

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Revue mensuelle de laryngologie,  
d'otologie et de rhinologie**

*Vol 2, n° 4, pp. 97 à 128. - Paris : Doin, 1882.*

*Cote : Académie nationale de Médecine: 91320*

REVUE MENSUELLE  
DE  
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE RHINOLOGIE

---

**SOMMAIRE : Travaux originaux.** — De l'œsophagoscopie et de la gastroscopie, par le Dr J. BARATOUX : Observation d'une tumeur volumineuse de la base de la langue, menaçant la vie à courte échéance, extirpée d'urgence, opération suivie d'un succès complet, par le Dr H. COLIN. — **Revue Bibliographique :** Etude sur le mécanisme de la fermeture de l'arrière cavité des fosses nasales, par le Dr MARCONDES-RÉSENDE. — De la surdi-mutité par le Dr A. LESCA. — De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau, par le Dr N. A. PETIT. — **Revue de la Presse.** — **Index Bibliographique :** Pharynx Nez, Larynx et Trachée, Oreilles, Varia. — **Erratum.**

---

TRAVAUX ORIGINAUX

**De l'œsophagoscopie et de la gastroscopie,**

Par le Dr J. BARATOUX.

Ces nouvelles méthodes, destinées à examiner l'œsophage et l'estomac, ont été inventées et employées pour la première fois en France. Elles n'ont pas tardé à passer à l'étranger, qui bientôt se les approprierait, si l'on n'attirait de ce côté l'attention de nos confrères.

En effet, aujourd'hui, à Vienne, il ne se passe pas de jour où l'on n'explore l'œsophage ou l'estomac de quelque malade qui se plaint d'éprouver quelques troubles du côté de ces organes.

Ainsi, à l'Hôpital général, le professeur Störk, chargé d'une consultation des maladies du larynx, emploie quotidiennement une série d'instruments qu'il a inventés pour explorer le tube œsophagien ; de même à la Polyclinique, le docteur Mikulicz examine journellement l'estomac au moyen d'un polyscope électrique, construit par M. Leiter.

Nous ne dirons que quelques mots des instruments du professeur Störk, pour nous étendre plus longuement sur ceux dont se sert le docteur Mikuliez.

#### DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE

Pour arriver à voir les diverses parties de l'œsophage, le professeur Störk a fait construire une série de tubes métalliques de diverses longueurs et de diverses formes. En effet, ils varient de 5 à 30 centimètres de long. Ils sont tantôt droits, tantôt composés d'une série d'anneaux articulés entre eux sur les côtés, de manière à ce que le tube étant mobile peut se couder en une certaine mesure. Quelques-uns des longs tubes présentent cette disposition dans leur quart inférieur, tandis que dans le reste de leur étendue ils sont droits.

Chacun d'eux est monté sur un manche qui se bifurque à son extrémité, de manière à s'articuler sur les côtés des tubes.

On peut encore faire usage d'instruments droits composés de trois tubes renfermés les uns dans les autres et pouvant venir se mettre bout à bout au moyen d'un système à vis adapté à l'extrémité du manche, de sorte que le tube primitif n'ayant que 8 à 10 centimètres, peut s'allonger progressivement de manière à présenter une longueur totale de 25 à 30 centimètres environ.

Mais pour retirer l'instrument, il serait très incommode d'être obligé de se servir de la vis dont le mouvement est trop lent; aussi, le professeur Störk a-t-il adapté à son appareil un anneau relié aux deux tubes qui viennent se placer à l'extrémité du premier, de sorte qu'en attirant vers soi cet anneau, les deux tubes intérieurs rentrent aussitôt dans le tube extérieur de manière que l'instrument reprend la forme primitive qu'il avait au moment de l'introduction dans le tube digestif.

Le professeur Störk emploie encore des tubes coupés dans toute leur longueur suivant leur diamètre transversal; ils sont montés sur une sorte de pince, ce qui fait que lorsqu'on ouvre celle-ci, les deux demi-tubes s'écartant l'un de l'autre dilatent l'œsophage.

Pour introduire ces instruments, le malade doit être

assis sur un siège très bas et renverser fortement la tête en arrière.

De la main droite, on introduit dans l'œsophage par la cavité bucale les tubes droits ou coudés, ceux-ci recouverts d'un tube de caoutchouc pour que les articulations ne viennent pas blesser les parois membraneuses du conduit alimentaire. Il est préférable d'employer tout d'abord les derniers instruments, le malade les supportant facilement, même dès la première fois que l'on examine son tube digestif, surtout si l'on ne se sert que de tubes assez courts. Dans les séances suivantes, on pourra employer des tubes d'une longueur plus considérable, et on ne tardera pas à faire supporter au patient les longs tubes droits pendant le temps nécessaire à l'examen complet de son œsophage.

Avec ces instruments, on se sert de la lumière réfléchie, c'est-à-dire qu'après l'introduction du tube, on saisit le manche de la main gauche et l'on dirige, au moyen d'un miroir tenu de la main droite, la lumière d'une lampe, dans l'intérieur de l'instrument.

Pendant six mois, nous avons vu le professeur Störk user quotidiennement de cette méthode que nous trouvons excellente, car les diverses parties de l'œsophage viennent faire saillie à l'extrémité inférieure du tube, ce qui permet d'en examiner progressivement toute la surface, surtout lorsqu'on fait usage de l'instrument à trois tubes renfermés les uns dans les autres dont nous avons parlé plus haut.

#### GASTROSCOPIE

Le Dr Mikulicz examine l'estomac au moyen d'un polyscope électrique construit par M. Leiter, fabricant d'instruments de chirurgie, à Vienne.

La lumière est produite par un fil de platine placé à l'extrémité d'un tube coudé qui, traversant l'œsophage, vient se terminer dans l'intérieur de l'estomac. L'électricité est fournie par une batterie Bunsen.

Comme ce fil porté au rouge ne tarde pas à échauffer les parois membraneuses du tube digestif, M. Leiter a fait parcourir tout son système par un courant d'eau, qui est mis en circulation par une pompe dont nous ne don-



nerons pas le mécanisme : nous dirons seulement que c'est toujours la même eau, en assez petite quantité, qui sert à refroidir l'appareil pendant toute la durée de l'exploration. Nous ne parlerons pas ici des lentilles et prismes destinés à porter au dehors l'image des parois stomacales, nous les étudierons plus bas.

Disons encore, et ceci est peut-être le seul avantage de cet instrument que, grâce à une petite modification particulière du tube, l'on peut, au moyen d'un ballon en caoutchouc, faire pénétrer de l'air dans l'estomac, de manière à distendre ses parois, ce qui n'est pas inutile pour bien examiner la surface de tout cet organe.

Voilà, en quelques mots, la disposition générale de cet appareil.

La plupart de nos lecteurs auront déjà reconnu là un instrument bien employé en France, soit pour les examens du vagin, du rectum, du larynx, de l'oreille, soit pour les cautérisations au galvano-cautère : je veux parler du Polyscope de M. Trouvé.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire l'historique de cet appareil viennois : nous verrons ainsi comment certaines découvertes françaises arrivent à changer de nationalités et à devenir allemandes.

Au commencement d'octobre dernier, me trouvant à la polyclinique de Vienne, au cours du professeur Schnitzler, celui-ci nous annonça que dans quelque temps, il nous convierait à une séance d'exploration des cavités naturelles, au moyen de la lumière électrique. Le bruit ne tarda pas à se répandre dans tout le monde médical qu'un instrument nouveau et sans pareil venait d'être inventé par M. Leiter.

Si j'insiste sur ces faits, c'est pour montrer avec quelle habileté a été conduite cette *campagne médicale*.

Peu après, eut lieu cette séance donnée par M. Leiter et M. le docteur Mikulicz. C'est ce dernier, ancien assistant du docteur Billroth qui était chargé de démontrer la manœuvre de cet instrument.

Nous fûmes tout étonné de voir le bagage monstrueux destiné à contenir l'appareil. Disons que dans le catalogue de M. Leiter, une figure est destinée à en montrer le transport : c'est un homme chargé d'un crochet de

commissionnaire rempli du haut en bas d'une série de boîtes renfermant les divers instruments nécessaires pour l'examen des diverses cavités naturelles, et la batterie électrique n'en fait pas encore partie !

L'appareil étant monté, on présenta à l'assistance, composée de quelques professeurs de la Policlinique et de plusieurs docteurs étrangers, quelques malades dont on examina soit l'estomac, soit le larynx, soit la cavité naso-pharyngienne.

Mais quel ne fut pas notre étonnement quand nous reconnûmes que cet appareil qui, l'année précédente, avait été placé une après-midi dans l'antichambre de l'Académie de médecine de Paris, et qui fut présenté dans divers services des hôpitaux, notamment à l'hospice de Sainte-Anne, dans le service du professeur Ball, où nous pûmes l'examiner à loisir.

Inutile de rappeler l'accueil qu'il reçut à cette époque, il suffit de relire, entre autres, l'article de la *Gazette médicale de Paris*, du 19 juin 1880, pour se convaincre de l'audace naïve de celui qui le présenta alors.

Nous fîmes remarquer à MM. Mikulicz et Leiter, que cet appareil existait depuis longtemps en France, qu'il était même perfectionné au point de se passer du courant d'eau, ce qui réduisait notamment les dimensions de ce polyscope.

Ces Messieurs n'ajoutèrent pas foi à nos paroles, et peu après parurent articles sur articles dans le « *Wiener mediz. Presse* » pour raconter, sous toutes ses formes, la découverte et l'avantage de l'appareil de M. Leiter, sans qu'il fût même fait mention du nom de M. Trouvé.

Bientôt, l'inventeur et le propagateur de l'éclairage des cavités naturelles au moyen de la lumière électrique, en vinrent jusqu'à présenter leur polyscope devant la Société de Médecine de Vienne, et, dans la séance du 11 novembre 1881, le docteur Mikulicz prit la parole pour démontrer que l'inventeur du polyscope électrique était M. Leiter; que cette découverte était vraiment allemande; que jamais à l'étranger on n'avait songé à employer un tel éclairage. Les paroles de M. Mikulicz furent couvertes d'applaudissements. Pas une seule protestation ne s'éleva au sein de l'Assemblée.

Quelques mois plus tard, au commencement de cette année, on put voir dans le *Traité de Chirurgie* de Kœnig, la description de tous les nouveaux appareils inventés par M. Leiter. L'auteur ne fait mention que de ce constructeur auquel il attribue entièrement le mérite de la découverte.

Aussi devant de pareils faits, nous croyons qu'il est de notre devoir de dévoiler toute cette série d'intrigues, et de protester hautement contre la mauvaise foi de ceux qui prétendent inventer des instruments connus depuis longtemps, et contre ceux qui servent à répandre ces idées qu'ils savent fausses, à moins qu'ils ne se tiennent pas au courant des séances des divers Congrès de médecine qui ont eu lieu depuis la découverte de l'appareil de M. Trouvé.

Et, en effet, nous ne voyons cités, dans les articles du docteur Mikulicz, le *Wiener Med. Presse*, des mois d'octobre, novembre et décembre 1881, que les noms de Middendorff, de Lazarevich, à l'exclusion de tout nom français!

Cependant nous devons rendre justice à quelques-uns de nos confrères Viennois, qui ont reconnu la priorité et la supériorité de l'appareil Trouvé : notamment au professeur Störk, qui nous a fait remarquer que l'Académie de médecine a décerné le prix Monthyon aux docteurs Turck et Czermak, pour leur invention en laryngoscopie, quoique ce fût chez nous que cette science fût cultivée la première, et fût représentée à cette époque, par plusieurs savants qui ont contribué, pour leur part, au développement de la laryngologie. Singulière reconnaissance!

Aussi devant un historique aussi incomplet que celui que nous trouvons dans les auteurs Allemands, et devant une négation d'une découverte éclatante, nous ne pouvons passer sous silence les faits qui ont amené M. Trouvé à construire son polyscope électrique.

Celui-ci est basé sur la propriété que possède un courant voltaïque de produire de la lumière en chauffant un circuit voltaïque de petite section.

Cette propriété du courant voltaïque de rougir à blanc des fils métalliques d'une grande résistance, un fil de



platine, par exemple, a été appliquée pour la première fois, en chirurgie, par Heider, à Vienne, en 1845, et par Crusell, à Saint-Petersbourg; plus tard, par John Marshall (1850), et enfin par Middeldorpf (1854).

L'idée d'utiliser la lumière qui accompagne l'incandescence du fil de platine, devait se présenter naturellement à l'esprit. Cependant, on ne s'en occupa pas avant 1867.

A cette époque M. Bruck, dentiste de Breslau, construisit un appareil qu'il appela *Stomatoscope*, pour la cavité buccale, en même temps que le docteur Milliot faisait à l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris des essais de diaphanoscopie sur les animaux. Le docteur Lazarevich, de Karkoff, utilisa aussi cette source lumineuse représentée par un fil de platine porté à l'incandescence par le passage d'un courant galvanique. Il s'en servit pour faire des explorations gynécologiques par transparence, et il publia même, en 1868, un travail intitulé : *Diaphanoscopie ou exploration par transparence appliquée à l'examen des tissus*.

Mais le succès ne répondit pas à l'attente des chercheurs. Les causes de cet insuccès sont nombreuses; d'abord l'inconstance de la pile employée, puis l'impossibilité où l'on était de régler l'intensité du courant d'une manière simple, sûre et prompte suivant les besoins. Car si le courant est trop faible, l'incandescence fait défaut et par conséquent on n'obtient pas de lumière; si le courant dépasse une certaine intensité, le fil de platine fond et se volatilise.

Il est vrai que pour prévenir la fusion de la volatilisation du métal incandescent, on pouvait employer des fils relativement gros; mais alors l'incandescence du platine s'accompagnait d'un dégagement considérable de chaleur qui s'opposait à l'introduction directe de la source lumineuse, dans les cavités à explorer.

C'est alors qu'on eut recours à des réfrigérants. On entoure le fil de platine d'un manchon en verre rempli d'eau, le courant d'eau étant destiné à absorber la plus grande partie du calorique développé par l'incandescence du platine.

Les appareils devinrent alors si volumineux, qu'ils ne passèrent pas dans la pratique.



En 1870, M. Trouvé, au lieu de s'arrêter à la diaphanoscopie, rêva d'étendre la méthode à l'éclairage direct des cavités, en y portant directement la lumière au lieu de l'y injecter, comme il est nécessaire de le faire avec l'instrument de M. Störk, par exemple, pour examiner l'oesophage.

Dans les premiers appareils, M. Trouvé se servit aussi du courant d'eau, et l'on peut encore voir dans ses ateliers les modèles de ces instruments qui nous paraissent grossiers aujourd'hui, après de ceux qu'il est arrivé à construire depuis quelques années.

Cependant, il faut dire que le docteur Amussat en fit usage pendant quelque temps, pour faire des explorations utéro-vaginales.

Mais M. Trouvé ne tarda pas à s'apercevoir que son appareil n'était pas destiné à remplir les conditions qu'il lui destinait; aussi chercha-t-il d'abord à en diminuer le volume. Pour y arriver, il fallait supprimer le courant d'eau; c'est à quoi parvint cet habile inventeur, en se servant de fils très fins de platine iridié qui à l'avantage de diminuer le plus possible la production du calorique, sans nuire cependant à l'effet lumineux. Grâce à cette ingénieuse disposition, M. Trouvé put supprimer le courant d'eau.

Le peu de calorique engendré dans ces conditions, passe en partie dans les conducteurs en argent qui sont isolés des muqueuses et le reste dans l'air ambiant. Quant à la chaleur par rayonnement, l'expérience journalière d'un réflecteur éclairé et placé dans la bouche fermée, démontre suffisamment l'innocuité de cette source de chaleur, puisque au bout de plusieurs minutes, le réflecteur n'a pas encore atteint la température normale des muqueuses.

Pour atténuer encore cet effet, M. Trouvé émaille ses réflecteurs extérieurement et même intérieurement. Mais pour entretenir des fils de platine aussi fins vers le voisinage de leur fusion, sans cependant les fondre, il fallait une pile d'une grande puissance, d'une grande constance et d'une longue durée. Le choix de M. Trouvé se porta sur la pile de polarisation de Planté, qui est suffisante par les expériences de 25 à 30 minutes consécutives.

Cette pile équivaut à un véritable récipient où s'émagasine l'électricité dynamique produite par une pile ordinaire qu'on met pendant quelque temps en communication avec ce réservoir.

Mais un courant intense et constant étant donné, il se fallait encore pouvoir en modérer l'écoulement. M. Trouvé a obtenu ce résultat d'une façon remarquable en imaginant un petit appareil de résistance ou rhéostat d'une grande simplicité. C'est un ressort à boudin en métal résistant, dans l'intérieur duquel pénètre une tige métallique. Cet appareil de réglage est si parfait qu'il permet de porter vers le point de fusion sans le dépasser pendant plusieurs heures consécutives des fils de platine depuis 1 de millimètres jusqu'à 1 1/2 millimètre.

Que nous sommes loin de ces grossiers appareils du début, à circulation d'eau, à batteries de Bunseu ou de M. Groye, qui ont l'inconvénient de dégager des odeurs nauséabondes d'acide hypoazotique.

Pour porter la lumière dans l'estomac, M. Trouvé a construit deux appareils, l'un droit et l'autre coudé. *Ces deux instruments, dont nous donnons le dessin ci-dessous, ont été inventés à la même époque.*

Pour éclairer l'estomac, on introduit la sonde œsophagienne avec son mandrin pour le remplacer par le tube du polyscope que l'on met alors en rapport avec la source électrique au moyen de deux fils conducteurs et du manchon. Si alors on presse le bouton ou la pédale, le platine entre aussitôt en incandescence et éclaire avec intensité l'intérieur de l'estomac.

Si l'observateur fait décrire au tube et par conséquent au système d'optique un lent mouvement de rotation, il aperçoit par l'extrémité extérieure du tube toutes les parties de l'estomac qu'il désire voir.

Il est nécessaire que le tube soit coudé comme on le voit dans la figure, pour que l'on puisse juger de l'état de la partie supérieure et des culs-de-sac de l'estomac.

Grâce à l'emploi de fils très fins de platine iridié, il n'est pas à craindre que la chaleur produite par l'appareil ne soit trop considérable, au point d'incommoder le malade. Aussi cet appareil présente le grand avantage qu'on n'a nul besoin de courant d'eau, comme dans ceux qui l'ont



précédé et dans ceux qui l'ont suivi. C'est à l'appareil de M. Nitze que nous faisons allusion, appareil qui n'est que la copie du premier modèle de M. Trouvé, c'est-à-dire qu'il est composé d'un appareil d'optique tel que la lentille et le prisme sont séparés, ce qui est déjà un grand désavantage sur le polyscope français. Disons encore que le plus grand inconvénient de l'appareil allemand est d'avoir besoin, pour fonctionner, du courant d'eau que M. Trouvé a eu l'habileté de supprimer, car la lumière traversant la couche de liquide prend une teinte rouge très défavorable à l'exploration.

Il n'est pas inutile non plus de faire remarquer que le polyscope français est d'un prix moins élevé que l'allemand, et que le transport (1) de ce dernier est d'une difficulté réelle, comme on peut en juger par la figure dont nous avons parlé plus haut, figure que l'on peut voir dans le catalogue spécial de M. Leiter, auquel M. Nitze aurait, au reste, cédé ses droits de propriété sur le polyscope en question.

Nous avons déjà dit que l'éclairage direct des cavités naturelles par la lumière électrique avait été contestée à M. Trouvé. Chose excessivement curieuse, la première récompense que cet ingénieur ait obtenue, lui a été donnée, à l'Exposition de Vienne même, en 1873, où le Jury international lui a accordé une médaille de progrès.

Ce fait peut être d'autant moins contesté, que nous avons vu cet appareil dans le catalogue *imprimé en allemand*.

Du reste, faut-il ajouter que M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker, s'est servi du polyscope électrique pour montrer à ses élèves l'état des muqueuses du rectum et de la vessie ; que M. le professeur Trélat l'a appliqué aux explorations rhinoscopiques ; que M. le docteur Gallard l'emploie dans les explorations du vagin ; que M. le professeur Collin, d'Alfort, s'en sert pour éclairer l'intérieur de l'estomac d'un taureau, afin de montrer à ses élèves les fonctions de cet organe, et qu'enfin, les docteurs Ledentu et Maurice Raynaud, à l'hôpital Lariboisière, ont pu constater avec cet instrument, à l'entrée de l'estomac, un rétrécissement de l'œsophage, chez un individu qui avait eu des accidents syphilitiques.

(1) Le polyscope de Trouvé pèse 4 kilogrammes.



Devant ces nombreuses preuves et celles que pourraient apporter MM. les docteurs Laillier, Péan, Laborde, Coudereau, Mallez, etc., en France, et Müller, Stein, etc., en Allemagne, nous croyons qu'il est impossible de contester à M. Trouvé une découverte qui appartient à lui seul. Ceux qui prétendent l'avoir inventé ce polyscope, n'ont même pas eu le mérite de le perfectionner.

Au reste, quand nous aurons dit que ce polyscope a été expérimenté aux Congrès des médecins, à Amsterdam, à Paris, à Bâle, etc., nous croirons qu'il est inutile d'insister davantage, pour réclamer une priorité et une supériorité à l'appareil français de M. Trouvé.

Peut-être avons-nous été entraînés un peu loin de notre sujet dans le cours de cet article, mais nous ne pouvions passer sous silence des faits aussi scandaleux que ceux que nous avons signalés à nos lecteurs. Nous avons adressé nos réclamations à qui de droit, mais ayant attendu vainement la promesse qu'on nous avait faite de reconnaître la priorité et je dirai même la supériorité de l'appareil de M. Trouvé, nous avons cru de notre devoir de faire connaître à nos compatriotes la façon dont on faisait cas de certaines de nos découvertes.

Dr J. BARATOUX.

---

**Observation d'une tumeur volumineuse de la base de la langue, menaçant la vie à courte échéance, extirpée d'urgence, opération suivie d'un succès complet.**

Par le Dr H. COLIN.

Médecin-major 2<sup>e</sup> cl. au 5<sup>e</sup> de ligne.

M. Dubanton, âgé de cinquante-deux ans, se présente le 2 mars 1882 à la clinique de M. le docteur Fauvel. Maigreur extrême, faciès de la consommation. Le malade se dit atteint, depuis huit mois, d'une affection de la gorge. Les premiers mois de sa maladie ont été supportables, malgré la gêne locale, le besoin continuel de déglutition ou d'expectation, la difficulté de respirer dans le décubitus dorsal, d'où privation de tout repos. Les aliments passaient encore, mais sans le débarrasser de cette sensation continue d'un corps étranger dans la gorge. Depuis deux mois, les symptômes se sont aggravés, il ne peut s'endormir sans menace de suffocation, un

cornage très bruyant a lieu par accès; il ne peut avaler quoi que ce soit de solide et se nourrit de lait et de bouillon; encore ces liquides refluent-ils souvent par le nez. Il va consulter aux hôpitaux et près de plusieurs médecins; des gargarismes et médications internes lui sont ordonnés.

La voix, bien que gênée, n'indique aucune affection particulière au larynx.

Rien du côté des poumons.

Durété de l'ouïe, assez prononcée.

A l'inspection de la gorge avec l'abaisse-langue, le sommet d'une tumeur apparaît derrière la langue. Le miroir laryngien démontre la liberté du larynx et de l'épiglotte. Le point d'implantation, caché par la tumeur, doit donc être à la base de la langue.

Les efforts de vomissements font remonter la tumeur qui, dans ce cas, vient remplir l'arrière-bouche et montrer ainsi sa grosseur et sa forme.

Cette mobilité étendue et le toucher direct font reconnaître que la tumeur est plus ou moins pédiculée.

M. Fauvel pense qu'il est prudent d'opérer d'urgence ce malade.

L'écraseur de M. Chassaignac ne s'applique pas facilement, la chaîne glisse sur la tumeur sans pouvoir en saisir la base; d'autre part, cette tumeur est d'un tissu mou et si friable que nulle pince, ni ténaculum n'en reste maître.

Nous pensons alors que l'ablation sans instruments autres que les doigts est possible, et nous procédons comme il suit. Plaçant le malade au-dessus d'une cuvette, nous déterminons des mouvements de vomissements afin de faire soulever la tumeur par les efforts mêmes du malade; parvenant ainsi à la saisir entre trois doigts, nous lui faisons subir un mouvement de torsion sur elle-même dans une intention hémostatique. Une légère traction suffit alors pour nous faire glisser dans la main la tumeur entière, qui présente le volume d'une petite orange mandarine. Sa couleur est rouge grisâtre, sa surface lisse, mais divisée par quelques sillons la partageant en plusieurs lobes. Elle est friable et molle. La section d'arrachement nous fait lui supposer un pédicule d'implantation de la grosseur d'un doigt.

Jusqu'à l'examen microscopique, nous pensons avoir affaire à un papillome qui, selon nous, devait à courte

échancré, entraîner la mort du malade par asphyxie mécanique.

Nous venons de revoir le malade, ce matin 6 mars, à la clinique il se dit comme transformé et revenu à la vie, par le bien-être qui a succédé à son état d'anxiété respiratoire. Il mange, dort et repose, n'éprouve plus ni douleur ni gêne depuis l'extirpation de la tumeur.

L'examen de la région glosso-épiglottique fait avec soin par M. Fauvel, démontre qu'il ne reste rien de la tumeur. Ajoutons que le malade nous fait remarquer qu'il entend parfaitement depuis le moment même où il en fut débarrassé.

D<sup>r</sup> H. COLIN.

## **Revue Bibliographique.**

### **Etude sur le mécanisme de la fermeture de l'arrière-cavité des fosses nasales.**

Par le D<sup>r</sup> MARCONDES-RÉSENDE.

Prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

M. le docteur Marcondes, s'inspirant des conseils autorisés de son maître, le professeur Bouchard, a surtout cherché à expliquer dans ce travail le mécanisme de la douche Wébérienne.

Après avoir fait l'historique de la question depuis la communication de Littre (1718) à l'Académie des sciences et celle de Weber qui compléta les recherches de son prédécesseur, en donnant les bases de la nouvelle méthode thérapeutique, l'auteur arrive aux travaux plus récents de MM. Tillot, Alvin, C. Paul, Fiaux (1875), et Dubief (1878). Sans entrer dans la description des instruments mis en usage pour pratiquer la douche Wébérienne, il rappelle cependant que l'on doit toujours employer de l'eau tiède mélangée d'un peu de sel ou de bicarbonate de soude. Il est évident que l'on peut aussi faire usage des liquides caustiques, astringents, ou désinfectants, suivant la maladie que l'on aura à traiter.

La deuxième partie est consacrée à l'anatomie du voile du palais.

Le troisième chapitre contient l'historique des diverses

(1) Thèse, Bordeaux, n° 5, 1882.



opinions émises sur le mécanisme de la fermeture de l'arrière-cavité des fosses nasales, et enfin, dans le quatrième chapitre, partie du travail véritablement originale, l'auteur combat les idées émises par la plupart de ses prédécesseurs, pour démontrer, appuyé sur des faits nombreux et bien observés, comment se produit la fermeture de l'arrière-cavité des fosses nasales pendant la douche.

Il mesure d'abord, sur le cadavre d'adulte, la capacité moyenne des fosses nasales, qui est de 16 à 18 centimètres cubes pour chacune d'elles; et il constate ensuite, dans une deuxième expérience faite avec des liquides colorés, que la douche touche surtout les méats inférieurs et moyens.

M. Marcondès rappelle ce fait bien connu que dans les cas de déviation de la cloison ou de rétrécissements de l'une des cavités nasales, le liquide passe mieux quand l'embout de l'appareil est placé du côté libre ou le plus large.

Pour savoir si la plus grande partie du liquide injecté passait par la partie inférieure, moyenne ou supérieure de l'orifice postérieur des fosses nasales, l'auteur a eu l'ingénieuse idée d'adapter à ces orifices, trois tubes soudés dans le sens vertical et adaptés exactement avec du suif sur les orifices postérieurs; il a pu constater, comme tout semblait le faire prévoir, que la moitié au moins du liquide passait dans le tube inférieur, et l'autre moitié dans les deux autres, en proportions plus ou moins grande, suivant que la tête était inclinée en avant ou en arrière.

L'auteur démontre ensuite qu'il n'est pas nécessaire, pour le passage de la douche, que le voile du palais vienne s'accoler au pharynx, comme l'avait affirmé le docteur Fiaux. Pendant le passage de la douche, la luette se raccourcit ou est projetée en avant par les contractions des palato-staphylins; la contraction des péristaphylins internes contribue à former une surface qui, vue par la bouche, est fortement concave en avant, étant convexe en haut, et formant ce que l'auteur appelle le *dôme nasal*. Les glosso-staphylins sont entraînés en haut par le voile soulevé et les péristaphylins externes étendent latéralement la portion antérieure, pendant que les pharyngo-staphylins se contractent à leur tour et rapprochent les deux piliers l'un de l'autre.

Ajoutons que des dessins fidèlement exécutés, d'après nature, viennent encore ajouter à l'intérêt que présente ce tra-

vail, réellement consciencieux. Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir mis un peu de confusion dans l'exposé du sujet, de ne pas avoir utilisé les données qu'aurait pu fournir l'examen des fosses nasales postérieures, fait avec le miroir, mais il faut bien savoir gré à M. Marcondès d'avoir réfuté des théories certainement erronées, et d'avoir fait un véritable travail original.

### **De la surdi-mutité,**

Par le Dr Alfred LESUR (1).

M. le docteur Lesur a publié sous ce titre une thèse des plus intéressante.

Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur reconnaît avec raison que la surdi-mutité est particulièrement digne de toute la sollicitude du médecin à qui il est possible, par une thérapeutique active et instituée en temps utile, d'arracher un nombre considérable d'enfants à une infirmité plus tard irrémédiable.

Le sourd-muet ne parle pas parce qu'il n'a jamais entendu, ou qu'il a cessé d'entendre à l'âge où l'enfant apprend à parler. De là des surdi-mutités congénitales et des surdi-mutités acquises.

La statistique nous apprend que pour un même pays, la répartition de la surdi-mutité varie avec la configuration géographique du sol.

Les régions montagneuses, sillonnées de vallées profondes, sont celles qui fournissent le plus fort contingent des sourds-muets.

L'altitude n'est pas sans influence sur cette affection (Loubrien); mais M. Lesur pense que l'on doit plutôt accuser la configuration du sol et la misère des habitants.

Le sexe semble aussi jouer un rôle important. Ainsi toutes les statistiques donnent un bien plus grand nombre des sourds-muets pour le sexe masculin.

Il en est de même de la race et la fréquence chez les juifs de la surdi-mutité alliée à la rétinite pigmentaire (Liebreich), est connue de longue date.

Il serait fort utile de connaître l'âge moyen des sourds-muets, mais l'insuffisance de la statistique n'a pas permis d'arriver à un résultat positif.

(1) Henri, libraire, 44, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Ces faits connus, il convient d'établir quelles sont les causes qui président au développement de la *surdi-mutité congénitale* et de la *surdi-mutité acquise*. Les relevés statistiques nous révèlent, encore, la prédominance générale de la surdi-mutité acquise sur la surdi-mutité congénitale.

La fréquence des complications auriculaires dans un très grand nombre de maladies de l'enfance, depuis le simple coryza jusqu'aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde et à la méningite, explique facilement ce résultat.

L'hérédité directe ou indirecte, la consanguinité sont des causes de la surdi-mutité congénitale depuis longtemps reconnues. Celle-ci est, en outre, plus fréquente dans la classe pauvre que chez les riches. Elle s'observe plus souvent chez les habitants des campagnes qu'à ceux des villes.

On a assigné bien d'autres causes encore à la surdi-mutité : l'alcoolisme, la syphilis, une grande différence d'âge entre les deux parents, surtout l'âge beaucoup plus avancé de la femme, les frayeurs de la mère pendant la grossesse, le travail long et difficile, etc. ; mais leur influence est loin d'être démontrée.

La surdi-mutité s'accompagne parfois de certaines anomalies ou vices congénitaux, tels que absence du pavillon de l'oreille, du tympan, l'atresie du conduit, etc. ; rétinite pigmentaire et cécité, doigts surnuméraires, pied-bot, bec de lièvre, goitre et crétinisme.

L'étiologie de la *surdi-mutité acquise* se confond avec celle de la surdi-mutité survenant dans les premières années de l'existence. On s'accorde à reconnaître que c'est le plus souvent tout à fait dans la première enfance, c'est-à-dire de la naissance à la cinquième année, que les enfants sont devenus sourds. Après cette époque la surdi-mutité devient de moins en moins fréquente.

Dés nombreuses affections sont capables de l'engendrer, les plus communes sont les maladies aiguës du système nerveux : inflammations des méninges, convulsions, méningite cérébro-spinale. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, les affections protopathiques de l'oreille, le catarrhe naso-pharyngien, les obstructions des trompes et les traumatismes. En outre, la résorption trop rapide du moutrelet muco-gélatineux que



remplit la caisse chez le nouveau-né peut entraîner, par suite d'une exagération dans le mouvement de nutrition, l'inflammation de la caisse, et, comme conséquence, la surdi-mutité. D'autres fois, elle serait imputable à la maladie de Ménière. Enfin le nerf auditif peut être lésé dans tout son trajet soit par les tumeurs de la base du crâne ou celles des méninges, soit par les fractures du rocher; d'où une cause nouvelle de surdi-mutité. Reste à signaler quelques surdités réflexes encore peu connues qui surviennent consécutivement à la pneumonie et à la scarie dentaire. Du côté de l'oreille externe, tout obstacle à la pénétration des ondes sonores dans le conduit auditif jusqu'au tympan est une cause de surdité.

Dans le chapitre qu'il consacre à la pathogénie, le docteur Lesuns s'applique à démontrer que c'est uniquement parce qu'il n'entend pas que le sourd-muet ne parle pas. Puis vient la symptomatologie. Tous les sourds-muets ne sont pas privés dans la même mesure de la faculté d'entendre et par conséquent de parler.

Il en est un grand nombre qui sont aptes à percevoir certains groupes de sons. Se basant sur ces faits, Hard, Bonafond, Toynbee, Kramer et Hartmann ont cru pouvoir former plusieurs catégories de sourds-muets. Les symptômes connus, l'auteur, dans le paragraphe suivant, prend à tâche d'établir que, d'une façon générale, le sourd-muet n'est nullement moins bien partagé au point de vue intellectuel que l'entendant. Il entre alors dans quelques détails sur le rôle joué par l'ouïe dans le développement du langage articulé et sur les qualités morales ou les défauts du sourd-muet. Ceux-ci, quand ils existent, sont dus au sentiment intime que le sourd-muet possède de son infériorité et à sa susceptibilité au ridicule dont on essaie de le couvrir. S'il est un certain nombre de sourds-muets dont l'intelligence se refuse à tout perfectionnement, il faut en rechercher la cause dans le crétinisme et l'idiotie, qui coexistent souvent avec la surdi-mutité. Pour lui, le sens moral, quoique nécessairement moins développé que chez l'entendant mis à même de recevoir les bienfaits de l'éducation, n'en existe pas moins chez le sourd-muet à un degré qui permet de lui faire porter, dans une mesure variable, la responsabilité de ses actes.

Le diagnostic de la surdi-mutité peut se proposer trois buts différents : 1° déterminer la mesure dans laquelle l'ouïe subsiste encore; 2° rechercher le siège des lésions auxquelles correspond la surdité; 3° enfin, s'assurer que le sujet est véritablement sourd-muet et que l'on n'a pas affaire à un simulateur. Le diagnostic du siège de la lésion est très important au point de vue des indications thérapeutiques qui en découlent.

Enfin, il y existe un traitement préventif et un traitement palliatif. Le premier, en combattant la cause, prévient la surdi-mutité; le second a pour but de rendre autant que possible, par des moyens appropriés, le sourd-muet à la société des autres hommes.

L'auteur termine ce travail déjà fort long traité avec soin par un résumé général des autopsies pratiquées chez les sourd-muets.

---

### **De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau,**

Par le Dr N. A. PETIT (1).

La question des polypes naso-pharyngiens n'est pas une question neuve. Mais, envisageant ces tumeurs au point de vue de leur propagation crânienne, le docteur Petit a su faire un travail original que les auteurs n'avaient fait qu'effleurer. C'est là son mérite.

Il en énumère d'abord les causes et il démontre que les polypes naso-pharyngiens peuvent non seulement exister chez la femme, mais même au-delà de trente ans. Il insiste peu sur les symptômes, et il met plus particulièrement en lumière leur mode de propagation vers le cerveau.

D'une façon générale on peut se convaincre de ce fait que les productions polypeuses, pour arriver dans la cavité crânienne, ne suivent pas toujours des voies qui leur sont ouvertes naturellement (sinus sphénoïdaux, fentes sphénoïdale et sphéno-maxillaire), mais dans la moitié des cas, au moins, elles usent ou résorbent par compression la barrière osseuse.

Un court chapitre sur l'anatomie pathologique nous révèle le siège habituel et la structure de ces tumeurs qui sont des fibromes.

(1) Henri libraire, 44 rue Monsieur le Prince, Paris.

Arrivé au diagnostic de propagation crânienne, l'auteur reconnaît avec M. Verneuil que rien ne peut offrir la preuve de la pénétration d'un polype dans le crâne.

Il cherche ensuite à dégager les indications et les contre-indications à l'ablation de ces néoplasmes, et le traitement qui leur est applicable.

Cette étude qui repose sur un nombre respectable d'observations, a permis au docteur Petit de tirer les conclusions suivantes :

1° Les polypes naso-pharyngiens ont une tendance marquée à envahir la boîte crânienne ;

2° Le diagnostic de pénétration de ces tumeurs dans le crâne ne repose sur aucun signe certain ;

3° Certaines tumeurs avoisinant la base du crâne ont pu faire croire à la perforation de la base, alors qu'il n'en était rien ;

4° Lorsqu'il y a lieu de craindre l'envahissement de la boîte crânienne, il faut s'abstenir de toute opération jusqu'à ce que la tumeur gêne quelque fonction importante, telle que la respiration et la nutrition ;

5° Une fois l'opération reconnue nécessaire, se contenter d'un traitement palliatif, et n'enlever de la tumeur que les parties qui gênent.

Ces conclusions paraissent légitimes, et se confondent, du reste, avec celles que le docteur H. Petit a posées dans un travail inédit, communiqué à l'auteur au dernier moment.

A. D.

### *Revue de la Presse*

**Quatre observations de maladies du larynx.** — Le D<sup>r</sup> EDWARDS WOAKES rapporte, dans le *British medical Journal* (3 décembre 1881), quatre faits intéressants d'affection du larynx.

I. — Le premier est un cas de *paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs* survenu chez une jeune femme de vingt ans, qui fut prise, le 10 décembre, de dyspnée et de cornage; la question de la trachéotomie, discutée d'abord, fut ensuite retardée jusqu'après l'emploi de quelques autres moyens, le D<sup>r</sup> Woakes étant persuadé que la lésion était de nature hystérique prescrivit à la malade des inhalations de mor-



À l'examen, l'orifice glottique était presque entièrement obstrué par une masse de tissu de nouvelle formation, qui cachait entièrement les rubans vocaux. La malade offrait des antécédents syphilitiques bien avérés. On introduisit d'abord des solutions médicamenteuses avec l'éponge préparée de Voltolini, et peu à peu l'on vit la fente glottique s'agrandir. On fit ensuite quelques attouchements avec une solution de perchlore de mercure, qui causa une violente

douleur calmée par des insufflations de morphine. La malade, quoique très améliorée, suit encore le traitement. L'auteur a signalé ce dernier cas pour démontrer que le traitement adopté (dilatation combinée avec des applications topiques), a permis d'éviter l'opération de la trachéotomie, devenue urgente à cause du rétrécissement excessif de la glotte (1).

**Œdème suraigu de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques.** — M. HALLEZ. — J'ai observé tout récemment un fait singulier que je n'avais jamais rencontré, et sur lequel je désirerais attirer votre attention.

Un enfant de vingt mois, bien portant jusque-là, est pris brusquement d'une douleur qui siège dans la bouche ou dans la gorge. Il porte, à chaque instant, ses doigts dans la bouche et ne peut rien avaler. Je le vois à quatre heures du soir, peu de temps après le début des accidents; il n'a pas de fièvre et, à part les symptômes dont j'ai parlé, ne présente rien de particulier. Je le revois à neuf heures et demie du soir. La déglutition est toujours impossible, et il est survenu de la fièvre; mais rien encore ne peut faire prévoir l'éclosion d'accidents graves.

Dans la nuit, la fièvre augmente; l'enfant paraît souffrir davantage. On me fait chercher à deux heures et demie du matin. En examinant la gorge, j'aperçois une tumeur rouge, du volume à peu près d'une cerise de Montmorency, et consistant par un gonflement œdémateux de la face antérieure de l'épiglotte. Les replis glosso-épiglottiques sont aussi œdématisés. Mais les replis ary-épiglottiques et la glotte doivent être sains, puisqu'il n'existe aucune gêne respiratoire, et qu'aucun bruit ne se manifeste à l'inspiration, ni à l'expiration. L'enfant est dans un état de prostration très prononcé.

Je fends, avec un bistouri, la tumeur de l'épiglotte et fais appliquer une sangsue sur le cou, au niveau du larynx. Malgré cette intervention, la prostration s'accroît de plus en plus, et l'enfant meurt, sans avoir présenté le moindre accès de suffocation, ni même aucune apparence de dyspnée.

Je n'ai pu faire l'autopsie; aussi ce cas n'est-il pas véritablement

in(1). Nous nous demandons néanmoins si, en faisant l'introduction de l'éponge imbibée de solution médicamenteuse dans un larynx, aussi rétréci, sans avoir fait de trachéotomie préalable, on ne serait pas exposé à voir quelquefois survenir un spasme de la glotte assez grave pour nécessiter une intervention chirurgicale immédiate. (Note de la Rédaction).



blement scientifique. Mais cet œdème suraigu de l'épiglotte m'ayant paru tout à fait anormal, j'ai désiré vous en parler, dans le but, surtout, de savoir si quelqu'un d'entre vous n'avait rien vu de semblable.

M. PAQUET. — Je n'ai jamais rien rencontré de semblable.

Ainsi que l'a signalé Bogros, il se déclare quelquefois brusquement, dans le cours de la variole, des infiltrations sanguines des replis ary-épiglottiques et de la face postérieure de l'épiglotte. J'ai vu plusieurs cas de ce genre en 1870. Mais ces cas n'ont rien de commun avec celui dont nous a parlé M. Haliez. Peut-être pourrait-on supposer que l'enfant avait avalé un corps étranger.

M. HALIEZ. — Chez cet enfant, l'infiltration était œdémateuse et non sanguine. Il n'est sorti, en effet, après l'incision de la tumeur de l'épiglotte, qu'un peu de sérosité légèrement sanguinolente.

Bien que la situation se soit aggravée après l'application de la sangsue, je ne pense pas qu'on puisse voir là une relation de cause à effet. (*Bullet. méd. du Nord* n° 12. Décembre 1881.)

**Fausse membrane dans un cas de brûlure du pharynx et de la glotte.** (*False membrane in a case of scald of the pharynx and glottis*). — Le docteur DAVIES COLLEY a présenté dernièrement à la Société pathologique de Londres (*Path. Soc. of London*, 7 févr.) les poumons et conduits aériens d'un enfant ayant succombé aux suites d'une brûlure occasionnée par l'absorption de thé bouillant. La gorge, le pharynx, l'œsophage jusqu'à l'estomac, et le larynx jusqu'au niveau des ventricules étaient recouverts d'une fausse membrane. La trachée était saine, mais il existait à la base des poumons, des signes évidents de broncho-pneumonie. (*Brit. med. journ.* 11 février 1882.)

**De l'emploi de l'iodoforme dans les affections du larynx.** — M. le docteur SCHIFFERS, a eu recours, depuis quelque temps déjà, à la poudre d'iodoforme dans les différentes inflammations tuberculeuses du larynx qui se présentent à son observation, à la polyclinique de l'Université de Liège, faisant partie du service de M. le professeur Masius. Les résultats qu'il a obtenus jusqu'à ce jour sont encourageants. Il a pu remarquer des points de cicatrisation dans plusieurs ulcérations de nature manifestement tuberculeuse.



Les effets ont surtout paru évidents dans quelques cas où les cordes vocales inférieures présentaient cet aspect charnu, irrégulier, qui indique, ou fait toujours craindre, une affection spéciale du larynx dépendant de la maladie des poumons. Après un certain nombre d'insufflations, qui étaient répétées tous les trois jours, les cordes vocales changeaient d'aspect, la rougeur devenait moins vive et le gonflement diminuait également. C'est donc un médicament à recommander dans les cas de ce genre, la poudre reste bien appliquée sur les parties où elle a été insufflée et adhère facilement, même s'il y a quinte de toux, parce qu'elle forme une espèce d'enduit, après s'être mélangée aux mucosités dues à la sécrétion de la muqueuse. L'iodoforme trouve également son indication dans les ulcérations tuberculeuses du pharynx et de la langue, où son emploi sera des plus faciles. L'insufflation pourra, avec avantage, être répétée tous les jours. Il vaut beaucoup mieux l'employer dans ces différents cas sous forme de poudre que dissout dans l'éther. En effet, de cette manière, on peut faire usage d'une plus grande quantité du médicament en une fois, sans soumettre le malade à différentes opérations successives, ce que l'on doit toujours éviter autant que possible. La solution éthérée serait employée quelquefois avec succès si l'on pouvait faire plusieurs attouchements par jour, et si la lésion était peu étendue. La propriété anesthésique de l'éther serait utilisée dans ce cas. (*Clin. chirurg. du professeur Von Winicarter ; Du pansement à l'iodoforme. Liège, 1882.*)

**Du traitement de la phtisie laryngée.** (*Inhalation of Hydrastin with Glycerine etc., in Laryngeal phthisis*). — Dans les cas de phtisie laryngée, le docteur Bird (*Austral. méd. Journ.*) recommande l'emploi de pulvérisations d'hydrastine, de glycérine, de borax et de morphine. Cette médication procurant, au dire de l'auteur, un soulagement manifeste pendant quelques temps. (*N.-Y. Méd. Rec.*, 14 janvier 1882).

**Epithélioma primitif du larynx situé au-dessous des cordes vocales ; cas unique ; paralysie bilatérale des muscles abducteurs ; mort.** (*Primary epithelioma of larynx below vocal cords. Unique case. Bilateral paralysis of laryngeal abductors, death.*) — Le Dr BRYSON DELAVAN rapporte l'observation d'un homme de 54 ans n'offrant aucun antécédent spécifique

rhumatismal ou alcoolique. Trois ans avant son entrée au « New-York Hospital », il avait remarqué que sa voix devenait rauque; 4 mois avant son admission, la raucité augmenta rapidement, accompagnée de douleur au niveau de la poitrine et de toux.

Lors de son entrée, il est un peu amaigri et aphone, le larynx n'est pas douloureux, l'expiration est prolongée, il existe quelques frottements à la partie inférieure du poulmon gauche, pas d'odème des extrémités.

A l'examen laryngoscopique, on constate un gonflement de la muqueuse, plus prononcé au niveau de la bande ventriculaire droite qui vient faire saillie sur la ligne médiane et recouvrir la corde inférieure; le côté droit du larynx est immobile pendant l'acte respiratoire, le côté gauche se meut d'une manière normale, la trachée apparaît saine. Trois jours après ce premier examen, la respiration s'embarasse tout à coup; on fait la trachéotomie, mais le malade meurt six heures après l'opération.

A l'autopsie, on constate l'existence d'œdème pulmonaire, la muqueuse des bronches est tuméfiée, du côté du larynx, les deux cordes vocales sont érodées; près de la corde droite, on voit une tumeur nodulaire et assez dure mesurant environ un pouce et demi (37 millimètres) de diamètre. Elle était située au niveau du cinquième inférieur de l'aile droite du cartilage thyroïde, s'étendant de là vers la partie inférieure sur le segment droit du cricoïde, et en arrière au niveau du bord interne de l'articulation crico-aryténoïdienne qui était saine. Cette tumeur était entièrement recouverte par la corde vocale droite. Les muscles abducteurs n'étaient pas altérés.

L'examen microscopique révéla la nature épithéliale du néoplasme. L'auteur fait remarquer combien il était difficile de faire le diagnostic de cette tumeur pendant la vie, vu l'absence de tous les symptômes caractéristiques du cancer du larynx et les résultats négatifs de l'examen laryngoscopique.

Il insiste sur le point d'implantation du néoplasme et il pense que la mort a été le résultat de la paralysie bilatérale des muscles erico-aryténoïdiens postérieurs, survenue subitement, et par action réflexe, comme l'a démontré le docteur George Johnson : l'occlusion de la trachée, l'œdème et l'ankylose de l'articulation erico-aryténoïdienne droite contribuant



déjà à obstruer le conduit aérien. (*New-York Méd. Rec.*, 7, 3 décembre 1881.)

**De la sténose du pharynx dans l'angine tonsillaire.** — Le Professeur ALBERT, de Vienne (clinique chirurgicale), distingue une angine catarrhale, une angine folliculaire et une angine phlegmoneuse. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, n° 1 et 2, 1882.)

**Des sténoses des voies respiratoires. — CLINIQUE CHIRURGICALE du professeur ALBERT.** — A propos de trois trachéotomies faites à sa clinique, le professeur Albert donne un aperçu des différentes sténoses des voies respiratoires et des causes qui les engendrent. Rien de particulier à signaler. (*Allg. Wien. Med. Zeitung*, n° 51, 1881.) L. B.

**De l'œsophagoscopie.** — Discussion entre le professeur Störk et le docteur Mikuliez, au sujet des instruments d'éclairage et de la position du malade que chacun d'eux a adoptés. Störk est partisan des tuyaux flexibles qu'on fixe après les avoir introduits, il s'éclaire au moyen d'une lampe munie d'un réflecteur, et il donne au malade la position droite ordinaire. Mikuliez préfère l'éclairage électrique (les tuyaux fixes), et la position sur le côté.

Dans les deux cas, les résultats sont incontestables et permettent de prédire à cette méthode un grand avenir. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, n° 52, 1882.) L. B.

**De la matière phosphorescente et de son emploi dans le diagnostic par des moyens physiques,** par le docteur WAHL.

— L'auteur engage à essayer d'éclairer les cavités du corps humain (narines, arrière-narines, peut-être larynx, etc.) au moyen d'instruments enduits d'une matière connue dans le commerce sous le nom de *poudre phosphorescente*. Comme il n'a pas de fabricant sous la main, il serait heureux d'apprendre qu'on a tiré parti de son idée en la mettant en pratique. (*Aerztl., Bayr. Intelligenzbl.*, n° 49, 1881.) L. B.

**Traitement du catarrhe nasal.** (*Treatment of nasal catarrh*). — Le docteur JAMES ROSS conseille, dans les cas de coryza aigu, d'enduire dès le début de l'affection, la membrane muqueuse de *vaseline*; on peut employer à cet effet un pinceau en poils de chameau que l'on passe dans les narines. L'auteur ajoute qu'étant très sujet aux rhumes de cerveau, il a essayé ce mode de traitement sur lui-même et en a retiré



les plus grands avantages. (*Brit. Méd. Journ.*, 21 janvier 1882).

**Cloison du nez double.** (*Double septum nasi*). — Le docteur LEFFERTS a soigné récemment un homme de vingt-cinq ans qui avait une double fissure en arrière du nez; cette dernière était de forme triangulaire, la base étant dirigée en haut; elle était assez large pour admettre l'extrémité d'un crayon de cèdre. La partie antérieure de la cloison était normale. Schrötter a déjà décrit un fait à peu près analogue, et l'auteur pense que cette difformité est peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose, l'examen des fosses nasales postérieures étant pratiqué assez rarement. (*The Lancet*, 21 janvier 1882).

**Les adducteurs du nerf laryngé inférieur recouvrent-ils plus facilement leurs fonctions que les filets abducteurs après les maladies ou lésions des racines ou des troncs des nerfs moteurs du larynx?** (*Are the adductor fibres of the inferior laryngeal nerve more apt, than the adductor fibres, to recovery from disease or injury involving the root or trunk of the motor nerves of the larynx?*) — Après avoir lu le remarquable article du docteur Semon, dans lequel cet auteur établit la prédisposition bien nette des filets abducteurs du nerf récurrent à subir les atteintes du mal (*Archiv. of laryng.*, juillet 1881), le docteur L. Elsberg rappelle à son tour que dans les cas où il existe une paralysie de tous les muscles du larynx, si la guérison s'effectue, comme le fait peut se produire, ce sont d'abord les muscles adducteurs qui reprennent leurs fonctions, et l'on voit la dyspnée augmenter par suite du rapprochement des cordes sur la ligne médiane (*Philadelphia med. Times*, 30 juillet 1881).

**De la valeur thérapeutique des injections médicamenteuses dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, sans se servir du cathéter,** par le professeur GRUBER (de Vienne). — Cet auteur insiste de nouveau sur les avantages de cette méthode dans les cas d'otorrhées chroniques qui résistent à tout autre moyen de traitement. Il s'agit souvent de débarrasser la caisse tympanique de dépôts purulents ou glaireux qui, restés rebelles aux insufflations d'air, cèdent facilement aux injections. La méthode est surtout recommandable pour les cas où les deux tympans sont perforés.

Voici la manière de l'employer : on injecte dans une narine, l'autre étant fermée, avec une seringue en caoutchouc ou en

verre, 80 ou 100 grammes du liquide que l'on veut employer. Le malade instinctivement ferme la communication entre l'arrière-nez et le pharynx en portant la base de la langue en haut; le liquide pénètre dans la trompe et de là dans la caisse. Dans certains cas d'étroitesse de la cavité rétro-nasale, par exemple, ou chez l'enfant, on peut laisser l'autre narine ouverte. S'agit-il d'une perforation uni-latérale on fait pencher la tête du côté malade, et l'on injecte 20 ou 30 grammes par la narine du même côté.

L'expérience de Valsalva que l'on fait faire ensuite au malade pousse le liquide dans la trompe.

Gruber regrette que les praticiens n'emploient pas assez souvent sa méthode et les engage fortement à y avoir recours. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, n° 1 et 2, 1882). L. B.

**De l'expulsion des insectes du conduit auditif externe.** (*The expulsion of insects from the external auditory canal*). La manière d'extraire du conduit auditif les insectes vivants qui s'y sont introduits mérite d'appeler l'attention. Le docteur JOHN ELLIS BLAKE a publié l'observation d'un malade (*Boston méd. and surg. journ.*, vol. LXVI, p. 244, 1862. — *Larvæ of the common fly on the meatus auditorius externus*) atteint depuis quatre ou cinq jours d'hémorrhagie de l'oreille et de violentes douleurs. L'examen permit de constater la présence de plusieurs vers vivants et animés de mouvements qui expliquaient les symptômes éprouvés par le malade. Après avoir fait de vains essais d'extraction, il se borna à imbiber une petite éponge d'éther sulfurique et en plaçant cette dernière à l'entrée du conduit auditif, il eut la satisfaction de voir les vers, au nombre de huit ou dix, sortir de l'oreille.

Depuis la publication de l'article du docteur Blake, on a employé plusieurs fois ce procédé avec un plein succès, et le docteur Solis Cohen, dans son *Traité des maladies de la gorge*, recommande l'emploi des anesthésiques dans les cas de ce genre. Ce traitement peut du reste être employé dans toutes les cavités du corps. (*New-York méd. Rec.*, 31 décembre 1881).

**Extraction des tumeurs osseuses du conduit auditif.** — (*Removal of osseous tumors from the auditory canal*). — Le docteur FIELD a rapporté, devant l'*Harveian Society of London* (séance du 5 janvier) plusieurs cas d'exostoses éburnées (*hyperostoses*) du conduit auditif opérées avec succès avec un instrument américain, à l'aide duquel il perce la tumeur



et laisse une ouverture permanente. Si les tumeurs sont osseuses sont pédiculées, il pratique l'ablation avec des pinces à chicot des dentistes. Dans tous les cas, les malades recouvraient l'ouïe. L'auteur pense qu'aux causes habituelles des exostoses du conduit (rhumatisme, syphilis, inflammation chronique), on doit ajouter les bains de mer et la présence du pus dans ce canal. (*The Lancet*, 21 janvier 1882).

**Ablation curieuse d'une tumeur cornée de l'oreille,** (*Curious Horny growth removed from the ear*), par le Dr Richard Ellis. — La tumeur était située au niveau de la partie supérieure de l'hélix du pavillon de l'oreille. Le malade, âgé d'environ quarante-cinq ans, ne peut donner aucun renseignements sur la cause de ce néoplasme, il travaillait aux docks de Sunderland. Après son ablation, la tumeur qui mesurait un pouce et demi était un peu creuse au niveau de sa base, offrant à la vue et au toucher une apparence cornée. Au dire du malade, le début remontait à deux ans, mais il refusa à cette époque toute opération, craignant une dégénérescence cancéreuse de l'oreille. (*Brit. méd. journ.*, 31 décembre, 1881.)

**De la valeur des opérations dans lesquelles on incise la membrane du tympan.** — (*On the value of operations in which the membrana tympani is incised*). — Le docteur Roosa (*Arch. of Otol.*, septembre 1881) dit avoir renoncé à toutes sortes d'opérations dans les cas d'adhérence de la chaîne ou d'inflammation non suppurative de la caisse. L'auteur pense que l'incision du tympan ne calme point les bourdonnements, n'améliore pas l'ouïe et n'empêche pas les progrès d'une maladie incurable. Dans les cas d'inflammation aiguë de la caisse avec accumulation de pus, la paracentèse du tympan, faite avec soin, est préférable à tout autre moyen de traitement; et cependant, ce fait ne saurait être généralisé, car bien souvent une insufflation par la méthode de Politzer procurera de l'amélioration. L'incision est souvent pratiquée de trop bonne heure, et si l'on attendait, on pourrait l'éviter; souvent aussi elle est trop large et trop profonde, allant blesser les parois de la caisse. Le docteur Roosa fait la paracentèse du tympan à l'aide d'une petite aiguille et il ne donne à son incision que la dimension nécessaire pour laisser s'écouler au dehors le pus, le sang ou le mucus. (*New-York méd. Rec.*, 31 décembre 1881.)



**Fibromes dûs aux boucles d'oreilles.** (*Fibromes in Folge von Ohrringen*). — Le docteur BUCH rapporte le cas d'une jeune Russe de 19 ans (*Petersb. med. Wochens.* 1881, p. 271.) qui portait des boucles d'oreilles depuis 1 an et présentait sur chaque lobule un fibrome de la grosseur d'une noisette d'un côté et d'un petit pois de l'autre. Ces tumeurs, qui s'étaient formées quelques mois après l'usage des boucles d'oreilles, avaient augmenté peu à peu (*Centralt. für die medicin. Wissenschaft.* n° 2-1882.)

**De l'acide borique et du souci officinal (*calendula officinalis*) et de leur l'emploi dans les maladies de l'oreille.** — (*On acidum boricum and calendula officinalis, and their uses in aurat diseases*). — Le Dr SAMUEL SEXTON, après avoir exposé l'histoire naturelle et chimique de ces deux substances, rappelle qu'elles ont déjà été employées en médecine : la première (acide borique), par Hamberg et Cullen, en 1789, qui le donnaient à l'intérieur, et en 1870, surtout durant la guerre franco-allemande, où l'on reconnut ses propriétés antiseptiques; la deuxième (souci des jardins), introduite dans la pratique par le docteur Livezy, de Philadelphie, pour panser les plaies contuses, les incisions et les déchirures, a, depuis cette époque, été employée dans différentes affections utérines, dans le cancer; elle a servi d'emmenagogue, d'anti-émétique, de diaphorétique, etc.; mais aujourd'hui, ce remède est entièrement délaissé. Le docteur Samuel Sexton, ayant eu l'idée de faire usage de ces deux substances mêlées ensemble, dans les cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne, a obtenu d'excellents résultats de leur emploi. L'auteur fait un mélange à parties égales de teinture de souci évaporée jusqu'à consistance pâteuse (au bain-marie), et d'acide borique finement pulvérisé. (*Materia Medic. Soc.*, séance du 26 novembre 1881, et *N. Y. Med Rec.*, 31 décembre 1881).

**Inflammation desquamative du conduit auditif externe** par le docteur F. GRAF (de Francfort-sur-Mein). — Le cas est surtout intéressant en ce sens qu'il démontre une fois de plus que la patience, en pareille circonstance, fait plus qu'une médication active. L'auteur s'est toujours bien trouvé d'un traitement général secondant le traitement local. Il avait constaté chez tous ses malades de l'eczéma. (*Monatssk. f. ohrenh.*, n° 12, 1881). L. B.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## Pharynx

BISHOP (John). — Traitement de l'hypertrophie des amygdales. (*Brit. méd. Journ.*, 25 février 1882).

FERNET. — Pneumonie franche aiguë, accompagnée d'herpès aigus multiples (herpès de la gorge, du nez, de la paroi thoracique, d'un doigt, des parties génitales. (*France méd.* 16 Mars 1882).

KUSSNER. — De la tuberculose primitive du voile du palais. (*Deutsch. med. Wochens.* 1881).

## Nez.

CARL SEILER. — Quelques remarques sur la pathologie des hypertrophies intra-nasales. (*Philadelphia méd. Times*, 14 janv. 1882.)

DA COSTA. (de Philadelphie) — Un cas d'épistaxis à répétition et de gonflement de la parotide, à la suite de la fièvre typhoïde. (*The Canada Lancet*, Toronto, fév. 1882.)

FASANO. — Sur un cas de rhinite chronique. (*Archiv. Ital. di laryngol.*, 15 janv. 1882.

GOSSELIN. — Varicosités et épistaxis. (*Gaz. des hôp.*, 2 mars 1882.)

HARTMANN. — De l'indication de l'extirpation des polypes du nez. (*Berlin. Klin. Wochens.* nos 6 et 8, 1882).

HARTMANN. — Des épistaxis et du tamponnement, de leur rapport avec les affections de l'ouïe. (*Zeitsch. f. Ohr.* Band. X. Heft. II)

MASSEI. — Rhinite scrofuleuse? (*Arch. Ital. di laryng.*, 13 octobre 1881).

MULHALL. — De l'asthme dû à la présence de polypes du nez. (*Saint-Louis med. Soc.*, 31 décembre 1881. — *Compte-rendu in : The Saint-Louis med. et surg. journ.*, février, n° 2, 1882.)

PURICELLI. — Méthode simple pour appliquer les solutions médicamenteuses sur la muqueuse du nez, ou pour les faire pénétrer dans la trompe. (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 8, 1882).

RECLUS (Paul). — Des douches naso-pharyngiennes dans le traitement de certaines affections des fosses nasales. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 1, 1882).

RUMBOLD. — Calculs du nez. (*Saint-Louis med. Soc.*, 31 décembre 1881; et *Saint-Louis med. and surg. journ.*, n° 2, février 1882.

## Larynx et trachée.

ARIZA. — De la laryngologie : Paralysie des cordes vocales. (*El Siglo med.* 29 janv., 3 et 12 févr. 1882).

BOUCHER. — Laryngosténose aiguë due à une laryngite parenchymateuse. (*Archiv. Italiani di laryng.* 13 octobre 1881).

KHRISHABER. — Laryngisme de l'adulte ou Ictus laryngé. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 1, 1882).

MARGARY. — Extirpation totale du larynx, du corps thyroïde, du premier anneau de la trachée et de l'œsophage, pour un cas d'épithélioma primitif de l'œsophage et du larynx envahissant les organes voisins. (*Arch. Ital. di laryngol.*, 15 janv. 1882).

MASSEI. — Encore sur le muguet du larynx. (*Arch. Italiani di laryngol.*, 15 octobre 1881).

MASSEI. — Croup, trachéotomie. Guérison. (*Arch. Italiani di laryngol.*, 15 janvier 1882).

PEPPER. — Trachéotomie pour un cas d'enchondrome laryngien. (*N. Y. Med. Rec.*, 4 mars 1882).

SCHUSTER. — Porte caustique et compte-goutte pour le larynx. (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 6, 1882).

SOMMA. — Sur un cas de trachéotomie faite en un seul temps par le professeur Mascl. (*Arch. Ital. di laryng.*, 15 octobre 1881).

### Oreilles.

ALLAN (William). — Sur deux cas de tumeurs auriculaires volumineuses, survenues après le percement des oreilles. (*Dublin Journ. of. med. sc.*, 1<sup>er</sup> mars 1882).

BALL. — Considérations sur des hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne. (*Acad. de med. Paris*, séance du 21 février 1882).

BONNAFONT. — Réflexions sur les phénomènes nerveux, tels que vertiges, titubations, manque d'équilibre, etc., généralement attribués aux canaux semi-circulaires pouvant être également provoqués par la simple pression de la membrane du tympan et de la fenêtre ovale. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 4, 1882).

BUCHANAN (Georges). — Fracture compliquée de la cavité glénoïde (tympanic plate) par violence indirecte. (*Brit. med. Journ.*, 11 mars 1882).

BURNETT (Charles). — Poudre d'iodoforme parfumée pour l'oreille. (*Philadelph. med. Times*, 14 février 1882).

CALMETTES. — Désinfection de l'iodoforme. (*Progrès med.*, 4 mars 1882).

EDWARD. — De la greffe cutanée dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. (*Zeitsch. f. Ohr.* Band X Heft. II).

EDWIN-LOWDELL. — Extraction des corps étrangers de l'oreille. (*Med. Times and Gaz.*, 25 février 1882).

GELLÉ. — Des illusions et des hallucinations de l'ouïe en rapport avec une lésion fonctionnelle ou organique de l'oreille. (*Tribune med.*, 12 mars 1882).

KNAPP. — Traitement de l'eczéma de l'oreille par le nitrate d'argent. (*Zeitsch. f. Ohr.* Band X Heft. III).

KOERNER. — Blessure de l'oreille par arme à feu, suivie d'écoulement du liquide cérébro-spinal. (*Arch. f. Ohrenh.* Band XVII, Heft. III).

MICHAEL. — Tympan artificiel liquide, et nouveau mode de traitement des otorrhées chroniques (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 8, 1882).

MOOS. — De la méningite cérébro-spinale épidémique, surtout au point de vue des troubles de l'ouïe et de l'équilibre, qui en sont la conséquence. (*Breslauer, Aertz. Zeitsch.*, n° 1, 1882).

MOOS et STEINBRUGGE. — Des modifications histologiques de l'os et des tissus de l'oreille moyenne et interne dans la carie du rocher. (*Zeitsch. f. Ohrenh.* Band X, Heft. II).

MOOS et STEINBRUGGE. — Nouvelles observations sur les modifications histologiques du labyrinthe dans la pachyméningite hémorragique. (*Zeitsch. f. Ohr.*, Band. X, Heft. II).

OREN POMEROY. — Inflammation aiguë circonscrite du conduit auditif externe. (*New-York, Med. Rec.*, 23 févr. 1882).

PECK (Edward). — Extraction de deux morceaux de verre du conduit auditif. (*N.-Y., Med. Rec.*, 4 mars 1882).

SPALDING. — Double ouïe (Diplacosis) bi-auriculaire. (*Zeitsch. f. Ohr.*, Band X, Heft. II).

STEINBRUGGE. — D'un état particulier de l'épithélium pavimenteux des espaces endo-lymphatiques de l'homme. (*Zeits. f. Ohr.*, Band, X, Heft. II).

WEBER-LIEL. — De l'influence des préparations de chinin et de l'acide salicylique sur l'organe de l'ouïe. (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 4, 1882).

ZAUFAL. — Otite moyenne chronique avec sécrétion séreuse dans la caisse du tympan et dans les cellules mastoïdiennes, sans perforation du tympan; thrombose des sinus; méningite; mort. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band. XVII, Heft. III).



## Varia.

- ARCHAMBAULT. — Traitement de la coqueluche (*Gaz. des hôp.*, 7 mars 1882).
- ATKINSON. — Traitement de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 25 février 1882).
- AUDHOUT. — De l'emploi de la polio-carpine contre la diphtérie. (*La thérapeut. contempor.*, 8 mars 1882).
- CRIPPS LAWRENCE. — Traitement de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 11 mars 1882).
- GEO ELDER. — Excision de la langue pour un épithélioma (*The Lancet*, 25 février 1882).
- GODLEE. — Un épis de froment avalé par un enfant de deux ans (*Brit. med. Journ.*, 11 mars, 1882).
- HARRIES. — Traitement de la diphtérie par l'application locale de solution d'acide borique (*The Lancet*, 25 février 1882).
- MACLAREN. — Goutte; mort après la chloroformisation (*Brit. med. Journ.*, 18 mars 1882).
- MARSHALL (Andrew). — Un cas d'excision de la langue par la méthode de Whitehead (*The Lancet*, 25 février 1882).
- MARSTON. — Deux cas de corps étrangers de l'œsophage. (*Brit. med. Journ.*, 4 mars 1882).
- ROLLIN (R. Gregg). — Sur l'absence de bactérie dans la diphtérie. (*N. Y. med. Rec.*, 11 février 1882).
- SAINT-GERMAIN (de). — De la trachéotomie. (*Progr. med.*, 18 XX, 25 février et mars 1882).
- SIMON (Jules). — De la diphtérie et de son traitement médical. (*Gaz. des hôp.*, 28 février 1882).
- TRELAT. — Ulcère tuberculeux de la langue, amputation partielle. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 1., 1882).
- WEIR. — Rétrécissement de l'œsophage. (*New-York. Surg. Soc.*, séance du 27 décembre 1881, et *N. Y. med. Rec.*, 4 mars 1882).
- WELCH et ELKINGTON. — Deux cas de corps étrangers de l'œsophage. (*Brit. med. Journ.*, 4 mars 1882).
- Le croup, traitement mécanique. (*Courrier med.*, 25 février 1882).

## ERRATUM

N° 3, 1882. p. 90, à l'article « Entrecroisement des cartilages aryénoïdes ligne 4, au lieu de : « Pour lui, les muventi arycomicutati. » Lire : « Les musculi ary-corniculati. »

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

