

*Delbet* préfère le bistouri et la suture au thermocautère. Il conseille au sujet du *Whitehead*, d'inciser *juste ras* de la peau, mais de ne pas empiéter sur elle ; pour éviter l'hémorragie, de bien chercher le bord interne du sphincter, au niveau duquel *seul* la muqueuse se décolle facilement sans perdre de sang.

*Delorme* s'en tient au *Whitehead* primitif. Il constipe ses opérés pendant huit jours afin d'avoir une adhésion sûre de la muqueuse et de la peau ; et il rapproche les genoux de ses opérés. Il trouve cette opération indiquée surtout quand la muqueuse est malade, angiomateuse, prolabée.

*Picquet*, trouve la cautérisation et l'igniponcture inférieures à l'ablation ; il fait un *Whitehead* légèrement modifié.

Comme résumé de cette discussion nous pouvons dire : 1° Que le traitement le plus simple des petites hémorroïdes, c'est l'igniponcture ; 2° Que pour les hémorroïdes isolées pédiculées, l'igniponcture, la ligature avec un fil et la section avec l'instrument tranchant ou avec le thermocautère sont indiquées ; 3° Sont-elles plus volumineuses, nous avons le choix de l'excision méthodique au bistouri, parallèle à l'intestin, et la suture de la muqueuse saine ; ou la cautérisation ou la volatilisation ; 4° Sont-elles très volumineuses proidentes et accompagnées des lésions rectales ; le bourrelet fait-il un cercle complet, ou presque complet, autour de l'anus, alors il faut s'adresser à la volatilisation ou faire un *Whitehead* minutieusement. 5° Que chaque cas présente un peu ses indications particulières.

6°. *Monod* dit, qu'il paraît résulter de cette discussion que le *Whitehead* a perdu quelques-uns de ses partisans et il ne devient par sa difficulté qu'un procédé d'exception. De tout ce que l'on a dit nous trouvons que tous les procédés sont bons et que tous donnent d'excellents résultats.

#### De la laryngite coqueluchoïde

M. PAUL GALLOIS a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de toux coqueluchoïde, les uns à l'état sporadique, d'autres à l'état épidémique. Il semble exister actuellement une sorte de constitution médicale caractérisée par la fréquence de ces toux coqueluchides.

Cette toux coqueluchoïde s'observe surtout chez les enfants, mais peut se voir aussi chez les adultes. Les sujets adénoïdiens y paraissent particulièrement prédisposés. Le froid semble être une cause provocatrice ; peut-être faut-il admettre aussi la contagion.

Le début est assez brusque ; tandis que dans la coqueluche vraie il y a des prodromes de bronchite pendant 8 ou 15 jours avant l'apparition des quintes caractéristiques, dans la toux coqueluchoïde les crises typiques se montrent immédiatement. Parfois cependant chez les jeunes enfants, la toux coqueluchoïde est précédée pendant un jour ou deux par des accès de faux croup ou de toux aboyante.

La toux coqueluchoïde se produit par crises. Chez les grandes personnes qui peuvent donner des renseignements, l'accès débute par un chatouillement insupportable au niveau du larynx. Cette même sensation doit exister aussi chez les enfants, car avant l'accès, on les voit s'arrêter de jouer, rougir, retenir leur respiration, en un mot, méditer leur quinte comme dans la coqueluche vraie. Cette quinte ressemble beaucoup à celle de la coqueluche, cependant elle ne donne pas lieu à la reprise bruyante si caractéristique qui a été comparée au cri du coq.

La quinte ne se termine pas comme dans la coqueluche vraie par l'expulsion de glaires filantes. Tout au plus voit-on les grandes personnes cracher dans leur mouchoir une petite quantité d'un mucus jaune ambré extrêmement visqueux. La quinte aboutit souvent à des efforts de vomissement, mais les malades ne rejettent qu'une gorgée alimentaire. L'alimentation n'a jamais été entravée d'une façon inquiétante, comme cela se voit dans la coqueluche vraie. Il n'existe pas d'ulcération du frein de la langue. Quelques

malades ont eu de l'enrouement, d'autres du coryza, d'autres un peu de bronchite très transitoire. Parfois l'expectoration a présenté des filets de sang. Ce sont là les seuls phénomènes associés ou complications que l'on observe.

Les crises se produisent surtout le soir, au moment où les sujets se mettent au lit. Il y a aussi un maximum le matin au réveil. Le repas est une occasion de toux coqueluchoïde, de même les rires, les pleurs, les mouvements un peu brusques. Le nombre des quintes peut être assez grand, une vingtaine au moins par 24 heures.

Comme signes généraux, on note parfois un peu de fièvre, mais par poussées ne durant guère plus d'une journée. A part cela, la santé est peu affectée, sauf quand les quintes nocturnes empêchent le sommeil.

La marche de la maladie peut être divisée en deux périodes, l'une de toux quinteuse sèche, l'autre de toux humide. Ces deux périodes ne sont pas absolument tranchées, car il y a assez souvent des poussées nouvelles avec toux sèche. Les quintes vont en diminuant progressivement de nombre. La durée est assez variable ; de 8 jours dans certains cas, elle atteint facilement 3 ou 4 semaines, parfois même davantage. La terminaison a toujours été favorable.

De quoi s'agit-il ? De coqueluche vraie ou atténuée ? M. Gallois ne le croit pas. En effet, outre les différences symptomatiques qu'il a signalées, il y a ce fait que des adultes atteints de toux coqueluchoïde ont eu antérieurement soit la coqueluche vraie dans leur enfance, soit des atteintes de toux coqueluchoïde quelque temps auparavant. M. Gallois pense plutôt à une affection des voies respiratoires, à une laryngite sous-glottique par exemple, pouvant se produire à l'occasion d'une grippe. Il est assez curieux, en tous cas, que la grippe se transmette d'un sujet à l'autre en affectant la même forme de laryngite coqueluchoïde. Le rôle des adénoïdes dans la production du syndrome coqueluchoïde paraît assez important, c'est là un fait assez connu des laryngologistes.

Il est une autre hypothèse qu'il faut discuter, celle de l'adéno-pathie trachéo-bronchique qui est habituellement considérée comme une cause de toux coqueluchoïde.

La thérapeutique employée par M. Gallois a paru peu active contre cette forme morbide, et c'est à ce point de vue surtout qu'il serait heureux de profiter de l'expérience de ses collègues de la Société. Il a fait faire des pulvérisations d'eau boriquée saturée, d'acide phénique au centième, des inhalations au menthol par différents procédés ; il a fait prendre, à l'intérieur, de la terpine ou des potions calmantes à l'aconit, à la belladone, à la codéine, etc. Ce qui a peut être le mieux réussi, c'est le bromoforme, mais, dans certains cas, il a produit des vertiges ou de la somnolence qui ont obligé à suspendre son emploi.

M. LEGENDRE a vu cette année plusieurs enfants atteints de toux coqueluchoïde de diagnostic difficile. L'un d'eux a été pris de toux coqueluchoïde tout à coup et d'une façon très intense, 15 jours après une ablation complète de végétations adénoïdes. Pendant la période de toux coqueluchoïde, il avait une trachéite reconnue au laryngoscope. Il croit qu'il y a des toux coqueluchoïdes par infection différente de l'infection qui donne la coqueluche vraie.

M. DU CASTEL pense que, fréquemment, les toux coqueluchoïdes ne sont autres que des coqueluches vraies larvées, et que le fait de trouver une laryngo-trachéite dans une toux coqueluchoïde ne suffit pas à éliminer la coqueluche. Nos connaissances sont, en effet très rudimentaires en ce qui concerne l'examen laryngoscopique des coqueluchoux. D'autre part, on ne peut pas non plus éliminer la coqueluche sous prétexte que les malades l'ont déjà eu une première fois plusieurs années auparavant.

M. COURTADRE signale des cas de laryngite striduleuse et de vomissements nerveux dus à des réflexes partis du naso-pharynx atteint d'hypertrophie adénoïdienne. Le traitement médical antiseptique du fond de la gorge a suffi pour amener la guérison.