

12-47

A Monsieur le Docteur Touchot  
hommage de l'auteur  
Uxelle

LE  
PHÉNOL SULFORICINÉ  
DANS LA  
TUBERCULOSE LARYNGÉE

PAR  
Albert RUAULT

MÉDECIN DE LA CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE  
DES SOURDS-MUETS DE PARIS  
LAURÉAT DE LA FACULTÉ ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

« Le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le concevait autrefois, subit une modification profonde... Le domaine de la chirurgie s'étend, parce que l'antisepsie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal. Tout ce qu'il devient possible de traiter localement devient chirurgical... Toutes les fois qu'on peut faire le traitement local, on a chance de guérir ce qui ne guérissait pas. »

Ch. BOUCHARD.

PARIS  
G. MASSON, ÉDITEUR  
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895



LE  
PHÉNOL SULFORICINÉ  
DANS LA  
TUBERCULOSE LARYNGÉE

Biblioteka Główna WUM

**Br.6847**



000027046

---

59859 — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE  
9, rue de Fleurus, 9

---

LE  
PHÉNOL SULFORICINÉ  
DANS LA  
TUBERCULOSE LARYNGÉE

PAR  
Albert RUAULT

MÉDECIN DE LA CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE  
DES SOURDS-MUETS DE PARIS  
LAURÉAT DE LA FACULTÉ ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

« Le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le concevait autrefois, subit une modification profonde... Le domaine de la chirurgie s'étend, parce que l'antiseptie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal. Tout ce qu'il devient possible de traiter localement devient chirurgical... Toutes les fois qu'on peut faire le traitement local, on a chance de guérir ce qui ne guérissait pas. »

Ch. BOUCHARD.

PARIS  
G. MASSON, ÉDITEUR  
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—  
1895



## AVANT-PROPOS

---

Lorsque j'écrivais, en 1892, que le phénol sulfuriciné était de tous les topiques jusqu'alors appliqués au traitement de la phtisie laryngée celui qui s'était montré entre mes mains le plus efficace<sup>1</sup>, je m'attendais bien à voir cette assertion accueillie avec réserve. Il pouvait en effet, à priori, sembler douteux qu'un médicament à base de phénol, et ne différant des autres préparations phéniquées que par son véhicule dissolvant, pût donner des résultats thérapeutiques supérieurs ou même comparables à ceux de l'acide lactique, seul topique qui, de tous

1. *Traité de médecine* de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. Tome IV, p. 256. Je signale en même temps, dans cet article, la valeur thérapeutique du naphтол sulfuriciné contre la tuberculose du larynx; mais j'avais pris soin, dès 1889 (*Archives de laryngologie*, tome II, 1889, n° 6, p. 526), d'indiquer qu'en pareil cas le phénol sulfuriciné possède une efficacité supérieure à celle du naphтол.

les remèdes connus, eût encore réussi à faire ses preuves. J'espérais cependant que mon affirmation rencontrerait, auprès de mes confrères français tout au moins, un crédit suffisant pour provoquer de leur part la publication de recherches de contrôle. Le médicament que je préconisais ne leur était pas inconnu. Lorsque je l'avais introduit, en 1889, dans la thérapeutique locale des maladies des premières voies, j'avais déjà signalé ses bons effets dans la tuberculose du larynx; et, depuis lors, son utilité dans le traitement de l'angine diphtérique avait été pleinement reconnue par le professeur GRANCHIER et les docteurs LEGROUX, LE GENDRE, BARBIER, et plusieurs autres médecins des hôpitaux d'enfants de Paris, sans être niée par aucun de ceux qui l'avaient expérimenté. Enfin l'Académie de Médecine l'avait admise, en faisant aux travaux que j'avais publiés à ce sujet, seul ou en collaboration avec BERLIOZ, l'honneur de les récompenser par le prix Saint-Paul en 1893.

Ces témoignages n'ont pas suffi pour éveiller l'attention des laryngologistes : à l'exception de mes élèves, un petit nombre seulement de mes confrères l'ont expérimenté dans la tuberculose assez longtemps pour juger de sa valeur; et, sauf MENDEL, qui l'a recommandé récemment dans une revue cri-

tique insérée dans les *Annales de médecine*, aucun des auteurs français qui ont publié, depuis 1892, des travaux relatifs au traitement de la phtisie laryngée, n'a dit un seul mot du médicament que j'avais préconisé.

Le premier auteur étranger qui ait consenti à l'expérimenter méthodiquement, à instituer des recherches de contrôle sérieuses et suivies, et à en publier les résultats, est le professeur MASSEI (de Naples). Ses expériences commencées avec des échantillons de phénol sulforiciné préparé à Paris par BERLIOZ, et continuées avec des produits préparés de façon identique à Naples par ARÉNA, ont été poursuivies pendant plus d'une année avec toute la constance et la rigueur d'observation possibles, suivant les indications que j'avais données moi-même à MASSEI sur le mode d'emploi du médicament. Leurs résultats ont été des plus nets, et ont conduit MASSEI et ses élèves à des conclusions qui confirment, de la façon la plus éclatante, les assertions que j'ai émises. Ces conclusions, ainsi que les faits cliniques qui leur servent de base, ont été publiées par TRIFILETTI, assistant du professeur MASSEI. TRIFILETTI a consacré à cette question deux mémoires : l'un a été inséré dans le « *Rendiconto della Università di*

*Napoli* » (Naples, 1895, in-8, p. 15-20)<sup>1</sup> ; l'autre, encore inédit, a été lu le 2 avril 1894 à la section de laryngologie du congrès international des sciences médicales de Rome. A cette même séance, DAMIENO (de Naples), et le professeur MASSEI, qui déjà avait brièvement signalé ailleurs<sup>2</sup> les résultats satisfaisants de ses premiers essais, ont pris soin d'appuyer les conclusions de TRIFILETTI.

Depuis lors, aucune autre publication sur le même sujet n'a encore paru, mais des expériences ont été entreprises de divers côtés par des laryngologistes dont la haute autorité me permet d'attendre avec une entière confiance les conclusions que j'espère leur voir publier bientôt : HERYNG (de Varsovie), qui étudie ma méthode avec le plus grand soin depuis six mois, m'écrivait, le 12 décembre dernier, que deux mois d'expériences sur une vingtaine de malades lui suffisaient déjà pour le mettre en mesure de dire que le « phénol sulforiciné est un précieux médicament, qui surpasse l'acide lactique et tous les topiques employés dans la phtisie laryngée ». Le professeur H. KRAUSE (de Berlin), qui, sur le conseil

1. Ce travail a été analysé dans le n° 1 du tome VII (1894) des *Archives internationales de laryngologie*, p. 56.

2. *Archivii italiani di laringologia*, tome XIII, 1895, p. 65.



de HERYNG, l'a suivi dans la même voie, m'écrivait de son côté, le 3 février, que depuis plusieurs semaines déjà il employait, sur huit malades, le phénol sulforiciné, et qu'il « continuerait le traitement jusqu'à un succès ou à la possibilité d'un jugement définitif », qu'il ne manquerait pas de me communiquer. Je ne suis pas inquiet non plus du jugement de KRAUSE.

Je ne doute pas qu'il n'arrive, comme MASSEI et TRIFILETTI, comme DAMIENO et comme HERYNG, à des conclusions confirmant les miennes; de même que tous ceux qui voudront bien s'astreindre, non seulement à appliquer la méthode suivant les principes qui seront exposés plus loin, mais encore à n'employer qu'un médicament absolument pur et préparé selon les indications qu'on trouvera dans le chapitre suivant. Mais on devra, sous peine de risquer des échecs, s'abstenir d'utiliser des produits douteux, comme beaucoup de ceux qui (depuis que le phénol sulforiciné a été utilisé en France pour le traitement de la diphtérie) sont vendus sous son nom : leur fabrication est défectueuse, ils sont instables, se troublent, et leurs effets thérapeutiques ne sont en aucune façon comparables à ceux que le médicament est capable de donner dans d'autres conditions.

Si j'avais cédé aux sollicitations de mes élèves<sup>1</sup>, j'aurais publié depuis longtemps déjà le présent travail; et j'y aurais joint, avec mes observations, des tableaux statistiques détaillés. Je n'ai pas voulu risquer, en parlant trop tôt, d'émettre des propositions que l'avenir eût pu démentir. J'ai attendu, pour présenter à mes confrères un exposé détaillé des effets du phénol sulforiciné sur les lésions tuberculeuses laryngées et des résultats thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre dans les différentes formes cliniques de l'affection et à leurs diverses phases, d'être en mesure de baser mes affirmations sur une expérience personnelle assez longue et assez étendue pour leur enlever tout caractère hypothétique, et me donner la certitude de ne point y mêler l'espérance et la réalité.

Depuis le début de mes essais, qui aujourd'hui remonte à près de six années, j'ai soigné moi-même ou fait soigner sous mes yeux par mes élèves, avec le phénol sulforiciné, aussi bien dans ma pratique particulière que dans le service public de clinique

1. Mes élèves m'ont tous aidé, autant qu'ils l'ont pu, dans mes observations et mes recherches. Je suis heureux d'avoir l'occasion de les en remercier publiquement ici, en particulier mon distingué chef de clinique et ami le docteur A. COLIN, qui, depuis plus de trois ans, a été pour moi le plus dévoué et le plus éclairé des collaborateurs.

laryngologique dont j'ai la direction, plus de cinq cents malades; et près de quatre cents d'entre eux ont été suivis pendant un temps variant de deux mois et demi à trois mois jusqu'à quatre ans et plus. Mais, parmi ces quatre cents malades, il en est beaucoup chez qui le traitement a été entravé par des interruptions fâcheuses, plus ou moins fréquentes et prolongées (dues soit à la négligence, soit à des cas de force majeure ou à des complications pathologiques quelconques); et beaucoup aussi chez lesquels il a été cessé prématurément, avant d'avoir eu le temps de donner tout son effet. Un certain nombre aussi ont été perdus de vue après guérison, partielle ou totale, complète ou incomplète, en apparence absolue ou seulement relative; et je n'ai pu les observer ensuite, lors des récidives qui ont certainement atteint la majorité d'entre eux. Chez beaucoup enfin, je n'ai pu multiplier les pansements autant qu'il l'eût fallu pour en retirer le maximum d'effet : ceci ne saurait faire pour moi le moindre doute, puisque c'est parmi les malades de ma clientèle privée (que j'ai pu soigner à ma guise) que j'ai obtenu les succès les plus nombreux et les plus complets.

Les conditions d'application du traitement local,

chez les divers malades, ont donc été très dissemblables, et les résultats qu'il a pu donner chez les différents sujets ont été, nécessairement, d'autant plus insuffisants qu'il a été moins méthodiquement et régulièrement suivi. Cependant j'ai tenu à baser mon jugement de la valeur thérapeutique de la médication phéno-sulforicinée sur l'examen synthétique de toutes mes observations, parce que je voulais, avant tout, échapper sûrement au reproche d'être trop optimiste. De cette façon, j'ai de bonnes raisons de croire que les appréciations que je formule sont, en définitive, beaucoup au-dessous de la réalité.

Dans ces conditions, je me suis abstenu résolument d'insérer à la suite de mon mémoire la série de mes observations cliniques; car il m'eût fallu consacrer un volume à cette accumulation de faits présentant des valeurs démonstratives très inégales, dont le classement en groupes composés d'unités comparables eût exigé l'établissement de subdivisions trop multipliées pour que leur examen soit instructif ou même de quelque intérêt. Aussi bien, je crois fermement que le lecteur (pour peu qu'il soit exercé à la technique laryngothérapique) a mieux à faire, s'il veut se renseigner sur le bien fondé des opinions que je développe dans mon travail, que de s'astreindre

à la lecture d'une fastidieuse énumération d'histoires cliniques disparates et pour la plupart incomplètes. Il lui suffira de quelques semaines d'essais, portant sur une vingtaine de malades, pour se faire une opinion personnelle et se mettre à même de juger, en connaissance de cause, la valeur de la médication que je lui recommande en toute sécurité.

---

# CHAPITRE I

## L'ACIDE SULFORICINIQUE ET LES SULFORICINATES EN GÉNÉRAL

### § 1. — Historique.

L'acide sulforicinique est un liquide huileux, qui fait partie de la classe des composés appelés *huiles tournantes* ou huiles solubilisées par l'acide sulfurique. Il résulte de l'action de l'acide sulfurique sur l'huile de ricin. Cet acide et ses sels sodique et ammoniacal sont connus et employés depuis longtemps dans l'industrie de la teinture des étoffes. Dès 1834, RUNGE les avait étudiés au point de vue chimique, en même temps qu'il avait appelé l'attention sur leurs applications à la teinture en rouge turc ; et, depuis lors, de très nombreux travaux de chimie industrielle ont paru sur le même sujet<sup>1</sup>.

Ces corps sont aujourd'hui fabriqués industriellement à Rouen, à Mulhouse, à Ottensen près Ham-

1. Voir plus loin la bibliographie.

bourg, etc.; mais les échantillons de ces divers produits diffèrent notablement entre eux, suivant l'usine dont ils proviennent, et ceux d'une même fabrique sont loin d'être toujours identiques. Ces écarts ne tiennent pas seulement au degré de pureté des matières premières utilisées; ils sont dus principalement aux procédés de fabrication, qui sont dissemblables et ne conduisent pas à des résultats identiques. Chacun des auteurs qui se sont occupés de cette question a recommandé un procédé particulier, et aucun d'eux n'a jugé à propos de donner, sur l'exécution de son procédé, des indications suffisamment précises.

C'est ainsi que MULLER JACOBS, dont les travaux sont considérés comme les plus complets au point de vue chimique, a indiqué un mode de préparation que A. BERLIOZ déclare absolument incompréhensible : il semble avoir soigneusement évité de donner, dans son brevet d'invention allemand de 1877, le détail des manipulations qu'il emploie. Il en est de même dans le brevet plus récent pris par le même auteur en Allemagne, en 1886, pour un nouveau procédé de fabrication des diverses huiles tournantes et de leurs sels sodiques et ammoniacaux, brevet dans lequel il désigne ceux-ci sous le nom de « solvines » ou « polysolves », en raison de l'étendue de leurs propriétés dissolvantes. Ce brevet, dont l'exploitation

a été acquise par la maison Kirchmann (d'Ottensen), ne donne aussi que des indications incomplètes sur le procédé de fabrication qu'il garantit : les fabricants le reconnaissent d'ailleurs, car A. BERLIOZ leur ayant demandé, en 1889, des indications à ce sujet, ils lui ont répondu que pour réussir la préparation il fallait se servir de quelques manipulations *propres à Muller Jacobs*, qu'ils n'ont pas spécifiées.

Or, dans ce brevet de 1886, MULLER JACOBS ne se réservait pas seulement l'exploitation industrielle de ses « solvines », mais encore leur exploitation pharmaceutique. Les produits de ce genre, d'origine allemande ou américaine, qu'on peut trouver dans le commerce, sont obtenus avec l'huile de ricin, l'huile de colza, et d'autres substances huileuses. Les uns ont la consistance d'une pâte presque solide ; les autres, liquides, dégageant une forte odeur d'ammoniacale, sont très divers d'aspect et se troublent avec rapidité. Ils ont été, paraît-il, employés en Amérique comme véhicules dissolvants de l'iodoforme (pour le pansement des plaies récentes), et de quelques autres corps utilisés en pommades applicables sur les téguments. On les aurait même, au pays de l'oncle Sam, employés avec succès comme véhicules de remèdes internes. Les médecins de la vieille Europe, peu sympathiques en général aux remèdes secrets ou de composition mal connue, se sont abs-



tenus de s'en servir, surtout depuis que KOBERT (de Dorpat) eût fait connaître, en 1887, leurs effets physiologiques, et montré qu'en applications internes (estomac, cavités séreuses, tissu sous-cutané, sang veineux) ils étaient très toxiques et tout à fait inutilisables<sup>1</sup>.

Lorsque j'eus le premier, en 1889, l'idée d'utiliser les sulforicmates comme véhicules dissolvants de certains médicaments destinés à des applications topiques dans les fosses nasales, la cavité bucco-pharyngienne et le larynx, j'étais, depuis quelque temps déjà, en quête d'un véhicule exempt d'alcool qui fût capable de dissoudre une proportion un peu élevée de naphтол, car le camphre, employé comme dissolvant de ce corps, ne me satisfaisait nullement. Le naphтол camphré, en effet, est incapable de mouiller les muqueuses humides et d'y adhérer

1. Indications bibliographiques : — RUNGE, *Farbenchemie*, theil I, 1854. — FREMY, *Annales de Chimie et de Physique*. — MULLER JACOBS, *Brevet de l'Empire allemand*, 50 sept. 1877. — Le même, *Brevet de l'Empire allemand*, 9 avril 1886. — LIECHT ET SUIDA, *Wagner' Jahresbericht*, 1885 et 1884. — BENEDIKT ET ZIGMONDY, *idem*, 1885. — ISABANEJEW, *Ber. der deutsch. chem. Ges. Jahrg.*, 18:0. — BENEDIKT ET ULZER, *Zeitsch. f. die chemische Industrie*, 1887. — REIMER ET WILL, *Ber. der deuts. Chem. Jahrgang*, 1887. — *Moniteur scientifique de Quesneville*, 1888. — *Dingler's journal*, 1885. — KOBERT, *Thérapeut. Monatshefte*, décem. 1887. — *Journal de pharmacie d'Anvers*, 1888. — *Archives de pharmacie*, 1888. — *Medical and surgical reporter*, 1888. — KIRRULL, *Bull. des travaux de l'Institut pharm. de Dorpat*, 1889. — *Chemist and Druggist*, 1889.

quelque peu. Un de mes malades, qui s'occupait de chimie industrielle, m'ayant appris que le naphthol était utilisé par les teinturiers, en solution à 15 pour 100 et plus dans le sulforicinate d'ammoniaque, je lui demandai des échantillons de ce produit et de sulforicinate de soude, qu'il eut l'obligeance de se procurer et de mettre à ma disposition. L'odeur du sulforicinate d'ammoniaque, son goût nauséux, son peu de stabilité, me lui firent bientôt préférer le sulforicinate de soude comme dissolvant de divers médicaments topiques, et surtout du naphthol, du phénol, du salol et de l'acide salicylique, de la créosote, etc. Les résultats de mes premiers essais m'ayant paru satisfaisants, je les consignai dans une note sommaire, que je remis à la rédaction de la *Revue de laryngologie* en septembre 1889, et qui parut dans ce recueil le 15 novembre suivant<sup>1</sup>.

Mais avant même que cette note préliminaire n'eût encore été publiée, j'en fis part à mon ami le Dr A. BERLIOZ (de Paris), en le priant de vouloir bien chercher un procédé qui permit de préparer pharmaceutiquement un sulforicinate de soude *officinal*

1. RUAULT. — De l'acide sulforicinique comme véhicule dissolvant de quelques phénols utilisables en applications topiques dans les maladies des premières voies, et en particulier dans la tuberculose laryngée. — *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, t. IX, 1889; page 712.

dont la composition et les propriétés fussent constantes, desideratum dont les différences très marquées des divers échantillons que j'avais utilisés jusque-là m'avaient fait reconnaître l'importance. BERLIOZ se mit immédiatement à l'œuvre; et, malgré l'insuffisance des renseignements donnés par les auteurs, il réussit bientôt à déterminer le mode de préparation d'un produit très supérieur à ceux des échantillons industriels qui m'avaient le plus satisfait. Nous fîmes alors, en commun, du résumé de nos recherches pharmacologiques et cliniques, l'objet d'une communication à la Société de thérapeutique<sup>1</sup>.

Aussitôt après cette communication, on nous reprocha de divers côtés, à BERLIOZ et à moi, de n'avoir pas tenu compte dans notre travail du dernier écrit de MULLER-JACOBS et du mémoire de KOBERT sur les *solvines* et leur action physiologique. Ils avaient échappé, en effet, à nos recherches bibliographiques : nous occupant de l'acide sulforicinique et des sulforicinates ou sulforicinolates, corps depuis longtemps connus bien qu'assez mal définis, nous n'avions pas pris garde aux indications relatives aux

1. RUault ET BERLIOZ. — De l'acide sulforicinique et de son emploi comme véhicule dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, séance du 13 novembre 1889; et *Archives de laryngologie*, tome II, 1889, page 521.

*solvines*, *polysolves*, etc., produits à dénominations fantaisistes et extra-scientifiques. Ces reproches étaient d'autant plus mal fondés que l'identité de ces produits avec les premiers était loin d'être rigoureusement établie, puisque leurs fabricants ont gardé en partie secrets, dans un but purement commercial, les procédés de leur fabrication<sup>1</sup>. Au reste, la meilleure réponse à leur opposer était de montrer, par l'étude comparative de ces « solvines » et du sulforicinate de soude préparé par BERLIOZ, leurs caractères différentiels; et c'est ce que cet auteur a fait dans une seconde communication à la Société de thérapeutique, le 12 février 1890<sup>2</sup>.

Enfin, dans une troisième communication à la même Société, le 25 février 1891, BERLIOZ a joint aux travaux précédents une étude expérimentale de l'action physiologique du sulforicinate de soude, dans laquelle il a contrôlé les recherches antérieures de KOBERT sur des substances analogues, et les a complétées en déterminant le coefficient exact de la

1. En ce qui me concerne, je me considère comme très heureux d'avoir ignoré le travail de KOBERT avant d'avoir été en mesure d'apprécier les résultats de mes premiers essais; car si je l'avais connu plus tôt, j'aurais évidemment hésité à expérimenter des substances analogues à celles que le professeur de Dorpat considérait comme dangereuses et inutilisables en thérapeutique, sauf en applications sur la peau sous forme de pommades.

2. A. BERLIOZ. — Sur l'acide sulforicinique et les solvines. *Bulletin de la Société de thérapeutique*; séance du 12 février 1890.

toxicité du produit et les conditions qui peuvent la faire varier<sup>1</sup>.

## § 2. — Pharmacologie.

La préparation pharmaceutique du sulforicinate de soude est assez difficile à mener à bonne fin. Elle est longue (elle exige, en effet, de 10 à 12 jours); et, pour la réussir il est indispensable de procéder avec beaucoup de soin, d'attention et de méthode. Bien qu'elle ait déjà été indiquée ailleurs à plusieurs reprises<sup>2</sup>, je vais la donner de nouveau ici, en exposant *in extenso* (sous la dictée de BERLIOZ lui-même) le détail des manipulations pharmaceutiques dont l'exécution successive est la condition suffisante, mais nécessaire, du succès.

*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 pure bien refroidie, on verse 250 grammes d'acide sulfurique pur à 66°, par*

1. A. BERLIOZ. — Recherches expérimentales sur l'acide sulforicinique *Bulletin de la société de thérapeutique*, séance du 25 février 1891.

2. On trouve cette indication dans notre premier travail de 1889; dans le compte-rendu de la discussion qui a suivi la communication de BERLIOZ du 25 février 1891; enfin dans un article du même auteur

*petites quantités, et en remuant constamment avec une baguette de verre, pour bien mélanger la masse et éviter une élévation notable de la température. Pour y réussir, il faut mettre un quart d'heure environ à effectuer le mélange. On laisse alors reposer pendant douze heures.*

*On procède ensuite au lavage de la masse. Pour cela, on verse dans le vase qui la contient deux litres d'eau salée (100 grammes de sel marin par litre d'eau) chauffée à la température de 60 à 70 degrés, et on agite avec beaucoup de soin avec la baguette de verre, de façon à bien diviser le corps et à favoriser le contact avec le liquide laveur. Après avoir ainsi continué à agiter pendant quelques minutes, on laisse reposer jusqu'à ce que la séparation de la masse, en deux couches bien distinctes, se soit produite. Alors on soutire l'eau, et on procède à un deuxième lavage fait exactement de la même façon. Un troisième lavage, identique, suffit à débarrasser complètement le produit de toutes les impuretés qu'il contenait.*

*Une fois ces lavages terminés, on s'occupe de neutraliser la masse avec de la lessive de soude; mais en partie*

(A. BERLIOZ). — L'acide sulfuricinique et le phénol sulfuriciné; leur emploi en thérapeutique. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 décembre 1891), dont j'ai cité ce qui a trait au procédé préparatoire dans le *Traité de médecine*, tome III, page 185. Le mode de préparation, légèrement modifié, que je donne ici, est celui auquel BERLIOZ s'est arrêté définitivement depuis trois ans.

*seulement, de façon à conserver une réaction faiblement acide. L'addition de la lessive de soude doit être faite goutte à goutte avec une pipette, en agitant sans cesse avec la baguette de verre; et en suivant attentivement la réaction à l'aide du papier de tournesol<sup>1</sup>.*

*Lorsque l'on est arrivé à une réaction de très<sup>2</sup> faible acidité, on laisse reposer la masse pendant douze heures, de façon à permettre à la plus grande partie de l'excès d'eau de se déposer au fond du vase; puis on décante une première fois et on filtre sur du gros papier. Le liquide est recueilli dans un bocal, et on le laisse ensuite reposer, à l'abri de la poussière, pendant huit jours au moins, afin de laisser à toute l'eau restante le temps de se séparer du produit huileux. Cette eau, chargée de soude, d'acide sulfurique, etc., se dépose au fond du vase.*

*Au bout de huit ou dix jours, on décante une seconde fois, et l'on achève la déshydratation du produit de la façon suivante : on verse le liquide dans une grande capsule émaillée, et on recouvre toute sa surface libre d'une couche assez mince de carbonate de potasse pur et*

1. Cette partie de l'opération est assez délicate; il faut avoir bien soin de ne pas ajouter de soude en excès. Si cela arrivait et qu'on voulût y remédier en versant de nouveau de l'acide sulfurique dans la préparation, on déterminerait une sorte de saponification, et la masse serait perdue.

2. Je dis de *très faible* acidité, parce que celle-ci augmente toujours un peu, spontanément, pendant les premiers jours qui suivent la manipulation.

*desséché, en poudre grossière. Puis, à l'aide d'une baguette de verre, on agite le tout avec soin, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à obtenir un mélange intime où le corps desséchant soit bien également réparti dans toute l'épaisseur du liquide.*

*On laisse encore reposer pendant 10 à 12 heures, pour donner au carbonate de potasse le temps de se déposer entièrement au fond de la capsule, puis on filtre une dernière fois, sur du gros papier à huile. Le liquide est recueilli dans des flacons parfaitement secs, qu'on doit conserver bien bouchés.*

La substance ainsi obtenue est un liquide jaune ambré foncé, de la consistance d'un sirop très épais, filant comme la mélasse de sucre de canne brut. Sa densité est de 1030 environ. Il donne, au toucher, la sensation d'une huile épaisse, visqueuse, très adhérente à la peau. Son odeur et sa saveur, fades et peu marquées, rappellent un peu celles de l'huile de ricin.

Lorsqu'on en verse une petite quantité dans un verre d'eau, il tombe en filant et en laissant sur son passage dans l'eau une trainée blanche, jusqu'au fond du verre où il se dépose en une couche aplatie autour de laquelle se forme aussitôt un nuage blanchâtre. Lorsqu'ensuite on agite, avec une baguette de verre, assez longtemps pour bien mélanger, on obtient vite une coloration blanche, laiteuse et



opaque de toute la masse; et celle-ci conserve ensuite le même aspect pendant plusieurs jours, sans qu'il se forme de dépôt bien notable. Lorsqu'on examine une goutte du liquide au microscope, on y voit, en suspension dans l'eau, une multitude de petits globules sphériques, d'un demi  $\mu$ . à 1 ou 2  $\mu$ . de diamètre, et très mobiles. Plus le mélange a été agité et battu longuement, plus les globules sont petits et d'égal volume. Il ne s'agit donc pas d'une solution; c'est une simple émulsion, mais parfaite et très stable.

Le sulforicinate de soude a des propriétés antiseptiques et désinfectantes, ainsi que BERLIOZ s'en est convaincu expérimentalement<sup>1</sup>.

Appliqué en badigeonnages sur la peau ou sur les muqueuses des premières voies, il n'est pas irritant et ne provoque aucune sensation désagréable.

Introduit dans l'estomac des animaux (lapins, cobayes), il se montre toxique : à jeun les doses de plus de 5 grammes tuent les lapins de poids moyen après une diarrhée abondante et sanguinolente; et

1. Ayant recueilli du pus très fétide et rempli de bactéries diverses, provenant d'une brûlure profonde, BERLIOZ l'a mélangé à 5 ou 6 fois son poids d'une émulsion de sulforicinate de soude à 10 pour 100 d'eau, et l'a mis à l'étuve à 37 degrés. Au bout de quelques jours, ce liquide avait en grande partie perdu sa mauvaise odeur; et des tubes d'agar peptonisé, ensemencés avec lui, sont presque tous demeurés stériles (*Soc. de thérap.*; 1891).

l'on trouve, à l'autopsie, la muqueuse très vascularisée, tachetée de nombreuses ecchymoses, et recouverte d'un mucus abondant et coloré en rouge par l'exsudation sanguine. Si l'estomac est plein au moment où le liquide est avalé, l'animal peut supporter des doses un peu plus fortes. La dilution du liquide dans l'eau affaiblit nettement sa toxicité (BERLIOZ).

Deux centimètres cubes du liquide pur introduits dans la plèvre, et autant dans le péritoine, chez le lapin, tuent l'animal assez rapidement. A l'autopsie, on trouve un exsudat coloré en rose à la surface de la séreuse, mais pas de lésions comme sur la muqueuse digestive dans le cas précédent (BERLIOZ).

L'injection intra-dermique d'une petite quantité de sulforicinate de soude détermine une tumeur avec eschare. Sous la peau (on peut en injecter 1 gramme à un lapin sans qu'il se produise d'intoxication) l'injection donne lieu à une tumeur sans eschare. Mais cette tumeur indurée devient rapidement mamelonnée, et s'étend sur une surface de plusieurs centimètres, pour ne disparaître que peu à peu (BERLIOZ).

En injections intra-veineuses (veine crurale du lapin), même poussées très lentement, le liquide se montre très toxique, quoiqu'en émulsion au 50<sup>e</sup> ou au 100<sup>e</sup>. Le coefficient de toxicité, ainsi déterminé par BERLIOZ, correspond à 227 milligrammes de sul-

foricinate de soude par kilogramme d'animal. La mort, qui survient d'autant plus rapidement que la solution est plus concentrée, arrive après de fortes convulsions. L'examen du sang fait reconnaître que les globules rouges ont été dissous très rapidement; constatation faite également par ROBERT pour les substances analogues au sulforicinate de soude qu'il a expérimentées.

Ces expériences montrent que le sulforicinate de soude n'est pas un excipient inerte; et qu'il est inutilisable comme véhicule dissolvant de médicaments destinés à être employés en injections sous-cutanées absorbables, ou donnés à l'intérieur. Mais en applications topiques dans le nez, la bouche, la gorge et le larynx, il n'offre aucun danger en raison de la petite quantité de substance utilisée : il suffit, en effet, que le tampon de coton dont on se sert comme pinceau ne soit pas chargé d'un excès de liquide, pour que ces badigeonnages ne laissent au contact de la muqueuse qu'une couche très mince du médicament. Lorsqu'on les renouvelle à plusieurs reprises au même endroit, le sulforicinate de soude s'émulsionne avec le liquide muqueux qui humecte la membrane, et celle-ci prend une teinte blanchâtre et opaline, due à la couche médicamenteuse émulsionnée qui la recouvre.

Il en est de même dans la pratique, où le sulfori-

cinat de soude n'est pas employé pur, mais additionné de diverses substances en dissolution. En effet, ces solutions ont la propriété de s'émulsionner avec l'eau comme leur excipient seul, sans qu'il se fasse de séparation et de précipitation.

Le sulforicinate de soude permet de dissoudre un assez grand nombre de substances peu ou très peu solubles dans l'eau : ainsi il dissout 40 à 50 pour 100 de phénol; 10 pour 100 de naphthol  $\beta$ ; 15 pour 100 de salol ou d'acide salicylique<sup>1</sup>. Ces solutions se font à froid ou au bain-marie à une chaleur modérée; et si les produits employés sont secs et bien purs, les solutions restent longtemps très limpides.

Les solutions d'acide salicylique à 10 pour 100, employées en légers badigeonnages bi-quotidiens, sont d'une efficacité merveilleuse contre les stomatites aphteuses, avec ou sans lésions aphteuses du pharynx. Les ulcérations guérissent pour ainsi dire à vue d'œil, dès que le traitement est institué<sup>2</sup>.

Celles de naphthol  $\beta$  sont utiles dans le traitement local de la gingivite arthro-dentaire; et dans celui de l'ozène, où elles font disparaître l'odeur assez rapidement. Elles donnent, dans la tuberculose

1. Nous avons donné à ces solutions, pour la commodité du langage, les noms du *phénol sulforiciné*, *naphthol sulforiciné*, etc.

2. RUAULT. — Traitement de la stomatite aphteuse. *Procès verbaux inédits de la Société médicale du 1<sup>er</sup> arrondissement de Paris*, 1894.

des premières voies et du larynx, des résultats analogues à ceux du phénol qui seront étudiés dans ce travail; mais ces résultats sont obtenus bien plus lentement, moins facilement, et plus rarement qu'avec le phénol; aussi je n'emploie plus que ce dernier, en pareil cas, depuis quelques années.

Le mélange, à parties égales, de naphтол sulfuriciné à 10 pour 100 et de phénol sulfuriciné à 20 pour 100, pratiqué au moment même d'en faire usage, m'a souvent donné de meilleurs effets que le naphтол sulfuriciné pur dans le traitement des pharyngites et laryngites sèches.

Quant aux solutions de phénol, elles donnent de bons résultats dans le traitement local de l'angine diphthérique, et je crois qu'aujourd'hui encore on ne saura mieux faire que d'y recourir si l'on n'a point la possibilité d'utiliser le traitement sérothérapique. Elles m'ont encore donné des guérisons assez rapides des stomatites ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses, avec ou sans participation du voile palatin et des amygdales au processus nécrotique buccal. Mais elles se montrent surtout activement efficaces dans la thérapeutique locale des affections tuberculeuses des premières voies, dont je vais maintenant m'occuper.

## CHAPITRE II

### LE PHÉNOL SULFORICINÉ, ET SON EMPLOI DANS LA TUBERCULOSE DU LARYNX

#### § 1. — Pharmacologie.

Lorsqu'on dispose de sulforicinate de soude à réaction légèrement acide complètement déshydraté, préparé suivant les indications données dans le chapitre précédent, la préparation du phénol sulforiciné n'offre aucune difficulté.

La seule précaution à prendre est de s'astreindre rigoureusement à n'utiliser, pour le faire dissoudre dans le sulforicinate, que du *phénol synthétique chimiquement pur*. Ce corps, à la vérité, est d'un prix plus élevé que les autres phénols du commerce; mais il permet seul d'obtenir des solutions sulforicinées parfaitement limpides et restant telles à la température de 15 degrés. De plus elles ne présentent qu'une odeur de phénol très légère et beaucoup moins marquée que celles qui renferment du phénol ordinaire.

Les solutions utilisables en laryngologie sont titrées à 20 pour 100, 50 pour 100 et 40 pour 100. Les proportions à employer sont donc les suivantes :

Phénol . . . . .	20 gr.	ou	50 gr.	ou	40 gr.
Sulforicinate de soude.	80 gr.	ou	70 gr.	ou	60 gr.
	<hr/>		<hr/>		<hr/>
	100 gr.		100 gr.		100 gr.

(Faire dissoudre au bain-marie, à une chaleur modérée, en agitant de temps en temps.)

Le phénol sulforiciné ainsi préparé présente à peu près les mêmes caractères que le sulforicinate de soude; cependant, et c'est là une chose assez inattendue, il est plus fluide que lui et d'une coloration moins foncée<sup>1</sup>.

Employé sans addition d'eau, il n'est nullement caustique pour les muqueuses des premières voies, même lorsque le phénol y existe dans la proportion de 40 pour 100 et plus. Il ne produit sur la langue et dans la gorge qu'une sensation de cuisson passagère; les badigeonnages amènent, comme je l'ai dit précédemment, une coloration blanchâtre de la muqueuse par une couche émulsionnée légère-

1. Toute solution de phénol sulforiciné qui, soit immédiatement après sa préparation, soit plus tard, se trouble et n'est pas d'une parfaite limpidité, doit être mise au rebut. En effet, ce trouble, dû à la présence d'une certaine quantité d'eau (venant du phénol, ou du sulforicinate), rend les applications topiques plus douloureuses et leurs effets incertains.

ment adhérente; mais, lorsqu'il n'y a pas d'exco-riations, ils ne déterminent jamais d'eschares.

Ces badigeonnages, non plus, n'ont jamais donné lieu à aucun phénomène d'intoxication, ni phéni-quée, ni sulforicinée. La tolérance du pharynx de l'homme pour le médicament est certainement très élevée, puisque H. BARBIER, qui a soigné un grand nombre d'enfants du service du professeur GRANCHER à l'aide de la solution à 20 pour 100 qu'il appliquait en badigeonnages répétés toutes les heures le jour, et toutes les deux heures la nuit, faits d'ailleurs largement et *après* l'ablation des fausses membranes, n'a jamais observé, du fait du médicament, aucun signe d'intoxication<sup>1</sup>. D'ailleurs, l'étude de la toxicité du phénol sulforiciné est encore à faire, et elle ne peut manquer d'être intéressante. Il est peu probable qu'elle démontre que cette toxicité est en rapport direct avec celles du phénol et du sulforicinate de soude considérées isolément. Il n'est pas impossible au contraire que ce dernier ne diminue ou ne modifie largement la toxicité du premier.

Par contre, il laisse intacte sa puissance antiseptique : les expériences de H. BARBIER (*loco cit.*) ne laissent aucun doute sur ce point, du moins en ce qui concerne l'action du produit sur le bacille diphté-

1. H. BARBIER, *France médicale*, 1<sup>er</sup> janv. 1892.



rique, dont la résistance aux antiseptiques est d'ailleurs, comme on sait, très élevée<sup>1</sup>.

## § 2. — Mode d'emploi du médicament.

J'ai expérimenté comparativement les solutions à 20, 50 et 40 pour 100 de phénol, dans les diverses formes de tuberculose laryngée, et j'ai pu me convaincre que la solution de choix est celle qui est titrée à 50 pour 100.

La solution à 40 pour 100 ne m'a paru présenter d'avantages que dans certains cas exceptionnels, lorsque le larynx est très tolérant, et présente des fissures profondes ou des ulcérations cratériformes; dans toutes les autres conditions, elle ne m'a pas semblé plus efficace que la solution à 50 pour 100, tandis que son application et son goût sont plus désagréables, et ses effets immédiats plus irritants.

1. BARBIER ensemece des tubes de sérum avec une culture pure de bacille diphtérique, et, avec une spatule en platine, étale ensuite, sur un certain nombre d'entre eux, à la surface du sérum ensemeccé, une mince couche de phénol suforiciné à 20 pour 100. Sur les autres il étale de même une couche d'une solution de phénol camphré dans l'huile renfermant également 20 pour 100 de phénol; puis il met le tout à l'éluve. Les premiers tubes restent tous stériles; tandis que dans tous les autres, la culture n'est que retardée de 24 heures.

Aussi ai-je presque absolument renoncé à son emploi.

Dans la pratique courante, j'utilise les solutions à 20 pour 100 et à 50 pour 100; mais surtout cette dernière. Elle présente en effet une efficacité très supérieure à celle de la première, bien qu'elle ne soit pas sensiblement plus irritante qu'elle, ni plus douloureuse. Je réserve donc la solution à 20 pour 100 aux malades dont le larynx a tendance à réagir d'une façon exagérée, et encore je ne l'emploie guère qu'au début du traitement, pour la remplacer bientôt par la solution à 50 pour 100.

Pour appliquer le médicament dans le larynx, je me sers du coton hydrophile phéniqué du commerce. Le tampon, dont le volume varie suivant les cas, est fixé à un porte-ouate, et plongé ensuite dans la masse médicamenteuse où il séjourne 15 à 20 secondes, de façon à arriver à une imprégnation totale. Il est ensuite retiré du flacon; on le laisse égoutter, et dès que l'excès de liquide s'est écoulé en filant de l'extrémité du tampon, celui-ci est prêt à servir. La consistance à donner au tampon varie suivant les cas : lorsqu'on doit faire de simples attouchements, le tampon doit être souple et peu serré; lorsqu'au contraire il s'agit de procéder à une friction un peu énergique, il convient de serrer fortement la mèche de coton autour de la tige porte-ouate. Pour ces applications, j'utilise une tige métallique de 2 milli-

mètres  $1/2$  de diamètre environ, convenablement courbée, à extrémité mousse surmontée de quelques pas de vis autour desquels il est facile d'enrouler la mèche de coton, qui s'y applique aussi fortement qu'on le désire, quel que soit son volume.

Les applications doivent toujours être faites sous le contrôle de l'œil, à l'aide du laryngoscope. Il est indispensable, en effet, que l'opérateur s'assure d'une façon positive que le médicament est bien exactement mis en contact avec les lésions qu'il a pour but de modifier. Bien entendu, il importe de se servir de tiges porte-ouate de courbures ou de formes appropriées au but à atteindre : c'est ainsi que pour pénétrer dans les cavités ventriculaires, dans les diverses parties des régions intéraryténoïdiennes, sous-glottiques, etc., les extrémités des tiges doivent être coudées ou excentrées de la façon qui convient à chaque cas. L'observation méticuleusement précise des règles de la technique endolaryngée est de la plus haute importance; elle constitue la condition *sine quâ non* du succès thérapeutique; et les résultats qu'elle donne ne sont en aucune façon comparables à ceux, forcément incomplets, qu'on peut retirer de la simple introduction intra-glottique d'un pinceau, d'une éponge, d'un tampon ouaté chargé du médicament, faite à la hâte et toujours de même dans tous les cas.

Pour obtenir rapidement la tolérance du larynx, les applications de solutions aqueuses cocaïniques constituent le procédé de choix. Je les emploie presque toujours au début du traitement. D'abord je fais deux applications successives de la solution au quart ou même au tiers, pour obtenir l'anesthésie complète; puis je ne fais plus qu'une seule application; ensuite je n'anesthésie plus que l'épiglotte; et, au bout de quelques jours ou plus, j'arrive dans un assez grand nombre de cas à faire convenablement mes pansements sans anesthésie préalable. Mais je ne renonce à celle-ci que lorsque, sans elle, je suis capable de procéder avec précision et sécurité. Au reste l'important, en pareil cas, n'est pas de limiter l'action du médicament : bien au contraire, les applications de celui-ci doivent être largement faites, non seulement sur les lésions elles-mêmes, mais encore autour d'elles. Ce qu'il faut éviter, c'est de ne toucher qu'une partie des surfaces malades, au lieu de les atteindre en totalité. Or, c'est ce qui arrive le plus souvent lorsque l'introduction intralaryngée du porte-topique amène, dès que celui-ci arrive au larynx, une contraction vestibulaire énergique; car le rapprochement des bandes ventriculaires d'une part, et de l'autre le mouvement de bascule en avant des aryténoïdes coïncidant avec le recul de la région du tubercule épiglottique, obligent

le tampon à passer de vive force dans une sorte de sphincter contracté, à l'entrée duquel il abandonne la plus grande partie du médicament dont il a été imbibé.

Dans tous les cas, je le répète, le médicament doit être employé largement; et le tampon qui en est imprégné doit être laissé pendant quelques secondes au moins en contact avec les lésions. Peu à peu on arrive à prolonger la durée de ce contact.

La tolérance des malades n'est nullement en rapport avec le siège, le degré ou l'étendue des lésions, ni avec l'existence ou l'absence de la dysphagie: mais elle varie avec chaque sujet ou pour mieux dire avec chaque larynx. Il importe d'ailleurs de remarquer que le mot « tolérance » est en réalité trop compréhensif pour être employé, à propos d'un topique, sans commentaires explicatifs. L'intensité de la douleur immédiate produite par l'application médicamenteuse, la persistance plus ou moins longue de cette douleur, soit au même degré, soit à un degré inférieur, doivent être considérées comme des facteurs distincts des phénomènes nerveux spasmodiques ou autres qui peuvent l'accompagner, et aussi des phénomènes réactionnels d'ordre congestif ou inflammatoire qui peuvent survenir avec elle ou peu après elle, l'accompagner ou lui survivre.

La douleur immédiate, qu'on pourrait s'attendre

à trouver quelque peu violente en raison de la proportion très élevée d'acide phénique que renferme le topique, est en réalité très légère. Lors des premières applications, elle est d'intensité moyenne, et les malades accusent de suite une sensation locale de brûlure qui, au bout d'une ou deux minutes, s'atténue beaucoup, et finit par disparaître après une demi-heure, une heure, rarement plus. Mais peu à peu, à mesure que les pansements sont renouvelés, l'intensité et la durée de cette sensation diminuent considérablement.

Les réactions nerveuses immédiates sont en général faibles. Il est rare de voir survenir un spasme glottique un peu accentué et prolongé; plus souvent on observe quelques secousses de toux; presque jamais de toux persistante.

L'application est suivie d'une congestion généralisée de la muqueuse laryngée, qui devient un ornement d'un rouge vif autour des régions blanchies par la couche médicamenteuse, dans tous les points où le sang circule dans des vaisseaux nombreux et perméables. Quelquefois, au bout de quelques minutes, à la rougeur initiale succède de la pâleur, mais beaucoup plus fréquemment la rougeur subsiste et dure, après s'être un peu atténuée, plusieurs heures, jusqu'à vingt-quatre ou quarante-huit heures même chez quelques sujets.

En somme, le médicament est très bien toléré par la très grande majorité des malades. Chez tous, au bout de très peu de temps, les applications ne causent plus qu'une douleur insignifiante, cessent de provoquer des phénomènes spasmodiques gênants, et chez la plupart d'entre eux elles n'amènent qu'une réaction congestive très passagère, bien que parfois très vive immédiatement. Quelques sujets cependant, même sans que le pansement leur occasionne ni douleur, ni toux, etc., plus marquées que d'ordinaire, continuent à présenter, après chaque application topique, une hyperémie laryngée violente et de longue durée, persistant presque avec la même intensité pendant quarante-huit heures et plus. Quelques autres, également très peu nombreux, sont tellement incommodés par la saveur du médicament, qu'ils sont pris de nausées après le pansement, et que celui-ci les fait vomir à coup sûr si leur estomac n'est pas vide. Exceptionnellement, ce dégoût peut devenir absolument invincible, et rendre la médication tout à fait inapplicable.

La longue durée des hyperémies consécutives, au contraire, ne doit pas être considérée comme une contre-indication au traitement topique par le phénol sulfuriciné. Celui-ci peut en effet, en pareil cas, se montrer nettement et très rapidement efficace; mais à la condition qu'il soit appliqué comme il convient :

plus la réaction congestive est longue, plus long doit être l'intervalle entre les pansements consécutifs. Alors que chez un malade qui, deux ou trois heures après l'application du remède, ne présente pas plus de rougeur laryngée qu'avant celle-ci, une seconde application peut être faite avantageusement huit à dix heures après cette disparition de l'hypérémie irritative; chez celui qui en présentera encore les signes au bout de vingt-quatre heures, on devra au contraire attendre un jour de plus avant de renouveler le pansement. Dans ces conditions, en ne faisant d'applications topiques que tous les deux jours ou même tous les trois jours au début, on verra le plus souvent la durée des poussées congestives diminuer progressivement; tandis que si les pansements étaient pratiqués à trop courts intervalles, le contraire aurait lieu : l'intensité et la durée des phénomènes réactionnels hypérémiqes s'accroîtraient, et il se produirait une véritable laryngite catarrhale diffuse médicamenteuse surajoutée.

Chez les malades de cette catégorie, ces pansements rares donnent souvent des résultats excellents, et une amélioration progressive rapide, que seulement des pansements quotidiens ou même bi-quotidiens sont capables de donner chez les autres sujets. Il importe donc de ne pas oublier que, en règle générale, les pansements doivent être d'autant plus fré-



quents que la réaction hypermique qui les suit est de plus courte durée ; et que chez beaucoup de malades ils doivent, s'il est possible, être pratiqués tous les jours. Le pansement est fait de préférence au moment où l'estomac est vide. Les sujets doivent ensuite s'abstenir autant que possible de parler pendant une heure ou deux.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que les pansements simples constituant seuls l'intervention thérapeutique locale. Mais les applications post-opératoires du remède sur les surfaces cruentées, utilisées comme pansements consécutifs aux diverses interventions chirurgicales endo-laryngées, se font de la même manière. La seule précaution spéciale à prendre en ce cas est d'attendre, pour y procéder, que le suintement sanguin ait cessé. Elles ne sont pas plus douloureuses que dans d'autres conditions, la plupart du temps même elles le sont beaucoup moins, car au moment où elles sont faites le larynx est encore sous l'influence de l'anesthésie cocaïnique. Les pansements sont renouvelés, après l'opération, tous les jours ou tous les deux jours.

J'ai dit plus haut qu'on devait parfois pratiquer des frictions sur les lésions, tandis que dans d'autres cas il convenait de ne faire que des attouchements prolongés ou des onctions doucement répétées des parties malades. Ces dernières seules doivent en

général suivre les interventions opératoires; elles suffisent encore pour le traitement des infiltrations diffuses au début, et elles doivent toujours être employées de préférence chez les malades à phénomènes congestifs réactionnels de longue durée. Chez les autres, il est avantageux de recourir aux frictions sur les ulcérations de la face laryngienne de l'épiglotte, des cordes vocales, de la région interaryténoïdienne sus et sous-glottique; mais en aucun cas ces frictions ne devront être faites avec violence, et on devra se garder de trop appuyer sur les parties, surtout lorsqu'on agit en arrière, car ces manœuvres brutales peuvent amener des douleurs consécutives et de la tuméfaction résultant d'une légère arthrite traumatique crico-aryténoïdienne dont la durée, le plus souvent limitée à quelques jours, est parfois aussi beaucoup plus longue.

Lorsqu'on a badigeonné ou frotté un peu longuement la muqueuse avec le topique, sans la faire saigner, sa surface prend, comme je l'ai dit déjà, une teinte un peu blanchâtre et opaline, due à la présence d'une couche adhérente du médicament émulsionné avec le mucus, qui masque la rougeur des parties sous-jacentes. Le même aspect est donné à la muqueuse par de simples attouchements, pourvu toutefois qu'ils aient été répétés et prolongés un peu longtemps. Sur les surfaces cruentées, cette

émulsion, au lieu d'être blanchâtre et opaline, prend une teinte opaque et brunâtre. Toutes les fois où l'application du médicament (sauf en cas de sécheresse extrême de la muqueuse) ne donne pas un résultat de ce genre, on peut à coup sûr la considérer comme insuffisante, et la répéter, plusieurs fois s'il le faut, jusqu'à ce qu'on l'ait obtenu.

---

## CHAPITRE III

### EFFETS DES APPLICATIONS RÉPÉTÉES DE PHÉNOL SULFORICINÉ SUR LES LÉSIONS TUBERCULEUSES DE LA MUQUEUSE LARYNGÉE

#### 1. — Modifications objectives des lésions.

Si l'on veut se rendre, aisément et promptement, un compte exact des effets curatifs des applications topiques répétées de phénol sulforiciné sur les lésions tuberculeuses de la muqueuse laryngée, il faut commencer par soumettre à ce traitement une série d'une vingtaine de malades encore vigoureux, exempts de troubles dyspnéiques d'origine laryngée et de dysphagie douloureuse, et supportant relativement bien, sans trop de fièvre, leur affection pulmonaire. Non seulement, en effet, ces malades se trouveront dans de bonnes conditions d'examen au début du traitement, mais la conservation de leur état général donnera chance au médecin d'observer un peu longuement un certain nombre d'entre eux.

Parmi ces sujets, qui ne viennent souvent consul-

ter le laryngologiste que pour des altérations persistantes de la voix, il faut s'adresser de préférence à ceux dont la dysphonie dépend de lésions tuberculeuses superficielles de toute la cavité sus-glottique, ou mieux encore de lésions plus profondes, mais circonscrites et limitées à une partie plus ou moins étendue de la zone périglottique. A défaut de malades de ce genre, on pourra instituer la médication chez des sujets atteints de phtisie laryngée chronique commune à forme infiltro-ulcéreuse plus ou moins diffuse, mais encore au début, et exempts d'altérations profondes siégeant au niveau des articulations du larynx ou de son squelette, afin de ne pas être obligé de recourir à des interventions chirurgicales et d'être à même de constater les effets du topique employé seul. *Dans les cas où la médication donnera tout ce qu'elle peut réaliser*, voici les diverses modifications qui se produiront sous les yeux de l'observateur, selon les formes cliniques de phtisie laryngée auxquelles il aura affaire.

Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'un malade atteint des lésions superficielles caractérisant la forme de phtisie laryngée dite « catarrhale ». En pareil cas, à la période d'état, toute la muqueuse du vestibule est légèrement et assez uniformément tuméfiée et d'apparence relâchée. Les cordes inférieures, épaissies, dépolies, rougeâtres, portent des

ulcérations plates plus ou moins étendues, tantôt présentant l'aspect qui les a fait nommer « en coup d'ongle », tantôt à tendance extensive et n'affectant entre elles et la surface muqueuse voisine que des limites irrégulières et indistinctes. Leur fond, sans profondeur notable, est grisâtre, inégal, finement granuleux. Elles empiètent souvent sur une partie du bord libre, qui semble à ce niveau finement et inégalement dentelé. La région interaryténoïdienne, souvent un peu épaissie, est tapissée en arrière de petites saillies plus ou moins nombreuses et confluentes, de teinte rose pâle, de volume inégal, parfois confondues par leur base, d'apparence végétante. Les sécrétions, généralement épaissies, sont d'abondance variable.

Si l'on soumet ce sujet à la médication locale appliquée selon les règles indiquées précédemment (en prenant bien soin de subordonner la fréquence des pansements au degré et surtout à la durée de la réaction immédiate), et, aussitôt que la tolérance le permettra, qu'on joigne à des attouchements largement faits avec un tampon épais, des frictions plus fermes exécutées à l'aide d'un tampon plus petit et plus dur à la surface des ulcérations, on ne tardera pas à constater, au bout d'un temps variable, des modifications plus ou moins régulièrement et rapidement progressives des lésions. Le plus souvent on

peut, en premier lieu, reconnaître que l'apparence terne, nuancée de grisâtre ou de jaunâtre, de la muqueuse vestibulaire, reparaît de moins en moins accusée après la disparition de la rougeur diffuse consécutive à chaque pansement. Les surfaces restent rosées, et reprennent un peu de brillant. En même temps, les sécrétions, parfois exagérées antérieurement, deviennent moins opaques et plus opalines, moins visqueuses et plus fluides, et diminuent notablement. Les ulcérations se détergent, et après avoir paru d'abord plus nettement limitées, laissent apparaître des îlots de petites granulations rosées, de volume petit et inégal et de nombre variable, qui commencent à recouvrir leur fond. Celui-ci perd sa teinte grisâtre, bourgeonne plus activement, et finit par se combler, pendant que le bord libre de la corde perd son aspect dentelé. L'ulcération semble alors remplacée par une saillie rougeâtre inégalement veloutée et d'apparence finement papillaire, donnant parfois au bord libre de la corde vocale une direction irrégulièrement et légèrement convexe en dedans. En même temps que cette réparation s'est faite, la tuméfaction diffuse des cordes a diminué; les saillies végétantes interaryténoïdiennes se sont flétries, sont devenues moins saillantes, moins nombreuses, et après avoir laissé voir parfois au milieu d'elles des fissures érosives qui ne se sont

souvent comblées qu'avec peine, elles ont en partie disparu, laissant à leur place un simple épaissement à surface plus ou moins mamelonnée. Pour arriver à ce résultat, il a fallu de quatre à six semaines.

A partir de ce moment, la médication devient en général moins active. Elle réussit bien à amener une diminution de la saillie à aspect pachydermique qui a remplacé l'ulcération chordale, mais elle ne parvient le plus souvent que chez les sujets soignés dès le début de l'affection, ou n'ayant eu que des lésions très légères, à rendre aux cordes leur aspect nacré et aux régions voisines leur apparence tout à fait normale. Elle ne peut réaliser, dans la majorité des cas heureux, qu'une guérison relative : les signes d'une inflammation chronique vulgaire de la muqueuse laryngée persistent. Les cordes vocales gardent une coloration inégalement rougeâtre et grisâtre, et les parties qui ont été le plus atteintes demeurent légèrement épaissies ou bosselées au niveau des bords libres aussi bien que sur leur surface.

Si l'on s'est adressé à un malade qui présente des lésions tuberculeuses périglottiques à la fois plus circonscrites et plus profondes, et dont par exemple le larynx, à part de très légers signes de catarrhe diffus, ne soit atteint que d'épaississement vilieux de l'espace interaryténoïdien, et d'une infiltration



tuberculeuse assez nettement limitée à une certaine étendue d'une ou de deux cordes vocales inférieures<sup>1</sup>, on pourra suivre plus exactement encore l'effet du remède sur l'évolution de la lésion. Il faut, en pareil cas, que le traitement local soit d'autant plus précis que les lésions sont elles-mêmes plus nettement circonscrites; et que les applications du topique soient faites en frictions rapides et un peu énergiques, autant que possible un peu prolongées. Il ne faut pas s'inquiéter si elles font saigner la surface de l'infiltration; non seulement il n'en résulte rien de fâcheux, mais souvent l'amélioration semble en devenir plus rapide et plus marquée. Enfin il faut avoir bien soin d'attendre que la réaction hypéréémique généralisée consécutive ait entièrement disparu, avant d'intervenir de nouveau.

Lorsque l'infiltration est encore récente, on voit au bout de quelques pansements la saillie rougeâtre qui la constitue commencer à s'aplatir et perdre

1. Cette forme de tuberculose laryngée, que j'ai décrite (*Traité de médecine*, tome IV, page 219) sous le nom de *forme infiltro-ulcéreuse périglottique circonscrite*, avait jusque-là été confondue avec la précédente. Je l'en ai distraite parce qu'elle en diffère nettement par sa marche lente, sa bénignité relative, sa tendance infiniment moindre à se transformer en phthisie laryngée infiltro-ulcéreuse diffuse; et que ces caractères suffisent, à mon gré, à lui donner son autonomie, surtout lorsque le catarrhe diffus est très faible, ou même fait défaut, ce qui n'est pas rare. Je parlerai tout à l'heure de la nécessité de ne point confondre cette forme avec une pachydermie desquamative simple.

ensuite progressivement son aspect fusiforme ou mamelonné. L'amélioration, dans quelques cas, peut se continuer lentement jusqu'à la disparition complète de la lésion. Beaucoup plus souvent, elle s'arrête à un moment donné, et la médication ne peut arriver à faire disparaître un épaississement rosé, mal limité, d'apparence pachydermique, occupant le siège de l'infiltration antécédente.

Si l'infiltration est déjà parvenue à un stade avancé au moment du début du traitement, celui-ci semble parfois en hâter la caséification au lieu de l'empêcher. Il n'est pas rare, après les premières applications phéniquées, de voir survenir très rapidement une ulcération, qui s'étend d'un jour à l'autre à toute la surface de l'infiltration et à toute son épaisseur<sup>1</sup>. Mais sous l'influence du même traitement,

1. Peut-être n'est-il pas inutile d'insister ici sur la nécessité de se mettre en garde contre une erreur d'interprétation sur la nature de la lésion, surtout quand les lésions sont bilatérales, et d'apparence mal caractérisée. Je laisse de côté la syphilis; ce dont j'entends parler, c'est de l'éventualité d'une de ces laryngites érosives, avec érosions offrant l'aspect de véritables ulcérations en raison de l'épaississement de la couche épithéliale disparue, qu'on a décrit sous le nom de « pachydermie desquamative ». On peut voir ces laryngites atteindre des phthisiques, plus souvent peut-être que des sujets indemnes de tuberculose; et même si les lésions pulmonaires sont déjà assez avancées pour que les crachats fourmillent de bacilles, le larynx peut cependant guérir spontanément, car l'auto-inoculation bacillaire à son niveau n'est pas fatale, bien au contraire. Or, leur diagnostic n'est pas toujours aisé; et la présence de bacilles constatée dans le produit d'un raclage *superficiel* de l'ulcération ne serait pas plus

surtout si l'on multiplie autant que possible les pansements (en alternant les frictions et les attouchements d'un jour à l'autre, par exemple), ces ulcérations ne s'étendent plus, et se modifient rapidement. Elles se détergent de suite, leur fond devient rosé, granuleux, bourgeonnant, et elles guérissent en se comblant d'un tissu rougeâtre, à surface un peu inégale et mamelonnée, qui se lisse peu à peu. Non seulement la perte de substance peut ainsi disparaître, mais plus souvent peut-être elle est remplacée par un épaissement en saillie.

Les choses se passent d'ordinaire de la même façon, à cela près que l'amélioration est plus longue à se manifester et marche d'abord plus lentement, quand l'affection a déjà atteint la période ulcéreuse au moment où le traitement est commencé. Lorsqu'il existe des ulcérations bi-latérales des cordes

démonstrative que dans un crachat. En pareil cas, pour assurer le diagnostic, il faut d'abord bien déterger et nettoyer l'ulcération, et enlever à la pince coupante une petite partie du tissu sous-jacent ou de celui qui limite la perte de substance. (Si l'ulcération n'existe pas encore au moment où l'on opère, on enlève de même, après un pansement réalisant un nettoyage sérieux de la saillie, un fragment de celle-ci). On divise alors ce fragment, à l'état frais, en petits morceaux qu'on écrase entre des lamelles, et l'on pratique l'examen bacilloscopique. Mais, et c'est là un point sur lequel je crois indispensable d'insister, on ne devra pas le considérer comme négatif avant d'avoir observé de nombreuses préparations. (Celles-ci, en effet, ne renferment souvent que quelques bacilles, 2 ou 3 par exemple. Et on peut même n'en trouver que dans une seule préparation sur cinq ou six).

vocales, il n'est pas habituel que l'amélioration marche parallèlement des deux côtés : l'un d'eux peut être guéri bien avant l'autre.

Dans quelques cas cependant l'ulcération continue à se creuser et à s'étendre, malgré la médication, pendant un temps variable; et elle ne guérit qu'au prix d'une perte de substance notable, qui ne se répare jamais.

Lorsque, indépendamment des lésions indiquées pour chacun des deux types de malades dont j'ai parlé précédemment, on constate de plus une infiltration, de volume variable, d'une ou des deux cordes vocales supérieures, avec ou sans ulcérations de leur face supérieure, au moment où l'on commence le traitement, le cas doit être considéré comme plus sévère. Cependant, et surtout si les lésions ulcéreuses n'ont pas détruit en partie la bande ventriculaire, si elles ne s'étendent pas à la cavité ventriculaire assez loin pour être inabordables sans une intervention chirurgicale, on pourra constater que sur cette région les effets du topique sont très voisins de ceux qui viennent d'être décrits. Ou bien, si l'infiltration n'est pas trop avancée, elle diminue peu à peu, et la bande ventriculaire reprend son apparence normale à peu de chose près; ou bien, si la surface est ulcérée, l'ulcération se déterge, bourgeonne et guérit en même temps que l'infiltration

sous-jacente se rétracte et que la tuméfaction s'affaisse. Cet affaissement peut être complet à la suite d'infiltration diffuse de toute la corde supérieure, avec propagation aux parois et éversion du ventricule assez marquée pour masquer entièrement la corde inférieure sous-jacente.

Plus rapidement peut-être que les saillies végétantes de l'espace intéryténoidal, les végétations en général moins fermes des cordes supérieures et inférieures, qui ne sont pas rares chez ces malades, cèdent à la médication topique. Elles pâlisent et se flétrissent, s'affaissent et diminuent de volume, et lorsqu'elles ne disparaissent pas plus ou moins complètement, elles s'aplatissent en prenant l'apparence d'une petite languette muqueuse de couleur rose pâle.

La même transformation peut s'observer chez les malades dont les seules lésions laryngées appréciables, au moment du premier examen, sont une ou plusieurs de ces saillies rosées, mûriformes, polypôides, connues sous le nom de tumeurs tuberculeuses du larynx.

Chez les sujets qui présentent des infiltrations diffuses sous-glottiques, l'effet de la médication peut être aussi net : l'affaissement plus ou moins marqué, plus ou moins complet des saillies, peut être réalisé assez rapidement, par les simples badi-

geonnages répétés, faits avec soin sur tous les points abordables. Les résultats sont ici souvent faussés, surtout lorsqu'il existe aussi des ulcérations sous-glottiques, par les imperfections techniques bien difficiles à éviter sur ces points qu'il est malaisé de bien voir et de bien atteindre; mais ils sont aussi réels qu'ailleurs.

Les infiltrations étendues, mal limitées, de la phtisie laryngée infiltro-ulcéreuse commune, siégeant au niveau du ligament ary-épiglottique et de la muqueuse aryténoïdienne, sont susceptibles, surtout lorsqu'elles sont encore récentes et que la dégénérescence n'est pas totale, de diminuer de volume et de s'affaisser, jusqu'à ce que la saillie qu'elles formaient ait plus ou moins complètement disparu. La guérison des ulcérations en surface siégeant à ce niveau se fait comme aux cordes supérieures : la muqueuse peut y reprendre une apparence à peu près normale, ou garder un aspect mamelonné et inégal.

Au niveau de l'épiglotte, les effets du topique sont le plus souvent assez lents et moins nettement satisfaisants qu'ailleurs. Les infiltrations diminuent bien de volume, mais leur affaissement complet est en général difficile à obtenir, même lorsque les ulcérations du bord libre et de la partie supérieure de la face laryngienne, s'il en existait, ont guéri sans grande difficulté. Mais il n'est pas rare de

voir cette guérison des ulcérations se faire longtemps attendre. Celles-ci tout d'abord se détergent et prennent un meilleur aspect en même temps que la tuméfaction générale diminue, mais elles persistent ou s'étendent malgré tout; elles continuent à ronger les tissus : on peut assister à la destruction progressive de toute la portion libre de l'opercule, ou de sa plus grande partie (sans constater à aucun moment de signes dénotant une nécrose profonde et étendue du fibro-cartilage) et voir ensuite l'ulcération guérir complètement.

Quel que soit le siège des ulcérations en surface de la muqueuse laryngienne, il y a lieu de remarquer que, lorsqu'elles guérissent sous l'influence du phénol sulfuriciné, elles ne laissent pas de cicatrices comme celles qu'on observe à la suite des applications d'acide lactique<sup>1</sup>. Ou bien elles disparaissent sans aucune trace appréciable; ou bien, et surtout au niveau des cordes vocales inférieures, elles sont remplacées par des épaisissements rougeâtres plus ou moins mamelonnés, à aspect dermo-papillaire, qu'il n'est pas rare de voir s'étendre ou se généraliser plus ou moins, et donner à l'aspect objectif du larynx celui de la pachydermie diffuse.

1. Je ne pourrais affirmer qu'il en soit de même pour les ulcérations lupiques; le seul cas de lupus ulcéreux du larynx dont j'aie vu la cicatrisation se faire sous l'influence du phénol sulfuriciné ayant échappé à mon observation trop tôt après la guérison.

Telles sont les modifications objectives des diverses variétés de lésions tuberculeuses de la muqueuse laryngée d'observation commune, qui se produisent sous l'influence du topique, *lorsqu'il produit son maximum d'effet*. Si on les cherche et qu'on les suive sur ces diverses lésions en considérant celles-ci pour ainsi dire isolément, on les retrouvera dans un très grand nombre de cas, et je ne doute pas qu'on reconnaisse que l'étude descriptive qui précède est assez rigoureusement exacte<sup>1</sup>. Dans leur ensemble, les descriptions que j'ai données ne peuvent s'appliquer qu'à une minorité des malades; mais cela tient à ce que bien souvent l'amélioration de certaines lésions, et même leur guérison, ne donnent cependant que des résultats partiels : de nouveaux foyers

1. TRIFILETTI a donné, dans son premier travail (*Rendiconto, etc.*, page 19, premier et deuxième paragraphes), une description sommaire des effets locaux du médicament d'une exactitude remarquable, malgré sa brièveté : l'étude détaillée qu'on vient de lire ne renferme rien qui soit en contradiction avec elle. Cette description, que TRIFILETTI a réussi à résumer en trente lignes, et sans autres renseignements que les constatations faites sur onze malades seulement, guéris à la clinique de MASSEI, fait grand honneur au talent d'observation et au sens clinique de l'auteur et de son éminent maître. Je n'avais, en effet, donné d'indications détaillées à MASSEI que sur le mode d'emploi du médicament, lui laissant le soin d'en constater et d'en apprécier lui-même les effets. Enfin j'ajouterai que mes distingués confrères de Naples ont bientôt reconnu de leur côté, alors que du mien j'étais arrivé à la même conviction, que pendant mes premières années d'essais j'avais souvent employé la curette dans des cas où le topique est capable d'agir aussi bien seul, et sans le secours de cet instrument.



tuberculeux peuvent se développer pendant le cours du traitement dans la profondeur de la muqueuse des régions indemnes jusque-là; et, si ces derniers guérissent parfois à leur tour, parfois aussi, et trop souvent même, ils se montrent plus ou moins rebelles à la médication. Mais l'étude de ces variations des effets thérapeutiques sera faite dans le chapitre suivant : celui-ci n'a eu pour but que d'en exposer la synthèse et la succession dans les meilleures conditions d'observation où l'on puisse se trouver, et de tenter de leur donner une interprétation aussi satisfaisante que possible.

## § 2. — Mode d'action du médicament.

On ne pourra, évidemment, arriver à une connaissance exacte et précise de ces processus de réparation, que par l'étude histologique de pièces nombreuses, provenant de sujets ayant succombé, soit après la guérison, soit dans le cours des diverses périodes d'amélioration de la lésion laryngée. Je me garderai bien de tirer des conclusions des examens que j'ai pu faire, parce qu'ils n'ont porté que sur des pièces de petit volume enlevées sur le vivant, et seulement en cas d'indication formelle d'une inter-

vention chirurgicale. Mais, en l'absence de documents anatomiques positifs, les données de l'observation clinique ne laissent pas d'être instructives. Elles nous font constater en effet que les modifications objectives cliniquement appréciables qui se produisent depuis le début du traitement jusqu'à la guérison, ne présentent presque rien de bien spécial ; et qu'elles sont assez exactement semblables à celles qu'il a été donné d'observer, exceptionnellement, à tous les cliniciens expérimentés, dans les cas de guérison spontanée. Or, nous savons quel est alors le mode de guérison de la tuberculose à ses diverses périodes. Nous pouvons donc admettre que, dans les cas qui nous occupent, le remède agit en favorisant à un haut degré l'apparition et l'évolution des processus suivant lesquels se réalise la guérison spontanée, absolue ou relative de la tuberculose, dans tous les cas où elle a lieu.

Ceci revient à dire que le remède agit en provoquant l'évolution scléreuse et la transformation fibreuse des tissus malades dont les cellules présentent encore une irritabilité et une vitalité suffisantes, et en activant le processus nécrotique et l'élimination des masses arrivées à un stade plus avancé de la maladie, et déjà en voie de dégénérescence caséuse.

Si l'on tient compte de la composition et des pro-

priétés du remède, on peut penser que ses effets thérapeutiques dépendent de plusieurs facteurs différents, dont l'action individuelle est favorisée par leur association et leur intervention simultanées. Le rôle du sulforicinate de soude est évidemment capital; mais son importance n'est due sans doute qu'à l'influence que son association au phénol exerce sur les propriétés et le mode d'action de ce dernier. D'une part, il lui conserve toute sa puissance antiseptique, et le met à même de l'exercer entièrement, en favorisant sa pénétration dans toutes les anfractuosités des surfaces et lui assurant une certaine prolongation de son contact avec les tissus, sans coagulation des liquides qui les baignent. D'autre part, tout en lui permettant de tuer les microbes à son aise, il l'empêche (malgré la concentration élevée du mélange) de tuer en même temps les cellules, en le privant de sa causticité et ne lui laissant exercer sur les éléments anatomiques qu'une action irritante légère, et seulement passagère. Certes, le phénol ne peut tuer que les bacilles tuberculeux situés à la superficie des plaques ulcéreuses, ou dans le voisinage immédiat des parois des cavités glandulaires. Mais, par contre, il ne peut manquer de détruire, chaque fois qu'on renouvelle une application topique, les microbes phlogogènes vulgaires qui pullulent sur les surfaces malades. Or, on sait que l'action nocive de

ces microbes s'ajoute à celle du bacille spécifique, et joue un rôle extrêmement important dans l'évolution de la tuberculose des surfaces muqueuses. D'autre part, l'action légèrement irritante du produit, qui s'exerce sur une zone assez étendue en profondeur, semble avoir dans ces conditions des effets particulièrement favorables à la défense des éléments anatomiques contre les bacilles spécifiques, et elle favorise certainement le processus sclérogène et la transformation fibreuse.

### § 5. — Rôles respectifs de la médication topique et du traitement chirurgical.

La connaissance des effets que les applications topiques du médicament sont capables de produire, et l'idée qu'elle donne de son mode d'action, doivent guider le jugement du médecin et l'éclairer sur les rôles réciproques du médicament et de l'intervention chirurgicale dans le traitement local de la phtisie laryngée. Leurs effets devront se compléter les uns les autres, et se favoriser mutuellement. On demandera d'abord au premier tout ce qu'il peut donner à lui seul; et on aura ensuite recours aux curettages, scarifications, incisions, pour faciliter son contact

avec la profondeur des lésions<sup>1</sup>, si l'on n'obtient pas autrement ce qu'on cherche. La chirurgie complètera ses effets par l'ablation des végétations, saillies fibreuses, etc., qui ne peuvent disparaître complètement sans son secours. Dans d'autres cas, l'extraction préalable de cartilages nécrosés, de tissus partiellement détruits, etc., qui ne peuvent guérir et dont il importe de hâter l'élimination, devra être faite tout d'abord : les débridements, les curetages, etc., rendront alors abordables au topique les parties curables qu'il ne pouvait atteindre, et faciliteront sa pénétration au niveau des ulcérations cachées, profondes, cratériformes, fistuleuses, qui échapperaient à son action. La chirurgie endo-

1. Malgré la toxicité du produit et les effets irritants qu'il provoque en injections sous-cutanées chez les animaux, on serait certainement autorisé, dans quelques cas, à l'utiliser en injections sous-muqueuses dans certaines infiltrations tuberculeuses laryngées. Je n'ai jamais tenté cette intervention jusqu'ici, mais je me propose d'y recourir prochainement. On n'aurait évidemment point à craindre d'accidents d'intoxication, en n'injectant qu'une très petite dose de la solution; et rien ne prouve que ces injections faites en plein tissu d'infiltration tuberculeuse, se montreraient aussi violemment irritantes que dans le tissu sous-cutané ou sous-muqueux normal. Peut-être au contraire, n'amèneraient-elles en somme qu'une réaction périphérique assez modérée; peut-être aussi leur conséquence serait-elle de provoquer, soit un processus local scléreux, soit une nécrose suivie d'élimination rapide, suivant l'état anatomique des tissus morbides atteints. En tout cas on ne devrait pas négliger, si l'on se décidait à intervenir de cette façon, de surveiller attentivement le malade, en se tenant prêt à ouvrir la trachée s'il y avait lieu.

laryngée, ainsi comprise, n'a donc le plus souvent qu'une action curative indirecte, inséparable de celle du phénol sulfuriciné. Mais son rôle, envisagé de cette façon, est très loin de perdre de son importance; tout au contraire, il devient plus nécessaire et plus actif. Ses indications, à mesure qu'elles se précisent, deviennent plus faciles à remplir, en même temps que ses résultats deviennent plus constants, plus nets, et d'une interprétation plus aisée.

Il ne faut donc jamais négliger d'y recourir, toutes les fois où elle est acceptée par le malade, lorsque l'indication s'en présente. C'est la seule façon de retirer de l'emploi du phénol sulfuriciné tout le parti possible, et de faire bénéficier le malade de tous ses avantages, sans le priver de ceux qui appartiennent en propre au traitement chirurgical et qu'il peut seul procurer.

Indépendamment des applications topiques, il me semble utile de faire faire aux malades des pulvérisations chaudes, avec des solutions faibles de sublimé par exemple; et de tenter, par tous les moyens connus, de joindre aux pansements antiseptiques du larynx une antiseptie bucco-pharyngée relative. Pour mon compte je n'y manque jamais. Je n'ai pas à parler ici des moyens thérapeutiques généraux. Cependant je ferai remarquer que la créosote, que

tous mes malades (sauf en cas d'intolérance ou de contre-indication formelle) prennent à l'intérieur à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, peut produire un effet utile sur les lésions laryngées. Ce médicament, en effet, améliore manifestement la bronchite secondaire qui, chez la plupart des phtisiques, complique l'affection spécifique; et cette amélioration se traduit par une accalmie de la toux, une diminution de l'expectoration, et par conséquent un amoindrissement de l'irritation laryngée. Lors donc que j'exposerai dans le chapitre suivant les résultats thérapeutiques que le phénol sulforiciné permet d'obtenir, on devra tenir compte de l'influence adjuvante des interventions endo-chirurgicales, des pulvérisations, des effets locaux de la créosote prise à l'intérieur, etc. C'est l'ensemble de ces moyens que je désignerai sous le nom de *médication locale phéno-sulforicinée*.

---

# CHAPITRE IV

## VALEUR THÉRAPEUTIQUE

### § 1. — Rôle et limites de la thérapeutique locale dans la phtisie laryngée.

En face d'une maladie telle que la phtisie laryngée, le laryngologiste doit être modeste. L'abstention serait, de sa part, une désertion impardonnable; mais, tout en luttant avec courage, il doit cependant s'astreindre à limiter, dans chaque cas, ses prétentions et ses espérances au maximum des résultats thérapeutiques locaux *utiles au malade*. La notion de la curabilité de l'affection locale doit toujours être présente à son esprit, mais elle ne peut à elle seule le guider que dans les cas, rares et toujours douteux d'ailleurs, où il a affaire à une phtisie laryngée primitive, c'est-à-dire à une tuberculose locale. Elle ne saurait lui suffire dans les conditions ordinaires, où la tuberculose laryngée n'est qu'une localisation d'une maladie à foyers multiples, et s'associe à la tuberculose pulmonaire.



Lorsque celle-ci se présente à un degré, sous une forme et avec une marche relativement rassurants (en même temps que l'état général du sujet, sa position sociale et les facilités qu'elle lui donne de vivre uniquement pour guérir, sa résolution formelle de ne rien négliger pour atteindre ce but, etc., le placent dans les conditions les plus favorables), et que les lésions laryngées sont suffisamment circonscrites et abordables, la guérison radicale de ces dernières peut assurer la guérison du malade, et le laryngologiste doit la poursuivre par tous les moyens dont il dispose. Impuissant à empêcher l'inoculation du larynx par le poumon, tant que celui-ci est malade, il pourra peut-être, si le poumon doit guérir, le préserver de l'imminence d'une rechute : guérir radicalement le larynx en premier lieu, c'est empêcher sûrement l'inoculation secondaire du poumon par le larynx.

Mais le nombre des malades qui se présentent à nous dans ces conditions de curabilité laryngo-pulmonaire est assez restreint. Il ne constitue qu'une très faible minorité. Au moment où ils viennent demander des soins au laryngologiste, l'immense majorité des sujets atteints de lésions laryngées, même récentes, sont des phtisiques avérés, que leur affection thoracique a déjà condamnés sans appel. Ceux-ci, il faut bien le reconnaître, ne peuvent donc

pas bénéficier beaucoup plus de la guérison complète et absolue de leur larynx que de sa guérison incomplète et relative, si cette dernière réussit à réduire à un minimum le fâcheux retentissement des altérations laryngées sur les lésions pulmonaires et sur l'état général. Ils retireront même, en définitive, de cette guérison incomplète, de cette simple amélioration, si elle peut être obtenue rapidement, facilement, sans douleurs et fatigues répétées, et maintenue sans trop de peine au degré convenable, un plus grand et plus réel profit que d'une guérison complète, mais temporaire et de courte durée bien qu'achetée au prix d'une série de traumatismes étendus et de pansements douloureux. Ceux-ci en effet peuvent être susceptibles de retentir, d'une manière fâcheuse, sur l'état général de sujets dont l'affaiblissement ne permet plus de braver les recrudescences de la fièvre et les réactions nerveuses résultant de chocs quelque peu violents. Dans ces conditions, le laryngologiste ne doit pas oublier qu'il ne peut lutter contre l'affection laryngée qu'avec le secours du malade, aux prises d'autre part avec la phthisie pulmonaire; et que le premier de ses devoirs est de ménager les forces de son allié : sachant que le combat dont il a la direction n'est qu'un épisode de la guerre, il doit se contenter d'un succès relatif, s'estimer heureux de garder ses positions, et

craindre de payer trop cher une victoire dont les résultats ne peuvent être décisifs.

Enfin, lorsque l'aggravation progressive et continue de la phtisie des poumons, l'imminence de la cachexie, la déchéance organique générale, ne peuvent laisser au médecin la moindre illusion ni la moindre espérance, celui-ci ne doit plus songer qu'à retarder autant que possible l'issue fatale tout en soulageant de son mieux le patient. Ce qu'il demande à la laryngothérapie locale, c'est une amélioration qui triomphe de la dysphagie et de la sténose glottique, ou du moins arrive à les restreindre, si elles existent; c'est, dans le cas contraire, un arrêt de l'aggravation progressive des lésions, empêchant ces troubles fonctionnels d'apparaître, et diminuant les risques d'infections secondaires pyogènes.

Cette conception du rôle et des limites d'action de la thérapeutique locale, dans le traitement de la phtisie laryngée considérée comme une des localisations de la phtisie laryngo-pulmonaire, est, à mon sens, la seule qui puisse guider sûrement le médecin, en le mettant en garde d'une part contre les espérances exagérées et les désillusions qu'elles entraînent, et de l'autre contre les découragements qui conduisent à l'abstention, c'est-à-dire à l'abandon du malade. C'est aussi la seule qui lui permette de se faire une idée précise et juste de la valeur théra-

peutique curative réelle d'une médication locale qu'il expérimente. Elle l'oblige en effet à baser son appréciation sur l'examen de l'ensemble des résultats obtenus dans toutes les catégories de sujets atteints de phthisie laryngée et à toutes les périodes de l'affection. Elle l'empêche de donner trop d'importance au nombre des guérisons locales complètes observées dans une catégorie restreinte de malades, composée d'individus chez lesquels on peut espérer voir la guérison spontanée (je veux dire par les moyens hygiéniques et médicaux) des lésions thoraciques accompagner ou suivre la guérison des altérations laryngées soumises au traitement topique.

Ceux qui l'accepteront admettront avec moi que, lorsqu'une médication locale a semblé guérir le larynx de sujets dont la poitrine a ensuite guéri ou fait trêve spontanément, elle n'a pas donné ainsi la mesure réelle de son efficacité; parce que, en pareil cas, la tuberculose, relativement bénigne au poumon, a dû ou pu aussi être relativement bénigne au larynx et y affecter la même tendance à la guérison spontanée. Pour eux comme pour moi-même, cette efficacité ne sera nettement établie, la valeur *curative* du traitement ne s'affirmera, que si celui-ci se montre capable, chez la majorité des malades, de déterminer nettement au niveau des lésions laryngées des modifications objectives qui dénotent, après un

arrêt, une déviation dans un sens favorable de leur évolution pathologique. Que cette déviation du processus le dirige franchement vers la guérison et lui permette ou non d'y atteindre ; ou qu'elle se borne à restreindre sa gravité en se manifestant par la transformation en tuberculose fibreuse d'une tuberculose-infiltré-ulcéreuse antécédente, elle n'en sera pas moins le signe formel d'une action *curative*, puisqu'elle rapprochera le larynx tuberculeux de la guérison complète ou incomplète, absolue ou relative. Quant à la puissance de cette action curative, elle se mesurera à l'importance des modifications locales réalisées dans les cas les plus graves, les plus avancés, les moins suspects de tendances à la guérison spontanée. Si, dans ces conditions extrêmes, la médication se montre assez active pour manifester des effets curatifs de quelque importance, il est incontestable qu'elle ne peut manquer de faire infiniment plus et mieux dans les conditions diamétralement opposées, c'est-à-dire dans les cas les plus favorables.

Or, la médication phéno-sulfuricinée ne répond pas seulement à tous les desiderata exposés plus haut, mais elle permet d'obtenir, bien souvent, des effets supérieurs à ceux qu'on pouvait souhaiter. Elle est aisément applicable et supportable, sauf exceptions rares, dans tous les cas de phtisie laryngée chronique ; et les modifications objectives des lésions

qu'elle entraîne ne sont jamais fâcheuses (à moins de fautes de technique dont le médecin doit seul porter la responsabilité). Ces modifications se montrent au contraire nettement favorables à la majorité des sujets qui y sont soumis; et chez la plupart d'entre eux, elles sont assez importantes pour qu'ils en retirent un bénéfice tellement évident et sérieux que non seulement le médecin, mais les malades eux-mêmes s'en rendent parfaitement compte et en ont pleinement conscience. Le plus grand nombre de ceux qui n'en obtiennent aucun avantage appréciable (soit que les lésions laryngées restent stationnaires ou à peu près, soit qu'elles continuent à progresser ou à s'étendre) sont des sujets chez lesquels on ne peut arriver à poursuivre l'application méthodique de la médication, entravée par des interruptions répétées ou de longue durée dues à leur négligence, à leurs occupations, ou à des complications morbides éventuelles quelconques. Mais, lorsque la méthode est appliquée régulièrement et soigneusement, on peut affirmer qu'elle se montre presque constamment utile; avec cette réserve toutefois que les résultats définitifs qu'elle doit donner sont extrêmement inégaux et variables, toujours très difficiles sinon impossibles à prévoir sûrement au début et même pendant le cours du traitement, souvent tout à fait inattendus, et parfois paradoxaux.

**§ 2. — Influences des conditions générales et locales  
sur les résultats  
de la médication phéno-sulfuricinée.**

Contrairement à ce qu'on serait tenté de supposer a priori, cette inégalité des résultats de la thérapeutique locale, d'un sujet à l'autre, est loin d'affecter des rapports constants avec les différences de degré et d'étendue, de lenteur ou de rapidité d'évolution, des lésions pulmonaires concomitantes. Elle ne se relie même pas bien étroitement au degré de déchéance constitutionnelle des sujets, ni à l'importance, la continuité ou la fréquence de l'état fébrile. Si, parmi toutes les observations de ma pratique recueillies depuis que j'ai pris le parti, il y a trois ans, de soumettre systématiquement à la médication phéno-sulfuricinée tous les phtisiques du larynx que je soigne, je réunis celles où sont notées des guérisons temporaires ou persistantes, absolues ou relatives, totales ou partielles, et encore des améliorations très accentuées, je constate que ces modifications favorables des lésions laryngées ont été obtenues avec une fréquence presque égale chez des malades appartenant aux catégories de phtisiques les plus opposées. Les lésions pulmonaires, à peine

douteuses encore chez quelques-uns, étaient énormes ou très avancées chez quelques autres, avec tous les intermédiaires; leur marche, lente chez les uns, était au contraire rapide et extensive chez les autres. Certains malades, à peine amaigris, se nourrissant bien, n'ont point guéri plus vite, ou n'ont point été améliorés plus aisément que des sujets profondément anorexiques et en pleine cachexie; etc. Il ne faudrait pas croire cependant que l'influence de l'état du malade sur l'efficacité du traitement local soit négligeable : mais elle ne se laisse pas reconnaître lorsqu'on étudie comparativement l'ensemble des faits cliniques de guérison ou d'amélioration locale, et de ceux où ces modifications favorables ont fait défaut. Pour la constater, il faut la rechercher dans les diverses catégories composées chacune de sujets affectés de la même forme anatomo-clinique de tuberculose laryngée. Dans ces conditions seulement elle apparaît avec netteté.

Ce classement des sujets guéris ou très améliorés par groupes de malades atteints des mêmes formes anatomo-cliniques de tuberculose du larynx, est d'ailleurs d'un intérêt capital, à un autre point de vue. Il montre en effet, de la façon la plus nette, que certaines de ces formes sont beaucoup plus souvent et beaucoup plus aisément améliorées ou guéries par le traitement que certaines autres. Ces écarts



dans la curabilité des différentes variétés de l'affection sont même assez considérables pour que telle d'entre elles, déjà parvenue à une période avancée lorsqu'on commence à la soigner, guérisse plus souvent que telle autre traitée dès son début. Une étude comparative analogue permet, avec la même facilité, de reconnaître et d'apprécier les variations imposées à la curabilité des diverses lésions, considérées isolément, par le siège qu'elles occupent, l'étendue qu'elles présentent, le stade qu'elles ont atteint au moment où est instituée la médication topique. Ces différences de curabilité sont tellement nettes, que les conditions générales individuelles n'en empêchent pas l'évidence : il semble bien, en définitive, que telle lésion, ou telle forme anatomo-clinique de l'affection, soit encore et toujours, chez un phtisique cachectique et en pleine hecticité, pourvu qu'il ait devant lui quelques semaines de vie, plus curable que telle ou telle autre chez un sujet ayant encore les apparences de la santé, et dont la phtisie est à peine confirmée parfois. L'influence de la déchéance où le malade est déjà parvenu, je le répète, ne se manifeste avec évidence que si l'on compare entre eux les cas où, les conditions locales étant identiques ou très analogues, les conditions générales sont au contraire très différentes.

Les plus fréquemment et les plus aisément curables, par la médication phéno-sulforicinée, des diverses formes anatomo-cliniques communes de phtisie laryngée, sont la forme *catarrhale* et la forme *infiltrо-ulcéreuse périglottique circonscrite*. Chez les malades qui se nourrissent encore, ont en partie conservé leurs forces, que la toux ne prive pas de sommeil et qui ne sont pas trop abattus par la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, etc., *la guérison est presque la règle, lorsque l'affection se maintient sous la forme qu'elle affectait au début du traitement*; et que, pendant le cours de celui-ci, de nouveaux foyers tuberculeux plus ou moins étendus ne viennent pas transformer la forme antécédente en tuberculose infiltrо-ulcéreuse diffuse. L'apparition d'une infiltration de l'épiglotte, et plus encore celle d'une péri-chondrite ou d'une arthrite spécifique crico-aryténoïdienne, sont les accidents les plus à craindre. Malheureusement le traitement local ne met point le malade à l'abri de ces poussées offensives; et j'en ai bien souvent déploré l'apparition dans des cas qui semblaient d'abord des plus favorables, où les effets du topique s'étaient montrés vraiment merveilleux, où les lésions primitives, s'étant modifiées pour ainsi dire à vue d'œil, avaient déjà à peu près disparu.

Chez les malades qui arrivent sans encombre à la

guérison, les modifications des lésions objectives que j'ai décrites précédemment se montrent et se succèdent plus ou moins rapidement suivant les cas. Tantôt, et surtout dans des cas où l'on est intervenu dès le début, on obtient une guérison en apparence complète avec retour de l'aspect normal de la région. Tantôt au contraire on n'obtient que la guérison relative, avec persistance des signes d'une laryngite chronique plus ou voisine de la pachydermie laryngée circonscrite ou diffuse qu'on peut observer en dehors de la tuberculose. Il est curieux de remarquer que parfois ces pachydermies, rebelles à la continuation du traitement, peuvent disparaître ou du moins s'atténuer dans des proportions inattendues à un moment donné, alors qu'on a renoncé depuis déjà longtemps à toute intervention locale. Mais le plus souvent elles persistent; tantôt stationnaires, tantôt avec des poussées de catarrhe sub-aigu survenant à intervalles variables, dénoncées par une rougeur diffuse, une augmentation des sécrétions, une aggravation de l'enrouement, et que le retour à la médication topique, pendant quelques jours ou quelques semaines, fait disparaître d'ordinaire. On peut voir, dans ces derniers cas, survenir des érosions des cordes vocales et de leur partie interaryténoïdienne, dont l'étendue et la profondeur peuvent faire craindre une récurrence sérieuse. Mais le

plus souvent ces ulcérations érosives guérissent très facilement sous les applications de phénol, et il me semble d'ailleurs probable que d'ordinaire elles ne sont pas de nature tuberculeuse.

Les récurrences vraies sont moins à craindre chez les sujets dont la laryngite spécifique a fait place à la pachydermie diffuse, que chez ceux qui ont bénéficié d'une guérison en apparence complète. Mais chez ces derniers leur fréquence est extrême. Cependant elles ne sont pas fatales; et d'ailleurs, lorsqu'elles surviennent sous la même forme que la première atteinte surtout, elles sont susceptibles de guérir aussi bien qu'elle. J'ai observé ainsi des sujets dont le larynx a guéri à deux, et même à trois reprises différentes, et qui ont succombé plus tard à leur tuberculose pulmonaire ou à diverses complications, sans que leur larynx ait été touché de nouveau.

La plus curable sans doute, parmi les formes rares de l'affection, est celle qui est caractérisée par la présence de *tumeurs tuberculeuses* mûrifformes isolées, dont j'ai soigné quelques cas par l'ablation chirurgicale suivie de pansements aux points d'implantation, et toujours avec un succès complet.

J'ai soigné un certain nombre de cas de *lupus du larynx*; quatre fois le pharynx était lésé, et les lésions laryngées dominaient à l'épiglotte, deux fois (et chez deux enfants de 10 à 12 ans) le larynx seul était

mialade, en entier dans un cas, à sa partie postérieure seulement dans l'autre. Ces deux derniers ont guéri rapidement : les saillies lupiques ont disparu peu à peu, et l'épaississement sous-jacent a fait de même ensuite; le larynx est resté pâle chez le premier et a repris son apparence normale dans l'autre cas. J'ai revu plusieurs fois l'un de ces enfants après sa guérison, et celle-ci s'est parfaitement maintenue depuis six mois. Des quatre autres sujets, atteints de lupus pharyngo-laryngé, l'un a guéri complètement, le pharynx et le larynx ayant cependant conservé une apparence inégale et blafarde (homme de 26 ans); deux autres ont été très améliorés, mais les lésions étaient déjà anciennes, et en certains points remplacées par du tissu cicatriciel. La quatrième malade, une jeune fille de vingt ans, dont l'épiglotte était profondément ulcérée, et la muqueuse laryngée épaissie et mamelonnée, en même temps que le voile du palais était en partie détruit et le pharynx très rétréci et déformé, avait été déjà très améliorée lorsqu'elle a cessé le traitement. L'épiglotte s'était cicatrisée rapidement au prix d'une vaste échancrure, la muqueuse du vestibule s'était affaissée et aplatie, les saillies de la paroi pharyngée postérieure avaient diminué, lorsqu'une poussée tuberculeuse, à forme broncho-pneumonique, a frappé l'un des poumons, laissant à sa suite des lésions

disséminées de tout un sommet. La malade a quitté Paris, et je n'ai plus eu de ses nouvelles. Ces résultats m'ont amené à penser que le lupus du larynx, pris à son début surtout, peut assez aisément céder à la médication phéno-sulforicinée.

Quant aux *formes scléreuses et végétantes diffuses*, qui sont bien moins rares que les précédentes, j'en ai soigné un assez grand nombre pour me convaincre qu'elles cèdent très bien à la médication, lorsqu'on l'applique avec méthode et qu'on ne cesse pas de surveiller les malades. Il faut éviter les interruptions prématurées du traitement et ne pas manquer d'intervenir de nouveau à la moindre menace de récurrence. Souvent en effet l'ablation des végétations est suivie d'une repullulation rapide; mais après plusieurs interventions successives, sans interruption des frictions médicamenteuses faites tous les deux jours ou tous les jours, les saillies polypoïdes finissent par ne plus se reproduire. La muqueuse reste épaissie, rosée, d'apparence fibreuse, mais dans la suite, à moins qu'il ne survienne une infiltration profonde diffuse, ce que j'ai vu plus d'une fois, il est plutôt rare qu'on ait de nouveau à intervenir ailleurs que dans la région postérieure de la glotte.

La plus rebelle, celle qui résiste le plus au traitement et guérit le moins souvent et le plus difficilement parmi les formes communes de l'affection, est

malheureusement la plus fréquente d'entre elles, la *forme infiltro-ulcéreuse diffuse vulgaire*. Lorsqu'elle est encore à son début, ou du moins que les infiltrations sont peu accentuées et peu étendues, les ulcérations peu profondes, et qu'une bonne partie du larynx semble encore saine, on peut certainement, dans un nombre important de cas relatifs à des malades se présentant dans des conditions générales relativement bonnes, obtenir soit des guérisons complètes, soit des transformations des lésions en tuberculose fibreuse relativement bénigne, stationnaire, et équivalant à une guérison relative. Mais lorsque l'affection est arrivée à la période d'état, la guérison devient exceptionnelle. On n'a guère à compter, dans la grande majorité des cas, que sur une amélioration de degré variable; résultant souvent, il est vrai, de guérisons partielles, mais qui est en somme bien loin de la guérison, même relative, du larynx.

En pareil cas, l'influence du siège des lésions sur leur curabilité s'affirme avec une extrême netteté. Les lésions de l'épiglotte et de la périphérie du vestibule laryngé sont beaucoup plus rebelles que celles de la cavité vestibulaire et de la région périglottique. Quant aux lésions sous-glottiques, et en particulier celles des régions postéro-latérales de la cavité, elles sont difficiles à guérir, parce qu'elles sont difficiles à soigner : toujours malaisées à atteindre exactement,

elles sont en général peu accessibles à l'observation directe complète, et souvent même elles échappent à l'examen. Des difficultés techniques de même ordre rendent encore particulièrement embarrassant le traitement des lésions profondes du squelette laryngien et de ses articulations. Le médecin ne surmontera les obstacles de ce genre que s'il a pu acquérir déjà assez de sagacité clinique et d'habileté technique pour saisir à propos les indications opératoires, et les remplir régulièrement et méthodiquement. A mesure que son expérience s'étendra, et qu'il prendra mieux possession de la méthode, les résultats qu'elle lui donnera deviendront meilleurs. Toutefois, je le répète, ces résultats seront d'ordinaire incomplets. En cas d'ulcérations multiples, l'une d'elles pourra guérir alors que les autres seront peu modifiées; les infiltrations pourront céder en certains points et persister dans d'autres. Certaines lésions guériront par les applications topiques seules; d'autres, en apparence identiques ou même de moindre importance, exigeront le secours de la chirurgie endo-laryngée, et n'y céderont peut-être pas.

Mais dans la grande majorité des cas on obtiendra, au bout d'un temps variable, une amélioration réelle, évidente, nettement appréciable; et qu'on pourra le plus souvent maintenir en continuant sans



relâche le traitement local. Dans beaucoup de cas, la dysphagie résultant d'ulcérations épiglottiques ou aryténoïdiennes s'amendera très notablement sous l'influence des applications topiques, répétées à courts intervalles; et elle pourra même disparaître définitivement. La dysphagie mécanique, due à l'immobilisation de l'épiglotte et de ses ligaments postérieurs par l'infiltration diffuse, pourra de même céder lorsque le traitement aura amené un affaissement de la tuméfaction des parties. Les arthrites aiguës ou subaiguës, les périchondrites, les poussées œdémateuses inflammatoires, résultant d'infections secondaires phlegmoneuses surajoutées et conduisant à ce qu'on a appelé la « fonte purulente du larynx », cesseront d'être une menace perpétuelle pour le patient. Elles deviendront d'autant plus rares que les applications phéno-sulforicinées seront faites plus fréquemment et plus largement.

Le médecin, grâce à cette méthode, se sentira en mesure de maintenir ou de réveiller la confiance et l'espoir d'une bonne partie de ses malades; il aura pleine conscience de lutter efficacement contre l'affection laryngée; il ne se sentira plus impuissant et désarmé comme autrefois. J'ajouterai même qu'il obtiendra, dans un certain nombre de cas, des résultats tout à fait inespérés jusqu'alors; et qu'il pourra voir des phtisiques avancés, dont le larynx, profon-

dément infiltré et ulcéré, était dans le plus lamentable état au début du traitement, devoir à celui-ci la disparition de la dysphagie, la diminution de la dyspnée, et une amélioration locale telle que les dernières semaines de leur vie s'écouleront sans qu'ils se plaignent ni ne souffrent de leur larynx. L'exemple suivant en est la preuve.

Un homme de 54 ans, atteint de tuberculose pulmonaire au début et de tuberculose laryngée déjà avancée (infiltration totale de l'épiglotte et ulcération étendue de son bord libre; infiltration du ligament ary-épiglottique, de l'aryténoïde et de la bande ventriculaire du côté droit; ulcérations du sommet de l'aryténoïde et des deux cordes vocales inférieures), s'était présenté à mon cabinet, il y a environ deux ans, et avait ajourné le traitement local proposé, n'acceptant que des pulvérisations cocaïnées avant les repas pour obvier à une dysphagie douloureuse. Mais moins de quinze jours plus tard il ne pouvait plus rien avaler. A la dysphagie douloureuse s'était jointe une dysphagie mécanique absolue; chaque fois qu'il tentait de prendre quoi que ce soit, des parcelles alimentaires ou des liquides pénétraient dans le larynx et déterminaient du spasme, et des quintes de toux violentes et prolongées. Il me fit alors appeler. Je constatai que depuis mon dernier examen les lésions pulmonaires

s'étaient étendues : on entendait des râles humides aux deux sommets, surtout à droite, où il existait de l'exagération des bruits de la toux, et une submatité très accusée. Au niveau du larynx, les ulcérations s'étaient creusées et étendues, et l'infiltration avait gagné le ligament ary-épiglottique et l'aryténoïde gauches. La glotte était étroite, les aryténoïdes très peu mobiles; et la respiration n'eût pas été assurée si le malade n'avait gardé le repos, étendu sur une chaise longue quand il n'était pas au lit. La voix était presque complètement éteinte. Il me donna carte blanche, me demandant instamment de le faire manger, car il n'avait de fièvre que le soir, et souffrait surtout de la faim. — J'instituai immédiatement le traitement topique, qui consista en applications larges sur toute la région et frictions des surfaces ulcérées, soit tous les jours, soit deux fois par jour. En même temps il me fallait recourir, deux fois par jour, à la sonde œsophagienne pour nourrir le malade, à l'aide d'un mélange de viande crue râpée et de jaunes d'œufs battus dans du lait additionné de sucre et d'un peu de rhum. Au bout de dix jours (du 20 au 30 mars 1895) le malade pouvait avaler seul, sans douleur ni difficulté, des hachis, des purées, du lait et même un peu de vin; la respiration était facile et la voix très enrouée, mais sonore quand le malade le voulait. L'amélioration locale

avait marché avec une rapidité extrême; les ulcérations avaient guéri à l'épiglotte et sur la saillie aryténoïdienne, et étaient en voie de guérison sur les cordes vocales. L'épiglotte, rouge, était encore un peu épaissie, mais l'infiltration avait complètement disparu partout ailleurs, les aryténoïdes présentaient leur forme et leur mobilité normales, et le pli aryténoïdien présentait à peine un peu d'épaississement vilieux. Quatre jours plus tard, les cordes vocales en partie détruites étaient cependant cicatrisées, l'épiglotte presque normale bien qu'échancrée, la guérison à peu près complète en un mot. A l'inverse de ce qui s'était passé au larynx, l'état du poumon s'était aggravé rapidement, la phtisie avait pris une marche rapide; et l'état général avait décliné à vue d'œil. Malgré mes instances, le malade, ne souffrant plus du larynx, se refusa à la continuation du traitement local. — La guérison ne se maintint que cinq jours : le 13 avril, il se produisit sur toute la surface du vestibule, des aryténoïdes et des plis ary-épiglottiques (sans aucune tuméfaction) une poussée de granulations miliaires qui étaient ulcérées dès le lendemain. Ces ulcérations ne mirent que six jours (12 pansements) à guérir presque partout, sauf au niveau de l'aryténoïde gauche, où elles résistèrent et s'étendirent. La dysphagie douloureuse ne reparut cependant qu'à un faible degré.

Mais l'anorexie était devenue absolue; le malade, à bout de forces, me pria de renoncer aux pansements et de revenir à l'alimentation par la sonde. Je lui fis avaler ainsi un peu de lait et quelques œufs chaque jour du 19 au 25 avril, et il succomba le 24 dans la soirée. Le matin même de sa mort, le malade avait pu boire seul un demi-bol de lait additionné d'un jaune d'œuf.

J'ai rapporté cette observation ici parce que je la trouve particulièrement démonstrative, non seulement en raison des résultats si rapidement obtenus, mais surtout en ce qu'ils ont été dus à de simples pansements, sans aucune intervention chirurgicale. Mais ce n'est point là un cas isolé; et j'en pourrais citer plusieurs autres analogues, que j'ai également observés chez des malades dont je n'ai commencé le traitement qu'à une période avancée de leur maladie, et que j'ai soignés jusqu'à la fin. Ces faits, à mon sens, se passent de commentaires; et je les considère comme les plus précieux témoignages que je puisse invoquer à l'appui de l'efficacité de la médication phéno-sulfuricinée dans la tuberculose du larynx.

---

## APPENDICE

### LE PHÉNOL SULFORICINÉ DANS LA TUBERCULOSE BUCCALE, NASALE ET PHARYNGÉE.

Mon expérience personnelle sur les effets de la médication phéno-sulforicinée appliquée au traitement de la tuberculose des fosses nasales, de la bouche et du pharynx, est beaucoup plus récente, et nécessairement beaucoup moins étendue qu'en ce qui concerne la phtisie laryngée. Je me bornerai donc à signaler ici brièvement les résultats que j'ai obtenus dans un certain nombre de cas de ce genre.

Dans deux cas de *tuberculose linguale*, j'ai observé des améliorations réelles, mais lentes, et j'ai perdu de vue les malades après les avoir suivis, l'un pendant un mois, l'autre un peu plus longtemps. Le premier, un homme de 56 ans, avait une ulcération plate du bord libre de la langue, d'aspect classique. Les produits du raclage du fond de l'ulcération, soumis à l'examen bacilloscopique, avaient donné un résultat

d'abord négatif, puis, la seconde fois, positif (bacilles rares dans une seule préparation sur trois). Lésions ramollies, très circonscrites, du sommet droit; état général conservé. Au bout de 54 applications (matin et soir), que le malade faisait le plus souvent lui-même (mais les faisait-il régulièrement?) la lésion que j'examinai alors pour la quatrième fois, avait bon aspect; un tissu de bourgeonnement rosé et granité recouvrait en partie le fond de l'ulcère. Mais elle n'était pas guérie. Il y avait cependant une diminution assez notable de la dysphagie buccale. Le second malade, phtisique avancé, avait une ulcération fissuraire du dos de la langue. Au moment où je l'ai perdu de vue, il mangeait sans douleur; mais la guérison n'était pas complète.

Quatre malades (toutes des femmes phtisiques) ont été soignées ainsi pour des *ulcérations tuberculeuses palatines* siégeant, une fois à la voûte, trois fois sur les arcs du voile du palais (ulcérations plates, peu étendues, ovalaires). La première a guéri en trois semaines. Les trois autres, traitées pendant trois à six semaines, ont été à peine améliorées avant d'être perdues de vue.

Je n'ai pu suivre un peu longtemps un seul des cas de *tuberculose nasale* que j'ai traités par le phénol sulforiciné, et les améliorations que j'ai constatées étaient encore trop peu marquées, au moment

où les malades ont cessé de se présenter à ma clinique où je les soignais, pour que je puisse en tirer une conclusion valable<sup>1</sup>.

Par contre, indépendamment des *lupus de la gorge*, dont j'ai parlé plus haut, j'ai soigné plusieurs sujets atteints de *tuberculose du pharynx*, et j'ai pu constater que le phénol sulfuriciné donne en pareil cas d'excellents résultats. De ces malades, ceux qui ont été soignés à ma clinique, où ils n'ont pu être pansés que trois fois par semaine, n'ont certainement pas retiré du traitement tout ce qu'il eût pu leur donner. Tous, cependant, ont été améliorés; et l'un d'eux, le seul dont les poumons étaient indemnes (du moins en apparence), a guéri complètement en moins de deux mois, d'une tuberculose ulcéreuse du pharynx avec ulcération disséminées peu étendues; la dysphagie avait cessé au bout d'une dizaine de jours. Deux malades de ma pratique privée, qui ont pu être pansés tous les jours ou deux fois par jour, ont guéri, l'un en cinq semaines (deux ulcérations), l'autre en trois semaines (tuberculose ulcéreuse de l'amygdale gauche et du pilier postérieur

1. A. CARTAZ (discussion d'un résumé du présent travail communiqué à la Société de laryngologie de Paris, le 2 mars 1895), a pu traiter méthodiquement deux malades atteints de tuberculose nasale par le raclage et les applications consécutives répétées de phénol sulfuriciné à 50 pour 100. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants.



correspondant). Chez ces deux malades, l'examen bacilloscopique avait confirmé le diagnostic clinique. Le premier n'avait qu'une très légère rudesse respiratoire à l'un des sommets; mais le second, jeune homme de 23 ans (fils de mère et frère de sœur mortes phtisiques) avait des signes très nets d'induration d'un sommet, bien que son état général et son appétit fussent conservés. Ce malade a été pansé deux fois par jour, avec la solution de phénol sulforiciné à 50 pour 100 (sauf au début du traitement, où l'on a alterné avec le naphтол camphré, que son goût désagréable a vite fait abandonner). La dysphagie, qui d'ailleurs n'était pas très-violente, a disparu en quelques jours; et l'amélioration objective a été immédiate et rapide, jusqu'à la guérison complète. L'amélioration consécutive de la lésion pulmonaire a suivi cette guérison du pharynx, et a été assez marquée pour que le jeune homme puisse reprendre et continuer son service militaire, après un congé de quelques mois seulement.

Ces différents faits, en définitive, suffisent à faire admettre que le phénol sulforiciné se montre efficace dans le traitement de toutes les tuberculoses des premières voies : cette efficacité, certaine dans la phtisie du larynx, s'affirme aussi dans la tuberculose pharyngée et amygdalienne. Elle est moindre

en apparence dans la tuberculose nasale, et surtout buccale; mais, là encore, elle semble supérieure à celle des autres médicaments topiques mis en usage avant lui.

---

# TABLE DES MATIÈRES

---

AVANT-PROPOS. . . . .	5
CHAPITRE I. — L'acide sulforicinique et les sulforicinate en général . . . . .	15
§ 1. Historique. . . . .	15
§ 2. Pharmacologie. . . . .	22
CHAPITRE II. — Le phénol sulforiciné, et son emploi dans la tu- berculose du larynx. . . . .	31
§ 1. Pharmacologie . . . . .	31
§ 2. Mode d'emploi du médicament . . . . .	54
CHAPITRE III. — Effets des applications répétées de phénol sul- foriciné sur les lésions tuberculeuses de la muqueuse laryngée. . . . .	45
§ 1. Modifications objectives des lésions. . . . .	45
§ 2. Mode d'action du médicament. . . . .	58
§ 3. Rôles respectifs de la médication topique et du traitement chirurgical. . . . .	61
CHAPITRE IV. — Valeur thérapeutique. . . . .	65
§ 1. Rôle et limites de la thérapeutique locale dans la phtisie laryngée. . . . .	65
§ 2. Influences des conditions générales et locales sur les résultats de la médication phéno-sul- foricinée. . . . .	72
APPENDICE. — Le phénol sulforiciné dans la tuberculose bu- cale, nasale, et pharyngée. . . . .	87

---

---

50 839. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE  
9, rue de Fleurus, 9

---

**Biblioteka Główna  
WUM**



## A LA MÊME LIBRAIRIE

- Traité de Médecine**, publié sous la direction de MM. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut; Bocchard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut; Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; par MM. Babinski, Ballet, P. Blocq, Brault, Chantemesse, Charbin, Chauffard, Coertois-Suffit, Dutil, Gilbert, Georges Guinon, L. Guinon, Hallion, Lamy, Le Gendre, Marfan, Marie, Mathieu, Netter, Ettinger, André Petit, Richardière, Roger, Reault, Thibierge, Thoinot, Fernand Vidal. 6 forts volumes grand in-8° avec nombreuses figures en noir et en couleurs. . . . . 125 fr.
- Traité de Chirurgie**, publié sous la direction de MM. Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris et Paul Reclus, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux; par MM. Berger, Broca, Delbet, Deless, Gérard Marchant, Hartmann, Heydenreich, Jalaguier, Kirmisson, Lagrange, Lejars, Michaux, Nélaton, Peyrot, Ponscet, Quenu, Ricard, Segond, Tuffier, Walther. 8 forts volumes grand in-8° avec de nombreuses figures dans le texte. . . . . 150 fr.
- Atlas de Laryngologie et de Rhinologie**, par A. GOGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière et de la clinique laryngologique de l'hôpital et J. GLOVER, ancien interne de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. — Avec 37 planches en noir et en couleurs comprenant ensemble 246 figures et 47 figures dans le texte. 1 volume grand in-4° . . . . . 50 fr.
- Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques**, par E. ZUCKERKANDL, professeur à l'Université de Vienne, traduit sur la 2<sup>e</sup> édition allemande, par L. LICHTWITZ, docteur en médecine, de l'Université de Vienne et de la Faculté de Bordeaux, et P. GARNAUET, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles. 1 volume de 700 pages grand in-8° avec un atlas de 58 planches doubles renfermant 400 figures. . . . . 40 fr.
- Leçons de Chirurgie (La Pitié, 1895-1894)**, par le D<sup>r</sup> Félix LEJARS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 volume in-8° avec 128 figures dans le texte. . . . . 16 fr.
- Manuel de Pathologie externe**, par MM. RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOEHLI professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, chirurgiens des hôpitaux. 4 vol. in-8°. . . . . 40 fr.
- I. — *Maladies des tissus*, 4<sup>e</sup> édition, par le D<sup>r</sup> P. RECLUS.  
 II. — *Maladies des régions*: Tête et rachis, 4<sup>e</sup> édition, par le D<sup>r</sup> KIRMISSON.  
 III. — *Maladies des régions*: Poitrine, abdomen, 4<sup>e</sup> édition, par le D<sup>r</sup> PEYROT.  
 IV. — *Maladies des régions*: Organes génito-urinaires, membres, 4<sup>e</sup> édition, par le D<sup>r</sup> BOEHLI.
- Manuel de Pathologie interne**, par le D<sup>r</sup> DIEULAFOY, professeur à la Faculté de médecine. 8<sup>e</sup> édition. 3 vol. in-16 diamant, cartonnés. . . . . 20 fr.
- Les Tuberculoses animales, leurs rapports avec la Tuberculose humaine**, par Ed. NOCARD, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. . . . . 2 fr. 50