant la plupart des médecins français n'hésitent pas à considérer la fièvre des foins comme une affection spéciale, à l'exemple des Anglais et des Américains.

La physionomie si caractéristique de la fièvre des foins, sa périodicité, son retour régulier à la même époque de l'année, en font un type morbide bien défini, et qui doit être nettement différencié des affections analogues.

Le nom de fièvre des foins, qu'on donne à l'affection qui nous occupe, est certainement défectueux, puisque la fièvre y est exceptionnelle, et que le foin n'est pas indispensable à son apparition. Aussi bien, si l'on consulte les auteurs, on voit que la fièvre des foins a été désignée sous près de soixante appellations différentes. A l'exemple de

M. Natier, j'emploie ce nom parce qu'il est très répandu, et que tout le monde s'entend pour comprendre ce qu'il désigne. On sait qu'il signifie une affection particulière, périodique, de la muqueuse des fosses nasales, des yeux et des voies aériennes, ne se produisant que chez des gens prédisposés, et seulement sous l'influence de causes déterminantes spéciales (pollen des graminées, action du soleil, de certaines poussières, de certaines fleurs, etc.).

Cette affection, qu'on peut observer chez l'enfant, mais qui est plus rare chez le vieillard, atteint surtout les adultes des deux sexes, et de préférence les sujets du sexe masculin. Dans nos climats, l'époque de son apparition est parfaitement régulière ; c'est du milieu du mois de mai aux premiers jours de juillet qu'elle se manifeste. Je n'ai pas à parler ici de la symptomatologie. On trouvera celle-ci exposée dans les leçons cliniques de N. Gueneau de Mussy, dans les thèses de ses élèves, et aussi dans la thèse plus récente que le Dr E. Leflaive (1) a consacrée à l'étude de l'affection. Elle affecte deux variétés, la variété oculo-nasale, et la variété dyspnéique ou asthmatique, celle-ci pouvant succéder à la première ou s'y associer, de même que la première peut succéder à la seconde. L'intensité des symptômes varie beaucoup suivant les individus, et ce serait une étrange erreur que de rayer du nombre des cas de fièvre des foins, ceux où l'affection n'est pour ainsi dire qu'ébauchée. Mais, d'autre part, le nom de fièvre des foins doit être réservé aux cas où la maladie, intense ou non, se montre pendant la saison des foins, alors que les sujets en sont tout à fait indemnes le reste de l'année.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de la fièvre des foins, et il semble qu'on soit bien loin de s'entendre encore à ce sujet. Chaque auteur défend la théorie pathogénique à laquelle il

---

(1) LIEFLAIVE. *De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été*. Paris, Steinheil, in-8°, p. 164, 1887.

s'est rallié avec énergie et quelquefois avec âpreté, il condamne les autres sans appel et souvent sans raisons suffisantes. La vérité est que, dans l'étude des causes de la fièvre de foin, les uns se sont uniquement attachés aux causes déterminantes, les autres aux causes prédisposantes; qu'on a toujours cherché à trouver une cause primordiale, nécessaire; et que, lorsqu'on s'est imaginé l'avoir trouvée, on n'a plus tenu un compte suffisant des autres. Si l'on passe en revue les différentes théories pathogéniques soutenues par les auteurs, on en trouve quatre principales. Or, deux d'entre elles s'occupent des causes déterminantes de l'affection; ce sont la théorie du pollen et la théorie microbienne; les deux autres au contraire, la théorie arthritique et la théorie nasale, se sont préoccupées des causes prédisposantes. Alors que, pour les partisans des deux premières théories, la question de prédisposition admise en principe, est rejetée au second plan, alors qu'ils se bornent à signaler une idiosyncrasie spéciale, sans chercher à préciser sa nature, pour les partisans des deux dernières, au contraire, la cause déterminante, qui d'ailleurs semble variable, n'a qu'une importance relative, et la détermination de la prédisposition spéciale qui permet à un sujet d'être atteint de la maladie est surtout l'objet de leurs investigations. Dès lors, je ne vois rien d'étonnant à ce que les auteurs soient en désaccord, puisque chacun d'eux ne s'est guère occupé que d'un côté de la question. Pour moi, je suis fort à l'aise pour la discuter, car je considère que ces quatre théories, en apparence si dissemblables, sont toutes vraies.

Deux d'entre elles me paraissent parfaitement démontrées, et les deux autres, la théorie microbienne et la théorie arthritique, me semblent très vraisemblables. C'est que je ne crois pas que les processus pathogéniques soient liés à une cause unique, nécessaire et suffisante. Je sais qu'une seule et même cause est capable de produire des effets très différents; et que, pour déterminer un syndrome ayant sa physiognomie propre, cette cause exige l'intervention d'autres causes tout aussi nécessaires qu'elle-même.

Les conditions d'apparition des phénomènes morbides sont toujours complexes. Il n'est pas jusqu'aux maladies inférieuses qui n'obéissent à cette loi : le microbe est une condition nécessaire à leur production, mais ce n'est pas une cause suffisante ; il faut de plus que ce microbe puisse se multiplier dans le terrain où il est ensemencé, qu'il y vive à ses dépens, et souvent qu'il y dépose les poisons qu'il fabrique. On ne discute plus guère aujourd'hui sur le rôle prédominant de la semence ou du terrain ; on s'accorde à leur attribuer une importance égale. A fortiori doit-on placer les causes déterminantes en regard des prédisposantes, et sur le même plan, s'il s'agit de troubles morbides se traduisant uniquement par des réactions nerveuses. L'agent irritant d'une part, l'hyperexcitabilité réflexe d'autre part, sont deux facteurs d'importance égale, et l'on serait mal fondé à ne s'occuper que de l'un d'eux.

Ceci posé, nous pouvons maintenant passer en revue les diverses théories pathogéniques de la fièvre de foin ; ce qui nous permettra de dégager les faits plus ou moins précis sur lesquels chacune d'elle s'est étayée.

#### A. — THÉORIES BASÉES SUR LES CAUSES DÉTERMINANTES

1<sup>o</sup> *Théorie du pollen.* — Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question ont été frappés de la coïncidence de l'affection avec la floraison de certaines plantes, et particulièrement des foins. De là à établir une relation de cause à effet, il n'y avait qu'un pas, qui fut bientôt franchi. Les uns avec W. Gordon, incriminèrent l'odeur de ces plantes ; les autres, plus nombreux, avec Elliotson, les fleurs elles-mêmes et plus particulièrement leur pollen. Mais c'est Blackley, de Manchester, qui a donné de l'action du pollen les preuves les plus convaincantes, et ses recherches publiées pour la première fois en 1873, et rééditées en 1880, méritent d'être connues en détail. « Par une série d'expériences bien concues, dit Morell-Mackenzie, et conduites avec un esprit véri-

tablement scientifique, Blackley réussit à démontrer : 1<sup>o</sup> que les inhalations de pollen produisaient toujours sur sa propre personne les symptômes caractéristiques de la fièvre des foins ; 2<sup>o</sup> que chez lui et sur deux autres personnes, l'intensité des symptômes était en raison directe de la quantité de pollen contenu en suspension dans l'air ; 3<sup>o</sup> enfin, que la chaleur, la lumière, la poussière, les substances odorantes ou l'ozone, ne pouvaient lui donner un accès de fièvre de foin. Les expériences de Blackley furent faites avec le pollen de diverses graminées ou céréales et avec celui de plantes appartenant à 35 ordres différents. Il a démontré qu'en Angleterre, à l'époque de la fièvre de foin, 95 pour 100 du pollen en suspension dans l'air appartient à des graminées. Les plantes de cette famille fleurissent généralement entre le commencement du mois de mai et la dernière quinzaine de juillet, et c'est précisément à cette époque que sévit la maladie. Si la saison est humide et froide, la maladie n'apparaît généralement que plus tard, et elle est plus bénigne que si le temps est sec et la végétation luxuriante. » Il en est de même en France. En Amérique, au contraire, le pollen des graminées semble produire des effets moins intenses qu'en Europe. On y observe bien des formes légères de fièvre de foin du mois de mai au mois d'août, mais c'est en août et septembre que la maladie sévit avec la plus grande rigueur. Or à ce moment la floraison des graminées est terminée, c'est au contraire le moment où fleurit en abondance une plante qui ne se rencontre pas en Europe, l'absinthe romaine (*Ambrosia artemisiæfolia*, Ambrosiacées, Composées). Un observateur, le Dr Wyman, atteint de fièvre de foin, a fait avec cette plante l'expérience suivante : il pouvait éviter la maladie en se refugiant dans une région élevée. Or s'il y apportait un paquet de cette plante, il était immédiatement pris d'un accès de la maladie lorsqu'il ouvrait ce paquet. Son fils pouvait répéter aussi, sur lui-même, la même expérience.

Tels sont les principaux faits invoqués à l'appui de la théorie du pollen par les médecins qui l'ont adoptée. Ils nous

paraissent suffisants pour démontrer sa légitimité. Bien des faits, qui semblent contraires à cette théorie, ne peuvent la détruire. La diffusion de pollen dans l'air, la facilité avec laquelle il se dépose et reste adhérent aux différents corps, donnent l'explication de ces prétendues contradictions, qui ne sont qu'apparentes. Mais il faut dire aussi que quelques-unes de ces explications sont souvent un peu hypothétiques. Quelque soin qu'aient pris certains auteurs, et Blackley entre autres (*Exp. research. on the causes and nat. of catarrhus aestivus*, London, 1873 et 2<sup>e</sup> éd. 1880 ; *Med. Tim. and Gaz.*, 1877, p. 343 ; *Lancet*, 1881, p. 371.) pour expliquer le mode d'action du pollen, ils sont point parvenus d'une façon complètement satisfaisante.

La théorie microbienne, dont je dois maintenant parler, pourra au contraire, si elle est démontrée, nous donner la clef d'un certain nombre de phénomènes dont l'interprétation est jusqu'ici difficile.

2<sup>e</sup> *Théorie microbienne.* — Un des savants les plus éminents de l'Allemagne, Helmholtz, a le premier attribué la fièvre de foin à l'action irritante sur la muqueuse nasale de micro-organismes spéciaux. Atteint lui-même depuis vingt et un ans de cette désagréable affection qui lui rendait la vie insupportable du 20 mai à la fin de juin de chaque année, il pensa à l'attribuer à l'action de quelque organisme répandu dans l'air à cette époque de l'année, et se mit à étudier ses sécrétions nasales. Or, il y trouva, au moment des accès, des micro-organismes qu'il n'y rencontrait jamais en temps ordinaire ; micro-organismes adhérant fortement aux cavités nasales, car ils ne se voyaient que dans la sécrétion expulsée par de violents éternuements, et non pas dans celle qui s'écoule goutte à goutte sous forme de rhinorrhée séreuse. Les microbes qu'il observa étaient très mobiles dès qu'il chauffait un peu la platine du microscope, très peu dans le cas contraire. Aussi Helmholtz pensa-t-il que ces microbes jouaient un rôle important dans la pathogénie de la fièvre des foins, la chaleur de

l'air inspiré intervenant comme cause adjuvante, en favorisant les mouvements des micro-organismes incriminés.

D'autres auteurs ont, depuis Helmholtz, attribué également la fièvre des foins à l'action des micro-organismes. Ainsi Salsbury, en 1873, a décrit un *ciliaris asthmaticus*, vu également par Broabury l'année suivante; et Patton, en 1877, a observé des chapelets de granulations brillantes dans les sécrétions d'un de ses malades. Mais tous ces faits sont restés isolés.

Est-ce à dire qu'il faille les laisser tomber dans l'oubli ? Nullement. Récemment d'ailleurs, M. Cornil, au sujet d'une présentation à la Société anatomique, par le Dr Chatellier, d'un fragment de muqueuse hypertrophiée enlevée à un malade atteint de fièvre de foin, a donné à la théorie microbienne l'appui de sa haute autorité.

Non pas qu'il ait soutenu la réalité de cette théorie; mais, trouvant que les pièces qu'il observait présentaient des signes d'inflammation, il a insisté sur la nécessité de rechercher les bactéries dans la muqueuse nasale des malades atteints de fièvre des foins. Si on en trouvait, ajoutait-il, il y aurait lieu de les comparer à celles qui se développent dans les foins en fermentation, et peut-être pourrait-on tirer parti de leur présence pour expliquer la pathogénie de cette curieuse affection.

J'espère, quant à moi, que le conseil de notre éminent maître sera suivi, et que les bactériologistes entreprendront bientôt des recherches de ce genre. Je serais bien étonné, pour ma part, qu'elles n'aboutissent pas. Si en effet, on compare la description qu'a donnée Helmholtz (Archives de Virchow ; tome XLVI, 1869, fascicule I, page 100, et planche) du microbe qu'il a trouvé dans ses sécrétions nasales, avec les descriptions que donnent les différents auteurs du *bacillus subtilis* ou bacille du foin, on voit que ces descriptions concordent à peu près exactement. Si d'autre part on compare ces observations à celles faites par Blackley sur le pollen et ses transformations, sous l'influence

de l'humidité et de la chaleur, que l'auteur anglais a étudiés avec beaucoup de soin sous le microscope, on peut également se demander si les granulations groupées en chaînettes qu'il décrit, et que d'ailleurs il a d'abord cru être des bactéries, n'en sont pas en réalité ; et si le pollen, dont l'action est bien démontrée, n'agit pas uniquement comme véhicule d'un microbe, ou même de différents microbes, qui seraient alors la véritable cause déterminante de la maladie. Le rôle du pollen serait alors purement passif, et nullement nécessaire ; et l'on comprendrait aisément l'influence adjuvante de la chaleur.

#### B.— THÉORIES BASÉES SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES

1<sup>o</sup> *Théorie arthritique.* — C'est un médecin français, N. Gueneau de Mussy, qui a été le promoteur de la théorie qui relie la fièvre des foins à un état diathésique, la diathèse arthritique. Gueneau de Mussy ne niait pas l'influence du foin comme cause déterminante, mais il faisait remarquer que cette influence ne s'exerçait que sur des sujets prédisposés ; et pour lui cette prédisposition était une et constante, c'était l'arthritisme. A ceux qui faisaient intervenir un tempérament nerveux, G. de Mussy répondait que l'arthritisme est la cause du nervosisme. Il était arrivé à ces conclusions parce que, chez un certain nombre de malades qu'il avait observés, ou chez leurs collatéraux, il avait trouvé, dans le présent ou dans le passé, des troubles morbides attribués à la diathèse arthritique, et surtout à la goutte. Ces idées qu'on trouvera exposées dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, ont été développées par plusieurs élèves de Gueneau de Mussy dans leurs dissertations inaugurales, et tout récemment un interne des hôpitaux de Paris, M. Leflaive, les a soutenues de nouveau dans la thèse de doctorat dont j'ai parlé plus haut, et aussi dans un résumé de sa thèse qu'il a publié sous forme de revue dans la *Gazette des hôpitaux*. Cet auteur

se donne beaucoup de mal pour légitimer les idées qu'il expose, sans y arriver d'ailleurs, et beaucoup moins de peine pour réfuter les idées contraires. Les arguments qu'il emploie pour combattre la théorie du pollen, et surtout la théorie nasale, ne sont pas sérieux, et ne démontrent rien autre que l'insuffisance de ses recherches sur ces différents points. Je ne m'attarderai pas à critiquer cette partie du travail de M. Leflaive, qui, après n'avoir cité dans sa thèse, en fait d'observations inédites, que des cas où l'examen rhinoscopique n'avait pas été pratiqué, écrit : « Notre opinion personnelle se base sur un nombre de cas relativement restreint ; mais parmi eux rien ne nous autorise à penser qu'une lésion nasale soit le point de départ de la maladie ». On se demande si le mot *relativement* n'est pas de trop, quand on voit que les observations personnelles de l'auteur sont au nombre de deux tout au plus, et on est étonné de voir qu'il se croie autorisé à penser que dans ces deux cas il n'existe aucune lésion nasale, sans avoir pratiqué, ou fait pratiquer par quelqu'un sachant le faire, l'examen rhinoscopique. Quant aux arguments qu'il emploie pour rejeter la théorie microbienne, ils méritent d'être cités. Lorsqu'on lit le mémoire de Binz, publié dans les archives de Virchow en 1869, et que j'ai cité plus haut, on y lit que Helmholtz a cherché vainement dans son mucus nasal, *en dehors de la saison de la fièvre de foin*, les micro-organismes qu'il a décrits ; on y lit également que Helmholtz, pendant la saison de la fièvre de foin, n'a trouvé ces micro-organismes que dans les sécrétions expulsées lors d'un violent éternuement et *qu'il ne les a pas retrouvés dans la rhinorrhée séreuse coulant goutte à goutte*. Or, M. Leflaive dit tout simplement : « *A priori* on peut être certain de rencontrer des micro-organismes fort nombreux, même sur la pituitaire la plus normale. Mais parmi eux y en a-t-il qui ont pour ce qui nous occupe une spécificité ? Quels sont leurs caractères et comment président-ils au développement de la maladie ? Là il a fallu se contenter des hypothèses les moins démontrées ; et, jusqu'à

nouvel ordre, il nous paraît aussi peu certain que possible que des microbes jouent là un rôle de quelque importance ». Et plus loin : « Nous avons examiné à plusieurs reprises les produits de la sécrétion nasale de l'asthme d'été et nous n'avons obtenu que des résultats négatifs ou plutôt insignifiants. Dans les liquides nasaux même les plus limpides, nous avons trouvé une certaine abondance de leucocytes, des cellules épithéliales, et voilà tout. » Que conclure de tout cela ? Pour ma part, je souhaiterais, si j'avais jamais l'honneur de faire quelque découverte importante, de n'être jamais réfuté qu'à l'aide de semblables arguments.

Rejetant non seulement la présence de micro-organismes spéciaux, mais aussi celle du pollen comme causes des accès, et cela surtout parce qu'il n'a pas trouvé dans la sécrétion nasale ces micro-organismes qu'il était certain, *à priori*, d'y rencontrer, et que le séjour de l'un de ses deux malades à la campagne ne lui causait pas d'aggravation sensible ; M. Leflaive n'admet guère comme causes déterminantes que des conditions météorologiques assez vagues, et entre autres la chaleur. Rejetant comme causes prédisposantes les lésions nasales qu'il n'a pu constater, puisqu'il ne s'est point donné la peine de les rechercher, négligeant le nervosisme, M. Leflaive n'admet comme cause de ce genre que la diathèse arthritique, et particulièrement sa forme goutteuse.

La thèse qu'il soutient n'est qu'une exagération de celle qui a été défendue autrefois par Noël Gueneau de Mussy. Non seulement, d'après lui, l'arthritisme et la goutte prédisposeraient à la fièvre de foin, mais celle-ci serait une manifestation de la diathèse, une sorte de décharge de l'organisme permettant à celui-ci de se purifier, un exutoire des plus utiles. Il s'appuie, pour parler ainsi, sur l'une de ses deux observations, dans laquelle il a pu constater que les accès de fièvre de foin s'accompagnaient du passage dans les urines d'urates et d'acide urique en excès. Mais il se hâte d'ajouter, fort sage-ment d'ailleurs : « Nous sentons bien tout ce qu'une semblable

théorie a d'hypothétique, tout ce qu'elle a de risqué, les tendances médicales actuelles ne laissant pas volontiers admettre ainsi des maladies utiles, providentielles, si l'on peut s'exprimer de cette façon. » Cette façon de concevoir la fièvre de foin nous semble en effet absolument fantaisiste ; et son plus grand tort n'est pas de nous rejeter à un quart de siècle en arrière, mais bien d'avoir pour conséquence forcée l'abs-tention thérapeutique.

Ceci ne veut pas dire que la théorie arthritique de la fièvre des foins doit être abandonnée d'une façon absolue. Quelque opinion qu'on puisse avoir sur la diathèse arthritique, et je n'ai pas qualité pour discuter ici cette grosse question de pathologie générale, on est obligé de compter avec les observations d'un médecin de la valeur de Gueneau de Mussy. Il faut retenir de ses travaux ce fait important, que certains rhumatisants, que les goutteux, ou plutôt les individus de souche rhumatisante ou goutteuse, et que les gens dits nerveux sont prédisposés à la fièvre des foins. Que le rhumatisme, la goutte et le nervosisme soient ou non la manière d'être d'une diathèse, de l'*arthritis*, cela importe peu, et les faits observés n'en restent pas moins parfaitement acquis.

(*A suivre.*)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MÉDECINE

*Séance du 4 septembre 1888.*

**Corps étranger de l'œsophage**, par SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

M. Verneuil donne lecture, au nom de l'auteur, d'une observation de corps étranger de l'œsophage, un os, arrêté à 23 centimètres des arcades dentaires.

Plusieurs tentatives pour pratiquer le cathétérisme avec les sondes ordinaires étaient restées infructueuses. M. Suarez eut recours au dila-

tateur Collin-Verneuil. Après quelques essais il put insinuer la bougie et fit passer les olives 1, 2, et 3; mais il fut impossible de faire passer le panier de de Graefe.

Vu l'état de faiblesse de la malade qui n'avait rien pris depuis 4 jours, on suspendit la séance après avoir fait pénétrer la sonde sur la bougie conductrice, et fait prendre un demi-litre de lait, trois œufs, etc. Le lendemain on put faire passer le panier de de Graefe qui accrocha l'os; mais, malgré des tractions très fortes, l'os resta immobile. Laissant le panier en place, M. Suarez fit glisser sur la bougie, qui n'avait pas été enlevée, la petite olive de M. Verneuil, et poussa l'os fortement en bas pendant que de l'autre main il tirait le panier en haut. On sentit enfin que la résistance était vaincue; le panier, la sonde et la bougie furent alors enlevés entraînant l'os. Huit jours après la malade était complètement guérie.

M. LARREY rappelle que l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, au moyen du panier de de Graefe, n'est pas toujours aussi difficile. Il a vu en effet Dupuytren enlever de l'œsophage une pièce de 5 francs par ce moyen et du premier coup.

---

*Séance du 11 septembre.*

**Traitemen<sup>t</sup>t du cancer de la bouche, par PRENGRUEBER.**

Il s'agit d'un malade auquel M. Prengrueber a enlevé, il y a six mois, la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux cancer ulcétré. Vers le mois de mars 1887 le malade, homme de 43 ans, constata sur la partie médiane de ses gencives inférieures une ulcération qui ne tarda pas à s'étendre et à envahir les parties voisines. La déglutition, la mastication devinrent très difficiles; en outre, il s'écoulait constamment de la bouche un mélange de salive, de sanie purulente et de sang.

On fit une longue incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, et on tailla un large lambeau comprenant toute la lèvre inférieure et une partie de la joue. L'os fut ensuite scié en deux endroits, à gauche à un centimètre en avant de la branche montante, à droite sur la branche elle-même. Cela fait, on disséqua la lèvre inférieure de l'incision de façon à former un lambeau avec la peau de la région sus-hyoïdienne. Les glandes et les ganglions sous-maxillaires, ainsi mis à nu, furent rattachés à

la masse principale de la tumeur, qui se trouva ainsi libérée en avant et sur les côtés. Pour sectionner sa base, on assura l'hémostase préventive au moyen de pinces courbes de Péan placées en travers de la langue en arrière du néoplasme et on enleva tout ce qui était placé en avant de ces pinces.

Les lambeaux cutanés furent ensuite suturés, sauf à leurs deux extrémités, par où passaient les pinces hémostatiques laissées en place.

Les suites de l'opération furent simples, et, au bout de 48 heures on enlevait les pinces. On alimenta d'abord le malade à la sonde œsophagienne, mais cela dura peu.

Aujourd'hui la guérison de la plaie opératoire est parfaite. L'absence du menton est en partie dissimulée par la barbe, et la partie de la langue respectée, adhérant à la face postérieure de la cicatrice cutanée, forme un plancher buccal très satisfaisant ; toutefois il existe en dehors, le long de la carotide, loin de la plaie opératoire, un gros ganglion indolore, et qui, paraît-il, reste stationnaire depuis plus d'un mois. L'alimentation se fait facilement, au moyen d'un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc qui va jusque dans l'arrière-bouche. Le goût est parfaitement conservé, mais la parole est à peu près incompréhensible.

BALME.

---

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

---

### PUBLICATIONS FRANÇAISES

---

**Phtisie laryngée**, par MM. GOUGUENHEIM et Paul TISSIER.

Paris, G. Masson, 1889.

Le travail que viennent de publier MM. Gouguenheim et Tissier est un résumé à peu près complet des connaissances que nous possédons aujourd'hui sur la phtisie laryngée. Envisageant la question dans son ensemble, les auteurs ont débuté dans leur étude par un historique assez détaillé de la maladie. Ils divisent en trois périodes l'histoire de la phtisie laryngée : la première s'étendant jusqu'à Louis ; la seconde allant depuis Louis jusqu'à l'invention de la laryngoscopie ; et enfin la dernière ou période contemporaine, s'étendant jusqu'à nos jours. Dans la première période on se borne à une constatation simple de l'affection ; mais dans

la seconde on voit la théorie spécifique rencontrée en Allemagne de chauds partisans, tandis qu'en France les avis sont absolument partagés ; enfin dans la troisième, grâce à l'invention du laryngoscope et grâce aussi à l'anatomie pathologique, les connaissances deviennent de plus en plus précises et la phthisie laryngée est connue d'une façon plus intime.

Le second chapitre, qui est un des plus étendus de ce travail, est consacré à l'anatomie pathologique. Il comprend quatre chefs principaux : 1<sup>o</sup> la phthisie laryngée chronique vulgaire ; 2<sup>o</sup> les ulcérations tuberculeuses de la phthisie laryngée vulgaire ; 3<sup>o</sup> les végétations tuberculeuses polypiformes ; 4<sup>o</sup> les pseudo-oedèmes et les périchondrites. Il y faut ajouter l'étude des lésions musculaires, des lésions ganglionnaires et nerveuses, et enfin des considérations sur la tuberculose miliaire aiguë du larynx. On trouve dans ce chapitre successivement passées en revue et aux diverses périodes de la maladie les altérations qui peuvent intéresser les différentes parties du larynx ; telles que l'épiglotte, les replis aryteno-épiglottiques, les bandes ventriculaires et les régions latérales du vestibule, les ventricules de Morgagni, la région arytenoïdienne, les cordes vocales inférieures, la région sous-glottique et la trachée. Nous signalerons deux paragraphes spéciaux sur lesquels les auteurs semblent s'étendre avec beaucoup d'insistance, ce sont ceux qui ont trait aux végétations tuberculeuses polypiformes et aux pseudo-oedèmes et périchondrites. Nous ne cacherons pas l'étonnement que nous avons éprouvé en lisant que les végétations polypiformes étaient une lésion assez rare. Il suffit en effet, d'avoir suivi avec assiduité pendant quelque temps les malades d'une clinique spéciale pour avoir observé de nombreux cas de ce genre ; c'est du moins ce qui nous est arrivé à la clinique de notre cher maître le Dr Moure et c'est aussi ce que nous avons pu constater depuis que nous fréquentons les différentes cliniques de Paris. Quant aux altérations qualifiées d'oedème de la glotte, et qui pour MM. Gouguenheim et Tissier ne seraient que des pseudo-oedèmes, nous croyons qu'il s'agit tout simplement là d'une question de mots et que tout le monde s'entend sur le fond. Ce sujet a du reste été parfaitement traité dans la thèse intéressante du Dr Charazac (de Toulouse), à laquelle on a peut-être un peu trop négligé de faire allusion.

L'étude histologique de la tuberculose laryngée fait l'objet du troisième chapitre. C'est à peu près, sauf quelques variantes, une redite du chapitre précédent, aussi nous garderons-nous d'y insister.

Dans le quatrième chapitre est esquissée la physiologie pathologique. Les auteurs nous indiquent les manifestations précocees de la tuberculose

laryngée chez les phtisiques pulmonaires. Ils essaient ensuite de donner une explication sur l'invasion, l'infection de la muqueuse laryngée dans la phtisie. Quatre théories principales ont été invoquées : 1<sup>o</sup> Louis y voyait une conséquence de l'état des poumons ; on a dit en outre que les traumas de toutes sortes dont le larynx pouvait être le siège le prédisposaient d'une façon toute spéciale à l'infection ; 2<sup>o</sup> Friedreich faisait aussi jouer un rôle au pneumogastrique qui agirait à la fois sur le poumon et le larynx ; 3<sup>o</sup> d'après Heinze et quelques auteurs, la matière tuberculeuse se déposerait autour des vaisseaux (artères, lymphatiques) et pourrait envahir l'organisme en général ou bien avoir le poumon pour point de départ ; 4<sup>o</sup> la découverte du bacille laisse comprendre que l'infection puisse se faire par l'expectoration ou par voie vasculaire ; de même on peut admettre l'infection par la voie épithéliale si l'on tient compte que souvent existent des bacilles au niveau des acini glandulaires.

Le cinquième chapitre est consacré à l'étude de la symptomatologie. Il comprend cinq paragraphes différents dans lesquels sont signalés : les troubles de la phonation, les troubles de la déglutition, la dyspnée, la toux, l'expectoration, les hémorragies, la salivation, les vomissements, les douleurs, etc., etc., les manifestations particulières que l'on constate dans la phtisie laryngée catarrhale, dans la tuberculose laryngée pseudo-polypeuse, dans la phtisie miliaire pharyngo-laryngée. Les auteurs nous exposent en outre dans le même chapitre les sténoses glottiques qu'ils divisent en : sténoses dues à des lésions de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-jacent ; sténoses dues à des lésions des cartilages ; sténoses d'origine articulaire ; sténoses d'origine musculaire ; et enfin sténoses neuro-pathiques. Ils indiquent rapidement la sémiologie de ces diverses sténoses.

Le lupus du larynx est simplement indiqué dans le sixième chapitre.

Quant au diagnostic de la phtisie laryngée ; il sera parfois difficile, quoi qu'en ait dit, de l'établir d'une façon certaine. Ainsi dans certains cas de syphilis, surtout si les deux affections coexistent, on pourra se trouver très embarrassé ; et l'examen le plus minutieux, en tenant compte des commémoratifs et des lésions concomitantes, s'imposera dans toute sa rigueur. En fin de compte on sera parfois obligé de recourir comme ressource dernière à l'épreuve du traitement et à l'examen bacillaire. Le cancer du larynx au début pourra également provoquer de l'hésitation. Certains signes cependant mettront sur la voie du diagnostic. C'est ainsi que la douleur dans le cancer est plus fréquente et plus vive ; la toux, pénible et fréquente, a pourtant des rémissions et peut même disparaître.

La tumeur est en outre unilatérale, et récidive rapidement après extirpation partielle ou même totale. Enfin à la période d'ulcération s'observera tout un cortège symptomatique spécial au cancer tel que l'épaississement du squelette cartilagineux, la déformation, la dégénérescence ganglionnaire, les hémorragies fréquentes, etc., etc.; les antécédents des malades, leur sexe, leur âge, l'auscultation des poumons et l'examen microscopique seront autant d'éléments dont on ne devra jamais négliger l'importance. La tuberculose pseudo-polypeuse pourrait être confondue avec les polypes, notamment les papillomes; on devra en pareil cas noter soigneusement le siège des tumeurs, la lenteur de la récidive, leur coloration, etc. Le diagnostic des laryngites catarrhales aiguës et secondaires ne saurait créer de difficultés. Les habitudes professionnelles des malades, les lésions concomitantes de pharyngite chronique permettront aisément de reconnaître les variétés diverses de laryngite chronique.

Au point de vue du pronostic, MM. Gouguenheim et Tissier estiment que la tuberculose du larynx pourrait guérir même spontanément. Mais ajoutent-ils, la récidive doit survenir dans un délai plus ou moins éloigné et le traitement ne saurait jamais être que palliatif.

La thérapeutique de la phtisie laryngée fait l'objet du huitième et dernier chapitre de ce travail. Les auteurs commencent par déclarer que d'après les faits, avec preuves à l'appui, citées par Krause et Heryng notamment, certaines ulcérations laryngiennes d'origine tuberculeuse seraient absolument curables. Ils indiquent ensuite les façons diverses dont peuvent être faites dans le larynx les applications médicamenteuses soit à la surface, soit dans l'intimité des tissus. Ils rejettent l'emploi des pulvérisations et des fumigations auxquelles ils préfèrent les inhalations.

Les moyens médicaux sont divisés par eux en *calmants, modificateurs et caustiques*. Le meilleur des calmants est la cocaïne qu'ils préconisent en injections sous-muqueuses (5 à 20 0/0) suivant le procédé de Heryng; ils préfèrent les injections aux pulvérisations qui détermineraient à la longue une anorexie absolue et de l'affaiblissement. Le *menthol* pourrait être employé comme succédané de la cocaïne dans les cas rebelles à l'action de cette dernière. La caféine n'aurait donné que des résultats négatifs. Il en aurait été de même d'une décoction de laitue additionnée d'acide borique. Le meilleur des modificateurs est sans contredit l'*iodoforme* que n'a pu détrôner l'*iodol* quoi qu'en aient dit Lublinsky, Seifert, Villez von Schœven. Le *salol* aurait l'inconvénient de n'adhérer pas à la muqueuse; quant à l'acide borique préconisé par

Gaucher, il est expérimenté depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de se prononcer à son égard d'une façon certaine. L'iode ne donnerait que de faibles résultats. Les caustiques dont on a conseillé l'usage, sont pour la plupart des caustiques liquides, tels que : le nitrate d'argent, l'acide chromique, le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, la créosote, le menthol et surtout l'acide lactique. Ce dernier est assurément celui sur lequel on a fondé les plus grandes espérances ; Krause, Jellinek, Heryng, Schröetter, etc., disent en avoir retiré les meilleurs avantages. Il aurait d'après ces auteurs, le privilège idéal de n'agir que sur les points malades ; Masini s'inscrit en faux contre une semblable opinion. L'expérience de M. Gouguenheim viendrait au contraire la confirmer ; et il assure que Heryng est allé jusqu'à employer cet agent en injections sous-muqueuses (1 à 30 0/0) qui auraient été suivies de succès.

Dans les cas où le traitement médical se sera montré insuffisant ou bien encore simultanément avec ce traitement, il sera parfois utile et même nécessaire d'avoir recours au traitement chirurgical. Celui-ci consistera en scarifications, qui du reste auraient donné d'assez médiocres résultats, et en grattages avec la curette qui d'après Heryng auraient été suivis d'améliorations durables ou passagères. M. Gouguenheim se loue de la galvano-caustique dont il aurait dans certains cas retiré de sérieux bénéfices. Enfin, en dernier ressort et lorsque les malades seront menacés d'asphyxie, on ne devra pas hésiter à pratiquer la trachéotomie en n'oubliant pas qu'il s'agit là d'un traitement purement palliatif, mais pouvant donner une assez longue survie pour justifier son emploi. Dans tous les cas on devra, avec le traitement local, faire marcher de pair le traitement général dont l'action indirecte sera favorable à l'atténuation des symptômes.

N'oublions pas en terminant de signaler 13 figures insérées dans le texte et 5 planches hors texte, dont 3 en chromolithographie, qui aident considérablement à la compréhension des points auxquels elles se rapportent.

Le travail de MM. Gouguenheim et Tissier, comme on vient de le voir par cette analyse, ne laisse pas que de présenter un grand intérêt, et il sera certainement consulté avec profit par tout le monde, aussi bien par ceux qui se livrent à la pratique générale de la médecine que par ceux qui étudient particulièrement les maladies de l'organe vocal. Qu'il nous soit cependant permis de regretter que ces auteurs n'aient pas daigné parfois mettre plus de concision dans leurs descriptions et plus de clarté dans leur style. Il peut être dans certains cas difficile de résister à l'esprit de

théorie, mais dans un traité dont le but est d'instruire ceux qui n'ont pas le temps ou les moyens de faire des recherches personnelles, on doit s'astreindre à n'écrire que ce qui est rigoureusement vrai, et éviter de se laisser trop entraîner par son imagination. Certains détails nous ont en effet paru quelque peu exagérés, et auraient d'après nous gagné à être tout à la fois moins étendus et surtout moins répétés. Ainsi donc, un peu plus de concision et un peu plus de clarté, voilà pour la forme. Quant au fond, nous tenons à faire une remarque pour ce qui a trait à l'emploi de l'acide lactique. Nous savions depuis longtemps que les larynx allemands étaient, au dire des auteurs de ce pays, d'une docilité remarquable à l'égard de cet agent, mais l'examen des malades nous avait depuis la même époque permis de nous assurer qu'il était loin d'en être ainsi en France. Les choses auraient-elles donc changé ? Qu'il nous soit dans tous les cas, et jusqu'à plus ample informé, permis de dire qu'il faut être d'une extrême circonspection relativement à l'emploi de l'acide lactique dans la thérapeutique intra-laryngée. Et notre conviction est si absolue sur ce point que nous en déconseillerons formellement l'usage à nos confrères, laissant aux autres toute la responsabilité des désordres qu'ils pourront provoquer.

La physiologie pathologique du larynx constitue à l'heure actuelle un chapitre très obscur de l'histoire de cet organe. MM. Gouguenheim et Tissier, dans le paragraphe relatif aux sténoses neuropathiques, ont bien cherché à élucider la question, mais nous sommes contraints de reconnaître que leur bonne volonté n'a pu suffire à apporter la clarté nécessaire. Aussi les choses, à notre avis, restent-elles dans l'état et sollicitent-elles de nouvelles recherches.

Néanmoins, et malgré les quelques reproches que nous avons cru devoir leur adresser, nous n'hésitons pas à remercier MM. Gouguenheim et Tissier de nous avoir donné un livre original, fruit de leurs travaux personnels et qui, nous l'espérons, constituera un précieux encouragement pour ceux à qui leur situation permet de recueillir de nombreux matériaux. Terminons en priant les auteurs de vouloir bien à l'avenir réservier une place un peu plus grande, dans leurs citations, à leurs confrères français dont certainement ils n'ignorent pas les travaux.

M. NATIER.

**Maladies du larynx ; laryngoscopie et technique thérapeutique locale,**  
par le Dr J. GOTTSSTEIN (de Bréslau). Traduction française par le  
Dr L. ROUGIER (de Lyon); Paris, Asselin et Houzeau, 1888.

L'étude des maladies du larynx, si longtemps délaissée, semble avoir de nos jours acquis une importance considérable et qui va s'affirmer de plus en plus. Aux relations toutes simples, dans le début, de quelques faits isolés, ont succédé bien vite d'intéressantes monographies d'un cadre déjà plus vaste, qui n'ont pas tardé elles-mêmes à devenir le point de départ de traités spéciaux. Aussi possérons-nous aujourd'hui de nombreux travaux de ce genre publiés les uns sous le nom de *Traités*, les autres sous le titre plus modeste de *Manuels*. Ils méritent pour la plupart une égale attention, et témoignent que la spécialité ainsi comprise peut aussi bien que la médecine générale porter ses fruits. C'est qu'en effet il n'est pas de champ trop étroit dans l'art de guérir pour celui qui sait s'y livrer avec ardeur et intelligence en pleine connaissance de cause, et en s'aidant des notions générales indispensables à tout médecin instruit et vraiment digne de ce nom.

Si les principales publications ont été faites à l'étranger, il serait pourtant injuste de ne pas reconnaître la réelle valeur des travaux français qui reçoivent dans ce moment une vive impulsion sous l'influence d'hommes jeunes et énergiques qui sont en même temps des savants. Nous osons même affirmer qu'avant peu nous serons sur un pied de parfaite égalité avec nos voisins d'Outre-Rhin, dont peut-être on se plaint avec trop d'enthousiasme à citer les travaux, alors qu'on semble afficher une ignorance profonde pour ceux de nos compatriotes. Néanmoins, en attendant, les lecteurs français sont tenus au courant des publications étrangères par de fidèles traductions comme celle toute récente que vient de donner M. Rougier du livre de Gottstein.

Dans ce travail qui constitue un exposé assez complet des maladies du larynx, l'auteur a établi deux grandes divisions : 1<sup>o</sup> une partie générale; 2<sup>o</sup> une partie spéciale.

La partie générale qui comprend six chapitres n'est qu'une introduction à l'étude des maladies de l'organe vocal. On y trouve successivement exposés l'*anatomie du larynx et sa physiologie*; l'*étiologie générale*; le *diagnostic général* (laryngoscopie et autres méthodes d'examen); enfin la *symptomatologie générale* et la *thérapeutique générale*.

Nous n'insisterons pas sur cette première partie, qui pourtant dans le

texte ne comprend pas moins de quatre-vingts pages et nous passerons de suite à l'exposé de la deuxième partie.

Celle-ci renferme elle-même deux subdivisions principales : l'une ayant trait aux maladies essentielles du larynx et l'autre à des maladies secondaires.

L'étude des maladies essentielles comprend neuf chapitres ainsi distribués par l'auteur : 1<sup>o</sup> *Maladies de la membrane muqueuse*; on y trouve successivement passés en revue : l'anémie, l'hyperhémie, l'hémorragie, le catarrhe aigu, le catarrhe chronique, le croup, la laryngite sous-muqueuse aiguë, la laryngite sous-muqueuse chronique, l'œdème du larynx, les infiltrations chroniques séreuses du tissu sous-muqueux, les processus ulcéreux de la membrane muqueuse du larynx ; 2<sup>o</sup> *Maladies du périchondre et du cartilage* ; 3<sup>o</sup> *Lésions du larynx* (plaies et fractures); 4<sup>o</sup> *Adhérences membranées et retrécissements cicatriciels* ; 5<sup>o</sup> *Néoplasmes du larynx* (néopl. bénins; néopl. malins); 6<sup>o</sup> *Lupus du larynx*; 7<sup>o</sup> *Lèpre du larynx*; 8<sup>o</sup> *Corps étrangers du larynx*, et 9<sup>o</sup> *névroses du larynx*. Ce dernier chapitre constitue assurément la partie la plus originale et en même temps la plus intéressante de ce travail. Tout incomplet qu'il soit, il attire pourtant l'attention sur un certain nombre de lésions assez mal connues et qui cependant forment le fonds de la plupart des affections laryngées graves. Aussi a ce titre le recommandons-nous tout particulièrement aux lecteurs des *Archives*. Ils y trouveront exposées : A. — les névroses de la sensibilité et : B. — les névroses de la motilité. Celles-ci comprennent : a) les troubles de motilité *hyperkinétiques*, comme le spasme du larynx et la toux nerveuse, c'est-à-dire ceux qui se manifestent par une contraction spasmodique excessive de muscles isolés ou de groupes de muscles ; b) les troubles de *coordination* du larynx ; c) les troubles de motilité *hypokinétiques* dans lesquels l'action musculaire est affaiblie ou supprimée par une innervation amoindrie ou tout à fait interrompue. Dans cette dernière catégorie se rangent la paralysie des cordes vocales ; la paralysie des constricteurs de la glotte ; la paralysie des dilatateurs de la glotte et enfin la paralysie de tous les muscles laryngés innervés par le récurrent.

Les paralysies isolées des tenseurs des cordes vocales (muscles crico-thyroidiens) n'ont pas jusqu'ici été constatées avec certitude; pour Ziemssen, elles sont indépendantes des paralysies du récurrent et ne relèvent que des altérations anatomiques du laryngé supérieur. Les constricteurs de la glotte peuvent être paralysés d'une façon générale ou iso-

lément. La paralysie de tous les constricteurs à la fois se présente le plus souvent dans l'hystérie et se révèle par une aphonie complète arrivant et disparaissant d'une façon soudaine. La paralysie isolée du *crico-aryténoïdien latéral* est très rare et très difficile à reconnaître. La paralysie de l'*aryténoïdien transverse* est consécutive le plus souvent à un catarrhe aigu et fréquemment combinée avec une paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens internes. La paralysie du *muscle thyro-aryténoïdien interne* est uni ou bilatérale, isolée ou accompagnée de la paralysie des autres adducteurs. On l'observe surtout chez les hystériques, dans les cas de catarrhe aigu du larynx, et aussi comme résultat d'efforts excessifs de la voix.

La paralysie des dilatateurs comprend la paralysie uni ou bilatérale des muscles *crico-aryténoïdiens postérieurs*. Elle peut être due à un catarrhe ou bien être de nature myopathique ou névropathique ; dans tous les cas, son étiologie est le plus souvent fort obscure.

Dans la *paralysie du récurrent*, les cordes vocales sont en *position cadavérique*, c'est-à-dire que la fente glottique est un peu plus petite que dans l'état de repos et que les cordes vocales ont même perdu en largeur ; leurs bords libres ne sont point tranchants, ils sont un peu excavés et ne montrent aucune vibration dans l'essai d'intonation. La paralysie double des récurrents s'observe dans les cas de compression par cancer de l'œsophage, par des tumeurs du corps thyroïde, par l'existence simultanée d'un anévrysme de l'aorte et du tronc innominé, et aussi par un fort épanchement péricardique (cas de Baümler). On l'aurait même constatée à la suite de la pression sur le *vague d'un seul côté* (Johnson et Baümler), auquel cas elle serait d'ordre réflexe.

La *paralysie incomplète des deux récurrents* est surtout provoquée par les tumeurs de l'œsophage et du corps thyroïde. A noter au passage ce point sur lequel semble exister entre les auteurs un accord unanime : 1<sup>o</sup> dans la paralysie du récurrent, peu importe qu'elle soit de nature centrale ou périphérique, tous les muscles entretenus par les nerfs ne sont pas toujours paralysés de prime abord ; 2<sup>o</sup> tout de suite et toujours les *abducteurs* et, seulement dans un *cours avancé*, les *adducteurs* sont incapables de les fonctionner.

La *paralysie d'un seul récurrent* peut reconnaître pour cause, soit des tumeurs des organes avoisinants (œsophage, corps thyroïde), soit un anévrysme aortique, soit un engorgement ganglionnaire, soit encore par exemple un cancer du foie comme dans un cas rapporté par l'auteur. Aussi invite-t-il à la plus grande circonspection sur le dia-

gnostic de « paralysie rhumatismale des cordes vocales » qui ne doit être établi qu'alors que toutes les autres causes possibles peuvent s'éliminer avec certitude.

Quant aux maladies secondaires du larynx, ce sont des lésions suivant : 1<sup>o</sup> dans la tuberculose ; 2<sup>o</sup> dans la syphilis ; 3<sup>o</sup> dans la rougeole ; 4<sup>o</sup> dans la scarlatine ; 5<sup>o</sup> dans la variole ; 6<sup>o</sup> dans les affections typhoïdes ; 7<sup>o</sup> dans l'érysipèle, et 8<sup>o</sup> dans la coqueluche. Leur étude fait l'objet d'autant de chapitres ; nous n'y avons rien rencontré qui méritât d'être signalé d'une façon particulière.

Le volume qui contient près de 400 pages, et renferme 38 figures, a reçu du traducteur des annotations intéressantes et soignées, destinées à le mettre au courant de la science. Dans l'esprit de son auteur, il est spécialement destiné au médecin praticien et à l'étudiant ; pourtant Gottstein croit que ses collègues spéciaux pourront y trouver plus d'une observation qui les intéressera. Nous estimons qu'il sera surtout utile aux derniers ; quant au praticien et à l'étudiant français et malgré tout l'empressement — et peut-être même à cause de cet empressement — qu'a pu mettre le traducteur, à rendre avec le plus d'exactitude possible la pensée de l'auteur en conservant la forme à la phrase allemande, ils n'en retireront pas le même avantage. C'est qu'en effet, comme la plupart des écrits qui nous viennent d'Allemagne, même transposé dans notre langue, le livre de Gottstein n'en garde pas moins sa confusion et sa lourdeur primitives, que l'habileté du traducteur n'a pu réussir à faire disparaître.

Aussi en terminant cette analyse et tout en rendant hommage aux qualités de l'auteur et à celles de son traducteur, nous permettons-nous de former des vœux pour que dorénavant on se débarrasse en France de cette manie de la traduction et pour qu'on emploie à des œuvres originales et primesautières l'énergie dont on est doué. Ce ne sont ni les matériaux ni la bonne volonté qui manquent : utilisons les uns et les autres ; ce sera peut-être un peu plus difficile, mais dans tous les cas beaucoup plus méritoire.

M. NATIER.

---

**Périchondrite spécifique simulant un œdème aigu du larynx et coïncidant avec un polype laryngé, par GAREL. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*. Juin 1888, p. 282.)**

Cette observation très intéressante se rapporte à un homme de 42 ans, qui niait tout antécédent syphilitique. Au mois de juin 1887, étant en

sueur, il prend froid dans un appartement dont les fenêtres étaient ouvertes. Aussitôt enrouement et gêne au niveau du larynx, soit pendant la phonation, soit pendant l'ingestion des aliments. En novembre, augmentation de cette gêne. Vers le 25 décembre, un peu de gonflement du cou. Enfin le 4 janvier 1888, aphonie presque complète.

Le 7 janvier, le malade entre dans le service de M. Garel, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le cou est un peu tuméfié à gauche. A l'aide du laryngoscope, on aperçoit, au niveau de l'aryténioïde gauche, un œdème violacé semi-transparent, considérable, avec effacement complet de la fossette pyramidale et de la fossette glosso-épiglottique. La bande ventriculaire gauche est également très tuméfiée et masque totalement la corde vocale gauche et la commissure antérieure.

La marche rapide de l'affection fait croire à un œdème aigu. Le soir même, scarifications sur l'aryténioïde et la fossette latérale.

Le 8, au matin, diminution de l'œdème, sauf pour la bande ventriculaire qui paraît encore plus volumineuse. Nouvelles scarifications sur la bande ventriculaire, mais on n'obtient aucun liquide purulent.

A la commissure antérieure, on aperçoit un bourgeon flottant du volume d'un gros pois.

Le 9 janvier, après anesthésie du larynx à la cocaïne, extraction de la petite tumeur avec la pince.

Le 10, on institue le traitement spécifique : frictions mercurielles matin et soir.

Le 11, on ajoute au traitement 4 gr. d'iodure de potassium.

A partir du 13, la tuméfaction interne et extérieure diminue considérablement. La corde vocale gauche, invisible jusqu'à ce jour, se découvre dans sa moitié postérieure.

Le 14, l'iodure est porté à 6 gr.

La voix devient claire.

Trois jours plus tard, la corde vocale gauche paraît libre dans toute son étendue ; on aperçoit alors à sa partie antérieure une tache rougeâtre qui est le point d'implantation du polype. Il ne reste plus qu'une légère tuméfaction de l'aryténioïde gauche.

Du 20 au 30 janvier, on supprime le traitement spécifique, les symptômes d'intolérance étant marqués.

Vers le milieu de février, le malade est complètement guéri, le larynx normal. L'examen microscopique fait classer le polype dans la série des *fibro-myxomes*.

BALME.

**Toux spasmique coqueluchoidé, guérison par une pulvérisation de chlorure de méthyle, par GAREL. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, août 1888, p. 390.)**

Il s'agit d'une fillette de 13 ans 1/2 qui, depuis deux mois, était affaiblie par une toux choréique presque continue. À chaque instant, elle était prise d'une toux spasmique très pénible, bruyante, entrecoupée fréquemment de reprise inspiratoire en tout semblable à la reprise de la coqueluche. La voix était enrouée. L'examen laryngoscopique révèle une teinte rosée des cordes vocales ; la corde vocale droite est un peu plus étroite que la gauche. Les mouvements de la glotte paraissaient, néanmoins, normaux, soit dans la respiration, soit dans la phonation.

M. Garel avait, dans un cas de chorée du larynx, obtenu antérieurement une guérison instantanée par le badigeonnage du larynx à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Il répète ici cette médication ; il n'obtient que des spasmes intenses.

Le lendemain, 27 avril 1888, l'auteur fait une forte pulvérisation de chlorure de méthyle sur la nuque et la partie supérieure du dos, ainsi que sur la partie antérieure du cou. Le soir même, légère amélioration.

Le lendemain, encore quelques accès prolongés, mais beaucoup moins fréquents.

Le 30. Les accès sont très légers ; un seul accès important au réveil.

Le 7 mai, les symptômes sont à peu près nuls. Six jours plus tard, guérison définitive qui s'est maintenue.

L'auteur pense que la pulvérisation peut être avantageusement remplacée par le stypage de Bailly qui est moins pénible et moins redouté.

BALME.

**Sur la laryngite sous-glottique aiguë, par P. KOCH. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, mars 1888, p. 136.**

La forme aiguë de cette affection semble être extrêmement rare. L'auteur en a observé un cas chez une cuisinière de 35 ans, qui, déjà à l'âge de 22 ans, avait été prise d'aphonie après l'ingestion de bière glacée. Cette aphonie avait duré une semaine.

L'affection qui nous occupe eut un début brusque. En rentrant le soir dans une voiture ouverte, la malade sentit subitement de la douleur au larynx et eut un accès de fièvre ; le lendemain, toux rauque et aphonie.

Trois semaines après, M. Koch constate que le pharynx, le naso-pharynx et la muqueuse laryngée tout entière sont d'un rouge sombre uni-

forme. Les cordes vocales vraies sont enflées, veloutées, rouges ; pendant les essais de phonation, elles ne se rapprochent que très imparfaitement à cause de la parésie du muscle ary-aryténoidien, et se tendent mal. Pendant les inspirations profondes, elles s'écartent normalement.

Pour apercevoir distinctement le larynx dans tous ses détails, il fallait d'abord provoquer l'expectoration du muco-pus jaunâtre qui abondait dans les premières voies aériennes. On voyait seulement alors une troisième paire de cordes vocales situées au-dessous des vraies cordes, et de la même couleur rouge foncé. La 3<sup>e</sup> corde droite formait un ruban étroit, uniforme ; la 3<sup>e</sup> corde gauche, munie d'une échancrure profonde au milieu de son bord libre, était plus large, plus arrondie et plus épaisse que la vraie corde correspondante. Ces deux tumeurs suivaient les vraies cordes vocales dans tous leurs mouvements.

Respiration sifflante, toux creuse, expectoration jaune abondante, aphonie complète. Impossibilité du décubitus horizontal.

Badigeonnage du larynx au chlorure de zinc ; inhalations de chlorure de zinc ; potion morphinée.

Le lendemain, la malade revint de grand matin, la face congestionnée, et avec du cornage aux deux temps de la respiration.

Au miroir, on voit des crachats, plus ou moins desséchés, tapissant sous forme de croûtes les parois laryngiennes et formant pont sur plusieurs points d'une corde vocale à l'autre. A l'aide d'un grand pinceau trempé dans la solution au chlorure de zinc, M. Koch nettoya le larynx. La dyspnée cessa et l'image laryngoscopique redévoit ce qu'elle était la veille. Les inhalations au chlorure de zinc répétées plus souvent ainsi que quelques doses de poudre de Dower soulagent beaucoup la malade. Les symptômes inquiétants cessent ; les bourrelets situés au-dessous des cordes vocales, prennent une marche régressive ; les cordes vocales commencent à se dégonfler, regagnent peu à peu leur couleur normale et reprennent leurs fonctions. L'amélioration de la voix marche de pair avec ce mieux constaté dans les symptômes physiques.

Cette forme aiguë permet d'exclure ici l'idée d'hypertrophie ou de péri-chondrite.

Le diagnostic différentiel avec l'œdème aigu de la glotte des auteurs se fait facilement au moyen du laryngoscope. La laryngite sous-glottique aiguë n'est pas à confondre non plus avec l'œdème sous-glottique décrit par Gibb et qui n'est que l'œdème ordinaire secondaire ; celui-ci en effet ne se manifeste jamais par de la fièvre et n'est jamais combiné à une pharyngo-laryngite aiguë, comme c'était le cas ici.

L'auteur se demande s'il n'y a pas analogie entre sa malade qui, étouffant, a été soulagée par l'enlèvement des croûtes accumulées et desséchées, et l'enfant atteint d'un accès de laryngite striduleuse. Le tableau clinique est le même, et il semble à M. Koch que la scène caractéristique du faux croup est due simplement à l'accumulation et à la dessication des glaires entassées dans le larynx de l'enfant chez lequel la glotte respiratoire n'est même pas encore développée.

Enfin, si Ganghofner a raison de regarder la laryngite sous-glottique chronique comme une des localisations et un des accidents de la blennorrhée chronique des premières voies aériennes décrite par Störck, M. Koch se croit en droit de faire remonter la laryngite sous-glottique aiguë, qu'il a observée, à la blennorrhée aiguë des premières voies aériennes. En effet sa maladie fournissait le type classique de cette dernière affection. Nous voulons dire que les muqueuses naso-pharyngienne, laryngienne et trachéale étaient d'un rouge foncé extraordinaire, et œdématisées ; que les vraies cordes vocales et l'espace arytenoïdien présentaient un état catarrhal suraigu ; et que les muscles étaient œdématisés, d'où manque de tension, difficulté de rapprochement des cordes vocales, et aphonie concomitante.

BALME.

**Contribution à l'étude du mutisme hystérique**, par NATIER. *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie, etc...* avril, mai, août et septembre 1888, pages 177, 251, 458, 525.

M. Natier a fait, dans ce travail, une véritable étude d'ensemble du mutisme hystérique, étude appuyée sur 71 observations très intéressantes soit personnelles, soit relevées chez les divers auteurs.

Le *mutisme hystérique* se distingue par des caractères qui en font « un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous » (Charcot).

Le plus souvent le début en est brusque ; dans de rares occasions, le mutisme hystérique est précédé par de l'aphonie plus ou moins prolongée.

Les malades atteints sont issus de parents névropathes ou alcooliques ; eux-mêmes présentent également une de ces deux tares et souvent ils ont eu des manifestations névropathiques antérieures (attaques d'hystérie, convulsions, chorée, etc.) ou une maladie aiguë, fièvre typhoïde, rougeole, variole, ou bien ils ont de la chloro-anémie, de l'aménorrhée.

La cause occasionnelle est le plus souvent une émotion vive, une

frayeur, un chagrin violent, quelquefois une attaque d'hystérie, un traumatisme, une laryngite catarrhale due au froid. Enfin le mutisme hystérique peut être artificiellement provoqué chez les hystériques hypnotisables, et persister après le réveil.

Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme d'après la plupart des auteurs ; M. Natier démontre au contraire par sa statistique qu'on le rencontre aussi souvent dans l'un ou dans l'autre sexe ; il atteint sa plus grande fréquence de 20 à 30 ans chez l'homme comme chez la femme.

Considéré comme très rare, il est assez communément observé, depuis qu'il a été mieux étudié et mieux décrit.

Les symptômes sont de deux ordres différents : les uns fonctionnels, les autres objectifs.

Le malade est dans l'impossibilité absolue « d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchoter autrement dit, et d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui » (Charcot). Ce symptôme est absolument caractéristique, l'individu étant en effet plus que muet, car le muet hystérique est le plus souvent aphone et cela d'une façon absolue. Le mutisme a parfois été précédé d'une aphonie plus ou moins complète avant que le malade perde totalement la faculté de parler. Le muet hystérique peut d'ordinaire encore souffler et siffler, ainsi que le dit M. Charcot.

Les symptômes locaux sont caractérisés par de la douleur assez souvent localisée au niveau du sternum, ou dans la région interscapulaire ; ou par une douleur vive au niveau du cou, douleur qui apporte une gêne considérable à la déglutition et à la respiration.

Du côté de la bouche, on a constaté de l'embarras de la langue qui était « lourde comme du plomb », de la gêne de la langue ; souvent de l'anesthésie plus ou moins marquée du voile du palais, du pharynx, voire même de l'épiglotte et du larynx.

11 L'examen laryngoscopique a été pratiqué rarement. De plus les résultats en ont été fort divers ; aussi ne peut-on décrire une lésion laryngée type du mutisme hystérique. On a signalé en effet l'adduction incomplète d'une ou des deux cordes vocales ; la formation d'un léger espace ellipsoïde entre les deux cordes ; une ou deux cordes vocales en position cada-vérique ; l'incoordination motrice des muscles laryngiens ; l'abduction forcée des deux cordes avec cartilages arytenoïdes très écartées de la ligne médiane (paralysie de l'ary-arytenoïdien). L'abduction et le défaut de tension des cordes vocales avec production d'un espace ellipsoïde, voilà les lésions les plus fréquemment observées ; en résumé les adducteurs du larynx et les tenseurs des cordes semblent être seuls atteints.

La conservation de l'intelligence est un signe diagnostique remarquable, car, dans les autres cas d'aphasie, il existe toujours au contraire d'autres troubles et un amoindrissement intellectuel plus ou moins marqué, et le malade peut toujours émettre au moins quelques sons, comme on l'observe dans la paralysie labio-glosso-laryngée.

Le muet hystérique comprendra toutes vos paroles : il essaiera de vous répondre, fera des efforts dans ce sens, agitera sa langue et ses lèvres, mais pas un son ne sortira. Il exprimera par sa mimique son impatience et son désappointement; enfin par l'écriture il vous transmettra des réponses nettes, précises et ne vous laissera aucun doute sur l'intégrité absolue de son intelligence.

Les muets hystériques ont souvent été considérés comme des simulateurs, d'autant plus que quelques-uns d'entre eux ne font pour parler aucun effort. Ils sont, suivant la remarque de M. Charcot, ordinairement silencieux, tandis qu'au contraire le simulateur exagère toujours dans un sens ou dans l'autre,

Le diagnostic est encore délicat dans le cas, assez fréquent du reste, où le « mutisme se présente à titre d'accident hystérique solitaire, monosymptomatique » (Charcot). L'embarras sera de courte durée, si on connaît seulement le complexus symptomatique de l'affection.

Au point de vue de la mort, le pronostic est bénin, et le mutisme hystérique n'est essentiellement qu'un épiphénomène, sans gravité, d'une diathèse nerveuse plus ou moins grave. Pourtant les erreurs de diagnostic peuvent augmenter de beaucoup la gravité de l'affection, surtout quand on se souvient des péripéties nombreuses par lesquelles ont passé certains malades, dont quelques-uns, pris pour des aliénés, ont été séquestrés comme tels. La durée quelquefois de plusieurs années du mutisme hystérique vient encore assombrir indirectement son pronostic.

La durée n'est ni fixe ni limitée ; le plus fréquemment elle est de quelques jours. Parfois on a vu le mutisme persister dix ou douze ans.

Variable aussi est la marche de l'affection. Le retour de la parole, comme sa disparition, peut-être brusque ou se faire par degrés, le malade parlant d'abord à voix basse, puis bégayant et finalement recouvrant la voix complètement. Dans certains cas, le mutisme peut être intermittent, disparaître et revenir à des heures presque fixes.

Une complication assez fréquente du mutisme hystérique est la surdité de telle sorte qu'on peut observer la surdi-mutité hystérique. On a encore signalé la cécité.

Les opinions sur la pathogénie varient avec les auteurs. Les uns

(Revilliod) ont attribué au mutisme hystérique une origine périphérique ; pour d'autres c'est un trouble de la circulation cérébrale du centre de la parole. M. Charcot le considère comme une affection d'origine centrale ayant son siège dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux, dans le centre de Broca. En effet, on peut affirmer qu'il ne s'agit point d'une lésion musculaire du larynx, qui tout au plus expliquerait l'aphonie, mais jamais le mutisme, c'est-à-dire la perte du langage articulé. M. Charcot chez un de ses malades, a même noté de l'aphasie, et, chez un autre, de l'agraphie. En passant, il donne le moyen de faire le diagnostic différentiel. L'aphasie due à une lésion organique, s'accompagne très fréquemment d'agraphie ou tout au moins d'indécision dans l'action d'écrire ; de plus la mimique est, alors, également troublée, et quelques monosyllabes peuvent encore être prononcés. L'hystérique, au contraire, a conservé le langage mimique et l'écriture, et il ne profère que des grognements inintelligibles.

La thérapeutique est des plus variées ; et l'action du même médicament est des moins assurées. On a vu réussir les vomitifs, la quinine, le bromure de potassium, l'application du miroir laryngien, la métallothérapie, enfin et surtout l'électrisation. Il est aussi des cas où la thérapeutique est restée absolument impuissante.

La suggestion pourra être essayée. Enfin M. Fournié, puis M. Garel ont préconisé une gymnastique vocale appropriée qui a donné déjà de très bons résultats.

On se gardera, en outre, de négliger l'état général qui sera relevé par les toniques, l'exercice, l'hydrothérapie, etc.

BALME.

---

**Contribution à l'étude des tumeurs des sinus frontaux, par P. MARTIN. Thèse de Paris, 24 juillet 1888.**

L'auteur adoptant la division en tumeurs liquides, gazeuses et solides, fait suivre quelques considérations anatomiques sur les sinus frontaux d'un court chapitre sur l'empyème des sinus frontaux et la dilatation de ces sinus par accumulation de gaz dans leur cavité. Il aborde ensuite l'étude des tumeurs proprement dites : kystes, polypes muqueux et fibreux, ostéomes, et enfin tumeurs malignes, carcinomes et sarcomes.

L'extrême rareté des observations de tumeurs malignes primitives de cette région donne de l'intérêt à un fait de fibro-sarcome primitif, observé par le Dr Meyer, et que l'auteur rapporte dans son travail :

Un homme de 58 ans, employé de chemin de fer, a reçu une forte con-

tusion à la tête (tamponnement par un wagon) en 1876. Le choc a été très violent : perte de connaissance, légère hémorragie par l'oreille gauche. Au bout de 15 jours, le malade a pu reprendre ses occupations ; il lui restait au front et à la tempe une cicatrice, non adhérente. Mais à partir de cette époque, le malade souffrit de céphalalgies qui revenaient périodiquement, à des intervalles d'ailleurs assez éloignés, et qui consistaient en douleurs sourdes généralisées à toute la tête, avec maximum près de la racine du nez.

Au commencement de l'année 1887, le mal de tête se localisa dans la moitié gauche du crâne, revint tous les jours, dura environ une demi-heure, et fut accompagné de nausées. Bientôt survint de l'exophthalmie de l'œil gauche, et la vue baissa de ce côté. En même temps l'œil rougit et la paupière inférieure devint le siège d'un ectropion très marqué.

A l'examen, on trouva de la conjonctivite, une légère opacité striée de la cornée ; à l'ophtalmoscope les veines du fond de l'œil étaient gorgées de sang et flexueuses. La région du sinus frontal était très tuméfiée. On conclut à une tumeur qui fut extirpée.

L'examen histologique, fait par Berger (de Grätz), montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

RUAULT.

**De la trachéotomie dans le croup, avec chloroformisation et procédés lent, par A. PANNE. Thèse de Paris, 24 juillet 1888.**

Travail très sérieux, basé sur 50 observations personnelles, recueillie par l'auteur en 1887, pendant qu'il était interne à l'hôpital Trousseau.

Panné établit d'abord que la chloroformisation, qu'il a toujours faite prudemment et en évitant avec soin l'emploi des doses massives, est inoffensive. Inutile au point de vue médical lorsqu'on a affaire à un enfant arrivé à la période de tirage permanent, elle peut au contraire régulariser la respiration à la période des accès de suffocation intermittents, en combattant le spasme glottique, et permettre ainsi, dans quelques cas heureux, d'éviter la trachéotomie. Au point de vue chirurgical, la chloroformisation a l'avantage de rendre aisément applicable la trachéotomie par les méthodes lentes, qui sont aussi les plus sûres.

Le procédé auquel l'auteur donne la préférence est la crico-trachéotomie exécutée comme il suit :

Le chloroforme est administré à l'enfant par petites doses, et, lorsque le malade est arrivé à la période de résolution musculaire, ce qui demande de 2 à 4 minutes, on cesse d'administrer l'anesthésique. Comme l'opé-

ration ne dure que 2 à 3 minutes au plus, l'enfant ne se réveille qu'à la fin. L'opération comprend cinq temps : 1<sup>o</sup> incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané commençant un peu au-dessus du cricoïde et se terminant à 2 centim. 1/2 au-dessous ; 2<sup>o</sup> incision de la couche musculaire ; 3<sup>o</sup> incision de l'isthme du corps thyroïde ; 4<sup>o</sup> incision de la trachée ; 5<sup>o</sup> introduction de la canule.

Le procédé est basé sur la possibilité d'obtenir une hémostase presque complète, simplement en se servant d'écarteurs spéciaux, qu'on met en place immédiatement après le 1<sup>er</sup> temps de l'opération, et qu'on replace plus profondément à la fin de chacun des 3 temps consécutifs, de façon à ce que ces écarteurs embrassent la totalité des tissus sectionnés. Si l'aide chargé des écarteurs, et qui se place derrière la tête de l'enfant, remplit bien son rôle et exerce sur les écarteurs une légère pression bien constante, l'hémostase est presque absolue, et quelques coups d'éponge suffisent à la rendre complète. Les deux lèvres de la trachée étant entrebaillées par les écarteurs à la fin du 4<sup>e</sup> temps, l'introduction de la canule devient extrêmement simple et facile.

Les écarteurs spéciaux employés par l'auteur ont été construits par Luér. « Leur partie recourbée a un centimètre et quart de longueur environ, assez pour comprendre toute l'épaisseur des tissus pré-trachéaux, et exercer sur eux une compression d'avant en arrière ; le bord libre se termine sur des griffes mousses de façon à ce qu'ils ne laissent pas échapper les tissus qu'ils ont charge de retenir et de comprimer. Leur largeur est de un centimètre et demi, et est suffisante pour s'appliquer à toute l'étendue de la plaie. La partie recourbée enfin est légèrement concave et s'applique mieux ainsi à toute l'épaisseur des tissus. »

RUAULT.

---

**Traitemen palliatif de l'épithélioma du larynx et du pharynx par la teinture de thuya occidentalis, par BARATOUX. Pratique médicale, 12 juin 1888, p. 279.**

L'auteur a expérimenté contre l'épithélioma du larynx et du pharynx ce remède, employé surtout jusqu'ici par les homœopathes, et déjà vanté comme moyen curatif des papillomes, et comme palliatif dans le traitement de l'épithélioma du col utérin.

Il a fait usage, soit de teinture de feuilles à 100 pour 100, soit d'alcoolation, qu'il a fait prendre à l'intérieur à la dose quotidienne de 20 gouttes dès le début, puis il a augmenté progressivement la dose jusqu'à 3 et

4 grammes. En même temps, il a fait des badigeonnages tous les deux ou trois jours, et même quelquefois tous les jours, avec la teinture employée de la façon suivante : il fait éliminer la plus grande partie de l'alcool de manière à obtenir un liquide sirupeux, puis il ajoute à cet extrait, de la glycérine, dans une proportion à peu près égale à celle de l'alcool éliminé.

Les résultats obtenus auraient été très satisfaisants : dès le début du traitement, dit l'auteur, on peut constater que le thuya est un excellent détersif; et il semble que la maladie subisse un véritable temps d'arrêt assurant une survie assez longue.

RUAULT.

---

**Traitemen**t de l'angine couenneuse et du croup par la glace, par BLEYNIE. *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, mai 1888, p. 65.

L'auteur recommande, dans les cas d'angine diptérique ou même dans le croup, l'usage de la glace administrée de la façon suivante :

Toutes les dix minutes, jour et nuit, on place un petit morceau de glace dans la bouche de l'enfant. On ne donne la glace à de plus longs intervalles qu'après la disparition des fausses membranes, laquelle aurait lieu ordinairement du deuxième au huitième jour. Alors on ne donne plus la glace que toutes les demi-heures, pendant un jour, puis toutes les deux heures les deux jours qui suivent. On surveille attentivement la gorge pendant quelques jours encore, et à la moindre réapparition de fausses membranes, on revient à la glace. Dès le début, il faut donner des aliments et du vin.

A défaut de glace, on emploie l'eau glacée ou l'eau très froide, par gorgées ou gargarismes toutes les cinq minutes.

Le Dr Bleynie insiste sur la nécessité d'appliquer ce traitement le plus rigoureusement possible. D'après lui, l'angine couenneuse traitée par ce moyen guérit infailliblement. Un médecin de la Havane, le Dr de Grand-Boulogne, a vanté cette méthode dès 1850. En 1860, l'auteur a publié les résultats qu'il en avait obtenus, et depuis lors son expérience lui a démontré la justesse de cette assertion du Dr de Grand-Boulogne : « L'angine couenneuse convenablement traitée par la glace doit être rangée parmi les maladies les plus bénignes ».

N'ayant point d'expérience personnelle au sujet de ce mode de traitement de la diptérie, nous nous garderons bien de nier son efficacité, affirmée d'ailleurs par d'autres auteurs anglais et américains. Que cette thérapeutique vaille les autres, ou même mieux que les autres, c'est pos-

sible ; mais qu'elle soit infaillible, c'est ce dont nous nous permettrons de douter jusqu'à ce que de nouvelles statistiques, aussi belles que celle des Drs de Grand-Boulogne et Bleynie, aient été publiées.

RUAULT.

---

**Des difficultés de la trachéotomie chez les enfants atteints de gibbosités**, par BÉRANGER (de Niort). *Le Poitou médical*, 1<sup>er</sup> décembre 1888, p. 531.

L'auteur est appelé à soigner d'une diphtérie avec croup (diagnostic certain), une enfant de six ans atteinte de gibbosité (voussure considérable, du volume de la moitié du poing, au niveau de l'articulation des clavicules et des premières côtes, sur la région antéro-supérieure du sternum; en arrière, au même niveau, rachis très déjeté en avant et en bas (cou dans les épaules). L'indication de la trachéotomie venant à se poser, il se met en demeure de pratiquer l'opération. L'incision faite, l'opérateur constate une saillie exagérée de la colonne vertébrale, qui permet à peine l'introduction d'une très petite canule, et n'autorise pas à la laisser en place, car une ulcération de l'œsophage se serait produite au bout de quelques minutes. L'enfant meurt 7 heures après.

L'auteur se demande si tous les malades ayant des gibbosités analogues ont le larynx aplati d'avant en arrière comme dans le cas actuel, et si, dès lors, on doit s'abstenir de faire la trachéotomie, ou s'il n'y aurait pas lieu de modifier les canules ordinaires pour des cas semblables.

RUAULT.

---

**Diphthérite chez une adulte; asphyxie brusque par décollement d'une fausse membrane**, par L. ALAMARTINE. *Loire médicale*, décembre 1888, p. 339.

Une fille de 21 ans entre à l'hôpital en plein accès de dyspnée, avec tirage. Rien dans le pharynx. Signes de broncho-pneumonie gauche. Aluminurie. Voix rauque et voilée. La malade expectore quelques fausses membranes dans la soirée, et se trouve un peu mieux; quand, au milieu de la nuit, au moment où elle boit, l'air lui manque tout à coup et elle succombe en deux ou trois minutes.

A l'autopsie, on trouve, indépendamment de la broncho-pneumonie, des fausses membranes dans le larynx, et dans la trachée, une fausse membrane de 2 millim. d'épaisseur, à cheval sur l'éperon bronchique, et obstruant les deux bronches.

L'auteur pense que cette fausse membrane, qui s'était développée dans la trachée et la bronche gauche, s'est détachée sous l'influence d'une secousse de toux au moment où la malade essayait de boire, et est tombée sur l'entrée de la bronche droite, ce qui a causé l'asphyxie.

RUAULT.

**Sur le spasme phonique de la glotte**, par PAUL KOCH (de Luxembourg). *Ann. des mal. de l'oreille*, 1888, n° 3, mars, p. 129.

L'auteur rapporte deux observations de cette affection.

La première a trait à une religieuse de 63 ans, qui reconnaît avoir abusé de la voix parlée et chantée. Son affection a débuté il y a deux ans. D'abord elle a éprouvé de la difficulté à chanter, puis peu à peu il lui a été presque impossible de parler. Elle peut, à grand'peine, parler à voix basse en s'interrompant de temps en temps ; à voix haute, elle ne peut dire que quelques mots, en usant de la voix de fausset, encore les mots qui renferment les lettres *d* et *s* ne peuvent-ils pas être prononcés du tout. A la moindre émotion, elle ne peut plus dire un mot. La toux et le rire se produisent d'une façon normale.

A l'examen laryngoscopique, on reconnaît que les mouvements laryngés respiratoires sont normaux ; mais qu'à chaque effort de phonation, les deux tiers antérieurs des cordes vocales inférieures se contractent convulsivement, alors que le tiers postérieur arrive à peine au contact. Ceci est dû à un spasme des crico-aryténoïdiens latéraux.

La malade présente une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Elle présente en outre un phénomène curieux : si l'on appuie fortement la main sur sa nuque, on provoque des éructations indéfinies.

La seconde malade est une jeune fille de 18 ans. Sa maladie a débuté il y a trois ans, à la suite d'une variole, sans qu'elle ait abusé de la voix. La toux, le rire et la respiration sont normaux, mais elle ne peut parler qu'à voix basse. Elle a aussi une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde. L'examen laryngoscopique est identique à celui de la malade précédente.

RUAULT.

**Otite moyenne aiguë observée sur un lépreux ; examen des cavités du nez, du pharynx et du larynx**, par WAGNIER. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1888. (Extrait.)

Il s'agit d'un Italien, âgé de 25 ans, atteint de lèpre tuberculeuse depuis 3 ans et demi. La maladie a actuellement envahi toutes les régions

du corps, et la face présente à un haut degré l'aspect léonin. L'auteur, ayant eu à soigner ce malade d'une otite moyenne aiguë, qui guérit d'ailleurs rapidement, sans présenter rien de particulier, en profita pour examiner les premières voies.

La langue fut trouvée saine dans toute son étendue, sauf aux fossettes glosso-épiglottiques. Là, on trouva de chaque côté, quelques tubercules conglomérés légèrement saillants, d'un blanc grisâtre.

Au voile du palais, dont les piliers paraissaient sains, on voyait des plaques inégales de couleur blanc sale et d'aspect diphtéroïde. La luette, de forme élargie et aplatie, était tout entière le siège d'une de ces plaques. Quelques tubercules isolés se voyaient sur les amygdales.

Le larynx était décoloré. Les mouvements respiratoires et phonatoires paraissaient normaux, mais il semblait que les tissus avaient perdu leur élasticité, par suite de l'infiltration lèpreuse. Le bord libre de l'épiglotte portait deux tubercules étendus dans le sens de sa longueur, et à peu près symétriquement placés de chaque côté. Cordes vocales opalines, épaissies, à bords un peu arrondis ; à gauche à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la corde, tubercule faisant saillie dans la glotte. Ce tubercule, et l'absence d'élasticité du larynx, sont la cause du caractère rauque et sourd de la voix.

Le pharynx nasal est pâle, et les tissus sont infiltrés. Sur le bord postérieur de la cloison, on voit un groupe de petits tubercules. L'orifice postérieur des fosses nasales est tapissé de croûtes jaunâtres. Ces croûtes épaisses, adhérentes, sans odeur, obstruent toute la cavité nasale. Lorsque, par un lavage, ces croûtes eurent été expulsées, on vit la muqueuse excoriée, sanguinolente, et les cornets amincis.

RUAULT.

#### PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

##### **Traitemen**t des affections nerveuses de la gorge, par MACYNTIRE.

Société anglaise de laryngologie et de rhinologie, 14 novembre 1888. *The Journal of Laringology*; décembre 1888, p. 462 et suiv.

L'auteur parle des causes de ces affections, et du diagnostic de celles qui sont dues à des lésions des centres nerveux. On doit toujours rechercher la cause de l'affection, bien qu'il soit quelquefois impossible de la

déterminer exactement. Récemment, on a pu relier à des phénomènes objectifs un certain nombre de ces faits, qui étaient jusque-là considérés comme des troubles fonctionnels.

Macintyre parle ensuite de l'emploi de l'électricité, et des résultats qu'il en a obtenus.

Il termine sa communication par l'exposé de deux cas de troubles nerveux d'origine centrale.

*Discussion :*

ELLIS a surtout observé l'aphonie hystérique chez des femmes, non mariées, âgées de 15 à 35 ans. Il s'est toujours bien trouvé de l'emploi de l'électricité. Après deux ou trois séances, il est rare que la malade ne se trouve pas mieux, et avec un peu de persévérance, on peut arriver à un retour définitif de la voix. Ellis ne saurait dire comment agit l'électricité, peut-être faut-il tenir compte de l'effet moral.

LENNOX-BROWNE croit que la plupart des cas désignés sous le nom d'aphonie hystérique, consistent uniquement en une faiblesse de l'innerivation. Souvent la voix peut être rendue par l'électrisation, et l'aphonie reparaître ensuite. Il n'est pas d'accord avec Macintyre sur la question des points où doivent être appliquées les électrodes, et pense qu'il faut user de l'électrisation intra-laryngée, car on peut ainsi guérir des malades ayant été électrisés sans succès par la méthode extra-laryngée. Il cite des observations à l'appui de son opinion.

DUNDAS GRANT pense que les résultats de l'électrisation sont surtout dus à un effet moral, et que, si l'électrisation intra-laryngée paraît mieux réussir, c'est qu'alors l'excitation est plus forte. Pour lui, la question se réduit à savoir dans quels cas il faut employer l'électricité, car si elle fait du bien quelquefois, d'autres fois au contraire elle est nuisible, par exemple lorsque l'aphonie n'est pas purement nerveuse, et qu'il existe en même temps que les troubles nerveux, de la tuméfaction de la muqueuse laryngée. Aussi, faut-il s'assurer si la toux est sonore ; en pareil cas, on peut exercer le malade à émettre une voyelle dans une secousse de toux, et si on y arrive, on peut rétablir la voix par ce petit exercice, sans recourir à l'électricité.

Lorsque les troubles vocaux sont dus à l'impossibilité où se trouve le malade de rapprocher les cordes vocales en expiration, il faut avoir recours à la méthode de Behnke.

L'électricité est surtout indiquée dans ces cas exceptionnels de paralysie myopathique des adducteurs.

MARK HOVELL, dit qu'il n'est pas douteux que l'électrisation intra-

laryngée donne plus de résultats que l'autre. Dans les cas de paralysies myopathiques, il faut se servir des courants combinés.

KENNETH MILLICAN se plaint qu'on se préoccupe trop peu de l'usage des courants continus. Ceux-ci sont utiles, lorsque l'aphonie nerveuse est associée à de la tuméfaction de la muqueuse et dans les paralysies myopathiques, là où les courants faradiques échouent.

STOKER pense que dans les cas d'aphonie fonctionnelle sans lésion laryngée, il faut d'abord user de l'électrisation externe ; et, si cela ne suffit pas, de l'électrisation intra-laryngée. Dans les deux cas, il s'agit bien d'un effet moral, puisque l'introduction du miroir laryngien suffit souvent à faire revenir la voix. Mais lorsque l'électricité agit sur les parties innervées par le trijumeau, il se produit des réflexes vaso-moteurs, qu'on peut utiliser. C'est ainsi que la pharyngite simple peut être améliorée par l'électricité. Dans deux cas de goitre, il a obtenu la guérison en électrisant la muqueuse nasale et en la cautérisant au galvano-cautère.

NORRIS WOLFENDEN, dit, que si certaines aphonies peuvent céder à un traitement moral, il en est d'autres qui y sont réfractaires. Pour lui, beaucoup d'aphonies qu'on qualifie de fonctionnelles sont dues à la paralysie des crico-thyroidiens, et peuvent guérir par l'application des électrodes au devant du cou. Il ajoute qu'il a usé, comme Hack et Stoker, des cautérisations intra-nasales dans trois ou quatre cas de goitres exophthalmiques, et qu'il a obtenu une légère diminution du volume du corps thyroïde ; mais ces effets disparaissaient au bout d'une quinzaine de jours. Il a employé aussi l'électrisation dans le traitement du catarrhe nasopharyngien. Il se sert du courant constant ; il applique dans le pharynx nasal une électrode laryngienne enveloppée d'une couche d'ouate mouillée et il frictionne doucement la région.

A. R.

---

**Laryngite tuberculeuse**, par HENRY SWAIN. *The New York med. Journ.*, déc. 17, 1887, p. 675.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Nous sommes encore à la recherche du ou des remèdes amenant la guérison de la tuberculose laryngée. Jusqu'au jour où on aura trouvé ce spécifique, le traitement local restera le seul procédé d'amélioration.

Quelques cas rapportés par les auteurs comme des guérisons sont sujets à caution, et n'ont pas été assez longtemps observés pour entraîner la conviction. La cocaïne, l'iodoforme, l'iodol, le sublimé, l'acide lactique semblent encore les meilleurs topiques locaux. F. VERCHÈRE.

---

**Amputation de la langue. Résection du maxillaire supérieur. Tamponnement avec la gaze iodoformée**, par F. BRAMANN, *Arch. Klin. Ch.*, 1887, p. 72.

Bramann expose les résultats de la pratique de Bergmann, à Berlin. Ce chirurgien ne veut pas laisser de sang à la surface des plaies opératoires et dans les plaies cavitaires où l'hémostase parfaite est impossible, il fait le tamponnement avec la gaze iodoformée. Cette méthode (classique depuis quelques années pour les opérations buccales) a donné une statistique où nous relevons, en 2 ans, 20 opérations d'amputation de la langue, dont plus de la moitié avec plus ou moins d'amygdale, de plancher buccal, de pharynx ; sur quatre seulement la trachéotomie a été faite ; une seule mort, sur un homme de 66 ans, décrépit, ayant subi une opération énorme, et mort, en 33 heures, de collapsus dû à la perte de sang. Pas de pneumonie. Il y en a eu une mortelle, survenue au dixième jour sur une femme de 67 ans à laquelle Bergmann a réséqué le maxillaire supérieur en totalité. C'est le seul décès sur 19 opérations de ce genre, et à peu près autant de résections partielles dont Bramann ne parle pas en détail.

A. BROCA.

**Actinomycose des maxillaires.** *Deutsche monasschr. f. Zohneilk.*, mai 1887, par REDARD. (Analysé in *Centralbl. f. Chir.*, 1887, p. 829.)

Un jeune homme de 16 ans vint avec tous les symptômes d'une périostite alvéolaire du maxillaire inférieur, à gauche, pour se faire enlever deux racines très douloureuses. La tuméfaction s'étendait de l'angle de la mâchoire à la commissure labiale et avait envahi la joue jusqu'à l'œil. De là une gène considérable pour ouvrir la bouche. Vingt-deux jours après l'extraction, le jeune homme revint : le gonflement osseux avait augmenté, la gencive était normale, mais les plaies de la première extraction n'étaient pas cicatrisées : extraction de la molaire, cariée et atteinte de périostite ; badigeonnage d'iode. Mais six semaines après, l'articulation temporo-maxillaire se prend et alors seulement on cherche et on trouve les parasites. Pendant 7 mois on fit des essais parasiticides infructueux et le malade succomba avec des collections mycotiques rétro-pharyngiennes et pharyngiennes, avec carie vertébrale. Dégénérescence amyloïde de la rate.

A. BROCA.

**Un cas d'hypertrophie du corps thyroïde ayant déterminé un rétrécissement de la trachée,** par Lucien R. MARSHALL. *The New-York med. Journ.*, juillet 1888, p. 6.

Le malade âgé de 65 ans, n'a jamais présenté d'autre symptôme qu'une gêne notable de la respiration. Le corps thyroïde ne semblait pas augmenté de volume et le diagnostic fut longtemps hésitant. A l'autopsie on trouva la trachée complètement aplatie entre les 2 lobes latéraux du corps thyroïde qui présentaient deux saillies lobulées venant soulever la trachée et s'accorder l'une à l'autre.

F. V.

**Kyste épiglottique,** par HUIJSMAN. *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 1888, n° 14.

Un homme de 70 ans éprouvait depuis un an la sensation d'un corps allant et venant dans son gosier et quelquefois lui coupant la respiration. Cet homme était bien portant ; sa voix était normale. Huijsman constata que la cause de sa sensation était une tumeur d'un blanc brillant, molle, élastique, mobile à la face antérieure de l'épiglotte (à 1 centim. 1/2 du ligament glosso-épiglottique) et susceptible de tomber dans l'orifice du larynx par-dessus le bord de l'épiglotte. L'extirpation fut pratiquée avec le galvano-cautère et le diagnostic anatomique fut formulé comme suit : kyste simple à revêtement endothérial.

## VARIA

**Institution nationale des sourds-muets.** — *Clinique laryngologique* (M. RUAULT). — 252 bis, rue Saint-Jacques. — Consultations pour les maladies du larynx, du pharynx et du nez, les lundis, mercredis et vendredis, de 9 heures à midi. — Opérations le mercredi.

**Enseignement libre.** — M. le Dr LUC continue ses *conférences cliniques* sur la laryngologie et la rhinologie, avec *présentation de malades*, à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, tous les mardis à 2 heures et demie.

*Le Gérant: G. STEINHEIL.*

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

## TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT  
DE LA  
RHINITE ATROPHIQUE ET DE L'ÖZÈNE

Par le Dr **Albert Buault**

L'insuffisance des résultats obtenus jusqu'ici à l'aide des diverses méthodes de traitement conseillées contre la rhinite atrophique est constatée par tous les observateurs. Si quelques médecins ont eu l'heureuse chance de constater dans un certain nombre de cas la régénération, apparente au moins, de la muqueuse malade sous l'influence des irrigations antiseptiques fréquentes et longtemps continuées, l'immense majorité des auteurs s'accorde au contraire pour dire que la maladie est incurable. Tous considèrent les divers traitements comme des mesures palliatives dont le seul résultat est de débarrasser périodiquement les fosses nasales des croûtes qui s'y sont accumulées, et de faire disparaître momentanément la mauvaise odeur. Dans les cas heureux la production des croûtes paraît entravée, et la diminution de la mauvaise odeur peut être assez marquée pour permettre

de faire les irrigations moins fréquemment. Plus exceptionnellement, il semble qu'on puisse obtenir une guérison durable, mais ces faits sont trop rares pour qu'on puisse les considérer à bon droit comme des succès thérapeutiques, puisqu'on sait que parfois l'ozène peut être un phénomène intermittent, ou passager, et disparaître spontanément au bout de quelques mois ou de quelques années.

Il importe de remarquer que les faits de guérison auxquels je fais allusion ici se rapportent surtout à des cas où la sécrétion consti-  
tue à elle seule presque toute la maladie, et où la muqueuse ne paraît pas atrophiée. Je la crois possible aussi dans le cas où l'atrophie est encore assez limitée; où, par exemple, on voit un cornet inférieur manifestement atrophié, alors que l'autre cornet inférieur et le reste des fosses nasales sont à peu près sains ou ne présentent que des signes de catarrhe. Lorsque les cornets osseux sont rudimentaires et que l'atrophie de la muqueuse est un peu marquée, la maladie ne guérit pas, mais on peut voir encore les croûtes perdre spontanément leur mauvaise odeur, et l'on pourrait alors croire à la guérison de la maladie, tandis qu'un symptôme seulement a disparu.

Il n'est d'ailleurs pas douteux que, malgré la fréquence de leur association, il n'existe une certaine indépendance entre le symptôme ozène (mauvaise odeur spéciale) et la rhinite atrophique. L'ozène peut exister sans rhinite atrophique véritable, soit qu'il se montre sous forme d'ozène purement catarrhal chez de jeunes sujets strumeux, soit qu'il succède à la syphilis tertiaire des fosses nasales, qui, après guérison complète, et alors qu'il n'existe plus ni lésions osseuses ni ulcerations, mais seulement des pertes de substance, peut laisser à sa suite des troubles de la sécrétion nasale donnant naissance à des croûtes ayant l'odeur ozéneuse. Bien plus fréquemment encore, on peut observer des cas de rhinite atrophique avec plus ou moins de croûtes, où l'odeur est très faible, ou bien où elle n'existe que pendant la seconde partie de la nuit et le matin au réveil, d'autres enfin où l'odeur est à peu près ou

tout à fait nulle. Je ne sais pas si, en pareil cas, on a affaire à des rhinites qui ont été fétides à un moment donné. La chose est fort possible, mais il est certain que lorsqu'on les observe, cette fétidité a disparu. La rhinite atrophique peut donc exister sans ozène (1).

Je me vois ici forcé, pour être bien compris, d'insister sur la signification qu'on doit, à mon sens, donner au mot *özène*, car malgré le nombre considérable de travaux publiés sur la question depuis quelques années, il règne encore une confusion regrettable à ce sujet. Alors que la plupart des spécialistes désignent sous le nom d'*özène vrai* la rhinite atrophique avec odeur fétide, d'autres auteurs au contraire appliquent le mot *özène* au symptôme « mauvaise odeur », quelle que soit cette odeur et quelque origine qu'elle puisse avoir, et parlent de l'*özène scrofuleux*, de l'*özène syphilitique*, avec ulcéraisons, nécroses, etc. A mon avis les uns et les autres ont tort.

Je crois qu'il faut appeler *özène* la mauvaise odeur *spéciale* des sécrétions nasales qu'on rencontre très souvent dans le cas de rhinite atrophique, mais qui peut se montrer indépendamment de l'atrophie, odeur qui est vraisemblablement fonction du microbe décrit par Lœvenberg et peut-être encore d'autres microbes, mais qui diffère absolument de celles qu'on constate dans les rhinites ulcéreuses avec ou sans altérations du squelette, dans les rhinites purulentes causées ou non par des corps étrangers, dans les cas d'empyème des sinus, de tumeurs ulcérées des fosses nasales, etc. Ainsi compris, le mot *özène* ne s'applique pas aux diverses rhinites fétides que je viens de citer, mais il n'implique pas non plus la nécessité de la rhinite atrophique ; il désigne une fétidité nauséabonde, à la fois douceâtre et piquante, ne variant

---

(1) Bien plus, la disparition de la fétidité, à la période ultime de l'évolution de la maladie, semble être une règle générale. Les vieillards, atteints depuis de très longues années, ne sentent plus mauvais : l'exagération de l'atrophie glandulaire, et partant l'extrême diminution des sécrétions, font aisément comprendre qu'il en soit ainsi.

guère que suivant qu'elle est plus ou moins douceâtre ou plus ou moins piquante, rappelant d'autres odeurs qui sont comme elle, fonction de microbes spéciaux, celle des sueurs fétides des pieds ou celle de certains fromages ; odeur qu'on ne confondra plus avec aucune autre quand on l'aura sentie un certain nombre de fois, pour peu qu'on ait le sens de l'odorat un peu éduqué et normalement développé.

Les malades atteints de rhinite atrophique sans ozène ne viennent guère consulter le médecin pour leur nez, car ils sont habitués à leur maladie, qui date de l'enfance, et qui les préoccupe d'autant moins qu'ils l'ignorent presque toujours. Ils ne demandent des soins que lorsqu'ils y sont amenés par l'aggravation du catarrhe sec naso-pharyngien qui accompagne si souvent la maladie, ou par l'apparition de la laryngite sèche. Mais comme tous les malades qui ont de la rhinite atrophique sans ozène ne souffrent pas beaucoup du catarrhe naso-pharyngien, et que beaucoup n'ont pas de laryngite sèche, il n'est pas douteux qu'un grand nombre d'entre eux échappent à l'observation.

Qu'aux malades atteints de rhinite atrophique avec ozène, c'est ce dernier symptôme, insupportable à leur entourage, qui les amène à demander des soins. C'est contre lui que le médecin lutte, à l'aide de désinfectants divers, surtout à l'aide d'antiseptiques depuis qu'on sait que l'odeur est due à des micro-organismes. Comme l'on sait aussi que ce sont les croûtes qui sont odorantes, on cherche à empêcher leur séjour dans les fosses nasales, et on prescrit des lavages abondants et fréquents pour les en chasser. Mais on ne cherche guère à modifier la muqueuse par une intervention directe. On n'ignore pas que les caustiques chimiques et le galvano-cautère sont plus nuisibles qu'utiles, et que la galvano-caustique chimique est d'une efficacité au moins douteuse.

Parmi les traitements dits curatifs, je signalerai en passant celui que conseille M. Tillaux : nettoyer les fosses nasales, donner le chloroforme, et badigeonner ensuite la muqueuse nasale avec de la teinture d'iode pure, répéter 8 à 10 fois la

même manœuvre à quelques jours d'intervalle. Dans deux cas de rhinite atrophique fétide, j'ai essayé ce moyen, mais entre mes mains il s'est montré peu efficace. Je n'ai pas donné le chloroforme, je n'ai pas non plus employé la cocaïnisation, et dans les deux cas, ce traitement a été bien loin d'être aussi douloureux que l'a vu M. Tillaux. L'application de l'iode est certainement désagréable, les malades pleurent, leurs yeux rougissent, mais ils peuvent, ou du moins certains d'entre eux peuvent la supporter. J'ai constaté, après chaque application d'iode, l'apparition presque immédiate d'un rhume de cerveau assez intense, mais durant à peine vingt-quatre heures.

Quant aux traitements dits chirurgicaux, et préconisés par Wolkmann et par Rouge, je ne les signalerai que pour les condamner. Souvent utiles et quelquefois formellement indiquées lorsqu'il s'agit de nécroses osseuses étendues, de tumeurs malignes, etc., ces méthodes chirurgicales ne sont plus que des mutilations inutiles si on les applique au traitement de l'özène. Je ne doute pas que sur ce point je ne sois tout à fait d'accord avec tous les rhinologistes. Cette insuffisance reconnue des moyens curatifs fait qu'on se borne à combattre la mauvaise odeur, et, lorsqu'on est arrivé à la faire disparaître, même au prix de soins quotidiens et indéfiniment continués, on est en droit de se trouver satisfait des résultats obtenus.

Parmi les différentes méthodes palliatives employées jusqu'ici, celle qui donne les résultats les plus rapides et les plus nets est peut être la méthode de Gottstein. Elle consiste, comme on sait, à maintenir alternativement dans l'une et l'autre narine, pendant plusieurs heures, un tampon d'ouate occupant tout l'espace compris entre le cornet inférieur et la cloison, sur toute la longueur du plancher (1).

(1) Quelques médecins préfèrent, avec Moldenhauer, laisser la partie inférieure de la fosse nasale libre, pour permettre la respiration, et appliquer le tampon au-dessus, en avant du cornet moyen et entre celui-ci et la cloison. Cette pratique est la plupart du temps inapplicable : ou bien le tampon n'est

Sous l'influence de cette pratique si simple, on voit presque immédiatement une diminution marquée des sécrétions, qui se dessèchent beaucoup moins; l'odeur disparaît, et la muqueuse prend bientôt un meilleur aspect, et perd son aspect chagriné et décoloré pour redevenir rosée et humide. J'ai souvent employé cette méthode concurremment avec les lavages et les pulvérisations antiseptiques, et j'en ai obtenu de bons résultats. Ceux-ci ont été surtout marqués chez une petite fille de 3 ans 1/2 affectée de rhinite atrophique fétide typique et qui est d'ailleurs le plus jeune sujet affecté de cette maladie qu'il m'ait été donné d'observer. Mais il s'agit encore là d'une méthode palliative; et, dans un grand nombre de cas, il est difficile de la faire accepter aux malades. Elle est d'ailleurs à peu près inapplicable lorsque des déviations un peu marquées de la cloison coexistent avec la rhinite atrophique.

Comment agit le traitement de Gottstein? Le tampon d'ouate, en s'opposant au passage du courant d'air inspiré, s'oppose également à l'évaporation, et au desséchement de la muqueuse et surtout des sécrétions. Celles-ci deviennent humides. J'ai vu qu'elles diminuaient, mais comme je faisais faire en même temps des lavages, je ne sais si ceux-ci ne sont pas pour beaucoup dans cette diminution. Quoi qu'il en soit, abondantes ou non, elles perdent leur odeur, ce qui veut dire que les micro-organismes qui la causent ne sont plus dans de bonnes conditions de développement. Enfin je crois que les changements heureux dans l'aspect de la muqueuse sont dus non seulement à ce qu'elle ne se dessèche pas, mais encore à la légère irritation déterminée par le contact du tampon d'ouate, car ces changements m'ont paru plus marqués dans les régions inférieures des fosses nasales que du côté du cornet moyen.

---

pas assez gros, ou il n'a pas été appliqué avec une force suffisante, et alors il ne tient pas; ou bien, s'il est de dimensions suffisantes et s'il a été repoussé de bas en haut assez énergiquement pour être solidement fixé, il donne lieu à une gêne ou à des douleurs qui empêchent le malade de le conserver.

J'ai cherché à réaliser ces diverses conditions, en y adjoignant l'emploi des antiseptiques, et j'ai voulu :

1<sup>o</sup> Débarrasser *complètement* les fosses nasales des croûtes qui y sont accumulées.

2<sup>o</sup> Agir sur cette muqueuse avec un antiseptique puissant, produisant à la fois l'antisepsie et une légère irritation de la pituitaire.

3<sup>o</sup> Empêcher le desséchement de la muqueuse et des sécrétions, tout en conservant au malade la possibilité de respirer par les deux narines.

Pour remplir la première indication, je fais faire, le matin, au lever, un grand lavage des fosses nasales avec de l'eau tiède additionnée de bicarbonate de soude. Après le lavage, on examine les fosses nasales, et on les débarrasse, à l'aide d'une petite pince à glissement connue sous le nom de pince auriculaire de Duplay, des croûtes que le lavage n'a pu chasser. On fait ensuite passer de nouveau une certaine quantité d'eau; et on s'assure par la rhinoscopie soigneusement faite, que les fosses nasales sont absolument nettoyées avant de passer à l'opération suivante.

On passe ensuite à l'antisepsie de la muqueuse. Je remplis cette indication à l'aide du naphtol camphré, récemment employé par le professeur Ch. Bouchard, puis par MM. Périer, Fernet, Ch. Monod, et d'autres encore, et qui leur a donné des résultats encourageants dans la diphtérie, les tuberculoses osseuse et bucco-pharyngée, le pansement des ulcères, etc. Ce corps se prépare en broyant ensemble dans un mortier une partie de naphtol pour deux parties de camphre. On obtient ainsi un liquide jaune rougeâtre, assez fluide, et miscible à l'huile en toutes proportions, qui est doué d'un pouvoir antiseptique considérable. Au lieu du naphtol  $\beta$  employé d'ordinaire, je me sers du naphtol  $\alpha$ , qui est plus antiseptique que le premier, et m'a aussi paru sensiblement moins irritant. A l'aide d'un pinceau très doux, de forme aplatie, et pouvant pénétrer facilement dans les différentes parties accessibles de la fosse nasale, je fais un badigeonnage

de naphtol camphré. Ce badigeonnage est douloureux, lorsqu'il est fait avec le produit pur, mais comme celui-ci est soluble dans les corps gras, j'y ajoute une certaine proportion d'huile de vaseline, variable suivant la tolérance des malades. Aussitôt après le badigeonnage, la muqueuse devient très rouge, et saigne quelquefois si l'on ne prend la précaution de passer le pinceau très doucement. Le malade éprouve une forte sensation de piqûre avec irradiation nerveuse dans la région sous-orbitaire et vers les dents correspondantes. Mais ces sensations sont passagères, et disparaissent au bout de quelques instants. Elles sont d'autant plus marquées que l'on ajoute moins d'huile de vaseline au naphtol camphré. On peut, s'il est nécessaire, faire précédé l'application de naphtol camphré d'une application de cocaïne, mais je n'ai jamais eu besoin d'y recourir chez des adultes ou même chez des enfants de 12 à 15 ans. La douleur causée par ce badigeonnage antiseptique est d'ailleurs beaucoup plus vive au début que lorsqu'il a été déjà pratiqué un certain nombre de fois, et les malades semblent s'y accoutumer assez rapidement.

Pour empêcher le desséchement de la muqueuse et des sécrétions, j'ai cherché à maintenir en permanence sur cette muqueuse une légère couche d'un corps gras, non volatil, qui puisse la soustraire à l'action du courant d'air extérieur. J'ai utilisé à cet effet l'huile de vaseline, qui a l'avantage d'être inoxydable, et à laquelle on peut d'ailleurs ajouter des produits antiseptiques. On pourrait, bien entendu, utiliser d'autres substances oléagineuses. Mais il importe que l'huile employée mouille la plus grande étendue possible de la muqueuse, et comme les applications devront être répétées plusieurs fois dans la journée par le malade lui-même, on ne peut songer aux badigeonnages pour obtenir ce résultat. J'ai donc recours à la pulvérisation. L'huile peut être réduite en une poussière extrêmement fine, qui pénètre aisément dans toutes les anfractuosités des fosses nasales ; mais, en raison de la cohésion de ce liquide, on n'obtient pas toujours

aisément le résultat cherché avec les pulvérisateurs de Richardson ordinaires. Les uns fonctionnent, tandis que les autres sont inutilisables, et les marchands ne se résignent pas facilement à en laisser faire l'essai avec de l'huile. Pour parer à cette difficulté, M. Galante a bien voulu construire, sur ma demande, des petits pulvérisateurs en verre qui remplissent parfaitement le but. Ces petits pulvérisateurs sont à une seule boule, et la canule olivaire est construite de façon à s'adapter facilement à la narine. Pour employer ce pulvérisateur, le malade introduit la canule successivement dans chaque narine, et fait jouer l'appareil tandis qu'il émet à haute voix le son *hi*, soutenu pendant toute la durée de la pulvérisation. Il évite ainsi l'introduction de l'huile dans les voies aériennes inférieures. Deux ou trois pressions répétées sur la boule de caoutchouc, la canule étant dans une narine, et la même manœuvre répétée la canule étant dans l'autre narine, suffisent largement pour mouiller et enduire d'une mince couche d'huile toute l'étendue des fosses nasales et du pharynx nasal. Ces pulvérisations doivent être répétées à plusieurs reprises dans la journée, à intervalles réguliers et assez rapprochés. Pour celles qui sont faites dans la seconde partie de la journée, on emploiera avec avantage de l'huile additionnée de substances antiseptiques. On peut, par exemple, y ajouter du naphtol camphré dans la proportion très faible de 0,10 pour 1000. Parmi les substances antiseptiques, le salol camphré, produit analogue au naphtol camphré, et obtenu par la trituration de parties égales de salol et de camphre, m'a paru l'une des plus avantageuses. Comme le naphtol camphré, ce produit est miscible à l'huile en toutes proportions, et il a l'avantage de ne presque jamais causer, même lorsqu'on l'emploie pur en badigeonnages, aucune sensation désagréable sur la muqueuse du nez. Certaines essences antiseptiques, qui sont également solubles dans l'huile, peuvent encore trouver ici leur emploi.

On peut être obligé, au début du traitement, et lorsque les sécrétions sont très abondantes, de faire faire une seconde

irrigation nasale avant le coucher et de nettoyer de nouveau les fosses nasales. On fait suivre ce lavage du soir d'une pulvérisation d'huile de vaseline antiseptique. Mais ce second lavage devient bientôt inutile. Souvent même le lavage du matin peut-être bientôt supprimé. On remplace alors ces lavages par une inhalation, de 10 minutes ou 1/4 d'heure de durée, de vapeur d'eau additionnée de teinture de benjoin (une cuillerée à café pour 100 gr. d'eau). Ce lait de benjoin est utilisé à l'aide de l'inhalateur à vapeur de Lee. Cet appareil, très ingénieux, m'a paru le meilleur à employer en pareil cas; mais il exige un nettoyage attentif après chaque inhalation, lorsqu'on se sert d'une substance résineuse et tendant à obturer les orifices de la chaudière. Le malade se place devant l'appareil en marche, à distance suffisante pour ne pas se brûler, et inhale la vapeur qui s'en échappe, en respirant par le nez.

Bientôt aussi, et souvent même dès le début, on peut ne faire les badigeonnages au naphtol camphré que tous les deux jours, diminuer les doses, employer alternativement le naphtol camphré et le salol camphré. On pourra, en un mot, faire varier le traitement suivant les cas. Mais il est essentiel que les pulvérisations d'huile soient faites très régulièrement.

D'après mon expérience, toutes les parties de ce traitement sont utiles dans le cas de rhinite atrophique avec ozène; mais, lorsque l'ozène manque, on peut restreindre beaucoup l'emploi des antiseptiques ou du moins les doses employées. Les lavages alcalins et les inhalations de benjoin après les lavages, plus tard, ces inhalations faites sans lavages préalables, et toujours les pulvérisations d'huile de vaseline, constitueront le fonds du traitement.

Lorsque le pharynx nasal sera rempli de croûtes comme les fosses nasales, on devra évidemment s'occuper de l'en débarrasser; on fera donc suivre la toilette matinale du nez de celle du pharynx nasal. Après avoir détaché les croûtes adhérentes à l'aide d'un porte-ouate courbe et s'être assuré

par la rhinoscopie postérieure qu'il n'en reste plus, on badigeonnera énergiquement la muqueuse avec le naphtol camphré. Là, le naphtol camphré est beaucoup mieux supporté que dans le nez, et on peut même l'employer pur sans que le malade en souffre. On peut aussi employer la créoline, qui, de même que le naphtol camphré, m'a donné aussi de bons résultats dans diverses variétés de catarrhe naso-pharyngien. J'emploie la créoline *pure*; elle n'est pas caustique, elle est aisément supportée par les malades, et elle agit ainsi bien mieux qu'en émulsion dans l'eau. Qu'on se serve de naphtol camphré, de créoline pure, ou de salol camphré, il faut, à l'aide d'un porte-ouate approprié, frotter tous les points du pharynx nasal avec un petit tampon d'ouate légèrement imbibé de la substance antiseptique. Un simple badigeonnage ne suffit pas; il faut une friction énergique, et s'il existe des cryptes ou des diverticules plus ou moins profonds, il faut autant que possible y faire pénétrer, en s'aidant du miroir, un stylet ouaté chargé de la substance antiseptique. Ces badigeonnages seront faits tous les jours ou tous les deux jours suivant les cas, et suivis de pulvérisations nasales d'huile de vaseline.

Lorsqu'il existe de la laryngite sèche, les inhalations de benjoin faites matin et soir rendront les plus grands services. Elles seront suivies de pulvérisations nasales d'huile de vaseline pure. Pour faire faire ces pulvérisations, on conseillera au malade, une fois qu'il aura introduit la canule nasale dans une narine, de sortir la langue hors de la bouche et de donner le son *un*. Cette manœuvre permettra à la poussière oléagineuse d'atteindre l'entrée du larynx.

Cette manœuvre m'a généralement suffi pour détacher les croûtes adhérentes au larynx, et je n'ai eu que rarement besoin de recourir au porte-ouate laryngien. Mais il faudrait l'employer de suite dans le cas de troubles respiratoires sérieux. S'il s'agissait d'un véritable ozène laryngo-trachéal, on pourrait employer l'huile de vaseline salolée, de préférence à l'huile pure.

On voit en somme que ce traitement, dont les pulvérisations d'huile constituent la partie la plus importante, diffère complètement de ceux qui ont été jusqu'ici conseillés contre la rhinite atrophique et ses complications. Grâce à ces pulvérisations, qui permettent, à l'aide d'une très petite quantité d'huile, de maintenir constamment les parties malades à l'abri de la dessiccation, on peut restreindre, sinon supprimer les grandes irrigations nasales répétées, qui débarrassent presque toujours incomplètement les fosses nasales des croûtes qui sont accumulées dans leurs parties supérieures, et le pharynx nasal de celles qui adhèrent à sa voûte. Il est vrai que la méthode exige l'intervention quotidienne du médecin qui doit lui-même nettoyer les fosses nasales et le pharynx nasal, mais cette intervention devient plus rare à mesure que l'état du malade s'améliore, et l'amélioration est rapide. Ce traitement comprend l'emploi d'antiseptiques qui ont encore été peu employés dans la thérapeutique des fosses nasales, et l'adjonction de ces antiseptiques au camphre, qui est lui-même un désinfectant, permet de profiter de la volatilité de ce dernier, dont les vapeurs pénètrent dans toute l'étendue des fosses nasales et probablement même dans les cellules ethmoidales et les sinus (1).

Comme je n'ai pas, depuis que j'emploie ce traitement, de guérisons à signaler, et qu'il ne s'agit que d'améliorations marquées, je pense qu'il serait aussi fastidieux qu'inutile de rapporter ici en détail l'histoire de mes malades. Mais je puis affirmer que les résultats que j'ai obtenus grâce à lui sont très nettement supérieurs à ceux que m'ont donné tous

---

(1) Je tiens à faire remarquer que je n'entends pas conseiller l'emploi exclusif, comme désinfectants, des substances que je recommande plus haut. Il n'est pas douteux qu'il y ait avantage à changer l'antiseptique employé, quitte à y revenir plus tard, si l'on s'aperçoit que l'odeur tend à reparaître. Ce fait est également vrai pour le pharynx nasal et pour les fosses nasales. Je crois en tout cas que l'on aura avantage à associer les substances antiseptiques entre elles, M. Bouchard et M. Lépine ayant démontré que de cette façon leur puissance antiseptique est accrue.

les autres, bien que je n'aie qu'exceptionnellement appliqué la méthode dans toute sa rigueur.

Parmi les malades qui m'ont paru surtout en bénéficiar, je citerai un homme de trente ans, atteint de rhinite atrophique sans ozène, mais avec atrophie très marquée de la muqueuse du nez et pharyngite sèche. Ce malade souffrait depuis quelques années d'épistaxis formidables, revenant tous les 4 ou 5 mois à plusieurs reprises, ayant nécessité six fois déjà le tamponnement complet, et amené une anémie considérable. On voyait de chaque côté de la cloison des vaisseaux dilatés, et plus dilatés du côté de la narine droite, par laquelle avaient toujours eu lieu les hémorragies. Je ne pouvais guère entreprendre la destruction de tous ces vaisseaux au galvano-cautère, et je préférai traiter la rhinite atrophique, dont ni le malade ni la famille ne soupçonnaient l'existence. Je me suis borné à faire faire des lavages alcalins le matin pour débarrasser le nez des croûtes, et à faire faire des pulvérisations d'huile de vaseline pure. L'amélioration obtenue est considérable, la muqueuse a totalement changé d'aspect, tant dans le nez que dans le pharynx nasal ; il n'y a presque plus trace de croûtes. Enfin les épistaxis n'ont pas reparu.

Je pourrais citer encore deux cas de rhinite atrophique, compliquée de catarrhe naso-pharyngien, et de laryngite sèche avec accumulations de croûtes dans le larynx ayant amené des accès de suffocation nocturnes ; où j'ai obtenu rapidement une amélioration considérable.

Dans tous les cas d'ozène que j'ai traités ainsi, j'ai vu, sous l'influence du naphtol, la mauvaise odeur disparaître ou diminuer rapidement au point de devenir à peine appréciable, lorsque le traitement a été fait soigneusement.

Enfin, dans trois cas, l'odorat, qui était perdu depuis long-temps, a reparu au bout de quelques semaines, ce que je n'avais encore pu constater jusqu'ici.

Ces résultats m'ont engagé à ne pas attendre davantage pour faire part à mes confrères de cette méthode de traite-

ment, dont plusieurs parties varient suivant les indications, mais dont la base est l'*emploi méthodique des pulvérisations d'huile* sur les muqueuses malades préalablement débarrassées des sécrétions qui y adhèrent, et désinfectées s'il y a lieu.

---

DES OPÉRATIONS INCOMPLÈTES  
DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par le Dr **Lue.**

---

L'ablation des végétations adénoïdes du pharynx nasal est encore, à l'heure qu'il est, une opération imparfaitement réglée et que chacun pratique un peu à sa façon, les uns donnant la préférence à tel instrument plus ou moins compliqué, tandis que d'autres prétendent s'en tirer avec le seul secours de l'ongle ; tel opérant, en plusieurs séances, sous le chloroforme, tel usant de cet agent anesthésique pour tout terminer d'un coup.

Expérience faite, c'est cette dernière façon de procéder que nous avons adoptée, depuis plusieurs années, à l'exemple de nos amis, les Drs A. Martin et Calmettes, et nous apprécions, chaque jour, davantage les bénéfices de cette méthode qui, supprimant complètement l'indocilité et les mouvements intempestifs du malade, permet d'agir avec une grande sûreté, en contrôlant, à tout instant, avec l'index, la marche de l'opération, de limiter l'action de l'instrument tranchant aux parties malades et d'éviter ainsi les hémorragies inquiétantes, immédiates ou consécutives, résultant généralement de la blessure accidentelle de la muqueuse saine.

Pour ce qui est du choix de l'instrument, nous continuons de donner la préférence aux pinces tranchantes de Lœwenleerg, modifiées par Châtelier de façon à ne pouvoir saisir les parties situées au devant d'elles : la cloison nasale, par exemple. Ainsi modifié, cet instrument peut être, sans

crainte, porté très en avant et détacher les végétations situées tout contre les choanes : celles que l'on a le plus de chances *d'oublier*. L'ongle que nous n'hésitons pas à considérer comme tout à fait insuffisant, à lui seul, peut être utilisé avec avantage, après la pince, pour gratter la surface d'implantation des néoplasmes et en assurer la complète extirpation.

Enfin, il est dans nos habitudes de faire suivre l'opération d'une injection de solution boriquée, très chaude, dans le conduit naso-pharyngien, manœuvre offrant le triple avantage d'agir comme antiseptique, comme hémostatique et d'indiquer, d'après la force avec laquelle le liquide injecté ressort par l'autre narine, le degré de désobstruction nasale obtenu.

Quelle que soit la méthode opératoire employée, nous avons la conviction que la plus grande difficulté de l'opération en question consiste à la faire *complète* et *radicale*. Nous avons fait, un assez grand nombre de fois, la constatation suivante (et nous savons pertinemment que nous ne sommes pas le seul à l'avoir faite).

Un malade ayant été opéré avec tout le soin, toute la tranquillité, toute la latitude de temps désirable, le doigt introduit, à plusieurs reprises, dans le pharynx nasal, nous ayant fourni la sensation que cette cavité était complètement débarrassée de tout néoplasme, la pince introduite à fond, plus ou moins en avant ou en arrière, n'ayant plus ramené aucune parcelle de tissu morbide, enfin l'injection pratiquée par une narine étant ressortie, avec force, du côté opposé, nous nous croyions en droit de compter sur un résultat complet ; et pourtant ce même malade revu, quelques semaines seulement après l'opération, respirait encore avec bruit et le miroir, aussi bien que le doigt, permettaient de constater la présence de masses végétantes assez considérables, en arrière des choanes. *En revanche, une nouvelle intervention débarrassait le malade d'une façon définitive.*

Faut-il admettre qu'en pareil cas il y ait eu *récidive*? Cela est absolument inadmissible, étant donné le temps très court (15 jours, dans un cas) écoulé entre l'opération et la nouvelle constatation, étant donné aussi le résultat constamment radical d'une deuxième intervention opératoire. Il serait d'ailleurs irrationnel d'admettre que le tissu de la 3<sup>e</sup> amygdale eût plus de tendance à se reformer que celui des amygdales proprement dites. Force est donc d'admettre que, malgré toutes les apparences contraires, l'opération avait été incomplète, et l'explication que nous proposait tout récemment notre collègue Châtelier de ce fait singulier, également constaté par lui, nous paraît rationnelle et mérite d'être reproduite ici.

On sait que le volume des végétations adénoïdes est éminemment variable, vraisemblablement suivant la quantité de sang qui afflue à leur intérieur. Les malades qui en sont porteurs en sont très inégalement gênés d'un jour à l'autre. Ceci posé, rien ne nous semble plus logique que d'admettre, qu'à la fin de l'opération, ceux de ces néoplasmes qui sont le plus profondément situés ayant été entamés par la pince ou par l'ongle, laissent écouler le sang qu'ils renferment et s'affaissent conséutivement, au point de devenir inappréhensibles au toucher. Quand, au contraire, une fois la cicatrisation produite, le sang recommence à les pénétrer, ils se gonflent, gênent de nouveau la respiration et donnent l'illusion de la récidive.

Dans le but de nous mettre à l'abri de cette occurrence, nous avons adopté la pratique de faire suivre l'opération, à quelques jours de distance, d'une cautérisation ignée, destinée à détruire complètement tout débris de tissu végétant. Acet effet, nous avons fait construire un cautère pouvant s'adapter à notre galvano-cautère habituel, ayant la courbure propre aux instruments destinés à pénétrer jusqu'à la voûte pharyngienne et formé d'une anse de fil de platine enroulé, à son extrémité, de manière à former une surface plane discolide, un peu inférieure à celle d'une pièce de 20 cent.

L'étendue de la surface cautérisante permet d'effectuer très rapidement la destruction de la zone suspecte. Cette petite opération peut être, à la rigueur, exécutée à l'aveugle, et sans l'assistance d'un aide. Il est bon de la faire précéder d'une cocaïnisation des parois du pharynx nasal, y compris la face supérieure du voile du palais. L'anesthésie une fois obtenue, ce dernier est attiré en avant, au moyen du crochet de Voltolini et le cautère est introduit, froid, jusqu'à ce qu'il vienne buter contre la voûte pharyngée. On fait alors passer le courant, puis le cautère est retiré et l'on se rend compte, à l'aide du miroir, du résultat obtenu.

On arrive ainsi, après trois ou quatre applications de cautère, à atteindre le but désiré.

Si l'on dispose d'un aide suffisamment exercé au maniement du crochet, on peut tenir le miroir, de la main gauche, et opérer avec le secours de la vue.

Ce mode de cautérisation n'est malheureusement applicable qu'aux sujets dociles, et l'on sait qu'ils ne forment pas précisément la majorité des malades porteurs de végétations. Il serait d'autre part malaisé de le pratiquer à la fin de l'opération sanglante, en profitant du sommeil chloroformique, en raison de la difficulté de porter le platine à une température suffisamment élevée, au contact d'une surface d'où le sang suinte abondamment. On devra donc chez les enfants très jeunes et particulièrement indociles apporter un soin tout spécial à pratiquer une ablation aussi complète que possible des végétations ; mais toutes les fois que la cautérisation post-opératoire aura été inexécutable, il sera sage de s'attendre à la possibilité d'un retour partiel, à courte échéance, des symptômes d'obstruction nasale et à la nécessité d'intervenir de nouveau, pour compléter le résultat de la première opération.

SUR LES  
TUMEURS TUBERCULEUSES DU LARYNX

Par le Dr A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux (1).

La tuberculose de la peau et des muqueuses se présente dans les divers organes sous des formes variées qu'on peut ramener à trois types : la forme ulcéreuse, la forme gommeuse ou de tumeur et le lupus qui peut être considéré comme une forme mixte, à maintenir encore à part, en raison des divergences sur sa nature intime : divergences, hâtons-nous de le dire, de moins en moins accusées. L'année dernière j'ai montré, dans un travail communiqué à la Société clinique, que la muqueuse nasale offrait ces divers types de l'invasion tuberculeuse : les exemples publiés n'étaient pas nombreux à cette date et ne le sont pas encore beaucoup. Mais ils permettaient d'établir la réalité de l'ulcère tuberculeux et de la gomme ou tumeur tuberculeuse du nez.

Le larynx, si souvent envahi par la tuberculose, offre, lui aussi, des exemples de cette forme rare de la tuberculose, une tumeur, apparaissant comme manifestation primordiale de la maladie, implantée sur un point du larynx, cordes, espace inter-aryténoïdien, base de l'épiglotte ; cette tumeur ne s'accompagne d'aucune lésion manifeste du reste de l'appareil vocal et se présente comme le premier symptôme localisé de l'affection tuberculeuse.

Tous les traités de laryngologie mentionnent les productions végétantes qui surviennent dans le cours de la tuberculose laryngée, provoquées par le processus inflammatoire, au voisinage des ulcérrations. Au fur et à mesure de l'infiltration des tissus et des progrès de la dégénérescence caséuse, de la fonte ulcéreuse, on voit les bords des ulcérrations formés par de véritables bourgeons charnus, plus

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

ou moins volumineux. Ce bourgeonnement est en général limité à la surface ulcérée et peut atteindre des dimensions telles qu'il peut être pris pour un véritable polype papillaire. (Poyet).

Par contre, la plupart des auteurs ne font aucune mention de cette forme de tuberculose, rare il est vrai, se manifestant par la présence d'une véritable tumeur primitive, sans lésion marquée de l'appareil laryngé. Ce n'est que dans ces derniers temps que des observations intéressantes en ont été publiées de divers côtés.

Isambert (1) semble avoir observé un cas de ce genre, comme on peut en juger par les détails de l'observation suivante :

Chez un homme âgé, l'infiltration tuberculeuse d'une seule des bandes ventriculaires a présenté un autre aspect. Au début, les granulations n'étaient pas à la surface, mais la fausse corde vocale tout entière, avec une partie de la paroi attenant à l'infundibulum laryngien, celle que quelques auteurs appellent la fosse innominée, formait une tumeur saillante, bosselée, irrégulière qui nous donna au premier coup d'œil l'idée du cancer. Toutefois l'examen de la poitrine modifia nos idées, car des signes de tuberculose assez manifestes nous auraient forcé d'admettre un de ces cas rares où la coïncidence des deux diathèses a pu se rencontrer. Bientôt la lésion laryngienne elle-même ne nous laissa plus de doutes, car au bout de quelque temps elle se vida spontanément et la tumeur s'affaissa. Ce n'était pas cependant un abcès simple, car la paroi de l'infundibulum nous montra alors un grand nombre de petites ulcérations tuberculeuses, les unes transparentes, les autres caséifiées, qui depuis cette époque, ont continué à s'énucléer et à reparaitre par poussées successives. Les parties profondes du larynx se sont prises de plus en plus et les sommets pulmonaires de même. L'affection tuberculeuse marcha ici sans rémission.

---

(1) *Ann. des mal. de l'oreille*, II, p. 175.

Quelques lignes plus loin, Isambert parle des tumeurs verruqueuses développées au niveau de la commissure interaryténoïdienne et ajoute que ces verrues sont probablement dues à des amas d'éléments tuberculeux au-dessous de la muqueuse.

Ce sont ces sortes de tumeurs verruqueuses qu'a décrit Mandl dans son traité et qui semblent n'être que des excroissances papillomateuses représentant le développement exacerbé de cette lésion classique, dont M. Brébion a cherché à établir la valeur pathognomonique dans le diagnostic de la phthisie laryngée. Peut-être pourrait-on ranger dans cette variété quelques-uns des cas rapportés par Ariza : c'est un point sur lequel je reviendrai dans un instant.

Quoi qu'il en soit de ce détail de diagnostic, c'est bien au laryngologue espagnol qu'il faut rapporter le mérite d'avoir signalé le premier cette forme de tuberculose laryngée, la tuberculose polypeuse ou végétante (1), comme il l'appelle. Dans le premier cas qu'il publia, il s'agissait d'une tumeur laryngée, implantée sur l'épiglotte et le tubercule de Czermak, rouge, ressemblant à un sarcome ; extirpée en plusieurs fois, elle fut, à l'examen, reconnue de nature tuberculeuse.

A diverses reprises Ariza est revenu sur son premier travail, discutant les observations similaires et publiant de nouveaux cas.

John Noland Mackenzie, dans un travail important (2) sur les variétés de néoplasmes tuberculeux du larynx, distingue trois formes : les hyperplasies granuleuses, les excroissances papillomateuses, et enfin les véritables tumeurs tuberculeuses dont il relate deux cas recueillis, à l'hôpital Rodolphe, dans le service de Chiari.

(1) ARIZA. *La tisis laringea* (*Anfiteatro anatomico Español*, p. 149, 1877 et 1878, p. 135). — *La tuberculosis laringea poliposa y vegetante*. — (*Reseña del 5º Ejercicio del Instituto de terapeutica*, Madrid, 1885, p. 369.)

(2) *Tubercular tumours of the windpipe* (*Arch. of med. New-York*, VIII, n° 2, 1882).

A la même époque Schnitzler traitait un jeune homme pour une tumeur tuberculeuse du larynx (1) et communiquait au Congrès de Copenhague (août 1884), les résultats de son traitement.

Percy Kidd, sans connaître les observations de ses devanciers, hormis celle de Schnitzler, avait publié un cas dans le volume XVII des *Transactions de la clinical Society*.

D'autres faits qui se présentèrent à son examen lui fournirent l'occasion d'un exposé plus détaillé de cette variété de tuberculose (2).

A partir de cette époque, les observations deviennent plus nombreuses ; Foa, Lublinski, Schaeffer, Bonome, Déhio, Heryng, Hunter, Mackenzie, Hennig nous en donnent des exemples.

Dans leur récent ouvrage sur la phtisie laryngée, Gouguenheim et Tissier ont consacré un chapitre intéressant à l'étude de cette forme de tuberculose qu'ils appellent phtisie laryngée pseudo-polypeuse. Ils relatent plusieurs observations de ce genre.

J'ai eu moi-même l'occasion d'en observer quelques exemples, dont voici la relation :

La première observation est celle d'une jeune femme de 33 ans, mère de deux enfants vigoureux ; les père et mère sont vivants, en bonne santé et on ne trouve dans les ascendants aucune trace d'hérédité. Toujours bien portante autrefois, cette malade raconte qu'elle s'enrhume facilement depuis dix-huit mois ; en ce moment, elle tousse encore un peu, mais ce qui la préoccupe, et c'est la raison de sa visite, c'est un enrouement dont le début remonte à environ deux mois et demi. Elle a bon appétit, n'a pas changé d'aspect, pas perdu ses forces et n'a pas de sueurs nocturnes.

A l'examen, on trouve la muqueuse pharyngo-palatine pâle, décolorée ; du côté du larynx, cordes vocales un peu

(1) *Wiener med. Presse*, 8 avril 1883.

(2) Note on tuberculous tumours of the larynx. St. Bartholomew's hosp. rep., XXI, p. 37, 1885.

rouges, sans ulcérations. Sur la corde vocale droite, au tiers postérieur, tumeur du volume d'une petite noisette implantée sur le bord libre et sur la partie inférieure de la corde; tumeur arrondie, de coloration rouge grisâtre, faisant saillie au-dessus des cordes dans les mouvements de phonation. Cette tumeur, au toucher avec la sonde, paraît assez molle. Pas d'autres lésions du côté du larynx.

On ne constate aucune lésion appréciable du côté des poumons.

Je pus, dès la première séance, enlever la tumeur au moyen de la pince de Mackenzie; l'hémorragie fut peu abondante, et les suites, comme état du larynx, fort simples. Comme aspect, cette tumeur représentait tout à fait un gros bourgeon charnu. A l'examen microscopique, on constate qu'il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse, formée par du tissu de granulation avec cellules géantes et nombreux bacilles.

Il s'agissait donc d'une tumeur du larynx, comme première manifestation de la tuberculose; la marche de la maladie ne tarda pas à en donner la démonstration complète. Un mois après cette ablation, le point d'implantation était remplacé par une sorte d'ulcère cratéiforme; peu après, les cordes vocales s'infiltraient, s'ulcéraient à leur tour. Les poumons révélaient bientôt des signes indubitables de ramollissement. La malade est morte un an plus tard, avec tous les signes de la phtisie confirmée.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un malade qui me fut adressé en novembre 1886 par le Dr Edelmann. Agé de 35 ans, représentant de commerce, grand fumeur et buvant un peu, ce malade avait eu, à la suite d'une bronchite, un enrouement léger qui n'avait jamais complètement disparu. Une grippe vint accentuer l'enrouement, et quand je le vis pour la première fois, le malade était fatigué, pâle, se plaignant de toux avec expectoration, sans troubles marqués de la respiration. La voix était couverte.

L'auscultation ne décelait pas de lésions bien marquées,

sauf un peu d'expiration prolongée au sommet droit. Mon confrère soupçonnait à bon droit de la tuberculose commençante.

La muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine était pâle, d'une teinte blanchâtre. Pharyngite glanduleuse. Du côté du larynx : tumeur siégeant sur la corde vocale inférieure gauche, à la partie antérieure du larynx, de 3 à 4 millim. de diamètre à la base, ayant le volume d'un gros pois. Cette tumeur a une coloration gris rosé à la base, un peu plus grise dans la partie saillante. Les cordes vocales sont rouges, épaissies, striées de fines arborisations vasculaires. Pas de tuméfaction de la muqueuse de l'espace interaryténoidien ; pas de gonflement des cartilages arytenoïdes.

Le malade supporta mal les premières tentatives d'ablation, malgré le badigeonnage à la cocaïne. Il ne pouvait tolérer cette application anesthésique, en raison de la salivation intense qu'elle occasionnait. Je parvins cependant à extraire un fragment représentant la moitié de la tumeur. Malheureusement cette pièce, que j'avais confiée à mon ami le Dr Rémy, a été égarée au laboratoire et l'examen microscopique me fait défaut. Elle avait absolument les caractères de la tumeur du cas précédent et l'évolution ultérieure de la maladie me permet de supposer qu'il s'agissait bien d'un cas analogue.

Le malade ne consentit pas à une nouvelle opération. Je n'insistai pas, les progrès de la tuberculose se prononçant de plus en plus. Bientôt les signes de ramollissement du sommet n'étaient plus douteux, le malade s'amaigrissait et j'apprenais, par son médecin, qu'au mois de juin 1887 il avait été emporté par une hémoptysie foudroyante.

Dans un troisième cas, c'est encore une jeune femme, ayant des antécédents tuberculeux dans la famille du père et de la mère et ayant perdu deux enfants de méningite. Enrouement datant d'un an ; voix dysphonique, analogue à celle que donnent les polypes. Toux assez fréquente, sans grande expectoration ; hémoptysie légère il y a six mois.

Je trouve dans la commissure postérieure, au point d'insertion de la corde vocale, une tumeur conique, à base implantée sur le cartilage arytenoïde droit, de coloration gris rosé, se prolongeant en pointe de 6 à 7 millimètres dans l'espace glottique. La pointe de cette tumeur pyramidale est grisâtre, dentelée, rappelant les saillies velvétiques de la muqueuse dans la phthisie laryngée. Toutes les autres parties du larynx ont leur aspect normal.

Du côté de la poitrine, submatité légère au sommet droit; expiration prolongée; pas de râles.

J'enlevai la tumeur avec la pince, après cocaïnisation; l'examen histologique révéla les mêmes caractères que dans le premier cas: épithélium épais, tissu embryonnaire au centre de la tumeur avec cellules géantes et bacilles de Koch. L'examen des crachats n'a pas été fait.

Au point de vue du siège, on peut dire que ces tumeurs ont été rencontrées à peu près sur tous les points du larynx; cependant on trouve quelques lieux de prédilection. Ainsi sur un total de 28 cas, publiés jusqu'ici, à ma connaissance, en tenant compte des tumeurs multiples comme dans le cas d'Henning, on voit que la tumeur siégeait 8 fois sur les cordes vocales inférieures, 9 fois dans l'espace inter-arytenoïdien, 5 fois sur l'épiglotte ou à la base de cet opercule, 4 fois sur les bandes ventriculaires ou cordes supérieures, 4 fois elle avait son point d'implantation dans le ventricule de Morgagni; 3 fois sur les replis ary-épiglottiques; 1 fois dans la trachée; 1 fois dans la région sous-glottique.

Ces tumeurs sont en général uniques, mais elles peuvent être multiples comme le prouvent le cas de Lublinski et l'observation si intéressante d'Henning (1) où on trouvait à la fois une tumeur de la corde gauche, une de la corde droite et une troisième sur le cartilage arytenoïde droit.

Leur forme et leur aspect offrent les plus grandes variétés; ceci explique les difficultés très réelles du diagnostic à l'exa-

(1) Berliner klin. Woch., 9 juillet 1888.

men laryngoscopique. Tantôt elles se présentent sous la forme d'une granulation sessile, hémisphérique, d'un blanc brillant, de la grosseur d'une lentille (Heryng); tantôt sous la forme d'une tumeur bien arrondie, lisse, variant du volume d'un pois à celui d'une cerise (Percy Kidd).

Dans l'observation de Bonome (1), la tumeur avait une forme prismatique, la base implantée dans le ventricule de Morgagni et le sommet de la pyramide faisant saillie dans l'espace glottique. Dans un autre cas de Kidd la tumeur avait le volume et la forme d'une petite fève, étendue suivant l'axe du ventricule.

Foa (2) a trouvé sur le cadavre d'une femme morte de phtisie pulmonaire une forme des plus curieuses, constituée par de petites végétations arborescentes de 2 à 4 millimètres formant par leur ensemble une sorte de chou-fleur, à la base de l'épiglotte, sans ulcération de la muqueuse. L'épithélium qui recouvrait ces végétations était normal; à l'examen microscopique on reconnut la nature tuberculeuse à la présence de nombreux bacilles.

Dans une observation publiée par Gouguenheim et Tissier, la tumeur, siégeant dans le sinus antérieur du cavum laryngé, au niveau de la base de l'épiglotte et s'étendant jusqu'à l'angle arytenoïdien des cordes inférieures, formait une masse blanc rosé, lobulée, en chou-fleur, qui récidivait avec une grande facilité après chaque ablation et nécessita le port de la canule dans la trachée pendant plus de deux années.

Vient-on à examiner leur aspect? Autant de divergences. Dans les cas d'Heryng, d'Hennig, la tumeur a une surface lisse, brillante; dans d'autres, elle est inégale, bosselée; d'autres fois elle présente un aspect verruqueux, en chou-fleur, comme un amas de végétations. La couleur n'offre non plus aucun indice caractéristique; blanche ici, la tumeur a là un aspect rosé, la coloration de la muqueuse normale;

(1) Giorn. della Accad. di med. di Torino, février, mars 1888.

(2) Arch. per le scienze mediche, VIII, 3.

une autre fois elle est grisâtre (Dehio), blanc jaunâtre, d'un rouge sombre (Ariza) qui la fait ressembler à un sarcome.

Au point de vue de leur constitution histologique, ce sont de véritables productions tuberculeuses : tissu de granulation implanté sur la muqueuse, pénétrant même dans sa profondeur, tubercules avec cellules géantes, devenus plus ou moins caséux. La tumeur est dans certains cas formée par un véritable agrégat de tubercules miliaires, à diverses phases d'évolution.

Faut-il rapprocher de ces tumeurs franchement tuberculeuses, certaines variétés qui, par leur évolution clinique, s'en rapprochent beaucoup, mais qui n'offrent pas cependant les caractères histologiques du tubercule ? Ce sont ces cas qui ont été signalés par tous les observateurs et que Mandl a décrits un des premiers dans les lignes suivantes : « Toutes les phymies laryngées primitives que j'ai observées dès leur première apparition, ont présenté à la face antérieure de la paroi postérieure du larynx des végétations primordiales plus ou moins nombreuses, de grandeur différente, de la couleur de la muqueuse voisine ou plus pâles, même blanchâtres et ayant la plus grande analogie avec les végétations syphilitiques en crête de coq. Je n'ai jamais pu constater, ajoute-t-il, dans la phymie laryngée secondaire, l'existence de ces végétations, précédant la laryngite, elles peuvent apparaître dans le cours de la maladie ; cependant il ne faut pas les confondre avec les bourgeons charnus ou les végétations développées sur les ulcérations ».

Ces tumeurs sont de simples hypertrophies papillaires, à tissu fibroïde ; on les rencontre, comme l'a signalé mon ami le Dr Luc, dans un travail tout récent, dans les laryngites chroniques (1). Leur constitution les éloigne des tumeurs tuberculeuses. Mais on les trouve si fréquemment chez des sujets suspects de tuberculose, à un développement plus ou moins prononcé, qu'il faut, je crois, être très réservé, comme pronostic, en dépit des résultats donnés par le microscope.

(1) *Arch. de laryng.* Tome II, p. 13, février 1888.

J'ai enlevé une tumeur de ce genre, volumineuse (une grosse noisette) siégeant dans l'espace inter-aryténoidien. La malade avait des signes très peu accusés de tuberculose pulmonaire ; le larynx ne présentait pas, en dehors de cette tumeur, des lésions bien marquées et cependant l'examen de la tumeur, dont le Dr Brissaud avait bien voulu se charger, montrait qu'à côté des signes d'un processus irritatif intense, il y avait des tendances à la transformation de la tumeur. On constatait une infiltration généralisée de noyaux dans un tissu sous-muqueux d'épaisseur variable. Le revêtement épithérial avait par places un développement exagéré et au niveau de ces épaississements on trouvait une infiltration nucléaire plus condensée avec formations nodulaires. Les nodules sont composés de cellules rondes et de cellules épithélioïdes, celles-ci à trois ou quatre noyaux, rappelant par leur mode de coloration et leurs dimensions exagérées, les petites cellules géantes des granulations tuberculeuses embryonnaires. Il n'y avait pas de cellules géantes et pas de bacilles.

Ce sont, on le voit, des tumeurs distinctes, à certains égards, de celles que je décrivais plus haut ; mais elles n'en sont pas moins, dans la majorité des cas, sous la dépendance de la tuberculose et peuvent subir, à un moment donné, une transformation, une dégénérescence nettement tuberculeuse.

Pour vérifier la nature exacte de ces tumeurs, il serait utile, à l'avenir, de recourir, comme l'ont conseillé Arloing, Verneuil et Tavel, pour les cas de tuberculose chirurgicale douteuse, à l'inoculation directe de la tumeur à des cobayes. Ces animaux possèdent une aptitude spéciale à contracter la tuberculose par inoculation et les résultats de cette expérience donneraient la preuve inéluctable de la nature intime de ces tumeurs. Si l'expérience était affirmative, il faudrait bien accorder que, sous son aspect fibroïde, avec ses caractères de papilloïne hypertrophique, la tumeur n'en est pas moins d'origine et de nature bacillaire.

DES AMYGDALITES ET DES ANGINES  
INFECTIEUSES  
CONSÉCUTIVES AUX OPÉRATIONS INTRA-NASALES  
Par le Dr **Albert Ruault**.

L'amygdalite et l'angine érythémateuse n'ont pas encore été signalées, je pense, parmi les complications post-opératoires qui peuvent se montrer à la suite des traumatismes chirurgicaux des fosses nasales. Ces complications me paraissent en effet peu fréquentes ; toutefois, depuis quelques années, je les ai vues assez souvent survenir pendant le cours du traitement chirurgical de la rhinite hypertrophique et des déviations de la cloison, pour ne plus douter maintenant qu'en pareil cas il ne s'agisse d'autre chose que d'une coïncidence fortuite.

Très rares et même exceptionnelles à la suite des opérations portant sur les parties supérieures des fosses nasales, moins rares au contraire après celles qui ont été pratiquées sur les régions antéro-inférieures de ces cavités, elles s'observent surtout après les traumatismes opératoires des régions postéro-inférieures, telles que la moitié postérieure du cornet inférieur et la région correspondante de la cloison. Je les ai vues survenir après l'ablation des éperons osseux du vomer à l'aide de la scie ou de la gouge et du marteau, après l'ablation de l'extrémité postérieure et de la partie postérieure du bord inférieur du cornet inférieur avec l'anse froide, après les cautérisations profondes faites sur la moitié postérieure de ce même cornet à l'aide du galvano-cautère. Lorsqu'elles surviennent après l'usage de la scie, de la gouge ou de l'anse froide, elles débutent d'ordinaire le surlendemain de l'opération, quelquefois un ou deux jours plus tard seulement ; lorsqu'au contraire on a fait usage du galvano-cautère, on peut les voir apparaître non seulement à la suite de l'opération, mais encore après l'ablation des escharas. J'ai remarqué

que, dans ces cas, les malades qui, après l'intervention opératoire ou l'ablation de l'escharre, étaient atteints d'un saignement sanguin, même très léger, y étaient beaucoup plus exposés que les autres.

De ces complications, l'angine érythémateuse vulgaire est la plus rare ; la plus fréquente à beaucoup près est l'amygdalite unilatérale. Souvent la loge amygdalienne participe à l'inflammation, et souvent même celle-ci prédomine dans le tissu cellulaire juxta-amygdalien : il s'agit alors d'une véritable péri-amygdalite phlegmoneuse, se terminant par suppuration dans quelques cas. Ce n'est pas toujours l'amygdale du côté correspondant à la fosse nasale opérée qui devient malade ; on peut observer l'amygdalite du côté opposé.

Reste à savoir quel est le mode de production de ces accidents. S'agit-il d'une simple propagation de l'inflammation locale consécutive au traumatisme nasal ? Récemment, Ziem a soutenu que le catarrhe du sinus maxillaire pouvait être cause de péri-amygdalite et il explique ce fait en invoquant une propagation inflammatoire facilitée par les connexions vasculaires existant entre les parois de l'antre d'Hyghmore et le tissu cellulaire juxta-amygdalien. Je ne pense pas, pour ma part, que dans les cas dont je m'occupe la même pathogénie puisse être supposée, et ce fait que l'esquinancie peut se montrer du côté opposé à l'opération suffit à justifier mon opinion.

S'agit-il d'une infection de cause externe ? Le malade contracte-t-il ces angines parce qu'à la suite de l'opération il est obligé de respirer la bouche ouverte, et par conséquent d'introduire dans sa gorge un air plus froid et plus riche en micro-organismes ? Peut-être la chose est-elle possible pour l'angine érythémateuse, elle est en tout cas bien peu probable pour l'amygdalite. D'ailleurs la plupart de ces malades, atteints d'obstruction nasale plus ou moins marquée, respiraient déjà par la bouche avant l'opération ; et si beaucoup d'entre eux étaient de ce fait sujets à des affections

de la gorge, un non moins grand nombre n'étaient plus depuis longtemps, sujets aux angines aiguës au moment où ils avaient commencé leur traitement.

Je pense qu'il s'agit d'accidents infectieux, mais je crois qu'en pareil cas le malade s'est infecté par la plaie intra-nasale, et que peut-être l'angine érythémateuse, et probablement l'amygdalite, ne sont qu'une manifestation de l'infection générale de l'organisme. M. le professeur Ch. Bouchard, qui enseigne depuis 1880 que les amygdalites sont toujours des maladies infectieuses, dit, en parlant des amygdales dans le livre qu'il vient de publier tout récemment : « Je crois qu'elles se contaminent plus souvent par l'intérieur que par la cavité buccale ; c'est moins la pénétration des microbes par les cryptes que leur arrivée par le sang qui met les amygdales aux prises avec les agents infectieux » (1). Cette idée a été aussi émise, comme on sait, par Kannenberg. Les faits dont je m'occupe ici me paraissent susceptibles d'être interprétés de cette façon.

Si en effet l'amygdalite est une complication relativement rare des opérations intra-nasales, il est fréquent au contraire d'observer à leur suite de la fièvre, du malaise, de la perte d'appétit et de l'inaptitude au travail pendant deux à trois jours consécutifs. Quelquefois cet état fébrile et ces malaises persistent plus longtemps encore, le teint s'altère, on constate de l'irritabilité nerveuse, et même un peu d'amalgrissement. Est-ce seulement au traumatisme, insignifiant presque toujours, que ces derniers faits sont imputables ? Évidemment non ; il y a là autre chose, il y a des signes d'une atteinte plus profonde de l'organisme, d'une infection générale, peu intense il est vrai, mais suffisante pour amener des troubles de la santé qui ne disparaissent que lorsque l'économie a repris le dessus. Or, il faut remarquer que les conditions d'apparition de l'amygdalite que j'ai signalées au

---

(1) CH. BOUCHARD. *Thérapeutique des maladies infectieuses*. Paris, 1889, p. 256.

début de cette note sont aussi celles qui président à l'apparition des phénomènes fébriles, sans détermination infectieuse localisée. Ceux-ci, comme la première, s'observent surtout à la suite des opérations portant sur la région postéro-inférieure des fosses nasales. Par exemple, un malade qui avait supporté aisément la cautérisation profonde de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, est pris de fièvre et de malaise lorsque plus tard on cautérise la partie postérieure du même cornet, ou lorsqu'après cette dernière cautérisation on le fait saigner en enlevant l'escharre. Ces faits sont d'observation journalière. Il me semble légitime d'en induire que la fièvre sans angine ou l'angine fébrile qui se montrent en pareil cas sont des phénomènes de même nature, et qu'on a, dans un cas comme dans l'autre, affaire à des accidents d'infection générale.

Il est remarquable que ces infections se fassent presque exclusivement par les plaies de la région postéro-inférieure des fosses nasales. Les régions supérieures de ces cavités, au contraire, peuvent être blessées à peu près impunément, et l'on n'observe alors de phénomènes consécutifs que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Tout le monde sait quelle est la bénignité des opérations d'extraction des polypes muqueux, bien que souvent ces opérations soient faites par des mains inexpérimentées et s'accompagnent alors de délabrements marqués de la muqueuse. J'ajouterais que je n'ai que très rarement vu d'accidents fébriles après les cautérisations galvaniques, ou même les résections avec l'anse froide, de la muqueuse de la partie antérieure du cornet moyen. La direction du courant d'air inspiratoire dans les fosses nasales rend assez bien compte de ces différences (1). Ce courant d'air ne passe guère que par les régions inférieures des fosses nasales pendant la respiration tranquille ; ce sont ces régions qu'il balaie, et c'est leur épithélium qui retient les germes qu'il peut apporter avec lui :

(1) P. LE GENDRE. *Traité pratique d'antisepsie médicale*. Paris, 1888, p. 242.

pour faire pénétrer un peu largement l'air dans les parties supérieures du nez et la région olfactive, il est nécessaire de dilater activement les narines et de faire la série d'inspirations courtes et brusques qui constitue le reniflement.

Il me semble donc probable, que les agents infectieux qui donnent lieu aux accidents précités ont été introduits dans les fosses nasales par l'air inspiré. Si, en effet, ils occupaient la région naso-pharyngienne et envahissaient par cette voie les fosses nasales, on pourrait s'étonner à bon droit de la bénignité habituelle des plaies de l'arrière-cavité des fosses nasales. Or cette bénignité est bien réelle : on ne constate que rarement de la fièvre à la suite des opérations de végétations adénoïdes, extraites en plusieurs séances avec la pince tranchante, bien qu'après elles un grand nombre d'opérateurs ne prescrivent aucun traitement consécutif. Mais, d'autre part, il n'est pas vraisemblable que ces germes n'arrivent dans les fosses nasales qu'après les traumatismes opératoires. S'il en était ainsi, les opérations sur la partie antéro-inférieure des fosses nasales seraient plus dangereuses que celles pratiquées sur la région postérieure, et l'observation démontre le contraire. De plus, il faut noter que les opérés atteints de rhinite hypertrophique, ne respirent guère que par la bouche, et plus encore immédiatement après qu'avant l'opération.

Les germes infectieux en question, après avoir été introduits accidentellement dans les fosses nasales par l'air inspiré, doivent donc, une fois arrêtés dans ces cavités par l'épithélium de la muqueuse, y séjournier un temps plus ou moins long sans être détruits ; et s'ils vivent ou se développent dans leur partie postérieure, c'est apparemment qu'ils y trouvent, plutôt que dans la partie antérieure, les conditions de chaleur et d'humidité constantes qui leur conviennent.

Plusieurs observateurs ont déjà signalé l'existence de microbes pathogènes dans les fosses nasales des sujets atteints de rhinites diverses, aiguës ou chroniques. Thost,

en 1886, y a trouvé le pneumocoque de Friedländer et Cardone, Hajek, y ont trouvé, en même temps que ce microbe, le pneumocoque de Talamon-Fränkel, le streptococcus pyogenes, le staphylococcus aureus et le staphylococcus albus. Est-ce à un ou plusieurs de ces micro-organismes, ou à d'autres, qu'il faut attribuer les divers accidents observés ? Cette question est encore à résoudre.

Quoi qu'il en soit, la notion de la présence possible de ces microbes dans les fosses nasales doit se joindre aux faits d'observation clinique que j'ai exposés plus haut, pour obliger les rhinologistes à ne pas pratiquer d'opérations intra-nasales sans avoir fait au préalable, avec le plus grand soin, l'antisepsie du champ opératoire ; et à ne pas négliger davantage l'antisepsie lors des pansements consécutifs. Toute opération chirurgicale, si bénigne qu'elle soit, et quelle que soit la région sur laquelle elle porte, doit être aujourd'hui pratiquée et pansée antiseptiquement. Les opérations intra-nasales n'échappent pas à cette règle générale : c'est en l'appliquant scrupuleusement qu'on évitera toutes les complications, même les plus légères, sur lesquelles ce travail a pour objet d'appeler l'attention.

## REVUE CRITIQUE

### LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT

### DE LA FIÈVRE DES FOINS

(Suite et fin)

Par le Dr **Albert Ruault**.

2<sup>e</sup> Théorie nasale. — La théorie qui fait de la fièvre des foins une névrose réflexe d'origine nasale ou naso-pharyngienne, a pris naissance en Amérique. Le Dr Daly, de Pittsburgh, a le premier affirmé d'une façon très nette, en 1881, qu'il existait une relation intime entre le « hay asthma » et

le catarrhe nasal. Il avait pu guérir des malades de leur fièvre de foin en faisant disparaître les lésions nasales qu'ils présentaient, et il en concluait que la première était causée par les secondes. L'opinion de Daly fut bientôt adoptée par un bon nombre de ses confrères : Roe, Sajous, H. Allen, J. N. Mackenzie, R. Thomas, F. Ingals, Bosworth, Rumbold, Beverley-Robinson, Klingensmith, etc. En Europe, Hack donna à cette théorie l'appui de son autorité, et fut suivi dans cette voie par un grand nombre de rhinologistes. Les spécialistes français n'ont pas tardé à porter leur attention sur ce point, et parmi eux la théorie nasale de la fièvre des foins compte aujourd'hui de chauds partisans. Les arguments qu'on peut invoquer à l'appui de cette théorie la rendent en effet extrêmement vraisemblable.

Chacun des symptômes de la fièvre de foin, pris isolément, peut, à n'en pas douter, être provoqué par une irritation de la muqueuse du nez. Bien plus, on peut, expérimentalement, provoquer chez beaucoup de gens un complexus symptomatique rappelant singulièrement l'accès de la variété oculonasale de la maladie : une prise de poivre, ou même de tabac à priser, suffit. Chez quelques individus, on peut, à l'aide des mêmes moyens ou de moyens analogues (poudre d'ipéca, poussière de foin sec, etc.) provoquer un accès dont l'éternuement, la lacrymation, la congestion oculaire, etc., n'est que le premier stade, bientôt suivi d'un accès de dyspnée asthmatique. Il est donc légitime d'admettre que la fièvre de foin n'est, aussi elle, que le résultat d'une irritation de la muqueuse conjonctivale et pituitaire.

Sur ce point, d'ailleurs, l'immense majorité des observateurs est d'accord. Pour les uns, c'est le pollen qui est l'agent irritant ; pour d'autres, le pollen partage ce rôle avec certaines poussières ; pour d'autres enfin, l'irritation nasale est produite par des micro-organismes. Mais on ne pouvait manquer d'être frappé de ce fait, que dans des conditions en apparence identiques, la maladie restait le privilège d'un nombre relativement restreint d'individus. Sans chercher à

expliquer le fait, la plupart des auteurs se sont bornés à l'énoncer, en invoquant, chez les malades, l'existence d'une *idiosyncrasie* spéciale. D'autres, comme Gueneau de Mussy et ses élèves, ont cherché à préciser la nature de cette *idiosyncrasie*, et ont cru y arriver en invoquant l'arthritisme. Cette idiosyncrasie, les partisans absolus de la théorie nasale ont cru aussi en trouver l'explication, et au lieu de dire, comme Gueneau de Mussy, que les individus atteints de fièvre de foin sont des *arthritiques*, ils disent que ce sont des gens atteints de lésions nasales : catarrhe chronique nasal ou naso-pharyngien, rhinite hypertrophique, vices de conformation entraînant l'étroitesse d'une ou des deux fosses nasales, etc. Et, comme ils ont guéri de leur fièvre de foin un nombre assez considérable de malades en faisant disparaître les lésions nasales dont ils étaient atteints, ils ont cru le problème résolu sans conteste. Ont-ils eu raison ?

Les arguments qu'on leur a opposés sont généralement de valeur contestable. On leur a objecté, à grand tort selon nous, leurs échecs, plus nombreux que leurs succès. Ceci en effet ne prouve rien contre leur théorie, mais signifie seulement que la thérapeutique des affections nasales n'est pas parfaite, que souvent on peut croire avoir fait disparaître des lésions qu'on n'a fait que modifier, que certaines lésions peuvent échapper à l'examen, et par suite au traitement, même lorsque l'un et l'autre sont confiés aux rhinologistes les plus compétents. Il n'est donc pas douteux que beaucoup de ces échecs ne soient dus à l'insuffisance des méthodes thérapeutiques. Beaucoup aussi sont le fait des malades eux-mêmes, qui suivent mal les conseils de leur médecin et ne le laissent pas conduire etachever le traitement comme il le veut. Un argument en apparence plus sérieux est celui qui oppose aux partisans de la théorie nasale ce fait que beaucoup d'individus atteints de fièvre de foin ne présentent pas de lésions nasales ou naso-pharyngiennes. Cet argument ne peut évidemment être valable que s'il est basé sur des examens répétés, et faits dans la saison du hay fever, en dehors des

accès. Mais, même en pareil cas, on peut démontrer son insuffisance en faisant remarquer qu'il existe une forme de rhinite donnant lieu à des tuméfactions passagères et limitées de la muqueuse du nez; que, en dehors de ces poussées, il est quelquefois impossible au plus exercé de reconnaître sûrement son existence; enfin que, en dehors de toute rhinite, certaines personnes peuvent présenter de l'hyperesthésie de la muqueuse du nez, et que cette hyperesthésie peut être très limitée, très difficile ou même impossible à découvrir, et n'en exister pas moins. Ce sont là des objections sans portée, et qui n'entament pas plus la théorie nasale de la fièvre des foins que la théorie des réflexes nasaux en général. Ce n'est pas en invoquant les échecs thérapeutiques ou l'absence possible de lésions qu'on prouvera que ces théories sont inexactes.

Pour faire ressortir l'insuffisance de la théorie nasale de la fièvre des foins, c'est l'argument contraire qu'il faut invoquer; il faut rappeler aux rhinologistes qui se font de la fièvre de foin une conception trop étroite que la grande majorité des individus atteints des lésions nasales qu'ils incriminent n'ont pas, n'ont jamais eu, et n'auront jamais de fièvre de foin, quoi qu'ils fassent. Ce sont là choses d'observation journalière et ne laissant pas place au doute, elles suffisent à montrer clairement que ce n'est pas la lésion nasale qui fait la maladie, et qu'elle se borne à créer une condition prédisposante, plus importante et plus précise il est vrai, que celles qui ont été jusqu'alors invoquées, mais qui, outre qu'elle n'est peut-être pas indispensable, ne suffit du moins pas, à elle seule, à permettre l'apparition de la maladie sous l'influence des causes déterminantes diverses que nous connaissons.

La théorie nasale de la fièvre des foins n'a donc fait que révéler une donnée de plus, elle n'a pas résolu complètement le problème. Mais en appelant l'attention du médecin sur l'état des fosses nasales et du pharynx nasal, dont on ne s'était pas préoccupé jusqu'alors, elle a rendu l'immense service de faire faire à la thérapeutique de la maladie un pas

décisif, en rendant possible par une intervention directe sur le nez la guérison d'un grand nombre de malades dont l'affection avait résisté à tous les autres traitements.

## II

Les considérations qui précèdent nous paraissent justifier ce que nous disions dès les premières pages de cette revue : il y a une part de vérité dans chacune des théories pathogéniques de la fièvre des foins, mais aucune d'elles n'est pleinement satisfaisante. Par contre, si l'on veut prendre, dans chacune d'elles, ce qu'il y a de démontré, on arrive, en ne tenant compte que des faits acquis, à se faire une idée de l'enchaînement des phénomènes, suffisante pour permettre au médecin d'instituer une thérapeutique rationnelle. Qu'il y ait, dans l'histoire de la fièvre des foins, beaucoup d'inconnues, le fait n'est pas douteux ; mais qu'il y en ait plus que dans la plupart des maladies, c'est ce qu'on ne saurait affirmer à bon droit aujourd'hui.

## A. — RÉSUMÉ DE LA PATHOGÉNIE

Ce que nous ignorons complètement, ce sont les conditions qui confèrent, au plus grand nombre des individus, l'immunité contre la maladie. Ce que nous savons pertinemment, c'est que le complexus symptomatique est le résultat d'une irritation de la muqueuse oculo-nasale, nasale, ou naso-pharyngienne : congestion oculo-nasale, larmoiement, photophobie, douleurs névralgiques, accès d'éternuements, rhinorrhée, bronchite vaso-dilatatrice, dyspnée asthmatische, etc., ne sont que des phénomènes réflexes, sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, ou sécrétoires, consécutifs à l'irritation de quelques terminaisons nerveuses sensitives du trijumeau. Nous connaissons un certain nombre des agents irritants qui peuvent provoquer les accès ; tel le pollen de certaines plantes. Peut-être l'irritation mécanique du pollen sur la muqueuse nasale

est-elle suffisante, peut-être s'y ajoute-t-il une irritation chimique qui nous échappe, mais il semble plus probable que le pollen n'agit que parce qu'il apporte avec lui des micro-organismes, et que ceux-ci sont les vrais coupables. La mobilité plus ou moins grande de ces micro-organismes suivant que la chaleur et la lumière sont elles-mêmes plus ou moins marquées, expliquerait l'action de ces causes adjuvantes, qui n'est d'ailleurs pas douteuse. Toutefois je concède volontiers que toute cette étude microbiologique est à refaire, ou plutôt à faire ; non seulement dans les cas de fièvre des foins, mais encore en dehors de cette maladie. Il nous faudrait d'abord bien connaître les micro-organismes des fosses nasales saines ou malades, non seulement ceux qu'on y trouve, mais surtout ceux qui y vivent et s'y multiplient. On pourrait alors déterminer ceux qui y existent au moment de la fièvre de foin, et surtout au début de l'accès. On rechercherait si ces microbes spéciaux, pour se mouvoir ou pour pulluler rapidement, ne doivent pas se trouver dans certaines conditions déterminées ; par exemple si leur présence et leur action nocive dans les fosses nasales n'est pas liée à certaines qualités du mucus nasal, variables suivant les cas, et la solution de ce problème viendrait peut-être expliquer les différences de leur action suivant les individus. C'est là un large champ ouvert aux travailleurs ; mais il est encore à peu près complètement en friche. Nous savons que les lésions pathologiques de la muqueuse nasale, et particulièrement certaines formes de rhinite hypertrophique (qu'elles aient pour cause un vice de conformation de la cavité nasale elle-même, un catarrhe naso-pharyngien, ou une affection générale ou locale quelconque capable d'amener des poussées congestives répétées vers la face) constituent une cause prédisposante extrêmement commune. Enfin nous savons aussi que les goutteux et les névropathes ou les gens issus de souche goutteuse ou névropathique forment la grande majorité des tributaires de la maladie. Pourquoi la muqueuse nasale des goutteux et des névropathes, surtout lorsqu'elle

est malade, réagit-elle plus souvent que celles des autres individus à l'irritation du pollen, des poussières végétales ou des microbes que celles-ci portent avec elles ? Nous n'en savons absolument rien jusqu'ici, c'est un anneau de la chaîne qui nous manque encore, et nous devons nous borner à constater le fait sans chercher une explication qui serait purement hypothétique.

Quelque incomplètes qu'elles soient, ces notions permettent de résumer la théorie pathogénique de la fièvre des foins, de la façon suivante :

*La fièvre des foins est une névropathie réflexe du trijumeau, d'origine nasale ou oculaire. Elle est le résultat de l'irritation des terminaisons nerveuses des muqueuses précitées par certaines poussières, et notamment par le pollen de certaines plantes. Cette irritation mécanique ou chimique, qui paraît due plutôt à des micro-organismes transportés sur les muqueuses par ces poussières qu'aux poussières elles-mêmes, n'est capable de produire la fièvre de foin que chez un nombre restreint d'individus. Nous ignorons la cause de ces différences individuelles, mais nous savons que cette irritabilité spéciale est surtout fréquente chez les individus atteints de rhinite hypertrophique, et qu'elle s'observe plus communément chez les goutteux, les névropathes, ou les gens issus de souche goutteuse ou névropathique.*

#### B. — TRAITEMENT

Cette conception pathogénique de la fièvre de foin étant admise, la conduite du médecin est toute tracée ; il sait dans quel sens doivent être dirigés ses efforts ; il peut abandonner les remèdes empiriques dont il sait l'inutilité, et instituer une thérapeutique vraiment rationnelle.

En dehors de la saison où se montre la maladie, il devra surtout lutter contre les causes prédisposantes. S'il a affaire à un goutteux ou à un névropathe, il soumettra son malade

à un régime diététique convenable, à l'hydrothérapie, etc. Mais ces pratiques, quelque utiles qu'elles puissent être à d'autres points de vue, seront ici de médiocre utilité. Ce n'est point grâce à elles qu'il empêchera jamais la maladie de se montrer à son heure. Avant toutes choses, il devra soumettre le malade à un examen rhinoscopique attentif, répété à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle ; et, s'il constate des lésions nasales, les traiter activement, et aussi complètement que possible. Bien entendu, je ne veux pas dire ici qu'il devra saisir immédiatement l'écraseur, la scie, ou le galvano-cautère ; quand je dis que le médecin devra traiter la lésion nasale, j'entends qu'il devra rechercher les causes de ces lésions, s'attaquer aux causes et les faire disparaître, s'il le peut ; traiter les lésions elles-mêmes par les différents moyens dont il dispose ; et, s'il reconnaît qu'une intervention chirurgicale est indispensable, mais dans ce cas seulement, la tenter aussi radicalement et complètement qu'il lui est possible de le faire.

Ici se pose la question de savoir si, lorsque des examens répétés ne lui ont permis de constater ni aucun vice de conformation du squelette amenant de l'étroitesse des fosses nasales, ni aucune lésion de la muqueuse, le médecin a le droit de chercher à *modifier* cette muqueuse en cautérisant sa surface à l'aide de l'acide chromique ou du galvano-cautère. Quelques médecins, Sajous entre autres, n'hésitent pas à le faire, et ont publié des succès obtenus de cette façon. Je suis loin de nier que ces succès soient réels et durables, mais ma conviction est que c'est en pareil cas que le traitement intra-nasal échoue le plus souvent. A mon sens, si la muqueuse nasale est le siège d'une hyperesthésie marquée, si surtout cette hyperesthésie est bien limitée, je crois que le médecin est autorisé à intervenir ; mais je crois aussi qu'il est de son devoir d'avertir le malade que le succès est très douteux en pareil cas. J'ai traité un grand nombre de malades atteints de rhinite hypertrophique, et j'ai *presque* toujours vu, en cas d'exagération de la sensibilité de la muqueuse,

cette sensibilité notamment diminuée à la suite des cautérisations galvaniques ; par contre, lorsque j'ai traité par le même moyen des malades atteints de névroses réflexes nasales diverses, dont l'origine nasale m'était démontrée par l'épreuve de la cocaïne, mais qui ne présentaient pas de lésions appréciables et avaient seulement de l'hyperesthésie de la muqueuse du nez, j'ai la plupart du temps échoué dans mes tentatives, et aujourd'hui je ne me crois plus autorisé à les soumettre, avec aussi peu de chances de succès, à un traitement qui est loin d'être aussi anodin qu'on l'a dit. D'après mon expérience, les cautérisations ponctuées, superficielles, de la muqueuse nasale au galvano-cautère, sont absolument inutiles ; je n'en veux pour preuve que le nombre des malades, déjà soumis inutilement à ces *mouchetures* inoffensives, que j'ai dû traiter ensuite et que je n'ai guéris que par une intervention beaucoup plus sérieuse. Qu'on se propose d'empêcher à l'avenir la tuméfaction sanguine des cornets en transformant leur tissu érectile, ou du moins la plus grande partie de ce tissu, en tissu cicatriciel ; ou qu'on veuille seulement détruire les terminaisons nerveuses sensitives pour éteindre l'hyperesthésie, il est nécessaire, dans un cas comme dans l'autre, de cautériser énergiquement, soit en profondeur, soit en surface, pour obtenir le résultat cherché. Ces cautérisations, il est vrai, ne sont pas douloureuses, grâce à la cocaïne dont aujourd'hui on connaît bien l'emploi, mais elles amènent fréquemment de légers accès fébriles, des malaises, de la perte de l'appétit, de la lassitude et de l'inaptitude au travail pendant 2 ou 3 jours consécutifs. Leur siège fait que, pendant le même temps et souvent plus, le malade a la fosse nasale obstruée, que la narine est souvent le siège d'un écoulement continu, irritant et désagréable, que, quelquefois, il ne peut se moucher sans douleur. Le traitement galvano-caustique ne peut donner de succès qu'à ce prix, si bien institués et suivis que soient les soins consécutifs aux cautérisations. Qu'on se serve des divers cautères, ou de l'anse galvânique, les phénomènes sont à peu de chose près les mêmes, et

très souvent d'ailleurs on doit les employer concurremment ou successivement. Mais si ce mode de traitement est le traitement de choix de la rhinite hypertrophique ; si, en pareil cas, on a grande chance de voir disparaître définitivement l'hyperesthésie de la muqueuse, il n'en est pas de même lorsque cette hyperesthésie existe sans qu'on puisse en même temps constater de lésions de la pituitaire. Souvent on n'a sur elle aucune prise ; plus souvent encore, on la fait disparaître, mais pour la voir bientôt se reproduire ; et peut-être alors est-on en droit de la considérer comme un phénomène d'origine centrale. Quant à moi, je n'hésite pas à me séparer complètement, sur ce point, de Sajous et de quelques autres auteurs, et je n'interviens pas par la galvano-caustique dans le but problématique de *modifier* la sensibilité de la pituitaire, lorsque celle-ci ne présente pas de lésions appréciables, et que le nez est normalement perméable.

S'il est indiqué d'instituer un traitement chirurgical intranasal, le médecin doit faire en sorte que celui-ci soit complètement terminé au moment de la saison de la fièvre des foins. Souvent alors il aura, comme je l'ai eue moi-même, la satisfaction de voir son opéré échapper à la maladie. Il lui restera, l'année suivante, à surveiller son malade, à constater l'effet du traitement, à le compléter s'il y a lieu. Le traitement hydro-minéral peut alors dans bien des cas être conseillé avec avantage : ainsi les malades atteints de la forme asthmatique de la maladie se trouveront souvent bien d'une ou plusieurs saisons, soit au Mont-Dore, soit à la Bourboule, suivant les indications.

Si le médecin n'a pu constater de lésions nasales, il devra s'attendre à voir presque inévitablement la maladie se montrer à l'époque habituelle. S'il a constaté des lésions qu'il n'a pas eu le temps de faire disparaître, il en sera réduit, comme dans le premier cas d'ailleurs, à une médication palliative. Je ne m'arrêterai pas ici à passer en revue les innombrables médications de ce genre qui ont été conseillées par les divers auteurs, chacune d'elle ayant donné

de bons résultats dans quelques cas, et échoué dans les autres. Parmi les médications internes, je signalerai le sulfate de quinine, qui peut être utile lorsqu'il est employé à propos et à dose agissante ; et je conseillerai surtout l'antipyrine, qui à dose suffisante, par exemple 3 gr. chez l'adulte (2 gr. dans 1/4 de verre d'eau de Vichy, et 1 gr. pris de la même façon 1/4 d'heure après), peut parfois empêcher l'accès d'éclater lorsqu'elle est prise peu de temps avant son début, ou l'enrayer lorsqu'elle est prise peu de temps après. Parmi les médications externes, les irrigations nasales antiseptiques tièdes, particulièrement la solution aqueuse d'acide borique saturée (33 pour 1000), les inhalations de vapeur d'eau additionnée de teinture de benjoin, me paraissent les plus utiles.

La cocaïne permet souvent d'arrêter l'accès presque instantanément, surtout lorsqu'on l'emploie dès le début. On doit, pour avoir chance de réussir, faire usage de solutions fortes (1 pour 5). La solution dont je fais usage est formulée ainsi : chlorhydrate de cocaïne, 2 gr. ; glycérine, 4 gr. ; eau distillée, q. s. pour compléter 10 centim. cubes. Dès le début de l'accès, on fait avec un petit pinceau doux un badigeonnage de toute la muqueuse nasale accessible, et on recommence un second badigeonnage cinq minutes après le premier. Les malades font généralement très mal ou très incomplètement ces badigeonnages ; aussi, lorsqu'ils doivent se traiter eux-mêmes, il est préférable de leur faire faire, à l'aide d'un bon insufflateur à boule de caoutchouc, des insufflations avec une poudre : chlorhydrate de cocaïne, 2 gr. ; benjoin finement pulvérisé, 6 gr. ; sucre blanc en poudre fine, 2 gr., mêlez intimement. Non seulement la cocaïne peut enrayer l'accès, mais son action peut être durable, et deux fois déjà j'ai vu la maladie arrêtée pour toute la saison après quelques insufflations.

Le premier de ces malades, qui était un homme de 38 ans, a été soumis, l'année suivante, au traitement galvano-caustique d'une rhinite hypertrophique très marquée, associée à un catarrhe naso-pharyngien de moyenne intensité

qui a cédé assez rapidement. Il est aujourd'hui guéri à la fois de ses lésions nasales et de sa fièvre des foins. Son observation, très abrégée, a été insérée incomplètement, et inexactement, dans la thèse de M. Natier (p. 130, obs. V). La seconde malade, une dame de 52 ans (Id., obs IV), a vu sa fièvre des foins disparaître au bout de 2 ans. En 1886, elle a arrêté, à l'aide de la cocaïne, 2 ou 3 accès, et n'en a plus eu d'autres. En 1887, même résultat. En 1888, les accès n'ont pas reparu. Or cette dame est atteinte d'une rhinite hypertrophique très marquée, et avait de la fièvre de foin depuis des années. Dès les premières insufflations de cocaïne, la tuméfaction de la muqueuse nasale a diminué sensiblement et n'est jamais revenue aussi marquée.

Ainsi non seulement l'action vaso-constrictrive de la cocaïne peut, ainsi que je l'ai remarqué bien des fois, être durable; mais ce médicament est également capable de faire disparaître, pour longtemps et peut-être définitivement, l'hypertrophie de la muqueuse liée à la rhinite hypertrophique.

Les divers moyens mécaniques prophylactiques préconisés pour empêcher l'accès de se produire (lunettes fumées avec grilles et taffetas, tamponnements du nez, respirateurs ouatés destinés à filtrer l'air, etc.) sont la plupart du temps inapplicables. Il est difficile de les faire accepter aux malades, et leur efficacité est d'ailleurs loin d'être constante, surtout si le point de départ de l'accès est manifestement d'origine oculaire. Exceptionnellement, la cocaïne pourrait encore trouver son emploi en pareil cas, mais il faudrait alors faire usage d'un collyre à dose faible, comme font les ophtalmologistes. Je tenterai, cette année, de protéger la muqueuse nasale de mes malades non à l'aide de tampons et de respirateurs, mais en leur faisant pulvériser dans les fosses nasales de l'huile de vaseline, suivant la méthode que j'ai mise en pratique pour le traitement de l'ozène. En associant à cette huile une petite proportion de cocaïne, ou de substances antiseptiques (naphthol à petite dose, salol à plus haute dose), j'espère arriver à soustraire la muqueuse au contact direct des poussières,

à diminuer sa sensibilité, et à empêcher l'action présumée des micro-organismes.

Quoi qu'on fasse, on a souvent beaucoup de peine à soulager les malades, et il s'en faut que la fièvre des foins soit toujours facile à guérir, et même à pallier. Mais souvent aussi, lorsqu'elle est liée à des lésions du nez, elle guérit radicalement en même temps que ces lésions. On ne saurait donc trop conseiller aux malades de faire traiter celles-ci lorsqu'elles existent et aux médecins de ne pas omettre de les rechercher dans tous les cas qui se présentent à leur observation.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS D'ORAN (1888)

Séance du 30 mars 1888.

#### Recherches sur le traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer, par MOHAMED BEN-NEKKACH.

L'auteur a traité par le perchlorure de fer et le lait (médication préconisée par le Dr Audrun) vingt et un diphtériques. Sur ce nombre, il a obtenu 20 guérisons et perdu un enfant de 6 mois. Tous ces malades ont été traités dès le début, avant la période d'asphyxie ou d'intoxication.

Chez tous les malades guéris, le perchlorure a été administré à la dose de 25 à 30 gouttes dans un verre d'eau (cette solution était renouvelée chaque fois qu'elle était épuisée) ; la dose de lait était d'un litre par jour. Une cuillerée à bouche de chacun de ces deux médicaments était administrée toutes les cinq minutes. Comme adjuvants, on prescrivait les vomitifs et on badigeonnait la gorge, trois fois par jour, avec un pinceau trempé dans une solution assez forte de perchlorure de fer, qui, tout en détachant les fausses membranes, cautérisait légèrement la muqueuse sous-jacente.

*M. Lenoel* fait remarquer que toutes les médications donnent des succès dans la diphtérie, que le croup et l'angine diphtéritique guérissent sou-

vent spontanément, enfin qu'il a peine à croire que le perchlorure soit le spécifique de la diphtérie. « Je me permettrai, ajoute-t-il, d'émettre une opinion particulière, qui paraîtra paradoxale, c'est que tous les médecins qui soignent cette maladie contractent la diphtérie. Elle est souvent légère et confondue avec des angines inflammatoires et sa spécificité est méconnue. Quelques-uns ne s'en aperçoivent que parce qu'ils la communiquent à leurs femmes et à leurs enfants. »

**Du mycosis de l'arrière-gorge, par MOURE (de Bordeaux).**

Après un historique de la question, M. Moure dit que le mycosis de l'arrière-gorge est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit, et qu'il paraît rare parce qu'il est peu connu. On l'observe indistinctement chez l'adulte et chez l'enfant. L'étiologie en est obscure. Les symptômes fonctionnels peuvent faire absolument défaut ; ils sont habituellement ceux de la pharyngite granuleuse. A l'examen, on aperçoit, sur les amygdales ou sur la base de la langue, de petites saillies, ayant la forme de touffes saillantes, de quelques millimètres, au-dessus de la muqueuse. Elles sont unies à leur surface ou bien irrégulières, *frangées*, d'un blanc jaunâtre, et se détachant avec assez de difficulté, à cause de la pénétration du parasite dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement amène un petit suintement de sang. L'anatomie pathologique montre que ces touffes blanches sont composées des éléments du leptonix buccalis, ainsi qu'il résulte des examens faits par Fränkel, Heryng et par Ferré, de Bordeaux. L'inoculation et les essais de culture ont donné des résultats négatifs. Le pronostic est bénin, le diagnostic facile. Le traitement consiste à arracher ou racler les touffes et à cauteriser leurs points d'implantation avec des solutions de chlorure de zinc (1/20 à 1/30), d'acide lactique (à 1/2 ou pur), ou, mieux encore, avec le thermocautère pour les amygdales et le galvano-cautère pour la base de la langue.

*Séance du 2 avril 1888.*

**Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur sémiologique, par GILLOT (d'Autun).**

M. Gillot a remarqué depuis longtemps l'existence, à la face inférieure de la langue, sur le trajet des petits vaisseaux et des capillaires, de dilatations plus ou moins nombreuses et développées, rappelant comme aspect et comme structure les anévrismes miliaires du cerveau. Il lui

a paru y avoir une relation étroite entre ces dilatations ampullaires ou anévrysmatiques de la langue et les altérations analogues des capillaires du cerveau. Ces lésions vasculaires lui ont paru constamment liées à l'arthritisme.

Tous les arthritiques ne sont pas atteints de dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue, mais tous ceux qui en présentent sont arthritiques, et l'existence de ces petites tumeurs miliaires de la langue peut faire supposer leur présence dans le cerveau et, par conséquent, faire pronostiquer l'imminence de lésions cérébrales, et, jusqu'à un certain point, permettre de les prévenir ; ce serait ainsi une sorte de *cérébroscopie linguale*.

P. BALME.

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1888.

**Traitemennt de la diphtérie par les cautérisations phéniquées,**  
par GAUCHER.

M. Gaucher apporte de nouvelles preuves de l'efficacité du traitement qu'il a déjà préconisé dans les *Archives de laryngologie*, 1<sup>re</sup> année, p. 60. Rappelons d'abord que, sur 17 malades traités par M. Gaucher, aucun n'était mort. Aujourd'hui, l'auteur fait connaître la statistique du Dr Dubousquet (de Saint-Ouen) qui a usé de ce mode de traitement.

Le Dr Dubousquet a traité, depuis 1884, 81 cas d'angine diphtéritique par les applications locales d'acide phénique : 30 enfants en bas âge, 31 enfants de 3 à 12 ans et 21 personnes de 12 à 46 ans. Sur ces 81 cas, il y a eu 77 guérisons, et 4 morts causées par croup descendant et consécutif. M. Gaucher cite un 82<sup>e</sup> cas suivi de guérison, ce qui, ajouté aux 17 cas heureux de l'auteur, donne, sur 99 angines diphtéritiques, 4 décès, soit une mortalité de 5 0/0.

Pour réussir, il faut débarrasser complètement la gorge des fausses membranes par des attouchements très énergiques, répétés deux et trois fois par jour, et faits par le médecin lui-même. On pratiquera dans la bouche, des irrigations d'eau phéniquée au centième dans l'intervalle des cautérisations.

Ce traitement peut être appliqué chez les tout jeunes enfants, quoiqu'il réussisse moins bien chez eux. Les urines deviennent souvent noires, sans qu'il se produise cependant d'effets toxiques.

Comme il est impossible d'enlever les fausses membranes sans détruire en même temps l'épithélium de la muqueuse, la plaie ainsi formée peut servir, à la vérité, de porte d'entrée à l'infection diphtéritique ; mais, toute crainte doit être écartée puisqu'on se sert d'un topique aussi antiseptique que l'acide phénique.

P. BALME.

---

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 24 octobre 1888.*

**Décortication du nez pour hypertrophie éléphantiasique, par  
LE DENTU.**

L'auteur présente le malade qu'il a opéré par simple abrasion, sans autoplastie ; il n'y a pas eu d'hémorragie inquiétante, et le résultat est excellent.

*M. Kirmisson* a eu, dans un cas analogue, une hémorragie abondante qui a nécessité l'emploi du thermocautère. *M. Anger* a fait une opération semblable, mais il lui a été impossible de faire une décorticition complète des tissus hypertrophiés ; toutefois le résultat a été bon. *M. Verneuil* recommande de se servir du thermocautère pour éviter l'hémorragie. *M. Le Dentu* n'a pas cru devoir se servir du thermocautère de crainte de déterminer la nécrose du cartilage.

*Séance du 31 octobre 1888.*

**Éléphantiasis du nez ou acné hypertrophique, par KIRMISSON.**

Dans ce cas, l'auteur a fait la décorticition suivant la méthode d'*Ollier*, et a arrêté l'hémorragie assez abondante avec le thermocautère ; la réparation s'est faite très rapidement et sans disformité consécutive. L'acné hypertrophique existait également sur le front et les joues ; l'opération limitée au nez a suffi pour amener l'affaissement de l'acné de ces régions.

L'examen microscopique a montré l'existence d'une hypertrophie considérable des glandes et des vaisseaux sanguins, avec hyperplasie du tissu conjonctif.

*M. Delens* a observé un cas d'acné hypertrophique formant une tumeur pédiculée du lobule du nez et qui avait le volume d'une poire : ablation sans hémorragie. *M. Terrillon* cite un cas analogue. *M. Marc Sée*

opère au thermocautère ou fait simplement une cautérisation ponctuée. *M. Championnière* rappelle que tous les procédés susmentionnés (ablation au thermocautère, décortication, cautérisation ponctuée) ont été déjà décrits par Ollier. *M. Le Dentu* rejette, quand les lésions sont étendues, l'emploi du thermocautère dans la crainte que l'action prolongée du cautère ne détermine la nécrose des cartilages.

Séance du 7 novembre 1888.

**Œdème du larynx.**

*M. Chauvel* lit un rapport sur trois observations d'œdème laryngien, adressées à la Société par MM. Yvert, Lacroix et Audet. Ces trois cas ont ceci de particulier et d'intéressant que leur étiologie est restée obscure et n'a pu être décelée ni par l'autopsie ni par l'examen laryngoscopique.

P. BALME.

**SOCIÉTÉ ANATOMIQUE**

Séance du 14 décembre 1888.

**Nécrose symétrique des deux cartilages arytenoïdes dans la fièvre typhoïde, par SOUQUES.**

Le sujet est un garçon boucher, âgé de 18 ans, entré le 15 novembre 1888 dans le service de M. Gouraud, à l'hôpital Cochin. Cliniquement, il s'agit d'une fièvre typhoïde grave à type ataxo-adynamique qui, au dix-huitième jour, s'est compliquée d'une hémorragie intestinale modérément abondante; au vingt-deuxième jour, sont survenus des phénomènes laryngés dont l'évolution a été rapide et qui ont atteint spécialement et exclusivement l'appareil phonateur : raucité de la voix puis aphonie complète, toux rauque et éteinte. Autant les troubles de la voix ont été nets, autant ceux de la respiration ont été peu marqués. Il n'y a eu ni tirage, ni accès de suffocation. Aucun gonflement œdémateux à la région antérieure du cou. Par contre, la pression, indolente au début, devient douloureuse surtout au niveau de la région thyro-hyoïdienne. Étant données l'aphonie du malade, sa surdité, sa stupeur, on ne peut savoir si la déglutition est douloureuse. L'état adynamique ne permet pas l'exploration au laryngoscope.

La mort est survenue le 7 décembre 1888, sans qu'un accès de suffo-

cation se soit produit. L'absence de troubles respiratoires nettement caractérisés a démontré l'inutilité d'une trachéotomie.

L'autopsie a été faite le 8 décembre. Les replis arythénno-épiglottiques sont d'aspect et de volume normal ; il n'y a pas d'œdème de la glotte. L'épiglotte est saine, ainsi que les cordes vocales supérieures. Dans leur portion ligamenteuse, les cordes vocales inférieures ont leur muqueuse saine et de coloration normale. Mais, au niveau de leur insertion sur les cartilages arythénnoïdes, à l'union des deux glottes interligamenteuse et intercartilagineuse, on aperçoit à droite et à gauche, un orifice, une ulcération. Ces ulcérasions sont symétriques, profondes ; elles représentent l'orifice d'une cavité de 1 centim. de profondeur environ. De forme irrégulièrement arrondie, du volume d'une petite noisette, elles sont circonscrites par une zone noirâtre de sphacèle. Sur la corde vocale droite, outre l'ulcération principale aboutissant à la cavité, on aperçoit une ulcération plus petite, peu profonde, indépendante et dont le bord grisâtre est couvert d'un détritus casseux. A travers les orifices de ces deux cavités droite et gauche, on voit un petit corps blanchâtre, flottant librement dans la poche et baignant dans un liquide puriforme. Ces petits corps, très reconnaissables à leur forme, sont les cartilages arythénnoïdes, libres de toute adhérence fibreuse ou musculaire et totalement dépourvus de périchondre. A part ces deux lésions symétriques, cette nécrose double et totale des arythénnoïdes, le reste du larynx est normal ; les cartilages thyroïde et cricoïde sont sains ; la muqueuse n'est nulle part épaisse ni décollée et ne présente aucune trace d'altération. L'observation très intéressante de M. Souques démontre que, dans le laryngo-typhus, le bacille d'Eberth atteint exactement les follicules clos du larynx, les tuméfie et amène leur ulcération. Les ulcérasions en effet siégeaient précisément aux insertions mêmes des cordes vocales sur les cartilages arythénnoïdes, au niveau des follicules clos décrits par Coyne. Cette ulcération spécifique a servi de porte d'entrée à une infection secondaire qui a produit ici la suppuration de la muqueuse, la périchondrite suppurée, la nécrose consécutive des cartilages arythénnoïdes, et leur expulsion possible au dehors, si le malade avait survécu. Il faut noter enfin l'intégrité concomitante de la muqueuse, de l'épiglotte et des autres cartilages, la symétrie des lésions, l'absence d'accidents pulmonaires graves, enfin l'inutilité de la trachéotomie, si elle avait été pratiquée.

P. BALME.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1<sup>er</sup> décembre 1888.

**Effets de l'excitation de la muqueuse pituitaire chez les animaux strychnisés, par CHOUPPE.**

Il résulteraient des expériences de l'auteur que l'excitation de la muqueuse pituitaire peut, dans certaines circonstances particulières, ne pas provoquer la syncope respiratoire. Chez certains animaux préalablement strychnisés par des doses fortes, cependant non mortelles, si on vient à faire respirer de l'essence de moutarde, de l'ammoniaque, on voit survenir un violent accès de strychnisme qui se termine par la mort. Ce n'est pas alors la mort par syncope, mais la mort par asphyxie, comme dans le strychnisme ordinaire. M. Prengueber a observé, à l'hôpital Saint-Louis, un fait clinique fort analogue, un malade atteint de tétanos fut, au début de la chloroformisation, pris d'un violent accès de tétanos auquel il succomba.

**Des réflexes d'origine nasale, par FRANÇOIS-FRANCK.**

M. Franck rappelle que certaines excitations nasales sont capables de provoquer les réactions les plus imprévues. Parmi ces réactions, il en est qui sont dues à des phénomènes de vaso-dilatation qui se produisent soit du côté correspondant, soit du côté opposé à celui où l'excitation a eu lieu. Ces phénomènes peuvent être constatés au niveau de la muqueuse nasale, du côté de l'oreille, au niveau de la région carotidienne, etc. Ils sont caractérisés par des modifications de la température et de la coloration de ces parties; en même temps, on constate un abaissement de la tension artérielle. Les voies nerveuses qui servent à la production de ces phénomènes sont d'ordre centrifuge ou centripète; les premières ont été étudiées par MM. Dastre et Morat; les secondes sont constituées par tous les rameaux sensitifs du trijumeau qui se distribuent aux fosses nasales.

M. Brown-Séquard fait remarquer que l'apparition brusque d'une vive lumière produit l'éternuement. Quel est, dans ce cas, le nerf impressionné? Est-ce un nerf de l'œil ou un nerf de la muqueuse nasale? On admet généralement la seconde hypothèse. M. Brown-Séquard a vu un aveugle qui éternuait lorsqu'il passait d'une chambre obscure dans une pièce vivement éclairée. A coup sûr, ce n'était pas sur le nerf optique

qu'agissait la lumière, mais ce pouvait être sur un des autres nerfs de l'œil.

M. *Franch* ne croit pas que, dans le cas de M. Brown-Séquard, la lumière agisse sur la muqueuse nasale. Il croit plutôt à l'excitation des nerfs ciliaires.

M. *d'Arsonval* cite le fait suivant: quand on se trouve brusquement en présence d'un arc voltaïque, il arrive fréquemment qu'on éternue; mais ce phénomène ne se produit plus quand on regarde l'arc à travers des verres bleus; dans ce cas, il faudrait admettre qu'il s'agit d'une action de la lumière sur la rétine.

M. *Dastre* croit plutôt à une action sur les nerfs ciliaires, car, quand on sent qu'on va éternuer, on peut hâter l'apparition du phénomène non pas en regardant directement la lumière en face, mais obliquement et de côté.

*Séance du 16 février 1889.*

**Troubles trophiques consécutifs à la section intra-crânienne du trijumeau, par M. LABORDE.**

M. Laborde montre un lapin qui, à la suite d'une *section intra-crânienne du trijumeau*, présente des troubles trophiques de l'œil profond, sans qu'il y ait lésion de la surface cornéenne. Le procédé, employé par l'auteur pour la section du nerf, n'amène pas la fonte purulente de l'œil, comme la plupart des autres sections.

L'animal présente, en outre, un développement tel des dents, tant supérieures qu'inférieures, qu'il ne peut plus se nourrir. Le développement exagéré d'une dent s'observe chez les rongeurs, quand la dent antagoniste fait défaut; mais ici, rien de tel. Le trouble trophique dépend donc de la section nerveuse, mais peut-être s'agit-il d'une névrite descendante.

Pour M. *Dastre*, avant d'affirmer que cette hypertrophie des dents est d'origine nerveuse, il faudrait être sûr qu'il n'existe pas chez ce lapin une déviation originelle empêchant le contact des dents de la mâchoire supérieure avec celles de la mâchoire inférieure.

P. BALME.

## SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

*Séance du 27 février 1889.***Traitemennt des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré,  
par FERNET.**

M. Fernet emploie cette substance comme topique dans la tuberculose de la bouche. Il s'est inspiré des essais faits par M. Périer, à Lariboisière, principalement dans le traitement de la tuberculose osseuse. Un mélange d'une partie de naphtol et de deux parties de camphre constitue un mélange sirupeux facile à employer.

M. Fernet utilise également ses propriétés antiseptiques contre la furonculose et l'angine couenneuse. Une angine diptéritique, compliquée de coryza couenneux, chez une jeune fille de 11 ans, a été modifiée dans l'espace de trois jours, à la suite d'applications de naphtol camphré, faites avec un pinceau sur les amygdales et les piliers du voile du palais, sans frottement, ni violence. M. Fernet fait cependant quelques réserves sur ce résultat et sur le diagnostic antécédent, parce que plusieurs membres de la famille de cette jeune fille furent, peu de temps après, atteints d'angine manifestement herpétique.

Quant à la tuberculose locale, la première observation de l'auteur se rapporte à un homme d'une quarantaine d'années, qui, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée, présenta à la langue tous les caractères d'un ulcère tuberculeux, à marche envahissante. Des cautérisations au thermocautère pratiquées à 5 ou 6 reprises, n'aménèrent pas la guérison ; l'ulcération fut rapidement modifiée par le naphtol camphré, appliqué une fois par jour, pendant une huitaine de jours. Mais le malade a succombé au progrès de la phthisie pulmonaire.

Une récente observation est plus concluante. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui, il y a 18 mois, entra dans le service de M. Fernet pour une ulcération tuberculeuse de la base de la langue, ayant la forme et les dimensions d'une amande. Suralimentation ; cautérisations profondes au thermocautère, répétées tous les huit jours pendant deux mois. Amélioration notable ; sortie de la malade qui revint à l'hôpital, deux mois après, avec rechute et aggravation, amaigrissement, sueurs nocturnes. L'acide lactique appliqué en solution au dixième ne put enrayer les accidents. Bientôt la totalité de la langue, qui était très tuméfiée, et le voile du palais, furent atteints. Alimentation difficile ; douleurs vives, à peine

atténues par la cocaïne. C'est alors qu'on commença l'application quotidienne du naphtol camphré. Depuis un mois et demi que ce traitement a été institué, il y a transformation complète : la tuméfaction a disparu ; l'ulcération médiane de la langue persiste encore, bordée par une étroite zone d'induration. Ce n'est pas encore la guérison, mais une amélioration des plus satisfaisantes. L'isthme du gosier va également assez bien. La partie postérieure du pharynx va être traitée par le même procédé.

Conclusions : 1<sup>o</sup> Si l'on accepte que la tuberculose commence dans un certain nombre de cas, par une maladie locale, périphérique, suivie d'une infection générale secondaire, on comprend tout l'intérêt que peuvent offrir les médications capables de guérir l'accident primitif.

2<sup>o</sup> L'application locale du naphtol camphré paraît mériter une place honorable, à côté des procédés chirurgicaux ou pharmaceutiques capables d'atteindre ce résultat.

M. *Constantin Paul* traite actuellement, dans son service, une ulcération tuberculeuse de la pointe de la langue et emploie le naphtol camphré ; depuis 15 jours, notable amélioration.

M. *Bucquoy* a obtenu de bons résultats, au moins momentanés, dans les ulcérasions tuberculeuses, en employant un mélange d'acide phénique (0,20 centigrammes) et de glycérine (30 grammes).

P. BALME.

## ANALYSES ET COMPTE RENDUS

### PUBLICATIONS FRANÇAISES

**Thérapeutique des maladies infectieuses. Antisepsie. Leçons du professeur Ch. BOUCHARD, recueillies et publiées par le Dr P. LE GENDRE. 1 vol. in-8°, Paris, Savy, éditeur, 1889.**

M. le professeur Ch. Bouchard vient de publier le cours de pathologie générale qu'il a professé à la Faculté pendant l'année 1887-88. Le but spécial des *Archives* nous interdit, à notre grand regret, de rendre compte ici, in extenso, de ce beau livre ; mais nous tenons à signaler à nos lecteurs les passages qui ont trait à l'antisepsie des premières voies.

A propos des fosses nasales, M. Bouchard insiste sur la nécessité d'en faire l'antisepsie avant toute manœuvre opératoire. Il signale l'utilité de l'emploi des antiseptiques dans le traitement des rhinites fétides.

Le pharynx, comme les fosses nasales, est aussi le siège de micro-organismes nombreux. Les amygdales en contiennent toujours dans leurs cryptes ; lorsqu'elles sont hypertrophiées, il est prudent de les détruire par l'ignipuncture. Toutefois les amygdales se contaminent plus souvent par l'intérieur que par la cavité buccale, « c'est moins la pénétration des microbes par leurs cryptes que leur arrivée par le sang qui met les amygdales aux prises avec les agents infectieux ». Parmi les antiseptiques utiles dans le traitement local de la diphtérie, M. Bouchard cite le phénol camphré employé suivant la méthode de M. Gaucher ; mais il lui préfère le naphtol camphré, qu'il a employé avec succès, et qui est moins dououreux. Il signale également les bons résultats obtenus par M. Legroux avec les pulvérisations créosotées.

Enfin, à propos de l'antisepsie du larynx, M. Bouchard cite un cas de laryngo-typhus favorablement modifié par l'emploi de pulvérisations avec une solution de 0 gr. 25 de naphtol dans 25 grammes d'alcool à 90° et 75 gr. d'eau.

RUAULT.

**Contribution à l'étude de la diphtérie**, par E. ROUX et A. YERSIN.  
*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1888.

Dans un important mémoire, MM. Roux et Yersin exposent le résultat de leurs recherches sur le microbe de la diphtérie. On jugera par cette analyse qu'ils ont fait faire un grand pas à la question.

Depuis l'œuvre de Bretonneau, on considère la diphtérie comme une maladie spécifique et contagieuse : et cette opinion est surabondamment prouvée par la clinique. Mais il importait, en présence du mouvement scientifique contemporain, d'apporter à cette manière de voir l'appui d'une démonstration histologique et expérimentale. Cette démonstration ébauchée déjà par divers observateurs, il appartenait à MM. Roux et Yersin de la fournir d'une manière complète.

Le bacille de la diphtérie, vu par Klebs, bien étudié par Loeffler, se voit assez aisément au microscope sur la coupe d'une fausse membrane.

Les parties superficielles de la fausse membrane sont formées d'une couche de petits bacilles presque à l'état de pureté. Ce sont les bacilles de Klebs. Ils sont séparés de la muqueuse, dépoillée de son épithélium, par une couche de fibrine granuleuse et par un réseau fibrineux adhérent au tissu muqueux. Souvent aussi la zone la plus superficielle de la fausse membrane contient des microbes divers, bâtonnets, microcoques,

chainettes, mélangés aux amas de bacilles de Klebs qui sont au contraire prédominants immédiatement au-dessous. Ces petits bacilles, disposés comme il vient d'être dit, sont seuls caractéristiques de la diphtérie.

MM. Roux et Yersin ont cultivé et isolé ce bacille ; ils ont remarqué qu'il se développe bien vers 33°, qu'il est immobile, qu'il acidifie le milieu de culture primitivement alcalin. Le bacille cultivé a, à peu près, la longueur du bacille de la tuberculose, mais il est plus épais.

Connaissant la morphologie du bacille de la diphtérie, ayant pu le cultiver à l'état de pureté, MM. Roux et Yersin ont étudié son action sur les animaux.

Inoculé sur les *muqueuses*, le bacille de Klebs tue les lapins, les pigeons et les poules après avoir produit des fausses membranes. Pour que l'expérience réussisse bien, il faut faire l'inoculation dans la trachée après trachéotomie. Il est nécessaire aussi pour donner la maladie de léser la muqueuse au préalable : un simple badigeonnage sur une muqueuse saine ne suffit pas à produire les membranes croupales.

En *inoculations sous-cutanées*, le bacille de Klebs peut amener la mort du pigeon, du lapin et du cobaye, en provoquant au point d'inoculation, un petit enduit grisâtre et une œdème gélatineux. Cependant le pigeon et le lapin peuvent guérir si la quantité de virus inoculé est faible.

En *inoculations intra-veineuses*, le virus diphtéritique tue les lapins en 60 heures. Chez les animaux qui ne succombent pas dans un aussi court espace de temps, il survient au bout de quelques jours des paralysies typiques sur lesquelles nous allons revenir.

En *inoculations dans le péritoine*, le bacille de Klebs tue les cobayes, mais moins rapidement que par l'inoculation sous-cutanée.

Incidemment MM. Roux et Yersin ont établi deux points d'une importance capitale.

D'abord les cultures anciennes gardent leur virulence, surtout si elles sont conservées à l'abri de la lumière. Au bout de cinq mois, elles causent encore la mort du cobaye. Ceci explique la ténacité du germe diphtéritique : on sait que des appartements occupés d'abord par un diphtéritique, restant ensuite longtemps inhabités, ont pu contaminer les nouveaux occupants après cinq et six mois.

Seconde constatation : le bacille de Klebs n'existe que là où il y a des fausses membranes. Le sang, la pulpe des organes restent stériles quand on les ensemence. Ce résultat devait amener les auteurs à découvrir qu'il existe un poison soluble sécrété par le microbe. Nous allons revenir sur ce fait.

Dans la seconde partie de leur mémoire, MM. Roux et Yersin démontrent deux faits majeurs, et absolument nouveaux : 1<sup>o</sup> On peut reproduire expérimentalement les paralysies diphtéritiques ; 2<sup>o</sup> Il existe un poison diphtéritique.

Il était fort important de pouvoir reproduire les paralysies diphtéritiques. On n'y était point parvenu jusqu'ici. Et, comme il est possible, avec des microbes divers, de provoquer sur les muqueuses des animaux des fausses membranes semblables à celles de la diphtérie, cette absence constante d'un phénomène caractéristique avait fait douter que le bacille de Klebs et Loeffler fût la cause de la diphtérie.

MM. Roux et Yersin ont observé ces paralysies chez les animaux inoculés de la diphtérie, soit dans la trachée, soit sous la peau. C'est même, disent-ils, un phénomène très fréquent lorsque les animaux ne succombent pas à une intoxication trop rapide. Les pigeons guérissent de ces paralysies bien plus fréquemment que les lapins, chez lesquels elles sont presque toujours mortelles. Les animaux paralysés ne présentent le bacille dans aucun organe. L'impuissance commence par les membres postérieurs, envahit ensuite le cou et les membres supérieurs. Parfois la paralysie porte aussi sur les muscles du larynx, ce qui donne de la raucité de la voix.

Enfin MM. Roux et Yersin ont mis en évidence le poison diphtéritique. Ce poison s'obtient en filtrant le liquide de culture sur porcelaine pour se débarrasser des microbes. Fait important, le chauffage ne peut servir à préparer ce poison, car la chaleur le détruit.

Le liquide filtré est limpide et acide : si on en inocule 35 centimètres cubes dans le péritoine d'un cobaye, au bout de 2 ou 3 jours, le poil de l'animal se hérisse, l'appétit disparaît, on constate de l'hématurie, de l'irrégularité de la respiration et la mort survient vers le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour. A l'autopsie, les ganglions axillaires et inguinaux sont congestionnés : les vaisseaux sont dilatés, surtout ceux du rein et des capsules surrenales ; on constate aussi des ecchymoses le long des vaisseaux et un épanchement séreux des plèvres.

Mais, comme pour tous les poisons chimiques, les accidents consécutifs à l'injection du poison varient avec les doses. Et ce qui est intéressant, c'est que si l'animal ne succombe pas, il a des paralysies absolument semblables à celles que nous venons de décrire.

Le liquide inoculé sous la peau donne un œdème considérable au point d'inoculation et reproduit la maladie tout entière, symptômes et lésions, comme le bacille.

Le poison diphtéritique est plus abondant et plus actif dans les cultures anciennes. Il se détruit par la chaleur et par l'air : ces deux propriétés le rapprochent des diastases et non des ptomaines.

Les souris et les rats présentent pour le bacille et le poison, une immunité absolue.

Telle est la substance du mémoire de MM. Roux et Yersin. Les résultats qu'ont obtenus ces expérimentateurs seront féconds en applications pratiques : pour le moment, nous ne retiendrons que la conception générale qui en découle. La diphtérie est une maladie locale, causée par la végétation sur certaines muqueuses, ou sur la peau excoriée du bacille de Klebs. Elle entraîne la mort par intoxication et celle-ci résulte de l'é-laboration par le bacille d'un poison dont la toxicité paraît énorme et duquel dépendent tous les accidents à distance, en particulier les paralysies.

A. B. MARFAN.

#### Note sur un cas d'ostéome des fosses nasales, par MONTAZ.

La rareté excessive des ostéomes des fosses nasales, la difficulté de leur diagnostic doivent attirer l'attention sur ce cas si remarquable. Il s'agit d'un homme de 52 ans, sans passé pathologique, et surtout n'ayant pas eu la syphilis. Le traitement ioduré avait d'ailleurs échoué.

L'affection était survenue lentement, sans douleurs, et avait débuté, deux ans auparavant, au niveau du grand angle de l'œil, sous forme d'une petite tuméfaction. A mesure que s'accroissait la tumeur, apparaissaient successivement du coryza chronique, de l'enchirènement, du jetage, puis de la difficulté respiratoire du côté gauche, plus tard du côté droit. Au moment de l'examen, existait, sur le côté gauche de la racine du nez, au niveau du sac lacrymal ou un peu en avant de lui, une tumeur grosse comme une noix, très dure, indolente ; la peau glissait sur elle et présentait son aspect normal.

La dureté était manifestement osseuse. *Pas de mobilité.*

Un peu d'épiphora.

La respiration nasale, difficile à droite, était impossible à gauche. La rhinoscopie antérieure laissait voir, dans la fosse nasale gauche et en haut, une tumeur indolente, très dure, déviant la cloison à droite et couverte d'une muqueuse normale. Le toucher digital permettait de reconnaître l'intégrité du pharynx nasal.

*Pas d'engorgement des ganglions. Urine normale.*

M. Montaz fit une incision cutanée, verticale, de 3 à 4 cent. Elle découvrit une tumeur d'aspect blanc, recouverte du périoste qui fut décollé à la rugine.

L'auteur s'apprêtait à user de la gouge et du maillet lorsque, saisissant la tumeur avec le davier à os, il constata qu'elle était mobile et l'extirpa comme une molaire. A sa place existait un orifice arrondi, taillé aux dépens de l'apophyse montante et de l'unguis ; par cet orifice, le doigt pénétrait dans la fosse nasale, mais sans devenir libre. La pituitaire avait été refoulée par le prolongement intra-nasal de la tumeur qu'elle coiffait. Au fond de cette cavité, ou sentait la cloison déprimée et enfoncée dans la fosse nasale droite.

Une semaine après, guérison définitive. Pas de récidive depuis. Les fosses nasales sont absolument libres.

La pièce osseuse enlevée a la forme d'un sablier. Elle est formée de deux tubérosités, séparées par un étranglement annulaire. De ces deux tubérosités, l'une, la sous-cutanée, est assez régulièrement arrondie ; l'autre, la nasale, est irrégulière et présente des anfractuosités séparant des éminences tubéreuses. L'étranglement correspond à l'ouverture du squelette nasal.

La longueur de cet ostéome est de 4 centimètres, son poids de 35 gr. Sa blancheur est éclatante. Il est dur, éburné et ne présente qu'à son centre un peu de tissu spongieux. Au microscope, structure du tissu osseux normale.

Les auteurs ont longuement discuté pour savoir quel est, exactement, dans la paroi nasale, l'organe qui donne naissance aux ostéomes. Ils ont successivement incriminé l'os, le périoste, la membrane de Schneider. Dans le cas de M. le Dr Montaz, l'ostéome avait nécessairement son origine dans le tissu osseux puisqu'il s'était substitué à l'os de la paroi, et avait refoulé en dedans la pituitaire sans la détruire. A mesure qu'il s'est accru, il a fait saillie sur les deux faces de l'os, l'étranglement répondant au point d'origine.

Quant à la cause première de l'ostéome, on pourrait invoquer l'ostéogenèse s'il s'agissait d'un enfant ou d'un adolescent. Mais ici on a affaire à un homme de 52 ans, et on se trouvait en face d'une maladie de l'adolescence chez un adulte, comparable à ce qu'on a décrit sous le nom d'ostéomyérite des adultes.

En terminant, M. Montaz croit pouvoir affirmer que les ostéomes des fosses nasales, de l'orbite, fronto-orbitaires, ne constituent qu'une seule et même maladie dont le point de départ est toujours dans la paroi des

fosses nasales ou de leurs annexes, sinus frontaux, ethmoïdaux, etc... Seule, la région dans laquelle ils se répandent, au sortir des fosses nasales, fait varier leur allure symptomatique ou leur gravité pronostique ou opératoire.

Enfin, on sait qu'en général le propre de ces ostéomes est d'être mobiles. Il semble à l'auteur, à la lecture des observations antérieures, qu'il existe un rapport non douteux entre l'adhérence de l'ostéome au squelette et l'époque de la vie à laquelle il a débuté : début pendant la jeunesse et adhérence ; début à l'âge mûr et mobilité.

(*Gazette des hôpitaux* des 6 et 11 décembre 1888.)

P. BALME.

**Étude critique sur le coryza caséux, par POTIQUET.**

M. le Dr Potiquet, dans une Revue générale parue dans la *Gazette des hôpitaux*, fait la critique des faits de coryza caséux rapportés par les auteurs, et donne les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> L'affection décrite par M. Duplay sous le nom de coryza caséux n'est pas une entité pathologique, une espèce morbide définie. Elle est une conception tout artificielle, résultant du groupement d'affections essentiellement différentes.

2<sup>o</sup> Les observations publiées jusqu'à ce jour, sous le titre de coryza caséux ou rapportées au coryza caséux, concernent, soit des malades atteints de kystes folliculaires (variété butyreuse) de la mâchoire supérieure rompus dans une des fosses nasales, soit des cas de corps étrangers d'une fosse nasale avec production ultérieure de cellules épithéliales desquamées et de globules du pus, soit des gommes syphilitiques de ces cavités en voie d'élimination, soit des cas de suppuration chronique du sinus maxillaire.

3<sup>o</sup> Les produits d'apparence caséuse qui, du reste, ne s'observent qu'avec une extrême rareté dans les cavités nasales, doivent, malgré la diversité de leur origine et la variabilité de leur composition, prendre place dans la nosologie des fosses nasales ; ils ne constituent pas une affection déterminée, mais ils sont un signe.

4<sup>o</sup> Pour donner à ce signe toute sa valeur et arriver au diagnostic réel et complet de l'affection, on devra s'aider de l'anamnèse, de l'ensemble des symptômes subjectifs et objectifs, de l'examen microscopique des masses caséuses et surtout de la rhinoscopie pratiquée avec méthode.

(*Gazette des Hôpitaux*, 2 février 1889.)

P. BALME.

## PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

**Les maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne**, par le professeur RUDOLPH VOLTOLINI. Breslau, 1888.

Le nouveau livre du savant professeur de Breslau pourrait être intitulé : *trente années d'études de rhinologie*, car il est le fruit d'une longue pratique spéciale et représente moins un ouvrage didactique destiné aux étudiants, qu'un ensemble de notes cliniques rédigées dans un esprit d'entière indépendance et s'adressant particulièrement aux spécialistes.

Après un aperçu anatomique de la région, où la question du tissu érectile des cornets est traitée avec préférence, l'auteur passe en revue les diverses affections qu'il a eu l'occasion d'observer et de traiter. En revanche, il a abandonné à un de ses élèves, le Dr Bensch, le chapitre consacré aux fibromes naso-pharyngiens, et qui d'ailleurs n'est pas un des moins intéressants du livre. Citons encore, parmi les pages qui méritent le plus d'être lues, celles qui traitent des diverses méthodes de rhinoscopie et où l'auteur montre tous les avantages qui peuvent être retirés de l'emploi de miroirs prismatiques et grossissants ; celles consacrées à l'épistaxis et à l'ulcère perforant de la cloison ; enfin celles où il est question des néoplasmes des fosses nasales et particulièrement de l'électrolyse. Ce mode de traitement mentionné à plusieurs reprises au cours de l'ouvrage forme exclusivement le sujet du dernier chapitre.

D'un bout à l'autre de cet ouvrage éminemment clinique on retrouve la marque de l'esprit original de l'auteur et de sa grande indépendance vis-à-vis des idées reçues. Cette indépendance est sans doute poussée à un point qui ne sera pas du goût de tous les lecteurs, par exemple, à la page où la transmission de la tuberculose par le bacille de Koch est fortement mise en doute, ou encore lorsque l'auteur séparant complètement le lupus de la tuberculose, rapproche plutôt la première de ces affections des néoplasmes malins et croit tout au moins à sa transformation possible en cancer (!).

A propos du cancer du nez, Voltolini aborde la question de la nature du cancer en général, et fait jouer, dans sa pathogénie, un rôle considérable à la diathèse. Aussi insiste-t-il sur la nécessité de joindre au traitement purement local, un régime particulier (décoction de Zittmann, eau de goudron) tendant à modifier le terrain et à le rendre impropre à la récidive cancéreuse (?).

Dans le chapitre consacré aux végétations adénoïdes et où l'auteur revendique, à juste titre, la priorité de ses travaux, il se montre ennemi de l'opération faite à l'aveugle et conseille la destruction des néoplasmes, au moyen du galvano-cautère, à l'aide du miroir. Nous nous demandons comment cette méthode est applicable aux enfants dont on connaît la docilité (!!).

Enfin, remarquons (à la louange de l'auteur) que lui, le père de la galvano-caustique appliquée à la rhinologie, s'élève sagement contre l'extension exagérée donnée à sa méthode et propose d'en restreindre l'emploi dans des limites qu'il précise très judicieusement.

Nous ne saurions trop recommander à nos collègues la lecture de ce livre écrit d'une plume alerte et empreint d'une grande originalité personnelle. Le professeur Voltolini représente assurément aujourd'hui l'un des maîtres les plus autorisés de la rhinologie, et même celui qui a certainement le plus contribué à l'avancement de cette branche spéciale de la médecine ; c'est assez dire l'intérêt du livre où il a accumulé les résultats de ses longues études et de sa vaste expérience.

LUC.

**Un cas de tuberculose primitive de la cavité buccale suivie de guérison, par GLEITSMANN.**

N. Y. Academy of medicine (27 novembre 1888). *New York med. journ.*, 29 décembre 1888, p. 719.

L'auteur rappelle que jusqu'ici, il n'a été publié que trois cas de guérison de tuberculose buccale primitive, et un seulement où l'affection était secondaire. Le malade présenté à l'Académie par Gleitsmann était évidemment atteint de tuberculose primitive ; la poitrine, ainsi que les ganglions, étaient parfaitement sains. La maladie avait débuté, quatorze mois auparavant, par une ulcération de la base de la langue ; puis un ligament ary-épiglottique, une partie de la face linguale de l'épiglotte, et enfin une amygdale, avaient été atteints successivement. A mesure que les ulcérations apparaissaient, elles étaient énergiquement grattées à la cuiller tranchante, puis cauterisées à l'acide lactique, et quelquefois au galvano-cautère. Grâce à ce traitement, auquel l'auteur n'a adjoint aucune médication interne, le malade est aujourd'hui complètement guéri depuis deux mois. Le diagnostic n'est pas douteux, car les produits de raclage ont toujours montré des bacilles tuberculeux en grand nombre.

RUAULT.

**Sarcome alvéolaire de l'amygdale**, par WILLIAM GRAY. *In The American journal of med. sciences*, 1889, p. 154.

Fait observé chez un garçon de six ans. Début par l'amygdale droite. Envahissement ultérieur de l'autre amygdale par le voile du palais. Mort au bout de huit mois ; pas d'autopsie. Examen microscopique de fragments enlevés, pendant la vie.

L'auteur joint à son travail vingt observations semblables, résultat de ses recherches bibliographiques.

LUC.

**Nouvelle méthode d'exploration du pharynx nasal et du larynx**, par KARL VOHSEN. *In Monatsch. für Ohrenheilk.*, 1889, p. 9.

Méthode consistant à examiner le malade, après lui avoir fait tourner la tête d'environ 45°. Dans ces conditions, se montre, entre le voile du palais qui accompagne la tête dans son mouvement rotatoire et la colonne cervicale, un espace triangulaire, dont la base correspond au côté opposé, de telle sorte que, si le malade regarde vers son épaule gauche, on peut faire une bonne inspection de l'orifice de sa trompe droite. En outre, la fossette de Rosenmüller du même côté tend à s'effacer, ainsi que toutes les anfractuosités de la muqueuse, circonstance qui peut être utilisée pour faciliter le cathétérisme de la trompe.

Le même procédé facilite l'inspection laryngoscopique de la région du sinus pyriforme et du sinus de Morgagni.

LUC.

**Contribution à l'étude clinique de la diphtérie chronique et au mode de propagation du germe diphtéritique**, par le Dr SERAFINO ROMEI. *In Archiv. ital. de laryng.*, 1889, p. 11.

Travail basé sur deux faits dans lesquels la maladie persista opiniâtrement pendant plusieurs mois (30 dans l'une des observations). Rien de nouveau quant à la question du mode de propagation.

LUC.

**Inoculation du rhinosclérome aux animaux**, par STEPANOW, de Moscou. *Monatschr. für Ohrenheil.*, 1889, p. 5.

Stepanow s'est servi, pour ses recherches, du cobaye, introduisant dans la chambre de l'œil, soit des fragments de tissu malade, soit du liquide de

culture renfermant le microbe décrit par Frisch. Il a réussi à reproduire ainsi le tissu caractéristique du rhinosclérome et à y retrouver le microbe susnommé.

LUC.

## NOUVELLES

### Congrès international d'otologie et de laryngologie.

Le Congrès international d'otologie et de laryngologie de l'Exposition de 1889 se réunira à Paris, du 16 au 21 septembre 1889. La date exacte de la première séance du Congrès sera fixée ultérieurement.

Les titres des communications devront être adressés, avant le 15 juillet, au secrétaire du comité d'organisation, M. le Dr Loevenberg, 15, rue Auber, à Paris.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

### Société française d'otologie et de laryngologie.

La première séance de la réunion annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie aura lieu le 10 mai prochain, à huit heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

### Nouveau Journal.

Nous venons de recevoir le premier numéro des *Annales de la polyclinique de Bordeaux*. Cette publication, qui paraîtra deux fois par an, en janvier et en juillet, est publiée par les Drs Moure, Pousson, et Dubreuilh. Le Dr Moure y publie des faits recueillis à sa clinique libre des maladies des oreilles, du nez, et du larynx; le Dr Pousson s'y occupe des voies urinaires, et le Dr Dubreuilh des affections cutanées. Nous félicitons nos confrères de leur heureuse initiative, grâce à laquelle de nombreux faits intéressants, publiés presque sans commentaires et tels qu'ils ont été recueillis, seront livrés au public médical au lieu de rester ensevelis dans les registres d'observations.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

DES GOMMES SYPHILITIQUES DE L'AMYGDALE

Par **Ed. Juhel-Renoy**, médecin des hôpitaux.

---

Chacun sait — et ce n'est pas le lieu dans cette note brève de le rappeler — avec quelle préférence la syphilis à ses diverses périodes se cantonne dans l'isthme du gosier; tout le monde connaît la pittoresque expression de Fournier qui parlant de l'amygdale la nomme un « nid à syphilides » et cependant une exception d'apparence singulière existe de fait pour une des étapes de la syphilis : la période tertiaire semble ignorer l'amygdale; pour s'en convaincre il n'est besoin que d'ouvrir les traités de syphiligraphie les plus récents, il suffit de consulter les leçons du maître de St-Louis auquel je faisais allusion, leçons ou clarté et science se prêtent un appui mutuel; or cette lecture sera à peu près stérile, sinon tout à fait, car Fournier dans ses investigations aussi nombreuses qu'incessantes, ne paraît pas avoir eu l'occasion de décrire « ex professo » la gomme syphilitique de l'amygdale. C'est qu'en effet les gommes amygdaliennes sont bien rares. Wirchow, Cornil, Mandl, Passaqua, signalent leur existence à l'exclusion de lésions gommeuses dans les par-

ties voisines, mais il me semble que la description de ces auteurs est purement anatomo-pathologique, la clinique étant négligée ou omise.

Je n'ai pas la prétention dans les quelques pages qui suivent de fixer pour l'avenir ce point, plus modeste est mon intention : je désire seulement publier deux faits qui ont été pour moi le sujet de cruels embarras, et appeler ainsi l'attention sur la possibilité clinique de gommes amygdaliennes.

Lorsque je résumerai la symptomatologie à laquelle ces accidents peuvent donner lieu, je pense qu'on conviendra avec moi qu'il y a lieu de s'arrêter à cette étude, de rechercher les faits semblables, de les grouper et de voir en un mot s'ils cadrent ou diffèrent de ceux qui suivent et dont je donne de suite la relation sans plus ample préambule. Au résumé cette étude me paraît opportune, car, ainsi que je le disais, les traités les plus récents, celui de Jullien, les leçons de Mauriac sont muets et la récente thèse de Pivaudran, malgré une prétention à l'étude complète de la syphilis des amygdales, est absolument insuffisante, l'observation qu'il publie sous le titre « gomme de l'amygdale », due au Dr Baratoux, est si incomplète qu'elle est sans valeur.

#### OBSERVATION

M. de X.... originaire de la Russie, 50 ans, paraissant légèrement sénile, ayant usé de la vie de toutes façons, jouit encore d'une santé relativement bonne. Il est très grand fumeur.

Le 5 janvier 1889, je le vois à l'occasion d'un mal de gorge qui a éclaté subitement la veille. Il s'est senti pris de fièvre, de dysphagie et s'est alité. Je le trouve avec une fièvre vive (39°,4), une langue extrêmement saburrale, une forte céphalée. Bref tout le complexus habituel aux états fébriles.

A l'inspection la gorge se présente comme suit : le voile du palais et les deux amygdales sont rouge luisant, sans trace d'aucun exsudat, la douleur est très vive et la tuméfaction amygdalienne est telle que l'écartement des mâchoires est difficile ; comme en outre M. de X... se plaint de vives douleurs dans la plupart des jointures, qu'il se dit arthritique,

il est chauve, hémorroiдаire, un peu dyspeptique — je songe à la possibilité d'une angine pré-rhumatismale.

Le 6, la douleur s'est exagérée encore, la fièvre reste à 39°, mais les articulations ne sont le siège d'aucune fluxion ; aussi avant tout examen de l'arrière-bouche j'abandonne mon premier diagnostic que j'avais eu la prudence de ne pas formuler. J'ouvre, non sans peine, la bouche du malade et à mon grand étonnement, je constate sur l'amygdale droite un exsudat d'une blancheur parfaite *au centre même de l'amygdale*, rien sur le voile du palais ni l'autre amygdale ; quoique à la vue l'exsudat me paraisse cohérent, dense, bref avec un aspect différent de ce qu'on est dans l'habitude de rencontrer dans les amygdalites sébacées, je dis à M. de X... qu'il est atteint d'une amygdalite et que dans quelques jours il sera guéri. J'institue un traitement simple, un gargarisme boriquée quelques attouchements avec de la glycérine salicylée.

Le 7. La fièvre est tombée (38°, 1), mais la gène de la déglutition reste vive, enfin l'exsudat s'est étendu. De plus en plus frappé de son épaisseur apparente, de son extension périphérique, se faisant d'une seule tenue, devant l'absence absolue de points isolés tant sur l'amygdale malade que sur l'autre, je me sens pris d'hésitation sur la légitimité de mon diagnostic, et comme d'autre part M. de X... est abattu, faible, qu'il existe un très léger engorgement ganglionnaire, la possibilité d'une diphtérite se présente à moi ; le malade, qui semble partager mes doutes, me demande à brûle-pourpoint si la diphtérite, ainsi qu'il dit, est une maladie qui récidive, et le motif de sa question est simple, car en 1886, tandis qu'il était dans une terre près de Moscou, il a été atteint, soigné et guéri de cette maladie par un médecin en renom de Moscou. Aussitôt je prends une pince et j'essaie de détacher cette membrane, car c'en est une véritable à la vue, mais je n'arrive qu'à décoller un des bords, ce qui me permet de constater qu'elle est de l'épaisseur d'une feuille de papier buvard, et comme cet examen fatigue le malade, force est de m'arrêter.

Conservant un doute, je fais pratiquer dès le jour même des lavages de l'arrière-gorge avec de l'eau de chaux en même temps que la glycérine salicylée au 1/10 est appliquée en attouchements répétés.

Le lendemain et jours suivants, même situation ; l'amygdale droite bientôt est *totaleмent* tapissée d'une fausse membrane d'un blanc éclatant, dont le centre seul jaunit, se fane, membrane que je ne puis parvenir à détacher ; dès le 11 toute fièvre a disparu, M. de X... se lève quelques heures.

Le 12. Je lui fais ma visite quotidienne et le trouve son miroir à la

main inspectant sa gorge ; même tentative de ma part de débarrasser l'amygdale du produit qui la couvre, même insuccès. Ce que voyant, M. de X... me demande si la syphilis ne pourrait pas jouer un rôle dans sa maladie. Sur ma réponse affirmative, il me raconte alors, qu'il y a 15 mois, alors que j'étais son médecin, il a eu une petite écorchure à la verge, mais qu'il n'a pas voulu m'en parler ; comme il arrive souvent, il a été consulter un médecin étranger qui lui a déclaré qu'il avait un chancre induré et lui a donné du protoiodure. Quelques mois après il a eu quelques plaques muqueuses et le diagnostic de syphilis a été confirmé à Pétersbourg, à Moscou par différents professeurs. M. de X... en matière de politesse s'excuse auprès de moi de ne m'avoir pas mis au courant de ce « petit incident, » mais il se croyait guéri, car depuis un an, il n'a pas eu la plus petite écorchure, le plus petit « aphte ». D'ailleurs il a eu la « bonne fortune » de pouvoir se soigner et de ne contaminer aucune personne, car sa femme que je soigne est très gravement malade et de plus, ajoute-t-il, son « escapade » d'il y a 15 mois l'a refroidi à tout jamais des infidélités.

Je pratique avec une attention nouvelle l'examen de l'amygdale, qui paraît revêtue d'un épais *caillot de lait*, tandis que le voile du palais et l'amygdale gauche restent rouges et sombres. Étonné de ce cantonnement systématique à une seule amygdale, j'abandonne l'idée d'une plaque muqueuse diptéroïde *unique*, et tout en ne me rendant pas encore compte de la lésion exacte en face de laquelle je me trouve, j'instaute le traitement suivant : 2 pilules de Sédillot, 4 gr. d'iodure et l'interdiction absolue du tabac que le malade, fumeur invétéré, veut reprendre depuis qu'il n'est plus fébrile.

Le 17, j'arrive à déchirer cette fausse membrane, il y a un petit saignement sanguin et alors seulement l'amygdale étant dépouillée, je trouve au-dessous, une cavité assez grosse pour loger une petite noisette et au fond de laquelle j'aperçois maintenant très facilement un amas blanchâtre, d'aspect bourbillonneux, et qui me donne séance tenante l'idée que je me trouve en présence d'une gomme, car la ressemblance entre cette lésion et les gommes ulcérées de la peau est frappante. J'introduis dans la cavité, un peu d'ouate trempée dans une solution de nitrate d'argent au 50° et fais augmenter l'iodure à 6 grammes.

Dès ce moment la réparation se fait ; du 18 au 26 j'extrais chaque jour des lambeaux blanchâtres, mais la détersion marche rapidement, la dysphagie est assez vive et paraît se rallumer le 27, jour où M. de X... appelle mon attention sur le côté gauche de sa gorge. Je constate en effet à la

jonction du pilier antérieur et cachée presque derrière lui, une petite excavation de la grosseur d'un pois, dans laquelle le stylet pénètre, et dont j'extrais un petit fragment blanchâtre, gomme microscopique pour ainsi dire ; le traitement est poussé avec énergie et le 9 février, la cicatrisation est complète, l'amygdale droite est froncée, plissée, encore rouge, mais la perte de substance n'existe plus, à gauche le petit point entamé se voit encore.

Depuis lors j'ai suivi M. de X..., je l'ai revu le 25 avril dernier et l'inspection de sa gorge montre la réparation parfaite des lésions.

#### OBSERVATION

M. X..., 32, ans, a contracté la syphilis il y a 9 ans, il a présenté une légère roséole, quelques plaques muqueuses ; a suivi un traitement régulier et n'est venu me consulter en 1884, que pour savoir s'il pouvait sans danger se marier. Depuis lors et sur ma réponse affirmative, il prend chaque année à deux reprises de l'iode à la dose de 3 à 4 gr. durant 6 semaines, et il paraît n'avoir eu qu'à se louer de cette médication, car depuis 5 ans il n'a eu aucune manifestation.

En octobre 1888, il me fait demander pensant avoir pris mal à la gorge à la suite d'une averse reçue à la chasse ; il a une fièvre légère un peu de céphalée, une très minime rougeur de l'isthme du gosier accompagnée de dysphagie. Je partage cette manière de voir et lui conseille quelques garganismes émollients ; comme d'autre part l'affection me semble sans gravité, je ne retourne pas le voir.

Cinq jours se passent quand il me fait rappeler un peu étonné de la ténacité de son mal auquel il n'est nullement sujet et surtout effrayé par l'apparition d'une tache blanche sur l'amygdale du côté droit, à telle enseigne qu'il fait isoler ses enfants, craignant d'avoir une angine de nature contagieuse.

L'inspection de la gorge me permet de vérifier ce qu'il me dit, la moitié de l'amygdale droite est couverte d'un épais enduit blanc, crémeux, assez adhérent pour que je ne puisse le détacher avec un bon pinceau de blaireau, mais malgré un examen attentif je ne puis découvrir sur l'autre amygdale aucun point blanc, émergeant des cryptes amygdaliens, malgré cela je persiste à croire à cette angine sébacée.

Trois jours après les choses sont en l'état, le malade continue à accuser une dysphagie assez pénible, mais l'état général est bon, seulement la plus grande partie de l'amygdale droite disparaît sous l'excès d'humidité, tandis qu'à gauche, sur le voile, les piliers il n'existe que de la rougeur.

Tandis que j'examine la gorge, M. de X..., pris d'une quinte de toux, rejette un gros débris blanc que j'examine, qui n'a nullement l'odeur infecte et caractéristique des exsudats intra-amygdaux. Mis dans l'eau cette pseudo-membrane, flotte, ne se désagrège pas, ce que voyant j'écouvillonne pour ainsi dire l'amygdale et à ma grande surprise je constate au-dessous d'elle une perte de substance profonde, entaillant l'amygdale et laissant voir au fond d'une sorte de petit cratère, une masse blanchâtre en tout semblable à celle qui vient d'être rejetée. Connaissant la syphilis antérieure de M. de X... et soupçonnant que dans l'espèce elle peut être incriminée, j'engage M. X... à prendre 4 gr. d'iodure, d'autant plus que devant la bénignité de sa syphilis il m'assure avoir omis depuis un an ma recommandation.

En moins de 8 jours, la réparation s'effectue à vue d'œil pour ainsi dire, il sort encore un peu de produits gommeux, une légère cautérisation dans la cavité gommeuse qui paraît occuper la moitié de l'épaisseur de l'amygdale, suffit à hâter cette cicatrisation qui dès le 28 octobre est complète. Depuis lors j'ai revu M. X..., il existe une toute petite dépression amygdalienne et lorsqu'on palpe cet organe, il paraît plus dur au toucher que son congénère, mais il n'existe aucune douleur spontanée.

## II

Si le lecteur a bien voulu prendre connaissance des deux observations qui précédent, il se sera facilement convaincu que la symptomatologie de la gomme amygdalienne peut se résumer d'un mot ; à savoir que c'est à une angine, à une amygdalite inflammatoire, sébacée, parfois même à une diphtérie qu'on croit avoir affaire. Et cela n'est pas pour nous surprendre, puisque en somme la gomme intra-parenchymateuse joue le rôle d'épine et détermine dans son rayon des phénomènes réactionnels, qui aboutissent à l'inflammation ; cela n'a rien de spécial à la syphilis amygdalienne tertiaire qui dans certains cas déterminés se comporte ainsi, mais cependant il existe dans ce fait un contraste frappant entre la localisation de la syphilis sur l'amygdale et l'évolution silencieuse, traitresse de cette même syphilis lorsqu'elle s'attaque au voile palatin. Ici insidiosité, indolence, absence

de phénomènes inflammatoires, là au contraire, brutalité du début, réactions vives, douleur, dysphagie, en un mot tout un groupe de symptômes réunis et appelant d'une façon impérieuse l'attention sur la localisation.

On conçoit donc que la gomme de l'amygdale ne puisse passer inaperçue, la seule difficulté, et elle est assez grande pour que j'y revienne à nouveau, c'est de la reconnaître. Quelques lecteurs seront peut-être surpris de cette allure bruyante si fort en opposition avec les habitudes de la syphilis tertiaire, quelques-uns mettront même en doute la réalité de cette symptomatologie ; la notion de l'indolence étant vulgaire, c'est elle en effet qui est indiquée dans l'article « Angine » du Diction. Encyclopédique, et que Pivaudran dans sa thèse (1884) est venu affirmer à nouveau ; or, je ne crains pas de le répéter, il y a là une erreur, matérielle, tangible, si les syphilides ulcérées tertiaires sont indolores, il n'en va pas de même de la gomme amygdalienne. Pour résumer en une proposition brève les symptômes habituels aux gommes de l'amygdale, je dirais qu'on peut leur assigner trois périodes.

1<sup>o</sup> Une période inflammatoire simulant l'amygdalite et rapidement suivie d'xsudat blanchâtre. Ce sera donc la période angineuse.

2<sup>o</sup> Un stade d'ulcération, au moment où la gomme intra-parenchymateuse s'ouvre et verse sur l'amygdale son produit.

3<sup>o</sup> Une dernière de réparation ou de cicatrisation, d'une durée indéterminée suivant qu'on intervient ou non. La marche et la durée de la gomme amygdalienne sont donc deux choses impossibles à réunir. Au début marche aiguë, puis dès que la gomme, à la façon d'un abcès, s'est ouverte, détente rapide des phénomènes inflammatoires et marche lente, durée relativement longue et qui ne me paraît pas susceptible de moins de 3 à 6 semaines.

### III

A quelle époque de la syphilis, la gomme de l'amygdale apparaît-elle ? Ce serait refaire inutilement les divisions,

désormais classiques. Il est des syphilis précoces, galopantes, brûlant les étapes, et de ce chef la syphilis gommeuse tertiaire des amygdales peut être observée à une période rapprochée du début; c'est le fait de l'observation I où 15 mois après le chancre, deux gommes amygdales se montrent; au contraire ce n'est que 6 ans après la contamination que la gomme amygdale frappe le malade de l'observation II.

Y a-t-il lieu d'invoquer pour cette localisation anormale, exceptionnelle de la syphilis quelques conditions particulières? C'est fort probable. Le malade de l'observation I, sujet russe, ne quittait pas la cigarette du soir au matin, donc le tabac peut jouer un rôle occasionnel. Les maladies antérieures (diphthérie, obs. I), les amydalites aiguës (obs. II) me semblent ne pouvoir être négligées.

Quant à l'âge des malades, au sexe, mes documents sont trop peu nombreux pour que je puisse fournir des indications de quelque valeur. Si je résume ces notions en quelques mots, je dirai que l'amygdale peut être le siège de productions gommeuses, *hâtives ou tardives*, probablement appelées à se localiser ainsi par suite d'irritations locales, ou par le reliquat d'anciennes inflammations non spécifiques; il y a lieu d'ajouter en effet que l'hypertrophie amygdale si fréquemment observée chez les syphilitiques ne doit pas constituer une condition étiologique sérieuse, puisque la gomme amygdale reste jusqu'à plus ample informé une rareté, une curiosité de syphiliographie.

Le diagnostic des gommes amygdales est un des plus délicats que je sache, car deux problèmes d'une difficulté inégale il est vrai, s'imposent au médecin, d'abord différencier l'affection des diverses maladies qui peuvent frapper l'amygdale, puis la syphilis reconnue, reconnaître qu'on a affaire à une gomme.

1<sup>o</sup> La première chose à faire est donc de ne pas confondre avec les angines ou amydalites inflammatoires, la localisation tertiaire de la syphilis, or il peut y avoir des phénomènes généraux intenses (obs. I) qui durant les premiers jours

pourront faire errer le diagnostic, cependant ils sont en général moins violents, de plus petite durée, ils peuvent manquer tout à fait, et cette absence de symptômes fébriles avec une amygdalite intense doit être tenue pour suspecte, chez tout sujet syphilitique, ce symptôme négatif est donc à signaler.

Localement il en est un autre de même importance. C'est la circonscription à une seule amygdale du processus en apparence inflammatoire.

C'est encore une erreur que je relève dans la thèse de Pivaudran qui dit que l'amygdale sera rarement atteinte seule, or c'est la règle, tandis que, comme chacun le sait, angine pultacée et scarlatineuse, amygdalite inflammatoire, infectieuse, toutes ont une localisation double, sans parler de la concomitance des symptômes associés : couleur des exsudats, éruptions, etc., que je suppose connus, afin de ne pas donner à cette note des proportions aussi inutiles que fastidieuses. A la période d'ulcération, le diagnostic me paraît plus simple.

Les ulcérations du cancer se présentent avec un fond sanieux, une dureté des bords, la présence de fongosités considérables. Enfin la fétidité de sécrétion, une tendance aux hémorragies, un engorgement ganglionnaire, sans parler de la cachexie, tous symptômes qui ne sauraient permettre le doute, sans compter que l'iодure reste le juge définitif du débat.

Donc la syphilis reconnue, il faut affirmer la gomme. Comment ? Il pourra sembler à tous ceux qui ne se sont pas trouvés aux prises avec les difficultés que j'ai relatées dans mes deux observations, un peu oiseux de s'étendre sur cette partie définitive du diagnostic, et cependant je ne crains pas de l'affirmer, elle reste encore singulièrement délicate.

Le chancre de l'amygdale en effet, est un de ceux qui donnent lieu aux erreurs de diagnostic les plus fréquentes. Je renvoie d'ailleurs le lecteur à la savante étude de P. Legendre. (Arch. gén. de méd., 1884), dont je résume à grands traits les

signes distinctifs. Amygdale volumineuse, couverte souvent d'un exsudat grisâtre, épais, cohérent et *fétide*, quelquefois noirâtre, ces divers aspects pouvant se traduire par une érosion, une ulcération quelquefois diphéroïde ou gangréneuse *induration* au toucher, *adénopathie*. Le Gendre dans ses conclusions croit que la rougeur érythémateuse, et la réaction inflammatoire sont deux signes précieux pour le diagnostic différentiel du chancre et des syphilides ulcéreuses tertiaires gommeuses, je le crois, mais j'engage à ne pas faire fonds absolument sur cette association de signes, m'étant déjà expliqué catégoriquement sur la prétendue indolence de la gomme amygdalienne et ayant montré d'autre part que la rougeur la plus vive, la plus scarlatiniforme, si je puis ainsi m'exprimer, était de règle, lorsque la réaction inflammatoire apparaissait.

Les plaques muqueuses diphéroïdes, ne peuvent être confondues avec la gomme ulcérée. Elles sont multiples, règle générale d'autres érosions de même nature et d'apparence classique, c'est-à-dire opalines, porcelaniques, existent au niveau des commissures labiales, fréquemment sur le corps on rencontre des syphilides papuleuses ou autres qui permettent d'établir un diagnostic précis, ainsi que nous avons eu l'occasion de le montrer Alb. Robin et moi dans notre étude de la syphilis amygdalienne (Leçons de clin., 1885).

Enfin les syphilides ulcéreuses des amygdales si fréquentes doivent être distinguées. Je ne saurais mieux rappeler leurs caractères qu'en transcrivant ici la description qu'en donne Fournier :

« Celles-ci, dit ce maître, n'ont que peu ou pas de caractères distinctifs. Elles consistent simplement en des ulcérations analogues d'aspect à celles que nous venons d'étudier sur le voile, ce sont des plaies anfractueuses, et anfractueuses en raison même du siège qu'elles occupent, généralement grisâtres ou jaunâtres, quelquefois *pultacées*, *blanchâtres*, et comme *pseudo-membraneuses*; plus ou moins étendues; tantôt n'occupant qu'une partie de l'amygdale, tantôt s'éta-

lant sur toute la région ; le plus habituellement *indolentes et peu douloureuses* ; quelquefois cependant éveillant une certaine réaction de voisinage et s'accompagnant alors de douleur dans la déglutition, de gêne continue dans l'arrière-gorge, de bourdonnements et d'élancements d'oreille. On a vu parfois l'amygdale être fortement entamée et détruite presque complètement par des ulcération s yphilitiques tertiaires. J'ai même observé quelques cas dans lesquels la loge amygdalienne a été absolument évacuée, littéralement vidée par des lésions de ce genre.

A vrai dire toutefois je crois, sans oser *l'affirmer* (car la preuve est difficile à faire ici), que ces destructions totales des amygdales sont moins le résultat de simples syphiliides ulcérées que d'ulcération, consécutives à des *gommes* à de véritables *infiltrations gommeuses*. »

C'est qu'en effet ces gommes ne se différencient pas autrement que par leur siège des lésions semblables des organes voisins, et quoique je n'aie pas eu l'occasion de les étudier au point de vue anatomo-pathologique, je suis persuadé que leur description concorderait de tous points avec celle dont Mauriac a si heureusement résumé les caractères dans ses belles leçons de l'hôpital du Midi (1883).

Ce serait une prétention insoutenable que de vouloir dégager de deux observations si minutieuses soient-elles, des conclusions cliniques, fermes et indiscutables ; cependant en attendant le jugement de réforme qui ne manquera pas d'être prononcé s'il y a lieu, je crois qu'on peut conclure :

- 1° Que l'amygdale n'est pas à l'abri du processus gommeux.
- 2° Que la gomme s'y présente sous des apparences trompeuses, non pas du fait de l'insidiosité de son début mais bien de l'aspect angineux, diphtéritique ou scarlatineux que peut revêtir la maladie.
- 3° Qu'à l'indolence de la syphilis tertiaire du voile palatin il y a lieu d'opposer la vivacité réactionnelle de la gomme de l'amygdale, et qu'ainsi cette affection mériterait le nom d'angine ou mieux d'amygdalite tertiaire gommeuse aiguë.

## RECUEIL DE FAITS

## HÉMIATROPHIE LARYNGÉE

SANS PARALYSIE MOTRICE APPRÉCIABLE, CHEZ UNE SYPHILITIQUE  
ATTEINTE D'HEMIATROPHIE DE LA LANGUE DU MÊME COTÉ

Par le Dr Albert Ruault.

M<sup>lle</sup> B. (Virginie), âgée de 26 ans, blanchisseuse, se présente à la Clinique laryngologique des Sourds-Muets, le 10 octobre 1888, pour une affection de la langue et de la gorge qu'elle dit remonter à environ trois mois. Elle a d'abord senti, dit-elle, sa langue et sa gorge enflées et dououreuses, puis, il y a une quinzaine de jours elle a craché du pus, et sa langue a alors diminué de volume. Elle souffre en avalant, et a de la peine à parler. Voix bonne.

La malade a le teint frais et coloré, elle n'a pas maigri, et son apparence est celle de la santé. Elle semble avoir un peu d'exophthalmie, mais il n'y a ni tachycardie, ni augmentation de volume du corps thyroïde. De chaque côté du cou, elle présente une adénopathie marquée, et on y voit aussi des traces d'abcès ganglionnaires datant, dit la malade, de l'âge de 12 ans.

A l'examen de la gorge, on aperçoit, au fond du pharynx à gauche, une ulcération profonde, à fond grisâtre, dont les bords irréguliers sont entourés d'une zone très rouge, la partie supérieure de cette ulcération est en voie de guérison, et a un aspect granuleux et « beurre fondu », sa partie inférieure au contraire est plus profonde. A droite, on constate une cicatrice large et irrégulière à aspect blanchâtre et scléreux. Le pilier postérieur et le tiers externe du voile adhèrent au pharynx. Ces dernières lésions, bien organisées, paraissent être d'ancienne date.

La langue est irrégulièrement bosselée, tuméfiée, et très épaisse ; elle est très rouge ; à sa partie médiane, on voit une fissure profonde, au fond de laquelle on aperçoit, en écartant ses bords, une ulcération profonde et anfractueuse. La palpation de la langue fait reconnaître l'existence de trainées indurées, et de petites tumeurs résistantes, dans l'épaisseur de l'organe. La malade salive abondamment.

Comme traitement, elle n'a pris que de l'iodure de potassium à petite dose et de l'huile de foie de morue.

L'examen clinique ne permet pas le moindre doute sur la nature de ces lésions, il s'agit évidemment de syphilis tertiaire. Cependant, à ce point de vue, l'anamnèse ne donne aucun renseignement. La malade se défend énergiquement de s'être jamais exposée à contracter la syphilis, elle nie avoir eu précédemment des taches sur la peau, des céphalées, elle n'a jamais perdu les cheveux, etc. Ses parents sont, dit-elle, en très bonne santé. Elle nous apprend toutefois que son jeune frère a eu, l'an passé, une kératite soignée par l'iodure de potassium à l'intérieur qui a guéri sous l'influence de cette médication. En tout cas, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire tardive ou de syphilis acquise, la nature des lésions n'étant pas douteuse, je prescris un traitement spécifique énergique : frictions à l'onguent napolitain ; iodure de potassium, 6 grammes par jour ; régime lacté.

Le résultat du traitement devait démontrer bien vite l'exactitude du diagnostic. A la fin d'octobre, au bout de vingt jours de traitement, l'ulcération du pharynx était cicatrisée, mais la partie gauche du voile et le pilier postérieur adhéraient au pharynx. La langue avait repris son volume normal, on n'y sentait plus de noyaux isolés bien nets, mais on voyait toujours la fissure profonde de la partie médiane ; dont le fond était encore ulcéré. L'examen laryngoscopique permit de reconnaître que la cicatrisation de la partie inférieure de l'ulcération pharyngée n'était pas encore complètement terminée ; larynx sain et normal. Gingivite. Suppression des frictions mercurielles. Chlorate de potasse.

La malade resta deux mois sans se présenter à la Clinique ; et ne revint qu'à la fin du mois de décembre. Elle avait, pendant ces deux mois, continué à prendre sans interruption 6 grammes d'iodure de potassium par jour, sans en ressentir aucun inconvénient. A l'examen on trouva les lésions complètement cicatrisées ; mais la moitié gauche de la langue paraissait moins épaisse que la droite. A l'examen du larynx, on constatait une atrophie très marquée de la corde vocale inférieure gauche, qui était sensiblement plus mince que l'autre. Elle paraissait aussi plus courte, et la glotte dans son ensemble était légèrement déviée à gauche. Mais les mouvements d'adduction et de tension se faisaient également bien des deux côtés ; et la voix était normale.

On abaisse la dose d'iodure de potassium à 4 grammes.

Le 8 février, la malade revient, et se plaint de ne pouvoir plus supporter l'iodure de potassium, qui lui donne, dit-elle, des crampes d'estomac très douloureuses. Suspension de la médication.

A l'examen, on constate que l'adénopathie cervicale a considérablement

diminué ; l'aspect du pharynx n'a pas varié, les adhérences ne se sont pas étendues davantage. La langue est complètement guérie de ses ulcérations, et sa palpation ne fait plus constater qu'une traînée indurée répondant au fond de la fissure médiane, qui est devenue très peu apparente ; mais *toute la moitié gauche* de l'organe est très manifestement amincie et atrophiée. Malgré cette hémiatrophie, la langue paraît jouir d'une mobilité à peu près normale ; la malade n'a aucune gène pour manger ni pour parler ; mais elle ne parvient toujours que difficilement à tirer la langue hors de la bouche. Il n'y a pas de tremblement fibrillaire bien appréciable, ni de déviation notable de la pointe de l'organe.

L'examen du larynx fait constater que la déviation à gauche de la glotte, précédemment constatée, n'existe plus, le larynx est parfaitement droit dans la direction antéro-postérieure. Au moment des efforts de phonation, les cordes vocales se rapprochent l'une de l'autre de quantités égales et viennent au contact exactement sur la ligne médiane ; de même, au moment de l'inspiration, elles s'éloignent, et au moment de l'expiration, elles se rapprochent en parcourant des chemins d'égale longueur. Les mouvements sont parfaitement symétriques. Il n'y a pas de paralysie, ni même de parésie apparente. Mais la moitié gauche du larynx est très manifestement plus petite que la moitié droite.

La corde vocale est plus mince et plus courte, la partie postérieure de l'aryténoïde est aplatie ; il y a une hémiatrophie de la partie du larynx visible en arrière de l'épiglotte. Cette atrophie paraît n'atteindre que les muscles : les parties qui ne contiennent que peu de fibres musculaires, telles que la bande ventriculaire et le ligament ary-épiglottique, semblent avoir à peu de chose près conservé leur volume. L'examen de la partie antérieure du cou, ni le palper, ne peuvent permettre de se renseigner sur l'état du muscle crico-thyroidien.

La malade, qui vint régulièrement à la Clinique pendant quinze jours environ pour se soumettre à des tentatives de dilatation de l'espace palato-pharyngien très rétréci fut régulièrement examinée, et l'examen donna toujours les mêmes résultats. La malade avalait facilement ; elle ne se plaignait pas d'altération du goût. On put constater qu'elle ne présentait aucun signe de tabès. La sensibilité du pharynx et de la langue étaient normales, celle du larynx ne put être clairement constatée, à cause de la difficulté de l'examen laryngoscopique. Les lésions parurent stationnaires pendant les deux semaines environ où on put les observer ; mais bientôt la malade, qui supportait difficilement les tentatives de dilatation

tation du pharynx avec les pinces, cessa de venir, et elle a été perdue de vue depuis lors.

Cette observation me semble justifier le titre que je lui ai donné, et présenter assez d'intérêt pour mériter d'être publiée. L'existence de l'hémiatrophie de la langue n'était pas douteuse, et bien que cet organe ait été récemment le siège de gommes syphilitiques (et non d'infiltration gommeuse diffuse), il était facile de constater l'extrême régularité de l'atrophie exactement limitée à la moitié gauche de l'organe, où la palpation ne faisait plus reconnaître d'induration appréciable, sauf au centre. Quant à l'hémiatrophie du larynx, elle n'était pas douteuse non plus; et, comme le larynx n'avait été le siège d'aucune lésion syphilitique ayant laissé du tissu cicatriciel à sa suite, elle n'était même pas discutable. Mais un fait intéressant, c'est qu'il n'était pas possible de constater des signes de paralysie motrice. A un examen superficiel et rapide, l'image laryngée éveillait bien tout d'abord l'idée d'une parésie du récurrent gauche; et cependant, en étudiant ensuite avec soin la motilité du larynx, on reconnaissait bientôt que les deux cordes vocales étaient aussi mobiles l'une que l'autre. Non seulement, pendant la phonation, les faces internes des arytenoïdes venaient au contact exactement sur la ligne médiane, ce qui pourrait à la rigueur s'expliquer par l'existence de fibres du récurrent droit allant innérer le muscle arytenoïdien gauche, et ne démontrerait pas absolument l'absence de paralysie du récurrent gauche; mais, pendant la respiration, les cordes s'écartaient également, et, aux larges inspirations, la glotte prenait également une force nettement pentagonale. Enfin la corde atrophiée se tendait nettement pendant la phonation, l'action combinée du crico-arytenoïdien postérieur et du crico-arytenoïdien latéral suffisait pour fixer l'arytenoïde et faire équilibre à celle du crico-thyroïdien; la voix était tout à fait bonne. L'examen électrique s'il eut été possible, eût pu donner d'utiles renseignements; et même, si l'on eût pu étudier les troubles

de la voix chantée, on aurait certainement recueilli quelques indications intéressantes ; mais, quelque imparfait qu'ait été l'examen, je pense cependant avoir le droit d'en induire qu'au moment où j'observais la malade, les muscles, tant de la langue que du larynx, bien que nettement atrophiés, avaient conservé leur motilité normale, et une force suffisante, c'est-à-dire un nombre de fibres musculaires suffisant pour leur permettre d'exécuter encore assez régulièrement leur fonction. Mais il est clair que si l'atrophie augmente, il arrivera un moment où ces fonctions deviendront impossibles, et où l'examen laryngoscopique fera reconnaître simplement les signes d'une paralysie du récurrent avec atrophie musculaire.

La paralysie du récurrent du même côté que l'atrophie de la langue, est notée dans un bon nombre des cas d'hémiatrophie linguale d'origine bulbaire publiées jusqu'ici et qui sont presque tous réunis dans les mémoires que MM. Raymond et Artaud, M. G. Ballet et M. R. Leudet ont consacrés à l'étude de cette question. Mais je ne connais pas de cas où l'on ait pu, comme j'ai fait, assister au début de la lésion et la voir évoluer ; et dès lors on ne peut affirmer que, dans les observations où, en même temps que la paralysie, l'atrophie musculaire est notée, celle-ci ait suivi la paralysie au lieu de la précéder. Dans quelques cas, on note l'immobilité plus ou moins complète de la corde vocale sur la ligne médiane. Peut-être s'agit-il là d'une atrophie musculaire encore limitée au muscle crico-aryténoïdien postérieur, et assez marquée pour empêcher son fonctionnement.

Si l'on veut bien remarquer que dans mon cas l'hémiatrophie de la langue et du larynx s'est montrée au moment où les lésions syphilitiques bucco-pharyngées et l'adénopathie avaient à peu près disparu ; qu'il n'y avait aucun symptôme permettant de penser à des compressions ou à des lésions périphériques portant à la fois sur le récurrent et sur l'hypoglosse ; on admettra, je pense, que l'atrophie était d'origine centrale, et due à des lésions des noyaux bulbares. Celles-

ci peuvent-elles être considérées comme la conséquence de troubles d'irrigation sanguine par artérite syphilitique ? Etaient-elles les premières manifestations d'un tabes qui s'affirmera plus tard ? Ce sont-là des questions auxquelles je ne chercherai pas à répondre. Je me bornerai à constater qu'il est regrettable que cette malade ait été perdue de vue, car l'évolution des lésions eût été fort intéressante à suivre. Mais, quelque incomplète qu'elle soit, son observation n'aura pas été publiée inutilement, si elle a pour résultat d'appeler l'attention des observateurs sur les rapports divers qui peuvent relier entre elles les atrophies et les paralysies des muscles du larynx d'origine bulbaire, et leur faire reconnaître que les premières ne sont pas toujours la conséquence des secondes, et que l'inverse peut s'observer aussi dans certains cas.

---

## REVUE CRITIQUE

---

### DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS PUBLIÉS SUR LA QUESTION

Par le Dr **Luc.**

---

La connaissance des abcès du sinus maxillaire n'est pas précisément de date récente. La question de leur traitement chirurgical occupait déjà les chirurgiens du siècle dernier et nous la voyons, en 1765, soulever une discussion au sein de l'Académie royale de chirurgie, à l'occasion de la proposition faite par Jourdain de traiter ces abcès, au moyen d'injections pratiquées par l'ouverture naturelle de la cavité dans les fosses nasales. Allouel prétendit même que cette méthode appartenait à son père et avait été appliquée par lui dès 1739. Quoi qu'il en soit, elle fut mal accueillie par l'Académie et, jusqu'à ces derniers temps, les chirurgiens préférèrent donner issue au pus accumulé dans le sinus par

des ouvertures artificielles pratiquées sur l'os, soit au niveau d'une cavité alvéolaire (procédé de Cowper ou de Meibomius) soit au niveau de la fosse canine (procédé de Desault). Il était naturel qu'il en fût ainsi, la méthode proposée par Jourdain et Allouel impliquant un perfectionnement et une généralisation des procédés de rhinoscopie qui ne devaient se réaliser que beaucoup plus tard. Aussi voyons-nous, tant que ce dernier progrès n'a pas été atteint, la pathologie du sinus maxillaire demeurer solidaire de la grosse chirurgie, c'est-à-dire que l'on n'en connaît que les symptômes très apparents qui veulent bien venir se montrer au dehors, sous forme de tumeurs, de fistules ou de fluctuation plus ou moins parcheminée. Ouvrons par exemple les ouvrages classiques de pathologie externe publiés dans notre pays, antérieurement à ces dix dernières années, nous y trouverons une conception très exacte de la maladie, pour tout ce qui a trait à sa pathogénie et notamment à ses rapports avec les affections dentaires ; mais relativement aux symptômes, il n'y est fait mention que des plus apparents, c'est-à-dire des plus exceptionnels. Les formes latentes, qui constituent la majorité, sont à peu près passées sous silence. Quant aux détails susceptibles d'être fournis par la rhinoscopie antérieure ou postérieure, il n'en est fait aucune mention.

Pour la pathogénie du sinus maxillaire en particulier, comme d'ailleurs pour celle des cavités nasales, d'une façon générale, il est juste d'attribuer une bonne partie des progrès accomplis, dans nos connaissances sur l'anatomie pathologique de cette région, à l'ouvrage magistral de ZUCKERKANDL (1), paru à Vienne en 1882, travail édifié sur la dissection de trois cents crânes, et mettant en lumière un grand nombre de points nouveaux, relatifs aux variétés nombreuses de conformation des cavités nasales et de leurs

---

(1) ZUCKERKANDL. *Normale und pathologische anatomia der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge.*

dépendances et à certaines de leurs lésions. Ce travail devait fournir une base précieuse à toutes les recherches publiées ultérieurement sur la pathologie de ces régions, et nous aurons nous-même l'occasion d'y faire plus d'un emprunt, au cours de cette revue.

En 1886 Ziem, de Dantzig, fit paraître dans le *Monatschrift für Ohrenheilkunde* (n°s 2 et 3) deux articles (1) qui furent très remarqués des spécialistes d'Allemagne et où l'auteur, s'appuyant sur 25 cas d'ouverture du sinus, 20 fois pour une blennorrhée nasale simple et 5 fois pour une blennorrhée fé-tide, établissait nettement l'inanité de la plupart des signes classiques de l'affection et la grande proportion, inconnue jusque-là, des faits latents. Il montra que la plupart des suppurations nasales rebelles à un traitement local dirigé simplement contre la muqueuse de la cavité nasale proprement dite, n'étaient que la manifestation secondaire de lésions en foyer et, dans la grande majorité des cas, d'inflammations suppuratives du sinus maxillaire. Dans tout ses cas, il n'observa pas une seule fois la projection en avant de la paroi antérieure de la cavité malade. Le gonflement de la joue ne fut noté qu'une fois, et encore, à la suite d'une cautérisation ignée de la muqueuse nasale. La douleur locale et l'augmentation de l'écoulement, le malade étant couché sur le côté opposé, ne se montrèrent rien moins que constantes. En revanche, dans un cas où tous les signes classiques se trouvaient réunis, au grand complet, la cavité du sinus se montra vide. Ziem établissait en outre dans ce travail, ainsi que dans un autre paru antérieurement (2), que certains gonflements congestifs de la muqueuse nasale ne sont que des phénomènes réflexes liés à des affections des sinus ou à des irritations d'origine dentaire et que réciproquement des irritations d'origine nasale peuvent occasionner des douleurs dentaires avec intégrité des dents.

---

(1) ZIEM. *Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiternugen.*

(2) *Ueber die Beziehungen zwischen Nasen und Zahnkenngränen.* ZIEM, in *Monatschr. für Ohrenheil.*, 1885, p. 372.

En 1887, Killian de Worms publia, dans le même journal, un article (1) dans lequel il confirmait plusieurs des faits avancés par Ziem et apportait à la question un appoint de connaissances nouvelles. Les deux observations qui forment la base de ce travail établissent la possibilité de l'écoulement exclusif d'un abcès du sinus maxillaire par l'orifice postérieur de la fosse nasale correspondante et le pharynx. Des traînées de pus provenant de cette origine pourraient même s'observer sur la voûte du pharynx nasal, en raison de l'adossement de points très éloignés les uns des autres de la muqueuse pharyngée, pendant la déglutition.

Killian s'attache en outre tout spécialement dans son travail à déterminer quelles sont, parmi les dents, celles dont la carie ou l'avulsion expose le plus à l'inflammation du sinus. D'après lui les deux premières grosses molaires et notamment celle de leurs racines dite buccale joueraient sous ce rapport un rôle tout à fait prédominant. Ce fait, conforme aux données de l'anatomie, se trouvait d'ailleurs déjà mentionné dans les traités de pathologie de Duplay et de Terrier. Nous avons eu nous-même l'occasion fréquente d'en constater l'exactitude et l'importance.

Killian mentionne encore dans son article les pseudo-hypertrophies congestives et passagères des cornets provoquées par l'inflammation du sinus et disparaissant avec elle. Enfin il établit, dans la première de ses observations, la possibilité de pratiquer le catéthérisme et le lavage du sinus par son orifice accessoire.

Sous l'impulsion des publications que nous venons de résumer rapidement, la question des abcès du sinus maxillaire a été, à plusieurs reprises, dans ces dernières années, le sujet de communications et de discussions intéressantes, dans les sociétés et congrès de laryngologistes.

Le 20 septembre 1886, le professeur Stoerk, de Vienne, fait

---

(1) *Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorrhöe*, in *Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1887, p. 277 et 321.

une communication à la 59<sup>e</sup> réunion des médecins allemands à Berlin, sur le lavage du sinus, dans les formes aiguës d'inflammation suppurative, par l'orifice normal de la cavité, soit à l'aide d'une petite canule recourbée, soit au moyen d'une canule droite percée d'un orifice latéral que l'on a soin de tourner vis-à-vis de la cavité malade.

Tornwaldt prend la parole pour confirmer l'opinion émise par Ziem relativement au peu de valeur des symptômes classiques de l'affection. Il est d'avis que la plupart du temps, les symptômes sont tellement obscurs que l'on ne peut que présumer la présence du pus et que l'ouverture du sinus doit être pratiquée autant dans un but d'investigation que comme moyen curatif.

Notons encore, dans la même séance, la communication de Bayer, de Bruxelles, qui recommande l'élargissement de l'ouverture naturelle du sinus au moyen du galvano-cautère et la position couchée sur le ventre pour faciliter la sortie du pus.

L'année suivante, à la Société des médecins de Berlin, B. Fränkel faisait sur le même sujet, une importante communication reproduite par le journal *Berliner klinischer Wochenschrift*, 1887, p. 273, dont le point essentiel était : l'importance d'explorer rhinoscopiquement la région du méat moyen, dans les cas douteux d'abcès du sinus maxillaire. L'auteur recommande de faciliter l'exploration au moyen de la cocaïne. Cette exploration doit être précédée d'un lavage détersif de la région. Quand celle-ci a été suffisamment nettoyée, on prie le malade de pencher quelques temps sa tête en bas. La constatation de la présence de pus dans le méat moyen, aussitôt après cette manœuvre, permet d'établir qu'il tire son origine du sinus.

Dans cette même communication, Fränkel se montrait partisan de l'origine dentaire de l'abcès du sinus, dans la grande majorité des cas, surtout lorsque celui-ci est fétide. Cette fétidité ne serait autre que celle de la périostite alvéolo-dentaire dont l'odeur est si particulière, au point

de vue du traitement. L'auteur préconisait une contre-ouverture pour l'écoulement facile du pus, mais il disait avoir renoncé à l'ouverture par l'alvéole, qui expose à la pénétration de parcelles alimentaires dans la cavité malade, et donnait préférence à l'ouverture de la paroi du méat inférieur par la méthode de Mikulicz.

La même année (13 avril 1887) la même question était l'objet d'une discussion, au cours d'une session de la Société française de laryngologie, à l'occasion d'une communication du Dr Schiffers, de Liège (1).

Après avoir émis l'opinion que les abcès du sinus maxillaire étaient la plupart du temps d'origine nasale, Schiffers se montra ennemi des contre-ouvertures qui ont, pour lui, l'inconvénient d'exposer la cavité malade à l'infection d'origine buccale. Il propose une méthode opératoire consistant à introduire une sonde cannelée à travers l'orifice naturel du sinus et à inciser et à agrandir cet orifice au moyen d'un petit bistouri spécial conduit à destination le long de la sonde cannelée. L'écoulement du pus dans le nez une fois assuré, il suffit de pratiquer des lavages de la cavité nasale, la tête étant maintenue penchée en bas et inclinée vers le côté non malade, pour obtenir une guérison rapide.

Les idées de M. Schiffers parurent ne trouver que peu d'écho parmi les laryngologistes français présents qui, en général, se mourrèrent partisans de l'origine dentaire de l'abcès du sinus maxillaire et parurent considérer le catéthérisme de l'orifice naturel des sinus comme généralement difficile et souvent impraticable.

Nous relevons dans la même séance une intéressante observation rapportée par le Dr Chatellier et ayant trait à un sujet mort de péricardite dans le service de M. Gougenheim, après avoir présenté les symptômes d'un ozène vrai, très fétide. A l'autopsie on trouva les signes connus de la

---

(1) *Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire*, par le Dr SCHIFFERS, de Liège, in Rev. mens. de laryng., 1887, p. 289.

rhinite atrophique. L'antre d'Highmore gauche se montrait en outre rempli de pus, ainsi que les sinus sphénoïdaux, mais ce pus n'avait aucune odeur rappelant celle de l'ozène.

Il nous reste à mentionner, pour terminer cette étude bibliographique, deux articles parus simultanément, cette année dans le n° 10 du journal allemand : *Deutscher med. Wochenschrift*, l'un dû au professeur Bayer, de Bruxelles, l'autre au Dr Hartmann. Le premier a également été publié dans la *Revue de laryngologie* (1889, n°s 1 et 2). Bayer revendique dans son travail la priorité de la méthode de renversement de la tête en bas, pour faciliter l'issue du pus par l'orifice du sinus, situé, comme on le sait, tout contre sa paroi supérieure. Un des points originaux de ce travail est la coïncidence signalée par l'auteur de polypes du méat moyen avec l'abcès du sinus. Bayer admet que ces polypes puissent être cause ou effet de l'affection de l'antre d'Highmore. On peut admettre en effet que leur production soit liée à une inflammation chronique de la muqueuse nasale, entretenue par le catarrhe du sinus, ou que, développés au contraire primitivement, ils occasionnent l'obstruction de l'hyatus semi-lunaire et conséutivement l'accumulation et la fermentation des liquides sécrétés dans la cavité du sinus. Bayer insiste sur les caractères particuliers de cette fermentation. L'odeur qui en résulte serait distincte de l'ozène vrai et rappellerait celle des vieilles conserves de harengs.

Dans les cas où il existe une dent cariée, Bayer se montre partisan de l'opération de Cowper ; en dehors de cette circonstance, ou lorsque le malade s'oppose à l'opération par voie buccale, il conseille d'élargir avec le galvano-cautère l'orifice du sinus, après avoir enlevé ou détruit les masses polypeuses qui tendent à l'oblitérer, puis de pratiquer des lavages antiseptiques dans les cavités nasales, après avoir eu soin de faire incliner au malade la tête en bas, pendant quelque temps.

Le travail de Hartmann présente quelques points de con-

tact avec le précédent: c'est ainsi que l'auteur signale aussi l'obstruction possible de l'hyatus par des polypes.

Il se montre également partisan du lavage de la cavité du sinus par son orifice naturel, mais directement, au moyen d'une petite canule recourbée imaginée par lui et destinée à être introduite à travers l'hyatus. Dans le cas où cette manœuvre présente des difficultés, il n'hésite pas à conseiller la résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen, à l'aide d'un conchotome spécial; dans le cas où les lavages ne réussissent point par cette voie, il est d'avis de pratiquer la ponction alvéolaire.

Hartmann insiste dans son travail sur la fréquence de la voûture de la paroi interne de l'antre résultant de la pression exercée par le liquide épanché à son intérieur. Cette voûture compliquée de gonflement de la muqueuse nasale déterminerait fréquemment d'après lui l'obstruction de l'infundibulum et la rétention de liquide dans le sinus frontal. C'est ainsi qu'il explique la douleur frontale et la névralgie sus-orbitaire parfois observées dans le cours de l'inflammation du sinus maxillaire. La douche d'air intra-nasale serait le meilleur moyen d'obtenir momentanément le dégorgement du sinus frontal qui tendrait d'ailleurs à s'opérer définitivement dès que l'on a obtenu la guérison de l'abcès de l'antre d'Highmore.

Nous venons d'exposer impartialement et sans autre ordre que celui de leur publication les divers travaux publiés sur la question depuis ces dernières années. Nous allons chercher maintenant à les utiliser pour l'édification d'une description d'ensemble, en y joignant l'appoint de notre propre expérience et des nos observations personnelles.

(A suivre.)

---

SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## ACADEMIE DE MÉDECINE

*Séance du 27 novembre 1888.*

M. MAGITOT fait une communication sur la nécrose phosphorée et examine avec M. Roussel la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Ce serait une carie pénétrante. Cette interprétation est en contradiction avec la théorie allemande qui veut que le phosphore exerce spécialement son action destructive sur les os ; elle est aussi en opposition avec l'opinion soutenue par MM. Trélat et Lallier qui prétendent que le phosphore corrode la muqueuse gingivale et le périoste des os maxillaires. Les conséquences pratiques à déduire de cette théorie sont une ventilation convenable ; l'interdiction de l'entrée de la fabrique à tout individu d'une constitution débile ou ayant des dents cariées. M. Magitot et avec lui M. Brouardel préconisent l'emploi du phosphore rouge à la place du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes ; les autres précautions étant très difficiles à obtenir.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 12 décembre 1888.*

**Gastrotomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, digestion de la paroi abdominale par le suc gastrique ; ouverture du ventre ; mort par péritonite, par M. TUFFIER.**

Cette observation a trait à un homme de 44 ans auquel on fit une gastrotomie après que le cathétérisme œsophagien fut devenu impuissant et alors que l'œsophagotomie externe était impossible. Le titre de l'observation indique ce qu'il advint de ce cas. L'autopsie révéla l'existence d'un épithélioma de l'œsophage avec brides dépendant du corps thyroïde.

*Séance du 23 février 1889.*

**Kyste dermoïde de la fente intermaxillaire, par M. LANNELONGUE.**

M. LANNELONGUE constate que ces kystes sont très rares car il ne lui a été possible d'en trouver dans la littérature qu'un seul cas : il est con-

signé dans la thèse de Cusset. Pour sa part il en a observé deux cas, l'un congénital chez un homme de 29 ans. La tumeur avait le volume d'une noix et siégeait en avant du masséter. Le second cas a été observé chez une jeune fille de 18 ans ; deux ans auparavant elle avait remarqué l'existence d'une petite tumeur située à 1 c. 1/2 de la commissure buccale. Le diagnostic dans les deux cas a été fait en se basant sur le siège fissuraire de ces deux tumeurs et il a été confirmé par l'ablation.

M. TRÉLAT possède deux observations inédites qu'il n'hésite pas à rapprocher de celles de M. Lannelongue. Dans un cas la tumeur siégeait à proximité de la commissure et dans l'autre près de l'angle de la mâchoire.

*Séance du 20 février 1889.*

M. CHAVASSE adresse à la Société l'observation d'un **kyste dermoïde** situé dans la région sous-hyoïdienne médiane et relié à l'os hyoïde par un large tractus fibreux : il était d'autre part adhérent à la partie droite de la membrane thyro-hyoïdienne par un autre lien fibreux aussi large.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 14 décembre 1888.*

**Des rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique**, par M. JOFFROY.

M. JOFFROY, a observé sept fois la coïncidence chez le même sujet des signes et symptômes de l'ataxie et de la maladie de Basedow. La symptomatologie du goitre exophthalmique étant dans certains cas typique on pourrait admettre la coexistence des deux affections et dire que le goitre a précédé le tabes. Si les symptômes sont frustes et qu'il n'existe que de la tachycardie ou un peu d'exophthalmie il serait alors possible de rattacher ces symptômes au tabes, la névrite du pneumogastrique pouvant expliquer la tachycardie.

M. BARIÉ qui a fait des observations analogues estime que les symptômes du goitre exophthalmique tiennent à des lésions bulbo-protubérantielles. Ils peuvent être guéris quand il s'agit d'une simple congestion et sont au contraire incurables s'ils tiennent au développement de la sclérose.

*Séance du 8 février 1889.*

M. G. BALLET à propos de la communication précédente admet la coexistence de la maladie de Basedow et de l'ataxie locomotrice progressive mais il ne pense pas avec M. Barié que le goitre exophthalmique soit le résultat d'une lésion. Deux interprétations peuvent être proposées pour rendre compte de la présence simultanée chez le même malade des symptômes du goitre exophthalmique et de ceux de l'ataxie. Dans la première, celle à laquelle se rattache M. Ballet, il s'agit d'une simple association morbide qui peut s'expliquer très bien par une tare originelle : l'hérédité nerveuse. La seconde interprétation qui fait dépendre le goitre exophthalmique de lésions de l'ataxie est inadmissible ; en effet, dans ce cas la lésion tabétique aurait gagné le noyau d'origine du pneumogastrique. Or, lorsqu'il y a dégénérescence de ce noyau la tachycardie qui survient est un phénomène ultime et de peu de durée, et en outre il n'existe pas d'autres signes de la maladie de Basedow.

M. RENAULT a observé chez une jeune femme un goitre exophthalmique caractérisé par une exophthalmie manifeste avec faible hypertrophie du corps thyroïde et tachycardie des plus prononcées. Or cette malade qui était alors enceinte accoucha à terme quelques mois plus tard et vit du même coup disparaître son goitre exophthalmique.

M. DUMONT PALLIER s'étonne de voir M. Ballet affirmer la curabilité du goitre exophthalmique car les cas qu'il a vus n'ont jamais guéri complètement.

M. LABBÉ n'avait jamais cru non plus à la guérison du goitre exophthalmique, il pense que cette maladie ne saurait toujours être considérée comme une névrose ; à son avis on doit admettre dans certains cas l'existence d'une lésion bulbaire.

M. BALLET maintient que le goitre exophthalmique est curable, mais il lui paraît impossible d'indiquer dans quels cas on peut compter sur une guérison.

*Séance du 22 février 1889.***Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie,**  
par M. SEVESTRE.

M. SEVESTRE admet que dans la diphtérie l'infection se fait d'une façon médiate, le contagion ayant été transporté de l'individu malade à l'individu sain par l'intermédiaire d'un objet quelconque. Il cite à l'appui de cette opinion des cas probants tirés de sa pratique personnelle. Pour

circonscrire les épidémies de diptérie, l'isolement est de rigueur; mais il faut en outre pour obtenir des résultats complets, désinfecter tous les objets qui ont pu être en contact avec les malades.

**Appareil destiné à empêcher la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie, par M. BALZER.**

M. BALZER rappelle qu'en 1878 il a déjà attiré l'attention sur l'influence nocive qu'exerce la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie. Ces poussières pouvant être en outre accompagnées par des microbes pathogènes, on doit opposer à leur passage un obstacle plus efficace que la cravate. A cet effet, M. Balzer a fait construire un petit appareil constitué par un tube recourbé de douze millim. de diamètre sur quatre centim. de longueur; ce tube fermé à ses deux extrémités par un petit grillage, présente sur sa face convexe une petite fenêtre elliptique par laquelle il est possible d'insinuer soit du coton hydrophile, soit une gaze antiseptique roulée. Cet appareil s'adapte à l'extrémité antérieure de la canule interne de Lüer; il est destiné par l'intermédiaire du coton qu'il renferme à opposer un obstacle absolu à la pénétration des corps étrangers en tamisant l'air appelé par l'inspiration. Facile à enlever il pourra être renouvelé quand il sera nécessaire.

*Séance du 8 mars 1889.*

**Un cas de guérison de goitre exophthalmique, par M. GÉRIN-ROZE.**

M. GÉRIN-ROZE a eu dans son service une demoiselle de 37 ans atteinte d'un goitre exophthalmique dont elle faisait remonter les symptômes à six mois. Les règles étaient supprimées depuis trois mois. La malade était neurasthénique. La malade fut soignée pendant tout un mois et avec un succès notable au moyen de la digitale, du bromure de potassium, d'injections hypodermiques d'ergotine, de sacs de glace sur la région précordiale et du drap mouillé. Mais l'insomnie, les vomissements et surtout une diarrhée persistante, faisaient présager un pronostic fatal à brève échéance lorsque tout à coup et après quelques jours de courants continus le tableau devint un peu moins sombre. Au bout de trois mois il y avait une amélioration notable. Peu à peu tous les accidents disparaissent et actuellement la guérison est complète.

## SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

*Séance du 14 décembre 1888.***Goitre exophthalmique ; présentation de pièces ; relation de l'autopsie,**  
par M. LE NOIR.

M. LE NOIR communique une observation de goitre exophthalmique relative à une malade de 37 ans, morte à l'hôpital. L'autopsie révéla une hypertrophie du corps thyroïde dont le diamètre transversal atteignait 7 cent. 1/2. Le thymus entouré de tissu graisseux avait un diamètre transversal maximum de 6 cent. 1/2 et pesait 35 grammes. La trachée et l'aorte étaient entourés de nombreux ganglions lymphatiques et dont l'un particulièrement aurait pu amener de la compression du nerf récurrent gauche. Les nerfs sympathiques et pneumogastriques ne présentaient aucune trace d'altération ; pas de lésion macroscopique du système nerveux. L'examen histologique n'a pas été fait.

*Séance du 4 janvier 1889.***De quelques rapports anatomiques de la glande sous-maxillaire,**  
par M. RICARD.

C'est à tort, dit M. RICARD, qu'on se représente la glande sous-maxillaire encadrée entre les deux ventres du muscle digastrique répondant à la partie moyenne du maxillaire inférieur et logée à la face interne de cet os.

Il résulte de ses recherches anatomiques que cette glande est située dans la moitié postérieure de la région sus-hyoïdienne et non dans la partie moyenne. Par sa face profonde elle est appliquée sur le ventre postérieur du digastrique, la poulie de ce muscle, le triangle hypoglosso-hyoïdien et la grande corne de l'os hyoïde. Elle est à peine appliquée sur le tendon antérieur du digastrique. Presque tout entière située dans le cou, c'est par le cou qu'elle doit être explorée. Pour faire la ligature de l'artère linguale il faut se garder d'une incision trop élevée, trop rectiligne et trop antérieure ; l'incision courbe à convexité atteignant le bord supérieur de la grande corne de l'os hyoïde sera la meilleure.

*Séance du 25 janvier 1889.*

**Calcul salivaire, par M. PILLET.**

M. PILLET présente un calcul de la glande sous-maxillaire avec examen histologique de la glande ; il y avait atrophie scléreuse et retour des cellules à l'état indifférent.

**Kyste dentifère du sinus maxillaire, pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par M. GÉRARD-MARCHANT.** Examen histologique par M. ALBARRAN.

Une fillette de 10 ans était entrée dans le service du professeur Lanelongue pour une affection ayant débuté six mois auparavant par des douleurs dentaires à gauche. A son arrivée à l'hôpital l'aspect était le suivant : asymétrie faciale assez marquée ; du côté gauche la racine et l'aile du nez sont soulevées, le sillon naso-labial a disparu ; la joue à ce niveau est soulevée par une tuméfaction du volume d'une grosse noix qui remonte le long du nez et a effacé le sillon naso-génien ; peau normale ; pression légèrement douloureuse. Œil gauche sain. Si on fait ouvrir la bouche on aperçoit à gauche au niveau de la fosse canine et se prolongeant en arrière la tumeur qui bombe ; son volume en ce point est celui d'une grosse noisette, la muqueuse qui la recouvre est fortement teintée en rose et couverte d'arborisations vasculaires. En avant la tumeur est ferme, résistante, en arrière elle est molle sans fluctuation. Prolongement dans la fosse nasale gauche et sur la face externe. Le développement a été rapide depuis deux mois mais sans douleurs ni troubles généraux. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic de sarcome ayant été porté, on pratiqua la résection du maxillaire supérieur. Pendant l'opération la pince coupante introduite par le nez perfora le prolongement nasal ce qui donna lieu à un écoulement de liquide jaunâtre.

L'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un kyste dentifère à épithélium pavimenteux logé dans l'intérieur du sinus maxillaire où il s'était développé et dont il avait excentriquement repoussé les parois.

M. ALBARRAN, insiste sur ce fait pour faire observer que contrairement à l'opinion de M. Magitot ; les kystes dentifères peuvent se développer à l'intérieur du sinus maxillaire, et ce détail permettra d'éviter les erreurs de diagnostic dues aux prolongements nasaux. En second lieu, la présence d'une couche épithéliale envoyant des bourgeons dans l'épaisseur

de la paroi démontre la nécessité d'une intervention chirurgicale plus sérieuse que le simple drainage.

*Séance du 8 mars.*

**Goitre, par M. POTHERAT.**

M. POTHERAT présente deux pièces montrant l'une et l'autre un goitre avec une disposition et un volume très différents. Dans le premier cas il s'agissait d'une vieille femme avec un goitre développé surtout aux dépens du lobe latéral gauche dont le diamètre vertical atteignait 9 cent. et le diamètre transversal 6 cent. Le lobe droit mesurait verticalement 7 cent. 1/2 et transversalement 3 cent. 1/2. Ce goitre était calcifié dans sa plus grande étendue. Les artères thyroïdiennes étaient très développées. L'œsophage comprimé latéralement et dévié à droite était diminué de calibre. La trachée refoulée à droite présentait une disposition en S. Sur la face postérieure existaient des empreintes très marquées des vaisseaux carotidiens.

Dans le second cas il s'agissait d'une tumeur trouvée chez un homme adulte dont le système artériel était très athéromateux. Située au niveau de la poignée du sternum en arrière de l'aorte et descendant très bas derrière les vaisseaux de la base du cœur, cette tumeur molasse, arrondie, du volume d'une grosse orange, refoulait fortement à droite et en arrière la trachée sans la déformer, et portait à sa surface plusieurs lobules pédiculés ; elle était rattachée à l'isthme par un étroit pédicule. Elle avait fortement écarté en dehors les troncs artériels de la base du cœur à leur origine. Les artères thyroïdiennes inférieures et supérieures avaient un volume anormal et de plus existait une grosse thyroïdienne de Neubauer naissant du tronc brachio-céphalique artériel.

*Séance du 5 avril 1889.*

**Épithélioma de l'amygdale, par M. LUBET-BARBON.**

Cette observation a trait à un homme de 62 ans. Le malade était venu consulter pour de la dysphagie, il faisait remonter le début de ses accidents au mois de novembre dernier époque où une arête de poisson s'engagea dans la gorge et produisit une sensation de piqûre, qui dura les jours suivants, s'amenda peu à peu et reparut en janvier. Pas de troubles de la santé générale.

L'inspection à l'aide du miroir révèle l'existence d'une tumeur sessile, allongée, qui part du pied de l'amygdale droite près du sillon amygdalo-

glosse ; elle se dirige en dedans entre la langue et l'épiglotte qu'elle cache presque en entier. Elle ressemble assez à un polype de l'amygdale ; mais au toucher, on sent qu'elle repose sur une base dure, assez large ; en outre il existe au cou des ganglions bilatéraux. Section du bourgeon au serre-nœud.

L'examen microscopique a révélé qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Depuis il y a eu envahissement de la base de la langue et la néoplasie a converti l'amygdale en une masse dure au toucher à peu près indolente et difficile à délimiter. Les troubles de la déglutition ont persisté ; le malade a maigri et s'est affaibli.

Ce cas inspire à M. Lubet-Barbon les réflexions suivantes. Difficulté de porter le diagnostic de tumeur maligne avec le seul symptôme dysphagie, tous autres signes faisant défaut à l'exception de l'engorgement ganglionnaire et de l'induration de la région. En outre l'épithélioma primitif de l'amygdale est une manifestation assez rare, car le plus fréquemment il est consécutif à celui de la base de la langue. Enfin le début étant très obscur et la marche insidieuse, il arrive que le malade vient trop tard réclamer les soins que comporte son état.

---

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 23 mars 1889.*

**Des modifications respiratoires résultant de l'excitation du pneumogastrique, par M. FRANÇOIS-FRANCK.**

M. F.-FRANCK d'après ses expériences, attribue les altérations du rythme et de la forme des mouvements respiratoires consécutives à l'excitation du pneumogastrique à la sensibilité très évidente du bout inférieur du pneumogastrique et non comme on l'admet généralement à la contraction spasmodique des muscles de Reiseissen ou à l'excitation des capillaires du poumon.

*Séance du 30 mars 1889.*

**Les inhalations d'oxygène dans la diphtérie.**

M. P. LANGLOIS a constaté dans ses recherches que les exhalations d'oxygène déterminaient l'accélération du rythme respiratoire qui peut s'élèver à 35 0/0. Il explique ce fait en disant que la subasphyxie prolongée amène une dépression des centres bulbaires ; or l'oxygène inhalé di-

minuant cette subasphyxie, il est alors possible à l'enfant de réagir plus énergiquement, d'où accélération respiratoire.

*Séance du 6 avril 1889.*

M. CHAUVEAU rappelle que chez les chevaux, à la suite de la section de pneumogastriques, la respiration devient complètement silencieuse. Quand la section est unilatérale, la respiration cesse du côté sectionné et elle s'affaiblit seulement du côté opposé. Il montre des tracés qui prouvent qu'à la suite de l'excitation du nerf sectionné les fibres de Reiseissen se contractent et que c'est à cette contraction que doit être attribuée l'imperméabilité du poumon. M. Dastre attribue aussi un rôle important à l'action de ces fibres dans la production des troubles respiratoires.

*Séance du 13 avril 1889.*

**Bourse de Luschka et maladie de Tornwaldt.**

(Voir plus loin, page 171.)

---

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

La Société de thérapeutique a consacré plusieurs séances à la discussion du meilleur mode de traitement de la diphtérie. Nous nous réservons d'exposer prochainement cette discussion dans une revue critique spéciale.

---

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Session annuelle tenue les 10 et 11 mai.*

(Communications relatives à la rhinologie et à la laryngologie.)

*Séance du 10 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. MOURE

M. RUAULT fait une communication ayant pour titre : **Hémorragies laryngées cataméniales** (sera publiée).

M. MOURE fait ensuite une communication intitulée : **Hémorragie laryngée : Paralysie des muscles constricteurs.** — L'a-

teur rappelle les rapports intimes qui unissent les organes génitaux et le larynx, fait déjà mis en lumière par le docteur Bayer au Congrès de Londres (1881) et sur lequel l'auteur a lui-même appelé l'attention. Il rapporte ensuite l'observation d'une jeune fille de trente ans, institutrice, névropathe, qui était atteinte d'une paralysie des muscles constricteurs du larynx, portant surtout sur les ary-aryténoïdiens et d'une véritable tumeur sanguine de la corde droite (1/3 postérieur) avec ecchymoses de la corde gauche. La première lésion a cédé à l'emploi de l'électrisation directe des cordes, tandis que la seconde a disparu d'elle-même d'une manière à peu près complète ; mais, au moment de l'apparition des règles, l'aphonie reparut, occasionnée encore par une nouvelle paralysie musculaire et une suffusion sanguine occupant toute la surface des rubans vocaux. Cette dernière disparut encore d'elle-même, mais il fallut de nouvelles applications électriques pour faire céder la paralysie. A la période menstruelle suivante, expectoration de quelques crachats spéciaux et sanguins, poussée laryngienne hémorragique. Dans l'intervalle, traitement général (douches, bromures, gymnastique vocale modérée). Depuis déjà plusieurs mois, la malade parle assez bien et aucun des symptômes précédents, qui dataient de plusieurs années n'a reparu.

*Discussion.* — M. POYET n'a vu d'hémorragies laryngées que chez des chanteurs à la suite d'efforts vocaux. Il pense qu'en raison de la rareté du cas de M. Ruault il eut été intéressant que la malade fut présentée à la Société.

M. SUAREZ DE MENDOZA dit avoir vu une hémorragie laryngée survenir chez une religieuse à la suite de cautérisation des cornets du nez au galvano-cautère.

M. COUPARD a observé un jeune prêtre qui avait chaque mois des hémorragies laryngées provenant d'un kyste sanguin de la corde vocale. Ce malade était hémorhoïdaire et les hémorragies anales alternaient avec les hémorragies laryngées.

M. RUAULT répond à M. Poyet que sa malade est encore en traitement à la clinique des Sourds-Muets et qu'il invite ses collègues à y venir. S'il ne l'a pas présentée à la Société c'est quelle est très émotive et se serait difficilement prêtée à cette exhibition. En ce qui concerne la pathogénie de cette hémorragie laryngée, M. Ruault dit que le fait intéressant est précisément qu'elle se produit sans que la malade fasse d'effort capable d'exagérer la tension veineuse au cou. La paralysie vasmotrice suffit à augmenter la pression dans les veinules assez pour permettre leur rupture et par suite une hémorragie vraie, par *rhexis* comme

disaient les anciens. Il s'agit simplement ici de phénomènes réflexes d'origine utéro-ovarienne, d'une hémorragie pouvant être classée parmi les hémorragies névropathiques. M. Ruault ne pense pas qu'on soit autorisé à faire intervenir ici la diapédèse pour l'expliquer.

M. NOQUET (de Lille) communique une observation de : **Papillome de la fosse nasale droite**. L'orateur dit, tout d'abord, que le papillome vrai, répondant à la définition histologique donnée par Cornil et Ranvier et ayant pour caractéristique la papille elle-même, se rencontre rarement dans les fosses nasales. De plus, passant en revue les différents travaux publiés par ses devanciers, il fait remarquer que la question est encore assez mal connue et assez confuse.

M. Noquet décrit ensuite le seul cas bien net qu'il ait observé jusqu'ici.

Il a enlevé, avec l'anse froide, de la fosse nasale droite d'un homme de trente-sept ans, une tumeur du volume d'une grosse mûre et à surface mûriforme. Cette tumeur, rouge sombre et de consistance molle, saignait facilement. Elle obstruait complètement l'entrée de la fosse nasale. Sa base était en rapport avec l'extrémité antérieure du plancher, et se trouvait rattachée à ce plancher par un pédicule mince et central.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, démontre que ce néoplasme était un papillome vrai, pouvant être rangé dans les papillomes muqueux, et très comparable au papillome en chou-fleur, à développement rapide, des organes génitaux.

*Discussion.* — M. RUAULT pense que l'examen histologique relaté par M. Noquet éveille plutôt l'idée de rhinite hypertrophique que celle de papillome. S'il y avait un peu plus de tissu muqueux, le doute n'aurait même pas été possible. Dans bien des cas rapportés comme des papillomes, il ne s'agit que de rhinites hypertrophiques circonscrites ; le papillome vrai des fosses nasales est certainement très rare.

M. CHATELLIER est du même avis ; il rappelle ses recherches histologiques sur la rhinite hypertrophique, et en rapprochant de ses observations la description que vient de faire M. Noquet, il conclut que celle-ci se rapporte à une hypertrophie papillomateuse et non à un papillome vrai.

M. RUAULT a observé plusieurs fois sur le bord antérieur du cornet moyen de petites tumeurs rouges, en forme de crête de coq, qui, macroscopiquement ressemblent bien plus à des papillomes que les tumeurs de la partie inférieure des fosses nasales auxquelles on donne généralement ce

nom. Mais en pareil cas encore l'examen histologique a montré que ces tumeurs étaient constituées par du tissu muqueux.

M. NOQUET ne croit pas que la présence d'une très petite quantité de tissu muqueux soit suffisante pour que la tumeur papillaire dont il a donné la description ne mérite pas le nom de papillome. La conservation de l'épithélium, la configuration des anses vasculaires, etc., etc. autorisent ce diagnostic.

M. MOURE, est de l'opinion de MM. Ruault et Chatellier. Quant à lui, toutes les fois où il a rencontré et enlevé des tumeurs à aspect papillomateux, l'examen histologique a toujours montré qu'il s'agissait d'hypertrophie myxomateuse, aussi en conclut-il que les papillomes des fosses nasales sont très rares.

M. GELLÉ présente une pièce sur laquelle on voit une bourse de Luschka répondant tout à fait à la description qu'en a donnée cet anatomiste (voir page 171).

M. RUAULT. Si on laisse de côté la question, encore controversée, de l'origine, de la signification et de la structure de la bourse pharyngienne, pour se borner à la constatation des faits cliniques et anatomo-macroscopiques; il n'est pas douteux selon moi que cette cavité, qu'elle soit ou non une dépendance de l'amygdale pharyngée, existe chez certains sujets et que le catarrhe naso-pharyngien puisse s'y cantonner.

Lorsque Thornwaldt a parlé pour la première fois du catarrhe sacculaire, sa description répondait à des faits parfaitement observés. On peut croire que toutes ses observations ne s'appliquent pas à des cas de catarrhe de la bourse, et qu'il a pu se tromper quelquefois, mais je suis convaincu qu'il ne s'est pas trompé dans tous les cas, et qu'il regrettera d'avoir cédé trop facilement aux objections qu'on lui a faites. Aujourd'hui, après une période d'exagération pendant laquelle on voyait partout l'angine de Thornwaldt, on est arrivé au contraire à nier l'existence du catarrhe de la bourse comme affection indépendante et même l'existence de la bourse. C'est un tort, car les observations négatives sur lesquelles on s'appuie prouveraient seulement que la bourse de Luschka n'est pas constante, qu'elle est même peu fréquente, puisqu'on a pu la rechercher sur des séries importantes de cadavres sans la rencontrer. Elles ne prouvent pas qu'elle n'existe jamais, et que l'inflammation ne puisse pas s'y localiser.

J'ai, pour ma part, observé un certain nombre de cas de cette affection. Quelques-uns de mes malades, adultes encore jeunes, avaient le pharynx nasal anfractueux, on y voyait nettement l'amygdale pharyngée, et

comme chez l'enfant, ses sillons longitudinaux. Ceux-ci étaient remplis d'un exsudat muco-purulent. On n'était pas autorisé à parler de tumeurs adénoïdes en régression, car aucun de ces malades ne présentait le facies que manquent si rarement de conserver les gens qui ont porté ces tumeurs pendant l'enfance et l'adolescence. Encore moins pouvait-on donner le nom de tumeurs adénoïdes ou de végétations adénoïdes à la lésion actuelle ; c'eut été confondre sous la même dénomination des faits tout à fait différents au point de vue clinique. D'autres malades au contraire, surtout ceux qui étaient plus âgés, avaient le pharynx lisse et on n'y voyait pas trace de l'amygdale rétro-nasale. Mais chez les premiers comme chez ceux-ci, on pouvait introduire un stylet ou un cautère dans une cavité de profondeur variable, communiquant avec le pharynx par une ouverture d'où émergeait un amas de muco-pus visqueux. Cette ouverture était située en un point correspondant à la partie inférieure de l'amygdale pharyngée, sensiblement plus bas que celui où l'on peut voir le recessus en forme de fente, de petite vulve, reste du sillon médian de l'amygdale, qu'on a si souvent confondu avec l'orifice de la bourse. Les résultats du traitement ont été en général excellents chez les malades à pharynx lisse, médiocres au contraire chez les autres.

Dans sept autopsies que j'ai eu occasion de faire il y a peu de temps j'ai recherché la bourse pharyngée. Six fois sur sept je ne l'ai pas trouvée ; mais sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 35 à 40 ans, j'ai rencontré la disposition suivante : sur la partie postérieure du pharynx nasal, il existait une petite ouverture qui n'était visible qu'en examinant la pièce sous l'eau, car elle était dirigée très obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, et le repli muqueux qui constituait sa lèvre antérieure faisant valvule. Un stylet de troussé, introduit de bas en haut par cette ouverture, pénétrait en ligne à peu près droite à une profondeur de vingt quatre millim. à peu de distance du niveau des points les plus élevés des ouvertures choanales. Par une dissection attentive, je pus reconnaître que le stylet était logé dans un canal assez étroit, à paroi lisse, plus large que l'orifice d'entrée et irrégulièrement bifurqué à son extrémité supérieure en forme d'Y. Cette cavité qui ne communiquait avec la surface de la muqueuse par aucun autre point que l'orifice d'entrée, autant que j'ai pu m'en assurer, semblait située immédiatement au-dessous du tissu adénoïde, entre celui-ci et l'aponévrose. Malheureusement la pièce n'était pas assez fraîche pour être soumise utilement à l'examen histologique.

M. CHATELLIER a enlevé une fois d'un coup de pince tranchante une

bourse de Luschka, croyait-il, mais à l'examen histologique, il a reconnu qu'il s'était trompé et qu'il s'agissait de végétations adénoïdes.

M. BARATOUX a fait des recherches anatomiques sur ce point, mais il n'a jamais trouvé de bourse indépendante.

M. MOURE n'a jamais pu, sur le vivant, pénétrer dans une véritable cavité; il admet cependant que la bourse de Luschka bien qu'exceptionnelle existe réellement dans certains cas, mais il croit que Thornwaldt en a exagéré la fréquence.

M. CHATELLIER dit que dans le cas qu'il a examiné la cavité était taillée dans l'épithélium vibratile et que c'est ce fait qui lui a fait dire qu'il s'agissait de l'amygdale pharyngée.

M. WAGNIER a observé une jeune fille chez laquelle le sillon médian de l'amygdale pharyngée, très développé, avait été pris pour une fissure de la voûte du pharynx.

M. RUAULT insiste sur les réserves qu'il a déjà faites au sujet de la morphologie et de la structure de la bourse de Luschka. Dépendance ou non de l'amygdale pharyngée, il n'en est pas moins vrai qu'elle existe quelquefois, et que le catarrhe peut s'y localiser et ne guérir qu'après la cautérisation ou la destruction de la cavité. M. NATIER.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### PUBLICATIONS FRANÇAISES

**Goitre annulaire constricteur (épithélioma du corps thyroïde); thyroïdectomie totale; tétanie; cachexie strumiprive passagère,** par M. le Dr Paul BERGER. *France médicale*, 1889, n°s 51, 52.

Femme de 40 ans. Éprouvait depuis huit mois une sensation de constriction à la gorge, de la dysphagie et de l'essoufflement. Conservation du bon état général. Corps thyroïde peu augmenté à la vue, mais offrant à la palpation une très forte augmentation de sa consistance et une fixité absolue. Pas d'engorgements ganglionnaires.

L'âge de la malade et la précocité de certains symptômes subjectifs (dyspnée, dysphagie) firent un instant songer Berger à la possibilité d'une néoplasie maligne, mais, d'autre part, la lenteur de la marche et l'ab-

sence d'engorgements ganglionnaires le rattachèrent à l'hypothèse d'un goitre annulaire fibreux et, en raison des troubles progressifs accusés par la malade, il se décida à pratiquer la thyroïdectomie. A part quelques parcelles de tissu glandulaire laissés au niveau des quatre pédicules vasculaires et au niveau du prolongement supérieur de l'organe qui s'enfonçait entre la trachée et l'œsophage, l'opération fut complète ; elle fut laborieuse lors de la dissection de l'isthme qui présentait une très forte adhérence à la trachée.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples. La guérison eut lieu en 10 jours sans suppuration.

Cependant, dès le 3<sup>e</sup> jour qui suivit l'intervention chirurgicale, se déclarait une attaque de tétanie qui, d'abord limitée aux doigts des mains, s'étendait le lendemain aux quatre membres, s'accompagnant de contracture de la mâchoire, mais sans raideur du cou.

Ces accidents cédèrent, après quatre retours offensifs, au bromure de potassium et au chloral.

Six semaines environ plus tard, quand la malade se représenta, après un court séjour à la maison de convalescence, elle offrait des signes évidents d'un commencement de cachexie strumiprive (face pâle, blafarde, traits rigides, sans expression, gonflement prédominant dans la portion inférieure du visage, torpeur intellectuelle). Il persistait en outre un certain degré de contracture des doigts.

Ces accidents se sont amendés, puis ont disparu ultérieurement, et l'état général de la malade est resté satisfaisant.

D'autre part, bien que l'opération date déjà de 9 mois, il n'y a pas eu de récidive de la tumeur.

Pourtant l'examen histologique de la pièce avait conduit au diagnostic épithélioma ; mais Berger se demande s'il ne s'agissait pas là de simples néoformations épithéliales, au sens anatomique du mot, mais sans malignité, comme le fait a été noté pour d'autres organes (ovaires, testicules).

LUC.

#### Nouvelles études sur la diphtérie, par M. le Dr Jules SIMON.

Sous ce titre, le savant médecin de l'hôpital des Enfants a réuni dans un petit opuscule les conférences qu'il avait faites en janvier dernier sur la diphtérie.

Ce travail comprend trois conférences.

La première traite de la nature de la diphtérie, d'après les nouveaux

progrès de la science et nous donne un résumé très clair des récents travaux de Roux et Yersin sur le bacille diphtérique. Chemin faisant l'auteur nous montre la parfaite harmonie qui existe, sur toutes ces questions, entre l'observation clinique et les données fournies par le laboratoire. C'est ainsi que ces deux sources de recherches concordent pour établir l'importance de la lésion locale et le caractère secondaire de l'infection générale, d'autre part la nécessité d'une effraction épithéliale pour la pénétration des éléments infectieux et, en regard de ce fait, la fréquence de la maladie après les refroidissements, l'angine inflammatoire simple ou pultacée, la rougeole, après la scarlatine, maladies dont la conséquence ordinaire est une altération des muqueuses des premières voies respiratoires. Continuant de s'appuyer à la fois sur la clinique et sur l'expérimentation, l'auteur établit que les cas les plus bénins peuvent engendrer par contagion les formes les plus malignes ; il insiste enfin sur la résistance toute particulière du poison diphtérique et sur le temps considérable pendant lequel il peut se conserver dans les appartements et les effets et pièces de pansement ayant appartenu aux malades.

La deuxième conférence est consacrée au diagnostic, au pronostic et à l'étiologie de la diphtérie. L'auteur s'attache à mettre en relief les difficultés parfois insurmontables du diagnostic de la diphtérie locale et à préciser les caractères propres à la fausse membrane. L'un de ces caractères consiste dans l'impossibilité de la dissocier dans l'eau ; aussi l'auteur recommande-t-il de détacher les couennes, autant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Après avoir distingué trois formes (localisée, infectieuse, toxique), il cite des cas qui après avoir revêtu tout d'abord les caractères de la première forme, aboutissent plus ou moins rapidement à la seconde ou même à la troisième. Une description spéciale est accordée à la diphtérie buccale primitive, en raison des difficultés spéciales qu'elle présente, pour le diagnostic.

A propos de l'étiologie de la maladie nous avons été surpris que l'auteur n'ait pas abordé la question du transport de la maladie par les individus sains. Il nous semble qu'il y aurait grande importance à vulgariser ces faits encore trop méconnus.

De même, dans la troisième conférence, consacrée au traitement, nous avons éprouvé quelque étonnement en notant que l'auteur n'insistait pas plus énergiquement sur la nécessité d'enlever complètement les fausses membranes au fur et à mesure qu'elles se forment et se reforment.

Les recherches récentes de M. le Dr Ernest Gaucher ont partout net-

tement établi les avantages de cette façon de faire. Nous avons eu nous-même l'occasion de constater les remarquables résultats obtenus à l'aide de cette méthode et nous eussions été heureux que l'enseignement si populaire et si répandu de M. Jules Simon contribuât à la divulguer.

LUC.

**Un cas de laryngite tuberculeuse primitive pseudo-polypeuse, etc.**  
par le Dr GOUGUENHEIM et P. TISSIER. *Ann. des mal. de l'or.*  
1889, avril, p. 212.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, malade du larynx depuis trois ans (aphonie, toux, expectoration). L'examen laryngoscopique pratiqué au bout d'un an de maladie, montre l'existence de tumeurs pâles, en forme de choux-fleurs, à la face interne de l'épiglotte et à l'union de l'épiglotte et de la région arytenoïdienne. Ces tumeurs sont enlevées, à l'aide de la curette : la voix revient.

Ultérieurement, à l'occasion d'une grossesse, les tumeurs se reforment dans la région sus-glottique, exigeant une nouvelle intervention.

L'examen des néoplasmes par le Dr Latteux n'y révèle que du tissu papillomateux, sans éléments tuberculeux.

Cependant la voix reste altérée, la malade maigrit, mais l'examen de la poitrine n'y décèle pas de lésions.

Un an plus tard, nouvelle grossesse, nouvelle pullulation des papillomes qui remplissent, cette fois tout le larynx, au-dessus et au-dessous de la glotte. Nouvelles opérations. Même résultat de l'examen histologique des fragments enlevés.

Cependant on découvre, cette fois des lésions caractéristiques au sommet des poumons, et des bacilles dans les crachats.

D'autre part on réussit à inoculer la tuberculose à un cobaye après lui avoir introduit, sous la peau de l'abdomen, un fragment papillomateux détaché du larynx.

On ne saurait nier le grand intérêt de cette observation qui contribue évidemment à édifier une forme pseudo-papillomateuse de phthisie laryngée dont les auteurs nous ont donné une description dans leur livre récent.

Nous nous proposons nous-même de publier prochainement un cas analogue mais non semblable où la tuberculose du larynx se manifeste anatomiquement par des productions fibreuses exubérantes et par quelques rares productions papillomateuses.

LUC.

**Étude critique sur le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale et de la région péri-amygdale, par M. le Dr A. PLICQUE. Ann. des mal. de l'or., 1889, avril, p. 197.**

Le traitement des tumeurs malignes de la cavité pharyngienne en général et de l'amygdale, en particulier, constitue un des points les plus délicats et les plus difficiles de la pratique chirurgicale, aussi les chirurgiens et les spécialistes liront-ils avec intérêt et profit cet intéressant article où notre distingué collègue a exposé avec la plus grande clarté les éventualités et les indications diverses, se rattachant à cette question.

L'affection peut se présenter encore assez limitée pour que l'on puisse espérer d'en avoir raison par une opération radicale ; ou bien elle est au contraire parvenue à déterminer des lésions tellement avancées, qu'une médication purement palliative est seule possible.

De là une première division du sujet.

Mais l'opération curative pourra elle-même être pratiquée soit par la voie buccale, soit par une incision extérieure.

Avant d'étudier ces différents points, l'auteur consacre quelques lignes au diagnostic et recommande surtout de ne jamais omettre de songer à la syphilis dont les lésions tardives ont été plus d'une fois confondues avec des affections cancéreuses. En cas de soupçons de kystes et d'abcès, il conseille la ponction avec des trocarts fins. Enfin il est d'autres questions étroitement liées à l'intervention opératoire quel que soit le procédé auquel on donne la préférence ; telles sont l'asepsie de la bouche et la trachéotomie préventive que l'auteur conseille, à l'exemple de Périer, de pratiquer, plusieurs jours d'avance, afin que la plaie trachéale soit déjà granuleuse, au moment de la seconde intervention.

L'opération buccale pourra être pratiquée avec des instruments variés (curette tranchante, amygdalotome, écraseur, anse galvanique, bistouri). elle est loin d'offrir les dangers et les difficultés des méthodes externes, mais il s'en faut qu'elle soit à même de donner des résultats aussi complets, et, d'une façon générale, on devra la réservier aux cancroïdes très superficiels de la muqueuse. Cette méthode ne nécessite habituellement par la trachéotomie mais il sera prudent de se tenir tout prêt à l'anéantir, au cours de l'opération, en cas de pénétration de sang ou de fragments de tumeur dans le larynx.

L'incision nécessaire pour l'exécution du procédé par voie externe est généralement pratiquée le long du bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, comme pour la

ligature de la carotide. Tantôt cette incision sera suffisante, tantôt on devra y adjoindre l'incision de la joue et même la résection de la branche de la mâchoire inférieure. A ces mouvements préliminaires Polaillon ajoute la ligature de la carotide externe. D'autres préfèrent poser un fil d'attente sur la carotide primitive.

Chemin faisant on enlèvera les ganglions dégénérés que l'on rencontrera.

Cela fait, un doigt introduit dans la bouche repousse l'amygdale en dehors, et le relief de la glande étant ainsi bien accusé, c'est derrière son bord postérieur que l'on pénètre dans la cavité pharyngée. A partir de ce moment, l'opération cesse d'être bien réglée. On fait basculer l'amygdale de plus en plus en avant et on la détache avec les instruments les mieux appropriés au cas particulier.

Restent à régler les questions du pansement de la plaie et d'alimentation du malade, détails dans lesquels nous ne pouvons entrer ici.

Les résultats immédiats et ultérieurs d'opérations semblables ne sont guère brillants. Le mieux qu'on ait obtenu jusqu'ici a été de prolonger l'existence des malades et de diminuer leurs souffrances.

Il n'existe pas en effet d'exemple d'une guérison totale et définitive ainsi obtenue. Sur vingt trois observations la mort est survenue neuf fois dans les jours qui suivirent l'opération. Les deux mécanismes les plus fréquents sont : la broncho-pneumonie infectieuse et l'hémorragie secondaire. Chez les malades qui avaient échappé à ces dangers prochains, la récidive a été la règle constante et généralement à bref délai. La survie la plus longue (malade de Mikulicz) a dépassé deux ans.

En revanche Plicque fait remarquer que la récidive a toujours eu lieu sur place, sans généralisation, ce qui, d'après lui, doit encourager à intervenir de bonne heure, alors que le mal est très limité. Nous renvoyons au travail original pour les détails que l'auteur consacre au traitement palliatif, dans les cas inopérables, particulièrement en vue de combattre la douleur, l'hémorragie, la dyspnée et la dysphagie.

LUC.

**Un cas type de bourse de Luschka, par le Dr GELLÉ. *Annales des maladies de l'oreille*, mai 1889, p. 257.**

Il s'agit d'une pièce très remarquable présentée récemment par le Dr Gellé à la Société de Biologie et à la Société de Laryngologie de Paris et provenant d'un sujet ayant succombé à une attaque de rhumatisme cérébral sans avoir présenté de symptôme pharyngé spécial.

Cette pièce démontre l'existence de la bourse telle que Luschka l'a décrite. On observait en effet, sur la partie médiane de la muqueuse de la voûte pharyngée, une saillie en forme de mamelon circulaire, percée d'un orifice central également circulaire par lequel on apercevait une gelée claire de mucus demi-solide.

Le 1<sup>er</sup> jour, un stylet enfoncé à travers l'orifice de la bourse, perpendiculairement à la surface de l'os basilaire, s'enfonçait presque d'un centimètre; sur la pièce modifiée par l'issue du contenu de la poche, les parois flasques pouvaient être soulevées, en avant surtout dans l'étendue d'un centimètre, ainsi que sur les côtés; en arrière il y avait moins de profondeur (1/4 de cent). L'orifice présentait 2 millimètres de diamètre.

LUC.

**Cancer du larynx. — Trachéotomie. — Propagation à la glande thyroïde. — Tumeur énorme du cou autour de la plaie. — Application d'une canule très longue et à moitié inférieure mobile. — Mort. — Autopsie, par MM. GOUGUENHEIM et GASTOU. Extrait des Annales des maladies de l'oreille, 1888.**

Cette observation concerne un individu de 53 ans, dans les antécédents duquel on ne relève qu'un flux hémorroidaire qui se serait supprimé en mai 1886. A partir de cette époque auraient apparu les premières atteintes du mal. Il s'agissait au début d'une simple raucité de la voix qui d'intermittente, devint continue et lentement progressive. En août crachotement continual occasionnant de la douleur dans l'oreille droite et à l'angle de la mâchoire. Plus tard survinrent de violentes céphalalgies avec battements dans la tempe droite et pulsation de la temprale de ce côté, sensation de constriction très douloureuse autour de la mâchoire inférieure. En octobre 1887 un peu de dyspnée qui va croissant et oblige le malade à aller consulter en novembre.

M. Gouguenheim à l'examen constate que le malade est dans un véritable état d'asphyxie. Il trouve une tumeur intra-laryngienne allongée le long de la bande ventriculaire gauche et recouvrant en partie la corde vocale inférieure du même côté, laquelle est complètement paralysée et reste immobile, tandis que la corde vocale droite seule mobile assure encore une faible respiration. Le larynx et la trachée sont déviés à gauche. On diagnostique une tumeur de la corde vocale gauche et on conseille la trachéotomie qui est pratiquée le lendemain.

Bientôt des battements très forts nés au-dessus de la clavicule droite avec propagation aux carotides primitives, à la carotide externe et jusque dans

la temporale, accompagnés du reste d'autres signes, firent penser à un anévrysme du tronc artériel brachio-céphalique droit ou de l'origine de la carotide primitive. Dès lors la sténose glottique s'expliquait par compression du récurrent droit et les autres troubles étaient attribués aux lésions laryngiennes.

Quelques jours plus tard, M. Gouguenheim remarquait au laryngoscope que la tumeur semblait émerger du ventricule et constituer un appendice à la corde vocale supérieure gauche. La nature de cette tumeur était douteuse et on pouvait aussi bien songer à la syphilis qu'à la tuberculose ou au cancer. L'hypothèse d'une syphilis pouvait expliquer à la fois la présence de la tumeur et l'anévrysme. Mais le traitement spécifique étant resté sans résultats, on dut abandonner l'idée de syphilis.

Au mois de juin 1888 le malade était très amaigrí, l'état de sa glotte demeurait le même. En raison de la présomption spécifique de ces accidents et de la continuité de la constriction, M. Gouguenheim tenta la dilatation avec de petites bougies en gomme. Mais le côté gauche s'étant pris, et aussi à cause du mauvais état général on pensa à de la tuberculose. Les pansements à l'acide lactique procurèrent même une certaine amélioration. Mais bientôt se développait du côté droit une tumeur dont l'envahissement rapide faisait songer à un épithélioma du larynx. Pour obvier à l'asphyxie, M. Gouguenheim dut employer une longue canule à extrémité flexible.

Le malade mourait au mois d'octobre 1888 après avoir présenté tous les signes de la cachexie cancéreuse.

L'autopsie révéla d'abord que les vaisseaux étaient normaux et qu'il n'existe aucune tumeur vasculaire. La tumeur principale était adhérente à la partie antérieure et externe du larynx depuis l'os hyoïde jusqu'à la trachée; le corps thyroïde avait disparu. Les récurrents étaient légèrement aplatis. Les cordes vocales supérieures, les ventricules et les cordes vocales inférieures étaient remplacés par un amas de végétations fongueuses se continuant à travers la paroi du larynx avec la tumeur pré-laryngienne. A l'estomac et près du cardia *deux petits noyaux cancéreux*, l'œsophage demeurant indemne.

Si nous avons rapporté cette observation avec quelques détails, c'est qu'elle nous a paru présenter un intérêt dont les auteurs font du reste ressortir toute l'importance dans les réflexions qu'elle leur inspire. Sur celles-ci nous ne retiendrons que ce qui a trait au diagnostic; c'est qu'il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic de cancer du larynx. On a pu voir en effet toute l'hésitation que malgré sa très haute compétence,

l'éminent médecin de Lariboisière avait mise à se prononcer. Au début il avait songé à un anévrysme, plus tard il pensa à la syphilis, encore plus tard à la tuberculose et enfin le diagnostic d'épithélioma du larynx était devenu d'une évidence telle qu'on jugea inutile à l'autopsie de pratiquer l'examen histologique de la tumeur.

M. NATIER.

**Laryngite traumatique.— Rupture probable de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoïdien interne. — Voix cassée, par le Dr LACOARRET (de Salies-de-Béarn). (Annales de la Polyclinique de Bordeaux, janvier 1889.)**

Un marchand ambulant, âgé de 35 ans, en se livrant à des efforts de voix exagérés, ressentit subitement, au niveau du cou, une vive douleur et immédiatement sa voix se cassa. Il ne put continuer à parler, deux jours après la voix revenait mais bitonale.

Le malade s'étant présenté à la clinique du Dr Moure, l'examen laryngoscopique permit de constater de la tuméfaction avec rougeur de la corde vocale droite. Pendant la phonation on remarquait à la partie moyenne et sur le bord libre de cette corde une petite encoche, en avant et en arrière de laquelle la corde paraissait arrondie et un peu tuméfiée. Pas de trace d'hémorragie. M. Moure attribua cet état à une rupture de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoïdien interne.

Le malade fut revu plus tard, mais sa voix demeurait la même.

M. le Dr Lacoarret, qui rapporte ce cas très intéressant, explique ainsi le mécanisme de la rupture. Sous l'influence d'un effort vocal violent et brusque, le muscle thyro-aryténoïdien se contractant avec une énergie démesurée, il se produit une rupture qui intéressa surtout le faisceau interne plus grêle. Le diagnostic peut-être hésitant au début à cause de l'épanchement sanguin, mais plus tard, la résorption étant faite, il s'imposera.

Les lésions de ce genre sont définitives, d'où la gravité du pronostic pour les personnes dont la profession exige une intégrité complète de l'organe vocal.

Si le thyro-aryténoïdien de par sa situation est le plus exposé aux ruptures musculaires, celles-ci cependant, pourront aussi intéresser les crico-aryténoïdiens latéraux, par exemple ; tandis que plus résistants, les ary-aryténoïdiens seront à l'abri de cet accident.

Quant au traitement, il sera d'une bien faible efficacité. On pourra en

effet combattre les symptômes inflammatoires, prescrire le repos, mais on ne devra pas songer à obtenir une *restitutio ad integrum*.

M. N.

**Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales**, par le Dr Léonce LACOARRET (de Salies-de-Béarn)  
*Thèse de Bordeaux, 1888.*

Ce travail, fruit d'une année de recherches cliniques poursuivies sous la direction et le contrôle de M. Moure, a été divisé par son auteur en deux parties principales. Dans la première, le Dr Lacoarret passe rapidement en revue l'étiologie et la symptomatologie du coryza chronique simple, hypertrophique, atrophique, et de l'ozène qui en est la conséquence. La seconde partie a pour objet le traitement étiologique général de la maladie et en outre l'exposition des mesures à prendre pour combattre les symptômes et l'état morbide de chacune des formes du catarrhe chronique.

Le coryza chronique simple, nous dit l'auteur, est une inflammation chronique de la pituitaire caractérisée par une tuméfaction légère de la muqueuse et une exagération des sécrétions normales. Les symptômes simplement esquissés sont par lui divisés en : A) *fonctionnels* ; B) *objectifs*. Quant au coryza chronique hypertrophique, il est caractérisé par le gonflement persistant et plus ou moins généralisé de la muqueuse pituitaire. Enfin le coryza chronique atrophique ou ozène essentiel est « une inflammation chronique de la pituitaire et des parties sous-jacentes, caractérisée par l'élargissement des fosses nasales et l'accumulation dans ces cavités ainsi agrandies des concrétions croûteuses qui répandent une odeur fétide et qui ont valu à cette affection le nom d'ozène sous lequel on le désigne improprement. Cette question très importante de l'ozène toujours discutée et qui paraît nécessiter de nouvelles recherches avant d'avoir reçu une solution complète, est très bien exposée par le Dr Lacoarret qui passe successivement en revue les théories émises et qui sont au nombre de sept.

1<sup>o</sup> *La théorie de l'atrophie congénitale*, émise la première fois par Zaufal et défendue en France par Calmette, Martin, Terrillon, Miot, et à l'étranger par M. Mackenzie, Hartmann, Semon, Cozzolino, Mulhall ; — 2<sup>o</sup> *la théorie glandulaire* qui fait passer l'ozène par deux phases : l'une hypertrophique et l'autre atrophique succédant à la première (Gottstein, Fränkel, Bayer, Schœffer) ; — 3<sup>o</sup> *la théorie des sinus*, d'après laquelle ces cavités déverseraient dans les fosses nasales un exsudat abon-

dant (Vieussens, Reininger, Michel (de Cologne); 4<sup>e</sup> *théorie chimique*, recherchant dans la composition intime des produits excrétés l'origine de l'odeur (Trousseau, Desnos, Krause, Massei); — 5<sup>e</sup> *théorie microbienne*. Celle-ci, peut-on dire, est la théorie à l'ordre du jour et c'est elle, croyons-nous, qui pourra véritablement expliquer la production de l'ozène. On prétend en effet que dans les sécrétions des individus atteints de coryza atrophique existerait un micro-organisme spécial qu'a très bien décrit Lœwenberg et qui donnerait lieu à l'odeur caractéristique de l'ozène. Hajek a trouvé dans la sécrétion de l'ozène un coccus semblable au coccus capsulé de Friedlander, mais il ne lui accorde aucune spécificité car on le rencontre dans toutes les affections du nez. Plus récemment en France, M. Netter, dans une série de recherches qu'il poursuit en ce moment, a trouvé le microbe de Fränke dans le nez de sujets sains et a pu par sa présence expliquer nombre d'affections des premières voies aériennes qu'on ne savait trop à quelle cause attribuer; — 7<sup>e</sup> *la théorie éclectique* a été tout d'abord soutenue par M. Moure et semble avoir rallié de nombreux partisans. Elle fait entrer en ligne de compte l'atrophie des cornets qui serait une cause prédisposante mais non une cause essentielle; il faudrait en outre prendre en considération l'inflammation glandulaire et aussi celle des sinus et ne pas oublier le rôle des microbes pathogènes. Peut-être cette dernière théorie ne saura-t-elle pas satisfaire les rigoristes, mais dans l'état de la question nous croyons que Lacoarret a sagement agi en s'y rattachant.

La deuxième partie de cette thèse, comprend quatre chapitres. Le premier a pour objet le traitement étiologique général. Ce traitement devra être : 1<sup>o</sup> *diathésique* (scrofule, syphilis, arthritisme et herpétisme); 2<sup>o</sup> *non diathésique*, c'est-à-dire que nombre de causes générales ne pouvant être attribuées aux diathèses, on aura par exemple recours à un traitement prophylactique; 3<sup>o</sup> le *traitement étiologique local*: éviter la pénétration dans les narines des poussières, de l'eau froide, du pus blennorrhagique, les inflammations de voisinage, etc.

Le traitement symptomatique comprendra : 1<sup>o</sup> un traitement externe dont l'inefficacité est à peu près démontrée; 2<sup>o</sup> un traitement interne (bougies médicamenteuses, poudres diverses, irrigations). Avec presque tous les rhinologistes, Lacoarret vante les heureux effets des irrigations nasales pratiquées avec le siphon de Weber. Les liquides dont on se servira pourront être soit des solutions médicamenteuses, soit des eaux minérales naturelles. Parmi ces dernières il croit devoir préconiser surtout les eaux minérales alcalines comme celles de Saint-Alban, du

Mont-Dore, etc. Dans le coryza chronique bien confirmé ou pour mieux dire à la seconde période de cette affection, il a prescrit des eaux chlorurées sodiques fortes et à cet égard s'est très bien trouvé de l'emploi des eaux mères de Salies dont il fait mettre une cuiller à bouche ordinaire par litre d'eau tiède et pour une irrigation. On peut aller jusqu'à deux cuillerées par litre. Les lavages ont lieu deux fois par jour et sont suivis s'il y a lieu d'une seconde irrigation antiseptique au chloral, à la résorcine, à l'acide phénique, etc. Il a soin en passant de signaler les contre-indications à l'emploi des douches telles que la paralysie diptéritique, les perforations du voile, etc. Le humage et les pulvérisations paraissent aussi dans certains cas hâter la guérison de la maladie et venir corroborer les bons effets des irrigations.

Traitements du catarrhe chronique hypertrophique. Si la lésion en est au premier stade, on pourra combattre l'hypertrophie, soit avec des sondes élastiques introduites chaque jour dans les fosses nasales, ce qui constitue un procédé long et ennuyeux, soit par l'acupuncture qui répugne à l'auteur pour les mêmes raisons, soit par les irrigations, qui lui paraissent préférables, soit encore par la cocaïne en insufflations et mieux encore en badigeonnages. Dans le deuxième stade après avoir épuisé les moyens préconisés plus haut on devra recourir aux méthodes sanglantes et aux cautérisations. Les premières comprennent l'emploi du bistouri, des ciseaux, de l'écraseur, tous procédés incommodes ou désagréables. Quant aux cautérisations, elles seront faites : avec le nitrate d'argent ; avec l'acide chromique ; avec la galvanocaustie chimique et mieux encore avec le galvano-cautère.

Le catarrhe atrophique avec ozène est une des affections nasales les plus rebelles au traitement ; certains auteurs l'ont même considéré comme incurable. Cependant depuis qu'il a été mieux étudié et que mettant à profit la faculté qu'on aurait d'examiner directement les fosses nasales, on a bien voulu se donner la peine d'en pratiquer l'exploration, l'ozène n'est pas le compagnon obligé des malheureux qui en sont atteints. Le traitement de l'ozène devra répondre aux deux indications suivantes ? 1<sup>o</sup> modifier la constitution des malades ; 2 agir localement pour réprimer les manifestations morbides. A la première indication répondent les toniques, les reconstituant, le séjour à la campagne ou au bord de la mer, etc. Quant aux agents locaux ils ont varié avec l'idée que chaque auteur a pu se faire sur la cause même de l'ozène. En effet, ceux-là ont dit de rétrécir les fosses nasales qui attribuaient l'ozène à leur trop grande dimension ; dans ce but ils ont introduit dans ces cavités soit des tam-

pons, soit des tubes en caoutchouc. Les partisans de la théorie glandulaire ont aussi préconisé les tampons qui détermineraient une irritation constante de la muqueuse et entretiendraient ainsi une certaine humidité (Gottstein), ou bien encore les tampons médicamenteux qui auraient alors une action topique. Les bougies médicamenteuses, les insufflations pulvérulentes, les badigeonnages (iode, créosote, argent), la galvano-caustie chimique; le galvano-cautère et même des moyens plus radicaux comme l'extirpation des cornets, la trépanation des sinus ont encore été conseillés. On peut voir par là jusqu'à quel excès peut conduire l'esprit de théorie. En dernière analyse et se conformant en cela à la pratique de son maître, Lacoarret recommande d'abord les douches et ensuite les pulvérisations, les fumigations et les badigeonnages; enfin le galvano-cautère et la galvano-caustie chimique pourront aussi procurer de bons résultats.

Le traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène a fait l'objet d'une note récente de notre maître M. le Dr Ruault. Nous n'y reviendrons pas, car les lecteurs des *Archives* ont encore présents à la mémoire les moyens qu'il indique; il leur suffirait dans tous les cas de se reporter au numéro précédent pour être mis au courant de la question. Bornons-nous à dire que les bons effets attribués par M. Ruault aux pulvérisations d'huile de vaseline se confirment chaque jour et que M. Mouré, qui a mis en pratique sa méthode, nous a dit en avoir retiré des résultats analogues.

La thèse de M. Lacoarret faite avec beaucoup de soin et exposée avec une méthode rigoureuse renferme une trentaine d'observations très détaillées qui constituent autant de pièces à conviction de la cause qu'il soutient. Elle se termine par un index bibliographique de huit pages que pourront avantageusement consulter ceux qu'intéresserait la question. En somme très bon travail, dont nous recommandons la lecture.

M. NATIER.

**Étude étiologique sur l'œsophagisme, par JOAL (du Mont-Dore).**

*Revue de laryngologie, 1889, nos 9, 10, et 11.*

Poursuivant ses études sur les réflexes nasaux, l'auteur, qui a déjà publié d'intéressants mémoires sur l'asthme, le vertige, les fluxions génito-nasales suivies d'épistaxis ou causant des céphalées rebelles, etc. décrit dans ce nouveau travail l'œsophagisme réflexe d'origine nasale.

S'appuyant sur neuf observations, ayant trait à des malades atteints à la fois d'œsophagisme et de lésions de la pituitaire (polypes muqueux ou rhinite hypertrophique), qui ont guéri du spasme œsophagien aussitôt

que les rhinopathies eurent elles-mêmes disparu à la suite d'un traitement local, Joal conclut que les affections nasales doivent être comptées au nombre des facteurs capables de causer l'œsophagisme réflexe.

Indépendamment des lésions du nez, celles des amygdales palatines (Seney) ou de l'amygdale linguale peuvent amener aussi le spasme de l'œsophage ; l'auteur cite à l'appui de ces idées des faits intéressants.

Comme cause prédisposante, Joal incrimine l'arthritisme ; il fait remarquer que les malades observés n'étaient pas hystériques.

RUAULT.

#### PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

**A case of alarming hemorrhage following excision of the tonsils.** (Un cas d'hémorragie alarmante à la suite de l'amygdalotomie), par J. E. FULLER, de Brooklyn, in *The Americ. Journ. of. med. sciences*, 1888, avril, p. 357.

L'amygdale avait été incisée avec l'amygdalotome de Mathieu.

L'hémorragie modérée qui suivit l'opération cessa aussitôt après l'injection d'une solution d'acide gallique et tannique.

Ce n'est que cinq heures après que l'hémorragie se renouvela, résistant cette fois aux injections astringantes, les tentatives de compression étant d'autre part, rendues impossibles par les efforts de vomissement qu'elles provoquèrent.

L'écoulement de sang se faisait en nappe sur toute la surface de la blessure.

L'état du malade devint si grave que l'on recourut à la ligature de la carotide primitive qui n'eut pas un meilleur succès. Sur ces entrefaites, une syncope s'était produite, l'hémorragie cessa, pour ne plus reparaître.

L'auteur attribue la gravité des accidents à la structure de l'amygdale dont la trame essentiellement fibreuse devait s'opposer au retrait des vaisseaux.

Il conseille dans des cas semblables de maintenir le corps et la tête du malade élevés afin de favoriser la production de la syncope qu'il considère comme un des meilleurs moyens hémostatiques.

Il est remarquable que dans toute cette histoire il n'est nullement question du thermo-cautère ni du galvano-cautère, qui, en présence de cette hémorragie en nappe auraient pu être utilisés avant d'en arriver à la ligature de la carotide.

LUC.

\*

**Rheumatic laryngitis. (Laryngite rhumatismale)**, par E. FLETCHER INCALS, de Chicago. In *Americ. Journ. of. med. sciences*, 1888, janvier, p. 22.

Après une courte revue des observations de laryngite rhumatismale aiguë publiées par d'autres auteurs, Fletcher, s'occupe spécialement de la laryngite rhumatismale chronique dont il rapporte cinq cas.

Cette complication s'observe chez des sujets souffrant de manifestations variées du rhumatisme chronique (douleurs articulaires, musculaires). Elle est caractérisée cliniquement par des douleurs intra ou péri-laryngées et par des modifications de la voix. L'examen laryngoscopique révèle soit une simple congestion diffuse ou limitée à certaines parties de la muqueuse, soit, en même temps, du gonflement, notamment à la région arytenoïdienne.

Ces modifications permettent d'éliminer l'hypothèse d'une neuralgie simple. La considération de l'état général et des autres manifestations rhumatismales complète les éléments du diagnostic.

Au point de vue du traitement, l'auteur s'est bien trouvé, de l'emploi de pulvérisations astringentes et, dans certains cas de l'usage du galvano-cautère, mais il recommande surtout la médication interne anti-diathétique, iodure de potassium, salicylate de soude, etc.

LUC.

**Stricture of the larynx; with extensive cicatrisation, from ulcerative tuberculosis. (Rétrécissement du larynx avec cicatrisation étendue consécutive à une tuberculose ulcéreuse)**, par J. SOLIS COHEN, de Philadelphie. *The Americ. Journ. of. med. sciences*, décembre 1888, p. 597.

Homme de 45 ans, sujet à l'essoufflement depuis son enfance, strumeux, non syphilitique, vu pour la première fois par Solis Cohen en septembre 1887. A ce moment, on constate les particularités suivantes :

Bandes cicatricielles du voile du palais, partant symétriquement, de chaque côté, de la base de la luette. Épiglotte détruite, réduite à un moignon en arrière duquel on remarque un diaphragme formé par l'adhérence cicatricielle des replis aryteno-épiglottiques fusionnés avec les bandelettes ventriculaires. Ce diaphragme membraneux est percé d'un orifice en forme de poire, à base antérieure mesurant 3 millim. dans sa partie la plus large.

L'aspect était celui d'un lupus, mais il existait simultanément des signes indiscutables de tuberculose pulmonaire.

Cohen commença par pratiquer la dilatation graduelle du larynx, au moyen des tubes de Schretter, puis il pratiqua des sections sur les bords de l'orifice du diaphragme mentionné.

Les fragments ainsi obtenus présentèrent, à l'examen microscopique, des cellules géantes et de nombreux bacilles.

Le malade ayant succombé en février 1888, on constata, qu'au-dessous des parties rétrécies, le larynx offrait des ulcération tuberculeuses communes avec carie des cartilages arytenoïdes.

L'auteur émet l'hypothèse, au cours de sa description, qu'il s'agissait là d'un cas de syphilis héréditaire, avec infiltration tuberculeuse ultérieure.

LUC.

**Cas de tumeurs malignes du corps thyroïde**, par PROCTER S. HUTCHINSON. *Journ. of Laryng.*, 1889, n° 3, p. 92.

Un sarcome et deux carcinomes. Dans les trois cas compression d'un récurrent et paralysie de la corde vocale correspondante : à droite dans le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> cas, à gauche dans le 2<sup>e</sup>

LUC.

**D'une névrose non décrite de l'appareil auditif, offrant d'étroits rapports avec le coryza sympathique**, par JOHN NOLAND MACKENSIE. In *The Amer. Journ. of med. sciences*.

Histoire d'une femme qui, depuis une vingtaine d'années, est sujette, chaque été, à des crises quotidiennes de congestion douloureuse dans la région des conduits auditifs et des trompes d'Eustache. L'accès commence par de fortes démangeaisons, puis la peau du conduit auditif se congestionne et se tuméfie, permettant à peine d'apercevoir la membrane tympanique également congestionnée.

Quelquefois il se produit un écoulement par l'oreille.

L'auteur est muet sur la provenance de cet écoulement. En outre, la malade n'étant pas sujette à des crises de coryza nerveux, l'assimilation de ce fait avec « le coryza sympathique » nous semble quelque peu forcée.

Ne s'agirait-il pas là de furoncles à répétition ??

LUC.

**Rhinite membraneuse**, par le Dr FRANK HAMILTON POTTER, de New-York. *Journ. of Laryng.*, 1880, n° 3, p. 89.

L'auteur a observé cette variété de rhinite dans la proportion de 2/100 par rapport aux autres rhinites aiguës. L'affection débuterait avec le cor-

tèges symptomatiques habituels du coryza aigu mais se prolongeraient pendant plusieurs semaines. À partir du 3<sup>e</sup> jour, l'examen du nez révèle, sur la muqueuse enflammée, la présence d'une couenne blanchâtre se détachant avec quelque effort, en laissant sous elle une surface saignante qui ne tarde pas à se recouvrir d'un dépôt semblable.

La description du médecin américain laisse bien des doutes dans l'esprit du lecteur, relativement à la nature de l'affection décrite et à ses rapports possibles avec la diphtérie. Il est notamment regrettable qu'aucun renseignement ne nous soit fourni sur l'examen histologique des fausses membranes et la présence ou l'absence de micro-organismes dans leur épaisseur.

LUC.

**Éclairage par transparence du larynx et autres cavités du corps humain, par VOLTOLINI. (Monatschr. f. Ohrenheilk., novembre 1888.)**

L'auteur rappelle que Czermack, comme l'atteste du reste certain passage de son livre, connaissait ce mode d'éclairage ; mais il pensait qu'en matière de rhinoscopie on n'en pouvait faire usage que dans un nombre limité de cas.

Türck n'en parle pas ; Semeleider ne considérait pas le moyen comme pratique. V. Burns n'y fait aucune allusion pas plus du reste que Mourani, Bourouillou, Morell-Mackenzie ; Tobold le signale simplement au point de vue historique.

On pourrait attribuer cette indifférence à certains obstacles inhérents à l'éclairage par transparence, tels par exemple l'emploi de la lumière solaire qui n'est pas une source toujours possible et qui par concentration peut en outre brûler le cou du malade ; le menton en s'abaissant, une longue barbe, cachent aussi le cou et par suite empêchent l'éclairage. Mais ces difficultés ont été surmontées par Voltolini qui se sert d'une lampe électrique d'Edison dont on peut à volonté graduer l'intensité.

Cette lampe est placée auprès du cou du malade mis à découvert, et au niveau du larynx ; en introduisant alors dans le pharynx un laryngoscope, il est possible de pratiquer un examen très détaillé. Pour que la langue ne chauffe pas trop, on interpose entre elle et le cou, une boule remplie d'eau froide et qui agit à la façon d'une lentille convexe quand le cône lumineux la traverse.

Cet éclairage, facile quand le cou est maigre, serait peut-être encore possible en plaçant une lampe de chaque côté lorsqu'il s'agit d'un cou plus épais.

Les avantages qu'il présente sont de permettre le diagnostic de la nature (bénigne ou maligne), des tumeurs des cordes vocales. En effet les tumeurs bénignes sont nettement détachées de leur point d'implantation, ce que permet de reconnaître l'éclairage par transparence. Grâce à lui il est encore possible d'étudier par exemple les mouvements du voile du palais, d'explorer les sinus de la face, et pour arriver à ce but, Voltolini se sert de lampes plus petites que le malade tient lui-même entre les dents.

L'auteur confirme ses hypothèses par des démonstrations : 1<sup>o</sup> sur une jeune fille dont le cou est normal ; 2<sup>o</sup> sur une autre, strumeuse ; 3<sup>o</sup> sur un enfant porteur de grosses amygdales ; 4<sup>o</sup> sur un homme ayant une longue barbe.

Enfin il estime qu'on pourra généraliser le procédé et en faire l'application aux yeux, à l'estomac, à l'utérus ; il suffira tout simplement de faire construire des lampes appropriées.

M. NATIER.

**Tubage du larynx dans les rétrécissements chroniques**, par JOSEPH O'DWYER. *The New York med. Journ.*, 1888, p. 255.

L'auteur rapporte 5 cas ayant trait à des adultes de 33 à 40 ans. Les résultats furent très satisfaisants.

L'introduction du tube se fait non plus avec le doigt comme conducteur, mais avec la vue qui dirige l'instrument beaucoup plus facilement et beaucoup plus sûrement grâce au miroir laryngien. F. V.

**Résection sous-périostée partielle du maxillaire supérieur pour un épulis**, par le Dr FRANK HARTLEY. *New York surg. Soc. in New York med. Journ.*, 1888, 4 février, p. 160.

La tumeur occupait la mâchoire supérieure et avait marché très rapidement depuis 2 mois. L'incision fut intra-buccale. Le périoste de la voûte palatine décollé et conservé. La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes et à cellules rondes, peu de cellules géantes. Le patient n'eut qu'une légère disformité. Le Dr Witch a de même récemment présenté à la même société un malade qu'il avait aussi opéré par la méthode buccale.

F. V.

**Sarcome de la langue, ablation, guérison**, par GEORGE BLEYTHING. *The New York med. Journ.*, 26 juin 1888, p. 683.

Le malade était âgé de 79 ans, fumeur de cigarettes, et avait été soumis à des cautérisations répétées au nitrate d'argent. L'examen microscopique

fut fait avant l'opération sur un des bourgeons enlevés à la surface de l'ulcération et montra que l'on avait affaire à un sarcome à cellules rondes.

La moitié de la langue fut enlevée. Les ganglions n'étaient pas augmentés de volume.

La surface de section de la langue fut suturée à la soie. La guérison fut rapide et depuis six ans le malade est resté complètement guéri.

F. V.

**Analyse de 50 cas de croup traités par l'intubation du larynx**, par JOSEPH O'DWYER. *The New York med. Journ.*, 1888, p. 33.

Ces cas ont été opérés du mois de novembre 1886, au mois de novembre 1887.

Le tableau donne les résultats suivants : 25 garçons, 23 filles, 15 guérison c'est-à-dire 30 0/0. La moyenne de l'âge des enfants guéris est de 4 ans 8 mois, celles des décédés est de 3 ans 9 mois.

L'auteur donne les observations les plus instructives et conclut en insistant sur les avantages qui lui semblent incontestables du tubage du larynx.

F. V.

**Action des applications caustiques dans la cavité nasale**, par F. H. BOSWORTH. *The New York med. Journ.*, 10 mars 1888, p. 253.

Les agents chimiques ont la même action que le cautère actuel sur la muqueuse nasale. L'auteur préfère l'acide chromique à tous les autres agents chimiques ; grâce à lui on peut toucher exactement les points malades et n'agir que sur eux. Une seule application guérit souvent le rhume de cerveau en détruisant l'hyperhémie de la membrane de Schneider.

F. V.

**Amygdalite gangreneuse. — Hémorragie mortelle**, par E. B. CRAGIN. *The New York med. Journ.*, 1<sup>er</sup> septembre 1888, p. 233.

Un nègre de 45 ans était depuis 7 jours à Roosevelt Hospital atteint de dyspnée, de douleurs et d'anxiété précordiale, de fièvre modérée.

A son entrée, il refuse tout examen avec l'abaisse-langue.

Le 7<sup>e</sup> jour il mourut subitement perdant du sang en abondance par le nez et la bouche.

A l'autopsie on trouve une vaste ulcération du pharynx occupant du côté droit la place de l'amygdale. Une odeur très fétide s'exhalait de cette plaie. Au fond de l'ulcération deux vaisseaux béants indiquèrent la source de l'hémorragie.

F. V.

**Ligature de l'amygdale pour hémorragie, par EDW. WIGHT CLARKE.**  
*The New York med. Journal, 7 juillet 1888, p. 7.*

L'ablation des amygdales fut faite avec les ciseaux courbes. L'hémorragie immédiate fut de peu d'importance. Elle s'accentua une heure après l'opération et prit des proportions inquiétantes. Malgré des applications locales de coton styptique, des cautérisations avec le Paquelin, l'hémorragie persista. Deux larges clamps furent placés ayant une branche dans la bouche et l'autre au niveau de l'angle de la mâchoire. Le blessé était pâle, très affaibli.

C'est alors que le chirurgien peut faire la ligature en masse de tout le moignon amygdalien.

L'hémorragie fut arrêtée, mais 8 jours après, le malade conservait encore un peu de faiblesse par suite de la perte sanguine qu'il avait éprouvée.

F. V.

**Traitemennt des névroses du larynx par l'hypnotisme, par SCHNITZLER.**  
*Soc. centrale des méd. de Bohême, août 1888. In Sem. méd., 29 août 1888.*

Une jeune fille, âgée de 20 ans, atteinte d'une aphonie paralytique et de dyspnée spasmodique, guérit après plusieurs séances d'hypnotisme ; le mieux se maintint. Tous les moyens employés auparavant avaient échoué. Une autre femme, âgée aussi de 20 ans, atteinte de chorée du larynx et de chorée unilatérale du corps, fut également guérie d'une façon définitive à la suite de deux séances d'hypnotisme avec suggestion. P. B.

**Extirpation de polypes du nez pendant le sommeil hypnotique, par SCHNITZLER.**  
*Soc. centrale des méd. de Bohême, août 1888. In Sem. méd., 29 août 1888.*

L'auteur pratiquait sur une malade la rhinoscopie antérieure, quand il remarqua que, sous l'influence du faisceau de rayons provenant du réflecteur, la malade s'endormait. M. Schnitzler profita de cette circonstance pour enlever 5 ou 6 polypes et cautériser avec le galvano-cautère leurs points d'implantation. L'opération dura en tout 10 minutes, pendant lesquelles la malade dormit profondément. A son réveil, elle déclara n'avoir rien senti. M. Schnitzler fait cette remarque singulière que la malade n'était pas hystérique (?) et que son intelligence était trop bornée pour qu'on pût la soupçonner de simulation. P. B.

**Un cas de fibrome mou, papillaire du cornet inférieur combiné avec une otite moyenne hyperplastique**, par le Dr GOMPERZ, de Vienne, in *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1889, n° 2, p. 25.

Le néoplasme, d'aspect framboisé, offrait, dans son ensemble, le volume d'un œuf de poule. L'extirpation fut pratiquée avec l'anse galvano-caustique.

L'examen histologique montra qu'il était essentiellement formé d'éléments fibreux et dépourvu d'éléments glandulaires.

Ceci confirme, d'après l'auteur, cette opinion de Virchow, que les tumeurs dites papillomes ne sont, somme toute, que des fibromes.

LUC.

**Nature de l'ozène.** — Communication faite par M. SCHUCHARDT au XVIII<sup>e</sup> congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 24 au 27 avril 1889.

En examinant des fragments de la pituitaire extraits à l'aide de la cuvette, l'auteur a constaté que les cellules épithéliales les plus superficielles étaient cornifiées. Cette transformation était pour lui la cause de l'ozène.

LUC.

**Lymphosarcome de l'amygdale**, par SCHNITZLER. Communication faite à la Société império-royale des médecins de Vienne, séance du 12 avril 1889.

Il s'agissait d'une tumeur de nature sarcomateuse qui, après avoir débûté par l'amygdale gauche, s'ulcéra et envahit le voile du palais, la plus grande partie du pharynx, l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx, au point de nécessiter la trachéotomie. Ultérieurement, le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie des noyaux sarcomateux dans la rate, les capsules surrenales et l'intestin.

LUC.

**Un cas de rhinosclérome**, par le Dr G. BOJEW, de Moscou, in *Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1889, n° 3, p. 52.

Après une excellente revue bibliographique de la question, l'auteur donne une description détaillée du cas qu'il a eu l'occasion d'observer et qui est le premier diagnostiqué à Moscou. Il s'agit d'un militaire, porteur de profession, âgé de 25 ans, natif du gouvernement de Jaroslaw. Quatre mois après son entrée au service militaire il commença à être su-

jet à des épistaxis qui se répétèrent avec une certaine opiniâtreté. Au bout de deux mois seulement on commença à noter un certain gonflement de l'extrémité du nez et un examen attentif révélait les particularités suivantes.

Épaississement et consistance dure et rigide de la pointe, des ailes et de la portion cutanée de la cloison du nez. Petits nodules saillants, au niveau du sillon naso-labial. Cette infiltration a déterminé une diminution de la perméabilité des narines et les cornets sont à peine visibles. On constate toutefois que la muqueuse nasale est d'un rouge bleu, sombre et parcourue par des veinules dilatées. Pas d'ulcérations.

Au pharynx, les lésions ont en partie le caractère destructif : la luette manque, les piliers sont épaissis, d'une coloration pâle, leur surface est inégale. Plaques dures disséminées sur les piliers et la paroi postérieure du pharynx. Quelques écorcements ça et là.

L'affection fut d'abord considérée comme syphilitique, mais, le traitement spécifique étant demeuré sans résultats, Bojew soupçonna un rhinosclérome et cette hypothèse fut confirmée par l'examen microscopique qui révéla, dans des fragments extraits du néoplasme, la dégénérescence hyaline spéciale des cellules, et la présence du microbe caractéristique.

Le traitement par les injections phéniquées dans l'épaisseur des tissus affectés, recommandé par Cornil et Alvarez, n'aurait pas donné ici des résultats bien satisfaisants.

LUC.

**Le muscle crico-thyroïdien**, par KIESSELBACH. *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1889, n° 3, p. 58.

Kiesselbach considère ce muscle comme tenseur des cordes vocales.

Il se contracterait proportionnellement à la hauteur des sons émis, déterminant un mouvement rotatoire du cricoïde autour de son axe transversal par suite duquel les arytenoïdes seraient portés en arrière et éloignés du thyroïde.

LUC.

**Des avantages relatifs de la trachéotomie précoce et tardive dans les maladies chroniques du larynx.** Communication du Dr LENNOX BROWNE à la 2<sup>e</sup> session de l'Association britannique de laryngologie. *Journ. of laryng.*, 1889, n°s 4 et 5.

Lennox Browne passe successivement en revue les indications et contre-indications de l'opération : 1<sup>o</sup> dans la laryngite chronique et la péricondrite ; 2<sup>o</sup> dans la laryngite tuberculeuse ; 3<sup>o</sup> dans le lupus ; 4<sup>o</sup> dans la

syphilis ; 5<sup>o</sup> dans les tumeurs bénignes ; 6<sup>o</sup> dans les tumeurs malignes ; 7<sup>o</sup> dans les névroses.

1<sup>o</sup> Il se montre partisan de la trachéotomie précoce avec maintien ultérieur de la canule, dans la laryngite chronique, sous-glottique et dans la périchondrite déterminant une sténose sous-glottique.

2<sup>o</sup> Il est au contraire très opposé à la trachéotomie, aussi bien tardive que précoce chez les tuberculeux laryngés. Même en cas de dyspnée urgente, il ne se déciderait à pratiquer l'opération qu'en cédant aux instances du malade ou de sa famille, considérant la situation de ce dernier comme aussi pénible après qu'avant l'opération et ne trouvant pas la faible survie ainsi obtenue, digne de considération. Il ne croit pas non plus au présumé repos conféré par l'opération à l'organe malade ni à une plus grande facilité obtenue au prix de l'opération, pour la médication locale, ultérieure.

3<sup>o</sup> Il insiste peu sur le lupus, considérant que cette affection ne saurait nécessiter la trachéotomie que tout à fait exceptionnellement.

4<sup>o</sup> Pour ce qui concerne la syphilis. Lennox Browne envisage successivement l'hypothèse de l'œdème aigu et du rétrécissement organique du larynx. Dans le premier cas, en dehors d'une grande urgence, il est d'avis de ne pas opérer, sans avoir préalablement tenté les effets de la médication spécifique, et, si l'on est forcé d'opérer, d'instituer secondairement cette médication dans l'espoir de permettre au malade de se passer de la canule.

Il considère le procédé de la dilatation des strictures laryngées par les tubes de Schröetter comme réalisant rarement l'espoir fondé sur lui. Pour sa part, il n'a pas eu à s'en louer et les tentatives de dilatation ont plutôt déterminé des spasmes et hâté l'urgence de la trachéotomie, opération qu'il considère dans l'espèce comme le meilleur mode de traitement.

5<sup>o</sup> Lennox Browne se montre partisan de l'opération dans les tumeurs bénignes du larynx et est d'avis de la pratiquer de bonne heure quand elle est indiquée.

6<sup>o</sup> Il préconise également la trachéotomie pour les néoplasmes malins du larynx. Cette opération est d'après lui le moyen le plus sûr et le plus inoffensif de prolonger la vie du malade. Il a vu en outre l'opération être suivie de temps d'arrêt dans la marche de la maladie et même d'améliorations passagères.

7<sup>o</sup> Il est indiqué de pratiquer la trachéotomie en cas de paralysie des abducteurs, non toutefois sans avoir préalablement tenté les effets des injections sous-custanées de strychnine et des courants continus.

L'opération est sans effet dans le cas où la paralysie résulte de la compression exercée sur les récurrents, par des ganglions bronchiques hypertrophiés ou un anévrysme aortique, car ces tumeurs exercent aussi presque toujours une action compressive sur le conduit trachéal, au-dessous du point qui peut être atteint par la canule.

LUC.

**Dégénérescence fibroïde syphilitique des fosses nasales et du pharynx,**  
par JOHN MOLAND MACKENSIE, in the *Journal of laryngology*,  
1889, n° 4, p. 139.

Sous ce titre, l'auteur décrit un processus analogue à celui déjà mentionné par Whistler, pour le larynx.

Cette manifestation tardive de la syphilis s'observerait plus particulièrement chez les hommes et notamment chez les vieux alcooliques.

Les lésions consistent en des hypertrophies fibreuses de consistance dure, d'aspect blanchâtre ou jaunâtre et se développent de préférence sur les cornets inférieurs, où elles semblent former de véritables polypes fibreux.

Ces hypertrophies partielles peuvent, à leur tour, devenir secondairement le siège d'ulcérations qui en déterminent la destruction ou l'adhérence aux parties voisines.

Au microscope elles se montrent formées d'un tissu fibreux doux. On ne retrouve trace ni des éléments glandulaires et érectiles, ni de l'épithélium. Les mêmes modifications peuvent s'observer sur les amygdales et les piliers palatins.

Ces lésions peuvent être confondues avec des gommes.

Elles s'en distinguent par leur consistance plus ferme et par l'inefficacité du traitement spécifique à leur égard.

LUC.

**Contribution à la pathologie et à la chirurgie de la région hypoglottique du larynx,** par le Dr TRIFILETTI. *Arch. ital. de laryng.*, 1889, fasc. 2, p. 49.

Trifiletti trouve que cette région du larynx n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des laryngologistes et se propose de combler cette lacune.

L'article débute par un préambule anatomo-pathologique dans lequel l'auteur insiste sur les modifications de forme de cette région, résultant du degré de tension de la membrane crico-thyroïdienne et sur l'influence que ces changements peuvent exercer sur la phonation.

Il insiste aussi sur l'étroitesse naturelle de la région en question et sur la facilité avec laquelle les processus inflammatoires développés à ce niveau pourront déterminer de la sténose par suite de la laxité du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse qui tapisse la face inférieure des cordes vocales.

Il rappelle enfin la sensibilité très grande de cette même muqueuse, sa richesse en glandes ou en vaissaux.

La muqueuse de la portion inférieure ou cylindrique de la région hypoglottique possède des caractères différents : elle adhère étroitement aux parties sous-jacentes et offre la plus grande analogie avec la muqueuse trachéale.

Trifiletti passe ensuite en revue les diverses affections susceptibles de se montrer dans cette région : la laryngite catarrhale, la syphilis, avec ses infiltrats gommeux en nappe, la tuberculose qui peut également s'y montrer sous formes d'infiltrations étendue et occasionner un cornage précoce, la laryngite hyperplastique, la blennorrhée de Stoerck, l'ozène laryngotrachéal, le rhino-sclérome, enfin les tumeurs et notamment les papillomes qui, d'après l'auteur, auraient fréquemment leur point d'implantation au-dessous de la glotte, de telle sorte qu'il est nécessaire, en pareil cas, si l'on veut opérer par les voies naturelles, de faire faire au malade une large inspiration, au moment de l'introduction de la pince.

Luc.

**Considérations sur un cas de laryngite hémorragique, par ROQUER y CASADESUS.** *Revista de laringologia*, mars 1889.

Une jeune fille de 20 ans, lymphatique, consulta l'auteur à la fin de janvier, pour une aphonie datant de quinze jours. Cette aphonie s'est montrée brusquement après un refroidissement. Quatre ou cinq jours après le début de cette aphonie, et au moment où le malaise général avait déjà disparu, elle se mit à cracher chaque matin des petits caillots de sang noir suivis de quelques crachats de couleur plus claire. Après cette expectoration, la voix s'améliorait pour une heure ou deux. Ces symptômes duraient depuis dix jours.

A l'examen, le cœur et la poitrine furent trouvés parfaitement sains. Règles très peu abondantes depuis deux mois. Voile du palais et pharynx pâles. Au laryngoscope, les cordes supérieures et inférieures étaient recouvertes de petits caillots sanguins. Un effort de toux en fit expectorer quelques-uns, et un peu de sang ensuite. Les cordes vocales apparaissent alors en quelques points rouges et sanglantes.

Casadesus prescrivit des pulvérisations astringentes, du perchlorure de fer à l'intérieur, et au bout de quelques jours toucha le larynx avec du chlorure de zinc. Les caillots cessèrent de se montrer d'abord sur les bandes ventriculaires, puis sur les cordes inférieures. En six jours, les hémorragies avaient disparu, la voix était revenue, et le larynx avait repris son aspect normal.

Notre distingué confrère de Barcelone fait suivre cette intéressante observation de considérations cliniques très judicieusement exposées et qui expliquent son diagnostic de laryngite hémorragique.

RUAULT.

**La surdité amygdalienne**, par P. VERDOS. *Revista de laryngologia*, mars 1889.

Verdos propose de restreindre l'appellation de surdité amygdalienne aux altérations de l'ouïe, unilatérales ou bilatérales, qui ne sont accompagnées d'aucune lésion perceptible de l'appareil auditif, et coïncident avec des lésions, généralement chroniques, des amygdales.

Des observations répétées lui ont permis de se convaincre de la fréquence des faits de ce genre, que l'auteur de cette analyse a décrits en 1887 dans un mémoire sur les névropathies réflexes d'origine amygdalienne, publié dans les *Archives de laryngologie*; et il pense comme lui qu'il s'agit bien en pareil cas de réflexes amygdalo-auriculaires.

La surdité amygdalienne réflexe est généralement unilatérale, Verdos l'a rarement vue bilatérale. Elle est surtout en rapport avec l'hypertrophie tonsillaire, et avec l'amygdalite chronique sans hypertrophie. En cas d'hypertrophie, elle peut exister seulement du côté de l'amygdale la moins hypertrophiée, constatation très importante, et qui montre bien la nature de l'affection.

Le pronostic est très bon; et l'auteur n'a encore vu aucun cas réfractaire. Presque toujours l'ouïe s'améliore dès que le traitement de l'affection amygdalienne est commencé; la surdité ne persiste que si l'affection amygdalienne elle-même est réfractaire.

L'auteur soigne actuellement une malade qui se trouve dans ces conditions. Il s'agit d'une fillette de 14 ans dont les oreilles ont été longtemps soumises à des traitements tout à fait inutiles. Verdos soigne ses amygdales, et depuis que celles-ci vont mieux, la surdité diminue parallèlement, bien qu'il ne s'occupe en aucune façon de traiter directement les oreilles.

RUAULT.

Un second cas de moisissure (schimmelmycose) de la voûte pharyngée,  
par F. SIEBENMANN. *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1889, n° 4. p. 73.

L'auteur rappelle que, si l'on excepte l'otomycose, le développement spontané de moisissures dans les organes vivants constitue un fait rare chez l'homme.

Le premier cas d'aspergillus de la cavité pharyngo-nasale avait été observé et rapporté par le Dr Paul Schubert. Il concernait une vieille femme de 75 ans, affectée de catarrhe sec de cette région. Dans ce cas les champignons étaient saprophytes, c'est-à-dire qu'ils tiraient leur nourriture de produits putréfiés et non de l'organisme vivant. Ils disparurent après avoir été expulsés mécaniquement au moyen de douches nasales pratiquées avec une solution d'hypermanganate de potasse. Les poumons étaient intacts.

Après avoir rapporté cette observation, et avoir insisté sur la rareté du fait Siebenmann rapporte avec détails le fait analogue observé par lui-même.

Il s'agit ici d'une trouvaille d'autopsie chez une femme qui avait succombé à des lésions syphilitiques tardives et généralisées. Au nombre de ces lésions figurait une carie très étendue de la cavité pharyngo-nasale. Au niveau de la partie moyenne de la voûte du *cavum pharyngé*, on observait une masse mortifiée, mesurant deux centimètres et demi de diamètre dont la surface intérieure était recouverte d'une couche de moisissure grisâtre ou verdâtre par places. L'examen de ces moisissures permit d'y reconnaître la présence de l'aspergillus fumigatus, de l'aspergillus nidulans et du mucor corymbifer.

L'auteur dit que l'autopsie ayant été pratiquée 36 heures après la mort, il est impossible d'admettre que les moisissures se soient développées *post mortem*, car ce laps de temps eût été insuffisant pour leur permettre d'atteindre le développement observé. Dans ce cas comme dans le précédent les poumons étaient sains.

LUC.

---

*Le Gérant: G. STEINHEIL.*

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT

DE L'ANGINE GRANULEUSE

PAR LE GRATTAGE ET LES APPLICATIONS IODIQUES  
APRÈS ANESTHÉSIE LOCALE

Par le Dr **Albert Ruault**.

De tous les topiques en usage dans le traitement de cette forme de pharyngite chronique de l'adulte qui doit son nom d'angine granuleuse à la présence dans le pharynx buccal de granulations saillantes, rouges, constituées surtout par du tissu adénoïde hypertrophié et enflammé, c'est, à mon avis, l'iode qui donne les résultats les plus nets et les plus durables. Préconisé surtout par Mandl, qui a obtenu grâce à lui de nombreux succès, il n'a pas tardé à devenir d'un usage très répandu, et bien qu'on se soit souvent écarté dans son emploi des règles formulées par ce médecin, il a rendu des services à tous ceux qui y ont eu recours. Depuis quelques années cependant sa réputation semble un peu compromise, et il cède le pas à l'ignipuncture. On semble ignorer que si l'iode peut, lorsqu'on l'emploie convenablement et

avec persévérence, remplacer le cautère actuel, celui-ci ne peut au contraire en aucune façon produire certains effets qui sont réservés au premier. C'est pourquoi, avant de décrire la méthode technique nouvelle que cette note a surtout pour but de faire connaître, et ses effets thérapeutiques, je tiens à étudier les indications de l'ignipuncture et celles des applications topiques, et à préciser les résultats qu'on est en droit d'attendre de chacun de ces deux modes de traitement.

## I

Le traitement de la pharyngite granuleuse par la cautérisation ignée des granulations, grâce à laquelle on obtient la destruction immédiate de leur portion saillante et la régression consécutive de l'autre partie, a été vanté d'abord par Michel (de Cologne). Introduit en France par Krishaber, il s'y est vulgarisé rapidement et est vite devenu à la mode. On s'est habitué peu à peu à le considérer comme l'*ultima ratio*, comme le moyen héroïque et presque infaillible de triompher du mal dans les cas rebelles. C'est là une erreur qu'il importe de ne pas laisser s'accréditer, car elle a déjà eu pour résultat d'infliger inutilement à bien des malades les ennuis du fer rouge, alors qu'une autre thérapeutique leur aurait rendu service ; et elle aura bientôt, par la force des choses, celui de jeter sur la méthode un discrédit qu'elle ne mérite pas plus que la vogue excessive dont elle jouit encore aujourd'hui.

Il n'est pas douteux que cette méthode soit rationnelle, et même généralement curative, dans les cas où la présence dans le pharynx de granulations volumineuses paraît constituer à elle seule toute la maladie, et je reviendrai tout à l'heure sur ce point. Mais il faut bien savoir que ces cas sont presque exceptionnels. La règle est au contraire de voir la pharyngite granuleuse accompagnée d'une angine catarrhale diffuse, qui ne cède pas au traitement lorsque celui-ci est borné à la cautérisation ignée des granulations pharyngées.

Celles-ci en effet, quoi qu'on en ait dit, ne sont presque jamais la cause du catarrhe diffus qui les accompagne, elles sont au contraire sa conséquence. Elles peuvent lui survivre, mais leur destruction ne peut amener sa disparition lorsqu'il existe en même temps qu'elles. En pareil cas, cette destruction est d'autant plus inutile qu'elle ne saurait être définitive : sous l'influence du catarrhe, les granulations reparaissent rapidement, soit qu'elles se reproduisent aux dépens des parties profondes de chacune d'elles qui ont été respectées, soit qu'il s'en forme de nouvelles.

L'ignipuncture est donc tout à fait impuissante, à elle seule, contre ces formes si fréquentes de pharyngite chronique. Pour les guérir il faut avant tout traiter le catarrhe diffus, agir à la fois sur l'appareil glandulaire tout entier, ce qui exige l'emploi de médicaments topiques dont l'action puisse se généraliser à toutes les parties malades. Le cautère ne trouve son indication que lorsque l'inflammation catarrhale a cédé à l'usage des topiques ; il permet alors, grâce à son action précise et circonscrite, de faire disparaître les granulations hypertrophiées et en même temps la gêne et l'irritation relevant de ces épaississements limités de la muqueuse. Mais il n'intervient que d'une façon tout à fait accessoire ; souvent utile, il n'est que rarement indispensable. On a soutenu, à la vérité, que le galvano-cautère met le malade à l'abri des récidives. Mais ce serait se méner de cruelles désillusions que d'accepter sans réserves cette opinion. On ne tardera pas à être fixé sur sa valeur si l'on suit un peu longtemps les malades chez lesquels on a pu, grâce à un traitement convenablement conduit à l'aide des topiques d'abord et du cautère ensuite, rendre au pharynx un aspect tout à fait normal. Qu'une angine aiguë un peu intense, ou quelques angines simples, banales, éphémères, viennent à atteindre ces sujets, et l'on verra souvent combien fragile était la guérison sur laquelle on comptait. On pourra constater qu'une inflammation aiguë de quelques jours de durée suffit à amener la récidive du catarrhe chro-

nique qui n'avait cédé qu'à un traitement prolongé, et à faire reparaitre, aussi nombreuses, aussi volumineuses qu'autrefois, les granulations du pharynx.

Les cas où les symptômes accusés par le malade dépendent de la présence de granulations pharyngées plus ou moins volumineuses, avec catarrhe circonscrit et peu marqué, sont, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, infiniment plus rares que les précédents. Cet état du pharynx, qu'entre autres causes une ou plusieurs angines aiguës consécutives, quelle que soit leur nature, suffisent à produire, est d'une fréquence extrême. Les personnes qui le présentent, à l'examen, et qui n'en ressentent aucune incommodité, se comptent par milliers. Ceux qui s'en plaignent, lorsqu'ils ne sont pas des névropathes à tendances hypochondriaques, le font presque toujours parce que le médecin qui leur a examiné la gorge, dont ils souffrent, leur a dit n'y avoir trouvé autre chose que des granulations. Ils sont dans leur droit strict en attribuant leur mal à l'unique lésion qu'on leur a signalée. Mais, neuf fois sur dix, ces granulations sont innocentes des méfaits qu'on leur impute, et c'est à quelque lésion de voisinage (catarrhe nasopharyngien, vices de conformation du squelette ou affection de la muqueuse des fosses nasales, hypertrophie exagérée de l'amygdale linguale, etc.) que les symptômes sont légitimement attribuables. Dans les cas extrêmes seulement, lorsque les granulations sont très volumineuses, confluentes, surtout groupées en colonnes et particulièrement sur les régions latérales du pharynx au niveau du prolongement des plis salpingo-pharyngiens, ces productions sont capables d'amener par elles-mêmes des troubles morbides, parce qu'elles déterminent une irritation mécanique et une gêne des mouvements du pharynx à la façon de véritables corps étrangers. En pareil cas, l'ignipuncture donne des résultats supérieurs aux autres méthodes de traitement préconisées jusqu'ici, elle permet de détruire les tissus exubérants en respectant les parties voisines, résultat difficile à obtenir avec le nitrate d'argent qui agit trop lentement, avec la pâte de Lon-

dre ou l'acide chromique dont l'action est moins précise et moins limitée, et à peu près impossible à réaliser par les applications topiques ordinaires de solutions iodées. La récidive peut encore se produire, il est vrai, et rendre nécessaires plusieurs interventions successives, à des intervalles de temps variables, mais en fin de compte, si le malade ne manque pas de patience, le médecin finit la plupart du temps par obtenir une guérison complète et définitive.

Les cas où la médication topique est inutile étant exceptionnels, celle-ci conserve donc toujours une importance considérable dans le traitement de l'angine granuleuse. Mais, pour certains que soient les résultats qu'elle donne, il n'en est pas moins vrai que ceux-ci sont presque toujours très lents à se manifester et que dans bien des cas ils se montrent tout à fait insuffisants.

Certains topiques, comme les astringents (nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc., en solutions faibles) ou les solutions alcalines en gargarismes ou en pulvérisations, ne donnent presque jamais que des améliorations transitoires ; d'autres, comme les solutions iodées, doivent souvent être utilisées très longtemps avant de se montrer réellement efficaces. Et cependant l'iode agit à la fois sur les glandes, sur le tissu adénoïde, et peut-être aussi sur les vaisseaux ; c'est un puissant médicament ; et son action antiseptique vient encore se joindre à ses autres propriétés pour expliquer ses effets dans les catarrhes, le rôle des micro-organismes ne paraissant pas niable dans la pathologie de l'inflammation chronique des muqueuses. Je crois, pour mon compte que c'est surtout à ses propriétés microbicides, accrues encore par sa grande diffusibilité, que l'iode doit son efficacité dans l'angine granuleuse. Cette action se fait sentir jusqu'aux culs-de-sac glandulaires et sur toute l'étendue de la muqueuse, grâce à elle le catarrhe diminue, et en même temps le tissu adénoïde cesse de subir les effets d'une phagocytose jusqu'alors exagérée dont l'hypertrophie était la conséquence. Mais pour que ces effets puissent se produire, il est indis-

pensable que l'iode soit mis immédiatement en contact avec les tissus sur lesquels il doit agir. Or, dans la pratique, on ne cherche guère à réaliser cette importante condition de succès. Les badigeonnages iodés sont faits d'ordinaire avec des pinceaux doux, dont le maniement est le plus souvent abandonné au malade lui-même ou à une personne de son entourage, et se réduisent à une simple application du liquide sur la muqueuse tapissée d'une couche de mucus, de telle sorte que ce vernis protecteur est presque seul à subir l'action du médicament. De plus on emploie des solutions iodo-iodurées presque toujours trop faibles; et si l'on veut agir plus énergiquement on se sert de teinture d'iode, sans songer que cette préparation enlève à l'iode une partie de son pouvoir antiseptique, et que l'alcool qui ne sert pas à coaguler le mucus irrite la muqueuse avec laquelle on le met en contact.

Cette technique est si défectiveuse, qu'on peut à bon droit s'étonner de voir les malades en tirer souvent profit. Ma préoccupation constante a été depuis plusieurs années, de la perfectionner autant que possible. Je n'ai pas tardé à me convaincre de la supériorité du tampon d'ouate sur le pinceau ordinaire, et de la nécessité de frotter la muqueuse, et non pas de la badigeonner. Depuis, je suis revenu à l'usage des pinceaux, mais je les emploie, concurremment avec l'ouate, d'une façon un peu spéciale, aussi vais-je exposer avec quelques détails ce manuel opératoire.

## II

Pour faire les applications topiques d'iode dissons dans l'eau additionnée d'iodure de potassium, je choisis le moment de la journée le plus éloigné possible du dernier repas, afin de ne pas exposer le malade à des vomissements alimentaires.

Je commence par débarrasser le fond de la gorge des muco-sites qui le tapissent, à l'aide d'un tampon d'ouate hydro-

phyle du volume d'une noix, fixé au bout d'une longue pince à forcipressure. Après ce nettoyage sommaire, j'en fais un second avec un tampon identique, imbibé d'une solution de bicarbonate de soude à 2 pour 100, et je fais gargariser le malade avec cette même solution.

La gorge une fois nettoyée, je la badigeonne, à deux reprises consécutives, à 3 minutes d'intervalle, avec un tampon légèrement imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquième (1). Au bout de quelques minutes, on est averti par le malade que l'anesthésie de la gorge est obtenue, et on passe alors à l'application de la solution iodo-iodurée (2).

Pour appliquer ce topique, je me sers des pinceaux que mon ami le Dr P. Le Gendre a eu l'heureuse idée d'employer et de recommander dans le traitement de l'angine diphtérique par la méthode de M. Gaucher. Ces pinceaux sont des brosses en soie de porc, dures, fabriquées pour les peintres. Les poils sont fixés dans un tube en fer-blanc emmanché à une longue tige en bois blanc. On les trouve chez tous les marchands de couleurs, à qui il faut demander les brosses n° 12, qui ont la dimension la plus convenable. Il faut les choisir bien fermes. On doit avoir, pour chaque malade, deux de ces pinceaux. L'un est employé tel quel ; l'autre au contraire doit subir une modification préalable : on en coupe les poils, avec des ciseaux, de façon à les raccourcir des deux tiers au moins. On obtient ainsi une petite brosse à extrémité plane, élastique, mais très dure.

Le pinceau ainsi transformé étant convenablement imbibé de la solution iodo-iodurée, on fait ouvrir la bouche au malade, dont on abaisse la langue avec une spatule ; et portant

(1) Il est clair qu'on devra, au préalable, s'assurer de la tolérance du malade pour la cocaïne.

(2) Les solutions que j'emploie sont formulées comme il suit :

Iode . . . . .		à 2 gr.
Iodure de potassium . . . . .		
Eau distillée . . . . .		15 à 20 gr.

résolument le pinceau au fond de la gorge, on frotte énergiquement la paroi pharyngée, de haut en bas et du bas en haut sans quitter sa surface. On insiste surtout sur les endroits où les granulations sont les plus nombreuses, et, sur les granulations isolées, on appuie fortement le pinceau en lui imprimant sur place quelques mouvements de rotation. Cette manœuvre fait presque constamment apparaître, en quelques endroits, une certaine quantité de sang. On laisse alors le malade cracher et se reposer quelques secondes, et on badigeonne de nouveau le pharynx avec la solution, en se servant cette fois de l'autre pinceau, à poils longs, qui est moins dur que le premier. S'il y a de l'angine catarrhale diffuse, on badigeonne alors avec ce pinceau, sans craindre d'employer une certaine force, les piliers du voile et sa face antérieure. Enfin on invite le malade à cracher l'iode en excès et la salive qui remplit sa bouche, mais autant que possible on ne lui permet pas de se gargariser ni de boire avant quelques minutes, pour éviter que le médicament soit trop rapidement entraîné.

En disant qu'il faut frotter énergiquement, jusqu'à faire saigner, je précise de mon mieux ce qu'on doit faire, mais malgré tout je ne puis éviter au médecin qui voudra employer la méthode un apprentissage indispensable. Certains pharynx en effet saignent plus facilement que d'autres, et il faut chercher ailleurs une mesure du degré de force à employer. Celle-ci varie suivant les cas, suivant la susceptibilité du malade surtout. On devra donc d'abord s'assurer du degré de tolérance du pharynx, et frotter d'autant plus fort, aux séances suivantes, qu'on l'aura reconnue plus grande.

Grâce à la cocaïne, ce grattage est aisément supporté par le malade, mais presque aussitôt après il donne lieu à une sensation pénible de cuisson qui augmente d'abord, devient moins forte au bout d'une demi-heure, ou quelquefois d'une heure ou deux seulement, et qui persiste, atténuée, mais encore assez désagréable, pendant 12, 24 ou 48 heures, rarement plus. Les gargarismes à l'eau très froide ou même

glacée sont le meilleur moyen à utiliser pour la combattre. Quelquefois, on peut voir, le lendemain, un peu d'œdème de la luette ou d'un des piliers; mais ces accidents sont d'ordinaire passagers et disparaissent sans encombre. Ils m'arrivent d'ailleurs plus rarement aujourd'hui que j'ai acquis une expérience suffisante de la méthode, et que je sais plus exactement le degré de force qui peut être employé sans danger.

Au bout de quatre à six jours, quand la réaction consécutive a disparu, et que les escharas blanchâtres recouvrant les régions excoriées sont tombées, on recommence la même manœuvre, qui est généralement bien mieux supportée que la première fois et donne lieu à une réaction beaucoup moins marquée; et on continue ainsi tant que la chose est nécessaire. Lorsque les granulations du pharynx sont très volumineuses on peut, immédiatement avant d'appliquer l'iode, les cautériser au galvano-cautère ou les gratter avec une petite curette tranchante analogue à celles qu'emploient les gynécologistes pour l'utérus. On peut aussi employer des solutions iodiques plus concentrées. Mais tout cela est inutile dans beaucoup de cas.

Les résultats de ce mode de traitement sont très satisfaisants dans la majorité des cas. Les succès sont quelquefois si rapides, que deux séances peuvent suffire à amener une amélioration des symptômes telle que les malades se croient guéris. Catarre et granulations disparaissent souvent en cinq ou six séances. Je n'entends pas dire que les guérisons obtenues seront toujours complètes et définitives, et je n'emploie d'ailleurs pas cette méthode depuis assez longtemps pour pouvoir fournir des renseignements à cet égard, mais il n'est pas douteux pour moi qu'à l'encontre de ce qui a souvent lieu pour l'ignipuncture, les malades n'hésiteront pas, si la chose est nécessaire, à se soumettre de nouveau à un traitement dont ils apprécieront, non seulement l'innocuité, mais aussi la rapidité d'action.

Il me resterait, pour être complet, à étudier les conditions

qui peuvent faire varié le pronostic. Mais c'est là une question trop importante pour que je puisse, dans cette note, faire autre chose que l'effleurer, car elle se relie à celles de l'étiologie et de la pathogénie de l'angine granuleuse, dont l'étude est loin d'être faite. L'angine granuleuse consécutive aux angines aiguës graves est en général d'un pronostic très variable. On peut dire, cependant, d'une manière générale, que les pharyngites de cause purement locale sont les plus faciles à guérir, si l'on prend soin, en même temps qu'on applique le traitement local, de soustraire le malade aux causes de la maladie. Mais ces pharyngites ne sont pas les plus fréquentes. La plupart reconnaissent pour causes des lésions de voisinage, l'imperméabilité nasale et le catarrhe naso-pharyngien, et en pareil cas il est clair qu'il faudra s'attaquer à la cause et chercher à la faire disparaître. Bien souvent enfin le nez et la gorge ne sont devenus malades qu'à la faveur de poussées congestives répétées, dont il faut chercher la cause dans quelque affection chronique du tube digestif et surtout de l'estomac ; ou encore de l'appareil génital, principalement chez les femmes. Les gens dont la peau fonctionne mal, ou offre une sensibilité exacerbée aux changements brusques de température, peuvent aussi être sujets à ces poussées congestives réflexes des premières voies. On conçoit que chez ceux-ci les soins de la peau, l'hydrothérapie, les frictions, etc., peuvent trouver leur indication, et s'imposent au même degré que le traitement de l'affection utérine ou stomachale chez les autres. Mais ces derniers surtout ne guérissent définitivement que si l'utérus ou l'estomac reprennent, sous l'influence d'un traitement approprié, leur fonctionnement normal. Chez certains malades, atteints à la fois de dilatation atonique de l'estomac et de pharyngite chronique, l'état de la langue est un élément important de pronostic : ceux qui ont constamment la langue sale, bien que l'exploration des liquides gastriques ne fasse pas reconnaître de catarrhe stomachal appréciable, sont les plus difficiles à guérir.

On doit aussi ranger dans les cas défavorables ceux de certains névropathes, généralement issus eux-mêmes de souche névropathique ou hystérique, et chez lesquels les symptômes persistent quelquefois avec la même intensité, malgré la disparition presque complète des lésions. On peut alors recourir avec avantage à l'hydrothérapie ou aux bromures. Plus souvent encore que les bromures, la strychnine, lorsqu'elle est prise à la dose de 5 à 6 milligrammes par jour, donne en pareil cas de bons résultats (1).

Comme chez les nerveux, il ne faut pas non plus négliger de s'adresser à l'état général lorsqu'on a affaire à certains rhumatisants, à des goutteux, sujets à des poussées congestives de la face et du cou, qui rendent la pharyngite particulièrement rebelle et sujette aux récidives. Une diététique appropriée et la médication hydrothermale prescrite à propos et bien dirigée, sont alors de puissants auxiliaires du traitement local.

(1) Il n'est pas douteux que certaines manifestations névropathiques, même franchement hystériques, ne cèdent rapidement à la strychnine alors qu'elles avaient résisté à l'emploi méthodique des bromures. J'ai été souvent à même de constater ce fait dont je dois la connaissance à M. le professeur Ch. Bouchard. Sur le conseil de ce maître, j'ai prescrit systématiquement la strychnine, à la dose de 6 milligrammes par jour, à tous les malades atteints de toux hystérique, chorée laryngée, toux nerveuse du larynx, qui se sont présentés à mon observation, et j'ai obtenu jusqu'ici de ce traitement des résultats inespérés (6 guérisons rapides sur 7 cas que j'ai pu suivre).

## REVUE CRITIQUE

## DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS PUBLIÉS SUR LA QUESTION  
(Fin) (1)

Par le Dr Lue.

## CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

La connaissance précise de l'anatomie de la région qui nous occupe est indispensable pour l'intelligence de l'origine et de la marche des processus inflammatoires dont elle est le siège. Sans vouloir reproduire ici au complet tous les détails de cette anatomie, nous nous permettrons de nous arrêter à quelques points spéciaux qui nous semblent exercer une influence prépondérante sur les particularités cliniques que nous aurons à signaler ensuite.

Chacun sait que l'os maxillaire supérieur est creusé d'une cavité tendant à reproduire en creux sa forme pyramidale antérieure. Cette reproduction est plus ou moins exacte, suivant que la cavité s'étend plus ou moins loin dans chacune des apophyses de l'os, et, sous ce rapport, les dissections nous révèlent, d'un os à l'autre, les écarts les plus considérables. Ces écarts peuvent même exister entre les deux maxillaires d'une même face. Il est donc impossible d'énoncer a priori, dans un cas déterminé, quelle est la capacité d'un sinus et jusqu'où il s'étend, dans les diverses directions. Le plus ou moins de saillie de ses parois constitue assurément une cause de plus ou moins grande spacieuse qui peut être évaluée par l'inspection extérieure; mais ce qui rendrait cette évaluation essentiellement trompeuse, c'est le déve-

(1) Voir le n° 3 de cette année.

loppelement éminemment variable de la couche osseuse qui sépare la paroi du sinus de la surface de l'os. Cette couche osseuse est parfois tellement considérable que le sinus est réduit à une cavité irrégulièrement arrondie, sans prolongements vers les apophyses et n'atteignant, dans la direction du bord alvéolaire, que la paroi alvéolaire des deux premières grosses molaires, celles, entre toutes les dents, dont les racines se rapprochent le plus de la cavité du sinus. Mais, dans certains cas de développement minimum de l'antre d'Highmore, l'alvéole de ces dents est séparé de la paroi du sinus par une couche de tissu spongieux qui va s'épaississant en arrière, vers la dent de sagesse, mais bien plus, en avant, vers les incisives dont elle maintient l'alvéole constamment éloigné de la cavité de l'antre, même sur les os où cette cavité est le plus développée.

Par un mécanisme inverse, lorsque la couche de tissu spongieux sous-jacent à la paroi du sinus est peu développée, celui-ci tend à se rapprocher de la surface de l'os et émet des prolongements correspondant à chacune de ses apophyses ou saillies. Zuckerkandl a décrit cinq prolongements ainsi constitués : un alvéolaire, ou inférieur, creusé dans le bord supérieur de l'os, un palatin, résultant de la pénétration de la cavité de l'antre dans l'intervalle des deux lames de l'apophyse palatine du maxillaire, un sous-orbitaire, correspondant à l'apophyse montante, un zygomatique, résultant du prolongement du sinus dans l'apophyse de ce nom et séparé du précédent par une crête qui correspond au canal osseux du nerf sous-orbitaire ; enfin un prolongement postérieur creusé dans l'épaisseur de l'apophyse orbitaire de l'os palatin.

De tous ces prolongements, le premier présente, dans l'étude du sujet que nous traitons, de beaucoup la plus grande importance. Dans les cas en effet où il est très développé, le sinus n'a d'autres parois, vers le bord alvéolaire, que celles des alvéoles d'un certain nombre de dents, depuis les grosses molaires jusqu'à la canine inclusivement et, quand on a

l'occasion d'étudier un sinus réalisant cette disposition, on voit les alvéoles en question faire saillie à l'intérieur de l'antre, comme autant de petits mamelons ; parfois même la paroi alvéolaire de certaines racines fait défaut et celles-ci plongent directement dans la cavité du sinus.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces détails. Ils font pressentir la solidarité qui existe entre la pathologie dentaire et celle du sinus, ils nous expliquent l'ouverture de l'antre parfois observée à la suite de certaines extractions de dents et nous donnent enfin la raison du rôle prépondérant joué par certaines dents (les deux premières grosses molaires) dans la pathogénie des suppurations du sinus.

Avant de quitter cette question des rapports anatomiques du sinus avec les dents, mentionnons encore un fait sur lequel Zuckerkandl nous paraît avoir le premier attiré l'attention : nous faisons allusion à la disposition des canaux osseux destinés à loger les troncs nerveux qui se distribuent aux racines dentaires. Ces canaux sont très rapprochés de la surface de la cavité de l'antre qu'ils soulèvent sous forme de crêtes. Mais il n'est pas rare que leur paroi osseuse fasse défaut, de loin en loin, en sorte que, dans le cas d'inflammation, les rameaux ne sont protégés que par la muqueuse et le périoste et subissent forcément la compression d'un épanchement tant soit peu considérable. Nous verrons plus loin toute l'importance clinique de ce simple détail anatomique.

Les rapports du sinus maxillaire avec les alvéoles dentaires ne sont en somme que des rapports de voisinage ; avec la cavité nasale, en revanche, le sinus présente, outre des rapports de voisinage, des rapports de continuité : c'est en somme la même muqueuse qui, subissant quelques modifications de texture, passe de l'une des cavités dans l'autre.

L'inspection de l'orifice du sinus maxillaire, sur le squelette et surtout sur le maxillaire isolé donne une idée très imparfaite du mode de communication de cette cavité avec la fosse nasale correspondante. Déjà, sur le squelette, ce

large orifice se trouve rétréci par l'adjonction de l'os palatin en arrière, du cornet inférieur en bas, et de l'ethmoïde en haut. C'est surtout ce dernier os qui, par certains de ses prolongements prépare, pour ainsi dire, la disposition que nous observons, lorsque nous examinons le méat moyen, à l'état frais. L'ethmoïde nous présente en effet, au-dessous du méat moyen, d'une part une saillie arrondie, en forme de bulle (bulle ethmoidale), d'autre part, une saillie mince, allongée, recourbée en forme de cimenterre et placée au-dessus de la bulle qu'elle embrasse dans sa concavité : c'est l'apophyse unciforme. A l'état frais, la muqueuse nasale adossée à celle du sinus remplit l'intervalle qui sépare l'apophyse unciforme, formant ainsi un sillon profond, courbe, à concavité supérieure, étroit, dans sa portion inférieure, correspondant à l'hyatus semi-lunaire des Allemands, mais s'élargissant en avant et en haut, pour former l'infundibulum.

Quand on examine, sur un cadavre, la région du méat moyen, on découvre aussitôt le sillon que nous venons de décrire et, en écartant ses lèvres, on distingue dans sa partie postérieure, étroite et profonde un petit orifice généralement allongé d'avant en arrière : c'est l'ostium maxillaire, ou orifice de communication normale du sinus. Dans la portion antérieure, large, du même sillon, correspondant à l'infundibulum, se présente l'orifice du sinus frontal.

L'ostium est éminemment variable, dans sa forme et dans ses dimensions. Exceptionnellement circulaire, il est le plus ordinairement allongé, d'avant en arrière, présentant un contour elliptique ou réniforme. Le plus petit que Zuckerkandl ait rencontré, dans ses dissections, était arrondi et mesurait seulement trois millimètres de diamètre ; le plus grand mesurait dix-neuf millimètres de long et cinq millimètres de large. Cet auteur ajoute que, dans la majorité des cas, la longueur varie entre 7 et 11 millimètres et la largeur entre 2 et 6 millim. Ce qui nous intéresse, au point de vue de la pathologie du sinus, c'est que cet orifice s'ouvre dans l'antre, tout contre sa paroi supérieure et débouche, d'autre part, au fond d'un

sillon étroit formé d'une muqueuse tuméfiable et dont la lèvre inférieure se relève fortement, en dépassant souvent le niveau de la paroi supérieure du sinus ; conditions défavorables au suprême degré pour l'écoulement naturel des liquides accumulés à l'intérieur de l'antre. Ajoutons que l'ostium regardant obliquement en haut et en arrière, offre la disposition la plus désavantageuse pour nos tentatives de cathétérisme, si même nous faisons abstraction de la présence du cornet moyen.

L'orifice que nous venons de décrire n'est pas toujours la seule ouverture de communication naturelle du sinus avec la fosse nasale. Giraldès mentionna le premier l'existence inconstante d'un second orifice (ostium maxillaire accessoire) situé en dehors de l'hiatus, en arrière et au-dessous du précédent et correspondant, sur le squelette, à l'intervalle compris entre l'apophyse unciforme et l'os palatin. Cet orifice a été retrouvé depuis, environ dans un neuvième ou dixième des cas (Zuckerkandl). Il est arrondi et limité par un bord tranchant. Ses dimensions varient entre celles d'un grain de millet et celles d'une lentille. Quand il existe, il se trouve généralement des deux côtés. Giraldès ayant remarqué que l'ostium accessoire ne s'observe qu'à partir d'un certain âge, le considérait comme le résultat accidentel d'une atrophie raréfiante. Zuckerkandl est assez disposé à partager cette opinion, car il fait remarquer que, chez les sujets d'un certain âge, lorsque cet orifice fait défaut, la muqueuse de la région correspondante présente une minceur extrême. Il propose d'utiliser cette particularité, en faisant de cette région le point d'élection de l'ouverture artificielle du sinus, par le méat moyen. Toute inconstante que soit l'existence de l'ostium accessoire, cet orifice n'est pas sans importance, au point de vue de la pathologie de l'antre d'Highmore ; en effet, n'étant pas exposé, comme le premier, à être oblitéré, par le fait du gonflement de la muqueuse, et occupant une position plus déclive, il se prête mieux que lui à l'écoulement des épanchements formés dans le sinus. Nous avons vu même

que, dans un cas, Killian était parvenu à l'utiliser pour pratiquer des lavages dans cette cavité.

La membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du sinus maxillaire ne rappelle les caractères macroscopiques de la pituitaire que dans le voisinage de l'orifice de communication avec la cavité nasale proprement dite. Dans la plus grande partie de son étendue, sa pâleur et sa minceur lui donnent une extrême analogie d'aspect avec une membrane séreuse. Quand on la saisit avec une pince, on constate qu'elle se sépare assez facilement en deux feuillets : l'un superficiel, constituant la couche vraiment muqueuse, l'autre profond, adhérant à l'os, à l'égard duquel il joue le rôle de périoste.

L'intervalle de ces feuillets est occupé par du tissu cellulaire lâche, très apte à se laisser infiltrer par des exsudations œdémateuses (Zuckerkandl).

La minceur de la muqueuse du sinus permet facilement d'apercevoir par transparence, à l'œil nu, les amas glandulaires qu'elle renferme. Ces glandes offrent, comme celles de la muqueuse nasale, le type tubuleux et le type acineux. Elles sont d'ailleurs bien moins abondantes que dans les fosses nasales. Les vaisseaux y sont également beaucoup moins développés.

Ces particularités histologiques nous rendent compte de la vitalité faible de cette muqueuse et de son faible pouvoir réactionnel à l'égard des irritations extérieures. Le fait suivant est des plus édifiants, sous ce rapport : le Dr Aguilhon de Sarran nous a dit avoir vu, à son dispensaire, une femme dont le sinus avait été tamponné avec une masse d'ouate du volume d'une petite orange, par le trajet fistuleux de l'alvéole de la seconde grosse molaire. Ce n'est qu'au bout de 18 mois que la présence de ce corps étranger avait fini par provoquer des phénomènes inflammatoires dans la cavité et dans son voisinage. Nous insisterons ultérieurement sur les conséquences pratiques qui peuvent être déduites de ce fait.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nos connaissances relatives à l'anatomie pathologique des inflammations du sinus maxillaire sont fort incomplètes. Cette lacune s'explique, d'une part, par le peu de gravité de ces affections, excluant toute recherche cadavérique, d'autre part, par l'impossibilité d'explorer cette cavité *de visu*, pendant la vie. Le livre de Zuckerkandl contient des détails assurément intéressants sur les modifications inflammatoires, susceptibles de se montrer sur cette muqueuse. Sur des sujets dont la pituitaire était atteinte de lésions simplement catarrhales, l'auteur a trouvé cette membrane énormément épaissie par une sorte d'infiltration œdémateuse de son tissu ; sur d'autres, l'inflammation offrait le caractère suppuratif : la muqueuse était recouverte de pus, ramollie, détachée, par places, des parties profondes ; enfin, dans un troisième ordre de faits, cette membrane présentait, dans son feuillet profond, des lamelles osseuses libres, résultat évidemment de la prolifération de sa couche périostique.

Il manque malheureusement à ces trouvailles d'autopsie le lien établissant leurs rapports avec l'observation clinique. Comme nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin, l'étude des malades nous permet d'observer deux formes très distinctes de catarrhes ou d'abcès du sinus. Tantôt l'abcès, une fois ouvert, tend à se tarir assez rapidement à la suite de quelques lavages antiseptiques ; tantôt, au contraire, nous nous trouvons en présence d'une affection des plus opiniâtres et, pendant des années, les malades demeurent porteurs d'une fistule qu'ils ne peuvent laisser se refermer sous peine de voir se reproduire les phénomènes pénibles dus à la rétention de liquides plus ou moins fermentés dans la cavité malade. Or c'est dans les cas correspondant à cette dernière forme qu'il y aurait grand intérêt à connaître la lésion de la muqueuse, correspondant à ce caractère rebelle de la maladie.

die. En présence de ces faits, l'idée, toute théorique, il est vrai, qui se présente à l'esprit, est que l'inflammation, faute d'une intervention opératoire suffisamment hâtive, s'est étendue aux couches périostiques de la muqueuse, intéressant la vitalité de l'os et déterminant la formation de séquestrés dont l'élimination ne saurait évidemment se produire spontanément. Cette opinion est celle du Dr Aguilhon et il l'appuie sur l'observation de huit de ses malades chez lesquels l'ouverture large du sinus lui permit de reconnaître et d'extraire des séquestrés, sous forme de lamelles noirâtres et friables, dont l'élimination aurait permis d'obtenir une guérison définitive. Nous ne sachons pas pourtant que de pareilles lésions aient été notées par d'autres observateurs. Notre collègue, le Dr Cruet qui a eu l'occasion de traiter un grand nombre de ces formes rebelles nous a affirmé n'avoir jamais rencontré de séquestrés osseux. Pareille réponse nous a été faite par plusieurs de nos amis, chirurgiens des hôpitaux, à qui nous avions posé la même question. Nous-mêmes avons eu l'occasion de donner nos soins à une dame affectée, depuis plus de deux ans, d'un abcès, d'origine dentaire, du sinus gauche, et l'exploration de la cavité malade, au moyen d'un stylet, ne nous a permis de reconnaître aucune surface osseuse dénudée. L'instrument donnait plutôt au doigt la sensation d'un tissu fongueux et, en fait, il ne serait pas impossible que la muqueuse subît, dans certains cas, des modifications semblables à celles de la muqueuse vésicale, dans les cystites chroniques, et atteignît de ces épaisseurs considérables notées par Zuckerkandl, dans plusieurs de ses autopsies, et qui la rendraient difficilement modifiable, autrement que par une intervention très énergique, telle que le grattage.

#### ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si les modifications déterminées par les processus inflammatoires, dans la cavité du sinus à proprement parler, sont

très incomplètement connues, il n'en est pas de même de celles qui se montrent simultanément dans son voisinage, soit dans les alvéoles dentaires, soit dans la fosse nasale correspondante et qui sont bien plus souvent la cause première que la conséquence de l'affection qui nous occupe.

En fait, confinant, d'une part, à la pointe de plusieurs des alvéoles et d'autre part à la cavité du méat moyen dans lequel il s'ouvre par un ou deux orifices, l'antre d'Highmore est exposé, du fait de cette situation anatomique, à une double source d'irritations et nous avons vu, d'autre part, combien la position élevée de son orifice constant se prêtait mal à l'évacuation des liquides épanchés à son intérieur et le prédisposait, par suite, à la rétention et aux fermentations. Nous comprenons mal l'absolutisme de certains auteurs attribuant, les uns, aux inflammations nasales, les autres aux lésions dentaires une influence presque exclusive dans la pathogénie des suppurations du sinus maxillaire. « Il nous semble que chacune de ces deux sources mérite considération et, qu'à l'exception des dentistes condamnés par les limites mêmes de leur pratique à ne rencontrer que les abcès d'origine dentaire, tout observateur impartial reconnaîtra que le point de départ de l'abcès peut être, suivant les cas, nasal ou buccal. Cet éclectisme a son importance pratique. Si l'on admet en effet la possibilité de cette double origine, on ne risquera pas, comme les partisans absolus de l'origine dentaire, d'attribuer à la carie d'une dent des douleurs irradiées, provenant de la compression des filets nerveux dentaires par l'épanchement accumulé dans le sinus et d'extraire sans profit une dent saine, ou, au contraire, de négliger l'examen des dents, faute de leur accorder, dans l'espèce, l'importance qu'elles méritent. Cherchons maintenant à analyser ces diverses influences pathogéniques.

Pour ce qui est de la carie dentaire, elle menace très inégalement le sinus : (A) suivant le degré auquel elle est parvenue; (B) suivant la dent affectée; (C) suivant la conformation et les dimensions spéciales de l'antre d'Highmore.

Examinons successivement ces différents points.

(A). Les lésions peu avancées des dents ne sont pas celles qui menacent de s'étendre au sinus. Dans les cas de suppuration de cette cavité, d'origine dentaire, que nous avons eu l'occasion d'observer, la dent malade se montrait profondément cariée, ou, le plus souvent, n'était plus représentée que par ses racines. C'est aussi l'opinion du Dr Cruet, d'après qui, l'inflammation du sinus serait, en pareil cas, la conséquence d'une périostite alvéolo-dentaire résultant d'un travail profond de carie, ayant complètement détruit la pulpe dentaire. Il en résulterait que la dent aurait, le plus souvent, depuis longtemps, cessé d'être douloureuse, lorsque se montrent les symptômes de suppuration du sinus, détail intéressant, au point de vue du diagnostic. Le Dr Cruet nous a dit en outre que, toutes les fois qu'il avait eu l'occasion d'extraire une dent, dans ces conditions, il avait trouvé l'alvéole en communication pathologique avec l'antre. Nous avons dû tout au contraire, chez les malades que nous avons observés, pratiquer constamment la perforation de la paroi alvéolaire, différence qui s'explique peut-être par le fait que nous étions consulté à une époque plus voisine du début des accidents.

(B). Ici tous les observateurs sont absolument d'accord. Aucune dent n'a plus de tendance à retentir sur le sinus que la 1<sup>re</sup> grosse molaire. Après elle, vient la seconde grosse molaire. Les autres n'interviennent que tout à fait exceptionnellement. Le Dr Aguilhon nous a dit avoir, une seule fois, observé la suppuration du sinus, consécutivement à la carie de la seconde petite molaire. Enfin le Dr Cruet a bien voulu nous donner communication d'un fait très intéressant où, consécutivement à la fracture des deux incisives moyennes, suite d'une chute, s'était développée une ostéite suppurée du maxillaire, qui, de proche en proche, s'était étendue jusqu'au sinus.

(C). Les différences que nous venons de mentionner entre les dents, au sujet du retentissement de leurs maladies sur la muqueuse de l'antre découlent évidemment des particu-

larités anatomiques que nous avons rappelées plus haut. De même l'extension variable de la cavité du sinus vers le bord alvéolaire, suivant les sujets, et les rapports du voisinage très inégaux aussi, suivant les individus, qu'elle affecte avec les alvéoles dentaires nous expliquent comment la suppuration de l'antre se produit d'une façon très inconstante, à la suite de la carie dentaire et, d'autre part, comment nous pouvons voir exceptionnellement intervenir, comme facteurs de cette complication, certaines dents que leur situation généralement éloignée du sinus semblerait devoir priver dans l'espèce de toute influence pathogénique.

Examinons maintenant la question des inflammations du sinus maxillaire, dans leurs rapports étiologiques avec celles de la cavité nasale.

En raison de la continuité de tissu qui existe entre les muqueuses des deux cavités, il était à prévoir que l'inflammation de l'une dût facilement s'étendre à l'autre. En général, dans cette transmission, c'est dans la cavité nasale que réside le point de départ. C'est ce qu'il est facile d'établir quand, dans le cours d'un coryza aigu, un individu vient à présenter brusquement et secondairement les symptômes d'une suppuration fétide du sinus, ou quand, à l'autopsie d'un sujet, on découvre à côté des lésions de la rhinite atrophique un épanchement de pus, dans une ou plusieurs des cavités annexées aux fosses nasales. Il résulte en effet des recherches de Zuckerkandl et de B. Frankel que, lors de l'autopsie d'un grand nombre d'ozéneux, les sinus se sont montrés absolument normaux, ce qui rend inadmissible l'hypothèse de Michel, de Cologne, tendant à localiser dans ces dernières cavités le point de départ de la rhinite fétide atrophique. Il est en revanche d'autres cas où le rapport de cause à effet entre les lésions nasales et celles du sinus n'est pas aussi facile à déterminer. Nous faisons allusion à ces faits de coïncidence d'abcès de l'antre d'Highmore avec la dégénérescence polypeuse de la muqueuse du méat moyen, coïncidence sur laquelle Bayer de Bruxelles (*loc. cit.*), nous paraît avoir in-

sisté le premier, et que nous trouvons également mentionnée dans l'article d'Hartmann, signalé plus haut et dans une communication du Dr Krieg à la Société médicale de Stuttgart (*Wurtemb. med. Correspondenzblatt*, n° 34, 1888).

Nous-même avons eu l'occasion d'observer et de traiter un cas semblable, cette année, chez un de nos collègues et amis. En voici les principaux points :

Homme de 34 ans. En 1880, carie de la canine gauche et, brusquement, menace d'abcès du sinus maxillaire. Symptômes : écoulement séreux, inodore, par la narine gauche. Douleur malaire très vive. Intervention d'un dentiste qui extrait la canine en question. Arrêt subit des accidents. Aucun drainage, aucune fistule, cessation de l'écoulement nasal.

En 1889 (mars). Coryza léger, suivi d'un peu de douleur naso-malaire, encore à gauche ; puis, brusquement, sensation de mauvaise odeur. En mouchant, rejet de matières visqueuses, peu sanguinolentes, quelquefois séreuses, et d'odeur nauséabonde. A ce moment, un peu de douleur à la pression de la première molaire gauche. Intervention d'un autre dentiste qui constate l'intégrité apparente de cette dent et repousse l'idée de l'inflammation du sinus. Cependant, sensation de gonflement de la joue, mais sans œdème appréciable à la vue. En présence de l'augmentation de la douleur (type névralgie sous-orbitaire) et de la continuation du rejet de matières séro-purulentes par la narine gauche, le dentiste se décide à extraire la molaire incriminée, sur laquelle on ne découvre, après coup, aucune lésion. L'écoulement persistant toujours, notre ami vient nous demander conseil. L'examen rhinoscopique nous permet de constater chez lui une trainée de pus sur la convexité de la partie moyenne du cornet inférieur, au niveau de l'hyatus semi-lunaris. La région correspondante du méat moyen est remplie par une grappe de granulations polypiformes. Nous pratiquons l'extirpation de ces productions et prescrivons quelques lavages boriqués, à titre de mesure d'attente, nous proposant d'ouvrir le sinus par l'alvéole, en cas de persistance des accidents, mais ceux-ci disparaissent d'eux-mêmes, en quelques jours.

Comme on le voit, il est regrettable que, dans ce fait, l'examen rhinoscopique n'ait pu être pratiqué plus tôt : il eût sans doute épargné au malade la perte d'une bonne dent. La cause de cette faute opératoire était la fausse interprétation

des douleurs dentaires résultant simplement de la compression ou de l'irritation d'un filet nerveux à l'intérieur du sinus.

Dans cette observation, les petites masses polypeuses développées dans le méat moyen ressemblaient moins à des polypes muqueux, à proprement parler, qu'à des granulations inflammatoires, telles qu'on en observe, dans la caisse du tympan, à la suite des suppurations prolongées. Bayer et Hartmann semblent au contraire avoir rencontré plusieurs fois des polypes muqueux, véritable. Le premier de ces auteurs, dit en outre que, dans un de ses cas, les polypes étaient en dégénérescence cancéreuse (?). Quel est le rapport de cause à effet entre les deux lésions? Il nous paraît impossible de répondre catégoriquement à cette question. Dans le cas où il existe une carie dentaire, et tout spécialement une carie de la première grosse molaire et où les polypes ont plutôt les caractères des granulations inflammatoires, il est rationnel d'admettre qu'il s'agit là de lésions secondaires provenant de l'irritation de la muqueuse pituitaire, au voisinage de l'orifice du sinus. Que si au contraire les altérations dentaires font défaut et qu'il s'agisse de polypes muqueux, à proprement parler, il est plus naturel de supposer que les lésions nasales sont primitives et ont secondairement occasionné la suppuration du sinus, en obliterant son orifice et en déterminant ainsi la rétention et l'altération des liquides sécrétés en quantité anormale par sa muqueuse, à la suite de la résorption de l'air qui y était contenu.

En tous cas, primitive ou secondaire, la présence de masses polypeuses dans le méat moyen, en concomitance avec la suppuration du sinus, constitue un fait fréquent, puisqu'elle a été notée par Bayer, 6 fois sur 25 cas, et par Hartmann, dans un tiers de ses cas. Même quand ils sont secondaires, ils peuvent contribuer à la rétention du pus dans l'antre et leur ablation est d'autant mieux indiquée, qu'elle suffit parfois, comme dans l'observation que nous venons de rapporter, pour amener la guérison.

En résumé, nous voyons que les suppurations du sinus maxillaire peuvent se produire dans le cours des affections nasales, soit par simple extension de l'inflammation de la pituitaire à la muqueuse de l'antre, soit à la faveur de l'obstruction de l'orifice du sinus, que cette obstruction soit le fait de masses polypeuses, ou tout simplement du gonflement de la muqueuse de l'hyatus semi-lunaris. C'est surtout dans le cours du coryza aigu simple que l'inflammation du sinus, d'origine nasale, a été observée ; ce fait tient peut-être à ce que le caractère aigu des accidents et la bénignité de l'affection primitive donnent à la complication qui se produit vers le sinus une importance qui l'empêche de passer inaperçue. Il est probable que bien des affections chroniques des fosses nasales déterminent secondairement des suppurations dans les cavités adjacentes qui demeurent méconnues, parce que les symptômes qu'elles déterminent disparaissent au milieu des manifestations de la maladie première. Nous avons vu par exemple que les autopsies de sujets ozéneux avaient parfois permis de trouver du pus dans les sinus ; il est rationnel de supposer que la même complication puisse se produire dans le cours des lésions syphilitiques, tardives et profondes du squelette des fosses nasales. Nous lisons, par exemple, à l'instant, la relation d'un fait publié par le D<sup>r</sup> Hermet, dans le journal de médecine (17 février 1889) dans lequel une carie syphilitique du rebord alvéolaire du maxillaire s'étendit à la cavité du sinus et en détermina l'ouverture pathologique.

D'autre part la même cavité peut être atteinte de suppuration, sous l'influence de causes purement traumatiques, Langenbeck avait observé deux fois cette complication à la suite de la résection du nerf sous-orbitaire, par la méthode de Malgaigne, à une époque d'ailleurs où l'antiseptie chirurgicale n'existe pas. Nous rappelons ici l'observation de Cruet déjà citée, où le point de départ des accidents avait été une fracture traumatique des premières incisives. Enfin nous trouvons dans le *Centralblatt* de Semon la relation d'un fait terminé par fistule externe, où l'origine de la suppura-

tion fut une série de traumatismes de la région malaire (1). Mais il s'agit là évidemment de faits exceptionnels qui sont loin d'avoir pour nous l'importance des conditions pathogéniques dans lesquelles se développent habituellement les accidents qui nous occupent.

#### SYMPTOMATOLOGIE

La description symptomatique des abcès du sinus maxillaire se présente au lecteur avec une physionomie toute différente, suivant qu'il la recherche dans les traités généraux de pathologie externe, quelque peu antérieurs à ces dernières années, ou qu'il consulte, à ce sujet, les articles ou observations contenus dans les publications récentes, spécialement consacrées à la rhinologie. Dans les premiers, la maladie figure sous les traits d'un phlegmon aigu, éclatant dans le cours d'une phlegmasie nasale ou d'une affection dentaire, provoquant de vives douleurs et du gonflement de la région malaire et tendant à s'ouvrir au dehors, par la perforation de l'une quelconque de ses parois. Quant cette perforation se fait aux dépens de la paroi antérieure, elle serait précédée d'une phase de projection en avant de cette paroi qui s'amincirait de plus en plus, donnant au palper la sensation d'une feuille de parchemin. Mais la perforation pourrait aussi bien se faire vers l'orbite et déterminer secondairement un phlegmon de cette région. Dans cette description, il est évidemment question de l'écoulement plus ou moins fétide qui se produit simultanément par la narine correspondante, mais cet important symptôme n'est guère mis en relief sur les précédents.

En résumé : douleur malaire avec irradiations diverses, gonflement de la joue, parfois suivi d'amincissement parcheminé de la paroi osseuse et de son ouverture fistuleuse, écoulement fétide et intermittent par l'orifice antérieur de la

---

(1) A. BAYER, de Prague. Ein fall von Kieferhohleneiterung, etc., in *Centralblatt für Laryngologie*, 1887, p. 233.

fosse nasale correspondante, se produisant plus volontiers quand le malade incline la tête en bas et en avant, ou se couche sur le côté opposé du corps : tel est le faisceau de symptômes longtemps considéré comme classique et comme caractéristique de la suppuration du sinus maxillaire. Voyons maintenant ce qu'il est advenu du susdit faisceau depuis que la maladie en question ayant été soumise au contrôle de la rhinoscopie, son étude a pu être poursuivie avec une précision que l'on ne pouvait guère attendre de la simple inspection du visage et des dents. Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que les recherches rhinologiques sont en voie d'exercer une influence modificatrice considérable sur la conception clinique de la maladie en question, tendant à transformer sa symptomatologie, à faire rentrer dans son cadre certaines affections considérées jusque-là comme distinctes d'elle, et à en éliminer au contraire certains accidents décrits à tort, suivant nous, comme des faits de suppuration simple du sinus. C'est ainsi que nous espérons démontrer : 1<sup>o</sup> que le coryza caséux, dont Maisonneuve avait voulu faire une entité morbide à part, se rapporte le plus souvent à une inflammation chronique et latente d'un des sinus, quand il n'est pas tout simplement la manifestation d'une syphilis tertiaire du nez, méconnue ; 2<sup>o</sup> qu'un grand nombre de faits dénommés *ozène*, sans examen rhinoscopique suffisant, dépendent de la même lésion ; 3<sup>o</sup> que les faits de suppuration du sinus maxillaire accompagnés de projection considérable et d'amincissement de la paroi osseuse antérieure se rapportent moins à une inflammation simple de l'antre d'Highmore qu'à la suppuration secondaire d'un kyste dentaire développé dans cette cavité.

Mais reprenons auparavant l'analyse méthodique des symptômes susmentionnés.

(A). *Douleur.* — La douleur malaire est loin d'être une conséquence constante de la suppuration du sinus. Nous ne l'avons notée nous-même que trois fois, sur un total de onze malades. Dans deux de ces cas, elle affectait le type : né-

vralgie sous-orbitaire. Ziem l'a observée bien plus rarement encore (chez deux malades, sur un total de vingt). Pour Killian la douleur malaire n'existerait que dans les cas où la dent cariée qui est le point de départ des accidents serait encore douloureuse. Bien plus fréquente serait la douleur frontale et sus-orbitaire et, d'accord en cela avec Hartmann, il attribue cette localisation spéciale de l'élément douloureux à l'obstruction secondaire de l'orifice du sinus frontal, par le gonflement de la muqueuse de l'infundibulum et à l'engorgement consécutif de cette cavité.

Nous ne saurions, pour notre compte, nous associer à la première de ces deux propositions ; nous avons en effet relaté plus haut un cas où des douleurs irradiées, causées par l'inflammation du sinus, avaient conduit à l'extirpation d'une dent parfaitement saine ; mais le fait peut être généralement exact sans l'être d'une façon absolue. Quant à la douleur frontale, elle paraît bien être réellement sous la dépendance d'un engorgement du sinus frontal : Hartmann a effectivement montré qu'il suffisait ordinairement de donner au malade une douche d'air nasale, pour la faire disparaître momentanément.

(B). *Gonflement de la joue.* — Nous avons eu l'occasion d'observer, une seule fois, ce symptôme, d'une façon bien nette, mais avec un caractère purement transitoire, à l'occasion d'une cautérisation ignée de l'intérieur de l'antre, pratiquée en vue de mettre fin à une suppuration très ancienne de cette cavité. Dans ce cas, le gonflement paraissait résulter d'un œdème inflammatoire des parties molles, sans qu'il fût possible de déterminer si la paroi osseuse était projetée en avant et participait à la tuméfaction générale. Les observations de Ziem, portant sur un nombre double de malades, l'ont conduit à un résultat tout aussi négatif. Hartmann, de son côté, prétend avoir observé, dans la moitié de ses trente-deux faits, une certaine voûture de la paroi interne ou nasale du sinus. Étant donné la minceur et le peu de résistance de cette paroi osseuse, la possibilité d'un certain degré de distension

excentrique se conçoit bien mieux pour elle que pour la paroi antérieure, mais encore le fait nous paraît-il difficile à apprécier *rhinoscopiquement* et, avant de l'admettre, il serait bon de ne pas oublier que, sur ses trois cents examens cada-vériques Zuckerkandl n'a pas observé un seul exemple de distension des parois du sinus, par un épanchement simple. En présence de ces faits négatifs, nous nous sentons fortement porté à partager les doutes de Ziem et à rapporter à des kystes dentaires, secondairement enflammés, les faits de suppuration de sinus suivis de projection et d'amincissement de la paroi osseuse antérieure. Dans tous les cas, la seule conclusion pratique que nous voulions nous permettre de tirer des faits précédents, c'est que, si l'on attend la production d'une voûture douloureuse de la région malaire pour se croire autorisé à diagnostiquer l'existence d'un abcès du sinus maxillaire, on risquera fort de laisser passer un bon nombre de faits inaperçus.

(C). *Écoulement fétide par la narine correspondante.* — Tous les auteurs qui ont écrit sur la question sont d'accord pour reconnaître la grande importance, sinon l'absolue constance de ce symptôme. C'est lui en effet qui, avant tout autre et, le plus souvent, à l'exclusion de tout autre, attire l'attention des malades, les incommode, les inquiète et les pousse à réclamer un avis médical. A quelques nuances près, leurs plaintes sont à peu près les mêmes : ils ressentent par moments une odeur des plus fétides, odeur d'égout, de poisson pourri, de conserve de harengs, qu'ils rapportent d'abord aux objets environnants, puis que l'écoulement nasal ne tarde pas à leur faire localiser assez bien dans l'une des fosses nasales. Cet écoulement, fait capital pour le diagnostic, est lui-même intermittent, il survient tout à coup, quand le malade se mouche ou porte brusquement la tête en bas et en avant. Ses caractères sont variables : verdâtre ou jaunâtre, sérieux ou purulents, il est souvent mêlé de petites masses jaunâtres, caséuses, que nous considérons comme tout à fait caractéristiques. Nous observons actuellement un malade

chez lequel l'expulsion de ces grumeaux caséaux a complètement cessé, depuis que nous avons pratiqué l'ouverture large et le lavage de son sinus, et nous croyons fermement que c'est sur des malades semblables que, faute d'un examen rhinoscopique suffisant, Maisonneuve avait édifié l'entité morbide qualifiée par lui de *coryza caséaux*. En effet, sur plusieurs centaines de nez que nous avons examinés, dans ces dernières années, nous n'avons rencontré de masses caséuses intra-nasales que dans des cas semblables, ou sur des sujets atteints de processus destructifs étendus, d'origine syphilitique. La fétidité *sui generis* de l'écoulement explique suffisamment la mauvaise odeur ressentie par les malades. Bayer insiste sur l'analogie qui existe entre cette fétidité et celle des vieilles conserves de harengs et rapporte l'une et l'autre à des fermentations et à des décompositions chimiques, identiques.

Il est important de noter que l'écoulement nasal ne présente pas toujours les caractères que nous venons de lui assigner. D'abord sa fétidité peut être légère ou nulle, au point que le malade puisse ne point s'en apercevoir ou n'y prêter que peu d'attention. Killian a en outre montré, avec deux observations à l'appui, qu'au lieu de se faire par les narines, l'écoulement pouvait avoir lieu exclusivement par l'orifice postérieur des fosses nasales, à la faveur de l'inclinaison normale du plancher de ces cavités, en bas et en arrière, et de la position couchée, pendant le sommeil. Chez ses malades, le pus formait des traînées disséminées sur les différents points du pharynx nasal, même sur la voûte, et simulait un catarrhe purulent de cette région. L'examen rhinoscopique postérieur permit de constater que cet écoulement avait son point de départ dans le méat moyen et mit ainsi sur la voie du diagnostic. Killian justifia d'ailleurs son interprétation, non seulement par le résultat du traitement dirigé sur le sinus, mais aussi en montrant que si l'on introduit quelques gouttes d'un liquide coloré dans l'une des

fosses nasales, les mouvements de déglutition le portent sur les points les plus distants du cavum pharyngé.

#### COMPLICATIONS

Pour peu que cet état de choses soit laissé à lui-même, la muqueuse nasale ne tarde pas à subir certaines modifications, sous l'influence de l'écoulement répété d'un liquide altéré, à sa surface. De là ces lésions localisées au voisinage de l'hyatus ou généralisées à toute la fosse nasale, sous forme d'hémorragies, d'hypertrophies ou de catarrhes muco-purulents, sur lesquelles Ziem a eu le mérite d'appeler l'attention et qui, tout en simulant une affection primitive de la cavité nasale, ne sont que la conséquence de la suppuration de l'antre. Telle nous semble être aussi la pathogénie des granulations polypeuses du méat moyen et peut-être même des polypes à proprement parler dont la coïncidence avec l'inflammation suppurative du sinus a surtout été mise en relief par Bayer.

C'est encore secondairement à la suppuration de l'antre d'Highmore et par un mécanisme que nous avons exposé plus haut que peut se produire en pareil cas l'engorgement du sinus frontal.

L'extension de l'inflammation paraît avoir également présidé à l'empyème des cellules ethmoïdales observé par Krieg dans quatre cas, sur un total de vingt-trois cas de suppuration du sinus maxillaire, dont vingt-deux, d'origine dentaire. Toutes ces cavités sont en effet tributaires de la région du méat moyen et l'on conçoit aisément la facilité avec laquelle le catarrhe de l'une pourra s'étendre aux autres.

Enfin des complications plus éloignées encore ont été signalées par Ziem. Il semblerait en effet résulter des observations de cet auteur que la suppuration du sinus pourrait provoquer le développement de phlegmons, soit autour de

l'amygdale (1), soit dans l'orbite, ou dans le tissu cellulaire de la paupière inférieure, par l'intermédiaire des faisceaux vasculaires servant de lien entre la muqueuse de l'antre et les régions avoisinantes. Le même auteur pense même que des inflammations plus lointaines encore (iritis, kératite ulcéreuse, otite moyenne suppurée, périchondrite laryngée) pourraient se produire dans les mêmes circonstances et par un mécanisme semblable.

#### DIAGNOSTIC

Il résulte de tout ce qui précède que, d'une simplicité élémentaire, dans certains cas, le diagnostic de l'abcès du sinus maxillaire peut occasionnellement présenter de très sérieuses difficultés et que l'affection peut même demeurer complètement latente.

Les renseignements fournis par les malades sont souvent suffisamment caractéristiques pour faire naître immédiatement dans l'esprit l'idée du point de départ exact des accidents. Sous ce rapport, avant même que l'examen rhinoscopique ait été pratiqué, toute confusion avec l'ozène vrai nous semble bien difficile. Tandis en effet que les sujets atteints de cette dernière affection ont absolument perdu l'odorat, au point de ne pas avoir conscience eux-mêmes de la mauvaise odeur qu'ils répandent, ceux qui sont atteints d'un abcès fétide du sinus se plaignent amèrement de ce symptôme. Il leur semble qu'il y a dans leur nez *quelque chose de pourri* et ils se servent de mille comparaisons pour qualifier cette fétidité dont ils sont poursuivis. Il est non moins important de noter que cette sensation de mauvaise odeur n'est pas constante, mais qu'elle se produit au contraire à certains moments, à l'occasion d'un mouvement d'inclinaison de la tête en bas, ou par le fait de se moucher, circonstances favo-

---

(1) ZIEM. Zur entstehung der Peritonsillitis, etc., in *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1888, p. 233.

rables à l'issue, par la narine, d'une certaine quantité de liquide également fétide. Mais la différenciation entre les deux affections sera bien plus nette encore, du fait de l'examen rhinoscopique qui, en cas d'abcès du sinus, ne permettra d'observer, dans les fosses nasales, que des modifications légères, tandis que, chez les ozéneux, il montrera des cavités nasales anormalement spacieuses, des cornets inférieurs atrophiés et une accumulation de croûtes verdâtres sur la plus grande étendue de la muqueuse. Toute confusion sera donc impossible, même dans le cas où l'abcès du sinus serait bilatéral, ou dans celui où la rhinite atrophique serait unilatérale.

L'examen rhinoscopique permettrait également d'éviter de prendre pour un abcès fétide du sinus maxillaire une blenorhée fétide du nez tenant à des lésions syphilitiques tardives de cette région.

En effet, sans compter les anamnestiques, ces lésions (infiltrations gommeuses, ulcération, perforation de la cloison, séquestrès plongés au milieu d'amas caséux), généralement faciles à reconnaître, mettraient aisément sur la voie du diagnostic.

Mais nous avons vu que les symptômes éprouvés par les malades ne sont pas toujours parfaitement caractéristiques. Nous savons, par exemple, qu'au lieu de se faire par l'ouverture antérieure des fosses nasales, l'écoulement qui a sa source dans le sinus peut avoir lieu exclusivement par les choanes et simuler un catarrhe purulent limité au pharynx nasal. D'autre part, la fétidité peut manquer ou être inappréciable et tout le tableau symptomatique peut se réduire à un simple catarrhe nasal généralement unilatéral et souvent même limité à certaines parties d'une même fosse nasale. Or cette limitation même des lésions doit éveiller des soupçons à l'égard de la possibilité d'un abcès d'un sinus. Notons enfin qu'à ces divers symptômes nasaux pourront s'en adjoindre d'autres, résultant de l'extension des phénomènes inflammatoires à des organes plus ou moins éloignés (suppuration

d'autres sinus, pharyngites, kératites ulcérées, péri-amygdalites, otites suppurées) et susceptibles par leur importance même, de faire perdre de vue les lésions premières en dates.

Lorsqu'en présence de ces manifestations plus ou moins obscures, on aura eu l'instinct de flairer un abcès du sinus maxillaire, on aura le devoir de chercher à confirmer ce soupçon par un double examen pratiqué avec toute la méthode, tout le soin possibles : celui de la région du méat moyen, celui des dents et tout particulièrement de certaines d'entre elles. Quelles que soient les précautions dont on s'entoure, on voit qu'il est *anatomiquement* impossible d'apercevoir, pour la rhinoscopie, l'hyatus semi lunaris, mais on peut du moins observer les modifications produites à son voisinage et qui sont quelquefois caractéristiques. Le badi-geonnage préalable de la muqueuse nasale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne sera toujours, dans l'espèce, d'un utile secours, en réduisant le volume de la muqueuse et en permettant d'écartier avec un stylet le bord du cornet moyen. Il sera généralement possible dans ces circonstances, d'apercevoir une traînée de pus sur la cloison ou sur la convexité de cornet inférieur, dans un point de l'axe antéro-postérieur de la cavité nasale correspondant à la situation connue de l'orifice du sinus. On pourra parfois noter simultanément l'existence de granulations polypeuses dans le méat moyen. Ces constatations faites, on enlèvera le pus soit avec un tampon de ouate, soit au moyen d'un lavage détersif, et on pratiquera de nouveau l'examen de la région suspecte, après avoir donné une douche d'air au malade (Hartmann), ou après l'avoir fait coucher pendant quelques minutes sur le ventre, la tête pendant complètement en bas. Si, à la suite de ces manœuvres, du pus se montre de nouveau dans la région de l'hyatus, on aura acquis, du coup, de fortes présomptions sur son origine. Lorsque l'on éprouve de la difficulté à mettre en évidence cette origine du pus, Ziem conseille de soumettre pendant un jour, le malade à une dose légère d'iodure de po-

tassium, médicament qui a pour effet d'exagérer momentanément la sécrétion nasale et celle de la muqueuse du sinus.

Ce premier résultat obtenu, on devra chercher à le corroborer, en pratiquant le cathétérisme, voire même le lavage de l'antre par son orifice naturel. La chose n'est pas toujours possible, mais elle pourra au moins être tentée. Il est évident que le diagnostic sera nettement posé, si le stylet préalablement entouré d'une mince couche de ouate hydrophile, après avoir pénétré dans la cavité malade, enste retiré, imbibé d'un pus plus ou moins fétide, ou si l'injection pratiquée au moyen de la petite canule recourbée de Hartmann, ressort en entraînant du pus ou des grumeaux. Rappelons ici, que dans la région en question, la paroi du méat moyen est extrêmement peu résistante et que, si le cornet moyen permet de l'atteindre, on ne devra avoir aucun scrupule à l'enfoncer de vive force, après cocaïnisation préalable, pour peu que l'on éprouve des difficultés à rencontrer l'orifice naturel. Il va sans dire que les masses polypeuses observées dans le méat moyen auront dû être immédiatement enlevées ou détruites, cette petite opération suffisant généralement pour faciliter l'écoulement du pus et pouvant même amener la guérison.

Comme nous l'avons déjà dit, cette exploration nasale doit être complétée par celle des dents et, dans des cas tant soit peu douteux, la constatation d'une carie étendue des deux premières grosses molaires et surtout de la première constituera une présomption extrêmement sérieuse en faveur d'une suppuration du sinus maxillaire. Si la dent est profondément détruite, si surtout elle n'est plus représentée que par ses racines, il sera indiqué d'en pratiquer l'extraction et de sonder l'alvéole, car il y aura chance de trouver cette cavité en communication avec l'antre.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs allemands frappés de l'insuffisance des éléments de diagnostic que nous venons d'énumérer et de la fréquence des formes latentes de suppuration du sinus, ont cherché à trancher plus directe-

ment cette question quelque peu obscure du diagnostic, au moyen de ponctions capillaires exploratrices. Dans le numéro de mars 1888, du journal *Therapeutische Monatshefte*, Bresgen, de Francfort-sur-Mein, conseille la ponction suivie d'aspiration, pratiquée dans la région de l'hyatus naturel. Schmidt emploie également, dans tous les cas douteux (*Berlin. Klinisch Wochenschrift*, 1888, n° 50), la ponction aspiratrice, mais il conseille de la pratiquer au niveau du méat inférieur. Enfin Ziem, dans deux articles récents dont il a bien voulu nous donner connaissance (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, avril, mai. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 11), vante une méthode d'exploration consistant à pénétrer dans le sinus par une ponction pratiquée dans l'intervalle des deux petites molaires, ou entre la deuxième petite et la première grosse molaire, au moyen d'un foret fin mu par le rotateur américain à pédale. En utilisant ensuite une pompe à pression, Ziem est parvenu à pratiquer le lavage de la cavité malade par le trajet capillaire ainsi obtenu, bénéficiant ainsi de la méthode de Cowper, tout en évitant le sacrifice d'une dent.

#### PRONOSTIC

La marche et partant le pronostic des suppurations du sinus maxillaire sont loin d'être toujours les mêmes, dans les différents cas. Il est des formes qui tendent à la guérison rapide et spontanée. Ce sont surtout celles qui ne sont pas sous la dépendance d'une lésion permanente. Tel est le fait des individus qui, dans le cours d'un coryza simple, éprouvent tout d'un coup une sensation de mauvaise odeur dans l'une des fosses nasales, avec écoulement intermittent d'un liquide également fétide, par la narine correspondante. Ces accidents peuvent cesser d'eux-mêmes, au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, et, dans tous les cas, si l'on est appelé à intervenir en pareil cas, on arrivera facilement au but désiré par tout procédé qui per-

mettra de laver la cavité malade, ou parfois tout simplement en rétablissant la perméabilité de l'orifice naturel, accidentellement oblitéré.

En opposition avec ces formes bénignes doivent figurer celles que caractérise au contraire une tendance particulière de l'affection à la chronicité et une singulière résistance du processus suppuratif, vis-à-vis de la plupart des moyens employés. Dans ces cas, le malade est tenu à conserver un trajet fistuleux et à y pratiquer régulièrement des lavages détersifs. Dès qu'il laisse se refermer l'orifice artificiellement créé, il éprouve un ensemble de symptômes (douleur locale, fièvre, suppuration nasale) indiquant une rétention de produits septiques, à l'intérieur de la cavité malade. Cet état paraît être la conséquence d'une intervention trop tardive, ayant donné à la muqueuse du sinus et peut-être à l'os sous-jacent le temps de subir des modifications considérables, sous l'influence du séjour prolongé de substances septiques et irritantes à leur contact.

Cette situation peut s'éterniser, si l'on n'y coupe court par une intervention chirurgicale, énergique, sur le détail de laquelle nous aurons à insister plus loin.

#### TRAITEMENT

Quand on est parvenu à constater l'existence d'une suppuration du sinus maxillaire, on doit obéir à une indication bien nette : faciliter l'écoulement du pus que la situation défavorable de l'hyatus expose à séjourner trop longtemps et à s'altérer conséutivement, à l'intérieur de la cavité enflammée. Pour atteindre ce but, les moyens ne manquent pas ; on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix, car, aux anciennes méthodes de pénétration dans le sinus, par la fosse canine (Desault), ou par l'alvéole (Cooper), sont venus s'en ajouter d'autres, depuis ces dernières années, nées la plupart en Allemagne et par lesquelles on s'est proposé d'établir une communication suffisante entre le sinus et la

cavité nasale correspondante et d'éviter les inconvénients de l'infection, d'origine buccale, inhérents aux procédés anciens. Nous avons vu que les uns (Störk, Hartmann), cherchant à s'écartier le moins possible des conditions physiologiques, avaient proposé le lavage du sinus par son orifice naturel et que la méthode de Schiffers n'était qu'une variante de cette pratique, consistant à élargir par une incision l'orifice en question.

Tout récemment (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 11). Jelenffy, de Buda-Pesth, a recommandé une méthode de ce genre qui dispense même du cathétérisme préalable de l'hyatus. Précédemment cet auteur (*ibid.*, 1889, n° 1) avait décrit une méthode de lavage des fosses nasales moyennant laquelle on ne laisse pénétrer à la fois dans ces cavités qu'une quantité déterminée de liquide, de façon à éviter sa pénétration dans les trompes. Dans son dernier article, Jelenffy propose d'utiliser cette pratique pour opérer le lavage du sinus, grâce à des artifices de position. Dans ce but, le malade commence par rester quelque temps étendu sur le côté du corps opposé au sinus malade, de façon à obtenir le dégorgement de ce dernier, puis il s'étend sur le dos, fait écouler dans la fosse nasale le liquide laveur et, maintenant alors les narines bouchées avec les doigts, il incline la tête vers le sinus malade, de façon que la solution médicamenteuse y pénètre par le fait de la pesanteur.

Mikulicz, de Cracovie (1), désireux de réaliser les avantages de l'ouverture intra-nasale, tout en évitant les inconvénients de la situation élevée de l'orifice de dégorgement, a proposé l'ouverture du sinus par perforation de la paroi du méat inférieur, au moyen d'un trocart spécial, légèrement courbé à son extrémité. Nous avons eu l'occasion d'appliquer ce dernier procédé chez un de nos malades qui se refusait à

---

(1) MIKULICZ. Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmors, höhle. Vortrag am XIV congresse der deutschen gesellschaft fur Chirurgie in Berlin, am 10 april 1886.

l'extraction de la molaire incriminée par nous. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter du résultat obtenu. Nous adressons seulement au trocart de Mikulicz le reproche de masquer la vue par son volume et d'offrir par suite d'assez grandes difficultés d'introduction jusqu'au lieu d'élection. Le même reproche ne saurait s'adresser à la méthode de Schmidt, de Francfort, déjà signalée par nous, à l'article *diagnostic* et consistant à pratiquer dans la même région une ponction exploratrice, suivie d'aspiration. N'ayant pas eu encore l'occasion d'expérimenter nous-même ce procédé, nous ne pouvons nous permettre aucune appréciation à son égard, mais on ne saurait nier que l'idée en soit ingénieuse et nous tenons d'ailleurs d'un des élèves de Schmidt que cette méthode employée couramment par lui, dans sa pratique, à tous les cas douteux, est d'une exécution extrêmement simple et lui rend de grands services.

Nous venons d'énumérer aussi complètement qu'il nous a été possible les nombreuses méthodes proposées pour le lavage de l'antre d'Highmore et nous sommes amené maintenant en présence de la tâche délicate de les comparer entre elles et de les apprécier. Nous disons qu'il s'agit là d'une tâche délicate, car, en raison de la grande variété des formes cliniques et des indications propres à chaque cas, en raison aussi de la diversité de conformation nasale et buccale d'un sujet à un autre, chaque méthode peut présenter des avantages spéciaux, dans un cas déterminé, en sorte que nous ne nous sentons disposé à émettre un jugement absolu sur aucune d'entre elles, et que l'*opportunisme médical* nous semble ici tout particulièrement indiqué. C'est ainsi que chacun des procédés énumérés présente à la fois des avantages et des inconvénients qui devront être mis en balance dans chaque cas spécial. La méthode de Jelenffy, la plus simple de toutes, peut-être, en ce sens qu'elle dispense de tout cathétérisme et de toute perforation, aura le désavantage essentiel de se montrer absolument inefficace, dans les cas assez fréquents où l'orifice est rétréci ou complètement oblitéré par

le gonflement de la muqueuse ; celle de Störk et de Hartmann revendique l'avantage d'exclure toute opération proprement dite, mais elle est le plus souvent d'une exécution difficile, parfois même impraticable et n'offre, pour l'écoulement de la suppuration, qu'un orifice étroit est mal placé.

Le procédé de Mikulicz échappe à ce dernier reproche, mais la situation et la forme du cornet inférieur créent parfois de sérieuses difficultés à son exécution. Il exposerait en outre à d'assez sérieuses hémorragies (Ziem). Pour ce qui est des méthodes buccales, on s'accorde généralement à leur adresser cette critique commune, d'exposer la cavité du sinus déjà enflammée à de nouvelles sources d'infections, en la mettant en communication avec la bouche, siège de fermentations multiples. Nous pensons avec Ziem qu'il s'agit là d'un danger chimérique qu'il est facile d'écartier, grâce à certaines précautions dont nous aurons à nous occuper plus loin. En revanche, on reconnaîtra sans doute que l'ouverture buccale est la seule qui permette la création d'un contre-orifice large, bien situé, pouvant recevoir un drain à demeure et se prêtant à de fréquents lavages facilement exécutables par le malade lui-même.

Enfin, s'il nous faut poursuivre cette critique jusqu'à comparer entre eux les procédés de Cooper et de Desault, nous n'hésiterons pas à donner, avec Ziem, la préférence au premier, comme étant d'une exécution plus simple et assurant à la contre-ouverture son maximum de déclivité. Ziem pense en outre, avec faits à l'appui, que la perforation par la fosse canine expose à des accidents de commotion céphalique qu'il n'aurait au contraire jamais observés dans les 200 ouvertures pratiquées par lui, par le bord alvéolaire, l'ébranlement opératoire étant, d'après lui, amorti, dans cette dernière opération, par la cavité du sinus, tandis que dans l'autre procédé, les chocs de l'instrument, surtout si l'on emploie la gouge et le maillet, sont transmis directement au cerveau, par l'apophyse montante du maxillaire.

Reste le grand reproche communément adressé à l'opéra-

tion de Cooper : le sacrifice d'une dent ; mais si, comme nous y insistons plus loin, on a soin de limiter cette méthode aux cas où la dent à extraire est profondément cariée, ce qui serait la règle d'après Cruet, la carie dentaire n'impressionnant suivant lui le sinus que quand elle a consommé la destruction de toute la pulpe, on ne trouvera plus que des avantages à pratiquer le procédé en question, toutes les fois que l'abcès du sinus relève nettement de la carie dentaire, car, en même temps qu'il ouvre une voie facile à l'écoulement du pus et aux lavages, il supprime, avec la dent malade, la cause première de la maladie et la cause possible de son éternisation ou de sa réapparition ultérieure. Notre opinion est si nette à ce point de vue que si nous acceptons les récentes et ingénieuses méthodes de perforation capillaire combinées avec l'aspiration, ou les lavages, au moyen de la pompe foulante, nous sommes d'avis qu'elles doivent précéder celle de Cooper, dans les cas où le diagnostic est mal établi ou la dent incriminée légèrement affectée, mais qu'elles ne sauraient la remplacer, faute de supprimer comme elle la lésion initiale et causale de la maladie.

Si maintenant nous cherchons à appliquer ce qui précède aux indications des divers cas, susceptibles de se présenter en clinique, nous pensons que le principe qui devra guider le praticien ou le spécialiste dans un choix rendu embarrassant par l'abondance même des moyens qui lui sont offerts, sera de procéder du simple au composé et de tenter d'abord l'effet des manœuvres les plus élémentaires, quitte à intervenir plus énergiquement, par la suite, si le but poursuivi n'est pas atteint du premier coup.

Quand, par exemple, on se trouve en présence d'un de ces cas de suppurations aiguës du sinus liées à un coryza et sans altérations dentaires apparentes, on peut, avant tout autre moyen, adopter les méthodes de Bayer ou de Jelenffy, consistant à combiner de simples lavages de la fosse nasale avec certaines positions de la tête tendant à faire pénétrer le liquide détersif dans la cavité du sinus. A l'influence de la

position on pourra joindre l'effet des douches d'air, par la méthode de Hartmann, et favoriser ainsi l'issue du pus.

Si, malgré ces moyens, l'écoulement paraît se faire insuffisamment, on s'assurera qu'il n'existe pas, dans le méat moyen, de granulations qui y mettent obstacle et l'on tentera de faire pénétrer un stylet au niveau du siège connu de l'hyatitus et, en raison du peu de résistance de la paroi du sinus à ce niveau, on n'hésitera pas, au besoin, à la défoncer ou à la traverser avec la pointe d'un galvano-cautère, après avoir insensibilisé les parties, au moyen d'un badigeonnage à la cocaïne.

Dans le cas où le dégorgement du sinus paraîtrait insuffisant dans ces conditions, on se trouverait amené à substituer ou plutôt à adjoindre à l'orifice du méat moyen une ouverture plus déclive et plus large appelée à jouer le rôle de contre-ouverture. On aurait alors à choisir entre le procédé de Mikulicz et les méthodes buccales, les ouvertures larges et les capillaires, et dans ce choix, on se laisserait guider par la conformation nasale, rendant plus ou moins facile l'introduction d'un trocart dans le méat inférieur, par la considération de l'état des dents, voire même par les répugnances et les préférences du malade. A notre avis, quand, dans ces circonstances, la première ou la seconde grosse molaire ne sont plus représentées que par un mauvais chicot ou par des racines, il y a avantage à en pratiquer l'extraction, car on a chance de trouver l'alvéole en communication avec le sinus.

Si l'on se décide à intervenir par la bouche, l'état des dents et, en particulier des grosses molaires, indiquera la préférence à donner à l'une ou l'autre des méthodes de Desault ou de Cooper. Dans tous les cas, à la gouge et au maillet on préférera le foret, pour la raison énoncée plus haut. C'est, sans hésitation, à l'opération de Cooper que l'on se décidera si l'on constate une carie profonde et *a fortiori* l'absence de l'une des molaires : dans le premier cas, la molaire ou ses racines ayant été extraites, un petit

tampon de ouate imbibé d'une forte solution de chlorhydrate de cocaine sera introduit et laissé pendant plusieurs minutes dans la cavité alvéolaire, précaution qui dispensera de recourir au chloroforme. Entre les trois cavités alvéolaires de la grosse molaire on choisira une de celles qui correspondent aux deux racines externes ; le fond de ces cavités n'est effectivement séparé de la cavité du sinus que par une minime épaisseur de tissu osseux que le foret a bientôt fait de traverser, si l'on a soin de le diriger obliquement en haut et en arrière.

L'ouverture faite, on pratique, séance tenante, un lavage complet de la cavité du sinus et un petit drain en métal est laissé à demeure dans le trajet fistuleux, afin de combattre sa tendance habituelle à se refermer trop vite. Les lavages d'abord bi-quotidiens seront espacés, au fur et à mesure que diminuera la proportion de pus entraîné par chacun d'eux. Quant à leur composition, rien ne nous semble préférable aux solutions boriquées, concentrées et tièdes qui joignent à leur pouvoir antiseptique l'avantage de n'être irritantes ni pour le nez ni pour la bouche.

Lorsque les lavages du sinus commencent à être espacés, le malade doit continuer à prendre chaque jour une douche nasale boriquée et à maintenir la bouche dans un état d'aseptie continue, au moyen de gargarismes boriqués soigneusement pratiqués après chaque repas. Il est même utile de lui conseiller de remplacer, pendant les repas, la canule d'argent laissée à demeure dans le trajet par un petit tampon de ouate antiseptique, afin d'empêcher la pénétration de particules alimentaires dans le sinus.

Grâce à ces soins, on ne tarde généralement pas à voir se tarir la suppuration de l'antre. On peut d'ailleurs, par mesure de prudence, suspendre les lavages pendant plusieurs jours, en même temps que le trajet est artificiellement maintenu fermé, au moyen d'un tampon quelconque : si à la suite de cette expérience, le malade continue de n'éprouver aucun symptôme de rétention et si, lors du lavage suivant, le sinus

est trouvé vide de pus, on conclut que le moment est venu de laisser se refermer le trajet fistuleux.

Mais nous avons vu qu'il n'en était malheureusement pas toujours ainsi et que, dans certaines circonstances, sans que la chose fût toujours explicable, la suppuration persistait avec une ténacité désespérante. Pour ces cas rebelles qui ne sauraient être interprétés autrement que par une altération profonde de la muqueuse et peut-être du squelette sous-jacent, nous ne saurions recommander de meilleure ligne de conduite que celle préconisée par le Dr Aguilhon de Sarran, dans un mémoire inédit dont il a bien voulu nous donner connaissance. Dans huit cas semblables, notre confrère, sachant par expérience (1) combien est faible le pouvoir réactionnel de la muqueuse du sinus, à l'égard des agents extérieurs, n'a pas hésité à pratiquer, par l'alvéole, une ouverture du sinus d'une largeur égale à celle de la totalité de l'alvéole de la molaire, ouverture permettant l'introduction du petit doigt, et à pratiquer le curage de toute la surface de la cavité malade. Il a pu, de la sorte, extraire, outre du tissu fongueux, des séquestrés parcheminés et, à la suite d'un traitement antiseptique, sévère, obtenir le tarissement rapide et définitif de suppurations qui, depuis des mois, ou des années, avaient défié tous les autres modes de traitement. Dans des cas semblables, on pourrait également tenter de produire une modification énergique de la surface suppurante par des attouchements avec un caustique puissant, tel que le chlorure de zinc (Goodlee), ou avec le galvano-cautère.

Morton Smale, de Londres (2), a obtenu plusieurs guérisons radicales par l'ouverture large du sinus, par l'alvéole, suivie du lavage de la cavité avec une solution phéniquée au 10<sup>e</sup> et son tamponnement répété avec de la ouate imbibée d'une solution phéniquée à 25 0/0. En somme tous les modificateurs puissants promettront d'arriver au même but : l'es-

(1) Voir l'observation rapportée plus haut.

(2) *Brit. med. Journ.*, 18 avril 1885.

sentiel est que leur application soit précédée d'une ouverture suffisamment large de l'antre pour que leur action puisse s'exercer sur tous les points de sa surface.

## BIBLIOGRAPHIE

JOURDAIN. — *Rech. sur les diff. moy. de traiter les mal. du sinus max.*, in Jour. de méd., t. XXVII, p. 157, 1767.

GIRALDÉS. — *Des mal. du sinus max.* Thèse de Paris, 1851.

DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*, t. III, 1874.

TERRIER. — *Manuel de pathologie chirurgicale*, t. II, 1881.

ZUCKERKANDL. — *Normale und pathologische anatomie der nasenhöhle und ihrer pneumatischen anhänge*. Vienne, 1882.

GOGGLEE, de Londres. — *Suppuration in the left antrum with symptoms indicating disease of frontal Sinus*, in Med. Times, 27 sept. 1884.

ZIEM. — *Ueber die Beziehungen zwischen Nasen' und Zahnkrankheiten*, in Monatschr. f. Ohrenheilk., 1895, p. 371.

— *Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen.*, ibid., 1886, p. 33, 79, 137.

KILLIAN. — *Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle*, ibid., 1887, p. 277-321.

MORTON-SMALE. — *Chronic suppuration in the antrum*, in Brit. med., Journ., 18 avril 1885.

BAYER (de Prague). — *Ein Fall von Kieferhohleneiterung mit auf ungewöhnlichen Umwegen stattgefunder Enteelung nach aussen*. (Aus der Privat-Praxis des Herrn Prof. Gusenbauer in Prag.) Oest-ung. Vierteljahrsschr. für Zahnheilkunde. Avril 1886, et in Centralblatt für Laryngologie, 1887, p. 233.

STORK (de Vienne). — *Behandlung des Empyems der Highmorshöhle*. Vortrag in der 59 Versammlung deutscher Naturforscher und aerzte in Berlin. September, 1886.

MIKULICZ (de Cracovie). — *Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle*. Vortrag am XIV Congresse der deutschen gesellschaft für Chirurgie in Berlin, am 10 april 1886.

SCHIFFERS (de Liège). — *Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire*. Communication à la Soc. française de laryng., 18 avril 1887. Rev. mens. de laryng., 1887, p. 289.

LUC. — *Abcès fétide du sinus maxillaire gauche. Ouverture par l'alvéole. Guérison*. Soc. médico-pratique, 28 février 1887.

B. FRAENKEL (de Berlin). — *Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle*, in Berl. Klin. Wochensch., n° 16, p. 273, 1887.

ZIEM. — *Zur Entstehung der Peritonsillitis, etc...* in Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1883, p. 233.

SCHMIDT. — *Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori.* Berl. Klin. Wochenschrift, 1888, n° 50.

ZIEM. — *Ueber das zweckmässigste Verfahren zur Eröffnung der Kieferhöhle.* Therapeutische Monatshefte, 1888, avril et mai.

ID. — *Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Kieferhöhle.* Berl. Klin. Wochenschrift, 1889, n° 11.

BAYER (de Bruxelles). — *Beitrag zum studium und zur Behandlung des Empyems der Highmorrhöhle,* Deutsch. med. Wochenschrift, 1889, n° 10 et Revue de laryngologie, 1889, n° 1 et 2.

HERMET. — *Carie syphilitique du rebord alvéolaire du maxillaire, étendue au sinus.* Journ. de méd. de Paris, 17 février 1889.

HARTMANN. — *Ueber Empyem der Oberkieferhöhle,* Deutsch. med. Wochenschr., 1889, n° 10.

BRESGEN. — *Zur Behandlung der Eiterung der Nebenhöhlen der Nase... und deren Probeeröffnung.* Berl. Klin. Wochensch., 1889, n° 4.

JELENFFY. — *Ueber Ausspülung der Oberkieferhöhle,* Berl. Klin. Wochenschrift, 1889, n° 11.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Session annuelle tenue les 10 et 11 mai.

(Communications relatives à la rhinologie et à la laryngologie.)

Séance du 11 mai.

#### PRÉSIDENCE DE M. MOURE

M. WAGNIER fait une communication intitulée :

#### D'une modification de l'emploi de l'anse galvanique pour les polypes insérés à l'extrémité postérieure des fosses nasales.

De grands progrès ont été accomplis dans ces dernières années dans la thérapeutique des tumeurs des cavités nasale, pharyngienne et laryngienne. Chaque jour on fait subir au manuel opératoire un nouveau perfectionnement destiné avec un minimum d'action chirurgicale à obtenir une guérison complète de ces tumeurs. On sait tous les avantages qu'il est possible de retirer de l'emploi d'une anse bien maniée et cette méthode a donné de très brillants résultats.

Dans le cas de polypes insérés à l'extrémité postérieure des fosses na-

sales l'ablation n'est pas toujours facile et c'est pour remédier aux inconvénients qu'elle peut offrir que M. Wagnier a proposé l'ingénieuse modification suivante. La tumeur ayant été partiellement saisie avec une anse galvanique formée par un fil un peu gros, il fait passer le courant en serrant la tumeur. De cette façon on détermine une adhérence du fil avec les tissus à enlever. Si on continue alors à serrer le fil sans pratiquer la section complète, on peut à l'aide d'un mouvement de traction d'ensemble détacher le polype de son point d'insertion. L'auteur a lui-même dans trois cas, appliqué le procédé qu'il préconise et les résultats qu'il a obtenus sont faits pour en légitimer l'emploi.

#### Quelques accidents laryngés dans le cours de la syphilis congénitale tardive.

M. CARTAZ communique trois observations d'accidents laryngés dans le cours de la syphilis congénitale tardive. Les sujets étaient de douze, treize ans et demi et vingt ans. Les cas de ce genre relatés dans la science sont très rares et c'est ce qui a déterminé l'orateur à signaler ceux qui se sont offerts à son examen. M. Cartaz, malgré de patientes recherches, n'a pu réunir plus de 27 cas de ce genre en y comprenant les trois cas inédits qu'il possède.

Il a trouvé d'après ses recherches que l'âge auquel survenaient ces accidents variait de trois à vingt-huit ans. La statistique démontrerait en outre que les garçons seraient frappés 33 0/0 fois plus souvent que les filles ce qui serait contraire à l'opinion émise par John Mackenzie dans son travail sur les laryngopathies de la syphilis congénitale en général. D'après M. Cartaz les lésions rencontrées en pareil cas offriraient une grande analogie avec celles de la syphilis acquise. Il est fréquent de rencontrer en même temps des manifestations du côté de la gorge, du pharynx et du voile du palais. Il insiste en terminant sur la gravité que peuvent imprimer au pronostic les brides cicatrielles consécutives aux ulcérations.

*Discussion.* — M. WAGNIER demande à M. Cartaz si l'oppression à propos d'un cas qu'il signale et dans lequel existait une fistule trachéale, avait persisté. C'est que, dit-il, au cas où l'oppression persiste après guérison du larynx, le diagnostic devient difficile. En effet on peut alors admettre une sténose de la trachée consécutive à des lésions analogues à celles du larynx ; et en pareil cas on pourrait très bien avoir affaire à des lésions gommeuses de la trachée, n'ayant pu être constatées à l'examen laryngoscopique.

M. MOURE. Les cas de syphilis congénitale tardive du larynx sont rares en effet ; mais il est bon d'ajouter que l'attention n'a été sérieusement appelée sur ce genre de lésions que depuis deux ou trois ans seulement, par M. le professeur Fournier. D'autre part, on ne pratique que très rarement la laryngoscopie chez les enfants. Pour mon propre compte, j'ai dans ma pratique vu trois ou quatre fois de semblables lésions. Chez un enfant de 14 ans, dont la trachée était incurvée en S, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie à cause de l'envahissement du larynx. L'opération ne laissa pas que de présenter une certaine difficulté. Ce malade est mort au bout de trois ou quatre ans, de tuberculose ou de consommation. Or, il s'agissait certainement dans ce cas d'une lésion syphilitique ; quant à la tuberculose, elle a pu être acquise, mais elle n'était nullement primitive. Une enfant de 5 ans, atteinte de syphilis tertiaire congénitale du larynx, mourut avec plusieurs accidents syphilitiques. Je pense qu'à mesure qu'on y fera mieux attention, les faits deviendront plus nombreux.

**Œdème chronique des paupières consécutif à un érysipèle à répétition de la face, probablement d'origine pharyngée.**

M. LAVRAND (de Lille) communique l'observation d'un enfant de quinze ans, atteint d'œdème chronique des paupières. Il rattache ce phénomène à des érysipèles de la face survenant deux à trois fois par mois depuis trois ans. On a remarqué que le début avait toujours lieu par le naso-pharynx avec issue par les points lacrymaux. Des deux côtés, les cornets inférieur et moyen hypertrophiés déterminent une destruction presque complète des fosses nasales. Le voile du palais épaisse laisse une ouverture très étroite entre son bord libre et la paroi postérieure du pharynx.

On a combattu cet état par des injections dans le naso-pharynx avec des solutions chloralées ; gargarismes, et à l'intérieur huile de foie de morue. Du 1<sup>er</sup> décembre au 16 mars il n'y a eu qu'un seul érysipèle.

Pour M. Lavrand la véritable porte d'entrée dans ce cas était le naso-pharynx qui est recouvert par une muqueuse molle et friable et non la muqueuse nasale qui était parfaitement lisse et sans la moindre trace d'altération.

*Discussion.* — M. MOURE demande si les urines ont été examinées.

M. LAVRAND répond que l'enfant n'a présenté aucun symptôme qui pût faire supposer une affection rénale ; il insiste à nouveau sur ce fait que l'œdème était exclusivement localisé aux paupières.

**Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide ; obstruction consécutive des arrière-fosses nasales.**

M. ROLLAND (de Montréal) a adressé à la Société l'observation d'une dame de vingt-trois ans qui était atteinte d'obstruction nasale, de céphalalgies violentes, de perte de mémoire, d'insomnies. La rhinoscopie montre qu'à gauche les cornets inférieur et moyen sont en voie d'atrophie ; on aperçoit du même côté et en arrière une tumeur arrondie résistante au stylet, et paraissant de nature osseuse. Cette tumeur obture en partie la fosse nasale. Les cornets étant moins atrophiés à droite, la tumeur est de ce fait moins visible de ce côté.

La rhinoscopie postérieure permet de constater l'obstruction, par la tumeur, des arrière-fosses nasales droite et gauche. Sur la ligne médiane existe un léger relief, lequel paraît constitué par l'extrémité postérieure de la cloison. En explorant à l'aide d'un stylet recourbé, on peut constater que les trois quarts supérieurs de la tumeur sont durs tandis qu'au contraire le quart inférieur est doué d'une certaine élasticité.

En présence des symptômes constatés chez sa malade, et d'autre part étant donnée l'existence de la tumeur que nous venons de signaler, M. Rolland songea à une dilatation des sinus sphénoïdaux par rétention. Son intervention consista à se servir de fraises mises en mouvement par un moteur électrique et avec lesquelles il pratiqua une ouverture à la partie inférieure gauche de la tumeur. Cette ouverture qui fut par la suite agrandie donna lieu à l'écoulement d'un liquide aqueux qui s'effectua goutte à goutte.

Ce traitement eut pour conséquence la restitution de la perméabilité des fosses nasales, la disparition de la céphalalgie et le retour à un état général satisfaisant.

**Présentation d'instrument.**

M. SUAREZ DE MENDOZA présente une modification de la pince laryngienne pour faciliter l'extraction des petits polypes non pédiculés des cordes vocales.

M. NATIER.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## PUBLICATIONS FRANÇAISES

**Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale**, par FRANÇOIS FRANCK. *Archives de physiologie normale et pathologique*, juillet 1889.

M. François Franck avait déjà abordé cette question en 1876 (C. R. du Lab. Marey, tome II, 1876), en répétant et variant les expériences de Kratschmer et autres, qui ont eu pour objet l'étude des réactions produites par l'irritation généralisée de la muqueuse nasale normale, à l'aide de vapeurs irritantes. Dans ce nouveau travail, il donne à ses expériences une précision plus grande en étudiant en outre les réactions produites par l'irritation *localisée* des divers points de la pituitaire *préalablement enflammée* ou congestionnée expérimentalement, et, par comparaison, de la muqueuse saine. L'importance considérable de ce mémoire et de la question à laquelle il a trait, justifiera l'étendue du compte rendu et des remarques critiques qui vont suivre.

## I

**A. TECHNIQUE SPÉCIALE.** — Les animaux dont s'est servi M. Franck sont le chien, le chat et le lapin. Après anesthésie modérée avec l'éther et un peu de chloroforme, inhalés par la trachée ouverte, l'expérimentateur mettait à nu la voûte du nez, et enlevait d'un côté les cornets et la paroi externe, de façon à avoir sous les yeux, d'un côté, une face de la cloison, et de l'autre la fosse nasale entière, moins sa paroi supéro-antérieure. Après avoir arrêté l'hémorragie à l'aide de l'amadou, il rabattait la peau sur la plaie, et laissait reposer l'animal. Bien entendu l'opération était faite antiseptiquement. Deux jours après, l'animal était sans fièvre, mais la muqueuse nasale était gonflée, rouge et très sensible. L'auteur a encore employé d'autres procédés techniques, peu différents de celui-ci d'ailleurs, et qu'on trouve indiqués dans le mémoire original.

Les irritations de la muqueuse nasale ainsi modifiée par la mise à nu, ont été produites de différentes manières : contact d'instruments mousses, piqûres fines, mouchetures avec le galvano-cautère, applications de caustiques chimiques, etc.

Elles ont porté sur tous les points accessibles de la muqueuse, mais en particulier sur les points suivants : extrémités antérieure et postérieure et bord libre du cornet inférieur, moitié postéro-inférieure de la cloison. L'auteur fait remarquer qu'en irritant cette partie de la cloison innervée par le sphéno-palatin interne, il n'a pas observé de réactions générales manifestant la sensibilité à la douleur de ce nerf, que Cl. Bernard avait trouvé aussi lui complètement insensible, mais qu'il a observé en pareil cas les mêmes réactions organiques que dans les autres régions.

Enfin, après avoir provoqué par l'irritation de la muqueuse, des réactions multiples, l'auteur renouvelait l'expérience après un badigeonnage à la cocaïne à 2 0/0, et constatait que la membrane, décongestionnée et rétractée, avait perdu le pouvoir de déterminer les réflexes auxquels son irritation donnait lieu antérieurement.

Les résultats ont toujours été soigneusement analysés et enregistrés.

B. TROUBLES RESPIRATOIRES. — Indépendamment de l'*éternuement*, réaction bien connue, l'auteur a vu se produire la *toux*, qu'il a obtenue en irritant la face libre du cornet moyen chez le chien. Il l'a étudiée, de même que le *spasme glottique*, en mettant à découvert le larynx, et le renversant en avant à l'aide d'un poids fixé par un crocheton à l'épiglotte. Après avoir sectionné les nerfs laryngés pour éviter les réactions d'origine locale, et mis une canule dans la trachée, il plaçait entre les lèvres de la glotte une petite ampoule de caoutchouc mise en rapport avec un cylindre enregistreur. En ce qui concerne le *spasme glottique*, qui a été obtenu aussi souvent que la toux, M. Franck a fait une remarque très importante, et qui rend bien compte des résultats en apparence contradictoires obtenus par les cliniciens. Cette remarque est la suivante : En opérant sur une muqueuse normale, on voit que toutes ne sont pas également aptes à déterminer cette réaction. Les plus particulièrement sensibles à cet égard sont les extrémités antérieures, les bords libres, et à un moindre degré les extrémités postérieures des cornets inférieur et moyen ; à un moindre degré encore la partie postérieure de la cloison et le méat inférieur. Au contraire, en opérant sur une muqueuse préalablement enflammée par une mise à nu datant de deux jours, tous les points accessibles à une excitation, quelle que soit celle-ci, peuvent lorsqu'on les irrite déterminer la réaction laryngée spasmodique. *Le spasme bronchique*, suffocant, assez énergique pour se traduire, même à la vue, par la dépression des espaces intercostaux chez l'animal trachéotomisé, a pu être obtenu par toute stimulation nasale un peu vive portant sur les cornets, surtout lorsque la muqueuse était enflammée.

Ces contractions des muscles bronchiques ont été étudiées par des procédés indiqués par M. Franck dès 1878, et précisés récemment par lui, au mois d'avril dernier, à la Société de biologie. Nous renverrons aux comptes rendus de cette société le lecteur qui voudra les connaître. Indépendamment du spasme laryngé et bronchique, M. Franck a obtenu des réactions respiratoires extérieures, non plus uniformes comme les précédentes, mais variables. Ainsi l'arrêt respiratoire, ou bien des *changements de rythme*, l'irrégularité des mouvements, l'augmentation de leur fréquence, des périodes de secousses intercalées entre deux périodes de ralentissement, et souvent aussi la succession de périodes de secousses et d'arrêt respiratoire. Toutes ces manifestations ont toujours présenté nettement le caractère spasmique : l'arrêt respiratoire même a toujours été actif et spasmique, et jamais d'ordre inhibiteur : lorsqu'il se produisait en expiration, on voyait les muscles abdominaux se contracter énergiquement ; lorsqu'on l'observait en expiration on voyait le diaphragme s'abaisser et le thorax se gonfler chez les animaux trachéotomisés.

Chez l'animal en expérience, toutes ces réactions spasmiques se combinent, et produisent un état respiratoire aboutissant à la suffocation, que M. Franck considère comme un syndrome parfaitement assimilable à un accès d'asthme.

C. TROUBLES CARDIAQUES. — Les troubles cardiaques que M. Franck a reproduits par l'irritation localisée de la muqueuse nasale congestionnée, sont identiques à ceux obtenus et étudiés par lui en 1876 à la suite de l'irritation en masse de toute la muqueuse nasale, mais ils sont plus intenses. L'irritation suffisamment énergique, localisée à la muqueuse normale du cornet inférieur, provoque en même temps que l'arrêt spasmique ou d'autres troubles respiratoires, le *ralentissement réflexe, progressif* du cœur. Cette réaction est plus accusée sur une muqueuse enflammée ou vivement congestionnée. Ces troubles au contraire s'atténuent, ou disparaissent complètement sous l'influence de l'anesthésie locale ; et la diminution générale de la sensibilité au moyen de la morphine et des anesthésiques les supprime également d'une façon plus ou moins complète. Nous ferons remarquer ici l'importance de cette constatation de M. François Franck : n'entraîne-t-elle pas la condamnation absolue de la méthode d'administration du chloroforme dite à doses massives, ou par sidération, telle qu'on la pratique actuellement ? N'engage-t-elle pas à ne recourir à cette méthode qu'après l'emploi d'un spray de cocaïne dirigé dans les fosses nasales et le larynx ? Enfin n'est-elle pas la justification

absolue de la méthode d'anesthésie lente et prudente et de la pratique des chirurgiens qui, ainsi que l'a fait un des premiers mon maître M. Trélat, donnent de la morphine et du chloral à l'intérieur un peu avant d'administrer le chloroforme ? Un autre remarque de M. Franck, qui a vu l'activité modératrice réflexe des nerfs vagus, sous l'influence de l'irritation nasale, s'accroître d'une manière remarquable chez les animaux atteints d'insuffisance aortique expérimentale, est aussi, elle, très instructive. Elle nous enseigne que nous devons nous assurer de l'état du cœur avant de toucher au nez de nos malades ; et nous inspirer d'une prudence toute spéciale chez ceux qui présentent les signes de la maladie de Corrigan ou de quelque autre lésion aortique.

Exceptionnellement seulement, chez des lapins dont il avait sectionné les pneumogastriques, M. Franck a constaté un léger degré d'accélération cardiaque réflexe par suite de l'irritation nasale.

**D. TROUBLES VASO-MOTEURS.** — M. Franck a analysé ces troubles avec précision, étudiant d'abord ceux qui se produisent du côté de la tête et ensuite ceux qu'on retrouve dans les autres parties du corps. L'expérimentation lui a fourni à cet égard les renseignements les plus précis ; l'irritation de la muqueuse nasale, saine ou enflammée, produit la dilatation active des vaisseaux de la tête, non seulement du côté correspondant, mais aussi, à un moindre degré, du côté opposé.

Ainsi, en étalant les 2 oreilles du lapin et en les maintenant verticales et éclairées par derrière, on voit par transparence que l'irritation nasale provoque au bout de 8 à 12 secondes, sans vaso-constriction préalable appréciable, une magnifique vaso-dilatation qui croît pendant 10 secondes environ, s'atténue rapidement et est remplacée par une vaso-constriction de 35 à 40 secondes de durée. Or, ces phénomènes ne sont nullement subordonnés aux changements de la fonction cardiaque ou respiratoire, car on les observe également après la section double des pneumogastriques. Lorsqu'au contraire le sympathique est coupé, on ne voit pas s'exagérer la rougeur du pavillon de l'oreille de ce côté.

De plus, en appliquant un manomètre au bout périphérique des deux carotides du chien, on voit que l'irritation d'une fosse nasale produit une chute rapide et considérable du même côté, et nettement appréciable quoique moins marquée du côté opposé. Ce résultat indique une vaso-dilatation active permettant au sang de s'écouler sans résistance dans les autres artères céphaliques par les anastomoses relâchées, ainsi que dans les veines.

De même en explorant les changements de volume du cerveau, et la

pression dans le sinus longitudinal supérieur, on constate dans ce dernier une augmentation de pression, en même temps que la turgescence de la masse encéphalique sans modifications respiratoires pouvant agir mécaniquement sur la circulation intra-crânienne.

Enfin l'auteur a observé également le phénomène de la congestion active des deux conjonctives, surtout de celle du côté excité; et aussi une légère congestion de la fosse nasale du côté opposé à l'excitation.

L'étude des phénomènes réflexes vaso-moteurs dans les régions du corps autres que la tête a donné des résultats très intéressants à connaître :

En explorant la pression à la fois dans le bouquet carotidien et dans le bout central de l'artère fémorale, pendant une irritation nasale, l'auteur avait vu la vaso-dilatation active dans le bouquet carotidien coïncider avec une élévation de pression dans le bout central de la fémorale, témoignant d'une élévation de pression dans le système artériel général. Afin de savoir si cette élévation de la pression aortique était le résultat d'une vaso-contriction généralisée des vaisseaux périphériques coïncidant avec une vaso-dilatation active céphalique, ou si, au contraire, d'autres régions du corps subissant également l'influence vaso-dilatatrice, elle n'était que l'expression d'une simple différence, M. François Frank a multiplié ses expériences, et exploré d'une façon spéciale plusieurs réseaux artériels, superficiels et profonds.

Il a constaté que, chez un chien curarisé, lorsqu'on explore à la fois la pression dans les deux bouts d'une carotide et dans les deux bouts de la fémorale, on voit l'irritation nasale provoquer la chute de la pression carotidienne périphérique en même temps que l'augmentation de la pression dans les deux bouts de la fémorale. De même, lorsqu'en même temps que dans la carotide on observe dans l'artère du membre supérieur à la fois la pression directe et la pression récurrente, on constate des résultats identiques à ceux de l'expérience précédente. Ainsi l'irritation nasale provoque dans la tête et dans les membres des réactions inverses : les vaso-dilatateurs céphaliques entrent en action en même temps que les vaso-dilatateurs des membres.

L'exploration volumétrique d'un doigt a confirmé ces résultats chez un malade observé par M. Franck : l'irritation nasale produisait une diminution marquée du volume du doigt.

Les expériences sur les réactions vaso-motrices des organes profonds ont porté non seulement sur le cerveau, mais encore sur le rein et le poumon. En même temps que la vaso-dilatation céphalique et l'augmentation

de la pression générale, l'auteur a vu le rein subir une réduction considérable du volume en même temps que ses pulsations cessaient. Moins constants ont été les résultats obtenus sur le poumon. Deux fois cependant, l'auteur a pu produire un spasme des vaisseaux pulmonaires, en employant un procédé d'exploration qui lui appartient, et qui consiste à comparer la valeur des reflux tricuspidiens chez un animal auquel on a sectionné la valvule auriculo-ventriculaire droite après et avant l'irritation nasale. M. Franck a vu cette irritation produire l'exagération de ces reflux, sans troubles cardiaques, l'animal étant atropinisé. Les deux animaux sur lesquels ces constatations ont été faites avaient la muqueuse très enflammée, et avaient présenté à leur maximum les réflexes respiratoires.

Ces différentes expériences sur les réactions vaso-motrices amènent l'auteur à conclure que les *irritations nasales provoquent la vaso-dilatation réflexe de la tête et la vaso-constriction du reste du corps*, aussi bien dans la périphérie que dans la profondeur.

## II

Tel est dans son ensemble le contenu de ce beau travail dans lequel on retrouve toutes les qualités qui depuis longtemps déjà ont mis son auteur au premier rang des physiologistes contemporains. Ici comme toujours, son ingéniosité a su triompher des plus grandes difficultés techniques d'expérimentation : à ce point de vue, ses expériences sur le spasme bronchique et sur le spasme vasculaire du poumon sont très remarquables.

Toute la partie expérimentale de ce travail est inattaquable ; le rôle du critique sa borne à faire connaître au lecteur les résultats obtenus. A mon grand regret, je n'en puis dire autant d'une page consacrée, au début du mémoire, à la question clinique. En s'abstenant de l'écrire, l'auteur n'enlevait rien à l'intérêt de son travail ; en l'y insérant, il oblige le lecteur à l'accuser de s'être fait de ce chapitre de pathologie une conception trop étroite. Certes, je m'associe pleinement aux réserves de M. Franck lorsqu'il refuse au nez le rôle presque exclusif que quelques auteurs trop enthousiastes ont voulu lui attribuer dans la genèse d'une foule d'accidents nerveux. Lui-même, d'ailleurs, a bien voulu rappeler que j'avais déjà formulé ces réserves dans un travail antérieur. Mais il n'est en vérité plus possible d'être d'accord avec lui lorsqu'il écrit les lignes suivantes : « Pour être en droit d'énoncer une relation de cause à

« effet entre l'irritation nasale et un trouble nerveux quelconque, plusieurs conditions sont, à notre avis, nécessaires ; il faut : 1<sup>o</sup> que ce trouble nerveux puisse être provoqué par l'excitation directement appliquée au *point incriminé* de la muqueuse nasale ; 2<sup>o</sup> qu'il disparaîsse quand on anesthésie ce *même point* soit avec la cocaïne, soit avec tel autre analgésiant local ; 3<sup>o</sup> qu'il soit désormais *primé par la cautérisation* (quel que soit son mode d'action) de la portion de la muqueuse attaquée ; 4<sup>o</sup> qu'aucun moyen révulsif, appliqué ailleurs, ne se soit montré capable de *primer les accidents* ».

J'ai souligné, dans le texte, ce qui est surtout inattendu dans cet exposé des conditions exigées par l'auteur pour l'établissement du diagnostic ; je ne tenterai pas d'accumuler ici les raisons multiples et péremptoires qui s'opposent à ce que le clinicien y souscrive. Elles se présenteront en foule à l'esprit de nos lecteurs, qui connaissent tous la question et savent qu'elle est autrement large et complexe que M. François Franck paraît le croire. Pense-t-il donc que, en clinique, le nez ne provoque d'accidents réflexes que lorsqu'il est le siège d'une lésion limitée ? Ne sait-il pas que des lésions diffuses sont capables de provoquer les mêmes effets ; et que des congestions, limitées parfois, mais intermittentes, passagères, sans siège fixe, de la muqueuse nasale, dues elles-mêmes à des états pathologiques d'autres organes, peuvent aussi les déterminer ? M. Franck tient-il aussi la cautérisation comme un remède à tous maux ? Que pense-t-il des faits d'observation journalière où l'on voit disparaître des accès d'asthme ou d'autres accidents respiratoires, des migraines ou autres troubles sensitifs, soit par l'ablation de polypes muqueux, soit par la résection d'un éperon de la cloison ou l'extraction d'un corps étranger ? Et surtout de ceux, tout aussi nombreux, où l'on voit ces mêmes accidents ou d'autres encore, cesser à la suite de simples irrigations de la muqueuse malade enflammée ou congestionnée, alors que seulement une légère amélioration de l'état local, bien distante de la guérison complète, en a été le résultat immédiat ? Dans ce dernier cas, au moins, le traumatisme ne peut être en cause ; il ne saurait plus être question de destruction radicale de la partie malade, ni de révulsion. Je n'insisterai pas sur la valeur de la quatrième condition exigée par M. Franck : il me suffira de rappeler que tout récemment encore, une communication de M. Verneuil à l'Académie a montré qu'un vésicatoire appliqué sur le tronc peut amener une déplétion sanguine de la pituitaire et arrêter une épistaxis profuse.

Hâtons-nous d'ajouter que malgré l'insuffisance et la valeur restreinte des moyens de diagnostic qu'il a adoptés, l'auteur admet que « le départ « étant fait entre les troubles nerveux véritablement subordonnés à une « irritation nasale et les accidents qui sont d'une autre provenance, il reste « acquis qu'un nombre considérable encore de retentissements pathologiques peut être provoqué par la stimulation anormale de la muqueuse », et qu'il a observé lui-même des faits cliniques très positifs. Pour nous, déjà partisan déclaré de la doctrine, nous pensons que les expériences de M. François Franck constituent une éclatante confirmation de sa réalité. Cette conclusion découle de l'exposé que nous venons de faire et il me paraît dès lors inutile d'appeler l'attention du lecteur sur les résultats qui sont d'accord avec l'observation médicale et ceux qui nous éclairent sur la pathogénie des accidents. Je me bornerai à signaler rapidement quelques faits expérimentaux qui au contraire semblent être en contradiction avec les constatations cliniques. Ainsi Hack, Küpper et autres ont cité des cas de palpitations cardiaques réflexes d'origine nasale ; tandis que M. Franck opérant sur l'animal à pneumogastriques intacts, a toujours vu le ralentissement, jamais l'accélération du cœur. Il est vrai que, sur un de ses malades, il a obtenu le résultat contraire. Ce point reste donc à éclaircir. De plus, faut-il continuer à admettre l'existence des bronchites vaso-dilatrices réflexes d'origine nasale, décrites par Sommerbrodt et signalées par bien d'autres, dont j'ai cru moi-même voir plusieurs cas ? Ces faits ne s'accordent guère avec les résultats expérimentaux, qui montrent au contraire la vaso-constriction pulmonaire succéder à l'irritation de la pituitaire. Reste à savoir si ce spasme vasculaire, nécessairement intermittent, ne peut pas être suivi d'une période de relâchement excessif. Cette hypothèse me semble admissible, mais elle mérite confirmation. D'ailleurs, quelque grande que soit la valeur de l'expérimentation sur l'animal, elle ne nous autorise pas à assimiler trop étroitement les résultats qu'elle donne à ceux que réalisent chez l'homme les états pathologiques de longue durée. M. François Franck s'est cependant chargé, une fois de plus, de nous montrer combien sont nombreux, utiles et féconds, les enseignements qu'elle donne au clinicien.

Ses recherches, on l'a vu, n'ont porté que sur quelques-uns des réflexes dont la muqueuse nasale peut être le point de départ. Nous espérons fermement qu'il les continuera et étudiera successivement non seulement les autres réactions qui peuvent dériver de l'irritation de la pituitaire, mais aussi le retentissement sur la pituitaire des irritations des autres parties du corps (téguments, appareil digestif, génital, etc.). Ceux qui,

comme l'auteur de cette analyse, ont eu l'honneur de travailler sous sa direction et d'assister à ses expériences, savent que nul plus que lui n'est capable de mener à bien ces études, dont l'importance égale la difficulté.

A. RUault.

**Contribution à l'étude de la diphtérie (2<sup>e</sup> mémoire). ROUX et YERSIN.**

*Annales de l'Institut Pasteur, 1889, n<sup>o</sup> 6.*

Nous avons déjà, dans un précédent numéro, fait connaître le contenu du premier mémoire de MM. Roux et Yersin sur le microbe et le poison de la diphtérie. On sait quels importants résultats avaient été obtenus par ces auteurs. MM. Roux et Yersin ont poursuivi leurs recherches et ils ont découvert un certain nombre de faits nouveaux qu'ils exposent dans ce second mémoire.

Ces faits concernent les propriétés du poison diphtéritique.

Les auteurs nous font d'abord connaître que ce poison, si meurtrier pour les cobayes, les lapins, les petits oiseaux, agit aussi très énergiquement sur les moutons et les chiens. Les expériences relatées par eux montrent que la ressemblance est complète entre les paralysies diphtéritiques obtenues chez le chien et celles que l'on observe chez l'homme. C'est sur le chien qu'il faudra entreprendre l'étude de ces paralysies expérimentales, à cause de la facilité que l'on a chez cet animal pour explorer la sensibilité de la force musculaire.

Le chien, si sensible à l'action du poison, meurt aussi de la diphtérie quand on l'inocule avec le bacille de Klebs. Le mouton paraît se comporter comme le chien à l'égard du bacille et du poison. L'action énergique de la diphtérie sur ces animaux fait paraître encore plus surprenante la résistance des rats et des souris, qui supportent sans malaise des doses mortelles pour un chien de moyenne taille.

MM. Roux et Yersin avaient annoncé que la chaleur détruisait le poison diphtéritique, ce qui le rapprochait des diastases. Cependant à la longue, les animaux qui ont reçu le poison chauffé, meurent après avoir présenté des paralysies et de l'amaigrissement.

L'urine filtrée des diphtéritiques et les macérations d'organes de personnes mortes de diphtérie infectieuse font périr les animaux avec les mêmes troubles que causent les injections de poison retiré des cultures.

Les cultures filtrées de diphtérie, conservées en vases clos, à l'abri de l'air et de la lumière, restent très longtemps toxiques. C'est surtout l'action de l'air qui les altère. L'action de l'air est beaucoup plus rapide

à la lumière solaire ; mais la lumière seule ne suffit pas à détruire le poison.

Les cultures du bacille de la diphtérite dans le bouillon de veau légèrement alcalin, deviennent acides dans les premiers jours et elles prennent une réaction alcaline après un temps plus long. Tant que la culture est acide, son pouvoir toxique n'est pas considérable. Lorsque la culture est alcaline sa puissance toxique augmente beaucoup. Cette propriété rapproche le poison diphtéritique des diastases. On sait en effet que la réaction acide ou alcaline du milieu a une grande importance pour l'activité des diastases ; la pepsine est surtout active en milieu acide ; la pancréatine est surtout active en milieu alcalin. Ce résultat a amené les auteurs à se demander si l'addition d'un acide à une culture alcaline diminuerait son pouvoir natif. L'acide lactique et l'acide tartrique feraient disparaître en partie la toxicité des cultures filtrées. L'acide phénique, l'acide borique ont beaucoup moins d'action.

Le poison diphtéritique est soluble dans l'eau, et insoluble dans l'alcool ; il se *dialyse lentement*. Ce dernier fait explique comment on peut, par une injection sous-cutanée, donner une quantité de substance active triple de la dose mortelle, sans que la mort survienne plus vite qu'avec une dose simple ; la diffusion dans l'organisme se fait en effet très lentement.

Le poison diphtéritique, comme les diastases, a la propriété d'adhérer à certains précipités produits au sein du liquide où il est en dissolution. Le précipité qui entraîne le plus facilement la substance active de la diphtérite est le phosphate de chaux. Les expériences faites avec le précipité sont très remarquables. Elles ont conduit les auteurs à dire ceci : « Il serait très intéressant de trouver une matière insoluble capable de fixer le poison diphtéritique beaucoup plus fortement que le phosphate de chaux ; on pourrait vraisemblablement l'introduire alors dans le corps des animaux sans produire d'accidents aigus : si la matière toxique adhérerait assez au corps insoluble, elle ne diffuserait que lentement, et ainsi se produirait peut-être l'accoutumance graduelle de l'animal ».

Il est en effet difficile d'habituer les animaux au poison diphtéritique, et cela à cause de son activité, même à dose très faible (approximativement, les auteurs pensent que deux dixièmes de milligramme font péri<sup>r</sup> un cobaye en quatre jours), il produit des effets à longue échéance. C'est à cause de ce pouvoir toxique énergique qu'il faut intervenir dès le début de la formation des membranes chez les diphtéritiques. Si on a laissé au bacille le temps de former une dose suffisante de poison, c'est

en vain que l'on fera disparaître la membrane croupale et qu'on détruira les bacilles, la mort surviendra par empoisonnement ; car dans la diphtérie, contrairement à ce qui se passe pour beaucoup d'autres maladies infectieuses, l'infection n'est pas produite par un microbe envahissant les tissus, mais par la diffusion dans l'organisme d'une substance toxique préparée à la surface d'une muqueuse, pour ainsi dire en dehors du corps.

Le poison diptéritique a beaucoup d'analogie avec les diastasés ; son activité est tout à fait comparable à celle de ces substances ou encore à celle des venins. Dans le corps des animaux, ce poison paraît agir surtout sur les parois des vaisseaux ; les dilatations vasculaires, les hémorragies, les œdèmes que l'on trouve à l'autopsie des animaux diptériques viennent à l'appui de cette opinion.

Tel est le résumé succinct du nouveau mémoire de MM. Roux et Yersin. Plein de faits et d'idées, leur travail ouvre des horizons inconnus à la pathologie et à la thérapeutique.

MARFAN.

#### PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

**De l'étiologie de la diphtérie, étude expérimentale**, par MITCHELL PRUDDEN. *Amer. Journ. of med. sciences*, avril et mai 1889.

Après une revue très complète des travaux publiés sur le même sujet, l'auteur arrive à cette conclusion, que jusqu'ici l'on n'est pas parvenu à déterminer l'existence d'une bactérie que l'on puisse considérer comme l'agent actif de la maladie.

La première partie de ce travail est donc une étude critique des recherches faites antérieurement sur la bactériologie de la diphtérie. Nous y trouvons une revue des travaux de Loeffler, de Klebs, d'Emmerich, de Babes, de Penzoldt, de Fränkel, de d'Espine et d'Hoffmann.

L'auteur mentionne aussi en terminant la récente publication de MM. Roux et Yersin, mais il se montre peu tendre pour nos compatriotes, leur reprochant le petit nombre de leurs expériences sur les animaux et l'insuffisance de détails au sujet de la technique suivie par eux, tout au plus paraît-il impressionné par l'importance des paralysies obtenues par les expérimentateurs français sur les animaux inoculés par eux.

Les recherches de l'auteur américain ont porté sur 24 enfants atteints de diphtérie et traités dans des services hospitaliers, l'affection prése-

tant le caractère épidémique et évoluant simplement ou secondairement à la scarlatine ou à la rougeole. Dans tous les cas, sauf deux, P. a réussi à mettre en évidence, dans les fausses membranes, la présence d'un streptococcus qu'il a en outre retrouvé, chez plusieurs sujets, dans les viscères, mais en bien moins grande abondance que dans les fausses membranes.

Après avoir isolé soigneusement ce streptococcus, P. l'a inoculé à des pigeons et à des lapins et a vu se produire, chez ces animaux, des phlegmons et des mortifications de tissu, en revanche rien qui ressemble à une fausse membrane et pas traces de paralysie. L'auteur se console de cette lacune en émettant l'opinion que « la diptérite est une maladie propre à l'espèce humaine et non susceptible de se développer spontanément chez les animaux, et que d'ailleurs on n'est jamais parvenu à la reproduire expérimentalement chez ces derniers ». Voilà, ce nous semble, une singulière façon de raisonner : des expérimentateurs de la valeur de MM. Roux et Yersin parviennent à produire, chez leurs animaux en expérience, la fausse membrane et la paralysie, ces deux symptômes caractéristiques de la diptérite humaine ; et Sir Prudden qualifiant leurs expériences d'insuffisantes (on ne sait trop pourquoi), déclare que jamais l'on n'est parvenu à reproduire expérimentalement la diptérite humaine chez les animaux (!), puis il nous présente comme concluantes ses propres recherches, consistant à isoler un streptococcus qui, morphologiquement (il le reconnaît lui-même), ne se distingue aucunement du streptococcus de l'érysipèle, et, par l'inoculation de ce micro-organisme, à déterminer, chez ses animaux, quelque lésion spécifique ? non pas : mais simplement des lésions phlegmoneuses et gangreneuses (!!). Pour confirmer ces « résultats », l'auteur a fait des recherches sur la composition du produit du grattage de l'amygdale sur deux ou trois sujets indemnes de diptérite : d'une part sur des enfants vivant au milieu de cas de diptérite et d'autre part sur des enfants apparemment non exposés à la contagion.

Dans ce dernier cas, le produit de grattage ne renfermait pas de streptocoques, sauf chez deux enfants scarlatineux qui ultérieurement eurent de la diptérite ; dans le premier cas, on trouva des streptocoques dans le produit du grattage des amygdales de 12 enfants sur un total de quarante sujets. Une fois l'auteur réussit à déterminer la présence du streptocoque dans la poussière en suspension dans l'air d'une salle de diptéritiques. Nous ne méconnaissons pas l'intérêt de ces dernières expériences, mais nous pensons que Sir Prudden s'avance beaucoup, quand il nous

dit qu'il se sent porté à présumer fortement que son streptococcus est (au moins dans le groupe de cas étudié par lui) l'agent causal de la diphtérie et que ses faits équivalent pratiquement à une démonstration.

LUC.

**Les microbes du coryza aigu et chronique, ceux de l'ozène et leurs rapports avec ces diverses maladies, par M. le Dr HAJEK, Sep.-Abdr. aus Berlin. Klin. Wochenschr., 1888, n° 33.**

Les cavités du nez, à l'état normal ne renferment que fort peu de bactéries car le mucus nasal est un mauvais milieu de culture. Cependant ce mucus d'ordinaire contient des bâtonnets, des cocci, des sarcines et des diplocoques.

Dans les cas pathologiques au contraire, les bactéries sont nombreuses et cela surtout, lorsqu'il existe des croûtes desséchées. Ainsi, dans le coryza aigu ce sont des diplocoques arrondis à leurs extrémités qui prédominent ; on rencontre encore un micro-organisme décrit par Klebs et qui pourrait bien être la cause du coryza, car il se montre surtout au début. Un peu plus tard apparaissent de petits bacilles en très grande abondance qui par leur rapide accroissement, déplacent les diplocoques dans les cultures ; bientôt on distingue quatre ou cinq espèces de bactéries. M. Hajek a trouvé quatre fois au troisième ou au quatrième jour du coryza le bacille de la pneumonie de Friedländer ; il semblerait que ce pneumocoque vint compliquer le catarrhe aigu.

Dans la rhinite chronique les choses se passent comme dans le catarrhe aigu avec cette différence que les bactéries sont plus nombreuses. On peut alors trouver des microbes pathogènes et dans un cas l'auteur a rencontré le *staphylococcus pyogenes aureus*. Ce dernier vraisemblablement, ainsi que le streptocoque de l'érysipèle, détermineraient suivant les cas la purulence ou l'érysipèle de la muqueuse nasale.

Quant à l'ozène, tout le monde aujourd'hui est à peu près d'accord sur cette expression, mais la plus grande incertitude règne relativement à son étiologie. On a récemment incriminé les bactéries, ce qui est assez naturel car elles sont très nombreuses dans les sécrétions. Au microscope on en trouve quatre ou cinq espèces constituées par des bacilles et des cocci. Ces derniers sont encapsulés ; signalés en premier lieu par Klamann, leur identité avec le pneumocoque de Friedländer aurait été démontrée par Thost. Sur 19 cas d'ozène, Hajek a trouvé 8 fois des cocci encapsulés et 7 fois le pneumocoque de Friedländer. Il fait en passant remarquer qu'il est faux que ces bacilles perdent leurs capsules dans les cultu-

res; on peut en effet arriver à fixer ces capsules en chauffant par l'alcool absolu les lamelles avant la coloration par la méthode de Friedländer. Le pneumocoque ne détermine pas l'atrophie de la muqueuse, car on l'a trouvé dans des cas où il n'en existait pas trace et en outre les expériences tentées dans ce sens sur les animaux, sont demeurées sans résultats. Rohrer a cultivé huit espèces de bactéries dans l'ozène, parmi lesquelles le *clostrydium butyricum*. A signaler encore un bacille qui colore en vert la gélatine et qui serait identique à un bacille trouvé par Strauch dans le naso-pharynx à l'état normal; de même un bacille trouvé par Klamann.

Mais il est surtout un microbe digne de remarque, car il paraît avoir quelque relation avec l'odeur pénétrante de l'ozène. M. Hajek l'a trouvé sept fois sur 10 cas d'ozène; il est court, aussi long que large et forme des chaînettes composées de six à dix microbes. Animé de mouvements très vifs, il se colore imparfaitement dans une solution d'aniline; mais la coloration est presque complète quand on mélange à l'aniline du bleu de méthylène d'après la méthode de Gram. Sur gélatine se forment des colonies qui après pénétration déterminent l'écoulement de cette gélatine. Cet écoulement s'accompagne d'une odeur désagréable et pénétrante surtout en été, beaucoup moins prononcée en hiver. Quand on chauffe les cultures il se dégage une odeur de pourriture qui, si elle n'est pas identique à celle de l'ozène, a tout au moins avec elle une grande analogie.

Les cultures sur agar-agar de ce bacille que M. Hajek croit pouvoir appeler *bacillus foetidus ozaenae* forment un enduit muqueux humide ayant la même odeur que les cultures sur la gélatine. Dans les cultures sur le sérum sanguin, le bacille se développe très rapidement en produisant une couche blanchâtre étendue sur toute la surface, et dans ce cas l'odeur est plus intense que jamais. Les cultures sur pommes de terre après vingt-quatre heures déterminent une couche brun jaunâtre dont l'odeur douceâtre est peu prononcée. Enfin les cultures faites sur de la viande crue stérilisée dans une chaudière à vapeur donnent après vingt-quatre heures une odeur très pénétrante identique à l'ozène. Avec le lait, rien.

Quelques gouttes d'une solution de la culture sur gélatine du bacille fétide injectées à des souris, les tuent au bout de cinq jours; la mort est précédée d'une grande faiblesse avec amaigrissement. Le sang du cœur, du foie et de la rate, contient des bacilles à odeur pénétrante; deux à six centimètres en injection chez des lapins déterminent de la purulence avec nécrose et l'inflammation produite est d'une intensité supérieure à celle

occasionnée par tous les cocci connus ; elle peut même se terminer par la mort après 48 heures. Ce bacille paraît ne pouvoir pas se développer dans les vaisseaux sanguins et les cas de mort par injection sous-cutanée, s'expliqueraient par l'action des ptomaines.

En résumé, le bacille fétide de l'ozène produirait l'odeur si pénétrante qui caractérise cette affection. Les recherches de Klamann, Rohrer et Strauch semblent montrer que d'autres bactéries peuvent aussi exercer une certaine action. Mais ce bacille ne jouerait aucun rôle dans l'atrophie de la muqueuse nasale.

On s'est demandé pourquoi l'ozène s'observait dans les cas de catarrhe sec avec atrophie et non dans les catarrhes qui accompagnent l'hypertrophie. Krause a dit que les sécrétions de la muqueuse atrophiée étaient très riches en cellules graisseuses ; est-on autorisé à dire que les bactéries engendrent la mauvaise odeur grâce à ces sécrétions. Mais comme le bacille fétide dégage une odeur intense dans les cultures dépourvues de graisse, l'opinion de Krause est par là même infirmée. Peut-être serait-il plus juste de considérer les altérations qualitatives de la muqueuse comme un acte purement mécanique. Chacun sait en effet que les sécrétions peu liquides de la muqueuse atrophiée, sont particulièrement adhérentes ; en outre, cette muqueuse ayant perdu de sa sensibilité réagit moins bien et les sécrétions restent en place, contrairement à ce qui se produit dans les cas d'hypertrophie où la sensibilité plus vive facilite le rejet des mucosités. Et de la sorte M. Hajek arrive à expliquer d'une façon ingénieuse la puanteur ; en effet, dans le premier cas, les bactéries, ont tout le temps d'agir, ce qui n'a pas lieu avec le coryza hypertrophique. Pourtant on ne doit pas ignorer que même dans la forme hypertrophique, par suite de la rétention des sécrétions, on peut, comme cela arrive du reste assez souvent, constater de la fétidité.

N.

---

Le Gérant : G. STEINHEIL.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

DE L'ICTUS LARYNGÉ

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

---

Dans un travail récent, notre confrère M. Garel, de Lyon, publiait une intéressante observation d'ictus laryngé ; ces cas, disait-il, méritent une mention spéciale, car c'est par la comparaison de faits cliniques nombreux que l'on parviendra à se faire une idée exacte de ce phénomène. C'est dans le but de répondre au désir de notre confrère que je publie cette note.

Les observations connues depuis la publication des premiers faits du professeur Charcot ne sont pas encore bien nombreuses. Armstrong, dans un travail inséré dans le *Philadelphia med. News* du 8 juin dernier, n'en a pu réunir que 21 cas, en comptant le fait qui lui est personnel et à l'exclusion de l'observation de M. Garel, dont il ne pouvait encore avoir eu connaissance. On trouvera dans ce court mémoire l'indication résumée de ces divers faits, dont l'histoire ne diffère guère des uns aux autres. Il s'agit en général de sujets forts, vigoureux, sans antécédents spécifiques, assez souvent goutteux, rhumatisants, quelquefois obèses, asthmatiques.

Les crises surviennent à peu près toujours dans les mêmes conditions : après une toux légère, le malade éprouve une sensation de chatouillement dans la région laryngée et brusquement, au milieu de cette toux, il s'affaisse sans connaissance, la perte de connaissance ne durant guère que quelques secondes.

A l'examen, intégrité du larynx, quelquefois un peu d'hypertonie de la muqueuse et des cordes, sans lésion bien marquée, pouvant donner la raison de cette attaque syncopale.

Les deux faits suivants ne diffèrent pas des cas publiés jusqu'ici, sauf que dans le premier, la cause déterminante des quintes de toux semble avoir été l'hypertrophie du tissu décrit sous le nom d'amygdale linguale.

Voici le résumé de ces deux observations :

OBS. I. — M. L..., âgé de 55 ans, négociant, habitant les environs de Paris, fort, robuste, mais souffrant depuis de longues années d'accès de goutte avec accidents du côté du foie (coliques hépatiques) pour lesquels il a dû suivre, plusieurs années de suite, une cure à Vichy. Depuis cinq ans environ, il n'a pas eu de crises bien marquées.

Il y a dix ans environ qu'il a ressenti les premiers symptômes d'une pharyngite chronique, sécheresse de la gorge, râlement, toux quinteuse. Il fut soigné à cette époque par le Dr Fournié. Assez grand fumeur autrefois, il a presque entièrement supprimé l'usage du tabac, et ce n'est qu'à de très rares intervalles qu'il fume un cigare.

Dans ces dernières années les accidents, surtout la toux quinteuse sans expectoration, ont reparu avec plus d'intensité, et dans le cours de l'hiver 1887, il éprouva l'accident suivant : Étant dans sa chambre, debout, en train de ranger des papiers, il fut pris d'une toux assez violente et, tout d'un coup, tomba brusquement à terre sans connaissance, et sans subir heureusement de contusions graves. Ses parents qui se trouvaient à quelques pas de lui le relèvent, le placent sur son lit et il reprend ses sens, sans pouvoir se rendre compte de ce qui était arrivé. Aucune morsure de la langue, pas la moindre apparence d'attaque épileptique. J'ajouterais que le malade n'a jamais eu la syphilis et n'avait jamais eu d'attaques de ce genre. Aucun signe de tabes.

Trois ou quatre mois après, seconde attaque de vertige, provoquée

également par une quinte de toux. Cette fois la perte de connaissance ne fut pas complète. Il n'y eut que du vertige passager, un instant d'obnubilation.

C'est à la suite de ces accidents que le malade vint me consulter. Il me raconte très en détail les accidents qu'il a éprouvés et ne se plaint que de ces quintes de toux qui surviennent surtout le matin, et de sécheresse, d'irritation de l'arrière-gorge.

Je constate une pharyngite chronique (rougeur intense de la muqueuse, sans hypertrophie folliculaire, arborisations vasculaires nombreuses). Aucune modification de la muqueuse des fosses nasales. Pas la moindre altération du larynx, si ce n'est une très légère rougeur des cordes vocales.

A la base de la langue, hypertrophie très marquée du tissu adénoïde de cette région. Une masse charnue du volume d'une petite noisette vient frotter contre l'épiglotte, et en touchant cette région avec un stylet, le malade énonce d'une façon positive que c'est presque toujours à ce niveau qu'il ressent le chatouillement, l'embarras qui provoquent les quintes de toux.

Un peu d'emphysème pulmonaire sans bronchite.

Je fais sur cette masse hypertrophique de la base de la langue de très légères scarifications et je touche avec un pinceau chargé de solution de chlorure de zinc au 1/20. Ces cautérisations, fort légères, furent répétées un certain nombre de fois et le malade éprouva en peu de temps un soulagement des plus marqués.

J'ai renouvelé dans le cours de l'hiver dernier ce traitement ; le malade s'était fort bien trouvé jusqu'alors. Sous l'influence de l'humidité, il avait toussé un peu et, craignant le retour des quintes, il m'avait demandé de pratiquer quelques badigeonnages. Il n'a plus eu de vertige ni de perte de connaissance.

OBS. II. — Le second malade, ancien officier, âgé de 58 à 60 ans, grand fumeur, assez fort buveur autrefois, mais revenu depuis une dizaine d'années à un régime très sobre, en raison de violents accès de goutte, à la moindre velléité d'intempérance (un à deux par an).

L'année dernière (1888) il fut pris d'un léger rhume et vers le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour de ce rhume, au moment d'un accès de toux, il tomba la tête en avant contre son bureau, près duquel il se tenait debout, pris d'un vertige, ne voyant plus ce qui se passait et éprouvant une obnubilation passagère de quelques secondes. La perte de connaissance, au moins à ce qu'il semble avoir éprouvé, car il n'avait pas de témoin de son accident, la perte de connaissance n'a pas été complète.

Quelques jours plus tard, même vertige, après une toux légère, mais cette fois avec chute sur le parquet. Disparition très rapide des accidents, car son fils qui se trouvait dans la même pièce se porta rapidement auprès de lui pour le secourir, et déjà le malade se relevait de lui-même tout étourdi.

A trois reprises, dans le cours d'une autre bronchite, accidents de vertige sans perte de connaissance. Le malade raconte qu'à ce moment il a comme un embarras dans la gorge, une sensation de « grattement irrésistible ».

Pas de syphilis. Jamais d'attaques d'épilepsie. Pas de signes de tabes. Santé parfaite, en dehors de cette diathèse goutteuse.

J'examinai avec grand soin ce malade qui vint me consulter à la suite de sa dernière crise de vertige. Je ne trouvai absolument aucune lésion, aucune modification des organes (larynx, nez, pharynx) susceptible de causer ces vertiges. Je prescrivis le bromure de potassium, des inhalations balsamiques, et des applications de teinture d'iode au devant du cou. Le malade m'écrivit un peu plus tard qu'il allait mieux, qu'il suivait un régime rigoureux, et qu'il n'avait pas eu de nouvelle crise. Mais comme il s'était écoulé entre les accidents de la première série et ceux de la seconde un intervalle de cinq mois sans aucun désordre, il me serait difficile d'inférer que ce traitement assez simple a pu amener une guérison radicale.

Quelle interprétation peut-on donner de ces faits? Parmi les auteurs, les uns les considèrent comme de simples réflexes analogues aux vertiges auriculaires, aux vertiges à stomacho laeso; d'autres pensent qu'il s'agit d'une véritable syncope et Armstrong propose même pour ces accidents la dénomination de syncope laryngée; quelques-uns enfin les regardent comme dus à des troubles circulatoires de nature asphyxique.

Il est difficile de pouvoir établir une pathogénie unique. En effet, il semble bien que dans un certain nombre de cas (obs. de Charcot, Garel) la perte de connaissance ait été due à la congestion provoquée par la violence des quintes de toux. La face était violacée, toutes les veines saillantes gonflées comme dans un violent effort. Il y avait là un phénomène d'ébranlement causé par la toux analogue, en plus

grand, à l'obnubilation produite par un violent éternuement. Dans ce cas que je citais de M. Garel, l'ictus coïncidait complètement avec les symptômes asphyxiques. Il n'éclatait que lorsque l'asphyxie causée par les quintes de toux atteignait un certain degré.

Mais dans la majorité des cas, il semble plutôt qu'il y ait là un trouble nerveux réflexe, dont le point de départ est une hyperesthésie de la muqueuse laryngée et qui détermine par des phénomènes d'inhibition sur le pneumogastrique et les centres bulbaires une véritable sidération passagère. Il ne s'agit pas en effet d'un vertige avec perte simplement de l'équilibre ; c'est une obnubilation courte, mais parfois complète, de l'intellect, du sentiment, une véritable syncope. M. Weill a discuté longuement la pathogénie de ces accidents et je ne saurais mieux faire, que de renvoyer à ce travail qui me paraît l'interprétation la plus nette de la majorité des faits cliniques, l'ictus laryngé (*Province méd.*, 3 décembre 1887).

Ces accidents s'observent dans le tabes ; ils en sont souvent un des phénomènes prémonitoires. Mais là il existe des altérations centrales qui peuvent être, en dehors de toute excitation du côté de la muqueuse laryngée, le point de départ de crises avec ictus.

Je me permets de rapporter ici le résumé de deux cas qui n'appartiennent pas aux types francs de l'ictus laryngé, puisqu'il s'agissait dans un cas de syphilis avec suspicion d'épilepsie, dans l'autre d'une ataxie confirmée. Mais les accidents laryngés se présentaient dans des conditions identiques et le rapprochement de ces observations établira une comparaison utile à l'interprétation pathogénique de ces phénomènes.

OBS. III. — X..., bijoutier, 36 ans, habitant Paris, m'est amené en mars 1889, par mon ami le Dr Lorey pour des crises laryngées, qui s'accompagnent de perte de connaissance. Le père était épileptique. Le malade est le cadet de cinq enfants dont aucun n'a eu d'accidents épileptiques ; il n'a jamais eu aucune crise, petite ou grande, mais il est très nerveux.

Il nie avoir eu la syphilis, mais on retrouve dans ses antécédents l'histoire d'une kératite interstitielle il y a huit ans, avec iritis, abcès ayant nécessité l'iridectomie. On lui fit prendre à ce moment de l'iodure de potassium.

Il est dyspeptique, a une dilatation de l'estomac. C'est un grand buveur (15 bocks de bière), grand fumeur (de 7 à 10 londrèses). En dehors de ces détails, il accuse une bonne santé ; pas de rhumatismes, pas de troubles du côté du foie.

Il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement, il est pris de trachéobronchite et quelques jours plus tard, d'un enrouement léger. C'est à ce moment que sont survenues les crises laryngées. A la suite de quintes de toux, à forme coqueluchoide, il éprouve, sans douleurs, sans avertissement prémonitoire, sans *aura* spéciale, une sorte de syncope de 2 à 10 secondes. Depuis 15 jours, il a eu 50 crises plus ou moins fortes. Trois fois il est tombé complètement inanimé, sans morsure de la langue, sans émission des urines. Plusieurs fois, les crises sont survenues pendant qu'il était couché, toujours après une quinte de toux.

Quand il s'enrhumait jadis, il avait quelquefois, dit-il, tellement le sang à la gorge qu'il étouffait et était obligé de se mettre à la croisée pour « avoir de l'air ». Jamais cependant il n'a eu de crises aboutissant à l'étourdissement, à la syncope.

A l'examen je constate les lésions suivantes : pharyngite chronique avec varicosités des piliers et de la face postérieure du pharynx. Muqueuse laryngée très rouge ; cordes vocales d'un gris rosé ; la gauche est parésie et ne se tend pas dans la phonation, elle forme à ce moment un arc de cercle léger.

Réflexes pharyngo-laryngés extrêmement prononcés.

Rien au cœur ni au poumon. Pas d'engorgement glandlionnaire.

Pas de signes de tabes.

J'institue, d'accord avec le Dr Lorey, le traitement par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium à hautes doses.

Pendant les premiers jours du traitement, il y a encore quelques accès. Au 5<sup>e</sup> jour, disparition complète. Depuis, le malade se porte bien et la voix a depuis son timbre habituel.

OBS. IV. — Dans ce dernier cas il s'agit d'un malade que j'ai examiné dans le service du professeur Charcot, salle Prus, n<sup>o</sup> 7, à la Salpêtrière. C'est un homme de 37 ans, employé de chemin de fer, intelligent, entré pour une ataxie confirmée avec crises fulgurantes, démarche

classique, sans origine syphilitique. Le début remonte à 1883 par des douleurs de gorge et de petites quintes de toux pour lesquelles on fit la section de la luette. En 1884, apparition de crises gastriques avec vomissements bilieux et sanguins. Il fut soigné pour un ulcère, puis pour un cancer de l'estomac et envoyé à Vichy.

C'est là qu'il eut, sans autres crises antérieures, une première grande crise laryngée, ictus avec perte de connaissance, survenue à l'état de repos, pendant qu'il était assis dans le parc. Depuis cinq ans, huit grandes crises semblables, dont cinq en l'espace de 4 mois ; la dernière est survenue il y a six semaines. Il n'en avait pas eu depuis un an. Ces crises sont toujours identiques ; chatouillement à la gorge, légère quinte de toux, puis ictus brusque avec perte de connaissance de quelques secondes.

Le malade a de plus de petites crises laryngées presque quotidiennes, quelquefois plusieurs par jour, caractérisées par une sorte de glouissement de toux sèche, avec inspiration bruyante, saccadée. Les crises arrivent en avalant la salive ; il éprouve un spasme pharyngé, puis survient la quinte de toux.

Timbre de la voix dysphonique.

L'enrouement date du début des quintes et est allé en progressant. Coloration de la muqueuse pharyngo-laryngée normale. Sensibilité normale du voile et du pharynx, hyperesthésie de la muqueuse laryngée du côté *droit*, surtout au niveau de la bande et de la corde vocale. Cordes vocales inférieures larges, coloration rosée. Paralysie incomplète de la corde *gauche* qui ne s'écarte pas complètement de la ligne médiane. Mouvements de la corde un peu exagérés pour joindre l'autre.

Ces deux faits, je le répète, se présentent dans des conditions différentes des cas ordinaires d'ictus laryngé où les seuls antécédents sont ordinairement l'arthritisme, la goutte et la cause déterminante, un rhume, une quinte de toux. Ici, le premier malade est syphilitique, il est de plus issu de père épileptique. Il existait vraisemblablement un foyer d'irritation ou de compression des centres nerveux (gomme) ; la rapidité de la disparition des accidents sous l'influence du traitement spécifique en est la preuve. S'agissait-il de crises épileptiformes à aura laryngée ? La chose peut être discutée, en raison de la fréquence des crises, bien qu'il n'y eût aucun

des signes qui accompagnent les vraies crises épileptiques.

Dans l'autre cas, c'est un tabes confirmé, à accidents graves, à évolution assez rapide. Lui aussi présente, en dehors des phénomènes divers de sa maladie, des crises laryngées à forme sidérante, de véritables ictus laryngés. Je dirai en passant que ce malade a été soumis à la suspension et qu'il n'en a retiré aucun bénéfice, au moins au point de vue des manifestations laryngées.

Dans ces cas nous trouvons une lésion nerveuse, une altération plus ou moins avancée et durable des centres nerveux. L'appareil bulbaire, le nerf pneumogastrique sont, de ce fait, plus facilement excitables, peuvent réagir avec plus de violence. Mais dans ces divers cas le mécanisme est identique ; excitation de la muqueuse laryngée, excitation des centres par les filets du vague, qui se traduit par des phénomènes, plus ou moins prononcés et plus ou moins durables, de perturbation des fonctions vitales.

Dans les cas ordinaires d'ictus laryngé, quel traitement conseiller ? Il est indiqué de diminuer l'excitabilité de la muqueuse laryngée, de calmer les quintes de toux. La cocaïne en gargarismes ou pulvérisation, l'opium et ses sels et surtout le bromure de potassium ont donné de bons résultats. Les révulsifs (teinture d'iode, application d'eau chaude) sur le cou sont utiles pour prévenir des récidives. Dans la première de nos observations, la cautérisation du tissu hypertrophique de la base de la langue a fait disparaître les quintes de toux ; c'était là évidemment la cause de l'excitation de l'appareil laryngé. Il est difficile de fixer des règles et chaque praticien devra s'inspirer, pour le traitement, du résultat de l'examen minutieux de son malade, examen local et examen de l'état général (goutte, diabète, etc.). Il trouvera peut-être dans ces investigations une indication d'un traitement général qui viendra en aide aux moyens thérapeutiques locaux.

NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE LARYNGÉE  
A FORME SCLÉREUSEPar le Dr **Lue**, ancien interne des hôpitaux.

Au mois de février de cette année, j'étais consulté, à mon dispensaire, par madame L... pour une affection laryngée s'accompagnant d'un cornage prononcé et d'une gêne notable de la respiration. Madame L... faisait remonter le début de sa maladie à un refroidissement, contracté au mois d'août de l'année 1887. La voix était enrouée depuis le commencement de l'année 1888. Quant à l'essoufflement, il s'était développé depuis ces derniers mois d'une façon insensible et, à en juger d'après la teinte cyanosée de la face, il existait chez la malade un trouble sensible de la fonction de l'hématose.

L'examen laryngoscopique nous permit de noter l'aspect suivant :

Épiglotte et bandelettes ventriculaires normales. Les cordes vocales ont conservé toute leur motilité, mais elles se montrent considérablement épaissies et légèrement mamelonnées ; mais la lésion dominante se présente au niveau de la région pré-aryténoidienne qui se montre hérissée de grosses saillies mamelonnées, mal pédiculées, proéminant dans la cavité laryngée au point d'en diminuer considérablement la lumière et causant visiblement les deux symptômes constatés dès le premier abord de la malade : la dyspnée et le cornage.

L'examen le plus attentif de la muqueuse laryngée ne permet de constater aucune ulcération, à sa surface.

L'exploration de la poitrine y révèle les signes d'une infiltration tuberculeuse prédominant au sommet gauche où l'on note des signes de ramollissement.

D'ailleurs l'examen des crachats expectorés par madame L. entrepris, quelques jours après, par mon ami M. J. Bouillot,

permettait d'y reconnaître la présence du bacille de Koch.

Me faisant illusion sur le degré de résistance des masses végétantes de la région arytenoïdienne, je pensais pouvoir détacher la plus saillante à l'aide d'une curette bien tranchante ; mais il s'agissait d'un tissu fibreux tellement dense que la masse attaquée ne fut que partiellement entamée et devint flottante dans la cavité glottique. Le léger écoulement sanguin déterminé par la curette ajoutant ses effets à ceux de l'obstacle mécanique ainsi créé et peut-être à un certain degré de spasme de l'appareil constricteur, il en résulta un accès de dyspnée intense qui, pendant quelques secondes, me causa la plus vive angoisse.

Le danger s'étant heureusement dissipé, je me promis bien de ne pas renouveler mes tentatives, sans m'être mis à l'abri du retour d'un pareil accident, grâce à une trachéotomie préalable, quitte à retirer la canule, le jour où j'aurais obtenu une désobstruction suffisante de la cavité laryngée.

Dès le lendemain matin je pratiquai cette opération, aidé de mon ami le Dr A. Béclère et de M. le Dr Marieux qui m'avait adressé la malade.

La trachéotomie rendue quelque peu difficile par l'extrême brièveté du cou, fut exécutée à la faveur du sommeil chloroformique et ne présenta aucune particularité digne d'être notée. Je me sentais désormais tout à fait à mon aise pour reprendre mes tentatives d'extraction des masses fibreuses arytenoïdiennes.

J'attendis, pour les renouveler, que la malade se fût suffisamment reposée et eût repris des forces.

Un mois s'écoula de la sorte. Au bout de ce temps, je procédai à une première séance de curettage laryngé. Dans ce but, la cavité du larynx ayant été préalablement insensibilisée par un badigeonnage prolongé avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/5, j'utilisai pour mon éclairage la lumière solaire et comme curette un modèle spécial construit par M. Mathieu sur mes indications et ayant la forme d'un losange à bords inclinés en biseau et coupant en dedans.

L'instrument étant fraîchement aiguisé, je pus, dans cette séance, extraire, sans trop de difficultés, plusieurs fragments, de consistance fibreuse, représentant approximativement, dans leur ensemble, le volume d'une noix.

L'amélioration obtenue à la suite de cette première séance fut telle que la canule put être enlevée, quelques jours après. Le 1<sup>er</sup> juin, la plaie trachéale n'étant pas encore formée, j'enlevai une seconde masse de tissu fibreux à peu près égale à la première. Il ne restait plus à ce moment, au niveau de la région arytenoïdienne, qu'une saillie végétante, du volume d'une noisette, que je détachai, de la même façon, quelques jours après. Actuellement (juillet 1889) je puis apprécier les bénéfices de ce traitement. Bien que la plaie trachéale soit complètement fermée, M<sup>me</sup> L... respire facilement et sans bruit. D'autre part les lésions pulmonaires n'ont pas fait de progrès sensibles et à la suite d'un séjour de plusieurs semaines à la campagne, avec régime lacté abondant, les forces de la malade se sont notablement relevées.

Cependant, il était intéressant de connaître la nature des néoplasmes extraits, en plusieurs séances, de la région arytenoïdienne. Mon ami le Dr Dubief, à qui j'en avais confié l'examen, m'a adressé, à ce sujet, la note suivante :

«... Je n'ai point trouvé (dans ces fragments) de nodules tuberculeux. Ces fragments sont le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse. Au milieu de l'infiltration embryonnaire, on voit de grandes travées fibreuses qui forment en somme une bonne partie des fragments. Il y a, en outre, un fragment papillomateux : en effet, la surface des débris est recouverte, dans une de ses parties, par une muqueuse dermo-papillaire. »

A la suite de cette réponse du Dr Dubief, je priai M. Bouillot de vouloir bien tenter l'inoculation d'un des fragments à un cobaye. Six semaines après, je reçus de lui la note suivante :

« J'ai fait les inoculations avec les fragments que vous m'avez fait remettre : elles ont été négatives au point de vue de la présence des éléments tuberculeux.

« Au point de vue anatomo-pathologique, le fragment examiné m'a paru constitué par des éléments fibreux et papillomateux. Le revêtement épithéial a légèrement proliféré. Les glandes sont encore presque toutes normales ; quelques-unes pourtant déjà atrophiées. »

#### RÉFLEXIONS

Cette observation présente évidemment un double intérêt : pratique et théorique ; *pratique*, car elle établit la possibilité d'une sténose laryngée, chez les tuberculeux, par une production exagérée de tissu fibreux, d'autre part la grande résistance de ce tissu et les dangers de tentatives d'extraction, sans trachéotomie préalable, en revanche la facilité que donne cette dernière opération pour pratiquer le curage de ces néoplasmes et enfin la possibilité de débarrasser ensuite le malade de sa canule trachéale et de rétablir complètement les fonctions laryngées, au point de vue respiratoire. *Théoriquement* elle n'apporte évidemment aucun point nouveau dans le dossier anatomo-pathologique de la phtisie laryngée, mais elle fournit un important appont aux travaux antérieurs de Forster, Coyne, Doléris, Hühnermann et Virchow, sur la sclérose et la transformation dermo-papillaire de la muqueuse laryngée, dans le cours de processus de natures diverses, et à ceux, plus récents, de Gouguenheim et Tissier sur la phtisie laryngée à forme papillomateuse.

D'abord on ne saurait douter que, malgré l'absence de nodules tuberculeux dans les fragments examinés et malgré le résultat négatif des inoculations, il se soit agi ici d'une laryngite tuberculeuse. Nous n'en voulons pour preuve que les lésions pulmonaires coexistantes et la présence du bacille de Koch dans l'expectoration. Dans son intéressante monographie publiée en 1877 dans les Archives de physiologie, Doléris a rapporté le résultat de plusieurs autopsies de sujets morts de tuberculose pulmonaire et dont la seule lésion laryngée était une hypertrophie scléreuse diffuse au milieu

de laquelle on ne trouvait que peu ou point d'éléments tuberculeux. Dans le fait que nous rapportons, les recherches histologiques ont porté sur des fragments extraits du larynx vivant. Or, on sait le caractère incomplet de pareilles recherches dans lesquelles l'histologiste est réduit à limiter ses investigations à un territoire forcément restreint. Dans les cas de ce genre, comme dans les formes de phtisie pulmonaire scléreuse décrites par Grancher, les nodules tuberculeux constituent une si infime minorité vis-à-vis de l'hypertrophie fibreuse, énorme, provoquée autour d'eux, qu'ils peuvent facilement passer inaperçus. Il est remarquable que, dans notre observation, les lésions étaient exactement limitées à une région spéciale du larynx, cordes vocales et muqueuse arytenoïdienne, précisément celle où Coyne a signalé à l'état normal l'existence de papilles recouvertes d'un épithélium pavimenteux stratifié. Forster et Doléris ont montré que cette région était histologiquement toute préparée pour la production d'hypertrophies dermo-papillaires plus ou moins exubérantes et Doléris ajoute très judicieusement que ces lésions qui, dans certains cas, constituent la seule expression anatomique de la tuberculose laryngée, n'ont, en revanche, rien de propre à la tuberculose, mais qu'elles sont l'aboutissant d'inflammations d'origine et de nature très diverses.

J'ai eu, en effet, l'occasion de publier cette année (février 1889), dans les *Archives de laryngologie*, l'observation d'un homme, ni tuberculeux, ni syphilitique, chez lequel de simples irritations extérieures (alcool, tabac, fatigues vocales) avaient produit à la longue des lésions absolument semblables, par leur siège et leur nature histologique, à celles que je viens de décrire.

D'autre part, mon ami Cartaz a eu l'obligeance, de me montrer, il y a quelques semaines, un de ses clients chez lequel une syphilis incomplètement traitée avait abouti à la production d'une sclérose diffuse du larynx à forme végétante, occupant presque exclusivement le territoire en question.

De ces différents faits nous pouvons tirer cette conclusion, qu'il existe une région spéciale de la cavité laryngée (cordes vocales, muqueuse pré-aryténoïdienne) prédisposée par sa texture histologique normale, à la formation de tissu fibro-papillaire sous l'influence d'irritations extérieures (fatigues vocales, alcool, tabac) ou internes (tuberculose, syphilis) et que, quelle qu'en soit la cause initiale provocatrice, ces lésions aboutissent à des modifications si constantes dans leur texture, leur physionomie et leur siège, que la sémiologie ne peut en être fixée que par les commémoratifs ou l'examen des autres organes.

## RECUEIL DE FAITS

CANCER DE L'ŒSOPHAGE. — DÉGÉNÉRANCE CANCÉREUSE DES GANGLIONS SUS-CLAVICULAIRES, DES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES, PRÉTRACHÉO-BRONCHIQUES, ET DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC. — DÉGÉNÉRANCE WALLÉRIENNE DU NERF RÉCURRENT GAUCHE ENGLOBÉ DANS LES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES GAUCHES FORMANT UNE TUMEUR VOLUMINEUSE. — COMPRESSION DES PNEUMOGASTRIQUES, PARALYSIE DU RÉCURRENT GAUCHE, VOIX BITONALE, TOUX COQUELUCHOIDE. — DÉBUT BRUSQUE.

Par M. G. Caussade, interne des hôpitaux.

Le nommé C., âgé de 54 ans entre salle Vernois, lit n° 7, à l'hôpital Necker, le 5 juin 1889, service de M. le professeur Dieulafoy. Il est envoyé à notre maître par un médecin de la ville qui ne peut l'alimenter. Le malade raconte, en effet, que son affection a débuté il y a environ quatre mois, que depuis cette époque seulement il a ressenti une certaine difficulté à avaler ses aliments et que dès ce moment il a été obligé de supprimer le vin de son alimentation. Sans qu'il

puisse mettre une date précise sur le début de sa maladie, ou peut dire que celle-ci a été brusque dans son apparition. Pendant le temps qui a précédé l'éclosion des symptômes, l'interrogatoire n'arrive à déceler aucun malaise, nulle gêne, même légère dans la déglutition, aucune éructation, aucun vomissement, pas la moindre vomiturition, pas d'amaigrissement, pas la moindre teinte cachectique.

Et en effet le malade ne présente qu'un symptôme ; une difficulté à déglutir, à déglutir surtout le vin et tous les aliments solides, de telle sorte que son alimentation ne se compose plus aujourd'hui (le jour de son entrée) que de lait. Cette difficulté de la déglutition s'est accentuée depuis une semaine dans des proportions considérables, l'alimentation est devenue très restreinte et cette aggravation du symptôme est survenue brusquement.

Le médecin que le malade a consulté a essayé plusieurs cathétérismes œsophagiens. Devant la difficulté qu'il a éprouvée dans ses différentes tentatives, devant l'impossibilité complète qu'il avait à nourrir son malade, il a renoncé à le soigner et l'a décidé à venir consulter à l'hôpital.

Le nommé C. a séjourné un mois et demi à l'hôpital, du 5 juin au 16 juillet, jour de sa mort.

Quand nous avons examiné le malade le soir à la contre-visite, il nous a raconté toute l'histoire qui précède, et, tout en le faisant parler, nous avons remarqué le ton bizarre de sa voix, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Notre examen s'est porté aussitôt sur les parties latérales et profondes de la trachée. Le larynx était libre, il exécutait aisément tous les mouvements d'élévation et d'abaissement nécessaires à la déglutition.

Latéralement on lui imprimait très facilement des mouvements. Mais en explorant le creux sus-claviculaire, nous avons trouvé un gros ganglion sans adhérence aucune avec les parties profondes, au milieu desquelles il était facile de le saisir et de le faire glisser. Nous avons alors continué notre palper, en suivant profondément les parties latérales

du larynx et de la trachée ; nous avons constaté la présence de quelques gros ganglions tassés dans la gouttière trachéo-œsophagienne le long de laquelle ils étaient échelonnés à gauche. A ce moment, le malade était pris de quintes de toux coqueluchoides, d'une durée assez longue et pendant lesquelles la face se cyanosait et les yeux s'injectaient. Il accusait en même temps une douleur très vive à droite, à la partie inférieure du thorax. « C'était, disait-il, un véritable déchirement à ce niveau. » Ces accès se sont répétés 2 à 3 fois pendant notre examen.

Quand la sonde œsophagienne a été introduite dans le pharynx et l'œsophage, les quintes de toux se sont reproduites, et en procédant avec douceur nous avons buté à peu près au niveau du tiers supérieur de l'œsophage contre un obstacle qui est resté infranchissable. La sonde était libre, n'avait subi aucune tension. Mais quand elle a été retirée, de nouvelles quintes de toux sont survenues ainsi qu'une nouvelle cyanose de la face. Deux heures après le malade a rejeté quelques mucosités striées de sang.

Le diagnostic suivant s'imposait à ce moment : cancer de l'œsophage siégeant environ au niveau du tiers supérieur de ce canal. Mais, pour être complet, le diagnostic devait indiquer les limites du mal. Nous avons pensé tout de suite que le cancer n'était pas entièrement limité à l'œsophage. La toux nous montrait que les nerfs pneumogastriques étaient pris, et d'autre part les modifications survenues dans la voix nous faisaient penser que les récurrents ne devaient pas être sains. Le malade avait en effet une voix bitonale, très nette. Il était enroué, mais il présentait un timbre spécial, la voix avait par moment un ton élevé, discordant et un autre ton plus bas, grave. Ce symptôme existait depuis 3 mois environ et le malade n'y avait pas pris garde.

M. le Dr Luc, qui avait bien voulu pratiquer l'examen du larynx, 3 jours après, a constaté très nettement que la corde vocale gauche restait inerte, à la suite de mouvements respiratoires violents suivis de l'émission d'un son aigu. Elle

était ratatinée et tassée contre la paroi ventriculaire, effacée et accolée à ce niveau.

Quoi qu'il en soit de cette confirmation apportée ultérieurement à notre diagnostic, notre opinion a été faite dès le premier jour. Le cancer n'était pas limité au larynx.

Le cœur a été examiné attentivement; rien dans le péricard. Dans le poumon droit et à la base, quelques râles sous-crépitants sans matité. Rien n'indiquait d'ailleurs une infiltration quelconque du parenchyme pulmonaire.

Le malade s'est alimenté pendant les deux premières semaines de son séjour à l'hôpital. La sonde œsophagienne passait latéralement à gauche, butait toujours contre une barrière dure, et, celle-ci une fois franchie après quelques tâtonnements, arrivait sans obstacle à l'estomac. Quelquefois, mais rarement, des spasmes survenaient, et le cathétérisme devenait difficile, le malade avait des quintes de toux, mais ces phénomènes étaient passagers, tout s'apaisait et le calme revenait.

Dans les premiers jours du mois de juillet la sonde qui passait à gauche dans un conduit très étroit que nous connaissons bien et qui était entièrement limité à ce côté a commencé à buter, à se recroqueviller sous l'influence des moindres efforts. Le passage était déplacé. Celui-ci retrouvé au milieu de l'œsophage fut franchi péniblement quelques jours après. Mais notre étonnement fut grand quand après avoir dépassé ce premier obstacle nous en avons rencontré un autre siégeant beaucoup plus bas. Impossibilité de faire pénétrer même les liquides par la sonde introduite dans l'œsophage, sur une longueur de 18 à 20 centim. Ayant cru que des spasmes étaient venus compliquer et empêcher notre cathétérisme, nous avons cessé toute manœuvre, nous proposant de recommencer le lendemain et les jours suivants. Tous les procédés, même les plus doux, les plus patients, les plus lents ont échoué. A partir de ce jour toute alimentation est devenue impossible. Les antispasmodiques, la cocaïnisation ne nous ont rendu aucun service. Le malade mourut

d'inanition. Nous l'avons alimenté par le rectum et le procédé a été insuffisant. Nous avons alors, rejetant toute intervention chirurgicale pour l'œsophage, pensé à une gastrostomie, mais la chirurgie fut jugée comme ne devant amener aucune amélioration et fut même considérée comme néfaste.

Le malade est mort dans le coma après avoir eu 3 syncopes très marquées avec arrêt du cœur, l'une entre autres est survenue après un cathétérisme fait d'une façon désespérée dans les derniers moments de sa vie.

*Autopsie.* — Nous avons disséqué très attentivement tout le médiastin du malade, nous n'avons observé dans le médiastin antérieur rien d'anormal, à part les ganglions très nombreux, disposés en chapelets et qui embrassaient le plexus cardiaque et la trachée, surtout à sa bifurcation ; nous avons disséqué aussi le ganglion situé dans le triangle sus-claviculaire. Tous ces ganglions pulpeux, mous, diffluents, présentaient dans leur intérieur une masse jaunâtre, colloïde, qui bavait sur la coupe. Aucune compression de la trachée, seuls les nerfs pneumogastriques étaient englobés au milieu de paquets de ganglions. Le péricarde contenait quelques gouttes de sérosité et rien de plus. Avant de détacher le médiastin postérieur pour l'examiner nous avons inspecté les plèvres qui ne présentaient aucun liquide.

Cette opération faite, nous avons enlevé tout le médiastin que nous avons disséqué, une fois placé sur la table d'amphithéâtre, par la partie postérieure. L'œsophage sectionné dans toute son étendue s'est présenté sous l'aspect suivant : au tiers supérieur de l'œsophage, existait une collerette carcinomateuse, dure et résistante ; et au-dessous d'elle, on tombait dans un vrai cloaque dont les parois existaient à peine, représentées, comme nous nous en sommes très bien rendu compte, par un tissu blanc, très peu épais. Plus de tunique musculaire. Latéralement à droite, on apercevait un suintement se faisant à gauche de la trachée, près de l'œsophage. Le cloaque se terminait inférieurement à 3 centimètres du cardia ; là se trouvait une espèce de capu-

chon situé dans l'axe de l'œsophage et qui avait sans doute couvert la sonde dans les différentes tentatives de cathétérisme que nous avons faites dans les derniers jours de la vie de notre malade. L'œsophage est donc altéré dans la plus grande partie de son étendue. Les parois sont à peu près détruites tant sur ses parties latérales que sur ses parties antérieure et postérieure. Au milieu de cette vaste ulcération, seule, une languette œsophagienne a résisté, formant à ce niveau clapet ; ce clapet a dû être un obstacle à nos différents cathétérismes. La partie inférieure de l'ulcération est bien nette. Les limites des parties saines et des parties malades sont bien tranchées. Il n'y a pas de bourrelet carcinomateux dessiné en collerette comme à la partie supérieure. Il y a une sorte d'effondrement de la muqueuse et une arête vive circulaire, assez saillante, séparant les parties ulcérées de celles qui ne le sont pas. Il n'y a pas de lésion des organes voisins qui ont servi de parois artificielles à l'œsophage, ni de la trachée, ni du médiastin. Il n'existe que les lésions ganglionnaires signalées plus haut.

La trachée est saine ; si on l'examine par sa partie supérieure, on ne découvre que la corde vocale droite, la gauche étant appliquée et accolée intimement à la paroi ventriculaire ; la droite, au contraire, est saillante. Sur les parties latérales de la trachée, nous avons disséqué soigneusement les deux nerfs récurrents. Le nerf récurrent droit a été trouvé entièrement sain ; le nerf récurrent gauche était englobé dans les ganglions trachéo-bronchiques gauches, lesquels étaient réunis en une masse pulpeuse et ramollie. Les ganglions trachéo-bronchiques droits étaient tuméfiés, mais n'étaient pas en dégénérescence ; l'hypertrrophie portait aussi sur les ganglions prétrachéo-bronchiques et dans ce groupe principalement, sur les sus-bronchiques gauche et droit.

Dans l'intérieur du magma cancéreux, il n'a pas été possible de le disséquer en entier ; des filets nerveux se sont rompus pendant cette dissection, et une légère traction avait

suffi pour produire cette rupture. De la tumeur, le nerf récurrent gauche émergeait et l'hypertrophie considérable signalée tout à l'heure s'arrêtait à quelque distance d'elle ; il ne reprenait son volume normal qu'au niveau de sa pénétration dans le crico-thyroïdien.

L'estomac a été ouvert et nous avons constaté suivant sa petite courbure *des ganglions très volumineux en complète dégénérescence.*

La muqueuse stomacale était saine, le poumon gauche était sain, mais le poumon droit présentait dans tout son lobe inférieur un véritable magma blanc, jaunâtre ; une véritable bouillie diffluente jaune qui s'enlevait par le grattage.

Cette partie en déliquescence était entourée par une zone plus consistante, de même couleur, veinée sur certains points et qui, dès qu'elle était enlevée, laissait voir des espaces vides qui avaient la forme de lobules pulmonaires. A la partie supérieure du lobe inférieur droit, cette zone étant sectionnée, on voyait au milieu d'elle les branches dilatées et des veinules blanchâtres plus prononcées.

Le reste du parenchyme pulmonaire était sain.

Le cœur extérieurement ne présentait aucune lésion. Mais dès que nous l'avons divisé, nous avons découvert un endocarde entièrement rouge, rouge lie de vin, une infiltration œdémateuse de toutes les parois ventriculaires gauche et droite et les valvules tricuspidiennes et mitrales épaisses, boursouflées, gonflées, rouge vif, sans trace de végétation.

Les reins présentaient quelques petits kystes et étaient faiblement congestionnés.

Le cancer de l'œsophage que nous venons d'étudier est à peu près classique sous la forme que nous avons constatée. Mais il présente certaines particularités cliniques et anato-mo-pathologiques que nous tenons à faire ressortir et que notre maître, M. le professeur Dieulafoy, nous a fait observer pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Le début de l'affection a été à peu près brusque, sans pro-

dromés et sans avoir éprouvé aucun phénomène précurseur ; le malade a ressenti un jour de la difficulté à avaler et aussitôt après il a été obligé de supprimer de son alimentation non seulement les aliments solides, mais aussi les liquides. Les observations qui signalent cette apparition rapide de la maladie transportant, pour ainsi dire, d'emblée et sans aucune phase préparatoire, le malade en plein dans le milieu de la scène pathologique, ne sont pas très rares, mais il est bon de les signaler. Elles sont instructives. Elles montrent que la plupart de ces cas appartiennent au cancer alors que l'on serait tenté de voir chez un individu exempt de toute tare cancéreuse, une manifestation de l'hystérie.

Par contre, le spasme œsophagien d'origine hystérique peut apparaître lentement avec un grand nombre de phénomènes qui lui forment cortège pour aboutir finalement à une sténose œsophagienne infranchissable qui, par suite de l'inanition dans laquelle elle met le malade, le conduit à une mort certaine. M<sup>me</sup> Klumpke-Déjerine a suivi en son entier l'observation d'un de ces malades mort de son œsophagisme hystérique et chez lequel à l'autopsie il ne fut trouvé aucune lésion de l'œsophage. Ainsi donc il semble y avoir dans quelques cas une interversion des symptômes ; le spasme œsophagien d'origine hystérique peut débuter lentement ; dans quelques cas le cancer de l'œsophage peut avoir évolué d'une manière latente et se révéler brusquement par la sténose œsophagienne. Et alors se déroule toute la scène pathologique dans laquelle les troubles laryngés occupent une grande part dans notre observation. En effet, un mois après l'apparition du rétrécissement œsophagien se montrent des modifications dans la voix, dues à l'altération du nerf récurrent gauche.

Ce signe a donc, comme le précédent, attendu que des lésions profondes se soient produites pour se traduire par un symptôme important. Elles se sont faites petit à petit. Quand le nerf récurrent gauche a été complètement détruit, est survenue la voix bitonale. Nous avons examiné le nerf en

question et nous avons constaté que les lésions étaient au même degré, aussi bien dans le nerf à son émergence de la masse ganglionnaire altérée, qui l'englobait, qu'au niveau de sa pénétration dans le crico-thyroïdien. Les gaines de Schwann étaient vides pour la plupart et sur la masse des tubes nerveux la presque totalité était représentée par des tubes réduits à leur gaine conjonctive. Quelques-unes présentaient de loin en loin des fragments de myéline réduits en boule, et enfin quelques tubes très rares étaient à une période moins avancée de dégénérescence. Ils avaient la forme caractéristique de chapelet avec des étranglements placés à des intervalles à peu près égaux et entre chaque étranglement on constatait des amas de myéline fragmentés en nombre variable. En résumé, il s'agissait des lésions de la dégénérescence wallérienne avec disparition complète des cylindres-axes. C'est donc un exemple très remarquable de dégénérescence wallérienne due à une tumeur maligne. Comme la sténose œsophagienne, la paralysie du nerf recurrent gauche est un symptôme de la dernière heure et n'a pu seulement dans ce cas servir de signe précurseur au cancer œsophagien. Il semble que la dégénérescence cancéreuse ait évolué simultanément sur la muqueuse œsophagienne et les ganglions avoisinants ; ceux-ci étaient aussi avancés dans l'évolution cancéreuse que la muqueuse œsophagienne. De telle sorte que les signes laryngés qui sont sous la dépendance des ganglions prétrachéo-bronchiques dégénérés et qui englobent le récurrent gauche ont apparu en même temps que les signes œsophagiens.

Les ganglions étaient pris en chaîne.

Les ganglions sus-claviculaires étaient seuls pris dans les régions supérieures. Les ganglions trachéo-bronchiques étaient pris dans leur totalité, mais n'ont amené que des signes de compression du pneumogastrique.

Les ganglions de la petite courbure de l'estomac sont lésés aussi, on doit donc rechercher leur lésion avec beaucoup de soin dans les cas de cancer de l'œsophage.

Tous ces groupes ganglionnaires sont pris dans le cancer de l'œsophage et, à part le dernier, peuvent aussi bien amener des phénomènes de compression de la trachée que des troubles de la voix dus à l'altération des nerfs avoisinants, c'est ce qui est le cas dans cette observation.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

NOTA. — L'abondance des publications étrangères nous oblige à reporter au prochain numéro les Analyses des travaux français et les Comptes rendus des Sociétés savantes françaises.

### PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

**La tuberculose de la muqueuse nasale**, par M. le Dr HAJEK. Sep.-  
*Abd. aus der « Internat. Klin. Rundschau »*, 1889.

La tuberculose de la muqueuse nasale à laquelle on a jusqu'à ces derniers temps prêté assez peu d'attention, était considérée comme une affection rare. Mais les observations de ce genre deviendront plus fréquentes à mesure que se fera mieux le diagnostic par l'examen histologique et bactériologique ; c'est qu'en effet, très souvent, s'il ne se trouve pas concurremment d'autres lésions tuberculeuses, il existe une confusion avec les manifestations syphilitiques. Volkmann, Demme, ont montré la possibilité de ces confusions ; M. Hajek lui-même a dépisté la tuberculose de la muqueuse nasale chez trois enfants où on aurait pu croire à de la syphilis héréditaire.

Cet auteur rapporte une observation intéressante, concernant un homme de 30 ans, chez lequel il n'existe, à vrai dire, au début, que des signes fort douteux de tuberculose, et qui se présente à la clinique du professeur Schnitzler avec une ulcération tuberculeuse de la cloison cartilagineuse, au niveau et en regard du milieu du cornet inférieur. L'examen bactériologique ayant révélé l'existence de bacilles de la tuberculose, il fut procédé au curetage, après quoi on fit des applications d'une solution d'acide lactique à 5 0/0. La cicatrisation était complète au bout de cinq mois. Mais en même temps apparaissaient dans la fosse

nasale, du côté opposé, des nodules tuberculeux, et un mois après, la lésion se reproduisait sur la cicatrice même. Le traitement chirurgical combiné à l'acide lactique ne donna aucun résultat, et le mal continua à progresser. Au bout d'un an, on constatait très manifestement des symptômes pulmonaires et les crachats contenaient des bacilles.

L'histoire de ce malade apprend qu'au début il est difficile de porter un diagnostic : on n'observe pas en effet, à vrai dire, de tuberculose ; de plus, d'autres difficultés peuvent tenir à ce que le médecin ne suivant pas son malade, ne saurait reconnaître la présence des tubercules.

Les bacilles constituent un puissant argument en faveur de la tuberculose, mais il arrive fréquemment qu'on les cherche en vain, malgré les caractères cliniques et même histologiques de la maladie ; aussi, est-il nécessaire de pousser à fond l'examen bacillaire. Histologiquement, les lésions sont caractérisées par une infiltration de petites cellules contenant des tubercules ; on trouve encore une agglomération d'éléments lymphatiques et de cellules épithéliales, avec des cellules géantes au milieu ; toutefois, il est des cas où ces caractères peuvent faire défaut. Au point de vue macroscopique, on constate des tumeurs, des ulcérasions, et aussi des perforations de la cloison ; plus tard, par suite de la diffusion des lésions, on trouve disséminés des nodules tuberculeux. Les troubles subjectifs sont : une douleur plus ou moins vive et de la gène respiratoire.

La tuberculose de la muqueuse nasale devra être différenciée du syphilome, des accidents secondaires et des gommes syphilitiques ; on y arrivera assez facilement par les anamnestiques et l'examen microscopique. Les difficultés seront plus grandes quand on se trouvera en présence de manifestations de la syphilis héréditaire. Sur 10 cas qualifiés de syphilis héréditaire, M. Hajek a pu 2 fois démontrer l'existence de la tuberculose. Dans un premier cas, il s'agissait d'un garçon de 13 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui avait été considéré comme syphilitique, et où l'examen révéla une tuberculose de la muqueuse nasale ainsi que le confirma, du reste, l'évolution de la maladie. De même dans le deuxième cas qui concernait une jeune fille de 24 ans.

Le lupus, qui peut aussi prêter à l'erreur, débute le plus souvent par la peau, et a une marche particulière : s'il commence par la muqueuse, la différenciation est plus difficile. Du reste, la confusion importe assez peu, car il y a analogie complète entre le lupus et la tuberculose ; le premier désigne simplement une forme, et non l'essence même d'une maladie. Il existe en chirurgie des cas types de tuberculose de la muqueuse nasale avec production de tumeurs granuleuses, quoiqu'en prétende Bresgen

qui croit qu'il s'agit alors de lupus. On ignore si la tuberculose de la muqueuse nasale est primitive ou secondaire ; elle serait vraisemblablement secondaire, car on verrait plus tard éclater les lésions.

Cette affection, dont la marche est essentiellement chronique, pourra être combattue par le curetage, la galvanocaustie ou l'acide lactique. L'auteur, qui ne semble guère compter sur une guérison définitive, attribue l'insuffisance du traitement à ce qu'on laisse des foyers tuberculeux inaperçus. Peut-être, dit-il en terminant, aura-t-on dans l'avenir de meilleurs résultats, en s'y prenant plus tôt et en pratiquant l'examen histologique et bactériologique.

N.

**De la pachydermie du larynx**, par M. le Dr L. RETHI. *Sep.-Abdr. aus der Wiener Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 27.

La pachydermie du larynx est une affection sur laquelle Virchow a appelé l'attention au mois de juillet 1887, à la Société de médecine de Berlin. M. Rethi trouve cette expression excellente, car elle désigne une lésion de cette partie de la muqueuse laryngienne qui est recouverte d'épithélium pavimenteux et où l'on voit survenir des altérations qui ne se montrent jamais au niveau des points tapissés par un épithélium vibratile. Cet auteur rapporte un cas intéressant de pachydermie du larynx que nous résumons ici brièvement.

Un employé de chemin de fer, âgé de 43 ans, sans antécédents, s'enrouait souvent. Au mois de mai 1888, après deux jours d'exposition au mauvais temps, il devint presque aphone. Cet enrouement ne s'était guère amélioré lorsque le malade vint après plusieurs semaines se présenter à M. Rethi. A ce moment, outre une laryngite intense, on constatait de la tuméfaction avec rougeur très prononcée des muqueuses laryngée et trachéale au niveau des processus vocaux ; des deux côtés existait un épaississement très net avec desquamation épithéliale superficielle : espace ellipsoïde de la portion interligamenteuse des cordes vocales. Cinq semaines plus tard les phénomènes s'étaient amendés et il ne persistait que la tuméfaction bilatérale des processus vocaux. Ces petites saillies avaient une coloration à peu près identique à celle des cordes vocales dont elles ne permettaient pas le rapprochement au moment de la phonation. Au début et pendant la phonation la corde vocale gauche dans la partie postérieure était située sur un plan inférieur à la droite ; peu à peu on vit cette différence de niveau diminuer.

Le 5 mai 1889, le larynx offrait l'état suivant : de chaque côté, en

des points qui n'étaient pas tout à fait symétriques, existait une saillie parallèle au bord des cordes vocales et de 0,5 centim. de longueur sur une largeur et une profondeur de 2 à 3 millim. Ces éminences étaient creusées en cupule, et pendant la phonation le bord supérieur de la cupule du côté gauche venait s'insinuer dans la cupule de droite, ce qui faisait que la corde du même côté était située sur un plan inférieur à la droite ; la partie antérieure des cordes vocales était normale et l'occlusion de la glotte complète.

Pour l'auteur l'intérêt de l'observation réside dans ce fait que la raucité était bien due à la présence de ces nodules. Il fait ressortir toute la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer une simple pachydermie verrueuse d'un cancroïde et dit que le doute pourra subsister même après l'examen microscopique. En pareil cas et dans l'incertitude on ne peut être fixé que par la marche de la maladie. La règle de conduite variera avec chaque cas particulier. Dans la forme diffuse, le diagnostic est presque toujours possible par l'examen laryngoscopique et on ne saurait guère se tromper. Quant aux cupules observées, elles seraient le résultat du frottement et de la pression ; la différence de niveau était due à l'asymétrie des nodules. De l'avis de M. Rethi la pachydermie ne prédisposerait en rien au développement d'éléments hétéroplastiques.

N.

**Traitemen t des déviations et autres anomalies du nez, par  
M. J. ROBERTS. *The Times and Register*, p. 194, juin 1889.**

Les difformités du nez sont fréquemment dues à un défaut de régularité dans les contours extérieurs de cet organe et nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer des déviations. C'est ainsi qu'elles peuvent résulter d'un défaut de développement, de traumatismes par des instruments divers ; il n'est pas rare non plus de les observer à la suite de la syphilis, de l'épithélioma, etc.

Ces déformations ont reçu des noms différents ; nez en selle, nez tubéreux, angulaire, nez recourbé, nez tordu. Les déformations du dernier genre, sont en général le résultat de fractures remontant à l'enfance. Dans un cas de nez angulaire observé par l'auteur chez une dame, la respiration nasale était devenue impossible et consécutivement il y avait eu défaut de développement du maxillaire inférieur. Les déviations ont souvent pour siège la cloison, mais pourtant il est loin d'en être toujours ainsi ; cependant, quand il s'agit de nez courbés ou tordus, c'est ordinairement la cloison qui est en cause car elle a été altérée par des traumatismes.

mes. On observe dans l'épicanthus de la laxité de la peau de la racine du nez laquelle est en même temps aplatie ; or, c'est encore là une difformité qui peut être rapprochée des précédentes et qu'il est possible de faire disparaître en disséquant verticalement une portion elliptique de la peau et en réunissant par des sutures. Cependant, il ne faut pas se hâter de pratiquer trop vite l'opération, car la difformité peut se corriger avec l'âge.

Les déviations occasionnées par des traumatismes intéressent en général la cloison cartilagineuse et osseuse, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ainsi que le cartilage triangulaire.

Les déviations de la cloison, très fréquentes, sont une simple incurvation avec enchondrome, des ponts cartilagineux partant de la cloison et s'étendant aux cornets, des déviations sigmoïdes. La déviation porte presque toujours sur les deux tiers antérieurs de la cloison.

Il y a plusieurs méthodes pour traiter ces malformations, le procédé adopté doit varier suivant le genre de la déviation.

Lorsque le dos du nez est affaissé, il faut le relever et le maintenir par les tissus qui sont à l'intérieur ; quand le squelette osseux a été détruit par la syphilis, il faut en créer un nouveau avec des tissus pris sur la joue ou sur le front et contenant autant que possible du périoste ou bien des éléments osseux empruntés à de jeunes animaux. Si la pointe du nez est trop saillante, on peut en exciser une partie ; quand la cloison est déviée, il faut rendre perméable la narine obstruée, redresser la cloison et la maintenir dans cette position.

Les fractures récentes du nez doivent toujours être traitées aussitôt pour éviter des déformations ultérieures déplorables. Aussi s'il est nécessaire devra-t-on chloroformiser les malades pour s'assurer bien que les os sont en place. Il est presque toujours impossible, comme on le recommande dans les livres classiques, d'opérer le redressement avec une sonde, car le gonflement est trop considérable ; on y peut arriver plus facilement avec un instrument mince comme un stylet ou une petite scie pour le nez. Ces fractures guérissent très rapidement, de là la nécessité d'une intervention hâtive.

La syphilis produisant très souvent la destruction du squelette osseux, devra être traitée de bonne heure par de larges doses de mercure et d'iodure de potassium. Néanmoins s'il survient des déformations, on pourra quelquefois le faire disparaître en enlevant des cicatrices vicieuses. Dans quelques cas pourtant, nécessité sera de recourir à une opération plus radicale.

Lorsqu'après une fracture, les fragments mis en place ont de la tendance à se déplacer, on peut les maintenir en employant la méthode de Mason. Celle-ci consiste à faire un trou dans les os et à faire passer à travers une épingle à chacune des extrémités de laquelle on attache un fil de caoutchouc que l'on fait passer à travers le dos du nez en le tendant très fortement.

Quand il s'agit de fractures anciennes on se trouve très bien de l'emploi du ciseau ou de la scie. M. Roberts indique la façon dont on pourra procéder en utilisant les différentes sutures des os du nez avec les os voisins. Lorsqu'on aura remis en place les os fracturés on les maintiendra avec des épingle. La circulation étant très abondante, les nécroses sont presque impossibles.

Lorsque dans les cas de syphilis, le dos du nez a subi un affaissement considérable, on peut employer une attelle en gutta-percha, pour maintenir le nez après qu'on aura sectionné toutes les brides. On procède de la façon suivante : après avoir moulé la gutta-percha sur le dos du nez, on libère les tissus à travers lesquels on fait passer un fil métallique ou un fil de soie qu'on vient ensuite lier par-dessus le moule.

Il y a encore un autre moyen de relever le nez ; il consiste à introduire des tampons de diverse nature dans les fosses nasales et à les fixer par des liens ou par des épingle. S'il existe sur le nez un angle trop prononcé, on peut faire une incision sur la ligne médiane et sectionner au ciseau la partie proéminente.

Les déviations de la cloison seront traitées de façon diverse. Suivant les indications, M. Roberts ne croit pas beaucoup à l'efficacité des tampons placés du côté de la déviation pour en opérer le redressement. Il n'a obtenu également que des résultats temporaires en introduisant des tiges de laminaire du côté dévié. Il préfère sectionner un morceau de la cloison au niveau de la déviation lorsque celle-ci n'est pas trop prononcée. Il y a encore un autre moyen qui consiste à amincir la cloison pour la rendre moins résistante et en opérer ainsi plus facilement le redressement au moyen de tampons. La méthode dont l'auteur s'est le mieux trouvé, est la suivante : faire une longue incision sur la partie la plus brillante de la déviation et ensuite faire sauter à ce niveau un morceau à l'emporte-pièce étoilé. Pour maintenir en place la cloison après section, il se sert d'épingles dont la tête et la pointe se trouvent du côté de la fosse nasale la plus large, tandis que la partie médiane vient redresser la partie de la cloison déviée et rendue flexible par l'amincissement qu'on lui a fait subir. Ce procédé a l'avantage de supprimer les tampons d'un emploi toujours désagréable.

La méthode qui consiste à fracturer les cartilages avec le forceps d'Adam pour les remettre droits et à les maintenir ensuite au moyen de liens ou de vis lui paraît également devoir être rejetée. Si le cornet moyen du côté opposé est un obstacle à la déviation on en devra réduire le volume par des moyens appropriés.

Les crêtes qui existent dans les narines, peuvent être enlevées avec des ciseaux ou la scie, ou encore avec le bistouri.

Pour enlever les tumeurs cartilagineuses, ce qu'il y a de mieux, c'est de sectionner d'abord la muqueuse et de détacher ensuite la tumeur ou encore de transfixer celle-ci avec une aiguille appropriée pour en opérer plus facilement l'excision. Le docteur Seeler a encore conseillé l'usage d'une espèce de sonde cannelée sur laquelle on fait glisser un couteau triangulaire, ce qui opère une section très nette.

Quand le nez est dévié ou tordu, il faut pratiquer des incisions sous-cutanées, remettre en place les parties et les maintenir avec des épingle ou par d'autres moyens. Il ne faudra pas hésiter à développer une certaine force pour arriver à ce résultat.

Si l'on veut faire disparaître une saillie trop considérable du bout du nez ou bien un angle trop prononcé il sera nécessaire d'y apporter beaucoup d'habileté et même un certain art pour se conformer à une esthétique convenable. Autrement on pourrait produire des cicatrices vicieuses qui seraient pires que le mal lui-même. S'il y a lieu on pratiquera diverses sections à des niveaux différents de façon à mobiliser la peau et à la faire glisser à volonté ; on empruntera aussi suivant le besoin des lambeaux à la peau du front ou à celle des lèvres pour réparer les pertes de substance qui auraient pu se produire.

N.

**Malformation congénitale du palais**, par M. PANITER-ALLEGHENY.

*County medic. Soc. ; The Times a. Register*, p. 43, mai 1889.

Il s'agit d'une femme chez laquelle les muscles palato-pharyngiens de chaque côté, venaient se confondre avec la paroi postérieure du pharynx en formant un diaphragme entre la portion supérieure et la portion inférieure du pharynx. Il existait deux petites ouvertures : l'une d'un demi-pouce, et l'autre un peu plus large. Les sens étaient intacts, mais la voix était légèrement voilée.

**Pratique du tubage**, par M. LAMBERT OTT. *The Times a. Register*,  
p. 123, juin 1889.

M. Ott estime que le tubage dans les cas de croup est une opération facile pour ceux qui en ont quelque habitude et qui connaissent bien l'anatomie de la région. Il donne quelques conseils sur la façon de tenir l'enfant, qui doit être droit, et aussi sur les précautions à prendre pour l'introduction du tube. Il relate cinq observations personnelles suivies de guérison, ce qu'il attribue à ce fait que pas une seule fois la diphtérie ne revêtit une forme maligne.

Le retrait du tube constitue la partie la plus difficile de l'opération : cependant cette difficulté sera aplatie, si l'on veut bien se conformer aux règles suivantes : maintenir droite la tête de l'enfant en l'inclinant un peu en arrière, guider l'extracteur sur le doigt indicateur qui abaisse l'épiglottie et vient toucher le tube, de cette façon, on est non seulement guidé, mais on peut encore empêcher le tube de tomber dans la gorge.

L'auteur indique ensuite les moyens de nourrir certains enfants qui se refusent à prendre les aliments, et il insiste sur la nécessité qu'il y a à s'assurer du concours d'une personne habile pour qu'au moment de l'introduction du tube, elle ne vienne pas à se trouver mal et à tout compromettre.

N.

**Un cas d'œdème du larynx**, par M. BIRCHARD. *The Times a. Register*, p. 134, juin 1889.

Après un refroidissement chez un jeune homme de dix-neuf ans, se développa dans l'espace de vingt-quatre heures un œdème du larynx avec dyspnée alarmante. Trois tentatives de tubage étant demeurées sans résultat, on dut pratiquer la trachéotomie pour éviter la suffocation. La canule put être enlevée au bout de huit jours et après deux semaines le malade pouvait reprendre son travail.

**De l'érysipèle du larynx**, par MAX-THORNER. *The Times a. Register*,  
p. 174, juin 1889.

L'érysipèle du larynx est une affection le plus souvent secondaire, cependant l'érysipèle primitif est très fréquent, on le savait même avant la période laryngoscopique.

L'érysipèle est une maladie infectieuse ; la pénétration des streptocoques dans le larynx est favorisée par l'altération de l'épithélium qui recouvre

la base de la langue, l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques et l'espace inter-aryténoidien. Il faut en outre tenir compte de l'abondance des lymphatiques au niveau de l'organe vocal.

On constate de la raucité, de l'aphonie, de la difficulté à la déglutition, de l'hyperthermie, de la tuméfaction ganglionnaire. Au laryngoscope, tous les signes de la laryngite catarrhale aiguë. L'œdème peut envahir les parties voisines ; il peut aussi se former du pus et finalement on voit survenir de la dyspnée avec menace de suffocation.

Le diagnostic s'impose par la rapide tuméfaction de la muqueuse et la nature de la fièvre qui est très élevée. Les commémoratifs aideront en outre puissamment au diagnostic.

La marche est rapide suivant que l'érysipèle reste cantonné au larynx, ou s'étend au voisinage. La maladie peut se terminer par résolution, par la mort due à la suffocation ou bien par collapsus, congestion ou œdème des poumons.

Le pronostic varie avec la gravité même de l'érysipèle.

Quant au traitement, il devra s'adresser aux symptômes généraux et à l'état local. Entourer le cou de glace, faire des applications locales de morphine ou de cocaïne ; cataplasmes de moutarde sur le cou ; injections de pilocarpine contre la dyspnée ; en dernier ressort faire la trachéotomie.

N.

**Le menthol dans la tuberculose du larynx**, par M. OSENDOVSKI.  
*Lancet*, p. 31, juillet 1889.

Cet auteur a trouvé que des solutions de menthol (de 10 à 30 0/0) en applications locales dans la ptisie laryngée, faisaient diminuer l'inflammation et la douleur et modifiaient avantageusement les ulcérations, sans toutefois procurer une guérison définitive. Quand il existe des lésions pulmonaires, le traitement interne combiné aux applications locales et aussi les inhalations de menthol et de magnésie semblent exercer une heureuse action.

**Cancer de la langue**, par M. J. E. MEACHAN, *The Times a. Register*, p. 18, mai 1889.

L'auteur qui a vu trois cas de cancer de la langue et de la gorge dans l'espace de deux ans, a remarqué que tous ses malades étaient d'invétérés fumeurs ou chiqueurs : il va même jusqu'à dire qu'il n'a jamais observé de cancers de la langue ou de la gorge qui ne fussent survenus chez de semblables malades.

**Un cas de croup, par M. KELLY. *The Times a. Register*, p. 41, mai 1889.**

Chez un enfant de quatre ans manifestement atteint du croup, M. Kelly prescrivit le traitement suivant : fortes doses de quinine et de bromure d'ammonium combinés pour prévenir l'exsudation fibrineuse ; spray d'eau de chaux comme dissolvant.

Ce traitement fut maintenu jusqu'à ce que l'enfant pût respirer librement. Lorsque la respiration était trop gênée, vomitif au sulfate de mercure. L'enfant ayant eu une syncope on lui fit des injections sous-cutanées d'eau-de-vie et une révulsion énergique avec de l'eau de chaux et du whisky.

L'auteur qui depuis a traité quatre cas de croup d'une façon analogue, s'est très bien trouvé du procédé.

N.

**Un cas d'extirpation totale du larynx pour épithélioma, avec guérison consécutive et retour de la voix, par MM. G. MACDONALD et C. SYMONDS. *Brit. medic. Journ.*, p. 996, mai 1889.**

Le malade, âgé de 41 ans, se présenta à Macdonald, ayant perdu la voix depuis environ six mois ; pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, abus de tabac. Au laryngoscope, néoplasme volumineux, irrégulièrement lobulé, grisâtre et occupant les trois quarts antérieurs de l'orifice glottique ; la corde vocale gauche en partie et l'extrémité antérieure de la corde vocale droite étaient recouvertes par la tumeur. Celle-ci semblait avoir son point d'implantation au niveau de la position sous-glottique de la corde vocale droite. L'examen microscopique d'une portion de la tumeur excisée, révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Le patient n'ayant pas voulu se résoudre à une opération radicale, on pratiqua au mois d'avril 1888, l'extirpation de la tumeur *per vias naturales* ; mais au mois d'octobre, en présence d'une récidive, on fit la trachéotomie et on procéda à l'excision les parties malades. Au début, tout alla bien, le malade pouvait avaler le sixième jour, il sortit de l'hôpital le septième jour et se trouva très bien pendant trois semaines. Au mois de décembre, on dut songer à l'extirpation complète de l'organe vocal. L'opération fut pratiquée de la façon suivante : trachéotomie préventive, incision sur la ligne médiane ; section des deux côtés des muscles du larynx pour isoler cet organe ; le cricoïde fut ensuite dé-

taché de la trachée et de l'épiglotte sans inconvenienc. On détacha le thyroïde de ses insertions en arrière avec le pharynx et l'épiglotte fut sectionnée à son tiers inférieur. On fit passer par la bouche une sonde alimentaire qui fut maintenue deux jours en place, après quoi on la fit passer par la plaie toutes les quatre heures. Au bout de huit jours le malade pouvait avaler, et à la fin de janvier, il se trouvait très bien, étant tout au plus gêné par l'écoulement d'un peu de salive au dessus de la canule.

Le malade, quatre mois plus tard, ne présentait pas la moindre trace de récidive. Il pouvait parler, au moyen d'un tube qui traversait la paroi supérieure de la canule et venait faire saillie à la base de l'épiglotte ; il suffisait de boucher sa canule avec le doigt quand il désirait émettre un son. La partie vibrante semblait être la muqueuse du pharynx descendant de l'épiglotte.

L'examen microscopique révéla qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.  
N.

**Appareil malléable pour corriger les déviations du nez**, par M. W. J. WALSHAM. *Lancet*, p. 12, juillet 1889.

Cet appareil dans sa forme la plus simple, consiste en une pièce d'étain taillée suivant la dimension et la forme du nez. La partie supérieure qui correspond à la racine du nez, est assez épaisse pour pouvoir garder la courbure qui lui est imprimée. L'étain est percé de trous pour éviter une chaleur trop grande et pour ne pas empêcher la respiration. Le métal situé au-dessous de la racine du nez, est assez malléable pour prendre l'empreinte du lobule et des ailes. On peut doubler l'appareil avec de la peau de chamois ou de la soie blanche ou n'importe quelle autre matière. Si la personne a un front trop proéminent, on peut fixer l'appareil par une vis à une sorte de bandeau frontal et le maintenir en place quand on lui a donné la position voulue.  
N.

**Un cas de carcinome du larynx, trachéotomie**, par M. ROBERTSON. *Lancet*, p. 11, juillet 1889.

Homme de 49 ans, ayant eu, vingt-trois ans auparavant, une syphilis convenablement soignée. Dix enfants en bonne santé ainsi que sa femme. Irrégularité et immobilité de la bande ventriculaire gauche ; bande ventriculaire droite normale. Toux opinâtre, voix rauque, amaigrissement, traitement spécifique inefficace. Au bout de trois mois, envahissement de la

paroi latérale gauche du larynx et déformation complète de la bande ventriculaire du même côté ; immobilité du cartilage arytenoïde gauche. Deux mois plus tard, le côté droit était atteint à son tour et la corde vocale était détruite de la même façon ; cependant l'arytenoïde droit était respecté.

Le malade fut alors perdu de vue pendant six mois ; quand il revint, on constata une tumeur fongueuse emplissant l'orifice glottique avec prédominance du côté gauche. Amaigrissement considérable et perte de la voix. La trachéotomie ayant été tout d'abord refusée, on essaya divers moyens thérapeutiques qui tous demeurèrent infructueux. Un mois avant l'opération à laquelle se résolut enfin le patient, il se développa une collection phlegmoneuse du côté gauche du larynx qui mit rapidement la vie en danger par son accroissement subit. Quand on voulut pratiquer la trachéotomie on fit sur la ligne médiane une incision qui pénétra dans une poche remplie d'un pus infect et s'étendant sur toute la longueur du larynx du côté gauche.

La trachéotomie tout d'abord remise, fut pratiquée dix jours plus tard et on plaça la canule dans une incision faite au-dessus du troisième anneau de la trachée. L'examen laryngoscopique montre que la tumeur a fait de nouveaux progrès et obstrue maintenant complètement la glotte.

Cinq mois après avoir été trachéotomisé le malade paraissait être dans des conditions meilleures qu'avant l'opération. N.

**Extirpation partielle d'un goitre**, par J. WOLFF, *Soc. de méd. de Berlin. Sem. médic.*, 1889, p. 87.

L'auteur a pratiqué deux fois l'extirpation partielle, suivant la méthode de Jones. Chez l'un de ses malades, il a enlevé du côté droit la moitié de la tumeur. Depuis, celle-ci a diminué de ce côté ; à gauche, le goitre a complètement disparu. La gène respiratoire, auparavant très grande, a maintenant cessé tout à fait. M. B. Fränkel, qui a examiné le malade avant et après l'opération, reconnaît aussi que le goitre a notablement diminué de volume. En somme, l'extirpation partielle paraît suffire pour amener l'atrophie des parties laissées en place. N.

**Ulcère tuberculeux de la langue**, par B. BAGINSKY, *Soc. méd. berlin. Sem. médic.*, 1889, p. 87.

Un malade âgé de 30 ans, atteint de laryngite tuberculeuse, avec induration des deux sommets, a présenté, au niveau de la partie latérale de la langue, une ulcération d'un diamètre de 1 cent. à 1 cent. 1/2. Les

bords de l'ulcération sont entourés de tubercules miliaires ; le pus sécrété renferme des bacilles tuberculeux. Le grattage avec la cuiller tranchante et les attouchements à l'acide lactique se sont montrés inefficaces. En pareil cas, M. Kuester n'a obtenu de bons résultats que par les cautérisations galvaniques.

N.

**Tumeur congénitale du larynx**, par M. L. BROWNE. *Soc. de pathol. Lettres d'Angleterre. Sem. méd.*, 1889, p. 88.

Ce cas intéressant a trait à un enfant de trois ans qui, depuis sa naissance, était porteur d'une tumeur papillomateuse, située à l'ouverture du larynx. L'intubation donna lieu à une hémorragie ; la trachéotomie ayant été pratiquée, l'enfant continua à cracher du sang, et mourut au bout de quarante heures. A l'autopsie, on constata que le sang provenait de deux sources : de la tumeur et des poumons dont les tissus s'étaient déchirés sous l'influence de la dilatation rapide qui avait suivi la trachéotomie. Aussi, est-il permis de dire que l'intubation et la trachéotomie sont, dans des cas analogues, deux procédés également dangereux. N.

**Carcinome de l'œsophage**, par M. KLEMPERER. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 18 mars. *Sem. médic.*, 1889, p. 102.

M. Klemperer a présenté des pièces anatomiques, provenant d'un individu qui avait succombé à un carcinome de l'œsophage. L'oreillette gauche avait été dans ce cas envahie par le processus cancéreux ; à ce niveau, s'était formée une ulcération d'où s'étaient détachées des embolies qui avaient directement occasionné la mort. Le malade avait été traité pendant trois mois, et avec un bon résultat par les canules à demeure.

N.

**Ulcération cratéiforme de la face**, par HUTCHINSON. *Soc. de Pathol. de Londres*, in *Sem. médic.*, 1889, p. 70.

Cette forme particulière d'épithélioma diffère du cancer épithéial ordinaire de la face. Au début existe une proéminence en forme de ruche d'abeille. La croissance est rapide et au bout de peu de mois, le milieu se transforme en un ulcère cratéiforme. Ces tumeurs se développent le plus souvent sur la joue et le nez ; elles n'apparaissent jamais avant quarante ans. Jusqu'ici l'excision n'a pas été suivie de récidive ; pas d'envahissement ganglionnaire.

N.

**Ulcération diphtéritique du périnée, par M. HILL. Soc. harwéienne, in  
Sem. méd., 1889, p. 70.**

L'auteur a observé trois cas de cette affection dans la même famille. Il les attribue à l'usage de water-closet communiquant directement avec des égouts mal construits. Le premier malade atteint fut un enfant de dix ans, chez lequel les plaques diphtéritiques se montrèrent d'abord au périnée ; il y eut envahissement du pharynx et du larynx et mort consécutive. Le frère vit un eczéma de la région coccygienne se transformer en une ulcération très douloureuse avec envahissement ganglionnaire ; paralysie post diphtéritique. Enfin une fillette âgée de 8 ans, succomba à la même affection qui avait débuté par la vulve pour atteindre ensuite les amygdales et les bronches. Deux jours avant la mort on put constater une perforation recto-vaginale causée par la diphtérie. N.

**De la correction de l'obliquité nasale, par M. TRENDELENBURG. 18<sup>e</sup>  
congrès de la Soc. allem. de chir., 24-27 avril. Sem. médic.,  
1889, p. 143.**

M. Trendelenburg pour redresser les obliquités du nez dépendant de la voûte osseuse, procède de la façon suivante : incision bilatérale partant de l'aile du nez et s'élevant jusqu'à la paupière ; dans un deuxième temps incision des os nasaux, de façon à pouvoir les mobiliser. Cette opération donnerait, au dire de l'auteur, de bons résultats. N.

**Destruction du nez par un lupus ; restauration, par M. ROTTER. 18<sup>e</sup>  
congrès de la Soc. allem. de chir., 24-27 avril. Sem. médic.,  
p. 145, 1889.**

Chez une jeune fille, dont le nez avait été détruit par un lupus, M. Rotter prit un lambeau comprenant la peau, le périoste et une couche osseuse sur le front. Au moyen de cette autoplastie, il a obtenu la reconstitution d'un nez possédant un squelette osseux. N.

**Traitemennt du croup et de la diphtérie par l'emploi combiné du  
bromure de potassium et du sulfure de calcium, par M. DEFFERNEZ,  
Acad. de méd. de Belgique, 27 avril.**

Le soufre et ses composés, fait remarquer M. Desfernez, poussent à la diaphorèse et activent la sécrétion bronchique ; ils constituent des antiséptiques et des antiparasitaires. Quant au bromure, il exerce, à haute dose,

une action incontestable sur les muqueuses de la bouche, du pharynx et du larynx et tend à favoriser l'élimination des produits fibrineux. L'auteur prétend avoir obtenu par ce traitement combiné d'excellents résultats. Mais il est permis de faire certaines réserves, car au bromure et au sulfure de calcium il ajoute encore des attouchements répétés au jus de citron, l'usage du vin blanc et l'administration, comme vomitif, du sulfate de cuivre. En outre il semblerait qu'il eût provoqué des phénomènes d'intoxication par le sulfure de calcium qu'il administre à la dose de 1 à 5 centigr. toutes les heures chez les enfants de deux à huit ans.

N.

**Un cas de fibro-myxome sous-glottique**, par M. GORIS. *Acad. de méd. de Belgique*, 27 avril.

Dans ce cas simplement signalé, sans le moindre détail, M. Goris a extirpé la tumeur avec succès par les voies naturelles. N.

**De la nature de l'ozène**, par M. K. SCHUCHARDT. 18<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de chir., 24-27 avril. *Sem. médic.*, 1889, p. 141.

Depuis nombre d'années Volkmann a coutume de traiter les cas récents d'ozène, en élargissant les fosses nasales, et pour cela il résèque une partie des cornets. Or, M. Schuchardt a pu constater, dans les fragments provenant de ces résections, que l'épithélium cylindrique de la muqueuse nasale, était transformé en épithélium pavimenteux. Les sécrétions des ozénisants examinées au microscope, lui ont révélé l'existence de nombreux micro-organismes, de cellules d'épithélium pavimenteux et parfois de cellules de la muqueuse buccale. Certaines cellules d'épithélium pavimenteux d'une dimension moitié moindre que la normale constituaient pour lui un épithélium de transition entre le cylindrique et le pavimenteux. En outre, il a constaté sur certaines parties de la muqueuse la disparition totale des glandes et la transformation en tissu de granulation ou en tissu cicatriciel. Ainsi transformée cette muqueuse était représentée par dix à douze couches d'épithélium pavimenteux ; les cellules de la couche supérieure étaient tout à fait analogues à celles de l'épiderme. Ce tissu épidermoïdal s'accroît de plus en plus ; on observe des amas de cellules épithéliales mortes qui se putréfient et qui donneraient lieu à l'odeur caractéristique de l'ozène.

N.

**Résultats éloignés des ablutions des cancers de la langue.** 18<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de chir., 24-27 avril. Sem. médic., 1889, p. 142.

M. F. KRAUSE rapporte que sur 91 cas de carcinomes de la langue enlevés dans ces quatorze dernières années, à la clinique de Volkmann, 35 fois on a pratiqué l'opération en sciant latéralement d'après le procédé de Langenbeck, le maxillaire inférieur; les autres cas ont été opérés sans résection du maxillaire. Les résultats obtenus ont été les suivants: sur 35 opérés chez qui les ganglions étaient malades, 6 ont disparu; 1 est mort d'une autre affection; 3 ont récidivé au bout de trois ans; 2 sont guéris depuis six ans.

M. KUESTER a opéré une tumeur ulcérée de la langue qu'il avait d'abord prise pour un carcinome; le microscope vint infirmer ce diagnostic. Cependant un ganglion du cou qu'il enleva était manifestement cancéreux et deux mois après le malade mourait de carcinome généralisé. Cet auteur sur 26 opérés a eu deux cas de mort des suites de l'opération; 3 de ses malades sont restés sans récidive pendant plus de trois ans. Un malade qui a eu plusieurs récidives a été opéré cinq fois, il paraît aujourd'hui totalement guéri.

M. SCHEBE a pratiqué trois fois l'extirpation de carcinomes de la langue qui n'ont pas récidivé.

M. BERGMANN présente aussi deux malades opérés l'un depuis deux ans et demi, l'autre depuis quatre ans et exempts de toute trace de récidive.

N.

**Effets secondaires des opérations intra-nasales,** par M. F. SEMON, Soc. clin. Lettres d'Angleterre. Sem. médic., 1889, p. 139.

Chez un malade auquel on avait enlevé des polypes du nez, survint au bout de deux jours, de l'exophthalmos du côté droit, avec rétraction de la paupière supérieure qui demeure en outre immobile. Les accès d'asthme antérieurs à l'opération, ont maintenant disparu. Il n'existe ni fréquence excessive des battements du cœur, ni tuméfaction du corps thyroïde, mais tous les autres symptômes du goitre exophthalmique. On a bien vu des cas où l'extraction des polypes du nez avait amené du côté opéré la disparition des symptômes de la maladie de Graves; mais, dans l'observation de M. Semon, c'est l'effet inverse qui s'est produit. Les polypes ont reparu, et il hésite à intervenir de nouveau.

N.

**De l'étiologie et du diagnostic du cancer des lèvres et de la langue,**  
par M. VON ESMARCH, 18<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de chirurgie,  
24-27 avril. Sem. méd., 1889, p. 141.

Le cancer exigeant le plus fréquemment une intervention radicale et hâtive, il importe d'en établir de bonne heure le diagnostic. Le meilleur moyen d'y parvenir, consiste à faire des examens histologiques répétés de morceaux de tumeurs, enlevés soit par le grattage, soit à l'aide d'un trocart spécial. Les tumeurs des lèvres et de la langue qui pourraient le plus facilement prêter à la confusion avec le cancer, sont les syphilomes. Quand l'examen histologique ne dénote pas de structure alvéolaire, d'amas épithéliaux, de perles cancroïdales, de bacilles tuberculeux, de rayons étoilés comme dans l'actinomycose, mais montre un tissu de granulation, du tissu conjonctif, de récente formation, des cellules fusiformes, on peut alors, par exclusion, faire le diagnostic de syphilome, et instituer un traitement en conséquence. Ce traitement doit être longtemps poursuivi, car les effets peuvent en être tardifs ; il faut, dans tous les cas, se garder d'enlever par le bistouri des tumeurs syphilitiques bénignes. En effet, ces tumeurs peuvent non seulement guérir sans opération, mais encore il serait assez fréquent de les voir, après une tentative opératoire, se transformer en tumeurs malignes.

Les causes les plus diverses ont été invoquées dans la production du cancer ; on a signalé aussi la transformation des tumeurs bénignes, ainsi que l'irritation chronique de la peau ou de la muqueuse. Il semblerait qu'on dût faire jouer un rôle important à la résistance plus faible du tissu (Virchow) ; grâce à elle, en effet, le tissu conjonctif serait plus facilement pénétré par les cellules épithéliales. Relativement à l'hérédité des tumeurs malignes, l'auteur estime qu'il s'agit surtout d'une tendance héréditaire aux proliférations conjonctives, et il admet que la syphilis ancestrale joue un rôle pathogénique important dans la production des tumeurs conjonctives, d'où son action possible dans le cas particulier.

N.

**Effets consécutifs à l'extirpation de la rate chez l'homme,** par M. CECI,  
6<sup>e</sup> réunion de la Soc. ital. de chir., 16-18 avril. Sem. méd., 1889,  
p. 130.

M. Ceci a extirpé la rate d'une jeune femme, il y a trois ans. Vingt jours après l'opération, survenait une hypertrophie du corps thyroïde ; après quatre mois le volume des amygdales augmenta au point de gêner la

respiration ; aussi l'auteur en enleva-t-il une. Six jours après cette dernière opération le goitre avait disparu. Il semblerait à M. Ceci, d'après cette observation, que le rôle vicariant de la rate fût dévolu non pas au corps thyroïde mais bien aux amygdales. N.

**Extirpation du larynx dans un cas de cancer**, par M. ROSEN, 8<sup>e</sup> congrès de méd. int. tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril. Sem. méd., 1889, p. 137.

M. Roser a pratiqué au mois de mars dernier, pour obvier à une cachexie à marche inquiétante, l'*extirpation totale du larynx* chez une malade qui, il y a quatre ans, était venue le consulter pour des accès de dyspnée accompagnés de symptômes laryngés. Il avait alors constaté la présence d'une tumeur qui à l'examen histologique fut reconnue pour un épithélioma pavimenteux. L'extirpation a réussi sans complication et la malade alimentée au moyen d'une sonde se trouve aujourd'hui dans un état général relativement satisfaisant. N.

**Traitemen t de la tuberculose laryngée**, par M. KRAUSE, 8<sup>e</sup> congrès de méd. int. tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril. Sem. médic., 1889, p. 137.

Avec Schmidt, M. Krause a constaté que la trachéotomie dans le cas de phthisie laryngée, rendait de réels services en donnant au larynx un repos absolu qui favorise les processus curatifs. Mais la marche de la tuberculose pulmonaire peut constituer une contre-indication ; en outre la suppression de la canule est parfois très difficile. Toutes ces raisons ont décidé l'auteur à pratiquer le curetage du larynx. Or, voici les résultats auxquels il est arrivé : sur 71 cas graves, 43 fois il a obtenu une guérison complète ou du moins une amélioration très nette avec suppression de tout phénomène douloureux. De plus, parmi les malades de sa statistique, 16 sont actuellement guéris et n'ont pas présenté de récidives, 12 sont encore en traitement, 7 sont morts, mais non des suites de leur tuberculose laryngée. Le nombre de récidives observées est de 15.

Les cas défavorables sont ceux où existait une cachexie déjà très accusée avec altérations avancées du poumon et du larynx ; il faut alors adjoindre au traitement local un traitement général. N.

**Diagnostic du goitre malin**, par M. le professeur ALBERT. *Lettres d'Autriche. Sem. médic.*, 1889, p. 103.

Un des premiers symptômes du goitre malin, c'est l'augmentation subite, de son volume à condition toutefois que cette augmentation porte sur le tissu même de la glande et ne soit pas le résultat d'une hémorragie intra-kystique. Un second symptôme est fourni par le changement de consistance et de structure de la tumeur. Les douleurs avec irradiation à l'occiput et à l'épaule sont d'ordinaire précoces. A signaler en outre les paresthésies et les troubles moteurs des extrémités supérieures ; les dilatations des veines de la région sternale et sterno-claviculaire ; l'adhérence aux tissus voisins, l'aphonie consécutive à la compression d'un récurrent ; une dysphagie particulière attribuée par le professeur à l'inactivité des constricteurs causée elle-même par l'adhérence des muscles à la tumeur. Enfin on constate encore du côté du sympathique certains troubles, tels que dilatation ou contraction pupillaire, cette dernière moins fréquente que la dilatation.

N.

**Contribution à l'étude de l'étiologie du croup et de la diphtérie**, par MM. KOLISKO et PALTAUF. *Lettres d'Autriche. Sem. médic.*, 1889, p. 103.

Ces auteurs ont trouvé le bacille de Klebs-Loeffler dans 50 cas de diphtérie du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée et dans un cas de diphtérie de la conjonctive. Ils ne l'ont jamais observé dans l'angine diphtéritique qui accompagne la scarlatine ou la rougeole. Ils admettent une analogie complète entre le croup et la diphtérie. Dans presque tous les cas ils ont en outre trouvé des streptocoques et des staphylocoques : ces premiers pénètrent dans l'intérieur des tissus alors que les bacilles se rencontrent seulement à la surface des pseudo-membranes. Le bacille de Loeffler a été trouvé par MM. Kolisko et Haltauf une seule fois dans la rate ; ils ne croient pas à sa propagation dans l'organisme.

D'après les recherches de ces deux auteurs, le bacille de la diphtérie peut pénétrer dans les tissus indépendamment de toute lésion de la muqueuse. L'organisme se défend contre cette pénétration par une abondante exsudation qui éliminerait les bacilles ; mais les lésions épithéliales laissent pénétrer les streptocoques qui peuvent déterminer de redoutables affections septiques.

Au point de vue thérapeutique, ils conseillent une désinfection éner-

gique des parties atteintes, mais proscriivent l'ablation mécanique des pseudo-membranes ainsi que l'application des substances caustiques qui d'après eux produiraient des nécroses et favoriseraient l'infection secondaire.

N.

**Insufflation de soufre contre la diphtérie**, par M. BURGHARDT. *Collège médic. de Vienne, Sem. médic.*, 1889, p. 127.

Cet auteur depuis 1882 emploie contre la diphtérie des insufflations de soufre et de sulfate de quinine à parties égales. Ces insufflations répétées deux fois par jour doivent aussi être faites préventivement dans le nez et les parties postérieures du pharynx. M. Burghardt a ainsi traité 33 cas de diphtérie qui tous ont guéri, sans qu'il y ait eu propagation au larynx.

N.

**Lymphosarcomatose généralisée**, par M. SCHNITZLER. *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne. Sem. méd.*, 1888, p. 128.

Le professeur apporte à la Société les pièces anatomiques provenant d'un individu qu'il avait antérieurement présenté. Ce malade, âgé de 48 ans, avait été atteint, il y a un an, d'un ulcère de l'amygdale gauche considéré comme syphilitique. L'affection s'était plus tard généralisée au palais et au pharynx ; le voile avait été détruit et l'infiltration avait atteint l'épiglotte. Les opinions les plus diverses ont été émises sur ce cas (syphilis, carcinome) ; le traitement mercuriel n'a donné aucun résultat. Bientôt la trachéotomie dut être pratiquée et le malade mourut quelque temps après. Or l'examen nécroskopique a révélé l'existence de lymphosarcomes du pharynx, de la base de la langue, de l'épiglotte, des intestins, de la rate et des capsules surrenales.

N.

**De l'ablation du goitre et des accidents consécutifs**, par M. CASELLI. *Sixième réunion de la Soc. ital. de chir.*, 16-18 avril, *Sem. méd.*, 1889, p. 129.

L'auteur a fait 78 ablations de goître avec un seul cas de mort. Il croit, autant qu'on peut l'affirmer, avoir extirpé complètement le corps thyroïde quatorze fois, il pense qu'il vaut mieux laisser en place quelque morceau de cette glande, car on peut de la sorte, préserver les malades d'accidents généraux graves. C'est ainsi qu'il a vu des symptômes très alarmants, s'amender chez une malade à laquelle il croyait avoir pratiqué une extirpa-

tion totale et qui avait conservé un fragment de glande dont le développement ultérieur prévint une cachexie mortelle. Au point de vue opératoire, il conseille de faire des ligatures multiples des branches de la thyroïdienne plutôt que de lier cette artère elle-même, ce qui souvent détermine des troubles laryngés et trachéaux.

N.

**Un cas de périchondrite cricoïdienne avec paralysie des muscles crico-aryténoidiens postérieurs. — Autopsie, par H. SWAIN. *The Americ. Journ. of med. sciences*, mars 1889, p. 257.**

Un jeune homme de 22 ans est admis, le 5 mai 1888, à l'hôpital de New-Haven pour une fièvre typhoïde ne présentant d'autre particularité durant son évolution, qu'une certaine raucité de la voix.

Vers le 1<sup>er</sup> juin, la convalescence s'établit, mais, quelques jours après, la respiration devient pénible, la voix s'altère de plus en plus jusqu'à aphonie complète, en même temps la fièvre se rallume et le malade accuse une douleur de gorge qu'il ne peut localiser avec précision.

La respiration devenant de plus en plus embarrassée, surtout durant l'inspiration qui s'accompagnait d'un cornage retentissant, les organes respiratoires sont examinés avec soin.

Le résultat de cet examen est absolument négatif pour le thorax ; en revanche l'inspection du larynx donne les résultats suivants : congestion de la région antérieure de la muqueuse. Les cordes vocales demeurent en contact pendant l'inspiration et ne s'écartent que légèrement sous la poussée de l'air expiré. Quant à l'air inspiré, il ne trouve d'issue que dans le mince intervalle laissé entre les arytenoïdes. On ne constate ni tumeur, ni infiltration, ni ulcération.

On remarque les signes d'une paralysie des crico-aryténoidiens postérieurs, mais sans pouvoir en déterminer l'origine. Sur ces entrefaites, les progrès de la dyspnée deviennent menaçants au point qu'on se décide à pratiquer la trachéotomie.

L'inspection du larynx y révèle, les jours suivants, des modifications importantes : la congestion a diminué, mais il existe un gonflement notable occupant la région de l'aryténioïde gauche, du repli ary-épiglottique et de la commissure postérieure. L'aryténioïde gauche semble quelque peu surélevé et dépasse la ligne médiane à droite, déplacement qui contribue, avec une certaine augmentation de volume de la fausse corde, à masquer complètement la vraie corde du même côté.

Cependant la trachéotomie avait procuré au patient un soulagement

complet quand, dans la nuit du 1<sup>er</sup> juillet, se produisit soudainement une hémorragie par la plaie trachéale avec pénétration du sang dans les voies aériennes, et la mort eut lieu rapidement par suffocation.

A l'autopsie, après avoir séparé la trachée de l'œsophage, on incise la paroi postérieure du larynx pour observer sa cavité et l'on constate que cette incision a tranché en deux moitiés la cavité d'un abcès occupant le siège du cartilage cricoïde ou du moins de sa portion postérieure. La moitié gauche de cette portion est complètement détruite, quant à la moitié droite elle n'est représentée que par un séquestre plongé au milieu de détritus casseux. Les arytenoïdes ne sont pas atteints dans leur substance, mais le gauche se meut librement dans la cavité qui a pris la place de sa surface de support.

La bronche droite est trouvée pleine de sang coagulé, mais l'origine de ce sang reste indéterminée, l'abcès étant demeuré clos pendant la vie. L'absence de sang sur la paroi antérieure du larynx et de la trachée empêche d'ailleurs d'admettre que l'hémorragie se soit produite au niveau de la plaie trachéale. Les points les plus intéressants de cette observation sont :

- 1<sup>o</sup> L'absence de dysphagie ;
- 2<sup>o</sup> La paralysie des crico-arytenoïdiens postérieurs précédant de long-temps l'apparition d'aucune tuméfaction laryngée ;
- 3<sup>o</sup> La pathogénie spéciale de cette paralysie résultant évidemment de l'inflammation de voisinage ;
- 4<sup>o</sup> L'absence de toute tuméfaction extérieure ;
- 5<sup>o</sup> Le mode de la mort et l'obscurité de son mécanisme.

LUC.

**Occlusion cicatricielle totale du larynx**, par JUFFINGER. *Soc. imp. roy. des médec. de Vienne. Sem. médic.*, 1889, p. 483.

La malade présentée par M. Juffinger est une femme de 26 ans, chez laquelle survint consécutivement à la trachéotomie un rétrécissement cicatriciel de la trachée. Le larynx était de ce fait complètement obstrué, ce qui mettait la malade dans l'impossibilité absolue de respirer autrement que par sa canule. La dilatation avec des sondes a produit l'amélioration à laquelle on était en droit de s'attendre, car maintenant la respiration est devenue possible.

N.

**Sarcome du larynx et de la trachée**, par M. SCHNITZLER. *Soc. imp. roy. des médec. de Vienne. Sem. médic.*, 1889, p. 191.

Cette observation concerne une femme de 21 ans qui était atteinte d'un sarcome du larynx et de la trachée; le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur. M. Frisch a opéré cette malade avec la cuillère tranchante et le lieu d'implantation de la tumeur a été touché avec le thermocautère.

N.

**Sarcome du larynx ; laryngotomie; guérison**, par M. HJORT. *Soc. de médec. de Christiania. Sem. méd.*, 1886, p. 191.

Un homme de 62 ans, éprouvait depuis trois mois un sentiment de gêne et de malaise dans la gorge qui se compliquèrent bientôt de raucité de la voix et de dysphagie. Trois mois plus tard quand il vint consulter, M. Hjort constata l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une châtaigne et qui s'insérait sur le cartilage arytenoïde gauche, de plus on remarquait à droite de la ligne médiane, entre la base de la langue et l'épiglotte, une production secondaire de la grosseur d'un pois. Enfin le malade était porteur dans la paume de la main et sur les doigts, de petites tumeurs dont l'examen histologique révéla la nature sarcomateuse. L'opération ayant été décidée, on pratiqua la laryngotomie et on excisa la tumeur; l'anesthésie fut obtenue sans chloroforme et à l'aide de simples injections sous-cutanées de cocaïne. Les deux moitiés du cartilage thyroïde furent réunies par une suture au fil d'argent, trois semaines après le malade partait complètement guéri.

M. Hjort a déjà pratiqué une opération analogue dans un cas de nécrose des cartilages du larynx à la suite de la fièvre typhoïde.

N.

**Extirpation de goître**, par WEINLECHNER. *Soc. imp. roy. des médec. de Vienne. Sem. médic.*, 1889, p. 159.

M. Weinlechner a extirpé en deux temps, chez une femme, un goître volumineux datant de vingt ans. La moitié droite a été enlevée le 2 novembre 1888; le nerf récurrent ayant été lésé au cours de l'opération, la corde vocale de ce côté est et demeure paralysée. La partie gauche a été extirpée le 16 février 1889. L'opérateur a laissé quelques nodules du goître pour éviter la cachexie strumiprive; il préconise l'intervention en deux temps.

N.

**Dilatation des rétrécissements œsophagiens par la laminaire, par M. SENATOR.** *Soc. de méd. inf. de Berlin*, 3 juin. *Sem. méd.*, 1889, p. 198.

M. Senator dilate les rétrécissements œsophagiens au moyen de sondes œsophagiennes munies à leur extrémité d'une tige de laminaire visée et traversée d'un fil de soie. La laminaire pour être introduite, doit être simplement trempée dans l'eau ; elle est laissée en place pendant une demi-heure. Il faut interrompre de temps à autre la dilatation pour ne pas irriter la muqueuse. M. Senator ne s'est servi de laminaire que dans les cas de rétrécissements cancéreux, mais il croit que les résultats seraient encore meilleurs dans les rétrécissements cicatriciels.

N.

**Hypertrophie du corps thyroïde chez six personnes d'une même famille, par M. JACOBSON.** *Soc. harvérienne, Sem. médic.*, 1889, p. 198.

M. Jacobson présente une femme et ses cinq enfants, tous atteints de goitre parenchymateux ; les enfants sont âgés d'un à onze ans. La mère a été opérée partiellement pour obvier à la gène respiratoire ; il a fixé au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, la partie restante du goitre.

N.

**De la laryngite hémorragique, par A. P. FAVITZSKY, de St-Pétersbourg, in *Monats. für Ohrenheilk.*, 1889, n° 6.**

Travail basé sur l'observation d'un cas d'hémorragie intra-laryngée chez un sujet atteint de cirrhose hépatique et de dégénérescence graisseuse du cœur. L'affection ayant abouti à la mort, on put pratiquer un examen complet de la muqueuse laryngo-trachéale dans laquelle on constate, outre des lésions inflammatoires, une infiltration des couches sous-épithéliales par des globules rouges extravasés. L'auteur admet que, dans ce fait, le point de départ des accidents hémorragiques laryngés a été la diapédèse globulaire consécutive à l'état morbide général et que l'épanchement du sang à la surface de la muqueuse a été le résultat d'une cause secondaire mécanique telle qu'un effort de toux.

LUC.

**Diagnostic du cancer laryngé, par le Dr BESCHORNER, de Dresde, in  
*Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1889, p. 103.**

Femme de 70 ans chez laquelle le développement rapide de tumeurs laryngées d'apparence papillomateuse nécessita la trachéotomie, les tentatives d'extraction des néoplasmes par les voies naturelles n'ayant pas permis de conjurer le danger de l'asphyxie. L'examen histologique des premiers fragments extirpés confirma le diagnostic *papillome*, mais un deuxième examen pratiqué par le Dr Birch-Hirschfeld sur d'autres fragments enlevés ultérieurement lui fit confirmer le diagnostic carcinome à forme papillaire auquel on avait songé ensuite, en raison de certaines particularités d'aspect des tumeurs et de l'apparence cachectique de la malade. La trachéotomie une fois exécutée, les néoplasmes, sans disparaître, cessèrent de faire aucun progrès. L'état général se releva et la malade, sans quitter sa canule, put reprendre ses occupations habituelles. Elle succomba ultérieurement à une artério-sclérose diffuse, environ 7 ans après le début de son affection laryngée. Un nouvel examen histologique de la tumeur entrepris par le Dr Neelsen, après la mort, lui permit de constater que le stroma conjonctif de la muqueuse n'était aucunement envahi par la pullulation épithéliale et qu'il n'était par conséquent pas question d'une néoplasie maligne.

Ce cas est une nouvelle preuve du peu de valeur des examens histologiques pratiqués sur des fragments enlevés sur le vivant, fragments généralement trop superficiels pour permettre d'apprécier nettement les limites de la prolifération épithéliale et de déterminer si l'on a sous les yeux une néoplasie du genre atypique.

LUC.

**Études sur l'étiologie de la pneumonie compliquant la diphtérie chez les enfants, par P. MITCHELL PRUDDEN et NORTHRUP, in *The Americ. Journ. of and sciences*, 1889, p. 562.**

Les auteurs ont étudié histologiquement et par des cultures les poumons de dix-sept enfants atteints de pneumonie, dans le cours d'une diphtérie. Sauf dans un cas, l'examen préalable des fausses membranes pharyngées y avait fait reconnaître la présence d'un streptocoque qui avait été considéré comme l'agent pathogène de l'affection. Un streptocoque semblable fut observé dans les poumons de tous ces sujets, sauf

chez celui dont les fausses membranes pharyngées avaient également donné un résultat négatif.

En revanche les poumons ne présentèrent pas d'autres bactéries avec une fréquence et une abondance pouvant autoriser à leur attribuer une influence pathogénique sur le développement de la maladie.

Des cultures de ces streptocoques ayant été injectées dans la trachée de lapins, déterminèrent chez ces animaux le développement de lésions broncho-pneumoniques très analogues à celles observées chez les enfants, mais les microbes ainsi inoculés ne parurent pas se répandre dans la circulation générale, ni infecter les autres viscères.

Les auteurs s'appuient sur ces faits pour admettre que les accidents pneumoniques observés chez leurs malades, dans le cours de la diphtérie, étaient le résultat de la pénétration du *streptococcus diphtheriae* dans les voies aériennes.

LUC.

**L'obstruction nasale, dans ses rapports avec l'administration des anesthésiques**, par J. FREDK. W. SILK, de Londres. *Journ. of Laryngology*, 1889, n° 7.

La conclusion de ce travail est que l'administration des anesthésiques et du chloroforme en particulier nécessite une sollicitude toute spéciale chez les sujets dont les fosses nasales sont plus ou moins imperméables, la pénétration de l'air dans la poitrine se trouvant alors dans la dépendance de l'état de la cavité buccale qui peut cesser de se prêter à cette fonction soit par l'accumulation de salive, de sang, de mucosités, ou encore de matières vomies, à son intérieur, par le gonflement, ou une mauvaise position de la langue, enfin par un spasme des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure. L'auteur cite un cas choisi entre un grand nombre de faits semblables, observés par lui, où un garçon de 10 ans fut pris vers la fin d'une opération d'accidents asphyxiq[ue]s très graves, avec occlusion spasmodique de la mâchoire, qui ne cessèrent que lorsque l'on fut parvenu à abaisser le maxillaire et à maintenir la bouche largement bâillée. Il serait donc prudent, quand une opération doit être entreprise avec le secours de l'anesthésie générale, sur un sujet dont les fosses nasales sont imperméables, d'assurer, dès le début, le maintien de l'ouverture de la bouche, au moyen d'un bâillon.

LUC.

**Angiome caverneux du larynx. Extirpation**, par W. C. GLASGOW, de St-Louis. *Amer. Journ. of med. sciences*, avril 1889, p. 360.

La description de ce cas est précédée d'une courte revue des observations semblables publiées antérieurement. Ici le néoplasme a été extirpé du larynx d'un homme de 30 ans chez qui il déterminait, depuis plusieurs mois, un enrouement accompagné de toux. Il se présentait, à l'examen laryngoscopique, sous l'aspect d'une tumeur ayant les dimensions d'un gros pois, d'un gris brunâtre, d'aspect lobulé, insérée sur la partie antérieure de la corde vocale gauche et pourvue d'un pédicule assez long pour tomber de temps en temps au-dessous du niveau de la corde. L'extraction pratiquée au moyen de la pince de Schrötter s'accompagna d'une très légère perte de sang.

Examinée à l'œil nu, la tumeur offrait une surface d'un gris bleuâtre sur laquelle tranchaient de petits points rouges.

A l'aide du grossissement microscopique on reconnut que ces points rouges correspondaient à des îlots remplis de globules sanguins et circonscrits par des travées fibreuses tapissées d'un endothélium plat.

Par places, le néoplasme perdait l'aspect fibreux pour présenter plutôt les caractères du myxome.

Il s'agissait d'un angiome caverneux.

LUC.

**L'épithélioma du larynx et son traitement.** *Lettres d'Angleterre.*  
Société clinique du 11 janvier. *Sem. médic.*, 16 janvier 1889.

M. BUTLIN a observé deux cas d'épithélioma du larynx traités par la thyrotomie et par l'excision des parties molles malades. Dans le premier, il s'agissait d'une femme de 27 ans chez laquelle la maladie avait débuté par une extinction de voix. Au laryngoscope, M. Butlin vit une tumeur papillomateuse à la commissure des cordes vocales ; celles-ci jouissaient de leurs mouvements normaux. Une partie de la tumeur ayant été excisée on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma. Pendant sept mois on pratiqua ainsi une douzaine d'excisions ; à la fin on dut faire la trachéotomie. Les cartilages thyroïde et cricoïde ayant été divisés on enleva tous les tissus mous malades de la région sous-glottique. Actuellement la malade qui n'a plus sa canule est en bonne santé et parle d'une voix rauque.

Le second cas concerne un homme de 51 ans dont l'affection débute par de la dyspnée. On dut aussitôt pratiquer la trachéotomie. Une petite

tumeur située sur la corde vocale gauche et de nature cancéreuse, comme le révéla l'examen microscopique, fut enlevée après qu'on eut fait la thyrotomie. La guérison s'est effectuée rapidement et s'est maintenue depuis.

M. NEWMAN a soigné un homme de 41 ans, qui était porteur d'un petit ulcère sur la corde vocale supérieure gauche. Plus tard apparut une rougeur circonscrite sur la corde vocale inférieure du même côté. A la place de cette rougeur se forma bientôt une ulcération de nature maligne comme la première. La mort survint rapidement. De l'avis de l'auteur, dans ce cas, il y aurait eu inoculation. Il fait observer qu'on ne doit pas chercher à enlever des parcelles de la tumeur sans avoir au préalable décidé le malade à une intervention radicale au cas où le microscope révélerait la nature cancéreuse de l'affection. C'est qu'en effet, il ne faut pas oublier que des tentatives répétées d'extirpation peuvent hâter l'issue fatale ou bien faire dégénérer en tumeurs malignes des tumeurs primitivement bénignes.

M. F. SEMON a observé un cas remarquable d'épithélioma du larynx avec exfoliation des cartilages et hémorragie. Le malade était âgé de 52 ans; on avait cru à de la laryngite tuberculeuse et pratiqué la trachéotomie, plus tard on diagnostiqua une périchondrite du larynx. Une grosseur s'étant montrée au-dessous de la plaie trachéale, elle fut prise pour un abcès et incisée, mais il s'écoula tout simplement un peu de liquide sanguinolent. Cette incision devint le point de départ d'une ulcération fongueuse et saignante. Plus tard le malade succomba à une pneumonie gangreneuse; le cancer avait envahi tout l'organe vocal.

N.

**La laryngite hémorragique**, par le Dr RETHI, Wien., 1889, W. Braumüller.

M. Rethi, l'un des assistants de M. le professeur Schnitzler, à la *Poliiklinik* de Vienne, vient de publier une étude soignée des connaissances que nous possédons actuellement sur la *laryngique hémorragique*. Il fait remarquer dès le début de son travail que nous manquons d'une définition précise du terme laryngite hémorragique. En effet, pendant que beaucoup d'auteurs désignent sous ce nom toute hémorragie se produisant dans le larynx, d'autres au contraire pensent que cette dénomination ne saurait convenir qu'aux senles hémorragies qui accompagnent l'état catarrhal de la muqueuse vocale. Cette définition a tout au moins le mérite de répondre parfaitement à son étymologie. Mais en outre, les uns ne rangent au nombre des laryngites hémorragiques que les cas où le

sang fait irruption à la surface de la muqueuse atteinte de catarrhe, tandis que pour d'autres il convient d'y joindre ceux où l'hémorragie se produit dans la profondeur des tissus.

L'auteur signale les diverses altérations du sang au cours desquelles on a vu l'affection se produire et à ce propos mentionne toutes les observations connues dans la science avec les causes qui leur ont été attribuées. Il rapporte quatre cas personnels qu'il a eus à traiter assez récemment.

Relativement à l'étiologie, nous n'avons quant à présent rien de bien positif sur l'altération du sang et les troubles de la circulation ; ce qu'on peut dire, c'est qu'on voit survenir les hémorragies du larynx quand il y a exagération de pression dans les vaisseaux du système respiratoire. Les cas observés pendant la menstruation et décrits comme troubles vaso-moteurs, s'expliqueraient par ce fait que le système circulatoire des femmes est beaucoup plus sensible et réagit bien moins énergiquement que celui des hommes surtout à l'époque des règles ou pendant la grossesse. Comme les concrétions muqueuses desséchées dans le larynx peuvent amener des déchirures de la muqueuse, Gottstein a pensé qu'il s'agissait toujours en pareil cas de laryngite sèche ; mais c'est là une exagération, car on voit aussi des hémorragies à la suite du catarrhe du larynx. Les laryngites hémorragiques essentielles sont dues à un état particulier de la muqueuse dont les vaisseaux sont tendus à l'extrême en même temps qu'on remarque de la desquamation épithéliale. Il y aurait encore une augmentation de cellules rondes dans les espaces conjonctifs avec hyperplasie de la muqueuse ; de nouveaux capillaires à parois très minces se formeraient, ils s'obliteraient en partie, ce qui déterminerait dans ceux qui persistent une augmentation de pression, d'où la facilité d'hémorragies. Le sang peut encore sortir des vaisseaux par diapédèse, mais les hémorragies par rupture des capillaires sont les plus fréquentes. Ces ruptures elles-mêmes sont déterminées par des causes occasionnelles, comme la toux, les efforts de chant, les vomissements, etc., et cela d'autant plus facilement que les capillaires sont de formation plus récente, comme dans la laryngite catarrhale.

Les récidives s'observent parce que les vaisseaux d'une muqueuse atteinte d'inflammation chronique ne peuvent plus recouvrer leur tonicité première. L'action du catarrhe persiste et les vaisseaux les moins résistants rompus une première fois se briseront encore à nouveau.

Il est probable que les hémorragies du larynx sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ; mais elles passent inaperçues, soit à cause de leur bénignité, soit à cause des points où elles se produi-

sent. L'hémorragie du larynx ne constitue qu'un symptôme et non une entité morbide ; les altérations des parois vasculaires qui lui donnent naissance se produisent en effet à la suite du catarrhe laryngien. La quantité de sang extravasé très variable n'a qu'une importance secondaire. Plus importante est la durée à cause des troubles occasionnés ; une laryngite hémorragique est toujours plus longue qu'une simple laryngite catarrhale.

Quant au traitement, il ne saurait être unique et varie suivant les cas ; une condition indispensable, c'est le repos de l'organe vocal. Si l'extravasation persiste deux à trois jours, on se trouvera bien de l'emploi des astringents.

Enfin M. Rethi nous dit à la fin de son intéressant travail qu'il a conservé l'expression de laryngite hémorragique pour la commodité, car elle sert à désigner à la fois les hémorragies superficielles et sous-muqueuses et en outre, elle donne une idée du symptôme principal : l'hémorragie. On ne devrait pas, ajoute-t-il, désigner sous ce nom les écoulement de sang dans le larynx qui ne s'accompagnent pas de laryngite.

N.

**Cholestéatome du front, par WEINLECHNER. Soc. imp. roy. des  
méd. de Vienne. Sem. médic., 1889, p. 55.**

Un homme de 45 ans, avait fait une chute de voiture à l'âge de 8 ans : depuis, la région frontale gauche devint plus proéminente que celle de droite. Il y a douze ans, vertiges, paresthésies dans les mains et mouvements involontaires à droite. Ces accès durèrent une année et demie et furent ensuite moins intenses et plus rares. En 1888, tumeur fluctuante de la région frontale gauche : ouverture de la tumeur ; il sortit du pus, mais les accès persistèrent. Au mois de janvier 1889, quand le malade vint chez M. Weinlechner, il portait à la région frontale gauche, une tumeur avec fistule pourvue d'un tube à drainage pour l'écoulement du pus ; au fond du cloaque, on voyait battre le cerveau. L'ouverture fut élargie et il s'écoula un pus franc et des masses épaisses athéromateuses. Le malade guérit. M. Weinlechner considère ce fait comme un cas d'ectasie du sinus frontal avec usure et perforation-en avant et en arrière. Pour M. Billroth, ce serait un cholestéatome provenant de la base du crâne et ayant par le diploë gagné le sinus frontal.

N.

**Épilepsie avec aura olfactive**, produite par une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal, par H. JACKSON et BEEVOR. *Sem. méd.*, 1889, p. 63.

La malade, âgée de 53 ans, souffrait depuis treize mois d'accès épileptiques se renouvelant tous les quinze jours environ. Ils débutaient par la perception d'une *odeur nauséabonde*, accompagnée de sensation de suffocation avec aura intellectuelle semblable à un rêve. Cette femme étant morte, l'autopsie révéla un sarcome gros comme un œuf de poule, siégeant à l'extrémité du lobe temporo-sphénoïdal droit. Cette sensation subjective est intéressante à noter, de l'avis de l'auteur, pour aider à la solution de la question du centre olfactif; MM. Ferrier, H. Bennett et J. Anderson partagent cette opinion et signalent des faits analogues.

N.

**Traitemen**t des abcès de l'antre d'Highmore. *Soc. méd. Berlin*, 13 fév., in *Sem. méd.*, 1889, p. 63.

Cette question ayant été discutée devant la Société de médecine de Berlin, diverses opinions ont été émises.

C'est ainsi que M. Barth dans la majorité des cas, a dit avoir obtenu une guérison complète par de simples lavages pratiqués par les alvéoles dentaires lorsque la suppuration de la cavité était due à une carie des dents, ou par le méat nasal moyen chez les autres malades. Seuls les cas rebelles lui paraissent justiciables du traitement préconisé par M. Kuester et qui consiste à ouvrir par la fosse canine, les abcès de l'antre d'Highmore. M. Hartmann partage l'opinion de M. Barth. Sur 34 cas d'empyème, il a dans les deux tiers des cas obtenu la guérison au moyen de lavages par le méat nasal moyen; à cet effet, il pratique une ouverture avec la sonde à travers la paroi de ce méat. Il n'a jamais constaté de pénétration de parcelles alimentaires à travers les alvéoles perforés, comme semble le redouter B. Fränkel. M. Kuester tout en reconnaissant que nombre d'empyèmes peuvent être guéris autrement que par sa méthode, insiste pourtant sur les avantages qu'elle présente dans le cas où le diagnostic est douteux.

N.

**Tumeur maligne du nez**, par M. LANG. *Soc. imp. roy. des méd. de Vienne*, in *Sem. médic.*, 1889, p. 64.

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans et qui est atteinte d'une tumeur élastique du dos du nez. Comme il existe en outre des proliférations

polypeuses remplissant les fosses nasales et dont la nature cancéreuse a été révélée par l'examen microscopique, M. Lang croit que la tumeur du nez est de même nature. La malade ayant été autrefois syphilisée, peut-être cette tumeur maligne aurait-elle eu pour point de départ un produit syphilitique.

**Tuberculose du voile du palais**, par M. ROTH. *Soc. imp. roy. des méd. de Vienne. Lettres d'Autriche. Sem. médic.*, n° 4, 23 janvier 1889.

Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, atteinte de nasonnement et de trouble de la déglutition depuis un an. Sur la muqueuse du voile du palais existent de petites protubérances dures et résistantes ; la luette est perforée à sa base. A gauche du voile pertes de substance également entourées de petits nodules. Bien que les poumons soient sains et la malade sans antécédents, M. Roth rejette l'idée d'une syphilis ou d'un lupus et croit à une tuberculose locale. Le traitement par l'acide lactique n'a produit qu'une légère amélioration des troubles de la déglutition. L'examen bactériologique et microscopique a donné un résultat négatif. Dans un cas analogue, chez un jeune homme de 21 ans. M. Roth a vu le palais et le voile du palais primitivement parsemé de petites nodules se transformer en une vaste ulcération ; bientôt survint de la fièvre et une infiltration pulmonaire qui emportèrent le malade.

M. le professeur Lang ayant représenté cette malade à la séance suivante de la Société, en a fait un cas de syphilis du voile du palais.

N.

**Actinomycose de la bouche**, par M. NASSE. *Soc. de méd. Berlin.*, in *Sem. méd.*, p. 37, 1889.

Un paysan âgé de 19 ans, se plaignait de souffrir dans la bouche ; la douleur attribuée d'abord à une dent ne disparut pas après avulsion de celle-ci. Bientôt se formèrent une série d'abcès qui tous se terminèrent par des fistules ; de l'un d'eux on retira par le grattage des produits contenant des granulations d'actinomycetes. Deux jours plus tard écoulement de pus par la narine. La mort étant survenue quelque temps après, l'autopsie confirma le diagnostic d'actinomycose.

N.

**Traitemen**t de l'ozène par la glycérine, par M. le Dr SIDLO. Société des médecins militaires de Vienne, in *Sem. médic.*, 1889, p. 48.

L'auteur, chez un soldat ayant tous les symptômes de l'ozène avec croûtes dans le nez, disparition de l'odorat depuis deux ans, etc., a fait faire des irrigations biquotidiennes avec une solution à 2 0/0 de chlorate de potasse additionnée de 10 0/0 de glycérine. Il a fait en outre placer et maintenir dans le nez pendant une heure des tampons d'ouate imbibée d'une solution d'une partie de glycérine pour trois d'eau. Après quatre semaines, sous l'influence de ce traitement, le malade avait récupéré l'odorat; l'odeur infecte avait disparu et la sécrétion avec formation de croûtes avait cessé. Le même succès a été obtenu de la même façon dans plusieurs autres cas d'ozène.

N.

**Extirpation du corps thyroïde**, par M. CORLEY. *Lancet*, p. 1305, juin 1889.

M. Corley a présenté à l'Académie royale de médecine d'Irlande un homme de 62 ans chez lequel il avait pratiqué l'extirpation d'un goitre remontant à 30 ans. Le larynx et la trachée étaient repoussés à droite et en haut par la tumeur. Au cours de l'opération il y eut une hémorragie sérieuse qui mit en danger la vie du malade. Au fond de la plaie, à sa partie supérieure, on apercevait le laryngé supérieur dont une des branches avait été sectionnée.

La voix peu altérée avant l'opération était presque complètement éteinte immédiatement après, ce qui prouvait que les nerfs du larynx avaient été intéressés. Au bout de neuf jours le malade eut le délire et resta dans cet état pendant douze jours, mais se calma sous l'action de hautes doses d'opium.

L'examen microscopique permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie du corps thyroïde et que toute la glande avait été enlevée. Mais il faut pourtant dire qu'on put sentir deux petits nodules qui paraissaient constituer l'isthme de la glande et son lobe droit.

La guérison a été complète et bien que l'aphonie soit toujours très marquée, cet homme peut cependant vaquer à toutes ses occupations.

N.

**Traitemen<sup>t</sup> consécutif à la trachéotomie dans la diphtérie, par  
M. G. L. CHEATLE. *Lancet*, p. 1185, juin 1889.**

Le traitement préconisé par l'auteur, peut se ranger sous deux chefs principaux, car il comprend des moyens généraux et des moyens locaux. Il faut entendre par moyens généraux ceux qui concernent certains détails, comme le fait d'avoir des couvertures propres, des bouteilles d'eau chaude, des éponges chaudes, etc.

Le traitement local sur lequel insiste particulièrement M. Cheatle, consiste dans le choix des canules, dans leur propreté ainsi que celle de la trachée. La meilleure canule est la canule double à glissement qui peut être enlevée et remise sans occasionner de malaise au malade. On peut éviter en la maintenant propre l'usage des plumes passées dans la canule, ce qui détermine toujours de l'inflammation. Si la canule et la trachée n'étaient pas suffisamment propres, on pourrait instiller dans la canule deux gouttes d'une solution tiède de bicarbonate de soude.

Pour juger du moment opportun où la canule peut être définitivement enlevée, l'auteur place à l'orifice des narines deux ou trois fois par jour un tampon de coton ; or quand celui-ci est entraîné par l'air expiré, c'est que le malade peut se passer de sa canule. Toujours il prescrit du sulfate de quinine, du bromure de potassium et du sel volatil à des doses variables suivant les âges.

M. Cheatle cite quelques observations comme preuves à l'appui de son opinion.

N.

**Diphthérie du pharynx ; deux trachéotomies suivies de guérison dans  
la même famille, par M. J. B. STEVENS. *Lancet*, p. 1131, juin 1889.**

Il s'agit d'une petite épidémie qui frappa quatre enfants dans une même famille, le plus gravement atteint fut le dernier âgé de 22 mois. On dut le trachéotomiser pour éviter la suffocation. La plaie se recouvrit de fausses membranes qui ne persistèrent pas plus d'une semaine. Neuf jours après l'opération, la température s'éleva et il y eut un rash rubéolique surtout confluent sur le corps et les extrémités ; huit jours plus tard nouvelle éruption et entre les deux chutes de la température. La guérison survint néanmoins, mais on avait été obligé de faire l'alimentation rectale.

Les choses se passèrent plus simplement pour le second enfant qui fut aussi trachéotomisé, mais ne présenta pas de complications.

M. Stevens attribue dans ces deux cas le succès à ce que l'opération a été faite à temps et aussi à l'alimentation constante.

N.

**Trois cas de polypes naso-pharyngiens enlevés après décollement des narines ; réflexions, par M. Mc LEOD. *Lancet*, p. 1032, mai 1889.**

OBS. I.—Un jeune homme de vingt-cinq ans portait depuis deux ans une tumeur de la fosse nasale gauche qui était complètement obstruée ; cette tumeur formait en arrière du voile du palais une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. La fosse nasale gauche était dilatée et le squelette osseux élargi. L'opération fut pratiquée sous le chloroforme ; on fendit la narine à gauche de la cloison ; le pédicule de la tumeur ayant été enserré avec la chaîne d'un écraseur, on put extraire la plus grande partie du polype par la bouche ; le reste fut tordu ou enlevé avec des pinces. La plaie guérit par première intention, laissant à peine une cicatrice linéaire.

OBS. II. — Jeune homme de 20 ans, ayant depuis neuf mois une tumeur de la fosse nasale droite et du pharynx. Depuis un an et demi fréquentes épistaxis qui se répétaient tous les trois ou quatre jours. Quatre fois on avait en vain tenté l'extirpation de la tumeur. Prolongement pharyngien descendant aussi bas que la luette. Même opération que dans le premier cas. Réunion par première intention ; guérison.

OBS. III. — Jeune homme de 23 ans ; tumeur de la fosse nasale droite, s'étant amincie six mois auparavant par des épistaxis. Cette tumeur avait une large base d'implantation s'étendant à tout le corps du sphénoïde, aussi la paroi du sinus sphénoïdal fut-elle entraînée au moment de l'extirpation ; mais il ne s'ensuivit aucun inconvénient et la guérison survint rapidement.

Dans les trois cas, il s'agissait d'Indiens, chez qui seraient fréquentes ces tumeurs, au dire de M. Leod. Elles paraissent d'après cet auteur prendre naissance dans le périoste en un point quelconque de la paroi osseuse des fosses nasales. En fendant les narines, le chirurgien peut se rendre compte du point d'insertion et introduire plus facilement l'écraseur ; il voit aussi mieux si l'extirpation a été complète et peut mieux faire le nettoyage de la plaie.

N.

**Note sur l'anatomie de l'épiglotte, par M. MAYO COLLIER. *Lancet*, p. 882, mai 1889.**

L'épiglotte est constituée par une membrane fibro-élastique qui s'attache à l'os hyoïde dans toute sa longueur d'une grande corne à l'autre ; latéralement par son bord libre, elle passe au devant et au-dessus de la grande corne de l'hyoïde pour venir tapisser la fossette amygdalienne. M. Collier à cet effet propose la dénomination de membrane hyo-épi-

glottique et donne le nom d'amy-épiglottique, pour amygdalo-épiglottique, au repli qui part des bords latéraux de l'épiglotte.

On décrit en général séparément le ligament glosso-épiglottique central et le ligament hyo-épiglottique. Mais par une dissection minutieuse on reconnaît qu'il s'agit là d'un ligament triangulaire dont la base libre est recouverte par la muqueuse et dont le bord antérieur s'insère à la base de la langue et le bord postérieur à la face antérieure de l'épiglotte. Le ligament hyo-glosso-épiglottique a une structure très nette ; il se confond en avant avec le tissu fibreux qui recouvre la base de la langue et en arrière il est intimement lié à l'épiglotte. Un ligament central est étendu depuis le corps de l'os hyoïde à la pomme d'Adam, il est intimement attaché au pétiole de l'épiglotte. Le muscle thyro-hyoïdien recouvre un espace pyramidal qui renferme du tissu cellulaire et de la graisse ; or cet espace est limité en arrière par les replis ary-épiglottiques, en avant par la membrane hyo-épiglottique et à la partie interne par les bords incurvés de l'épiglotte.

N.

**Constriction des mâchoires à la suite d'une ankylose bilatérale, traitée avec plein succès par l'excision des deux angles du maxillaire inférieur après que toutes les autres méthodes avaient échoué, par M. WILL H. BENNETT (Brit. medic. Journ., p. 115, juin 1889).**

Il s'agit dans ce cas d'un individu de 28 ans, qui était atteint de constriction des mâchoires consécutivement à une ankylose bilatérale d'origine rhumatismale. Deux ans auparavant on avait déjà réséqué la branche montante et le condyle gauche du maxillaire inférieur et onze jours plus tard, on procéda de même du côté droit ; après cinq semaines, extirpation d'une portion d'os à gauche, d'un pouce d'épaisseur. Consécutivement à la seconde de ces opérations, il y eut un certain degré de mobilité pendant une quinzaine, mais ensuite la constriction fut aussi prononcée. La troisième opération fut suivie d'une ossification rapide.

M. Bennett pratiqua l'excision des deux angles du maxillaire inférieur de la façon suivante : il découvrit le champ opératoire au moyen d'une incision en croissant commençant en arrière de la dernière molaire et en ayant soin d'écartier quelques fibres du maxillaire et du ptérygoïdien interne ; l'os fut ensuite divisé à la scie et enlevé avec des pinces coupantes. Deux mois plus tard le malade imprimait aux mâchoires un écartement d'un pouce et il finit par recouvrer complètement ses mouvements.

Ce cas est intéressant par l'opiniâtreté de la constriction, par le traitement qui fut institué et dont il faut attribuer les heureux résultats en partie au siège de l'opération qui fut pratiquée aussi loin que possible du centre d'ossification et en particulier au soin que l'on mit à séparer toutes les fibres du masséter et du ptérygoidien interne du centre de la joue.

N.

**Du goitre exophthalmique et autres névroses**, par M. HENRY BARNES.  
*Brit. medic. Journ.*, p. 1225, juin 1889.

Une malade, âgée de 34 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé auparavant, éprouvait depuis quatre ans de fréquentes envies d'uriner. Depuis deux ans et demi, elle avait commencé à maigrir ; elle urinait énormément et avait une faim insatiable. Yeux proéminents ; corps thyroïde hypertrophié surtout à droite ; cette hypertrophie avait débuté cinq ans auparavant. Depuis dix-huit mois, elle perdait les cheveux et il y a trois mois il n'en restait plus guère que quelques mèches derrière les oreilles, mais depuis cette même époque, ils semblaient vouloir repousser. Elle avait vu tomber de même à peu près tous les poils de la face et du pubis. Palpitations depuis cinq ans. Suppression de la menstruation depuis deux ans ; peau sèche, soif vive, urines très abondantes et riches en sucre. La malade ne tarda pas à succomber.

N.

**Un cas de calcul salivaire**, par M. R. PARRY. *Brit. med. Journ.*, p. 1114, mai 1889.

Un homme de 60 ans, portait dans la bouche une tumeur qui occasionnait une vive douleur pendant la mastication. Elle était située à gauche du frein, était dure, résistante ; canal de Warthon perméable. Il s'agissait de calculs qui furent facilement énucléés ; les parois de la poche furent touchées avec de la teinture d'iode et la guérison se fit promptement.

**Remarques sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par le tubage avec observations à l'appui**, par M. G. STOOK RADMAN. *Brit. medic. Journ.*, p. 1169, juin 1889.

Durham rapporte que sur 50 cas où fut pratiquée la gastrotomie pour cancer de l'œsophage, 25 fois les malades moururent dans la semaine qui suivit l'opération et parmi ces derniers, quinze moururent dans les quarante-huit heures ; il n'y eut que cinq cas où les malades survécurent trois mois à l'opération. Polum, d'autre part, dit que sur 103 cas qu'il a

dépouillés, 50 fois seulement les malades survécurent plus d'une semaine. Or, M. Radman publie deux observations où les malades ont eu une survie de 171 jours et de 203 jours après le traitement qu'il leur a fait subir.

Dans les deux cas, le rétrécissement en était arrivé au point de ne plus permettre la pénétration des liquides. Chez le premier malade il introduisit au niveau du rétrécissement un tube n° 11, ce qui permit au malade de s'alimenter et d'augmenter son poids. Le tube était maintenu au moyen d'un fil de soie qui venait s'attacher derrière l'oreille ; il ne fut pas changé pendant huit semaines, au bout de ce temps on le remplaça par un n° 9. Le malade succomba à la cachexie.

Chez le second malade, les résultats furent encore meilleurs, mais il se passa un accident digne d'être noté ; le fil de soie étant venu à se couper, ce fut en vain qu'on essaya d'extraire le tube qui fut rejeté dans un effort de toux après être resté en place pendant 171 jours.

L'auteur croit pouvoir vanter l'efficacité du tubage dont les résultats seraient supérieurs à tout autre procédé thérapeutique. Il donne en terminant des conseils sur la façon de fixer le tube et sur la nécessité de le maintenir longtemps en place pour ne pas irriter la tumeur par des manœuvres réitérées.

N.

**Un cas de rétrécissement de l'œsophage ; gastrostomie ; mort, par  
M. ALF. SHEEN. *Brit. med. Journ.*, p. 1463, juin 1889.**

Un homme de 72 ans, qui avait toujours joui auparavant d'une bonne santé, ressentait depuis quatre mois une certaine difficulté dans la déglutition et depuis quelques jours vomissait des aliments ; il en était même arrivé à ne pouvoir plus rien avaler du tout. Amaigrissement considérable. Pas de vomissement de sang, pas de douleur, pas de syphilis, jamais d'injections de liquides corrosifs.

Il existait un rétrécissement de l'œsophage situé environ à 23 centim. en arrière des dernières molaires, et à travers lequel on pouvait faire passer une bougie n° 10. On décida de pratiquer la gastrostomie ; le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on constata la présence d'un nodule cancéreux de l'œsophage de la grosseur d'une noix environ et ayant envahi toute la circonférence de l'œsophage. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

N.

**Hypertrophie du corps thyroïde**, par M. JACOBSON. *Bristish medic. Journ.*, p. 1295, juin 1889.

M. Jacobson a présenté à la Société harwéienne de Londres, une mère âgée de 37 ans et ses cinq enfants, tous atteints d'hypertrophie du corps thyroïde. M. Jacobson a enlevé l'isthme, tout le lobe gauche et environ le tiers du lobe droit et a fixé par des sutures perdues ce qui restait, au-dessous du sterno-mastoïdien. La dyspnée a été complètement améliorée. Les enfants étaient âgés de 1 à 11 ans. L'hypertrophie du corps thyroïde était surtout marquée chez la fille cadette âgée de 10 ans.

M. Stephen Mackenzie fait remarquer qu'il s'agit peut-être là d'une série unique dans son genre. Il rappelle qu'on a souvent guéri des goitres par des injections interstitielles d'acide acétique ou encore par des vésicatoires volants répétés.

N.

**Deux cas d'obstruction partielle des bronches par un corps étranger avec remarques sur l'opération de la trachéotomie pour leur évacuation**. *Brit. medic. Journ.*, p. 1888, juin 1889.

Un homme de 49 ans, avait dans la bouche un bouton qu'il avala en s'endormant. Il fit des efforts de toux pour le rendre, prit même un vomitif, mais ne rejeta rien. Il vint à l'hôpital où on ne constata pas de symptômes suffisants pour diagnostiquer un corps étranger des bronches. Le malade s'imaginait ressentir le corps étranger du côté gauche. Il quitta l'hôpital après vingt-six jours en refusant de laisser pratiquer la trachéotomie. Il dut revenir bientôt à l'hôpital et mourut quelques jours après d'épuisement. A l'autopsie, on trouva le bouton au niveau de l'éperon formé par la première bifurcation de la bronche droite ; la muqueuse était ulcérée dans cet endroit et le poumon condensé.

Dans le second cas, un enfant de sept ans avait avalé une embouchure de trompette ; il eut quelques accès de toux quand le corps étranger pénétra dans le poumon, avec siflement continual pendant l'inspiration et l'expiration. Après treize jours, on pratiqua la trachéotomie et on retira le corps étranger avec une pince qui fut enfoncee à 22 centimètres environ du bord inférieur de la plaie trachéale dans la bronche gauche. La guérison s'effectua rapidement.

L'intérêt de ces deux cas réside en ce qu'il était impossible de diagnostiquer par l'examen subjectif la présence des corps étrangers ; en outre les symptômes secondaires avaient conséutivement pris le pas sur les

symptômes primitifs. Par suite de cette incertitude on ne put instituer de suite un traitement rationnel, ce qui détermina la mort dans le premier cas. Aussi l'auteur conseille-t-il, en cas de doute, de pratiquer la trachéotomie dont les inconvénients ne sauraient être mis en parallèle avec le danger que fait courir la présence d'un corps étranger dans les bronches. Il insiste en terminant sur les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de la pince.

N.

**Un cas de thyrotomie pour corps étranger du larynx**, par M. MICHAEL BEVERLEY. *British medical Journal*, p. 14, juill. 1889.

Un homme de 42 ans qui tenait à la bouche une pièce de monnaie, l'avalà brusquement en faisant un saut à terre ; elle était venue se loger entre les cordes vocales à leur extrémité antérieure. On essaya, mais en vain, l'extraction avec des pinces, en faisant mettre au malade la tête en bas, en lui frappant sur le cou. Enrouement et quintes de toux.

Après diverses tentatives, au bout de six jours, on pratiqua la laryngotomie, mais on ne put retirer la pièce en passant une pince au-dessous des cordes vocales ; la thyrotomie fut faite séance tenante et quand on eut écarté les ailes du cartilage thyroïde on ne retrouva plus le corps étranger qui était tombé dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Au bout de neuf jours en effet, il était rendu par l'anus. Le malade guérit complètement, mais en conservant de l'enrouement.

D'après l'auteur, il vaut mieux opérer que de rester dans l'expectative et il se rallie à l'opinion d'Erichsen qui prétend que tant que le corps étranger reste en place le malade est sous le coup d'un danger imminent pouvant être dû à un accès de suffocation subit ou bien à de l'inflammation. En outre il a cru bon de pratiquer la thyrotomie parce que le corps étranger était enclavé dans le larynx et ne pouvait être retiré par la trachée. Quant au danger qu'il peut y avoir à pratiquer la thyrotomie, il le croit nul, avec Virchow, toutes les fois qu'on opère sur un larynx sain.

N.

**Deux cas de tumeurs malignes du corps thyroïde**, par M. PROCTER S. HUTCHINSON. *British medical Journ.*, p. 128, juillet 1889.

Le premier de ces cas concerne un maître d'école âgé de 53 ans qui depuis trois mois avait noté de la tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde : la tumeur était dure, tendue et immobile. Douleur vive avec

irradiation au bras, dysphagie et enrouement. A l'examen laryngoscopique : corde vocale droite en position cadavérique. Le malade mourut d'épuisement, quatre mois et demi environ après le début de la tumeur.

A l'autopsie, infiltration purulente du corps thyroïde tout entier. D'après l'examen microscopique, il s'agissait vraisemblablement d'un cancer à petites cellules, bien qu'on put remarquer beaucoup de signes caractéristiques d'un sarcome alvéolaire.

Ce cas indique la difficulté qu'il peut y avoir à se prononcer sur la nature cancéreuse ou sarcomateuse d'une tumeur du corps thyroïde.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme âgée de 56 ans, présentant une tumeur du côté droit du cou et dont le début datait de cinq mois. Dyspnée et dysphagie. La tumeur, de la grosseur d'une orange environ, comprenait le lobe droit du corps thyroïde. Au bout de quelque temps, la tumeur augmenta de volume accroissant la dyspnée, on tenta l'énucléation, mais il fallut y renoncer à cause des adhérences trop intimes avec les tissus du voisinage. L'examen microscopique d'une parcelle détachée donna à penser qu'il s'agissait d'un squirrhe ou d'un cancer. La malade mourut cinq mois après ; on ne put pratiquer l'autopsie.

N.

**Contribution à l'étude de la parotidite**, par le Dr ZIEM, de Dantzig, in *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1889, p. 150.

Cet article établit la coïncidence, plus fréquente qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici, de la parotidite et de la suppuration du sinus maxillaire du même côté. S'appuyant sur les recherches anatomiques de Hunter MacKenzie, d'où résultent les liens lymphatiques qui unissent la muqueuse nasale aux ganglions parotidiens, Ziem suppose que le développement de la parotidite, en pareil cas, tient au transport par ces voies lymphatiques de germes infectieux développés dans le sinus enflammé.

En terminant, l'auteur consacre quelques lignes au rétrécissement concentrique du champ visuel maintes fois observé par lui chez les sujets atteints de parotidite et une fois sur un individu chez lequel on avait injecté dans le tissu cellulaire de la joue une solution destinée à la cavité du sinus maxillaire. Il explique ce symptôme par des troubles circulatoires de voisinage qui ont fini par s'étendre jusqu'aux parties périphériques de la rétine.

LUC.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE  
DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS  
SERVICE DE M. RUAULT

A partir du 15 octobre, les consultations de la Clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, 252 bis, rue Saint-Jacques, auront lieu de *une à trois heures* de l'après-midi (et non plus le matin), les mêmes jours que précédemment (*lundis, mercredis, vendredis*). — Examen des nouveaux malades et démonstrations rhinoscopiques et laryngoscopiques le lundi et le vendredi; opérations le mercredi.

## NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de M. R. Voltolini, professeur d'otologie à l'Université de Breslau (Prusse). M. Voltolini s'était beaucoup occupé non seulement d'otologie, mais aussi de laryngologie et surtout de rhinologie.

Il doit être considéré comme l'un des fondateurs de la rhinologie contemporaine. Ses travaux sont trop connus de nos lecteurs pour que nous ayions à les énumérer ici; nous avons d'ailleurs rendu compte, dans un de nos derniers numéros, du traité des maladies du nez qu'il avait publié récemment, livre où se trouvent exposés les résultats des longues et patientes recherches qu'il avait poursuivies depuis plus de trente ans sur la pathologie nasale. Nous rappellerons, parmi ses travaux de laryngologie, sa méthode de traitement de certains polypes laryngés par l'éponge, et ses écrits sur l'emploi de la galvanocaustique en thérapeutique intra-laryngienne. Jusqu'à ses derniers jours, M. Voltolini a été un collaborateur assidu de la *Monatschrift für Ohrenheilkunde*.

*Le Gérant: G. STEINHEIL.*

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

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

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

DE L'ACIDE SULFORICINIQUE

ET DE SON EMPLOI COMME VÉHICULE DISSOLVANT DE QUELQUES  
MÉDICAMENTS UTILISABLES EN APPLICATIONS TOPIQUES

Par les Drs **A. Ruault** et **A. Berlioz**.

---

L'acide sulforicinique est un produit employé depuis long-temps dans l'industrie par les teinturiers, comme mordant, pour la fixation de certaines matières colorantes, principalement pour la teinture en *rouge turc*. Il fait partie de la classe des composés appelés *huiles tournantes*, ou huiles solubilisées par l'acide sulfurique. L'huile tournante ricinique ou acide sulforicinique est choisie de préférence, pour l'usage industriel que nous venons d'indiquer, parce que l'huile de ricin renfermant des acides gras non saturés capables d'absorber et de fixer l'oxygène, elle donne un mordantage préférable à celui obtenu avec les autres huiles.

L'acide sulforicinique répond à la formule  $C^{18}H^{33}O^2$ ,  $OSO^3H$ ; c'est l'éther sulfurique acide d'un acide gras non saturé. D'après Muller-Jacobs, Liechti, Suida, il se composerait de deux parties dont l'une est soluble dans l'eau et l'autre

insoluble ; mais ces auteurs ne sont pas d'accord sur la nature chimique de la partie soluble.

Nous ne nous occuperons pas ici des procédés de préparation employés dans l'industrie, et signalés par les auteurs, parce qu'ils ne nous semblent pas applicables lorsqu'il s'agit d'obtenir un produit destiné à des usages thérapeutiques ; de même il est indispensable, dans ce dernier cas, de se servir d'acide sulfurique et d'huile de ricin purs, et non des substances impures suffisantes dans le premier cas. Le procédé de préparation qui nous a semblé préférable est le suivant :

Dans un grand vase conique, ou cylindrique, en verre, muni d'un robinet à sa partie inférieure, et contenant un kilogramme d'huile de ricin bien refroidie, on verse deux cents grammes d'acide sulfurique pur à 66°, par petites quantités, et en remuant constamment avec une baguette de verre pour mélanger la masse et éviter une élévation notable de la température. En effet, en opérant ainsi, celle-ci s'élève peu, et il ne se produit qu'un dégagement insignifiant d'acide sulfureux. On laisse en contact dix heures environ ; on ajoute de l'eau froide, on soutire la couche aqueuse et on lave plusieurs fois avec de l'eau salée (100 gr. de sel marin par litre d'eau). Après chaque lavage il est indispensable d'attendre quelque temps avant de soutirer l'eau. Le produit une fois bien lavé, on neutralise en partie avec de la soude de façon à conserver une réaction faiblement acide, condition préférable, surtout lorsqu'il s'agit d'un excipient destiné à servir de dissolvant à des substances antiseptiques. L'addition de la soude doit être faite avec précaution, en agitant sans cesse de façon à obtenir un mélange homogène ; et l'on doit prendre garde de n'en point ajouter en excès, car si en pareil cas on versait de nouveau de l'acide sulfurique dans la préparation, on déterminerait une sorte de saponification. La préparation terminée, on laisse reposer pendant deux jours environ, et on décante alors avec soin ou bien on filtre sur du gros papier.

On obtient ainsi un produit ayant la consistance d'un sirop très épais, transparent, de couleur jaune foncé, dont la densité varie entre 1035 et 1040. Au toucher, il donne la sensation d'une huile épaisse et très adhérente à la peau. Son odeur est presque nulle. Sa saveur est peu marquée, elle rappelle un peu celle de l'huile de ricin ; mais bien que sa réaction soit un peu acide, il ne produit sur la langue aucune sensation désagréable ou piquante lorsqu'on le met en contact avec elle.

Si l'on verse dans de l'eau, goutte à goutte, de l'acide sulforicinique, chaque goutte tombe immédiatement au fond du vase en filant ; elle s'y aplatis en laissant sur son passage une traînée blanche, puis autour d'elle et au fond du vase on voit se former un nuage blanchâtre. Lorsqu'alors on agite, on obtient une coloration blanchâtre de toute la masse, et si on laisse ensuite reposer, le liquide conserve longtemps le même aspect sans qu'il se forme de dépôt. Cependant il ne s'agit pas là d'une solution, mais bien d'une émulsion. Cette émulsion est d'ailleurs parfaite, au moins lorsqu'elle est récemment préparée ; une goutte du liquide, examinée au microscope, montre en suspension dans l'eau une multitude de globules sphériques très petits, de  $1/2 \mu$  à 1 ou  $2 \mu$  de diamètre, la plupart très mobiles.

L'acide sulforicinique, à la température ordinaire, peut maintenir en solution 10 0/0 de naphtol, ou 10 0/0 de créosote, 15 0/0 de salol, 40 0/0 d'acide phénique. Pour préparer ces solutions il faut employer la chaleur ; après refroidissement, les solutions de salol et d'acide phénique restent transparentes : celles de naphtol et de créosote sont au contraire opaques, mais elles ne déposent pas.

Ce qui rend cet excipient particulièrement précieux, c'est qu'en même temps qu'il constitue un excellent dissolvant des substances indiquées plus haut, il leur communique alors la propriété de s'émulsionner dans l'eau comme il le fait lui-même. Mises en contact avec l'eau, ces solutions donnent en effet des émulsions très suffisamment stables, dont une

goutte, examinée au microscope, montre également de petits globules de diamètres différents ; mais *pas de cristaux*. Connaissant le titre de chaque solution, il devient dès lors facile de préparer des émulsions contenant des quantités données de naphtol, de salol, etc. ; par exemple pour obtenir un litre d'émulsion naphtolée à 10/0, il suffira d'agiter convenablement 100 gr. de la solution dans la quantité d'eau nécessaire (1).

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les avantages que présentent ces diverses préparations. Jusqu'ici, en effet, le naphtol et le salol n'avaient guère pu être utilisés, comme topiques, qu'en poudre, en solution alcoolique, ou encore en solution dans le camphre. On ne pouvait obtenir des émulsions stables de naphtol dans l'eau, même à l'aide de la teinture de quillaya. Le salol camphré et le naphtol camphré, versés dans l'eau, tombent au fond du vase en gouttes sphériques, comme de l'huile lourde ; on arrive bien, par l'agitation, à diviser ces masses sphériques, mais dès que le liquide est en repos elles retombent de suite au fond du vase ; l'eau conserve toute sa transparence, et il ne se forme pas d'émulsion. Ces phénols camphrés, bien qu'ils contiennent une proportion très élevée de substance active, ne peuvent donc être utilisés avantageusement comme topiques sur les surfaces humides et particulièrement sur les muqueuses.

---

(1) Le produit obtenu comme nous l'avons indiqué plus haut est plutôt du sulforicinat de soude que de l'acide sulforicinique proprement dit. Au début de nos recherches, nous avions préparé de l'acide sulforicinique sans addition d'un alcali, mais notre produit ne ressemblait plus du tout à celui que l'on trouve dans l'industrie. Il ne s'émulsionnait pas avec l'eau, et au lieu de tomber au fond du vase il surnageait comme des gouttelettes huileuses. Il dissolvait bien certaines substances, telles que le naphtol, le salol, l'acide phénique, mais ces solutions ne s'émulsionnaient pas mieux. Ce fait nous avait d'autant plus surpris que nous avions suivi exactement le procédé indiqué par quelques auteurs. En le comparant aux échantillons que nous avions entre les mains, nous avons reconnu que l'addition d'un alcali était indispensable.

Depuis environ quatre mois, l'un de nous a utilisé les solutions de naphtol  $\beta$  et d'acide phénique dans le sulforicinate d'ammoniaque et l'acide sulforicinique, en applications topiques dans diverses affections des fosses nasales, du pharynx et du larynx. Ses premiers essais, qui ont déjà été signalés ailleurs (1), avaient été tentés avec des échantillons du produit préparé à l'usage des teinturiers, et qui avaient été obligamment mis à sa disposition par M. Schlumberger.

Les résultats obtenus ont été très encourageants.

Le naphtol sulforiciné à 10 0/0, employé pur en applications directes ou sous forme d'émulsion pour lavages des fosses nasales, s'est montré très efficace dans le traitement de l'ozène. Il a également donné de bons résultats sous forme d'émulsion très concentrée ou encore sans addition d'eau, dans le traitement local de la tuberculose laryngée ulcéruse.

L'acide phénique sulforiciné a surtout été employé sans addition d'eau. Cette préparation présente l'avantage considérable de n'être nullement caustique pour les muqueuses des premières voies, même lorsque l'acide phénique cristallisé y existe dans la proportion de 40 0/0. Appliqué sur la langue, il ne produit qu'une sensation de cuisson passagère. On peut en frotter les amygdales et le pharynx, même dans certains cas d'angines aiguës et chez les jeunes sujets, sans douleur marquée pour le patient. Après cette application, on constate qu'une couche du médicament, qui prend une teinte blanchâtre au contact de la muqueuse humide, y reste adhérente ; mais bientôt les parties reprennent leur coloration rouge, il ne se forme pas d'eschare.

---

(1) RUAULT. De l'acide sulforicinique, etc... (*Revue de laryngologie*, 1889, n° 25, p. 712. Bien qu'en ajoutant à l'acide sulforicinique de l'ammoniaque au lieu de soude, on arrive à y dissoudre une plus grande quantité de naphtol, nous ne conseillons pas l'usage de cette préparation (dont il est parlé dans la note de l'un de nous que nous citons ici), parce qu'elle manque de stabilité, laisse dégager de l'ammoniaque, et que bientôt le naphtol dissous se dépose en partie.

En applications locales énergiques, faites après cocaïnisation, dans la tuberculose ulcéreuse du larynx, l'acide phénique sulforiciné, à 20, 30, et même 40 0/0, s'est montré extrêmement utile. Les résultats qu'il a donnés ont paru supérieurs à ceux du naphtol, et il n'a pas plus que lui déterminé de réaction inflammatoire notable.

Nous ne faisons que signaler rapidement ici les applications de l'acide sulforicinique à la thérapeutique des premières voies, et seulement pour montrer que ce corps a déjà pu rendre des services importants dans la pratique, et engager nos confrères à multiplier et à varier ces essais. Mais bien qu'entre nos mains l'acide sulforicinique se soit montré constamment utile, et jamais nuisible, nous devons faire remarquer que la façon dont nous l'avons employé n'a jamais pu permettre l'absorption d'une quantité notable de ce corps. Aussi conseillons-nous aux chirurgiens et aux accoucheurs de l'employer avec prudence sur des surfaces où l'absorption est très active. Nous faisons de même les plus expresses réserves sur la possibilité de son emploi médical comme excipient d'antiseptiques insolubles destinés à être mis en contact prolongé avec la muqueuse digestive. On ne serait autorisé à faire des essais de ce genre que si l'étude complète et méthodique de la toxicité de l'acide sulforicinique et de ses effets physiologiques avait donné préalablement des renseignements précis sur les doses qui pourraient être administrées ainsi sans inconvénient.

### L'ECZÉMA DE LA LANGUE

Par le Dr **Paul de Molènes**, ancien interne des hôpitaux

**Synonymie.** — *Pityriasis lingual* (RAYER, VOGEL, BETZ). — *Lichénoïde lingual* (VANLAIR). — *Intertrigo lingual* (SANTLUS). — *Etat tigré de la langue* (BRIDOU). — *Etat lichénoïde de la langue* (GUBLER). — *Langue géographique* (ARCHAMBAULT, BERGERON). — *Ringworm* (J. PAGET). — *Excoriation chronique de la langue* (MÖLLER). — *Wandering rash* (BARKER-BUTLIN). — *Syphilis desquamative de la langue* (PARROT). — *Plaques*

*fugitives de bonne nature de la muqueuse linguale (CASPARY). — Desquamation épithéliale de la langue (GAUTIER). — Glossite exfoliatrice marginée (FOURNIER, LEMONNIER). — Exfoliation en aires de la langue (UNNA). — Glossite chronique squameuse (PICK). — Eczéma en aires ou marginé desquamatif (E. BESNIER). — Excoriation superficielle de la langue (HACK). — Eruption circinée de la langue (COLCOTT-FOX).*

## I

La pathologie de la langue renferme un grand nombre d'obscurités. Ce n'est pas qu'elle n'ait donné lieu à des travaux remarquables et dont l'importance ne saurait nous échapper; la littérature médicale est en effet très riche en mémoires, monographies de toutes sortes sur les affections linguales. Mais si les syphiliographes et les chirurgiens ont donné des lésions de la langue qui ressortaient de leur spécialité des descriptions auxquelles il y a bien peu de chose à ajouter, il n'en est pas de même des dermatologistes qui, étudiant le plus souvent ces affections avec des idées préconçues d'école ou de doctrine, ont pour ainsi dire créé un chaos pathologique dans lequel les cliniciens ont la plus extrême difficulté à se reconnaître. Et cependant rien n'est plus commun que les lésions de langue; parfois, il est vrai, ne provoquant aucune gêne elles passent inaperçues, ce qui est regrettable, car, ainsi que nous le montrerons, elles auraient pu soit déceler un état pathologique préexistant, soit aider un diagnostic hésitant.

Il suffit pour se rendre exactement compte du besoin de lumière qui se fait sentir dans cette question de voir le luxe vraiment inouï de dénominations employées par les auteurs pour désigner les affections de la langue qui ne sont pas la syphilis, les tumeurs malignes, ou la tuberculose; ces trois ordres de lésions, en effet, je ne veux pas les étudier ici, et je renvoie le lecteur aux traités spéciaux; ainsi que pour ce qui a trait aux glossites traumatiques, dentaires, mercurielles, tabagiques, aphées, diphtéritiques, ulcéro-membranées, etc., sur lesquelles je reviendrai d'ailleurs au chapitre du diagnostic.

Les glossopathies qui ne sont aucune de ces affections *confirmées* rentrent dans le cadre des glossites épithéliales, et ont été décrites par les auteurs sous les différents noms que nous avons indiqués en tête de ce travail, ainsi que sous les noms de psoriasis lingual (Bazin, Debove, Fairlie Clarke, etc.), de leucoplakia (Schwimmer), de leucoplasie (Vidal, Leloir, Besnier, L. Perrin, etc.). Est-ce à dire que toutes ces dénominations s'attachent à une même affection ? Certainement non, et nous pensons qu'il y a lieu de classer ces différentes affections, mais en simplifiant autant que possible, et en les rangeant dans un cadre nosologique net qui permettra au médecin de les reconnaître rapidement et d'instituer un traitement rationnel basé sur un diagnostic précis.

De toutes ces appellations, celle qui a le plus contribué à obscurcir la question est certainement celle de *Psoriasis lingual*. En effet le psoriasis est une affection tellement fréquente qu'elle est, dans ces formes classiques, connue par la plupart des médecins. Je dis dans sa forme classique, car tout le monde sait que le psoriasis atypique est souvent d'un diagnostic extrêmement difficile même pour les dermatologues les plus expérimentés. C'est ainsi que certaine forme de l'eczéma séborrhoïque d'Unna est parfois fort difficile à distinguer du psoriasis. Chaque fois donc qu'un placard blanc nacré, ou même rosé desquamant est observé sur la langue, immédiatement l'étiquette de psoriasis lingual est attribuée à la lésion constatée par le médecin inexpérimenté ; pronostic et traitement s'ensuivent, et l'on sait si l'un et l'autre sont favorables !

Or, nous pensons que le vrai psoriasis lingual n'existe pas. Dans le très grand nombre de psoriasis observés par nous jusqu'à ce jour, jamais nous n'avons observé un seul cas de plaque psoriasique sur la langue, et notre excellent maître Er. Besnier, Schwimmer, Vidal, Leloir qui a contribué à bien faire connaître l'anatomie pathologique de la leucoplasie, Merklen, Bénard, Perrin, etc., ont émis une opinion semblable à la nôtre.

Je voudrais procéder par élimination dans ce fouillis de dénominations que j'ai données, mais cela m'entraînerait dans une série de redites absolument fastidieuses. Il me semble préférable de déclarer de suite qu'en résumé il faut de tous ces noms ne garder que ceux de *Leucoplasie* qui rentre dans le cadre des stomato-glossites épithéliales chroniques aboutissant ou non à la dégénérescence épithéliomateuse, et d'*Eczéma lingual* comportant plusieurs variétés peu importantes, selon sa forme, son étendue, etc. C'est cet eczéma de la langue que je veux seul décrire ; je montrerai comment toutes les descriptions qui ont été données sous des noms différents doivent se rapporter à cet eczéma ; puis au chapitre du diagnostic, j'indiquerai à grands traits les caractères principaux qui différencient cet eczéma lingual des autres glossopathies, et je terminerai par quelques déductions pronostiques et thérapeutiques.

## II

Il n'est pour ainsi dire pas question de l'eczéma de la langue dans les différents traités de dermatologie, qui d'ailleurs ne signalent pour la plupart que très succinctement l'eczéma des muqueuses, et si l'on veut trouver des descriptions de l'affection qui nous occupe, il faut lire les mémoires qui ont pour titres les innombrables appellations que j'ai énumérées.

Un premier enseignement ressort de cette lecture, c'est que si les auteurs sont en désaccord sur les causes, le pronostic, le traitement et surtout le nom à donner à l'affection, il n'en est pas de même pour la symptomatologie ; presque toujours en effet les caractères qu'ils donnent comme propres à la maladie qu'ils décrivent sont pour ainsi dire identiques ou ne diffèrent que par des détails absolument insignifiants. C'est ainsi que nous pourrions presque prendre comme type de notre description les observations inscrites sous le nom de glossite exfoliatrice marginée dans l'excelente thèse de mon ami le Dr Lemonnier (Paris, 1883) inspirée

par le professeur Fournier. Je dis presque, car il est certains traits sur lesquels insiste Lemonnier qui doivent être relégués au second plan alors qu'il en est d'autres que je considère comme plus importants et que je m'efforcerai de mettre en relief.

Bien avant Lemonnier, Rayer, Betz et Vogel sous le nom de pityriasis lingual, Bergeron et Gubler, sous le nom de langue en carte géographique, état lichénoïde de la langue, décrivent déjà des taches rouges dépouillées d'épithélium, arrondies, de diamètre variable, ayant une bordure blanche, jaunâtre, plus ou moins saillante, s'étendant du centre à la périphérie; Bridou et Vanlair complètent la description. Mais huit années s'écoulent entre les travaux de ces deux auteurs (1872-1880).

Puis viennent les mémoires de Gautier, de Parrot avec sa conception nouvelle, de Hack qui insiste sur l'influence de l'hérédité, de Colcott Fox, Kinnier, Hartzell, Mibelli, etc., etc. Enfin plus récemment encore certains auteurs se sont efforcés de rattacher comme moi à l'eczéma ces glossites superficielles. C'est ainsi que mon maître M. Er. Besnier déclare fréquemment dans son remarquable enseignement clinique qu'il préfère le nom d'eczéma en aires ou marginé desquamatif au terme de glossite exfoliatrice marginée, et aux autres appellations.

L'eczéma de la langue n'est pas rare, et depuis que mon attention a été attirée de ce côté, j'ai été souvent à même de l'observer. Mais comme il évolue souvent en l'absence d'autres manifestations contemporaines de l'eczéma, et parfois sans provoquer de douleur, comme en outre il est remarquable par sa fugacité souvent extrême, il passe inaperçu. On peut l'observer à toutes les périodes de la vie, aussi bien chez l'enfant à peine âgé de quelques semaines, de quelques mois, que chez l'adulte ou le vieillard. C'est, d'après mon observation personnelle, aux deux âges extrêmes de la vie qu'on le constate le plus ordinairement. A propos de sa fréquence chez l'enfant je pourrais entamer ici la discussion soulevée

par Parrot, qui faisait de l'eczéma lingual une des manifestations fréquentes de la syphilis héréditaire : je reviendrai plus tard sur ce sujet. J'ai rencontré plus souvent l'eczéma de la langue chez la femme que chez l'homme.

Son étiologie peut se résumer ainsi : c'est *celle de l'eczéma* et je crois que cette idée sera adoptée quand on voudra se donner la peine de bien rechercher la cause. Je sais que non seulement en Allemagne et en Autriche, mais aussi en France, depuis quelques années, la doctrine française de la nature diathésique de l'eczéma est fortement battue en brèche. Mais avec beaucoup de maîtres, je demeure convaincu de la vérité de l'ancienne doctrine, et les beaux travaux du professeur Bouchard sur les affections cutanées survenant chez les individus ayant un ralentissement de la nutrition, ne font que confirmer l'existence de la diathèse. Si donc on recherche avec soin les causes de l'eczéma lingual on trouve celles de l'eczéma en général sur lesquelles je n'ai pas à insister, et, en outre, soit un eczéma ailleurs, au cuir chevelu par exemple, soit une alternance de l'eczéma de la langue et d'un autre eczéma. M. Er. Besnier, dans une communication faite à la réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis le 7 février 1889, indique cette alternance très fréquente de l'eczéma, généralement de l'eczéma séborrhoïque siégeant sur un point quelconque du corps et de celui de la langue. La thèse de Lemonnier en renferme une observation très nette, tout à fait concluante, que je lui avais communiquée et qui avait été recueillie dans le service de M. Besnier. J'ajouterai que la plupart des observations recueillies dans les différents auteurs qui n'attachaient aucune importance à cette particularité, renferment des faits qui confirment notre assertion. C'est ainsi qu'on trouve signalé dans ces observations soit comme antécédents, soit comme affection contemporaine de l'eczéma, ou de l'intertrigo, ou de la séborrhée ou de la gourme. De plus, parmi les autres manifestations franches de la diathèse arthritique il faut placer en premier rang les troubles dyspeptiques, gastriques ou intestinaux, déjà signa-

lés par Gubler, Bridou, Vanlair, Caspary, Barthez, Lemonnier, Mibelli; mais ces auteurs n'insistaient pas outre mesure sur l'importance de leur valeur étiologique. Dans une communication faite le 12 novembre 1885 à la Société clinique, je montrais la concordance si fréquente de l'eczéma de la langue, que je n'osais encore tout à fait décrire sous le nom que je lui assigne aujourd'hui, avec les troubles dyspeptiques, et je rapportais trois observations dans lesquelles eczéma lingual et crises dyspeptiques alternaient. Depuis cette époque j'ai recueilli un grand nombre d'observations semblables. Je pourrais même ajouter que dans tous les cas j'ai constaté chez l'adulte et le viellard l'existence de ces troubles dyspeptiques parfois coucomitants de l'eczéma lingual, mais qui le plus souvent alternaient avec lui. Et peut-on s'en étonner quand on sait que la langue, ce miroir de l'estomac, présente chez les individus affectés de dyspepsie gastrique ou intestinale un enduit blanchâtre ou jaunâtre plus ou moins épais, qui fait de la muqueuse linguale un locus minoris resistantiae où apparaîtra de préférence la manifestation eczémateuse.

Un des points intéressants de l'eczéma de la langue est le suivant: il apparaît souvent chez les syphilitiques, anciens ou récents, et même chez les syphilitiques héréditaires. C'est ce qui explique comment des auteurs de très grande valeur comme Kaposi, et surtout Parrot dans ses leçons cliniques de 1881 sur la syphilis héréditaire, ont fait de l'affection qui nous occupe une manifestation de la syphilis héréditaire ou acquise, une *syphilide desquamative*. Mais pour prouver que cette théorie, qui pour ces auteurs s'applique à la totalité des cas, et est en un mot exclusive, est entachée d'erreur, il suffit de trouver un seul cas où le malade atteint de la glossite que nous décrivons était absolument indemne de syphilis acquise ou d'héréo-syphilis. Or ces cas abondent, et Parrot lui-même ne trouve, en englobant le rachitisme dans la syphilis, que 41 syphilitiques sur 46 cas. Gautier de Genève sur un total de 64 cas rencontre 20 cas absolument

indemnes de spécificité. Fournier, Lemonnier, Gubler, Caspary, E. Besnier, Vanlair, Guinon enfin, dans un travail plus récent, signalent également des cas nombreux d'eczémas de la langue, à qui d'ailleurs ils donnent tous des dénominations différentes, où la syphilis faisait complètement défaut. Spilmann et Unna donnent deux observations personnelles, reueillies sur leur propre enfant, et absolument concluantes à cet égard. Dans les 3 observations que j'ai communiquées à la Société clinique, la syphilis ne pouvait être incriminée, et depuis j'ai observé un certain nombre de faits semblables.

Mais, comme je l'ai dit plus haut, si la syphilis n'est pas la cause occasionnelle et unique de l'eczéma de la langue, elle joue un rôle important comme cause prédisposante, et c'est ce qui explique l'erreur de Parrot. Chez les petits héréditaires en effet, la débilité générale, l'irritation produite sur la langue par le traitement, local en général, les troubles généraux qui président à la dentition plus ou moins vicieuse, et particulièrement les troubles gastro-intestinaux sont des facteurs actifs de la glossite eczémateuse ainsi que chez les adultes atteints de syphilis héréditaire tardive ou acquise : et cela comporte un grand intérêt pratique ; car j'ai constaté que ces lésions qui sont véritablement *syphiloïdes* aussi bien cliniquement qu'au point de vue étiologique sont presque toujours aggravées par la médication antisyphilitique, hydrargyre ou iodure de potassium, et par les cautérisations au nitrate d'argent.

Au même titre que la syphilis, mais avec un degré de fréquence bien moindre, je signalerai encore la convalescence des maladies graves, la sénilité, l'athrepsie, la dentition, les affections chroniques débilitantes, le diabète particulièrement, la menstruation (Unna), les émotions morales, etc., etc.

Enfin il faut tenir compte également parmi les causes susceptibles de provoquer l'apparition de l'eczéma, de toutes les conditions pathologiques entraînant un état de sécheresse de la muqueuse buccale telles que les lésions nasales, les végétations adénoïdes si bien décrites dans ces dernières

années, ainsi que les irritations locales produites par l'alcool, la mauvaise dentition et surtout l'abus du tabac.

Je ne m'étendrai pas davantage sur l'étiologie de l'eczéma de la langue, qui peut se résumer ainsi: étiologie générale de l'eczéma et j'ajouteraï de l'eczéma séborrhoïque particulièrement, mais avec ce corollaire: importance pathogénique des conditions susceptibles de modifier la vitalité de la muqueuse linguale, au premier rang desquelles je placerai les troubles dyspeptiques et la syphilis. Quant aux autres théories émises, je ne ferai que les signaler. On sait que Gubler avait admis, avec une grande réserve, il est vrai, la nature parasitaire de la lésion. Mais les recherches de Vanlair, Caspary, Balzer, Guinon, Renaut, etc., ont montré que les parasites observés existaient également sur toute langue saine. Kinnier dans un cas a observé un enfant atteint de teigne tondante sans trichophyton lingual; mais Barker le trouva dans un premier examen sur la langue, puis ne le retrouva plus dans un second examen. Je crois donc inutile d'insister sur cette théorie parasitaire ainsi que sur la théorie tropho-neurotique d'Auspitz et Unna qui font rentrer la lésion dans le cadre de l'area-Celsi, comme le pityriasis, l'ichtyose, le lichen pilaire. Pour ces auteurs, ces affections sont des épidémidoses; Mibelli en fait une forme de cheratolisis.

Pour clore ce chapitre je signalerai l'influence de l'hérédité qui m'a paru des plus manifestes dans plusieurs observations. Lemonnier relate le cas d'une femme atteinte de glossite exfoliatrice (lisez eczéma de la langue) dont le père et le frère présentaient la même affection. Bridou, Gubler signalent des cas semblables, et j'ai moi-même observé un eczéma de la langue existant chez le père et trois de ses filles. Mon excellent ami le Dr de La Harpe de Louèche-les-Bains m'a dit connaître une famille nombreuse dont presque tous les membres présentaient une desquamation en aire (selon son expression) de la langue, c'était d'ailleurs, m'a-t-il ajouté, une famille d'arthritiques francs, exempts de tare syphilitique.

## III

J'ai éliminé, on le voit, de cette étude pathogénique tout ce qui avait trait à la leucoplasie buccale. Je n'ai eu en vue que l'eczéma vrai de la langue tel que je cherche à le faire comprendre ; voyons maintenant en quoi il consiste, et cherchons surtout à apporter la plus grande clarté dans cette description, afin de dissiper la confusion engendrée par un abus de symptômes sans importance et des appellations variant avec chaque auteur. Pour cela il faut décrire d'abord un cas simple dégagé de toute complication, puis indiquer par ordre de fréquence les modifications qui peuvent survenir soit dans le cours, soit au déclin du processus morbide, ainsi que les variétés de formes que l'on rencontre parfois, mais qui peuvent toujours se rapporter au type clinique primordial.

C'est en procédant différemment dans la description de l'eczéma en général, où ont été entassés pêle-mêle des formes, des types, des noms variant à l'infini suivant le siège, la nature, la durée, l'étendue, etc., que les auteurs des principaux traités de maladies de la peau ont rendu si difficile la compréhension de cette affection si répandue, et si digne d'être bien interprétée par le praticien.

Ce n'est pas à dire qu'il n'existe nulle part de bonne description de l'eczéma lingual ; c'est ainsi que dans les mémoires déjà cités de Gautier de Genève, de Vanlair, de Guinon, de Lemonnier, de Mibelli et particulièrement dans une leçon récente du professeur Fournier, on trouverait d'excellents documents symptomatologiques.

Le plus souvent, ainsi que l'a bien montré M. E. Besnier, c'est sous la forme desquamative marginée qu'apparaît l'eczéma de la langue ; il peut être étudié dès le début quand il survient chez un malade qui a déjà eu une première atteinte. Étudions successivement ses caractères objectifs et les troubles fonctionnels qu'il entraîne. Il est toujours *localisé à la langue*, caractère des plus importants qui le distingue

des stomato-glossites épithéliales ou autres que nous avons déjà éliminées ; je veux dire qu'il n'envalhit par la face interne des joues, ni le plancher de la bouche, ni la voûte palatine, et non pas qu'il ne peut exister en même temps un eczéma orbiculaire des lèvres, ou des fosses narines ou du cuir chevelu, etc. Dans la grande majorité des cas il débute par les bords de la langue tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, quelquefois des deux côtés à la fois ; dans quelques observations c'est à la pointe, plus rarement sur l'une des faces dorsale ou inférieure qu'il apparaît. Des bords il s'étend plus ou moins rapidement sur les faces de la langue et le plus souvent sur la face dorsale, et a une tendance à se porter plutôt vers la partie postérieure, vers les grosses papilles du V lingual. Dans quelques cas très rares toute la langue est envahie mais à un degré différent, c'est-à-dire qu'on observe des parties en pleine poussée éruptive à côté d'autres moins atteintes, ou en voie de réparation : car, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, un des principaux caractères de l'eczéma de la langue est la rapidité extrême de son apparition et de sa disparition, sa fugacité comme l'ont bien observé les auteurs.

L'élément initial a toujours été dans les observations où nous avons été assez heureux pour le saisir tout à fait à son apparition une petite papule isolée ou multiple à peine saillante, un peu aplatie, bien visible à la loupe, rosée, parfois blanche simulant un petit grain très fin de millet, à peine douloureuse, mais perçue très bien par les malades qui avaient s'observer, ce qui leur permettait de reconnaître qu'ils allaient avoir une poussée linguale. Cet élément, que je ne trouve pas signalé par les auteurs qui décrivent comme point de départ soit un petit cercle plus ou moins régulier à liséré plus ou moins saillant plus ou moins blanchâtre, soit une simple tache rouge ou rosée ; cet élément, dis-je, apparaît sur les bords de la langue, dont le plus souvent les veines inférieures sont légèrement gonflées, saillantes, violacées, surtout quand, ainsi que c'est la règle, l'éruption observée

n'apparaît point pour la première fois. Très rapidement cette papulette se ramollit, devient vésicule, s'étale, se déprime à son centre, tandis que la périphérie devient plus saillante, et dès le 2<sup>e</sup> jour on constate soit un petit cercle à liséré et à desquamation si fine qu'elle est à peine visible, entraînée qu'elle est par la salive et les frottements si répétés de l'organe, soit seulement un arc de cercle, soit enfin quand l'éruption a d'emblée été multiple une tache à contours légèrement surélevés et polycycliques, et à fond rosé, rouge même parfois. Tous ces caractères sont d'autant plus faciles à observer qu'en même temps la langue présente le plus souvent un enduit jaunâtre, saburral accentué, indiquant bien un état de souffrance plus ou moins prononcé des voies digestives ; si bien que le liséré pourrait n'être dû qu'à un épaississement un peu plus marqué de cet enduit jaunâtre limitant la périphérie de la lésion.

Voilà donc l'affection caractérisée par une plaque, *une aire*, à fond rouge, ou rosé avec desquamation fine à sa surface ; les papilles sur cette plaque ne sont pas tuméfiées, mais semblent saillantes, hérissées en raison de la fine desquamation épithéliale qui constitue le processus morbide ; à la périphérie de cette aire, ce n'est pas un bourrelet qui existe ni même un feston saillant, et si les malades croient le ressentir c'est une pure sensation subjective produite par l'excès de délicatesse de la sensibilité normale de la langue. En effet, si on passe doucement le doigt à ce niveau, on ne sent ni saillie, ni dureté, et si à l'œil le feston semble exister, c'est parce que la coloration rouge de la surface dépouillée tranche vivement sur la coloration jaunâtre ou blanchâtre de la muqueuse. Aussi suis-je surpris de voir nombre d'auteurs éminents insister sur ce bourrelet blanc, *saillant*, ou jaune soufre, jaune argile, grisâtre (Caspar), bleuâtre, gris, blanc d'argent (Unna) que d'ailleurs ils ne peuvent expliquer au point de vne anatomo-pathologique, qui forme des cartes géographiques si nettes, des arcades si capricieuses ! Tout au plus y a-t-il au niveau de ce bord, ainsi que le démontrent

les préparations histologiques, une tuméfaction légère des papilles qui sont dans un état d'érection qui contraste avec l'affaissement des papilles de l'aire atteinte ainsi qu'une production un peu exagérée à ce niveau du parasitisme normal de la langue (leptothrix, spores multiples, cocci, etc.), ce qui excuse la théorie parasitaire que nous avons indiquée. Lemonnier, quid'ailleurs insiste trop à notre avis sur la valeur diagnostique de ce bourrelet, donne une comparaison très heureuse quand il dit qu'il ressemble aux rebords saillants « qui se trouvent situés de chaque côté d'un sillon tracé « légèrement sur un sable fin avec l'extrémité d'une canne, « ou aux petites ondulations qui se forment à la surface d'une « nappe d'eau sur laquelle on aurait jeté un petit corps pe- « sant » (page 34).

Nous avons étudié le bord, voyons maintenant la surface centrale; celle-ci, ai-je dit, est rouge, mais non d'un rouge uniforme; le plus souvent, en effet, la coloration rouge est plus marquée près du bord et va en s'atténuant vers le centre; cela provient de la marche progressive excentrique de la maladie, et il n'est pas rare de constater une coloration jaunâtre rosée du centre indiquant un état de guérison, alors que les bords sont rouges, lisses; ces différences de coloration sont parfois très marquées. De même les papilles semblent parfois comme couchées vers les bords tandis qu'au centre elles sont saillantes, plus même que normalement.

Cette surface ne présente pas trace de sécrétion pathologique; on y constate un desquamation très fine, plus visible à la loupe; mais le plus fréquemment quand la lésion n'a pas été cautérisée intempestivement dans un but thérapeutique, ou irritée par des aliments excitants, cette desquamation est à peine appréciable.

Que deviennent cette surface rouge et ce bord simulant un bourrelet? Tantôt la lésion ainsi constituée reste localisée à un bord de la langue, demeure stationnaire cinq à six jours, puis diminue insensiblement et disparaît, tantôt, et

c'est ce qui s'observe le plus souvent, la lésion progresse, et évolue comme l'alopecie en aire du cuir chevelu : une plaque qui a toujours été formée par les éléments que j'ai décrits se produit et va à la rencontre d'une seconde, d'une troisième, se réunit à elles formant une surface plus ou moins étendue, gagnant parfois toute la face dorsale de la langue qui présente alors une coloration rougelisse presque uniforme, paraît desquamée, et offre en certains endroits des îlots jaunâtres ou blanchâtres ou gris saillants qui, à première vue, semblent être les îlots malades, alors qu'ils ne sont en réalité que de rares espaces épargnés par la maladie.

Parfois, ainsi que je l'ai constaté une fois, une plaque du bord gauche de la langue s'étend lentement sur le dos de l'organe et va rejoindre une plaque du côté opposé formant comme un pont, contrairement à ce que disent Lemonnier et Gautier qui déclarent que très souvent le raphé médian de la langue arrête la marche de la maladie. Plus souvent la lésion se développe peu à peu, faisant tout le tour de l'organe sans envahir l'une des deux faces ; plus fréquemment enfin la lésion reste localisée à l'un des bords, peu développée, irrégulière, mais s'y cantonne, reparait avec une ténacité très grande semblant en voie de guérison et récidivant *in situ* pendant quelquefois plusieurs mois. Dans ces cas la persistance de la lésion en un point est parfois causée par une lésion dentaire qu'il faut rechercher. Signalons enfin une dernière variété très rare, dans laquelle la lésion était unilatérale et constituée par trois cercles concentriques, analogues à ce qui a été décrit sur le corps sous le nom d'herpès iris ou en cocarde.

On le voit dans son évolution sur la langue l'eczéma ne diffère pas de sa façon de se comporter sur la peau, et ainsi que l'eczéma marginé du thorax par exemple présente toutes les variétés possibles de forme, d'étendue, de margination, de circination, décrivant quelquefois les contours et les arabesques les plus singuliers, et cela frappe d'autant plus l'observateur que l'eczéma lingual a une évolution extrême-

ment fantaisiste et se transforme considérablement parfois d'un jour à l'autre. De là les innombrables schémas variés donnés par tous les auteurs aussi bien dans les cas observés chez les enfants que dans les observations prises sur des adultes ou des vieillards. Et cependant l'affection reste toujours une, facile à reconnaître, c'est bien un *eczéma* qui comme tel comporte des particularités dont nous devons indiquer les plus importantes, sans toutefois insister outre mesure.

J'ai déjà signalé celles qui avaient trait à l'étendue même de la lésion parfois pour ainsi dire rudimentaire, et d'autres fois envahissant toute la langue ainsi que je l'ai observé sur une malade du service de M. E. Besnier, pendant mon internat, dont j'ai transmis à Lemonnier l'observation détaillée étiquetée déjà à cette époque (1883) *eczéma de la langue*. Je ne reviendrai donc plus sur les variétés que présente la lésion au point de vue objectif pur et qui permettraient presque de créer des formes *marginée*, *circinée*, *festonnée*, *en cocarde*, *gyratée*, etc. ; insister sur ces formes serait embrouiller la question comme à plaisir et n'aurait aucun intérêt pratique, puisque, nous le verrons, l'affection restant une, le traitement est le même.

Mais il est un côté de la question qui pour le clinicien est plus intéressant à connaître. Je veux parler des caractères que revêt l'*eczéma* de la langue chez les enfants.

En effet, c'est en raison de la grande fréquence de l'affection chez les enfants et particulièrement chez les hérédosyphilitiques que Parrot a cru devoir mettre sur le compte de la syphilis les manifestations observées sur la muqueuse linguale. Les opinions du regretté médecin de l'hospice des Enfants-Assistés ont eu cours pendant plusieurs années. Mais depuis, une réaction s'est produite, et, ainsi que je l'ai montré au début de ce travail, l'affection que je décris n'a pas une origine spécifique ; aussi le professeur Fournier dans ses remarquables leçons sur la syphilis héréditaire, ne la mentionne-t-il pas.

Tout ce qu'on est en droit de dire c'est qu'elle se rencontre avec un degré de fréquence plus grande chez les syphilitiques pour les raisons sur lesquelles nous avons longuement insisté.

C'est ainsi que Mibelli relate sur cinq observations 4 cas où la syphilis existait à l'état de certitude ou de probabilité, et cependant il rejette la théorie de Parrot ; de même, dans 35 cas de leucoplasie buccale observés par Leloir, l'eczéma est noté 18 fois (au moins) dans les antécédents et pourtant il ne nous viendra pas à l'idée de faire de la leucoplasie une manifestation constante de la constitution eczémateuse.

Guinon a observé à l'hospice des Enfants-Assistés comme Parrot des cas nombreux de desquamation épithéliale de la langue, et, ainsi que nous, il n'admet pas l'origine syphilitique. Sur 44 de ses malades, 13 seulement étaient syphilitiques. Au point de vue symptomatologique sa description se rapproche exactement de la nôtre. Il comprend trois formes, mais qui ne nous semblent pas nettement tranchées. Comme lui nous avons constaté qu'à côté de la forme pour ainsi-dire classique, que nous avons décrite, il en existait deux autres, l'une dans laquelle les bords étaient très nets, saillants, l'autre au contraire où il n'existe pas de bords ; il y avait une simple plaque rouge, lisse, dépapillée, simulant un amincissement local de la muqueuse, sans troubles fonctionnels. Mais nous ne pensons pas qu'il y ait lieu dans l'un comme dans l'autre cas de créer des formes distinctes. Signalons en passant cette observation de Guinon que les affections aiguës faisaient disparaître momentanément la lésion linguale.

Les troubles fonctionnels que provoque l'eczéma lingual ne nous arrêteront pas longtemps. De même que sur la peau l'eczéma tantôt produit un prurit considérable, des sensations de picotement, de brûlure même, tantôt au contraire est absolument indolore, de même l'eczéma de la langue évolue parfois pendant des semaines sans provoquer la moindre douleur, le moindre trouble des sensibilités tactiles ou gusta-

tive, alors même que la lésion est très développée; et dans d'autres cas plus fréquents, quoi qu'en aient dit les auteurs, entraîne un état douloureux de la langue très marqué, au point que les aliments épicés, acides ou salés, le tabac, les boissons alcooliques ou très froides ou trop chaudes, les mouvements de l'organe pour parler provoquent une gêne, une maladresse et parfois une douleur très grandes. Ces différences proviennent soit de l'étendue de la lésion, soit de la susceptibilité nerveuse plus ou moins marquée du sujet.

Les troubles de la fonction salivaire sont presque toujours nuls. L'aptyalisme mais surtout le ptyalisme ont été quelquefois observés par moi, mais je dois le dire fort rarement. La salive est normale. Dans quelques cas il existe une odeur désagréable, fade de la bouche. Cela s'observe surtout quand les troubles dyspeptiques sont plus marqués; mais ce que j'ai constaté plus souvent au cours de l'eczéma lingual c'est une diminution notable des troubles dyspeptiques, une amélioration sensible de la fonction digestive qui persistaient tant que la muqueuse linguale était atteinte et malheureusement cessaient plus ou moins longtemps après la disparition de l'eczéma pour revenir avec un retour offensif de l'affection linguale. De là cette indication précise de traiter toujours les troubles digestifs en même temps que l'eczéma lingual. Cette odeur désagréable de la bouche au cours de l'eczéma s'accentue chez la femme au moment des règles et s'accompagne alors parfois d'une exacerbation de la maladie.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas envahis; les commissures labiales, la voûte palatine, le plancher de la bouche, la face interne des joues sont également intacts ainsi que je l'ai dit, à moins, bien entendu, de coïncidence d'une stomatite épithéliale quelconque tout à fait indépendante de l'eczéma lingual.

#### IV

L'eczéma de la langue a une durée extrêmement variable. J'ai déjà longuement insisté sur les modifications parfois

extraordinaire que l'on observait dans l'espace de quelques jours, et sur le caractère nomade de la maladie. Une poussée peut durer 2, 3, 8, 15 jours, un mois et même davantage selon l'étendue de l'affection et le traitement suivi. Mais les récidives sont extrêmement fréquentes, alternant comme je l'ai montré avec des troubles gastro-intestinaux ou d'autres manifestations eczémateuses ou arthritiques (goutte, asthme, migraines, gravelle, rhumatisme, etc., etc.). Chez l'enfant, l'affection peut apparaître avec les troubles provoqués par la dentition, puis disparaître pour ne plus revenir. Mais chez l'adulte elle est soumise à tous les caprices de l'eczéma, disparaît pendant des mois et même des années, puis sous l'influence d'une irritation quelconque de la muqueuse linguale, particulièrement après des excès de table ou de tabac, reparaît.

L'eczéma lingual se termine par la guérison, ne laissant après elle quelquefois sur les bords de la langue qu'un léger épaississement ou un état lisse de la muqueuse dépapillée à peine appréciable, et parfois aussi une tuméfaction des veines sublinguales qui paraissent un peu plus gonflées, plus violacées que normalement.

Cette bénignité de l'affection que nous n'avons jamais vue aboutir à la leucoplasie buccale, même à un âge avancé, s'explique quand on connaît l'anatomie pathologique de la lésion, malheureusement incomplète en raison de la rareté des autopsies et de la difficulté des biopsies. L'épithélium est peu altéré et si par le raclage on constate quelques cellules déformées, granuleuses ou ayant subi la transformation cavitaire, ou énucléées, des filaments de *leptothrix*, des bâtonnets, des coccis gros et petits pour ainsi dire normaux, on voit aussi que l'épithélium n'a jamais complètement disparu et forme toujours une couche plus ou moins complète plus ou moins mince au sommet des papilles, de sorte qu'il ne tarde pas à se reproduire, ne laissant pour ainsi dire pas de trace de l'affection. Les altérations du derme lingual et des vaisseaux sont à peine appréciables. Toutefois, contrairement à notre

opinion et à celle de Guinon, Lemonnier aurait observé dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme autour des vaisseaux, un grand nombre de corpuscules lymphoïdes disséminés ou en groupes plus ou moins compacts. Balzer a observé les mêmes phénomènes. Quant aux nerfs ils sont intacts.

Ces lésions, on le voit, diffèrent considérablement de celles de la leucoplasie qui se caractérisent au début par un épaississement de l'épiderme lingual, l'apparition d'une couche granuleuse sous-épidermique riche en éléidine, et enfin une tendance caractéristique à l'*hyperkératinisation* de cet épiderme qui plus tard, lorsque les fissures apparaîtront, subira une réaction caractérisée par la tendance à la *dékératinisation* et conséquemment à la desquamation par lambeaux plus ou moins épais.

Ces caractères anatomo-pathologiques nous permettent de différencier aisément la leucoplasie buccale de l'eczéma lingual. Ajoutons encore les caractères différentiels cliniques importants qui suivent, qui rendent impossible même au début la confusion entre les deux maladies et que nous extrayons de la remarquable revue critique faite par Merklen dans les *Annales de dermatologie* de 1883, sur le Psoriasis buccal de Bazin et Debove :

« Sur la langue, ce sont au début de petits disques de la grandeur d'un grain de chanvre jusqu'à celui d'une lentille ; les papilles à leur niveau sont comme tassées, aplatis (Vidal) ; primitivement saillantes, elles finissent par se confondre dans l'ensemble de la lésion. Les petites plaques sont tantôt de niveau avec la muqueuse saine qui les environne, d'autres fois légèrement bombées, d'où un aspect granuleux spécial que nous avons nettement constaté chez une malade, observée avec M. E. Bernier. Plus tard elles sont déprimées paraissant être le siège d'une petite rétraction cicatricielle (Schwimmer).

« Leur coloration d'abord d'un blanc bleuâtre comme si la rougeur congestive des papilles était masquée par un écran

blanc transparent (Schwimmer) passe au blanc mat et au blanc nacré. Il est nécessaire pour la bien constater d'enlever à l'aide d'un linge l'enduit normal de la langue. La consistance de la muqueuse au niveau des plaques est légèrement augmentée ; l'induration dont elles sont le siège tient à la fois à l'infiltration du derme et à l'état corné de l'épithélium. »

J'ajouterais que dans la leucoplasie il est très rare de voir les lésions localisées à la langue. Le plus souvent elles existent également à la face interne des joues, aux commissures des lèvres, tandis que dans l'eczéma, elles restent limitées à la langue.

D'une façon générale d'ailleurs le diagnostic de l'eczéma lingual est relativement facile. Les différents caractères que nous avons assignés à cette maladie permettent de la différencier de la plupart des glossites. On ne la confondra pas avec les aphètes, le muguet, les ulcérations traumatisques, tuberculeuses, professionnelles, épithéliomateuses, etc. Les plaques des fumeurs au début, rappellent un peu, de loin il est vrai, l'eczéma ; mais bientôt aux taches rouges, lisses, douloureuses qui ne sont en somme qu'une brûlure au premier degré succèdent des lésions qui simulent bien plus une glossite tertiaire ainsi que l'a montré M. le professeur Fournier, qu'un eczéma marginé simple : « Langue considérablement modifiée comme aspect, inégale, bosselée, mamelonnée, sur sa face dorsale ; irrégulière et comme tuberculeuse sur ses bords, déformée surtout vers la pointe ; offrant des flots lisses, dépapillés, grisâtres, blanchâtres, ou mêmes nacrés, sillonnée de stries transversales, antéro-postérieures ou obliques, indurée dans une étendue variable, spécialement vers la région antérieure là où le contact de la pipe ou l'apport direct de la fumée exerce surtout son action irritante, érodée enfin, ou même dans un degré extrême, véritablement ulcérée sur divers points, enfin siège très fréquent aux commissures en même temps qu'à la langue ».

Le lichen plan, lichen vrai d'Erasmus Wilson, présente

parfois des lésions buccales qui ont été bien étudiées surtout par R. Crocker, J. Hutchinson, Pospelow, Unna, E. Besnier et G. Thibierge. Mais ces lésions, rares d'ailleurs, ne peuvent pas être confondues avec l'eczéma de la langue. En effet, outre qu'elles sont très rarement localisées à la langue seule, ainsi d'ailleurs que les affections précédentes, elles se caractérisent par des taches *blanches*, arrondies ou irrégulières, non saillantes, pas douloureuses, à évolution très lente.

De même les lésions buccales observées très rarement par Unna dans le lichen ruber d'Hebra, par Brocq dans la dermatite exfoliatrice généralisée, par nous-même dans certains érythèmes polymorphes, ne ressemblent en rien à l'eczéma lingual.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic de l'eczéma avec les nombreuses variétés de glossites syphilitiques. Je ne parlerai pas des glossites tertiaires si bien décrites par MM. Fournier (1) et Mauriac (2) ni du chancre de la langue, ces lésions diffèrent trop de celle que nous étudions pour que j'aie besoin d'entamer une question oiseuse de diagnostic, mais des glossites secondaires, des plaques muqueuses érosives, des plaques lisses de Fournier, enfin de la glossite scléreuse superficielle spécifique.

Le diagnostic est alors parfois assez difficile surtout quand la lésion est observée sur un sujet syphilitique, et nous avons vu que l'eczéma de la langue, pour des raisons que nous avons données, est loin d'être rare chez les syphilitiques anciens et récents. Je donne en ce moment mes soins à deux de mes amis syphilitiques avérés, l'un depuis 9 ans, l'autre depuis 4 ans, atteints tous deux d'eczéma lingual à récidives fréquentes.

Pour l'un d'eux, mon diagnostic a été exact dès le début, mais j'avoue que j'ai soigné le second pendant plusieurs

(1) FOURNIER. *Des glossites tertiaires*. Paris, 1877.

(2) MAURIAC. Description clinique des glossopathies syphilitiques tertiaires. *Semaine médicale*, n° 12, 1888.

mois comme atteint de glossite syphilitique ; le traitement mercuriel et iodo-potassique, les cautérisations au nitrate d'argent agravaient toujours à ma grande surprise la maladie qui au contraire diminuait et s'éteignait dès qu'on cessait tout traitement irritant.

Plusieurs confrères consultés dans les deux cas diagnostiquaient des syphilides alors que l'affection rentrait véritablement dans le cadre des lésions *syphiloïdes* sur lesquelles M. le Pr Fournier a grand soin d'attirer chaque jour l'attention de ses élèves.

Afin de bien montrer les caractères qui distinguent ces différentes formes de syphilides de l'eczéma de la langue, je crois devoir mettre sous les yeux du lecteur, ainsi que je l'ai fait pour la leucoplasie buccale, la description classique de ces lésions d'après les leçons cliniques de MM. les professeurs Fournier et Cornil :

Les *plaques fauchées en prairies* de Cornil ou *lisses* de Fournier, sont certainement celles qui en imposent le plus pour un eczéma lingual. « La syphilis détermine quelquefois sur la langue dans la période secondaire, une éruption spéciale quant à sa physionomie, quant à ses caractères apparents, et qu'on ne retrouve sur aucun autre point.

Cette éruption consiste en des plaques plus ou moins étendues qui se localisent exclusivement sur le dos de la langue, plaques tantôt circonscrites et lenticulaires, tantôt étalées sur une assez large surface, rougeâtres, et d'un rouge plus vif notamment que celui des parties saines environnantes, régulières de contour et assez souvent arrondies et ovalaires ; plaques *non érosives* (notez bien cela) et différent des érosions en ce qu'elles ne se laissent pas colorer en blanc par le nitrate d'argent, plaques enfin remarquablement lisses, comme polies ou vernies, contrastant en cela, par conséquent, avec l'apparence villeuse des tissus voisins. On dirait à voir ces plaques que les papilles linguales ont disparu à leur surface, qu'elles ont été rasées. Cette *dépapillation* (pardonnez-moi le barbarisme) est-elle réelle ou n'est-elle

qu'apparente, je ne saurais le dire, n'ayant pas eu l'occasion d'examiner *post mortem* une langue affectée de la sorte. Toujours est-il que *de visu* les papilles ne sont plus appréciables au niveau de ces plaques, et c'est là précisément ce qui donne à cette lésion un aspect tout spécial. (1) »

Dans la *glossite scléreuse*, *superficielle* ou *dermique* qui survient généralement au déclin des accidents secondaires, on constate des petites plaques rouges, quelquefois d'un rouge sombre, lisses, unies, dépapillées, arrondies ou ovaillaires, peu étendues, mais à bords légèrement irréguliers, et donnant à la pression la sensation d'une résistance, d'une induration *parcheminée*. D'autres fois la plaque est plus étendue, irrégulière ; elles siègent le plus souvent sur les bords de la langue, ne se modifient que très lentement, ont une durée très longue, de plusieurs années parfois, et aboutissent le plus souvent à un état scléreux, dur, blanchâtre, non ulcéré, mais légèrement fissuré. Tous ces caractères on le voit différent notablement de l'eczéma lingual si remarquable par ses caractères objectifs, son évolution rapide, sa fugacité, etc., etc.

On sait qu'après certains exanthèmes aigus, la scarlatine particulièrement, dans la convalescence des maladies aiguës, dans le cours des affections chroniques arrivées à la période de cachexie, on observe quelquefois une exfoliation transitoire de la langue. Dans certaines observations les caractères attribués à cette exfoliation étaient tels que je n'ai eu aucune difficulté à les rapporter à l'eczéma lingual caractéristique. Dans d'autres cas il existe de larges plaques exfoliées, sans liséré, rouges, lisses, et à côté de ces plaques, un état criblé de la langue que Lemonnier compare aux mailles d'un filet ; plaques dues à une chute transitoire, un dépouillement passager de l'épithélium lingual.

Enfin pour terminer, je signalerai cet état spécial de la

(1) FOURNIER. *Leçons sur la syphilis, professées à l'hôpital Lourcine*, 1<sup>re</sup> éd., p. 564.

CORNIL. *Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital Lourcine*, 1879, p. 125.

langue décrit par M. Fournier sous le nom de *Langue montagneuse* ou scrotale qui se caractérise par un grand nombre de sillons s'entre-croisant dans tous les sens. Cette conformation de la langue ne s'accompagne d'aucun trouble, a toujours existé, disent les malades, en un mot constitue une anomalie, mais non un état pathologique. Je ne citerai également que pour mémoire les ulcérations imaginaires de la langue sur lesquelles a insisté en ces derniers temps M. le professeur Verneuil.

Je crois avoir démontré que l'affection qui fait l'objet de ce travail n'est pas un pityriasis, un lichen, un psoriasis, une syphilide, une affection innominée de la langue, une glossite simple, mais bien un eczéma de la langue.

Tout, en effet, au double point de vue nosologique et nosographique la rattache à l'eczéma, et particulièrement comme je l'ai indiqué, à cette variété de l'eczéma chronique qui a été décrit par Unna et depuis par différents auteurs tant français qu'anglais sous le nom d'eczéma séborrhoïque ; le mot a fait fortune, bien qu'il puisse donner lieu à de nombreuses objections.

Grâce à cette conception nouvelle, l'eczéma de la langue bénéficie d'une thérapeutique rationnelle, méthodique, qui doit envisager aussi bien la cause que l'effet de la maladie. Trois indications principales s'imposent :

1<sup>o</sup> Traitement de la diathèse, et particulièrement des troubles de la fonction digestive.

2<sup>o</sup> Hygiène aussi complète que possible de la cavité buccale.

3<sup>o</sup> Traitement de la lésion de la langue.

1<sup>o</sup> Pour ce qui a trait au traitement de la diathèse, je renverrai le lecteur aux différents traités français des maladies de la peau, j'insisterai spécialement sur l'utilité de la médication thermale, et des alcalins à l'intérieur, et sur l'inutilité de la médication arsenicale contrairement aux idées généralement admises.

Les troubles des fonctions digestives, neurasthénie et

dilatation de l'estomac, dyspepsie intestinale, doivent être traités avec le plus grand soin, et je dois dire que je me suis plusieurs fois très bien trouvé soit du lavage de l'estomac, soit du napthol associé au salicylate de bismuth. La constipation qui est fréquente sera combattue activement. La poudre suivante, dont la formule a été donnée par M. Dujardin-Beaumetz, et qui doit être prescrite à la dose d'une cuillerée à dessert dans un quart de verre d'eau le soir en se couchant, m'a donné les meilleurs résultats :

Follicules de séné passés à l'alo-	
cool, en poudre.....	6 gr.
Soufre sublimé.....	
Fenouil en poudre.....	3 gr.
Anis étoilé en poudre.....	
Crème de tartre pulvérisée.....	2 gr.
Réglisse en poudre.....	8 gr.
Sucre en poudre .....	25 gr.

On devra également s'occuper des différentes manifestations concomitantes de la diathèse arthritique dont nous avons montré la fréquence.

2<sup>o</sup> La cavité buccale sera examinée avec le plus grand soin, et s'il existe des dents ou des fragments de dents, susceptibles de déterminer la lésion sur un point de la langue on devra y remédier de suite ainsi qu'à toutes les causes pouvant exagérer la sécheresse de la bouche.

Tous les excitants alimentaires et particulièrement le tabac seront rigoureusement proscrits. Le malade fera un usage souvent répété de bains de langue et de bouche soit avec des eaux émollientes, soit avec des eaux faiblement alcalines, tièdes.

3<sup>o</sup> Le traitement local est à peine indiqué dans les différents auteurs. Il est à même cependant de rendre des services incontestables. Il est divers agents thérapeutiques que l'on doit employer, en se pénétrant bien toutefois de cette idée que certains médicaments qui agissent bien chez l'un,

sont sans action sur un autre malade. Aussi doit-on ne pas craindre de modifier le traitement quand au bout de quelques jours il n'a pas donné de résultats satisfaisants. L'acide borique, le soufre et ses principaux composés, particulièrement l'hyposulfite de soude (Unna), l'acide lactique, le chlorhydrate de cocaïne, le salol, l'acide salicylique, la résorcine en solutions, en pommades, en collutoires, en glycérolés, doivent être employés tour à tour quand c'est nécessaire. Des onctions répétées soir et matin avec la vaseline boriquée à 5 0/0, ou avec le glycérolé suivant :

Glycérine ..... 50 gr.

Hyposulfite de soude ..... 4 gr.

(Faites dissoudre.)

La solution de cocaïne à 1/40 quand la langue était très sensible, l'acide salicylique (2 gr. pour vaseline 50) doivent être préférés. Chez les enfants ces médicaments seront employés avec précaution en raison de leur rapide absorption sur la muqueuse linguale, et c'est aux collutoires qu'on devra donner la préférence. Dans un cas très tenace j'ai dû employer l'acide lactique coupé de parties égales d'eau en attouchements répétés. Enfin quelques auteurs ont conseillé de légères scarifications de la muqueuse linguale ; mais je n'ai jamais eu besoin d'y avoir recours.

**Bibliographie.** — RAYER. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 167, Paris. — BERGERON. *Union méd.*, nouvelle série, t. XXII, p. 462, 1861. — GUBLER. Article Bouche. *Dict. encyclopédique*, t. X, 1<sup>re</sup> série, p. 234. — BRIDOU. *Sur une affection innommée de la muqueuse linguale*. Thèse, Paris, 1872. — ALIBERT. Desquamation épithéliale de la langue. *Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 806. — V. GAUTIER. *De la desquamation épithéliale de la langue*. Genève, 1877, et *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 10, 1881. — VANLAIR. Du lichénoïde lingual. *Revue mensuelle de méd. et de chirurg.*, janvier et mars 1880. — PARROT. La syphilis desquamative de la langue. *Progrès méd.*, 11 et 12, 1881. — PARROT. Lettre à Vanlair. *Progrès méd.*, 24, 1881. — DAMASCHINO. *Gazette hebdom.*, 16 juillet 1880. — LEMONNIER. *De la glossite exfoliatrice marginée*. Th. de Paris, 1883. — FOURNIER. *Leçons cliniques*, 1883 et 1888. — P. de MOLÈNES. 3 cas de des-

quamation en aires de la langue. *France médicale*, 1885, n° 145. — GUINON. La desquamation épithéliale de la langue chez les enfants. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1887. — ER. BESNIER. Eczéma en aires de la langue. *Annales de dermatol.*, 1889, n° 4. — MOELLER. Klinische Bemerkungen, ueber ernige weniger bekannte Krankheiten der Zunge, *Deutsche Klinik.*, n° 26, S. 273, Berlin, 1851. — BETZ. Ueber chronische, Exkorationem auf der Zunge. *Journal für Kinderkrankheiten*, Bd XX S. 190, Erlangen, 1853. — SANTLUS. *Journ. für Krankheiten*, 1854. — CASPARY. Ueber flüchtige gutartige. Plaques der Zurgenschleimhaut, *Vierteljahr. für Derm. und Syph.*, 2 u. 3 heft. S. 183, 1880. — UNNA. Ueber Kreisfleckige, Exfoliation der Kohlhand und der Zunge. *Vierteljahrsschrift für Derm. und Syph.* 2 u. 3 heft. S. 295, 1881. — HACK. Ueber flächliche, Exkorationen an der Zunge. *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd 1, n° 2, 1882. — LANG. *Vorlesungen ueber Pathologie und Therapie*, der syph. S. 222, 223, Wiesbaden, 1884-1886. — J. PAGET. In *Fairlie Clarke, diseases of the Tongue*, 1873, communication orale. — ARTHUR BARKER. On a peculiar, circular, wandering rash on the Tongue. *Pathological Society Transactions*, vol. XXXI, p. 353, Londres, 1880. — COLCOTT FOX. On the circinate eruption of the Tongue. *The Lancet*, vol. I, p. 842, Londres, 1884. — HENRY T. BUTLIN. Diseases of the Tongue, p. 159. Cassel, édit. 1885. — KINNIER. Circinate eruption of the Tongue. *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, p. 56, n° 4. New-York, 1887. — HARTZELL. Sull. esfoliazione, areata della lingua. *La riforma medica*, n° 268, 1887. — VITTORIO MIBELLI. Sulla esfoliazione areata della lingua. *Giornale ital delle malattie veneree et della pelle*, 1888, p. 388.

NOTE SUR UN MOYEN TRÈS SIMPLE D'AMENER LA DISPARITION  
DÉFINITIVE DE CERTAINES ÉPISTAXIS A RÉPÉTITION

Par le Dr Albert Ruault.

La fréquence des congestions de la muqueuse nasale nous explique pourquoi cette membrane, d'ailleurs si richement vascularisée, est de toutes les surfaces du corps celle où les hémorragies dites spontanées s'observent le plus souvent. En effet, la friabilité des capillaires superficiels de la pituitaire est directement sous la dépendance de ces congestions passagères ; celles-ci, comme toutes les hyperhémies, s'accompagnant d'une diapédèse d'autant plus abondante qu'elles sont plus fréquentes et plus marquées, et cette diapédèse

amenant à son tour une diminution de la résistance des parois propres des petits vaisseaux où elle s'effectue. Lorsque ceux-ci sont sains, ils peuvent encore, à la vérité, supporter sans se rompre une tension de beaucoup supérieure à celle qui peut être considérée comme maximale lors des hyperhémies de la membrane ne dépassant pas l'intensité d'une réaction normale ; et de même, lorsque ces congestions restent modérées chez un sujet présentant des lésions vasculaires limitées, légères et facilement réparables, ces hyperhémies ne suffisent généralement pas à produire un écoulement sanguin méritant le nom d'épistaxis ; tout au plus amènent-elles un très léger suintement sanguin, à peine suffisant pour tacher le mouchoir de temps à autre. Mais que, chez ce même sujet, une poussée congestive exagérée de la pituitaire vienne à se produire, et l'épistaxis surviendra inévitablement.

Certes, ce serait étrangement s'abuser que de vouloir réduire la question de la pathogénie de l'épistaxis aux considérations qui précédent : elle est autrement étendue et complexe. Mais je n'ai ici en vue que certaines épistaxis spontanées, à répétition, généralement peu abondantes, plus incommodes que dangereuses, survenant surtout chez les jeunes sujets, et chez des gens en bonne santé, exempts de tares organiques et de troubles marqués de la nutrition générale.

En pareil cas, bien que les troubles vaso-moteurs de la pituitaire soient un facteur bien plus important que la petite lésion vasculaire, c'est cependant celle-ci que tout d'abord le médecin doit rechercher et s'efforcer de faire disparaître. Les troubles circulatoires sont dus à des causes multiples, fréquemment insaisissables, presque inévitables dans la plupart des cas ; la lésion locale au contraire est souvent aisée à reconnaître, et facile à guérir.

On sait aujourd'hui (et c'est surtout à Chiari et à Kiesselsbach, que revient le mérite d'avoir, dans deux intéressants mémoires, appelé l'attention sur ce point), que dans la ma-

ajorité des cas d'épistaxis spontanée, le sang coule de la muqueuse de la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse du nez, près du vestibule de la narine. Cette région, où la membrane est mince, accolée à une paroi résistante, et richement irriguée par des terminaisons de l'artère ophthalmique et de l'artère faciale, est celle où les petits vaisseaux superficiels semblent se rompre avec le plus de facilité. C'est aussi celle qui est le plus exposée aux traumatismes divers, et avant tout aux érosions si fréquentes chez les gens qui ont l'habitude d'introduire les doigts dans les narines. Or, et c'est là un point sur lequel je tiens à insister, ces érosions, qu'elles soient produites par l'ongle, ou par le frottement du mouchoir introduit avec le doigt comme un doigt de gant, existent chez la majorité des gens atteints d'épistaxis à répétition. Elles sont d'ordinaire recouvertes de croûtes sanguines desséchées. Toutes les fois où les malades remuent leur nez ou se mouchent, elles sont mobilisées et plus ou moins détachées du point qu'elles recouvrent, elles irritent l'érosion sous-jacente et rendent sa cicatrisation extrêmement lente et difficile. Si le malade se mouche un peu fort, un léger suintement sanguin se produit, et si, alors ou peu après, il survient une poussée congestive du côté de la face, l'épistaxis apparaît. Mais il n'est nullement besoin, pour l'expliquer, d'invoquer la présence d'ectasies vasculaires préexistantes, qui seraient directement constatables à la vue. Je suis loin de nier qu'on puisse rencontrer ces saillies variqueuses, car je les ai vues moi-même bien des fois, mais je pense qu'on leur a attribué un rôle exagéré dans la pathogénie des épistaxis spontanées. Elles sont moins fréquentes qu'on ne l'a dit, et on peut d'ailleurs les trouver chez des gens qui ne saignent jamais du nez.

La pratique presque universellement adoptée aujourd'hui pour éviter le retour des épistaxis à répétition, qui consiste à ramollir les caillots par des lotions tièdes, à les détacher, à enlever celui qui siège au lieu d'élection et à cautériser de suite le point qui saigne, ne me paraît donc pas justifiée.

Elle ne le serait que s'il existait une saillie variqueuse en ce point; et c'est une chose dont il est alors extrêmement difficile de s'assurer, car l'ablation extemporanée de la croûte sanguine, quelque soin qu'on y mette, amène à peu près toujours un suintement sanguin empêchant l'examen. Aussi admet-on généralement, à priori, que cette ectasie vasculaire qu'on ne voit pas n'en existe pas moins, et on cautérise de confiance. Mais, ce qui prouve bien qu'on a souvent tort, c'est qu'assez souvent aussi cette cautérisation, même bien faite, ne met pas à l'abri de nouvelles épistaxis: celles-ci se produisent alors à la faveur des déplacements de l'escharre, bientôt sèche et dure; et il faut, pour les éviter, user après l'opération d'applications topiques empêchant ce durcissement de se produire avant l'élimination spontanée de la partie brûlée.

N'est-il pas plus logique de commencer par là; et, toutes les fois où l'on constate à la partie antéro-inférieure de la cloison des caillots durs et adhérents, de chercher d'abord, à l'aide de topiques appropriés, à amener leur ramollissement progressif et ensuite leur chute spontanée? J'ai, pour ma part, adopté cette pratique depuis plusieurs années déjà, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Toutes les fois où je suis consulté par des malades n'accusant pas d'autres symptômes que des épistaxis fréquentes, survenant par une seule narine dans certaines conditions presque toujours les mêmes (quelquefois au lit, plus souvent à la fin des repas un peu copieux, ou dans les appartements surchauffés, après s'être mouchés fortement, etc.) je commence par examiner la région antérieure de la fosse nasale en prenant quelques précautions spéciales. J'introduis avec douceur dans la narine, à un centimètre au plus de profondeur, un spéculum bivalve, en ayant soin de placer la valve fixe en bas, parallèlement au plancher; j'écarte alors la valve mobile à l'aide de la vis, et je relève ainsi le bout du nez et dilate la narine de bas en haut, sans toucher et en laissant visibles les régions latérales, et notamment la partie antérieure de la cloison nasale. Si je

constate en ce point la présence d'une croûte sanguine noirâtre, adhérente, de volume variable, je retire doucement le spéculum et je m'en tiens là. Je recommande au malade de s'abstenir absolument de porter la main à son nez, de se moucher le moins possible et toujours doucement et sans effort, et enfin d'introduire dans la narine malade, deux ou mieux trois fois par jour, gros comme une noix de vaseline blanche. Pour mettre cette pommade, le malade ne doit se servir ni du doigt, ni d'un pinceau ; il faut qu'il la fasse pénétrer seule. Il doit en charger une spatule (le manche d'une cuiller à café en tient lieu), et s'en remplir la narine sans y faire pénétrer l'instrument, en penchant fortement la tête en arrière. Dès qu'elle est arrivée dans la fosse nasale, la vaseline fond ; une partie s'écoule dans le pharynx d'où elle est rejetée au dehors par expusion, une partie aussi s'écoule en avant par la narine le long de la lèvre, d'où on l'enlève doucement avec le mouchoir, le reste baigne la partie inférieure de la pituitaire et imprègne les concrétions sanguines qui s'y trouvent. Je conseille au malade de suivre cette prescription pendant une semaine et de revenir ensuite, et si les épistaxis dont il souffre sont non seulement fréquentes mais abondantes, j'ai soin de lui donner de suite quelques indications sur les meilleurs moyens d'arrêter rapidement l'hémorragie, si elle venait à se reproduire. Un des meilleurs, à mon sens, est celui que j'ai indiqué dans un travail publié en 1887 par la *France médicale* ; il consiste à introduire doucement et sans effort, dans la partie antérieure de la fosse nasale qui saigne, une mèche de coton hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne à 10 ou 20 pour cent. L'hémorragie s'arrête presque toujours en trois à quatre minutes, et le tamponnement ou les autres moyens d'hémostase deviennent inutiles.

Dans la plupart des cas, le malade, en me revenant voir la semaine suivante, m'apprend que depuis plusieurs jours déjà il n'a pas saigné du nez, et non seulement l'examen de la fosse nasale me la fait voir absolument débarrassée des

concrétions sanguines que j'y avais constatées, mais elle me permet de m'assurer qu'il n'existe aucune lésion, aucune ectasie vasculaire, sur les points où ces concrétions existaient précédemment. Si, par hasard, je trouve des dilatations variqueuses apparentes, je les détruis, bien entendu, à l'aide du galvano-cautère ; mais, je le répète, souvent on ne constate rien de semblable. Force est donc bien d'admettre que les épistaxis se produisaient à la faveur d'une simple *érosion*, superficielle, d'origine traumatique, dont la cicatrisation était entravée. Il suffira dès lors, pour obtenir une guérison définitive, d'obtenir du malade qu'il s'abstienne de reproduire cette érosion. On y arrive généralement en prescrivant de continuer, pendant quinze jours ou trois semaines, l'usage de la vaseline. Lorsque le malade introduit, sans y penser, le doigt dans la narine, la sensation produite parle corps gras qui l'enduit provoque son attention et l'empêche de se gratter. Bientôt il en perd complètement l'habitude, et il est dès lors à l'abri des récidives, s'il prend soin de revenir à l'usage de la vaseline, lorsqu'une sensation de sécheresse ou de démangeaison l'invite à se gratter de nouveau. La vaseline agit alors non seulement comme un signal utile, mais aussi en faisant disparaître la sécheresse de la muqueuse.

J'ai déjà vu si fréquemment les choses se passer de cette façon, que je crois bien faire en appelant sur ces faits l'attention de mes confrères. Je possède des observations de malades que j'ai guéris ainsi d'épistaxis à répétition qui duraient depuis des années ; huit à dix jours après le début du traitement, la muqueuse était guérie, il ne s'agissait que d'une érosion, qui avait duré ainsi depuis fort longtemps sans amener de lésions ulcérées proprement dites ou de perforations de la cloison, ce qui m'amène à penser que ces perforations, en dehors de la syphilis et de quelques autres infections, sont beaucoup plus rares que le pense Voltolini. Je me résumerai donc, en terminant, par l'énoncé d'un aphorisme qui est l'expression exacte et complète de ce que j'ai voulu dire dans les pages qui précédent :

*Beaucoup de malades, atteints d'épistaxis à répétition, doivent ce désagrément à la présence sur la partie antéro-inférieure de la cloison d'une érosion traumatique dont la cicatrisation est entravée par la mobilité de la région et la présence de concrétions sanguines, durcies et irritantes.*

*Ces malades guérissent rapidement et définitivement si l'on prend soin de leur faire remplir de vaseline, deux ou trois fois par jour pendant deux ou trois semaines, la partie antérieure de la narine par laquelle se font les hémorragies,*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889.*

**Communications relatives à la rhinologie et à la laryngologie.**

*Séance d'ouverture, 16 septembre.*

**M. le Dr SCHNITZLER (de Vienne). — Aphorismes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose laryngée.**

L'existence des ulcérations catarrhales simples du larynx, contestée par nombreux auteurs, est absolument certaine ; le diagnostic, quoique délicat, peut être bien établi et les ulcérations guérissent sans laisser ni cicatrices ni de pertes de substance.

L'existence des nodules tuberculeux miliaires du larynx est moins contestée ; ils sont souvent un des premiers signes apparents de la tuberculose laryngée et sont moins rares qu'on le croit.

M. Schnitzler établit ensuite la curabilité de la tuberculose laryngée, mais s'élève contre l'optimisme des partisans du traitement chirurgical. Il préconise entre autres moyens médicamenteux l'emploi local du baume du Pérou associé à l'alcool et à l'essence de menthe et, mieux encore, au collodion élastique.

*Discussion. — M. le docteur HERING (de Varsovie) est d'accord*

avec M. Schnitzler sur l'existence des ulcérations catarrhales dont il a observé une quinzaine de cas. Il a été lui-même atteint d'une lésion de ce genre, dont il s'est bien guéri. Relativement à la question du traitement de la tuberculose laryngée, il ne partage absolument pas les idées de M. Schnitzler. Aucun des médicaments qu'il a énumérés ne peut être comparé à l'acide lactique qui a donné des succès fort remarquables (43 cas de guérison ou amélioration sur 71, Krause).

Il a droit de s'étonner des critiques dirigées contre le traitement chirurgical, critiques fondées sur des tentatives mal faites, chez des malades qui n'auraient pas dû être traités par cette méthode, sans aucune notion de la technique et avec de mauvais instruments. Depuis trois ans il a employé le curetage sur 200 malades, et plus de cinquante fois il a obtenu la cicatrisation des ulcères. Il ne saurait donc être question, comme le dit M. Schnitzler, de s'élever contre un optimisme qui va trop loin.

M. ROHRER (de Zurich) dit que les insufflations d'antipyrine et de cocaïne lui ont donné de bons résultats.

M. MOURE (de Bordeaux) admet, comme Schnitzler, Heryng et d'autres auteurs français, l'existence des ulcérations catarrhales non tuberculeuses ; mais, dans ce cas, il s'agit toujours d'ulcérations superficielles. Il ne croit pas qu'il existe de traitement spécifique de la tuberculose laryngée et, dans bien des cas, un traitement simple ou l'abstention lui semblent préférables au traitement chirurgical.

M. RUAULT (de Paris) a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des granulations tuberculeuses du larynx à l'examen laryngoscopique et, en pareil cas, il s'agissait toujours de tuberculoses à marche rapide. Il pense que ces granulations disséminées sont, dans la grande majorité des cas, une manifestation secondaire de la tuberculose du nez et surtout du pharynx.

M. SCHNITZLER ne conteste pas les résultats obtenus par M. Heryng ; il pense seulement qu'on peut obtenir la guérison avec d'autres traitements.

*Séance du 16 septembre (soir).*

**M. le Dr CHERVIN. — Classification des troubles de la parole.**

M. CHERVIN présente une classification des troubles de la parole basée sur l'étude des actes psycho-physiologiques que nécessite cette fonction.

D'après M. Chervin, parler comprend trois actes : 1<sup>o</sup> élaboration des idées et des mots ; 2<sup>o</sup> transmission de ces idées aux organes chargés de les matérialiser et coordination des mouvements propres au langage articulé.

culé ; 3<sup>e</sup> fonctionnement des organes phonato-articulateurs. Dès qu'une perturbation quelconque se produit dans l'accomplissement de l'un ou l'autre de ces actes, la parole s'en ressent. Il y a donc trois groupes de troubles correspondant aux trois actes principaux de la parole que M. Chervin classe de la manière suivante : Troubles de la parole causés par : 1<sup>e</sup> des troubles de la pensée, en distinguant les troubles passagers, résultant de la timidité, de la colère, des troubles permanents provoqués par des affections mentales, folie, idiotie, etc. ; 2<sup>e</sup> des troubles dans la transmission de la pensée aux organes et coordination de leurs mouvements, en distinguant les troubles accompagnés de lésions organiques, c'est-à-dire les quatre formes de l'aphasie, des troubles sans lésion organique, c'est-à-dire le bégaiement ; 3<sup>e</sup> des troubles dans l'articulation des mots : troubles d'origine fonctionnelle causés par des manœuvres anomalies de la langue ou des lèvres, comme la blésitè et ses variétés ; troubles d'origine organique causés par des malformations buccales ou des paralysies.

**M. le Dr EGIDI (de Rome). — Tubage et trachéotomie**

M. Fr. EGIDI compare ces deux procédés opératoires. Il établit des statistiques se rapportant à l'un et l'autre. Pour lui, la trachéotomie est bien supérieure, comme résultats et comme commodité, au tubage.

Voici les conclusions qu'il donne à ce sujet :

1<sup>e</sup> Le tubage, grâce à nos moyens actuels, est inférieur à la trachéotomie.

2<sup>e</sup> On ne doit l'employer que si la trachéotomie est énergiquement refusée par le malade ou les parents.

3<sup>e</sup> Il doit remplacer la trachéotomie dans les sténoses laryngées.

4<sup>e</sup> Cependant il peut rendre des services si les moyens pratiques deviennent meilleurs.

*Discussion.* — M. LUBET-BARBON (de Paris) se rallie d'autant mieux aux conclusions de M. Egidi qu'il a pratiqué et vu pratiquer plusieurs fois le tubage avec des résultats peu encourageants : tous les malades ont succombé sauf un, qui, dans un accès de toux, expulsa le tube et ne présenta plus d'accès. Ce fait prouve que le tubage peut présenter quelques indications, notamment dans les cas où la canule mise en place peut, sans inconvénient, être retirée après 24 heures. Évidemment, dans ce cas, difficile d'ailleurs à préjuger, il vaudrait mieux ne pas exposer le malade aux accidents possibles de toute trachéotomie. Et encore le tubage est-il lui-même grave comme suites, et les soins à donner aux enfants

tubés sont plus considérables que ceux à donner aux trachéotomisés : (éviter l'introduction des aliments dans les bronches, d'où nécessité de nourrir à la sonde œsophagienne).

M. le Dr EGIDI présente un **dilatateur bivalve permanent de la trachée**.

*Discussion.* — M. MOURE trouve que la canule avec mandrin de Krishaber-Péan supprime toutes difficultés d'introduction. L'appareil de M. Egidi lui semble compliqué et, après deux ou trois jours, le passage peut être obstrué par les parties enflammées. En cas de corps étrangers, il préfère l'écartement des lèvres de la trachée avec deux épingle à cheveux.

M. CHARAZAC se sert du porte-canules et, dans dix opérations faites depuis un an, n'a jamais éprouvé de difficultés pour l'introduction.

M. le Dr CARTAZ (de Paris). — **De l'ictus laryngé** (1).

*Discussion.* — M. GELLÉ (de Paris) a observé un cas d'ictus chez un vieillard de 70 ans, atteint de catarrhe pharyngien et d'une légère surdité avec vertige. Étant à table, il fut pris d'une quinte de toux et tomba sans connaissance. Il pense que le larynx était l'origine de l'excitation, mais que l'oreille était la vraie cause de l'ictus.

M. le Dr BRÉBION (de Lyon) pense que quelques cas d'ictus laryngés peuvent être regardés comme d'origine nasale. Il se base sur ce que dans un cas il a produit l'ictus par un attouchement sur un cornet sain. Il croit que la pharyngite qui se remarque dans la plupart des cas avant la crise est toujours accompagnée d'un gonflement et d'une inflammation, légère si on veut et passagère, mais congestive, qui doit être incriminée plutôt que la légère hypertrophie laryngée remarquée dans ces cas. De légers attouchements avec des caustiques produisent bien vite l'amélioration et la guérison de cet état d'ictus. Ce qui l'a frappé, c'est que ces cas d'ictus sont pour la plupart rencontrés chez des goutteux, des arthritiques et dyspeptiques. Il est bien entendu qu'il abandonne son opinion pour les ictus des tabétiques.

M. LICHTWITZ (de Bordeaux) a vu un cas de spasme laryngé des plus violents chez un tabétique dans le service du professeur Pitres. Les attaques survinrent spontanément ou pouvaient être provoquées par l'attouchement de la muqueuse de l'entrée du larynx. Des pulvérisations faites avec une solution faible de cocaïne diminuèrent sensiblement la fréquence des attaques spontanées.

(1) Voyez page 257.

M. le Dr MOURA (de Paris). — **Voix et registres.**

Après une étude critique des interprétations diverses données à ces mots, M. Moura les définit ainsi :

La voix est l'ensemble des sons qui, engendrés dans le larynx, sont transformés par la volonté au moyen de la bouche, de la langue et des lèvres, en paroles ou en notes musicales.

Le registre est toute série de sons ayant un caractère d'émission, de sonorité et de timbre, qui permet de les distinguer de tous les autres.

M. le Dr NUVOLO (de Rome). — **Le chant peut se définir physiologiquement : une action harmonique coordonnée, artistique des organes vocaux.**

*Discussion.* — MM. MOURA et CHERVIN insistent sur la question de l'éducation du larynx et approuvent les conclusions de M. Nuvoli.

*Séance du 17 septembre (matin).*

M. le Dr DELSTANCHE (de Bruxelles) présente divers instruments :

Explorateur latéral ;

Étrangleur électrique ;

Appareil pour le redressement des déviations de la cloison nasale.

Adénotome à curette.

*Discussion.* — M. COZZOLINO (de Naples) rappelle que, en 1874, Spencer Watson a proposé des plaques d'ivoire, au lieu de plaques métalliques, pour le redressement des déviations de la cloison. Lui-même a, dans un travail publié en 1884 (*Il Morgagni*), donné à cette opération le nom d'orthorhinie et indiqué l'emploi de plaques de caoutchouc.

M. NOQUET a employé la curette de Gottstein modifiée, et elle lui a paru ne pas valoir la pince de Lœwenberg modifiée par Woakes. L'application de la curette est peut-être un peu plus douloureuse que celle de la pince. Mais, cette curette a surtout, selon lui, un grand défaut ; le plus souvent, le morceau de tissu adénoïde ne reste pas accroché et n'est pas ramené au dehors.

M. CHATELLIER croit que les redresseurs de la cloison ne donnent souvent que des guérisons temporaires, il faut dans bien des cas avoir recours à des opérations chirurgicales proprement dites.

M. DELSTANCHE est d'avis que dans quelques cas il faut pratiquer la résection de la cloison ; il n'a visé que ceux où le redresseur est applicable.

Séance du 18 septembre 1889 (matin).

M. le Dr MASSEI (de Naples). — **Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du récurrent.**

M. MASSEI est d'avis qu'un certain nombre de troubles de motilité du larynx doivent être considérés comme dus à des lésions idiopathiques primaires du tronc du récurrent. La possibilité des névrites de ce nerf est hors de doute depuis les travaux de Charcot, Friedreich, Leyden, etc. Les faits essentiels de ces névrites sont :

- 1<sup>o</sup> La constatation de certains troubles de motilité des cordes vocales ;
- 2<sup>o</sup> L'absence de toute cause capable d'intéresser les centres nerveux, ou de comprimer le nerf.

Comme dans toute lésion des centres ou des nerfs, on peut observer le spasme, la contracture spasmodique ou la paralysie complète de la corde.

Pour le diagnostic différentiel, avec une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, on voit, dans cette dernière, pendant l'inspiration, la corde vocale s'éloigner un peu de la ligne médiane, tandis que dans la contracture, elle reste toujours sur la ligne médiane.

L'auteur cite trois cas de névrites du récurrent.

*Discussion.* — M. MOURE dit que ces faits ne sont pas très rares, mais qu'il est quelquefois difficile de distinguer entre les névroses et les névrites proprement dites.

M. MOURA rapporte deux cas de spasmes des constricteurs de la glotte où la guérison a été obtenue par des boissons très chaudes. Dans ces cas, il ne s'agissait probablement pas de névrite.

M. MASSEI est convaincu que souvent on a confondu les névroses et les névrites ; les cas de M. Moura appartiennent à la première catégorie. Il faut aussi distinguer, dans l'interprétation de certains faits, l'ankylose et la pseudo-ankylose aryténoïdienne.

M. CARTAZ dit que dans les formes de névrite descendante, par altération progressive, partie des centres nerveux (sclérose, paralysie bulinaire ou pseudo-bulinaire), on observe une véritable paralysie de la corde, paralysie dont on peut suivre la marche graduelle suivant les progrès de la maladie. Simple parésie au début, la corde ou les cordes arrivent à la paralysie plus ou moins complète, soit par dégénérescence du tronc nerveux, soit par atrophie concomitante et consécutive des muscles laryngés. Si on électrise les cordes, on voit les mouvements d'adduction et d'abduction singulièrement amplifiés.

M. HOOPER accepte l'interprétation de M. Massei pour les paralysies

du genre de celles que cet auteur a observées. Il discute la théorie de Semon sur la plus grande facilité des fibres abductrices à être atteintes. Il n'a jamais vu de paralysie unilatérale de la corde vocale, sans altération de la voix ; c'est même souvent le seul signe qui attire l'attention. Il cite quatre cas de guérison d'affections de ce genre. Quant au diagnostic de la contracture et de la paralysie, il faut être très réservé à cet égard.

M. MASSEI tient à isoler les paralysies par compression des paralysies par dégénérescence. Dans la compression, il y a d'abord contracture, puis paralysie ; on observe des transformations successives. Comme le docteur Hooper, il pense qu'il faut établir avec réserve le diagnostic de contracture ou de paralysie ; il se base, pour cela, sur la position de la corde. Du reste, il faut dire que dans certains cas de paralysie il est fort difficile de trouver la cause.

M. GOUGUENHEIM dit que le signe initial de la compression simple est une paralysie flasque du nerf. Quand la névrite se produit, la contracture ou le spasme apparaissent ; cet état de spasme se prolonge très longtemps, même après la trachéotomie et il n'a jamais vu se produire la paralysie terminale que M. Cartaz a signalée à une période avancée, et pourtant il a suivi les malades jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la mort. Il est vrai que la dégénérescence consécutive à la névrite n'a pas été complète comme dans les cas signalés par M. Cartaz.

M. MOURE signale, au point de vue du diagnostic différentiel de la paralysie et de la contracture, ce fait, c'est que dans la contracture, la corde dépasse même la ligne médiane et paraît plus courte que sa congénère. Dans les faits de M. Gouguenheim, la paralysie n'a pas été observée parce que le nerf n'était pas complètement dégénéré.

**M. le Dr MASSEI. — Considérations sur quelques cas de corps étrangers de la trachée.**

M. MASSEI cite trois cas de corps étrangers des voies aériennes dans lesquels les malades ne s'étaient pas aperçus de l'accident et où la présence du corps étranger n'avait pas produit au début de phénomènes tapageurs, ce qui avait rendu le diagnostic difficile.

*Discussion.* — M. EGIDI confirme les faits de M. Massei, car il a pu suivre un de ces malades qui n'avait pas le moindre souvenir de l'introduction du corps étranger. Le gonflement de la muqueuse trachéale était tel, qu'on ne put introduire une canule, et qu'il fallut y substituer un tube à drainage.

**M. le Dr ROQUER Y CASADESUS** (de Barcelone). — **Traitemen**t du cancer laryngé.

Tant que le cancer ne produira d'autre symptôme que des troubles fonctionnels de phonation, il ne doit pas être l'objet de manœuvres chirurgicales.

Dans le seul cas d'épithélioma végétant, qui rend la respiration difficile, on devra extirper la masse végétante, en se bornant à cette masse, sans léser les tissus sains voisins de la partie malade.

Dans les cas de maladie plus avancée on devra se borner à un traitement symptomatique. La trachéotomie, qui procure le repos de l'organe et facilite la respiration, constitue un excellent moyen pour empêcher les progrès de la maladie locale.

Dans l'état actuel de la science, on ne doit pas procéder à l'extirpation du larynx pour le traitement du cancer.

*Discussion.* — M. RUAULT pense que le traitement du cancer du larynx doit varier suivant les cas. Forcément palliatif lorsque la maladie est déjà avancée, il peut être radical lorsque la maladie est récente et limitée, ainsi qu'on le voit dans l'épithélioma lobulé corné de la corde vocale inférieure.

M. GOUGUENHEIN est partisan de l'ablation du larynx ; d'abord la survie du malade n'est pas une survie, c'est un martyre ; ensuite le trajet de la trachéotomie peut s'infecter ; aussi croit-il qu'il est préférable d'opérer. Il a fait opérer à l'hôpital Bichat par le docteur Terrier, un cas de cancer unilatéral, la trachéotomie avait été faite d'urgence, l'opération eut lieu deux ou trois mois après ; la trachée était infectée, et on fut obligé de réséquer la trachée bien bas et de suturer le conduit à la peau. Le malade actuellement va bien.

M. MASSEI. La question du traitement du cancer laryngé se confond avec le diagnostic : les vrais cas d'ablation sont les cas de cancer limité et la statistique apprend que la laryngectomie partielle donne de bien meilleurs résultats que l'ablation totale. Le microscope ne donne pas d'indications complètes, car on n'enlève que des parcelles insuffisantes pour un examen complet et un diagnostic précis. Il faut être d'accord pour donner à certains symptômes du début la valeur qu'ils comportent ; la question du diagnostic prime tout.

M. LUC dit que l'examen histologique peut quelquefois induire en erreur ; il cite un cas à l'appui. Il signale les difficultés qu'on a à vaincre, la résistance du malade et de son entourage.

M. HERYNG confirme les idées de M. Massei au point de vue de la

valeur relative de l'examen histologique. Chez un malade pour lequel on avait diagnostiqué (examen microscopique) d'abord un papillome, puis un cancer, il a vu survenir une infiltration tuberculeuse du larynx. Quand les parcelles extraites sont trop petites, l'examen vrai, précis, est fort difficile.

M. HOOPER dit que les cas diffèrent suivant le siège de la lésion, suivant l'âge, les antécédents du malade. Il a plus de confiance, pour établir le diagnostic, sur une étude clinique attentive, prolongée, que sur l'examen histologique d'un fragment.

M. MOURE a vu dans le courant de l'année cinq cas de cancer laryngé : deux ont subi la trachéotomie, à deux on a fait la thyrotomie et la laryngectomie, le cinquième n'a pu être opéré, à cause de son grand âge.

27. M. le Dr HERING (de Varsovie). — **Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.**

M. HERING. L'empyème de l'antre d'Highmore est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Il passe souvent inaperçu. L'auteur s'est servi du procédé de Voltolini, qui place dans la bouche du malade une lampe Edison et observe la transparence des pommettes. A l'état normal la transparence est complète. S'il y a du pus ou du liquide dans l'antre d'Highmore, la lumière n'est plus perçue. C'est là un procédé très commode et très simple de diagnostic. L'auteur a apporté une modification à l'instrument de Voltolini, ce qui en rend le prix plus abordable. M. Hering décrit la symptomatologie de cette affection et donne des indications thérapeutiques. Il résume l'histoire des dix malades qu'il a observés.

*Discussion.* — M. COZZOLINO revendique la priorité de l'idée d'illuminer à l'aide de l'électricité les cavités pharyngo-nasales. Il a décrit son procédé qu'il appelle rinho-tubo-pharyngoscopie antérieure.

*Séance du 19 septembre (matin).*

M. le Dr CHARAZAC (de Toulouse). — **Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroidienne.**

M. CHARAZAC. La laryngotomie inter-crico-thyroidienne est plus facile à exécuter et moins dangereuse que la trachéotomie chez l'adulte. On doit donc lui donner la préférence toutes les fois que l'affection laryngée est limitée à la portion sous-glottique du larynx et ne doit pas se développer ultérieurement dans la trachée.

Les faits de sa pratique lui permettent de poser à cet égard les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, d'une façon générale, doit être préférée quand la région sous-glottique est libre ;

2<sup>o</sup> Dans le cancer primitif du larynx (intrinsèque), on doit faire la trachéotomie, et la laryngotomie dans le cancer extrinsèque ou secondaire ;

3<sup>o</sup> Dans les rétrécissements cicatriciels, la dilatation est plus facile à faire après la trachéotomie ; la canule dans le larynx gêne l'opérateur.

**M. le Dr BOTTEY (de Barcelone). — Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx.**

La présence du bacille de Koch dans les sécrétions déposées sur le larynx n'indique pas nécessairement l'existence de la tuberculose de cet organe, car ils peuvent être le fait de la phthisie pulmonaire.

L'absence de ce bacille dans les sécrétions n'implique pas la négation de la tuberculose du larynx dans les cas douteux.

On ne trouve presque jamais de bacille de Koch sur les larynx tuberculeux quand il n'existe pas encore d'altérations pulmonaires graves, malgré qu'on trouve presque toujours ce microbe dans les crachats tuberculeux venant du poumon.

Le bacille de Koch est donc d'une très faible ressource comme élément de diagnostic dans la phthisie du larynx chronique et ne peut probablement être de quelque utilité que dans la tuberculose miliaire aiguë de la gorge et du larynx.

L'inoculation des sécrétions du larynx tuberculeux aux cobayes serait le meilleur moyen de contrôle dans le cas d'un diagnostic difficile.

**M. le Dr KOCH (de Luxembourg). — La pratique de la trachéotomie chez les phthisiques ; indications et contre-indications.**

M. KOCH établit les indications de la trachéotomie chez les phthisiques. Il ne faut pratiquer cette opération que si l'obstacle siège au larynx ou à la trachée. Il ne faut pas opérer dans les cas de dyspnée dus à la diminution de la surface respiratoire des poumons, à l'insuffisance des muscles respiratoires, à la présence de caillots dans le poumon, en un mot dans les cas de dyspnée pulmonaire.

Dans l'opération, il faut toujours ménager le cartilage cricoïde qui est le plus souvent malade. Il faut la pratiquer comme dans les cas de cancer laryngé.

L'auteur fait l'histoire de cinq cas types de phthisie laryngée et tire les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Lorsque, dans la phthisie laryngée, la vie est compromise par un obstacle laryngé, il faut faire la trachéotomie.

2<sup>o</sup> Il faut pratiquer la trachéotomie profonde en ménageant le cricoïde.

3<sup>o</sup> La trachéotomie est purement symptomatique, elle peut être curative dans les cas de polypes tuberculeux du larynx.

4<sup>o</sup> Si la trachéotomie est refusée, il faut prescrire le repos absolu et le traitement topique.

5<sup>o</sup> Si les signes de sténose laryngée se présentent chez une femme enceinte, il faut pratiquer l'opération avant le terme de l'accouchement.

6<sup>o</sup> La trachéotomie, pratiquée selon les indications précitées, procure une survie de plusieurs années ; elle évite le plus souvent des accidents imprévus (mort par suffocation, etc.).

**M. le Dr LUC (de Paris). — Sur un cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse (1).**

**M. le Dr GOUGUENHEIM (de Paris). — Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx.**

M. GOUGUENHEIM a observé cinq cas de prolapsus ventriculaire, trois fois chez des tuberculeux, une fois dans un cas suspect de tuberculose, une cinquième fois chez un malade non phthisique. La guérison eut lieu soit par le refoulement direct, soit par l'application galvano-caustique. Chez deux malades tout traitement échoua.

Le prolapsus siégeait dans tous ces cas à droite et il a été probablement causé par la violence des accès de toux ; il faut admettre toutefois que le mouvement d'expulsion ait été favorisé au préalable par une altération morbide.

**M. le Dr GOUGUENHEIM. — Papillome et tuberculose du larynx.**

La laryngite tuberculeuse peut affecter la forme de tumeurs circonscrites non ulcérées : cette variété peut être primitive ou secondaire.

Ces tumeurs sont de deux sortes, elles peuvent avoir une structure indubitablement tuberculeuse ; elles peuvent être constituées par des papillomes typiques.

Le papillome de la laryngite tuberculeuse inoculé peut créer la tuberculose ; il affecte deux aspects : multiple, énorme, confluent ou de petit volume et sans confluence. La récidive est un caractère constant et commun aux deux formes.

La laryngite tuberculeuse primitive à forme de tumeur peut durer longtemps et l'échéance pulmonaire être très tardive.

Le traitement des tumeurs tuberculeuses et papillomes de cette forme

---

(1) Voyez page 265.

de phthisie laryngée est très long et la guérison le plus souvent très difficile à obtenir, mais elle est possible.

**M. le Dr HERYNG (de Varsovie). — Traitement des infiltrations tuberculeuses chroniques à l'aide de l'électrolyse.**

M. HERYNG a employé ce traitement, dernièrement recommandé par Voltolini, chez cinq malades, et dans deux cas le succès a été surprenant.

Un de ces malades a été complètement débarrassé d'infiltrations tuberculeuses des replis de l'épiglotte.

Le second souffrait d'une épiglottite tuberculeuse chronique avec ulcération, le mal avait résisté à l'emploi de l'acide lactique et de la curette. En deux séances d'électrolyse, l'infiltration de l'épiglotte, qui avait un centimètre d'épaisseur, a disparu sans douleurs, ni réaction inflammatoire ; l'ulcération a été cicatrisée en trois semaines. Le malade ayant succombé à une dysenterie, l'autopsie a été faite, et des préparations microscopiques ont montré que les parties traitées par l'électrolyse étaient complètement guéries : une couche épaisse d'épithélium pavimenteux recouvrait la surface autrefois ulcérée.

*Discussion.* — M. HERYNG, à propos de l'observation de M. Luc, dit qu'avant de commencer le traitement chirurgical, il habite le malade au contact des instruments. Quant au résultat négatif pour la recherche des bacilles, il faut être sur ses gardes. Dix examens sur trente cas ne présentaient que les caractères du tissu enflammé, les bacilles ne se rencontraient pas et il s'agissait bien de tuberculeux. Alors qu'on ne trouve pas de bacilles dans les parties superficielles, on en rencontre dans les parties profondes. Il faut faire des examens répétés et examiner en même temps les crachats.

M. Heryng demande si, dans les examens de M. Gouguenheim, on a constaté la présence de vaisseaux. Pour son compte il n'a jamais vu de papillome vrai dans des cas analogues ; c'est un aspect papillomateux pris par les bourgeons autour des ulcères.

M. Heryng revient en quelques mots sur le traitement de la tuberculose laryngée par le curetage du larynx.

M. RUAULT dit que puisque dans ces communications on a soulevé incidemment la question des spasmes de la glotte, il pense que ces spasmes sont presque toujours sous la dépendance d'irritations intra-laryngées ou intra-nasales. Dans bien des cas, le badigeonnage du nez avec la cocaïne diminue le spasme.

M. Ruault pense que le papillome peut survenir à l'occasion de toute irritation inflammatoire. Quant au prolapsus, il ne l'a vu que cinq fois sur cent soixante-dix-sept tuberculeux ; encore ne peut-il guère compter que trois cas bien certains. On prend souvent pour de l'infiltration tuberculeuse un gonflement avec saillie de la muqueuse du ventricule. Jamais il n'a pu effectuer la rentrée de l'éversion de la muqueuse. Il insiste sur l'importance du traitement général dans la tuberculose par la créosote à hautes doses.

M. GOUGUENHEIM répond qu'il n'y avait pas de doutes, au point de vue histologique, sur la nature des tumeurs enlevées. Il possède des préparations absolument démonstratives.

Pour le prolapsus, comme M. Ruault, il le croit très rare dans la tuberculose, mais il serait bien possible que les cas de monocordites tuberculeuses fussent constitués par des prolapsus de la muqueuse ventriculaire. Quant au mode de production, il pense que le prolapsus se produit surtout quand la lésion laryngienne est considérable, mais lorsque l'infiltration est étendue, l'ouverture du ventricule s'oblitère et le prolapsus ne se produit pas.

M. LUC partage les idées de M. Heryng sur la valeur du raclage dans la tuberculose. Il cite un cas de tuberculose naso-pharyngienne où depuis un an il n'y a pas eu la moindre récidive ; l'état général s'est même notablement amendé. Il croit que si on pouvait pratiquer la laryngofissure et racler les parties malades, quand l'appareil pulmonaire n'est pas trop atteint, la guérison cesserait d'être l'exception.

M. GAREL a vu deux cas de polyte simple et de kyste du larynx dont l'ablation a été suivie à courte échéance de l'invasion tuberculeuse. Ce que M. Gouguenheim a dit de la tuberculose et du papillome peut s'appliquer à d'autres tumeurs.

M. CARTAZ demande à M. Heryng à combien de millampères est porté le courant de sa pile dans l'électrolyse pour la tuberculose laryngée. Il fait remarquer que le traitement employé par M. Heryng se rapproche bien plus de la galvanocaustie que de l'électrolyse chimique.

M. HERYNG n'a pas mesuré le courant.

M. RUAULT revendique pour Boudet de Paris l'idée première d'appliquer l'électrolyse à l'hypertrophie des amygdales.

*Séance du 19 septembre (soir).*

M. LAVRAND (de Lille). — **Végétations adénoïdes et surdi-mutité.**  
Les végétations adénoïdes du pharynx nasal causent des troubles que

l'on range habituellement sous deux chefs principaux, respiratoires et auditifs. Entre eux on peut placer les troubles de la prononciation dépendant de la conformation vicieuse des organes et aussi de l'audition souvent incomplète, quelquefois même abolie. L'ouïe est abolie le plus ordinairement d'une façon temporaire, mais il arrive des cas où elle l'est pour un temps indéterminé : un an pour un de ses cas, quatre ans pour un autre. Dans ces conditions, il s'agit de jeunes enfants rendus sourds totalement, ils peuvent devenir des sourds-muets. Trois fois sur cinq, l'ablation des végétations a rendu l'ouïe à des enfants sourds âgés de trois à cinq ans et, par suite, l'usage de la parole qu'ils n'avaient jamais eu. Les végétations adénoïdes sont donc parfois une cause de surdité permanente et, par suite, de surdi-mutité chez l'enfant, et l'ablation peut faire disparaître la surdité et la mutité.

*Séance du 20 septembre (matin).*

**M. le Dr SCHIFFERS (de Liège). — Des fistules branchiales.**

M. SCHIFFERS fait une communication sur les fistules branchiales, à l'occasion d'un cas qu'il a observé chez un homme de trente ans. L'affection était héréditaire ; par la fistule qui était borgne externe, il s'écoulait au côté droit du cou, en dedans du sterno-cléido-mastéoidien, un écoulement purulent, dont le début remontait à plus de quatorze ans. Il existait un kyste dont la surface interne produisait le pus ; après son enlèvement, la guérison fut complète au bout de quelques jours. M. Schifflers entre dans diverses considérations sur la pathogénie et la thérapeutique de cette intéressante affection. Il faut bien reconnaître la nature de la fistule par le cathétérisme, qui est sous ce rapport le meilleur moyen de diagnostic.

• L'incision du kyste sera à préférer à toute autre méthode opératoire.

**M. le Dr SCHIFFERS. — Des transformations anatomo-pathologiques des myxomes du nez.**

M. SCHIFFERS fait une communication sur les transformations anatomo-pathologiques que peuvent subir les myxomes du nez dans certaines conditions données. Sans examiner si elles sont dues à une invasion microbienne du néoplasme à un moment donné, question qui ne peut être actuellement résolue, il admet qu'elles existent et que les preuves en sont fournies par l'histologie et la clinique.

Ces transformations de tumeurs bénignes en tumeurs malignes ou d'une nature intermédiaire s'observent surtout et presque exclusivement chez des sujets qui ont dépassé la cinquantaine.

Le siège est important à considérer : il faut toujours être mis en garde quand ces néoplasmes se rencontrent dans une seule fosse nasale, à la cloison, à la voûte ou sur le plancher. Les phénomènes subjectifs peuvent être presque nuls ; l'état général semble ou est en réalité souvent des meilleurs jusque dans la toute dernière période de la vie. La marche de la maladie éclairera beaucoup le diagnostic ; mais celui-ci doit être porté aussi vite que possible pour que la thérapeutique à instituer ait des chances de succès. L'examen histologique aidé des renseignements cliniques tranchera la question.

M. Schiffers montre une préparation microscopique de myxome vrai et absolument pur provenant d'une enfant de treize ans et demi. Elle servira à établir la comparaison et à juger de la marche successive de la transformation de tumeurs myxomateuses ayant dégénéré en tumeurs malignes et provenant de deux vieillards âgés de soixante-sept et soixante et onze ans.

*Discussion.* — M. COZZOLINO cite un cas de transformation analogue.

M. LOEWENBERG dit que le diagnostic peut s'aider du siège insolite de la tumeur, de quelques particularités d'aspect.

M. NOQUET rappelle un cas de papillome vrai du nez, dont le diagnostic a été assez délicat.

M. le Dr BOTTEY. — **De la structure des polypes muqueux des fosses nasales.**

M. le Dr FELICI (de Rome). — **Une complication rare des végétations adénoïdes.**

M. FELICI communique l'observation d'un malade chez lequel existait une constriction des mâchoires causée par la présence de végétations adénoïdes ; de plus, ces végétations adhéraient à la luette. Ces diverses complications rendirent le traitement plus difficile et plus long.

M. le Dr LICHTWITZ — **Des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée.**

M. LICHTWITZ rapporte cinq observations : un cas de névralgie des trois branches sensitives du trijumeau guéri par des cautérisations nasales ; un cas de tic convulsif de la face, considérablement amélioré par le même traitement ; deux cas de toux spasmodique datant de l'enfance, dont un fut guéri par l'ablation des extrémités postérieures des cornets inférieurs, et l'autre par l'ablation de l'amygdale gauche hypertrophiée ; un cas de toux et de vomissement matinal guéri par la cautérisation des bourrelets hypertrophiques du pharynx.

Ces observations sont le point de départ de réflexions sur l'étiologie et la pathogénie des névroses réflexes nasales et pharyngées.

Il existe, d'après l'auteur, deux catégories d'affections névropathiques qui, toutes les deux, peuvent être favorablement influencées par des opérations nasales et pharyngées :

1<sup>o</sup> Les névroses réflexes proprement dites, qui dépendent d'une lésion des fosses nasales ou du pharynx (adhérences congénitales ou cicatricielles, polypes muqueux, crêtes osseuses, etc.);

2<sup>o</sup> Les névroses d'origine centrale, qui s'accompagnent de l'hyperhémie ; de la turgescence et de l'hyperesthésie surtout, de la muqueuse nasale.

Les cautérisations nasales pratiquées dans ces derniers cas agissent comme révulsifs sur un point d'élection.

M. le Dr GORIS (de Bruxelles). — **Quelques névropathies réflexes d'affections nasales.**

M. GORIS relate un certain nombre d'observations et conclut de ces faits :

1<sup>o</sup> Que les lésions nasales originelles d'un même réflexe peuvent être de nature diverse ;

2<sup>o</sup> Que la lésion peut occuper des régions diverses des cavités nasale et naso-pharyngienne ;

3<sup>o</sup> Que la pathogénie des troubles réflexes d'origine nasale s'explique exclusivement par les rapports du trijumeau avec d'autres centres d'innervation.

M. le docteur JOAL (du Mont-Dore). — **De certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale.**

M. JOAL. Les femmes présentent à l'âge critique certains phénomènes : bouffées de chaleur au visage, rougeurs subites de la face, céphalalgies, migraines, insomnies, étouffements, vertiges, épistaxis, poussées éruptives aux lèvres, à la joue, phénomènes qui sont ordinairement mis sur le compte de mouvements congestifs vers l'extrémité céphalique, de troubles circulatoires d'ordre mécanique, de fluxions supplémentaires.

Il a soigné quatre malades présentant des migraines, des vertiges, de l'asthme, des cauchemars, des éruptions de la face au moment de la ménopause, malades qui ont été guéries par un traitement nasal.

Dans les cas semblables, les poussées nasales sont secondaires ; elles se produisent par l'intervention du facteur génital, dont il a déjà montré l'influence sur le nez dans des travaux antérieurs. A la puberté et à la ménopause, l'excitation physiologique ou pathologique des organes géni-

taux retentit sur la muqueuse nasale, le tissu érectile du nez se tuméfie et les névropathies nasales se développent.

*Discussion.* — M. LOEWENBERG demande ce que M. Lichtwitz entend par coryza nerveux.

M. LICHTWITZ. Ce terme s'applique à la turgescence des tissus érectiles du nez, s'accompagnant de phénomènes neurasthéniques.

M. CHARAZAC. Quand il n'y a aucune lésion interne des fosses nasales, ce sont de véritables névroses. Il pense que dans certains cas le malade est soumis à une sorte de suggestion involontaire qui explique le résultat du traitement.

M. LICHTWITZ ne fait pas rentrer ces cas dans le névroses réflexes, car la cautérisation n'a alors qu'une simple action révulsive.

M. GORIS n'est pas aussi absolu que M. Charazac ; il ne conclut pas de l'absence de lésions du nez à une névrose d'origine centrale ; dans l'anosmie, on ne trouve rien ; il s'agit bien pourtant d'une affection nasale.

M. CHARAZAC dit que le nerf olfactif est alors malade.

M. MOURE. Le cas cité par M. Goris ne peut se comparer aux névroses réflexes : le nerf olfactif est un nerf de sensibilité spéciale. Du reste, pour revenir aux névroses réflexes, on ne doit pas cautériser la muqueuse quand elle est saine, quand il n'y a pas de lésion.

M. LOEWENBERG dit qu'il faut distinguer entre l'anosmie nasale et l'anosmie d'origine centrale.

**M. le Dr SUAREZ DE MENDOZA. — Des applications du courant galvanique au traitement des affections nasales.**

M. SUAREZ DE MENDOZA dit qu'avec les électrodes de Desarènes et des courants de 15 à 25 milliampères, on obtient des escharas à peine perceptibles ; l'amélioration produite est due à une action trophique, plutôt qu'à la galvano-caustique chimique. Aussi propose-t-il d'employer un électrode à pression, assurant le contact intime de la plaque métallique avec la muqueuse, qui permet à un courant de 25 milliampères de produire une escharre de même dimension que la plaque, s'éliminant du sixième au douzième jour.

Si l'électrode est rendu indifférent par une doublure de coton hydrophile, le malade supporte bien des courants de 40 milliampères, qui décongestionnent rapidement la muqueuse nasale et peuvent temporairement guérir l'ozène.

M. le Dr GAREL (de Lyon). — **De l'électrolyse dans les obstructions nasales par épaississement ou déviation de la cloison.**

M. GAREL, après avoir indiqué sommairement les causes de la déviation nasale simple ou compliquée d'un degré plus ou moins prononcé d'épaississement du cartilage, indique les résultats qu'il a obtenus dans trente cas traités par l'électrolyse. Il emploie des aiguilles formées de 3 à 4 centimètres de platine, effilées en pointes et reliées aux fils de la batterie.

Il place jusqu'à trois aiguilles à la fois reliées au pôle négatif, tandis que le pôle positif est placé sur l'avant-bras. La pile est le modèle Chardin de vingt-quatre éléments. Chaque séance dure environ quinze minutes et l'on doit attendre, pour une nouvelle séance, la chute complète des escharas.

La méthode est simple et pratique et semble bien préférable à tous les autres procédés de traitement.

*Discussion.* — M. NOQUET se sert de l'appareil de Chardin et ne dépasse jamais 20 à 25 milliampères. Dans ces conditions, l'opération est bien supportée.

M. MOURE se loue de ce procédé ; il se contente d'appliquer des aiguilles d'acier, et laisse à son confrère, le Dr Bergonié, le soin de diriger le courant. On arrive souvent à 30 milliampères. La douleur est un peu vive, mais elle se calme en général rapidement. Des résultats sont excellents et on n'a jamais de perforation de la cloison.

M. SUAREZ DE MENDOZA dit que la force du courant est graduée d'une façon différente suivant les appareils ; 30 milliampères de l'appareil de Chardin ne représentent guère que 20 milliampères de celui de Gaiffe.

M. GAREL emploie de préférence les aiguilles de platine.

M. le Dr RUAULT (de Paris). — **Présentation d'instruments.**

M. RUAULT présente : un modèle de pinces laryngiennes ; un modèle de pinces naso-pharyngiennes ; un modèle de pinces coupantes pour la résection des éperons de la cloison du nez ; une anse galvano-caustique ; un polypotome nasal.

*Séance du 20 septembre (soir).*

M. le Dr LUBET-BARBON (de Paris). — **De l'hypertrophie des cornets comme cause de larmoiement.**

M. LUBET-BARBON. Il résulte de recherches faites en commun avec

le Dr Despagnet, qu'il existe des larmoiements qui ne sont pas curables par le traitement direct de l'œil et de ses annexes. C'est parce que la cause de ces larmoiements ne siège pas dans ces points, mais dans la muqueuse nasale. La caractéristique de ces larmoiements est d'être rebelles à tout traitement oculaire, intermittents, de se produire sans cause appréciable (froid, travail prolongé), de s'accompagner de photophobie, de sensation de cuisson des paupières. Objectivement on ne trouve pas de lésions de la muqueuse, des canaux lacrymaux qui sont perméables, ni du sac lacrymal ; et cependant les injections poussées dans les points lacrymaux ne passent pas par le nez, c'est-à-dire que l'obstacle siège plus bas, dans les parties inférieures du canal nasal. En effet, les cornets inférieurs sont augmentés de volume, rouges, tantôt se rétractent par la cocaïne, tantôt ne se rétractent pas. Cette rétraction partielle atténue les symptômes oculaires, d'où l'indication thérapeutique de détruire par des cautérisations galvaniques le tissu érectile dont l'augmentation de volume gêne le cours des larmes.

**M. le Dr POTIQUET (de Paris). — Sur la forme du nez dans l'ozène vrai.**

M. POTIQUET. La forme ensellée et épataée du nez au lieu d'être antérieure, est consécutive à l'ozène ; l'amoindrissement du relief nasal résulte du processus pathologique à marche chronique, de la rhinite atrophante qui n'épargne pas la paroi externe des fosses nasales au niveau des os propres du nez. L'examen rhinoscopique montre du reste qu'il existe là comme ailleurs des lésions de la muqueuse et du tissu osseux.

L'aplatissement du nez tient à des circonstances diverses : hérédité, durée et intensité du processus atrophiant, jeune âge du sujet.

**M. le Dr COZZOLINO (de Naples). — De la rhinite caséuse.**

M. COZZOLINO rappelle qu'il a déjà étudié la rhinite caséuse dès 1884. Il relate un troisième fait qu'il a observé il y a quelque mois. Il soutient l'entité morbide de cette maladie ; contrairement à l'opinion de M. le Dr Potiquet, ce n'est pas une complication d'autres affections nasales. Au cas de masse caséuse résultant de pus, sécrétions, desquamations arrêtées dans les méats, M. Cozzolino donne le nom de « fausse rhinite caséuse ».

La rhinite caséuse doit être étudiée dans ses deux périodes ; dans la première, la muqueuse est seule atteinte ; dans la seconde, il y a des lésions du squelette, carie, fistules, et alors l'affection peut être confondue avec une tumeur maligne.

*Discussion.* — M. NOQUET a rarement rencontré la forme en selle ; il a remarqué, dans la plupart des cas d'ozène un stade hypertrophique.

M. BOUCHERON a vu des cas analogues aux faits de M. Cozzolino sans lésion de l'antre d'Highmore.

M. POTIQUET ne croit pas à l'existence de la rhinite caséuse en tant que maladie distincte.

M. COZZOLINO considère l'ozène comme une scrofulide parasitaire ; ce n'est pas une rhinite dans le sens propre du mot. Quand à la rhinite caséuse, elle existe réellement.

M. POTIQUET fait remarquer que la scrofule n'existe plus guère à l'état d'entité diathésique ; la plupart des cas de scrofulides sont rangés aujourd'hui dans la classe de lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

M. FELICI fait connaître, à propos de cette discussion, le résultat de recherches bactériologiques sur les sécrétions de l'ozène. Il a toujours rencontré un diplococcus semblable à celui écrit par Lœwenberg, mais en même temps d'autres micro-organismes.

M. FICANO a observé un cas de rhinite caséuse après l'extirpation de polypes.

M. le Dr WAGNIER (de Lille). — **Lupus de la membrane pituitaire.**

M. WAGNIER cite l'observation d'un lupus sur la muqueuse des cornets et de la cloison ; la lésion se présentait sous la forme de saillies molles, blanchâtres, sans ulcération.

Malgré la coïncidence d'un lupus cutané, il semble d'après l'étude des symptômes, que le lupus ait été primitivement localisé sur la muqueuse.

La nature de l'affection fut démontrée par l'examen microscopique et l'inoculation expérimentale. La lésion a guéri d'une façon qui paraît complète par le galvano-cautère et l'acide lactique.

M. le Dr FICANO (de Palerme). — **Un cas, à marche irrégulière, de syphilis du larynx.**

M. le Dr DE STEIN (de Moscou). — **De l'acide trichloracétique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles.**

M. DE STEIN préfère aux autres agents l'acide trichloracétique qu'il emploie en solution à des titres divers, 1 à 1 1/2 p. 100, pour modifier les tissus. Il le trouve bien supérieur à l'acide chromique et même dans bien des cas au galvano-cautère. Il publie le résultat de ses observations dans les rhinites aiguës et chroniques, les laryngites, les otites.

*Séance du 21 septembre.*

**M. le Dr BRÉBION (de Lyon). — De la paresthésie du pharynx.**

M. BRÉBION décrit sous ce nom l'état douloureux du pharynx limité par le malade à la partie supérieure des amygdales, sans aucune lésion du pharynx ni de l'arrière-cavité. Cet état se rencontre chez des sujets atteints de gonflement des cornets moyen et inférieur, lorsque le cornet moyen est en contact avec la cloison. La galvanocaustie, l'électrolyse et surtout l'acide chromique, guérissent très vite cet état, sans qu'il soit nécessaire de toucher au pharynx.

*Discussion.* — M. HICQUET dit que bien des cas, analogues à ceux de M. Brébion, doivent être rapportés à la pharyngite latérale.

M. NOQUET. L'hypertrophie du tissu de la base de la langue produit aussi les mêmes phénomènes.

**M. le Dr MOURA. — Genèse et ordre de succession des vibrations de la glotte.**

Les vibrations glottiques sont de deux sortes :

1<sup>o</sup> Elles sont sous-glottiques, inférieures, descendantes. Elles engendrent les ondulations de la colonne d'air, du conduit de la respiration et, par suite, les frémissements des vibrations de la trachée, des bronches, du thorax, c'est-à-dire de la poitrine.

2<sup>o</sup> Elles sont sus-glottiques, supérieures, ascendantes. Elles engendrent les ondes sonores pharyngiennes que la bouche, la langue et les lèvres transforment en voix parlée ou chantée.

Les vibrations sous-glottiques sont produites par l'élasticité des ligaments vocaux. Elles se reproduisent suivant la progression, 1, 3, 5, 7, 9, et constituent la série impaire.

Les vibrations sus-glottiques sont dues à l'élasticité des ligaments et surtout à la compression de l'air expiré. Elles se reproduisent suivant la progression 2, 4, 6, 8, et forment la série paire.

Les vibrations de la trachée, des bronches ne sont ni des vibrations directes, ni des vibrations par continuité de tissu. Leur cause première réside dans le genre et l'ordre de succession impaire des vibrations de la glotte.

**M. le Dr NICOLAI (de Milan). — L'électrostatique appliquée à la laryngopathologie.**

M. NICOLAI signale les bons effets obtenus, dans le cas de paralysie aryngée, par l'emploi de l'électrostatique, alors que les courants

faradiques n'avaient donné aucun résultat. Il se sert des petites machines de Bonnet.

**M. le docteur BRYSON DELAVAN** (de New-York). — **Trachéotomie modifiée.**

La modification proposée consiste, au lieu de faire une incision simple, d'enlever un petit fragment circulaire de la trachée, assez large pour laisser passer la canule. M. Delavan trouve à ce procédé l'avantage d'une introduction facile de la canule, de n'avoir pas besoin de dilatateur, de supprimer la douleur causée par la pression de la canule, de diminuer au maximum les chances de production d'un tissu bourgeonnant autour de la plaie.

A. CARTAZ.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### PUBLICATIONS FRANÇAISES

**Ablation des tumeurs naso-pharyngiennes par l'ostéotomie verticale et latérale du nez et son renversement de haut en bas, par le professeur OLLIER** (de Lyon), *Gazette des hôpitaux*, n° 58, 21 mai 1889.

Le procédé opératoire préconisé par M. Ollier, pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens consiste à renverser le nez de haut en bas après avoir pratiqué l'ostéotomie verticale et bi-latérale de la façon suivante : une incision en fer à cheval partant de l'extrémité postérieure du bas de l'aile droite du nez, remonte verticalement pour venir contourner la racine et finalement se terminer au bord postérieur de l'aile gauche. Cette incision va du premier coup jusqu'à l'os. Les os sont ensuite sectionnés avec une scie à lame étroite, et s'il est nécessaire on termine la section avec des ciseaux ; cela fait, le nez est rabattu en bas. Souvent on mobilise la cloison pour augmenter le jour et on procède à l'extraction du polype. L'opération terminée, on relève le nez et on suture la peau ; il ne reste comme traces qu'une cicatrice à peine apparente.

Cette opération a été pratiquée par l'éminent chirurgien de Lyon sur un jeune homme porteur d'une volumineuse tumeur, qui faisait, saillie

dans l'orbite et donnait lieu à de l'exophthalmie. On avait hésité entre une collection purulente et un kyste. Deux incisions faites l'une par M. Le Fort, l'autre par M. Reclus avaient été sans résultats. Après avoir accompli les deux premiers temps de son opération, M. Ollier put se convaincre par l'exploration que la tumeur était pénétrée par des trabécules osseuses venant de la base du crâne. Il existait des prolongements sous forme de poche, derrière l'orbite : le tout fut enlevé et les sinus sphénoïdaux complètement nettoyés. Au bout de six semaines tout était remis dans l'ordre.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un kyste que l'auteur considère comme congénital par ces raisons que dès l'âge de onze ans on avait remarqué la déformation du nez, et que d'autre part les kystes par rétention occupent rarement plusieurs sièges à la fois.

Ce procédé décrit pour la première fois en 1875 par M. Ollier, a été mis en pratique par lui au moins une centaine de fois dans des cas de polypes naso-pharyngiens. Il croit que cette méthode préliminaire peut être appliquée avec les mêmes avantages contre toutes sortes de néoplasmes. Dans le procédé de Chassaignac, les os propres du nez sont détruits, avec celui de M. Ollier, ils sont conservés, d'où une différence et en même temps un progrès.

N.

**Des manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis héréditaire précoce**, par le Dr L. JACQUET. *Gazette des hôpitaux*, n° 57, 18 mai 1889.

L'auteur dit que le *coryza* est un des symptômes les plus constants et les plus précoces de la syphilis héréditaire. Il pourrait même exister seul, d'où l'importance qu'il y a à en bien connaître les caractères. L'épistaxis est très rare. Le *coryza* très tenace persiste jusqu'à la mort ou bien disparaît le dernier des stigmates spécifiques.

M. Jacquet a tort de prétendre que « la muqueuse de Schneider se soustrait pendant la vie à l'examen direct » ; il suffit simplement de savoir explorer antérieurement et postérieurement les fosses nasales pour se rendre un compte exact de l'état de la muqueuse qui les tapisse. Que s'il y a une turgescence trop prononcée de la muqueuse, on tournera la difficulté par un badigeonnage à la cocaïne. On a constaté à l'autopsie des *ulcération*s superficielles analogues à celles de la muqueuse buccale. Seuls l'épithélium, les papilles, les glandes et le tissu conjonctif de la muqueuse seraient intéressés par le processus.

*Muqueuse labiale.* Les lésions de la muqueuse labiale sont très fré-

quentes, puisqu'on les observerait au moins quatre fois sur cinq. Elles sont importantes par le danger qu'elles font courir aux nourrices, et aussi parce qu'elles peuvent être monosymptomatiques. A l'exemple de M. Sevestre, l'auteur décrit des *fissures* qui peuvent se présenter sous trois aspects différents ; *commissurales*, *médianes* ou *dispersées* ; d'après lui ces fissures auraient pour origine de petites érosions superficielles, arrondies à fond jaunâtre. Les fissures sont douloureuses et peuvent empêcher la succion.

*Muqueuse bucco-linguale.* La confusion la plus complète règne relativement aux lésions de la muqueuse buccale. Certains auteurs en effet, admettent que les plaques muqueuses des cavités buccale et pharyngienne sont très fréquentes ; d'autres au contraire, les considèrent comme très rares. M. Jacquet prétend qu'il ne faut guère s'attendre à rencontrer les plaques opalines observées chez les adultes, ce qui tient d'après lui à ce que la muqueuse n'a pas à subir le contact et les frottements de matières alimentaires plus ou moins dures. Peut-être encore faut-il faire intervenir l'action de certains irritants particuliers. En résumé avec M. Sevestre, il les croit rares.

Les plaques de la muqueuse buccale se rencontrent : 1<sup>o</sup> sur le frein de la lèvre inférieure et sur celui de la langue ; 2<sup>o</sup> sur le voile du palais où elles ont deux points d'élection : la partie moyenne du raphé de la voûte palatine où se montrent fréquemment deux petites ulcérations allongées d'avant en arrière et les parois latérales de la voûte palatine au niveau de la saillie que forment en ces points les apophyses ptérygoïdes. Il est encore possible de constater des *aphtes* et des *plaques diphthéritiques*. Assez fréquemment M. Jacquet a vu au niveau des gencives sur la partie antérieure de la langue et la voûte palatine de petits ulcères de forme très variable. Dans un cas les deux tiers antérieurs de la langue étaient comme *mangés des vers*. La prétendue *syphylide desquammatrice de la langue*, mieux nommée *glossite exfoliatrice marginée*, ne serait nullement symptomatique de la syphilis (Jacquet, Guinon, Sevestre) car on pourrait l'observer chez des individus absolument indemnes de cette affection. N.

**Des manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce,**  
par M. le Dr SEVESTRE.

M. Sevestre commence par rappeler les divergences de vue existant entre les différents auteurs relativement à la fréquence et aux caractères des lésions laryngées dans la syphilis héréditaire précoce. Quant à lui

s'il reconnaît que les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire sont moins rares que ne l'ont dit Parrot, Roger, Hénoch, il ne croit pourtant pas qu'elles soient aussi communes que pourrait le faire supposer la lecture d'un mémoire important de J. Mackenzie (de Baltimore) et qui est basé sur 76 cas.

Les lésions laryngées de la syphilis héréditaire seraient surtout fréquentes dans les six premiers mois de la vie. Ainsi J. Mackenzie sur 76 cas, en a trouvé 53 dans la première année et parmi ceux-ci 43 s'étaient montrés dans les six premiers mois. M. Sevestre adopte dans la description des lésions, les caractères signalés par l'auteur américain qui a reconnu trois formes: *superficielle*, *profonde* et *interstitielle*. La première et la troisième seraient essentiellement chroniques et la seconde pourrait au contraire affecter une marche très aiguë.

I. — La *laryngite chronique superficielle* qui est la forme la plus habituelle peut présenter trois périodes successives : 1<sup>o</sup> une *période d'hyperhémie*; 2<sup>o</sup> une *période d'infiltration ou d'hypertrophie* (tuméfaction de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, épaississement de cordes vocales) dans laquelle les lésions sont ordinairement limitées à un seul côté du larynx; 3<sup>o</sup> *période d'ulcération* survenant quand les lésions sont abandonnées à elles-mêmes. Arrivée à la dernière période, la maladie n'est plus guère susceptible que d'une amélioration passagère.

II. — La *laryngite ulcéruse profonde* ressemblant assez aux lésions tertiaires de la syphilis, peut succéder à la forme superficielle ou bien être indépendante; quelquefois aussi elle se montre de très bonne heure. Le début se fait par une production gommeuse suivie d'ulcération. Ces ulcérasions, qui peuvent être uniques ou multiples, symétriques ou limitées à un seul côté du larynx ont pour siège le plus fréquent l'épiglotte; on les observe ensuite sur la face supérieure ou inférieure des cordes vocales, les replis aryteno-épiglottiques, les cordes vocales supérieures et l'espace inter-arytenoïdien. Elles tendent à détruire les tissus jusqu'aux cartilages.

III. — La *laryngite chronique interstitielle* constitue la forme la plus rare. L'infiltration qui la caractérise amène un rétrécissement plus ou moins marqué de l'organe vocal, d'où le grand intérêt pratique qu'elle offre.

Dans les observations personnelles rapportées par M. Sevestre, deux fois l'examen histologique pratiqué avec soin par son interne M. Legrand a révélé les altérations suivantes : 1<sup>er</sup> cas, au niveau de la portion papillaire du chorion muqueux, solution de continuité dans l'épithélium pavi-

menteux stratifiés du bord libre de la corde vocale ; léger épaississement de la zone papillaire ; 2<sup>e</sup> cas, disparition de la couche d'épithélium pavimenteux et des papilles au niveau de la lésion ; tissu granuleux formé de très nombreux éléments ronds, embryonnaires ; infiltration de la muqueuse du ventricule de Morgagni.

La symptomatologie de ce genre d'affection se traduit par des *altération de la voix* ou plutôt du *cri* ; de la *toux* ; de la *gêne respiratoire* ; des *attaques de dyspnée* plus ou moins intenses.

Lorsque la syphilis laryngée précoce s'est terminée par la guérison, il peut encore survenir ultérieurement des lésions diverses, telles que : *brides, sténose, hypertrophie fibroïde ou sclérose en nappe* de la muqueuse. Le larynx est alors, en pareil cas, suivant l'expression du professeur Fournier, en état de *guérison précaire*, c'est-à-dire que la moindre cause pourra suffire à déterminer l'explosion de nouveaux accidents. De tout cela résulte que le *pronostic* des lésions de la syphilis laryngée héréditaire doit être considéré comme très sérieux.

Le *diagnostic*, étant donné l'âge des sujets, n'est pas toujours facile à établir ; la confusion sera fréquemment faite avec le croup. Le traitement spécifique appliqué à temps pourra enrayer les accidents ; s'il a été nécessaire de pratiquer la trachéotomie, on ne devra pas pour cela négliger le traitement général qu'il faudra du reste poursuivre longtemps pour obtenir des effets durables.

N.

**Myxosarcome kystique de la région parotidienne**, par M. le Professeur TRÉLAT. *Gaz. des hôpits.*, 1889, p. 678.

Un homme âgé de 44 ans, avait vu apparaître en 1871, dans la région parotidienne gauche, vers la partie moyenne du masséter, une petite tumeur dure et grosse comme un poïs. Jamais de douleur ni de trouble fonctionnel. La tumeur a augmenté peu à peu de volume et au moment de l'opération, elle était grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens vertical. Elle était lobulée sur les parties profondes et sans adhérences à la peau. Pas d'envahissement ganglionnaire ; état général bon.

Après extirpation, on a constaté macroscopiquement que la tumeur bosselée et lobulée était ramollie à l'une de ses extrémités. A l'incision, on aperçoit des zones dures, comme nacrées et en d'autres points le tissus plus mou constitué par un mélange de myxome et de sarcome ; on remarque en outre une multitude de cavités donnant à la tumeur un aspect kystique.

L'analyse histologique a révélé l'existence d'un tissus constitué par des

éléments conjonctifs à noyaux allongés et dont les fibres isolées formaient des cavités remplies les unes de cellules et les autres d'une matière colloïde ou granulo-grasseuse. Il semble que ces cavités soient dues à une prolifération embryonnaire du tissu conjonctif dont les faisceaux s'écartent et forment des lacunes qui se remplissent de cellules. Plus tard survient de la régression dans la partie centrale et une transformation colloïde. Il a été facile en outre de reconnaître le tissu myxomateux et aussi la zone sarcomateuse qui existait en plus grande abondance

N.

**Traitemen**t de la diphtérie, par MM. CHANTEMESSE et L. VIDAL. Soc. de médec. publ. et d'hygiène professionnelle. Prog. médic. 1889, n° 27, p. 11.

Les recherches faites par MM. Chantemesse et L. Widal pour savoir quelle était la substance qui agissait le plus efficacement contre le microbe de la diphtérie, agent pathogène et véritable source du poison diphtéritique, il résulte que les trois seuls corps ayant donné des résultats positifs et entravé la fertilité des germes, sont : le naphtol camphré, la solution du Dr Soulez (acide phénique 5 gr., camphre, 20 grammes, huile d'olives, 25 gram.) et une troisième solution analogue à cette dernière où les auteurs ont substitué à l'huile d'olives de la glycérine. De l'avis de M. Chantemesse, ce dernier mélange produirait de bons résultats employé en badigeonnages dans la diphtérie de la gorge et en se servant d'un fort pinceau pour mettre à nu la muqueuse.

N.

**Étude clinique sur les végétations adénoïdes du rhino-pharynx**, par le Dr COUETOUX de Nantes. Ann. des mal. de l'oreille, etc.; 1889, n° 8, p. 437.

L'auteur ne croit pas à la rétrocession de ces néoplasmes chez l'adulte. Il cite à ce propos l'observation d'un homme de 65 ans opéré par lui de végétations qui n'avaient retenti sur l'ouïe que depuis quelques années. Il a eu d'autre part l'occasion de pratiquer l'opération sur un enfant de 10 mois. Il est d'avis d'opérer après chloroformisation. Le ptyalisme des jeunes enfants serait d'après lui, fréquemment causé par cette affection.

LUC.

*Le Gérant: G. STEINHEIL.*

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE