

pas été soupçonnée jusqu'alors. Il n'est pas d'oculiste habile qui n'ait eu cette sorte de satisfaction.

Rarement ces lésions existent en dehors de l'albuminurie.

Elles ont cependant été constatées dans la méningite aiguë et chronique et dans le diabète, où elles sont infiniment moins fréquentes.

Dans la syphilis on a réuni et décrit sous le nom de rétinite syphilitique des lésions assez diverses : hyperhémie de la rétine, exsudations donnant au fond de l'œil une teinte rouge pâle semée de granulations blanchâtres. Ces lésions n'ont du reste rien qui caractérise spécialement la syphilis.

L'examen de la rétine chez les sujets atteints de maladies du cœur a permis de constater des lésions en rapport avec la stase sanguine déterminée par ces maladies. Ces lésions sont le plus souvent celles qu'on observe dans la congestion cérébrale : dilatation, flexuosité des veines rétinienne.

[Quinke, en 1868, et le docteur S. Becker ont signalé l'apparition des battements spontanés de l'artère centrale de la rétine, dans les cas d'insuffisance de l'aorte. On sait qu'à l'état physiologique, on ne voit pas les pulsations des artères de la rétine ; les veines seules manifestent un mouvement d'expansion. Sur 17 cas d'insuffisance aortique observés par Becker, les battements de l'artère centrale de la rétine ont été notés 16 fois. Dans un cas, on avait porté le diagnostic d'insuffisance aortique, mais à l'examen ophtalmoscopique, on n'avait pas pu constater les battements spontanés de l'artère centrale ; à l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'aorte descendante et point d'insuffisance des valvules aortiques. Ce serait donc là un nouveau signe à ajouter à la symptomatologie de la maladie de Corrigan.]

[Il existe cependant une lésion toute particulière, qui se rencontre dans le courant des affections cardiaques, et que de Graefe a signalée le premier : c'est l'embolie de l'artère centrale de la rétine. On trouve alors des artères pâles et vides. Les veines à la périphérie de la papille sont gonflées et variqueuses. On voit sur le trajet des artères, dans quelques cas, des saillies formées par des caillots. L'atrophie de la papille est la suite habituelle de ces lésions.]

Une perte subite de la vision, qui se trouble d'abord, puis s'abolit en quelques minutes, est le symptôme fonctionnel de l'embolie rétinienne.

MM. Bouchut (1) [et Poncet (2)] ont eu l'idée d'examiner le fond de l'œil immédiatement après la mort. Ils ont constaté que la papille se décolorait, que les vaisseaux rétinien s'effaçaient et que la choroïde prenait une teinte plombée tout à fait caractéristique.

C'est surtout pour les maladies du cerveau que l'ophtalmo-scope fournit les résultats les plus importants. Nul doute que cette étude ne récompense largement encore ceux qui voudraient la poursuivre. Il ne faudrait pas cependant qu'on lui demandât plus qu'elle ne peut donner. L'ophtalmoscopie ne fait le plus souvent que confirmer un diagnostic déjà solidement établi par les procédés ordinaires d'investigation. Dans quelques cas seulement, elle est appelée à jouer le premier rôle, et nous en avons donné un exemple pour l'albuminurie.

On peut cependant dès à présent considérer les résultats obtenus comme offrant une telle importance, qu'il n'est plus permis au médecin soucieux de suivre le progrès de négliger l'exploration des parties profondes de l'œil. Les difficultés inhérentes aux premières recherches ne doivent pas décourager le débutant, et les applications nombreuses qu'il pourra faire plus tard le dédommageront amplement et récompenseront sa persévérance.]

CHAPITRE II

DE LA LARYNGOSCOPIE

Historique. — L'examen du larynx à l'aide d'un instrument approprié semble être la continuation et le résultat de l'ophtalmoscopie. Il n'en est rien cependant ; il y a déjà longtemps que les observateurs, et particulièrement les physiologistes, ont eu l'idée de regarder le larynx pour assister aux phénomènes de la phonation.

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de ne pas être enterré vivant*, 2^e édition, augmentée d'une étude sur de nouveaux signes, 1874 (p. 431).

(2) Poncet, *Archives générales de médecine*, avril 1869.

En 1827, Senn, de Genève, avait tenté de voir la partie supérieure du larynx et la glotte, à l'aide d'un petit miroir; mais il ne publia son observation qu'en 1829, l'année même où Benjamin Babington présentait son *glottiscope* à la Société huntérienne de Londres; en sorte que ce dernier chirurgien doit être considéré comme l'*inventeur du laryngoscope*. En 1830, Gerdy proposa d'examiner avec un miroir les mouvements du pharynx. En 1832, Bennai dit avoir vu la glotte avec l'instrument de Selligie. MM. Trousseau et Belloc (1) avaient eux-mêmes essayé ce dernier instrument (1837). Puis Baumès, Liston, Warden, Avery firent des tentatives isolées pour apercevoir le larynx. On rapporte les recherches les plus intéressantes à M. le docteur Garcia (1833). Mais Ludwig Türck, de Vienne (1838) (2), et le professeur Czermak, de Leipzig (1838) (3), sont, il faut le reconnaître, les véritables créateurs de la laryngoscopie (4).

[En 1860, Czermak, dans un voyage qu'il fit à Paris, initia beaucoup de médecins français au maniement du laryngoscope, et par des démonstrations faites sur lui-même ne laissa aucun doute sur les résultats auxquels on pouvait arriver par l'examen du larynx. Depuis cette époque, plusieurs travaux ont été publiés en France. Nous citerons particulièrement ceux de MM. Mandl (5), Moura-Bourouillou, Fournié, Fauvel, Labordette (6), Krishaber (7), Bataille, Bœckel (8). En 1867, M. le docteur Nicolas publia la traduction d'un *Traité complet de laryngoscopie*, ouvrage du docteur Morell-Mackensie. On trouvera dans le *Traité*

(1) Trousseau et Belloc, *Traité pratique de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix*. Paris, 1837.

(2) Türck, *Méthode de laryngoscopie*. Paris, 1861.

(3) Czermak, *Du laryngoscope et de son emploi en physiol. et en méd.* Paris, 1860.

(4) Verneuil, *Documents historiques sur l'invention du laryngoscope* (*Gaz. hebdomadaire*, 27 mars 1863).

(5) Mandl, *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*. Paris, 1872.

(6) Labordette, *De l'emploi du spéculum laryngien* (*Ann. d'hyg.*, 1867).

(7) Krishaber, *Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*, art. *Larynx*.

(8) Bœckel, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *Larynx*. — Voyez aussi Maurice Jeannel, *Arsenal du diagnostic médical*.

de Mandl une étude approfondie des affections pharyngolaryngées et une bibliographie complète des différents travaux publiés tant en France qu'à l'étranger sur la laryngoscopie.]

Du laryngoscope. — [On peut considérer le laryngoscope de Czermak comme celui auquel peuvent être rapportés tous

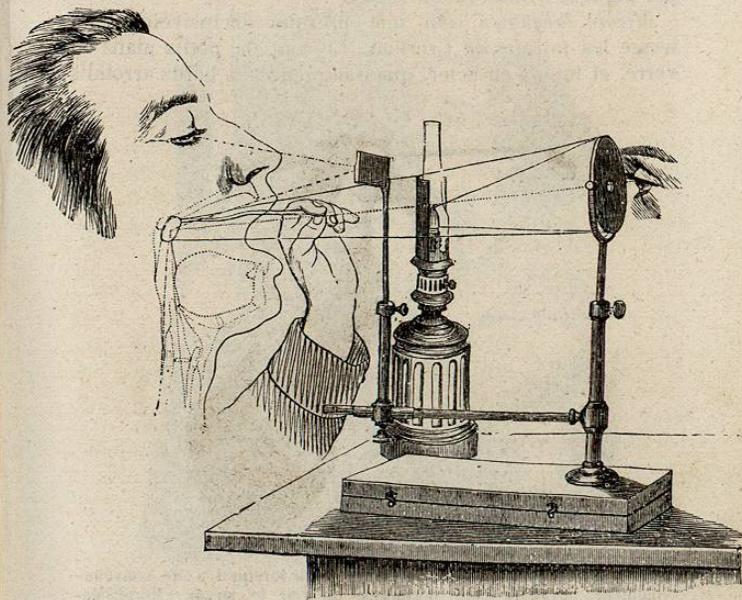


Fig. 37. — Observation et démonstration autolaryngoscopique.

Afin de ne pas rendre le dessin confus, on a figuré la lampe plus éloignée de la face qu'elle ne doit l'être en réalité. Un réflecteur demi-cylindrique est fixé sur la lampe (1).

les autres. Chaque auteur a apporté quelque perfectionnement, sans modifier les principes de l'instrument. Le

(1) Cette figure donne à la fois le procédé de laryngoscopie ordinaire et celui d'autolaryngoscopie.

laryngoscope du docteur Delabordette est seul conçu dans une autre donnée.]

L'outillage de la laryngoscopie se réduit à deux miroirs, dont l'un est déjà connu en ophthalmoscopie.

Réfecteur. Miroir légèrement concave destiné à recevoir la lumière d'une lampe et à la projeter au fond de la gorge (fig. 37). Le centre de ce miroir est percé d'une ouverture par laquelle l'observateur regarde.

Miroir laryngien. On met presque exclusivement en usage les miroirs de Czermak. Ce sont de petits plans en verre, et mieux en acier, quadrangulaires, à bords arrondis

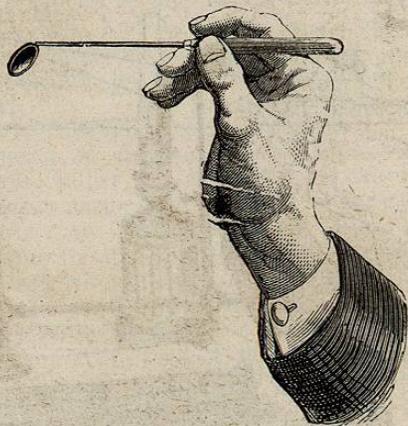


Fig. 38. — Position de la main et du miroir lorsqu'il a été convenablement introduit pour permettre de voir le larynx (Morell-Makensie).

et fixés par un de leurs angles à une tige rigide de 8 à 10 centimètres jusqu'au manche. La dimension moyenne du miroir est de 1,8 à 2 centimètres.

Ce miroir doit être chauffé dans l'eau ou à la chaleur d'une lampe, pour éviter la ternissure que lui donnerait l'air expiré du larynx.

Mode opératoire. — On emploie le plus souvent la lumière d'une lampe. L'opérateur dirige vers la gorge du malade

un faisceau de lumière à l'aide du réflecteur, par le centre duquel il regarde. Puis il introduit jusqu'au pharynx le miroir laryngien, qui doit à la fois renvoyer la lumière au larynx et rendre à l'opérateur l'image de celui-ci.

[Il est important que le miroir soit placé du premier coup



Fig. 39.

et sans hésitation dans la position convenable. Il est utile de tenir avec un linge la langue du malade, qu'on tire légèrement vers la commissure labiale gauche. Le miroir doit être incliné à angle obtus sur sa tige, comme on le voit dans la figure 38, page 730.

Quelques sujets ont une sensibilité pharyngienne qui rend l'examen fort difficile. On peut les préparer en leur faisant prendre pendant un ou deux jours 1 gramme de bromure de potassium. Ce sel a la propriété d'anesthésier la muqueuse pharyngienne.

M. Morell-Mackensie recommande de faire sucer de la glace deux minutes avant l'introduction du miroir (1).

Une disposition assez commode est celle qu'emploient la plupart des médecins français. Elle peut être décrite de la manière suivante. Une table étroite sépare le malade et l'opérateur placés vis-à-vis l'un de l'autre. La lampe se trouve posée sur cette table entre les bras du médecin. Celui-ci tient le miroir d'une main et la langue de l'autre dans les cas d'examen simple. Quand il veut opérer, le miroir est tenu de la main gauche et l'instrument de la main droite. Le malade tient lui-même sa langue (fig. 39).]

Résultats obtenus. — Dans l'état physiologique, vue de l'épiglotte, du bourrelet muqueux et cartilagineux qui borde supérieurement l'orifice du larynx, vue des cordes vocales supérieures (fausses), des cordes inférieures (vraies), de l'espace interaryténoïdien (glotte cartilagineuse); perception des anneaux de la trachée, et même, selon Czermak, de la bifurcation des bronches.

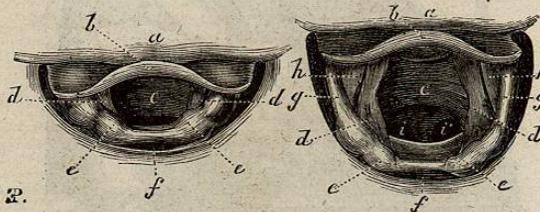


Fig. 40. — Examen du larynx, l'épiglotte étant relevée.

a, base de la langue. — *b*, épiglotte. — *c*, paroi antérieure de la trachée. — *d, d'*, cordes vocales inférieures. — *e, e'*, tubercules des cartilages de Santorini. — *f*, œsophage. — *g*, ligament aryépiglottique. — *h, h'*, cordes vocales supérieures. — *i*, bronche droite. — *i'*, bronche gauche.

[Les applications du laryngoscope à l'état pathologique sont déjà nombreuses, et, chaque jour, la science s'enrichit de nouvelles observations à ce sujet. Les altérations de l'épiglotte, des replis aryépiglottiques, les diverses lésions des cordes vocales, ont été parfaitement reconnues, surtout dans les maladies chroniques de ces organes. Des

(1) Morell-Mackensie, *Du laryngoscope et de son emploi dans les maladies de la gorge*, traduit par Emile Nicolas. Paris, 1867.

polypes, des excroissances verruqueuses développées sur les cordes vocales, ont pu être extirpés à l'aide d'instruments particuliers et dont le maniement est généralement assez délicat. Nous donnons ici les dessins de quelques-unes de ces lésions (fig. 41, 42 et 43). En se reportant à la

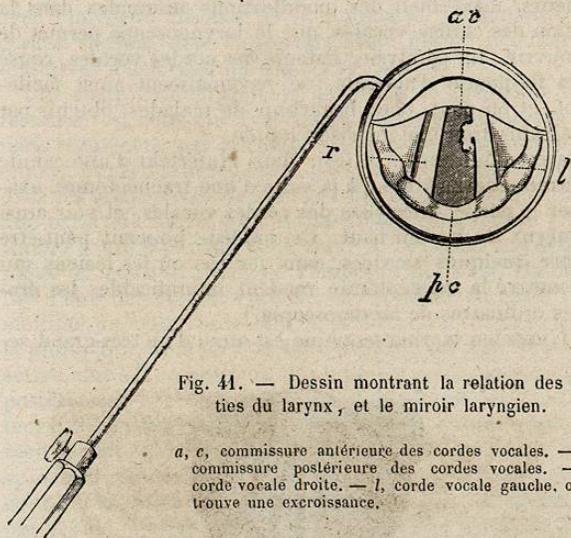


Fig. 41. — Dessin montrant la relation des parties du larynx, et le miroir laryngien.

a, c, commissure antérieure des cordes vocales. — *pc*, commissure postérieure des cordes vocales. — *r*, corde vocale droite. — *l*, corde vocale gauche, où se trouve une excroissance.

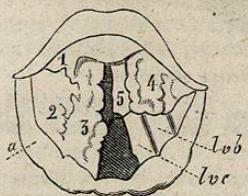


Fig. 42. — Excroissances dans le larynx.

1, 2, 3, 4, 5, tumeurs implantées sur l'épiglotte, la bande ventriculaire droite, la bande ventriculaire gauche et la corde vocale droite.
a, repli aryépiglottique.
vb, bande ventriculaire gauche.
vc, corde vocale gauche.

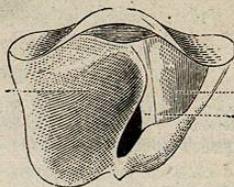


Fig. 43. — Œdème chronique du larynx.

t, large tumeur demi-transparente, formée par le repli aryépiglottique et la bande ventriculaire droite. Elle oblitère la glotte et couvre une partie de la corde vocale gauche.
vb, bande ventriculaire gauche.
vc, corde vocale gauche.

figure 41, qui représente le larynx à l'état sain, on pourra mieux se rendre compte du changement que ces lésions apportent dans la configuration des parties internes de l'organe.

Dans d'autres cas, ce ne sont plus des excroissances, des tumeurs, mais bien des modifications anormales dans la tension des cordes vocales, que le laryngoscope permet de découvrir. La paralysie, l'atonie des cordes vocales, cause assez fréquente d'aphonie, se reconnaissent ainsi facilement, et on peut, chez beaucoup de malades, obtenir par la galvanisation une guérison rapide.

En introduisant un miroir dans l'intérieur d'une canule fenêtrée, Czermak a pu, à la suite d'une trachéotomie, examiner la partie inférieure des cordes vocales, et voir ainsi le larynx de bas en haut. Ce procédé pourrait peut-être rendre quelques services, dans les cas où les lésions qui ont motivé la trachéotomie rendent impraticables les procédés ordinaires de laryngoscopie.]

[[L'examen laryngoscopique est aussi d'un très-grand se-

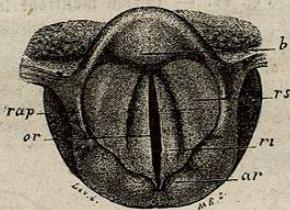


Fig. 44. — Aphonie nerveuse essentielle.

b, bourrelet de l'épiglotte. — or, orifice glottique. — rs, repli supérieur. — ri, repli inférieur. — rap, repli ary-épiglottique. — ar, cartilages aryténoïdes. (Mandl, *Traité des maladies du larynx*.)

cours pour le diagnostic des diverses espèces d'aphonies, surtout de celles qui tiennent à une innervation vicieuse des muscles laryngés.

D'après M. Mandl (1), l'aphonie nerveuse proprement dite consisterait en une paralysie bilatérale des thyro-aryté-

(1) Mandl, *Traité des maladies du larynx et du pharynx*. Paris, 1872.

noïdiens innervés, par le spinal, par l'intermédiaire du nerf laryngé inférieur. Cette aphonie consiste, comme on sait, dans la perte du son glottique, c'est-à-dire de la voix, avec conservation du son pharyngé, qui ne permet que le chuchotement. A l'exploration laryngoscopique on constate, avec l'intégrité absolue de la muqueuse, l'immobilité des cordes vocales, dont l'ouverture reste béante pendant les tentatives d'émission du son. (Voy. fig. 44.)

Une autre forme d'aphonie ou plutôt de dysphonie intéressante, est celle que l'on constate dans les paralysies des nerfs récurrents, par la compression de tumeurs intrathoraciques, et particulièrement la paralysie du récurrent gauche dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte. Elle détermine une paralysie uni-latérale de la glotte, caractérisée par le timbre sourd et étouffé de la voix. A l'examen laryngoscopique on constate, lors de l'émission des sons, l'immobilité d'une des cordes vocales; on constate en outre l'immobilité de cette corde lors de la dilatation inspiratrice de la glotte (qui, comme l'on sait (Longet), est une dilatation active, due à la contraction des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs). Les dilatateurs, aussi bien que les stricteurs d'une des moitiés de la glotte, sont donc privés de mouvement. Quelquefois la paralysie est précédée d'un spasme unilatéral donnant à la voix un timbre faux et criard tout particulier (Krishaber). Lewin et Krishaber ont publié plusieurs observations où cette paralysie d'une des cordes vocales a été le premier symptôme faisant soupçonner l'existence d'un anévrysme de la crosse, ultérieurement confirmé soit pendant la vie, soit à l'autopsie.]]

Rhinoscopie. — [C'est encore à Czermak qu'on doit les premières applications de la méthode d'examen à laquelle on a donné le nom de *rhinoscopie*, et que ce professeur démontrait sur lui-même avec une remarquable facilité.

Dans ce procédé, on éclaire la partie postérieure des fosses nasales à l'aide d'un petit miroir introduit derrière la luette. Il faut que cet organe soit relevé par un petit crochet qui le porte en avant. Cet examen est difficile, la titillation de la luette par le crochet est insupportable à la plupart des malades. Aussi la rhinoscopie n'est-elle pas encore, à proprement parler, passée dans la pratique. Elle pourrait cependant fournir des renseignements précieux, dans les po-

types des fosses nasales, dans certains états morbides des trompes d'Eustache.

Nous donnons ici à titre de curiosité le dessin des fosses

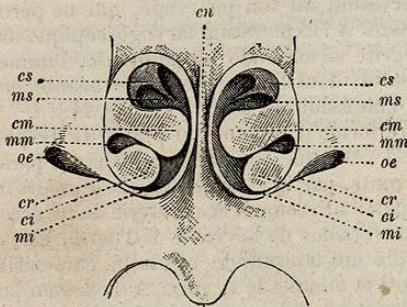


Fig. 45. — Fosses nasales antérieures comme on les voit dans la rhinoscopie.

cn, cloison du nez. — *cs*, cornet supérieur. — *cm*, cornet médian. — *ci*, cornet inférieur. — *ms*, méat supérieur. — *mm*, méat médian. — *mi*, méat inférieur. — *oe*, orifice de la trompe d'Eustache. — *cr*, crête limitant l'orifice de la trompe d'Eustache et le bord inférieur des fosses nasales.

nasales postérieures vues par la rhinoscopie (fig. 45). Ce dessin, comme le fait remarquer M. Morell-Mackenzie (1), est aussi exact que possible : mais il ne peut être obtenu qu'en combinant les diverses images obtenues en plaçant successivement le miroir dans différentes positions.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffisent pour démontrer que la laryngoscopie est une méthode d'examen avec laquelle le médecin doit aujourd'hui se familiariser. Il est incontestable que le diagnostic et surtout le traitement des maladies du larynx ont beaucoup gagné à son application. Il est bon toutefois de remarquer que le larynx n'est jamais aussi facile à explorer que lorsqu'il se trouve dans les conditions physiologiques. Dans beaucoup de cas le gonflement des parties supérieures : épiglote, ligaments aryéno-épiglottiques, masque complètement la vue des parties inférieures ; et dans la plupart des maladies aiguës la sensibilité morbide de l'arrière-gorge s'oppose à

(1) Morell-Mackenzie, *Du laryngoscope et de son emploi dans les maladies de la gorge*, avec un appendice sur la laryngoscopie, traduit par Émile Nicolas. Paris, 1857, p. 146.

ce que l'exploration soit pratiquée d'une manière profitable. C'est donc particulièrement dans les maladies chroniques du larynx que la laryngoscopie trouve ses applications.]

CHAPITRE III

EXPLORATION DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

[[**Emploi du spéculum.**— Nous avons vu plus haut (p. 327) la manière dont se pratique le toucher vaginal et les renseignements que fournit ce mode d'exploration. Mais dans nombre de circonstances, il est nécessaire de rendre accessibles à la lumière les parties profondes du vagin et la portion cervicale du col utérin ; ce résultat est obtenu à l'aide d'instruments spéciaux qui portent le nom de *spéculums*.

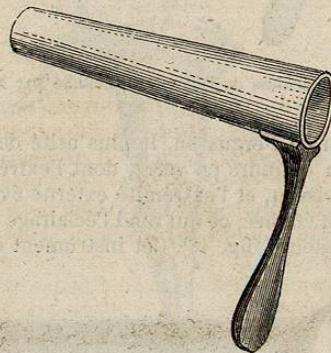


Fig. 46. — Spéculum de Récamier, modifié par Dupuytren.

L'usage de ces instruments paraît remonter à la plus haute antiquité, car on en a découvert dans les fouilles de Pompéi, et Paul d'Égine, Albucasis, Ambroise Paré, en décrivent ou en figurent des spécimens, dont plusieurs très-complicés (1). Mais c'est à Récamier que l'on doit d'avoir

(1) Consulter, au sujet de l'histoire : Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873, p. 67.