

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 5, n° 3, p. 97 à 156. - Paris : Doin, 1885.
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1885x03>

BLESSURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE PAR COUP D'ARME A FEU TIRÉ DANS LE CONDUIT AUDITIF

Par le Dr GARRIGOU-DÉSARÈNES (1).

Les blessures de l'apophyse mastoïde par les armes à feu sont fréquentes en temps de guerre. Larrey, Du-puytren, en citent de nombreux exemples. Il nous a été donné d'en observer un cas dû à une tentative de suicide. En présentant cette observation, nous indiquerons combien il est parfois difficile et même impossible de connaître le chemin suivi par la balle et de porter un pronostic assuré sur les suites de la blessure.

Si la recherche immédiate du projectile est quelquefois indiquée, l'expectation s'impose souvent en raison de la difficulté et des dangers des manœuvres exploratrices : n'a-t-on pas à redouter les hémorragies, le déplacement d'esquilles pouvant blesser le sinus latéral, les méninges, le cervelet et le cerveau ? Ces recherches, dont le résultat est souvent problématique, doivent être faites avec une prudence extrême, surtout en l'absence de symptômes graves : convulsions, coma, etc. Nous pensons bien que la sortie du corps étranger le plus promptement possible, soit ce qu'on doit souhaiter, que la guérison peut être obtenue et l'élimination avoir lieu par l'expectation et certaines précautions que nous allons indiquer.

La *Revue des Sciences médicales*, 1880, page 666, tome XV, relate en ces termes les conclusions d'une communication faite à la Société de Chirurgie par M. le Dr Terrillon. (Société de Chirurgie, page 909, 1878.)

Les principaux faits sont les suivants :

1^o Malgré l'absence d'accidents cérébraux le chirurgien n'a pas hésité à pratiquer l'ablation du projectile, la pré-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

sence d'une fistule permanente et *fétide* constituant le meilleur signe pour le pronostic. Toutes les observations indiquent en effet que la présence d'un projectile dans l'épaisseur du rocher entretenant une fistule permanente est une cause de mort (Méningite, abcès du cerveau, etc.).

D'autre part, l'ablation du projectile pratiquée avant l'apparition des phénomènes généraux a presque toujours réussi.

2^o Le long temps écoulé depuis l'accident n'était pas une contre-indication, car les accidents mortels ont pu survenir une année après l'entrée du projectile;

3^o On ne trouve pas dans les observations une aussi grande profondeur pour le siège du projectile, au moins par les balles (2 centimètres et demi à partir de l'orifice de la fistule, 12 millimètres à partir de la surface osseuse). On pouvait craindre de perforer le crâne, d'atteindre la dure-mère ou un des sinus en allant à sa recherche;

4^o L'auteur fait remarquer combien l'instrument de M. Trouvé, dont il s'est heureusement servi, est utile dans ces cas pour reconnaître exactement la direction et la profondeur de la balle.

M. Léon Boullet, dans sa thèse *sur les plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal* (1878), conclut à l'intervention chirurgicale immédiate. Nous lisons dans son intéressant travail (page 56) :

« Une fois la présence des corps étrangers reconnue, il faut procéder à leur extraction; quelquefois la suppuration suffit pour les éliminer comme dans le cas du général Lannes, rapporté par Larrey. Mais ces cas sont les exceptions et ne se montrent que quand la balle est à peine encastrée dans le tissu osseux. Dans le cas contraire, le même phénomène pourrait encore se produire, mais ce serait au prix d'une suppuration de très longue durée et qui pourrait amener pendant son cours des accidents graves; aussi faut-il ne pas hésiter et procéder à leur extraction. »

Nous trouvons dans le travail de M. Boullet une intéressante observation de Larrey, *Mémoire de chirurgie militaire*, tome III, page 310.

Nous citons cette observation parce que la mort arrive après la cicatrisation de l'orifice externe de la plaie et nous avons à revenir sur ce point important dans notre observation personnelle.

Obs. — Un grenadier à pied reçut une balle dans la tempe gauche, au niveau du pavillon de l'oreille. Ce projectile avait labouré profondément derrière cette partie le muscle temporal. Il s'était arrêté à la base de l'apophyse mastoïde du même côté. Dans les premiers moments, on ne reconnut point la présence du corps étranger et cette blessure très légère en apparence fut pansée simplement; en effet elle se cicatrisa promptement, et le quinzième jour, ce militaire, qui se croyait guéri, demanda son exeat. Au moment où il allait sortir de l'hôpital il fut surpris par des vertiges, des pesanteurs et des douleurs lancinantes à la tête, l'infirmer fut obligé de le faire recoucher.

Le lendemain matin, à ma visite, j'explorai avec soin toute la tête du grenadier et j'aperçus vers la base de l'apophyse mastoïde et derrière l'oreille, une petite tumeur rouge avec un point de fluctuation au centre. Une simple incision faite avec le bistouri nous fit découvrir la balle profondément incrustée sur la base de cette iminence, j'en fis l'extraction et la plaie qui résulta de cette opération fut pansée méthodiquement; le blessé éprouva un soulagement momentané; cependant les accidents d'une altération du cerveau se renouvelèrent et allèrent en augmentant. Une fièvre comateuse se déclara et le malade mourut dans l'assoupissement léthargique, après avoir été frappé d'hémiplégie du côté droit.

A l'ouverture du crâne, que nous fîmes le lendemain, nous découvrîmes une fracture à l'éminence déjà citée qui traversait la base du rocher et s'étendait vers l'os sphénoïde.

Il y avait carie aux cellules de cette apophyse, un point de suppuration dans le lobe correspondant du cerveau,

enfin un épanchement purulent dans la face moyenne de la base du crâne.

Ce que nous voulons démontrer, en relatant l'observation personnelle qui suit, c'est, en plus du danger des recherches dans certains cas, l'importance excessive du traitement de l'orifice externe du trajet de la balle. On voit dans l'observation de Larrey que la rétention du pus est la cause principale de la terminaison fatale; le corps étranger était relativement superficiel puisqu'une simple incision a pu le faire découvrir.

Dans l'observation qui précède on a trouvé du pus en quantité. On peut donc attribuer, dans ce cas, la mort à la collection purulente qui existait. Tous ceux qui ont fait des trépanations de l'apophyse mastoïde savent quelle quantité considérable de pus on trouve parfois dans les parties profondes, même en l'absence d'empâtement de la région mastoïdienne.

— M. Alb. Brochin (Thèse inaugurale, Paris, 1874, page 425), cite le cas d'un malade qui avait reçu un coup de stylet dans l'apophyse mastoïde; la pointe du stylet s'était cassée dans la plaie et celle-ci était presque cicatrisée; il n'y avait pas eu d'accident grave, mais il existait une suppuration abondante de l'oreille. Trois mois après ce malade fut amené à ma consultation pour l'otorrhée qui persistait malgré tous les traitements. Nous fîmes avec M. le Dr Péan la trépanation de l'apophyse mastoïde. La pointe d'acier fut enlevée et deux mois après l'opération l'écoulement avait cessé.

L'absence d'accidents graves est due dans ce cas à la route que le pus avait trouvée et à la facilité avec laquelle il s'écoulait à l'extérieur. J'arrive maintenant à mon observation qui a confirmé mon opinion sur la conduite à tenir en présence de certains corps étrangers de cette région.

OBS. I. — M. X..., âgé de trente-cinq ans, bonne constitution. Pendant la guerre, à la suite d'une chute sur une-

pierre, tout le côté droit de la tête ayant été contusionné, cet homme fut pris d'un écoulement purulent de l'oreille droite, accompagné souvent de douleurs dans tout le côté correspondant du crâne, et même de la joue et de la mâchoire.

Il vint me consulter dans les premiers jours du mois d'août 1883, je constatai qu'il existait une otite moyenne suppurée avec large destruction du tympan; le marteau était fortement porté en dedans et en haut, et l'audition à la montre n'avait lieu qu'au contact.

Je prescrivis à ce malade des lavages avec l'eau boratée et des instillations d'une solution, à 3 p. 100, d'acide borique. L'otorrhée diminua assez promptement et finit, au bout de deux mois, par cesser presque complètement; les douleurs avaient disparu et ce malade pouvait se considérer comme guéri. L'ouverture tympanique persistait.

Le 28 novembre de la même année, je rentrai chez moi vers les dix heures du soir et l'on me dit que l'on était venu me demander, il y avait une heure, pour M. X... qui était au plus mal. Cet homme habite dans mon voisinage : je me rendis de suite auprès de lui. Il était couché la tête enveloppée de linge trempés par le sang qui sortait par l'oreille où l'on avait introduit un peu de charpie imbibée d'eau froide pour modérer l'hémorragie, mais le malade mouchait et crachait du sang à chaque moment.

La figure avait une expression d'angoisse, qui faisait place par instants à une sorte de stupeur. Il ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. J'appris par sa femme que, dans un moment de désespoir, causé par une forte perte d'argent, il était descendu dans le sous-sol et que là, il avait placé le canon d'un revolver de 7 millimètres près de l'entrée du conduit auditif, et qu'il s'était tiré une balle dans l'oreille.

J'enlevai la charpie; du sang s'écoula de nouveau en abondance. La quantité de ce liquide perdu depuis l'accident fut évaluée par sa femme et une autre personne présente, à plus de deux grands verres. Je vis, en effet, beaucoup de linge ensanglanté. J'éclairai avec soin le conduit

auditif et j'aperçus l'ouverture externe du trajet de la balle, à la réunion de la conque de l'oreille avec le conduit auditif osseux, en arrière et un peu en haut. Le sang sortait goutte à goutte par ce trou, mais provenait surtout du fond de l'oreille par l'ouverture du tympan.

Je pratiquai de suite de petites injections froides poussées très doucement dans l'oreille avec de l'eau hémostatique de Brocchieri, qu'on se procura immédiatement, chez un pharmacien demeurant en face.

Je bouchai l'orifice de la blessure avec un tampon de charpie imbibée de ce liquide et je tamponnai le fond du conduit auditif avec un chapelet de boulettes de charpie humectées de la même façon. Je fis mettre des compresses trempées dans l'eau froide sur l'apophyse mastoïde et autour de l'oreille.

L'écoulement sanguin s'arrêta. Le lendemain, le malade fut pris d'un petit mouvement fébrile. J'enlevai les tampons et je fis des injection avec l'eau de Brocchieri. Le blessé avait repris complètement connaissance, mais était très abattu. Il continuait à s'écouler de la sérosité sanguinolente, mais l'hémorragie ne reparut plus. Je songeai alors à faire quelques injections avec douceur dans le trajet suivi par la balle, mais avant j'introduisis, avec les plus grandes précautions, un stylet boutonné. Celui-ci pénétra facilement en avant à peu près parallèlement au conduit auditif, à une profondeur, y compris les tissus de la conque, de 2 cent. 3 millim. Cette investigation ne me donna aucun résultat sur la situation du projectile. Il sortit un peu de sang après cette exploration.

Je fis mon injection toujours avec le même liquide, et celui-ci ressortit en partie par le trou que j'avais garde de fermer complètement avec la canule de ma poire, et aussi par l'ouverture tympanique.

Les jours suivants, du pus commença à s'écouler par l'oreille. La fièvre diminua, mais le malade était toujours très prostré.

Le huitième jour, ne voyant survenir aucun accident cérébral, j'ordonnai de maintenir bien ouvert l'orifice d'entrée

de la balle et j'y fis même placer un peu de laminaria.

Le vingtième jour, supposant que le projectile n'avait pas fracturé ni dépassé la face interne de l'apophyse mastoïde ou du rocher, je me proposai de bien constater sa position à l'aide de l'instrument si ingénieux de M. Trouvé. En présence de ce dernier, j'explorai avec son cherche-balle électrique le trajet, mais sans aucun succès. J'arrivais à une profondeur de 2 centimètres et 3 à 4 millimètres. Mais la tige de l'instrument offrant une certaine rigidité, il était évident pour moi que la balle ayant fait quelque ricochet se dérobait et ne pouvait être touchée par les fils conducteurs. Le malade se plaignait, pendant cet examen, de beaucoup souffrir.

J'instituai alors, comme traitement définitif, des injections répétées quatre fois par jour, avec de l'eau alcoolisée, et je plaçai à trois reprises différentes de petites tiges de laminaire d'un centimètre de longueur à l'entrée de la blessure. Le malade se remettait, ne souffrait nullement et accusait la présence d'un peu de pus dans le liquide sorti par la déchirure tympanique.

Le 10 mai 1884, le malade vint me trouver, me disant qu'il sentait quelque chose de dur au fond de l'oreille, et que le liquide de son injection sortait moins facilement. J'éclairai le fond du conduit auditif, et je reconnus et retirai de suite un morceau de plomb allongé et tordu sur lui-même pesant 4 grammes. Une petite esquille s'y trouvait implantée. La balle avait séjourné dans les cellules mastoïdiennes cinq mois et quelques jours.

A partir de ce moment, je laissai fermer la fistule: je repris les instillations avec l'acide borique en solution, et le malade, que j'ai revu ces jours-ci, va complètement bien.

Mentionnons, en terminant, les douleurs assez vives que le malade a éprouvées, à plusieurs reprises, dans la région pharyngienne, avant l'extraction du projectile.

Dans cette observation, vous pouvez voir que la grande quantité de sang perdu par l'oreille, pouvait, dès le principe, faire craindre une pénétration de la balle dans le crâne et une blessure du sinus latéral ou des vaisseaux du

rocher, mais nous savons que les blessures de l'apophyse mastoïde peuvent entraîner une otorrhagie abondante, tels sont les cas de MM. Panas, Venarder Lœch, cités par M. Léon Boullet dans sa thèse.

Le blessé avait été monté dans sa chambre à l'entresol avec beaucoup de difficultés. Il présentait, quand je le vis, des symptômes de commotion cérébrale légère.

Il n'y avait aucune paralysie; je m'en assurai de suite.

La présence du projectile est surtout à craindre par la suppuration et la carie qui peuvent facilement provoquer des abcès de voisinage.

Il était impossible, dans ce cas-ci, ne pouvant préciser la position exacte de la balle, de se livrer à une opération pour aller à sa recherche. J'avais pensé à employer le liquide suivant, utile pour déceler la présence du métal, quand le doute existe.

J.-R. Ohler (*Maryland acad. of Sciences, 1876; Schmidt S. Johr 1877*) donne ce procédé:

Lorsque la plaie est nettoyée, on la lave avec une solution d'acide nitrique (eau, 1 drachme pour 5 à 15 gouttes d'acide).

Le liquide du lavage est recueilli dans une capsule de porcelaine blonde, un cristal d'iodure de potassium donne un précipité jaune d'iodure de plomb; mais la direction du trajet ne me laissait aucun doute à ce sujet.

En instituant ce traitement par les injections répétées, je profitais de l'ancienne ouverture tympanique; le liquide passait là comme dans la trépanation de l'apophyse, opération que j'ai pratiquée un grand nombre de fois et dont j'ai retiré des résultats excellents.

Je faisais faire, tantôt l'injection par le conduit auditif, tantôt par la blessure, que je maintenais toujours bien bâante, espérant, ce qui arriva, que la balle se présenterait à l'une ou l'autre de ces ouvertures.

Si le blessé n'avait pas eu une otorrhée antérieure, il est probable que le sang qui se serait écoulé des cellules mastoïdiennes dans la caisse, aurait provoqué une déchirure du

tympan, et dans ce cas, le parti, suivant moi, le plus sage, aurait été de maintenir libres ces ouvertures et de procéder à l'aide des injections comme je l'ai fait.

ANASTOMOSES DES NERFS LARYNGÉS

Par le Dr MOURA-BOUROUILLOU (1).

Tous mes confrères et collègues de la Société savent que le larynx doit la sensibilité et le mouvement à deux nerfs qui entrent dans cet organe, l'un par en haut, l'autre par en bas. Ces deux nerfs, appelés laryngé supérieur ou descendant et laryngé inférieur ou ascendant, sont fournis par la 10^e paire ou pneumo-gastrique longtemps désigné sous le nom de nerf vague.

Les physiologistes ayant découvert que ce pneumo-gastrique était un nerf de la sensibilité, ont voulu savoir d'où venaient les propriétés motrices de plusieurs de ses divisions. Ils ont reconnu que la 11^e paire, dite nerf spinal, se conduisait en bonne sœur et consentait à partager avec son aînée, la 10^e, l'autorité motrice à elle dévolue par mère Nature, suivant l'expression antique des poètes.

Le spinal envoie donc sa branche interne au ganglion plexiforme du pneumo-gastrique et lui permet ainsi d'alimenter ses branches motrices, destinées à l'organe de la voix, savoir : le laryngé inférieur ou récurrent, le rameau externe du laryngé inférieur et le laryngé médian qui provient, selon le docteur Exner, du nerf pharyngien.

Vous connaissez tous aussi, Messieurs, l'antique et célèbre anastomose signalée, dès le deuxième siècle, par le grand anatomiste de Fergame, Galenus, plus connu sous son nom francisé.

Galen avait, en effet, reconnu que parmi les divisions

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

œsophagiennes nées du récurrent, l'une d'elles va presque toujours s'unir à l'une des ramifications du laryngé descendant et constituer l'anastomose Galénique ; elle est extrêmement nette, bien développée et double sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Cette anastomose est ordinairement visible et fait saillie sous la muqueuse dans la région cricoïdienne, pour peu que le sujet soit maigre ou musclé ; elle simule une varice capillaire blanche ; elle est parfois double et multiple, ainsi que je l'ai observé sur certains larynx.

Une autre anastomose, celle dont je veux vous parler, appartient à la terminaison directe du récurrent, laquelle s'unit à la branche du laryngé descendant destinée à la face externe de la muqueuse du vestibule. Elle est tellement rare ou difficile à mettre en lumière que, sur plus de cent larynx disséqués en vue de la découvrir, je ne l'ai bien reconnue que sur la pièce qui vous est soumise. C'est la moitié d'un larynx d'homme adulte, sauvée du vandalisme des curieux et des déménageurs de l'ancien Hôtel-Dieu. Le récurrent passe sur le ligament de l'articulation crico-aryténoidienne, après avoir fourni le rameau du muscle crico-aryténoidien postérieur, longe de bas en haut et d'arrière en avant la face externe du muscle crico-aryténoidien latéral et va rejoindre le laryngé descendant au niveau du muscle thyro-aryténoidien externe. Les deux nerfs sont confondus en ce point et forment comme une petite tache blanche d'où partent en rayonnant les fibres de leur pinceau terminal.

Les auteurs, anatomistes et physiologistes, parlent vaguement de la communication des deux nerfs laryngés entre eux mais n'apportent aucune preuve directe et démonstrative de cette anastomose.

Ce fait, constaté, dans le laboratoire de l'ancien Hôtel-Dieu, placé sous la direction de M. le docteur Liouville, chef de clinique de Béhier (1875), me donna l'idée de traiter les parésies laryngées, les aphonies nerveuses autrement qu'on l'avait fait jusque-là. Au lieu de porter

l'un des deux réophores profondément sur les divers points du vestibule, dans l'intérieur comme à l'extérieur — application parfois très fatigante, très désagréable pour le malade, très incertaine et sans résultat le plus ordinaire, — je le place sur les côtés de la face linguale de l'épiglotte, près de l'entrée du nerf laryngé supérieur dans le larynx. Les deux ou trois premières applications suffisent pour obtenir le retour de la voix. En stimulant ce nerf, je provoque l'action réflexe et l'action directe en même temps, de telle sorte que les guérisons présentent quelque chose d'extraordinaire, de miraculeux par la promptitude du résultat.

Je pourrais vous donner ici plusieurs exemples des bons effets de cette manière de procéder. Je me contenterai de vous en citer deux ; ils seront bien suffisants.

Répertoire clinique du Dr Moura.

1,180^e OBSERVATION. — *1^{er} octobre 1878.* — Marie V..., 10 ans et demi, de Saint-Flour; constitution et antécédents bons. Angine diphéritique à 8 ans 1/2. — Huit mois après, en mars 1877, accès nerveux suivi de toux laryngée ou laryngisme, suivant les renseignements fournis par M. le Dr B... En avril 1878, ayant bu un verre d'eau fraîche prise dans un puits, l'extinction de voix se produisit du soir au lendemain et rien n'a pu la faire cesser depuis. L'aphonie est complète; la voix ou parole est réduite au chuchotement; elle est labiale, silencieuse et pénible. La petite muette est essoufflée dès qu'elle monte ou joue un peu vivement.

Phalaryngoscopie. — Le larynx est normal comme coloration, sauf un peu de rougeur au niveau des arytenoïdes.

L'épiglotte est fortement inclinée sur le vestibule. Au moment d'une forte inspiration, j'aperçois le bord blanc des ligaments vocaux, semblable à un petit cordon, atrophiés. Pendant les efforts d'émission, aucun son ne se fait entendre; l'épiglotte, au lieu de se redresser ou renverser en avant, bascule en arrière et tombe sur le larynx comme inerte, semblable en cela à l'épiglotte des chiens. Ce phénomène de la

chute de l'épiglotte se reproduit chaque fois que la petite malade essaie d'émettre un son. Je ne l'avais pas encore observé d'une façon aussi nette et aussi étendue.

Mon confrère, M. le docteur B..., en a été si surpris qu'il a voulu le constater trois fois de suite, afin de bien s'assurer de la réalité. Afin de l'édifier, je lui ai montré mon larynx et le redressement de l'épiglotte à l'état normal pendant l'émission du son de la voix.

Le passage des aliments ne présente rien de particulier; la fonction de la déglutition ou plutôt de la glutition des solides et des liquides est normale. La sensibilité du pharynx était nulle; le contact du laryngoscope n'a provoqué aucune sensation, malgré les appréhensions de mon confrère et de la mère de la malade, présente à l'examen. Quant aux traitements suivis, il est inutile de les rappeler; l'électricité avait été également essayée, mais en vain. De sorte que, conseillant à mon tour ce dernier moyen, l'incrédulité sur son action était complète et accompagnée d'un sourire de la part de mon voisin, M. le docteur B..., et de M^{me} Vermentouze. J'expliquai alors à mon confrère — je me propose de ne plus faire *cela à l'avenir* — le pourquoi de l'insuccès des applications de l'électricité, faites sans connaissances suffisantes :

— Etes-vous ici pour quelque temps? dis-je à M^{me} V...

— Pendant huit ou dix jours seulement.

— Eh bien! dans quarante-huit heures, votre enfant parlera, répondis-je à la mère, c'est-à-dire après la seconde ou troisième application.

1^{er} octobre. — 1^{re} application.

2 octobre. — Le laryngoscope montre que l'épiglotte ne tombe presque plus et que le larynx exécute des mouvements impossibles la veille. Quelques sons sont déjà sortis la veille au soir. Les lèvres vocales qui étaient immobiles, inertes, se rapprochent. M. le Dr B .., revenu pour assister à la seconde application, constate le changement qui s'est produit et ne doute plus du succès.

3 octobre. — M^{me} V... revient avec sa fille, sans être accompagnée de mon confrère. Elle m'apprend que sa fille

parle très bien depuis hier soir; celle-ci en sortant de ma consultation, et arrivée au boulevard des Italiens, s'est mise à appeler sa mère tout à coup et M^{me} V..., ne pouvant maîtriser son émotion bien naturelle, prend sa fille et l'embrasse toute joyeuse et vivement surprise.

La petite aphone m'a alors avoué qu'elle aurait pu parler et répondre à mes questions si je l'avais interrogée après la seconde application de l'électricité. Ne l'ayant pas questionnée, elle avait gardé sa voix et la parole malicieusement pour ne les faire entendre que dix minutes après sur le boulevard.

Le reste de l'observation ne présente plus d'intérêt au point de vue des quatre ou cinq applications supplémentaires faites pour maintenir et consolider la guérison qui ne s'est pas démentie depuis. Huit jours après, madame V... rentrait à Saint-Flour avec sa fille guérie.

1,460^e OBSERVATION. — Jeudi, 8 novembre 1883. — Madame M.. habite près de Vendôme, dans l'Eure-et-Loir. Constitution anémique, tempérament nerveux, santé bonne, malgré un peu de toux, de l'expectoration et une voix presque entièrement perdue. Le sommeil est bon, ainsi que l'appétit. Le matin principalement, M^{me} M... tousse et crache un peu; son aphonie est plus complète que dans le courant de la journée. Il y a quatre ans, la malade fut atteinte d'une pneumonie aiguë qui dura cinq à six mois

Enfin il y a sept mois, cinq mois avant d'accoucher^e de sa fille, sa voix d'abord voilée s'est enrouée tout à fait et n'est jamais revenue.

L'examen laryngoscopique fait constater ce qui suit : 1^o les lèvres vocales sont blanches; 2^o le mouvement de redressement de l'épiglotte est impossible; 3^o une absence de tout son aigu; 4^o une émission des notes basses difficile; 5^o un rapprochement partiel seulement des lèvres vocales.

L'auscultation pulmonaire n'indique rien d'anormal des deux côtés.

Je n'ai pas besoin de dire que madame M... est une poitri-

naire pour tous les siens, parents et amis. Krishaber qui l'a soignée n'a pu rien changer à sa situation.

Traitemen: Avant de soumettre la malade à l'action de l'électricité, je lui fais prendre de l'*elixir sédatif* bromuré pendant trois jours sans succès.

Le 10 novembre. — 1^{re} application ; les 11, 12, 13, 14 et 15 novembre, cette application de l'électricité est renouvelée.

Dès la seconde application la voix est revenue en partie et le jour du départ de la malade, le 16 novembre, M. M. ... et sa femme ne pouvant rester plus longtemps, elle était à peu près normale, comme avant sa grossesse.

Je recommande à madame M..., si elle ne veut pas compromettre ce qu'elle a gagné et si elle désire compléter la guérison, de suivre les prescriptions suivantes :

1^o Une cuillère d'*élixir sédatif* tous les jours pendant un mois ; 2^o friction de teinture d'iode au devant du larynx et à la nuque alternativement deux fois par semaine seulement ; 3^o boissons chaudes et toilette à l'eau chaude tous les matins ; 4^o se garantir contre le froid aux pieds, les brouillards du soir et du matin, l'humidité, etc. ; 5^o une alimentation variée, fréquente, plutôt qu'abondante.

DE LA COCAINE

Par les D^{rs} J. BARATOX et E. J. MOURE (1).

La coca ou le coca se retire de la feuille de l'erythroxylon coca : elle croît en Bolivie et au Pérou.

Depuis les temps les plus reculés, on sait que la coca, prise en petite quantité, augmente l'énergie nerveuse, excite les esprits et rend les Indiens capables de supporter le froid, les fatigues corporelles, la privation de nourriture, sans dangers et avec les apparences d'un bien-être évident (Smith (2) et Unanué (1794)).

(1) Communication lue à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

(2) *Cowley's Works*, London, 1700.

Il n'y a pas encore trente ans que l'on est parvenu à extraire l'alcaloïde de la coca. Plusieurs auteurs s'en attribuent la découverte : Gardeke (1855) et Samuel Percy (1857), qui l'ont appelée erythroxiline, et Niemann (1859), qui lui a donné le nom de cocaïne.

Le 2 décembre 1857, Samuel R. Percy (1) présentait à l'Académie de médecine de New-York un scrupule (1 gr. 20) de cet alcaloïde qui, disait-il, avait la propriété d'émuosser et même de paralyser la sensibilité de la langue.

Niemann, de Goslar, étudia cet alcaloïde et ses recherches, continuées par Lossen, eurent pour résultat de faire découvrir, par ce chimiste, une nouvelle base volatile, l'hygrine (1860). Vers la même époque, Woehler avait aussi pu extraire de la coca l'ecgonine.

En 1862, Schroff signalait à son tour, à la Société de médecine de Vienne, l'anesthésie de la muqueuse linguale par l'application locale de la cocaïne.

L'année suivante, Froumüller (2) et Ploss (3), démontrent les propriétés narcotiques de la cocaïne. Le premier de ces auteurs produisit le sommeil dans quatorze cas, avec une dose dépassant 0,25 centigrammes de ce produit. Ploss cite l'histoire d'un pharmacien, qui ayant avalé 1 gr. 10 de cocaïne, eut un sommeil de plusieurs heures; à son réveil, il accusa des douleurs abdominales aiguës, une sécheresse de la bouche, une soif vive et des vertiges, sans troubles de l'intelligence.

Les propriétés physiologiques de la coca ont été étudiées par un certain nombre d'auteurs : Mantegazza (1857), Gosse (1862), Demarle, Rossier, Moreno y Maïz (4),

(1) S. Percy. Notes lues devant l'Académie de médecine de New-York, les 4 novembre et 2 décembre 1857.

(2) Froumüller, *Prag. Vierter Jahrsschr.* 1863, p. 79 - 109.

(3) Ploss, *Zeitschr. chir.*, 1863, p. 222.

(4) Moreno y Maïz, *Recherches chimiques et physiologiques sur l'erythroxylon coca du Pérou et la cocaïne*. Thèse Paris, 1868.

Gazeau (1), Jarchanoff (2), Nikolski (3), Danini (4), Bennet (5), Isaac Ott (6) et Robert Christison (7).

De ces différents travaux, et de ceux de Rabuteau (8), de Von Anrep (9), d'Husemann et d'Hilger (10), résulte que la cocaïne possède, entre autres propriétés, celle de paralyser les terminaisons nerveuses et d'abolir les réflexes. Elle paraît aussi avoir une action sur les canaux semi-circulaires et sur les centres psycho-moteurs ; elle produit du vertige, des troubles de l'équilibre et des mouvements de rotation avec dilatation des pupilles.

Outre ces auteurs, citons encore les noms du Dr Scaglia (11), qui dit, d'après le Dr Fauvel, que la coca en solution aqueuse ou alcoolique, enlève aux malades le sentiment d'ardeur et de cuisson qui est un des symptômes les plus fâcheux de l'angine granuleuse ; du Dr du Cazal (12) qui, à propos d'un cas de granulie aiguë de la gorge, rapporté par le Dr Millard, rappelle la propriété analgésique de la coca dans les douleurs des tuberculeux ; et du Dr Coupard (13), qui conseille l'emploi d'une macération alcoolique de coca, dont on aurait évaporé l'alcool au bain-marie, pour badigeonner le pharynx dans les affections douloureuses chroniques et même subaiguës et pour toucher les ulcérations de la phtisie laryngée.

(1) Gazeau, *Nouvelles recherches expérimentales sur la pharmacologie, la physiologie et la thérapeutique de la coca*. Thèse Paris, 1870.

(2) Jarchanoff, *Cocaïne and abetes*. Petersburg, 1872.

(3) Nikolski, *Beitrag sur Cocaïn Wirkung auf den Thier organismus*. Petersburg, 1872.

(4) Danini, *Ueber physiolog. Wirkung. Ther. Anwendung des Cocains*. Charchow, 1873.

(5) Bennet, *Report in antagonism of Drugs*, 1873.

(6) Isaac Ott, *Med. Record*, 1876.

(7) Robert Christison, *Soc. Botan. d'Edimbourg*, 1876, 17 avril.

(8) Rabuteau, *Elém. de therap. et de pharmae*.

(9) Von Anrep, *Pflüger's Arch. des ges. Phys.*, Bd. 24.

(10) Husemann et Hilger, *Die Pflanzenstoffe*. Berlin 1883.

(11) Scaglia, *La Coca. Gaz. des hôpitaux*, 12 mai 1877.

(12) Société médic. des hôpitaux, 12 novembre 1881.

(13) *Trib. méd.* 1881, 27 octobre 1881.

Comme on peut le voir, on n'avait pas pensé à utiliser les propriétés anesthésiques de la cocaïne. Il a fallu que le Dr Koller (1) vînt rappeler les propriétés si remarquables de ce médicament en oculistique pour que l'attention du monde médical se portât sur cet alcaloïde qui aujourd'hui a été essayé sur tous les organes.

Nous ne nous occuperons ici que de son emploi dans les maladies du pharynx, du larynx, du nez et des oreilles.

Disons d'abord qu'un certain nombre de travaux ont déjà paru sur ce sujet, tels que ceux de Jelinek, Schrötter, Störk, Semon, Knapp, Weber-Liel, John Roosa, Moure et Baratoux, etc.

Autrefois, pour anesthésier le larynx, on avait recours à la méthode de Turck, modifiée par Schrötter. La veille de l'opération on faisait douze badigeonnages chloroformés du larynx et une heure après, alors que la muqueuse était hyperémie, douze autres badigeonnages avec une solution concentrée de morphine qui était alors facilement absorbée en raison de l'hyperémie de la muqueuse.

Aujourd'hui, on préfère le badigeonnage avec une solution glycérinée ou aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 1/20, au 1/10 et au 1/5 chez les personnes irritable, au lieu de la cocaïne qui a besoin, pour se dissoudre, d'être mélangée à une petite quantité d'alcool. Il est nécessaire de badigeonner non seulement le champ opératoire, mais encore toutes les parties du pharynx qui pourraient être touchées par les instruments.

Au bout d'une ou de deux minutes, on recherche si l'excitabilité est diminué; si elle ne l'est pas suffisamment, on fait un deuxième badigeonnage; quelquefois l'on doit recommencer cette opération quatre ou cinq fois: on obtient alors une anesthésie qui dure de 5 à 10 minutes.

On peut alors enlever facilement soit un corps étranger

(1) Koller, Communication au Congrès d'Heidelberg, 15 septembre 1884.

soit un polype du pharynx ou du larynx. Nous avons ainsi retiré une arête de poisson située à la partie postéro-inférieure d'une amygdale hypertrophiée et un polype de la corde vocale gauche chez une femme dont les réflexes étaient très marquées, et il y a quelques jours un polype de l'extrémité de la luette chez un arthritique.

L'anesthésie produite par la cocaïne est aussi mise à profit par nous pour l'extraction des polypes du nez ou de l'oreille, de même que pour la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache et du nez. Nous faisons un badigeonnage de ces parties avec une solution au $\frac{1}{10}$ et au $\frac{1}{5}$ avant d'appliquer l'électroïde sur la muqueuse.

Nous agissons ainsi lorsque nous cautérisons les polypes ou les végétations de ces muqueuses avec le crayon de nitrate d'argent ou les cristaux d'acide chromique, ou lorsque nous ouvrons les abcès du conduit. Le malade ne sent pas le coup de bistouri, ni même l'application locale d'alcool à 90° sur la partie sectionnée.

Il va sans dire que la cautérisation au galvano-cautère des amygdales, du pharynx, du nez et des oreilles étant précédée de badigeonnages de ces parties à la cocaïne nous donne l'avantage de diminuer et d'éviter la douleur au malade.

Dans quelques-unes de ces opérations, il est parfois utile de faire une nouvelle application de cocaïne quand on atteint les parties profondes.

Dans les cas de sensibilité exagérée de la muqueuse nasale qui rend le cathétérisme de la trompe d'Eustache difficile, nous employons les badigeonnages à la cocaïne.

Enfin, dans les opérations sur le tympan ou dans la caisse de l'oreille moyenne, on introduit le cathéter dans la trompe, puis on y fait passer la sonde fine de Weber-Liel dans laquelle on injecte quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20 ou au 1/10; ensuite, on instille quelques gouttes de cette solution dans le conduit auditif externe ou mieux on badi-

geonne le tympan. L'on peut alors pratiquer l'incision de la membrane, etc... quelques minutes après le badigeonnage.

La cocaïne exerce aussi une action temporaire sur les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe qu'elle paraît abolir. Elle diminue notablement les bourdonnements.

Outre les propriétés anesthésiques de ce médicament, nous ne devons pas passer sous silence son heureuse influence sur le coryza aigu et l'otite aiguë, comme nous l'avons déjà publié. Nous ne saurions trop faire remarquer le bénéfice qu'on retire de la cocaïne en badigeonnage dans le nez au début du coryza. Aussitôt après avoir touché la muqueuse avec une solution au 1/5 ou au 1/10, le malade qui avait le nez enchifrené, sent la muqueuse se dégonfler au point de rendre la respiration normale par les fosses nasales. Nous avons déjà une quinzaine de faits à notre actif.

Il en est de même dans l'otite aiguë, ainsi que dans les affections analogues de pharynx et de larynx.

Lorsqu'on emploie cette solution dans le larynx, la plupart des malades éprouvent une sensation de constriction, de gonflement et de fraîcheur au niveau du vestibule laryngien, remarque qu'a aussi faite le Dr J. Bouvyer, de Cauterets; les mêmes effets se font sentir dans le nez et l'oreille.

John Rosa a fait également usage de cocaïne dans une névralgie du tympan et la douleur disparut dix minutes après les instillations.

La cocaïne, ayant la propriété de diminuer les sécrétions, est utilisée avec succès dans les catarrhes du nez et de l'oreille avec hypersécrétion de la muqueuse. Dans un cas d'otite moyenne purulente chronique avec destruction de presque toute la membrane tympanique nous avoir vu et fait constater aux médecins qui suivaient notre clinique la diminution de la sécrétion après une instillation de solution de cocaïne au 1/100.

Dans un cas de cancer du larynx nous avons pu calmer

la douleur et diminuer la sécrétion par l'attouchement de l'ulcération avec une solution au 1/10.

Ce procédé, employé dans les cas d'ulcération tuberculeuses ou de douleurs gênant la déglutition, donne un réel soulagement. Dans les affections douloureuses de la bouche ou du pharynx, on aura recours avec avantage aux pastilles de cocaïne.

Nous avons pu aussi calmer les douleurs occasionnées par une tumeur maligne du nez chez un homme qui, depuis six mois, n'avait pas éprouvé un seul moment de repos.

Il va de soi que dans des cas analogues de l'oreille, on obtiendrait un pareil résultat.

La cocaïne est donc destinée à jouer un rôle important dans la thérapeutique des maladies du larynx, de la gorge, du nez et des oreilles. Son action s'étend de même en oculistique, en gynécologie. Déjà l'on a obtenu l'anesthésie générale par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne; mais nous devons regretter que son prix s'élève de jour en jour

J. BARATOUX.

D'autre part, ajoute M. Moure, j'ai également employé le chlorhydrate de cocaïne pour enlever le pédicule d'un polype du larynx chez un malade déjà opéré sans l'aide de ce médicament. L'exiguïté de la tumeur et les contractions spasmodiques du larynx au moment de l'introduction de la pince rendaient l'extraction de la tumeur très difficile. Grâce à la cocaïne, j'ai pu aller assez lentement et très facilement saisir le néoplasme.

Étant donné que les badigeonnages faits sur une muqueuse produisent une anesthésie locale très prononcée, absolue même pendant quelques minutes, il est facile de comprendre tous les avantages qui résulteront de l'emploi de cette méthode. Cependant il est des cas, à mon avis, où l'on devra user avec prudence de cette anesthésie (Moure). Je veux parler des corps étrangers du larynx.

Dans ces cas, en effet, je ne suis pas un partisan de l'anesthésie laryngienne puisque, ainsi qu'on l'a déjà

fait remarquer, avec la sensibilité, les réflexes eux-mêmes sont abolis. C'est précisément de l'abolition de ces réflexes que peuvent surgir des accidents parfois plus graves que l'enclavement du corps étranger dans l'organe vocal.

Supposons, en effet, qu'un larynx dans lequel, ou à l'entrée duquel, est arrêté un corps étranger, soit devenu insensible par le fait de badigeonnage au chlorhydrate de cocaïne, ne pourra-t-il arriver que l'opérateur, au moment de saisir le corps étranger, pour un motif ou pour un autre, ne puisse le prendre convenablement et se borne à le déplacer? Alors les réflexes étant abolis, le corps du délit ne sera-t-il pas susceptible de tomber plus facilement dans la trachée et, par conséquent d'occasionner des accidents fort graves quelquefois?

Les contractions réflexes des muscles du larynx, qui arrêtent en général le corps étranger dans cet organe, ou souvent même le repoussent au dehors, me paraissent un facteur important pour faciliter leur expulsion.

Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, l'on ne devra pas se priver des bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne, mais l'on se bannera à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui me paraissent jouer ici un rôle très important. Ces quelques réflexions ne sont point entièrement théoriques, car elles m'ont été suggérées par un fait assez intéressant qu'il est, je crois, utile de rapporter ici:

OBSERVATION. — Une aiguille à l'entrée du larynx. — Extraction, après anesthésie préalable du pharynx et de la langue avec le chlorhydrate de cocaïne.

Le 15 décembre de cette année, M. K..., jeune homme âgé de dix-neuf ans, terrassier, me fut envoyé des environs de

Bordeaux par mon confrère et ami le Dr Castera (de Portets). En entrant dans mon cabinet, le malade me dit avoir avalé une aiguille le matin en mangeant (gloutonnement sans doute) de la soupe, et il se plaint de ressentir une piqûre violente augmentée par la pression et les mouvements de déglutition, ou les moindres contractions de la gorge. Il affirme, en outre, sentir avec le doigt profondément introduit dans l'arrière-gorge, l'aiguille qu'il a avalée. Mais comme il arrive parfois qu'une simple déchirure de la cavité pharyngolaryngienne occasionne une sensation analogue à celle des corps étrangers, je pratique aussitôt l'examen laryngoscopique et je constate la réalité de l'assertion du malade.

En effet, j'aperçois au-dessus de l'épiglotte, couchée obliquement dans le sens transversal, une grosse aiguille à passer, toute rouillée, qui est implantée au niveau de la paroi externe droite du sinus pyriforme, vers la partie moyenne, et de là se dirige obliquement en haut et en dedans, au-dessus de l'opercule glottique qu'elle maintient à peu près tout à fait rabattu sur l'orifice du larynx.

Pendant ce simple examen, le malade a quelques hauts-le-corpse, surtout au moment où il me voit saisir la pince laryngienne avec laquelle je me dispose à prendre le corps du délit. A chaque contraction de l'arrière-gorge, la pointe de l'aiguille, s'enfonçant davantage dans les tissus, fait éprouver des douleurs au malade non seulement du côté droit, mais aussi du côté opposé, que la tête de l'aiguille vient également piquer un peu.

Dès lors, je songe à employer la cocaïne et je fais un simple badigeonnage de l'arrière-gorge (voile du palais, pharynx, partie de la base de la langue sur laquelle glisse la pince. — Solution à 10 p. 100 g.). Dans une deuxième tentative d'extraction je saisis l'aiguille facilement, mais le malade éprouve une douleur assez violente pendant les mouvements faits avec la pince pour tâcher de mettre l'aiguille dans le sens antéro-postérieur ; et brusquement il rejette la tête en arrière, me forçant à abandonner le corps étranger que je n'avais pu parvenir à déplacer de sa position transversale.

Je fis alors un deuxième badigeonnage à la cocaïne et de nouveau je saisissis l'aiguille dans les mors de ma pince, le plus près possible de son extrémité libre, c'est-à-dire du côté gauche, bien assuré, par le miroir dans lequel je m'étais guidé pour prendre le corps étranger, que l'aiguille seule était engagée dans les mors de la pince; je laissais le miroir que tenait ma main gauche pour introduire le doigt indicateur dans l'arrière-gorge au niveau du point d'implantation de l'aiguille et, tirant fortement en dehors avec la pince, je la retirai avec assez de peine.

J'avais recommandé au malade de toujours cracher sans jamais avaler, craignant, ce qui arriva, du reste, à savoir la cassure de l'aiguille. Je tenais, en effet, dans les mors de ma pince, la plus grande partie de cette dernière, 5 centimètres environ, dont au moins 12 à 15 millimètres avaient pénétré dans les tissus; mais l'extrémité opposée à la pointe était cassée, et le malade avait rejeté l'autre morceau au moment de l'extraction. Un examen minutieux de l'organe me permit ensuite de constater que l'épiglotte se relevait complètement sur la base de la langue; quelques gouttes de sang s'écoulaient de la piqûre faite par l'aiguille et le malade, bien entendu, éprouvait un soulagement considérable.

Je conseillai l'emploi d'un gargarisme émollient et j'ai appris depuis qu'il était complètement guéri.

L'exposé de ce fait intéressant d'abord à cause de la nature du corps étranger, et de sa position qui rendait son extraction difficile, vient, je crois, corroborer le fait dont je parlais au début de cette communication. En effet, si le larynx eût été anesthésié, le morceau d'aiguille qui n'était pas pris dans la pince, au lieu d'être rejeté par un effort d'expiration forcée, de toux, aurait très bien pu pénétrer dans les voies aériennes et occasionner des accidents forts graves. Or, ce qui est vrai dans ce cas, me paraît l'être encore davantage lorsqu'on a affaire à des corps étrangers plus volumineux, à surface lisse, unie, et se déplaçant facilement. Dr E. J. MOURÉ.

DE LA COCAINE DANS LES AFFECTIONS

DU LARYNX,

par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

Depuis la découverte de Karl Kölle sur l'action de la cocaïne, tous les laryngoscopistes ont voulu bénéficier des avantages de ce précieux anesthésique. En voyant la question portée à l'ordre du jour de la Société, j'ai cru bon de faire connaître les résultats que j'ai obtenus à Lyon.

Au moment où l'on commençait à parler de la cocaïne, j'avais entre les mains un malade fort indocile porteur de papillomes multiples du larynx siégeant sur la corde vocale gauche, sur la face interne de l'aryténoïde du même côté, et s'étendant également au-dessous de la corde à la muqueuse trachéale sur une assez large étendue. Après quelques séances, je n'avais rien pu extraire encore, le malade ne se prêtant nullement à l'introduction de la pince. Je me suis servi alors du chlorhydrate de coéaïne à 5 et 10 0/0 et, dès la première séance, j'ai pu enlever des fragments assez importants de la tumeur. Depuis cette première séance, toutes les autres furent couronnées de succès. Néanmoins la tumeur avait une telle étendue que je n'ai pu faire qu'une opération palliative, me réservant d'y revenir après examen microscopique des fragments enlevés. C'est là un premier résultat à l'actif de la cocaïne.

Quelques jours après, j'ai pratiqué également l'excision d'un kyste de trois millimètres de diamètre, situé sur le bord libre de la corde vocale droite, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Je suis arrivé au résultat désiré en trois séances à l'aide de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 50 0/0. Il s'agissait d'un jeune baryton ; le résultat fut le retour assez parfait de la voix dans les 4 ou 5 jours qui suivirent l'opération. Actuellement il ne reste presque aucune trace du point d'im-

(1) Lue à la Soc. franç. d'Otol. et de Laryng., séance du 26 décem. 1884.

plantation du kyste. Je ne considère pas ce cas comme bien favorable à la cocaïne, car, il y a trois mois, j'ai opéré, sans cocaïne, deux autres malades porteurs d'un polype de la corde vocale droite : l'un à la deuxième séance et l'autre à la quatrième séance ; cependant, vu l'excitabilité du sujet, la cocaïne m'a été utile. D'ailleurs, chez ce malade, à cause de la conformation de l'épiglotte et de la nature du pinceau employé, je n'avais certainement pas pénétré assez profondément dans la cavité laryngée.

Enfin, le 25 novembre, un malade vient me consulter pour un polype de la corde vocale gauche. Je fixe l'opération pour le lendemain matin. La séance fut longue, avant d'avoir donné à ma pince une courbure bien satisfaisante. Les badigeonnages furent pratiqués environ quinze fois dans la séance avec la solution à 5/0/0 et je pus arracher presque complètement la tumeur à l'aide du tube-forceps. Dans les quelques jours qui suivirent l'opération, la voix reprit un timbre qu'elle n'avait pas eu depuis plus de dix ans. Cependant il restait quelques débris insignifiants au point d'implantation. Je voulus attendre une cicatrisation avec rétraction de ces débris et je fixai la deuxième opération au 9 décembre. Dans cette seconde séance, destinée seulement à rendre l'opération plus parfaite, j'avais à enlever un petit moignon arrondi de la grosseur d'une forte tête d'épingle. La séance fut plus courte que la première fois et les badigeonnages de cocaïne moins nombreux. Je réussis à enlever cette parcelle de polype avec la plus petite pince à griffe de Schröetter.

Chez ce dernier malade, j'ai pu constater un peu de tendance au sommeil après la première séance où les badigeonnages furent assez nombreux.

La plupart des malades que l'on soumet soit au badigeonnage, soit à la pulvérisation de cocaïne accusent, au bout d'une minute environ, une sensation de fraîcheur sur tous les points touchés.

Je dois ajouter que j'ai également, comme plusieurs

de mes confrères, essayé la cocaïne dans la dysphagie des tuberculeux et dans un cas de cancer de l'épiglotte. J'ai dans ce moment plusieurs malades en traitement et je puis déjà me déclarer satisfait des résultats. La cocaïne est certainement appelée à remplacer les badigeonnages concentrés de morphine dont les inconvénients pouvaient contre-balance les effets utiles surtout chez les tuberculeux. Dans ces derniers cas, je me contente de solution à 2,5 0/0.

En résumé, la cocaïne est pour nous une conquête importante, car elle nous permettra de fixer pour ainsi dire le jour précis de l'ablation d'un polype tout comme cela se pratique pour les autres opérations chirurgicales.

DU CHLORYDRATE DE COCAINE DANS LE PHARYNX ET LE LARYNX

Par le Dr F. SCHIFFERS (de Liège) (1).

Nous avons seulement pour but, par cette communication, de donner un aperçu des essais que nous avons institués pour nous assurer des propriétés qui ont été attribuées au chlorhydrate de cocaïne, employé en applications sur les muqueuses pharyngienne et laryngienne.

Depuis le mois de novembre de cette année, que nous avons eu l'occasion de recourir à ce nouvel agent dans des cas pathologiques, nous avons pensé qu'il serait utile d'en étudier les effets à l'état physiologique, chez des sujets qui pussent nous faire part exactement de leurs sensations et en quelque sorte les analyser, grâce à leurs connaissances en anatomie et en médecine.

Un de nos honorables confrères, médecin de l'Hôpital, et plusieurs élèves en médecine ont immédiatement consenti à se mettre à notre disposition : nous les remercions bien vivement du concours qu'ils nous ont prêté.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

Voici ces expériences. — 1^{er} jour d'expérience :

I.— B... médecin, n'a jamais été examiné au laryngoscope, n'a pas antérieurement souffert de la gorge. Le jour même de l'expérience, il éprouve une gêne légère à la déglutition due à une inflammation modérée des piliers postérieurs. Il supporte néanmoins très bien l'abaisse-langue de Türck, de même que le rhinoscope de Carl Michel et le laryngoscope. Le larynx et la trachée se voient parfaitement; ils sont normaux. L'attouchement de l'épiglotte avec la sonde produit immédiatement des spasmes; le miroir n'est plus supporté.

4 h. 56 m. Attouchement léger de la moitié gauche de l'épiglotte avec la solution du chlorydrate de cocaïne (5 0/0) — amertume immédiatement accusée.

4 h. 58 m. Sécheresse, chaleur, suivie bientôt d'astriction, de sensation de rétrécissement de la gorge, salivation très peu abondante.

4 h. 59 m. La sonde touche l'épiglotte à gauche sur ses deux faces, elle est très bien supportée; la sensation de froid de la sonde est perçue. La sonde peut arriver sur les cordes sans réaction. La sonde touchant à droite l'épiglotte (partie non cocaïnisée), il y a aussitôt réaction.

5 h. 3 m. Mêmes phénomènes. L'insensibilité de la partie touchée dure environ 12 minutes. Après ce laps de temps, les sensations subjectives ont disparu.

II.— E..., interne en médecine, n'a jamais été examiné au laryngoscope, quoiqu'il soit enroué, ce qui est dû à une paralysie des constricteurs de la glotte. L'abaisse-langue est bien supporté; le laryngoscope l'est mal. L'application doit en être trop rapide, pour que l'intérieur du larynx puisse être examiné convenablement, surtout à cause d'un abaissement assez prononcé de l'épiglotte.

5 h. 20 m. Attouchement énergique de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx avec la solution à 5 0/0.

5 h. 22 m. Le miroir est assez bien supporté; l'examen peut se faire, mais il arrive vite des spasmes.

5 h. 25 m. Second badigeonnage des mêmes parties. Le miroir est immédiatement mieux supporté. L'épiglotte touchée avec la sonde réagit violemment.

5 h. 26 m. Attouchement de l'épiglotte et de l'entrée du larynx avec la même solution.

5 h. 28 m. L'épiglotte est insensible ; la sonde peut être introduite presque près de la glotte.

Les phénomènes subjectifs se sont produits très rapidement (environ 2 minutes après l'attouchement) : amertume, sécheresse, sensation de resserrement, prononcée surtout lors des mouvements de déglutition et accusée à la partie supérieure du cartilage thyroïde, salivation peu abondante, chaleur, id. Le sens thermique est resté intact.

Les phénomènes d'anesthésie ont persisté environ 20 minutes ; les sensations subjectives ont disparu avec eux. Chez le même sujet, à 6 h. 12 minutes, alors que tout était rentré dans l'ordre, nous badigeonnons de nouveau l'épiglotte et l'intérieur du larynx jusqu'aux cordes avec une solution à 10 0/0.

6 h. 13 m. Sensation excessivement prononcée de constriction au niveau de la partie supérieure du larynx.

6 h. 14 m. Sensation de chaleur. Ce sont les deux phénomènes qu'accuse surtout le sujet.

6 h. 15 m. La sonde est bien supportée presque dans la glotte.

Les sensations subjectives ne persistent guère plus longtemps que dans la première expérience.

III.—C..., interne en médecine, a subi l'amygdalotomie du côté droit, a souffert souvent d'angines, n'a jamais été examiné au laryngoscope. Le miroir est bien supporté, de même que la sonde. Quand elle touche les cordes il y a cependant réaction immédiate.

5 h. 54 m. Badigeonnage de tout le larynx avec la solution à 5 0/0. L'amertume est peu prononcée, de même que la sensation de rétrécissement ; sensation de sécheresse et sensation de froid, peu de salive.

5 h. 56 m. La sonde peut toucher les cordes qui semblent insensibles.

Les phénomènes subjectifs, qui sont restés peu prononcés, persistent encore légèrement une demi-heure plus tard.

Second jour d'expérience :

IV. — H..., étudiant en médecine. Pas d'examen antérieur, pas de maladie de la gorge. Le miroir est bien supporté ; l'épiglotte réagit vivement à la sonde.

5 h. 45 m. Attouchement de l'épiglotte avec la solution à 5 0/0.

Peu de temps après, la sonde est supportée.

Mêmes phénomènes observés que dans le cas II.

V. — W..., étudiant en médecine, se trouve, au point de vue de ses antécédents, dans les mêmes conditions que H.. (IV).

Le miroir n'est pas du tout supporté.

6 h. 6 m. Badigeonnage de l'isthme avec une solution à 10 0/0.

6 h. 7 m. Amertume, resserrement, chaleur.

6 h. 8 m. Le miroir est supporté. L'épiglotte réagit à la sonde.

6 h. 12 m. Deux badigeonnages successifs de l'entrée du larynx avec la même solution. Astraction très forte. Les mouvements de déglutition sont impossibles.

6 h. 14 m. L'épiglotte supporte la sonde, mais cette dernière étant rapportée de la glotte, il y a aussitôt réaction.

6 h. 20 m. Troisième badigeonnage de l'intérieur du larynx.

6 h. 23 m. La sonde introduite jusqu'aux cordes est supportée facilement. Le miroir est de nouveau senti au palais.

6 h. 26 m. Les spasmes reviennent

De ces expérimentations, nous pouvons conclure :

1^o Que la solution de chlorhydrate de cocaïne produit l'anesthésie tactile des muqueuses pharyngienne et laryngienne, à des doses variables. Ce sera 5 0/0 en moyenne, probablement à une dose moindre dans certains cas, quelquefois à une dose supérieure à 10 0/0 dans d'autres, à moins de répéter successivement les attouchements, si l'on veut obtenir une anesthésie d'une

durée suffisante (le cas V semblerait le prouver). Le sens thermique reste intact.

2° L'action est essentiellement locale; elle ne se produit qu'au point d'application de l'agent (cas I). Pour obtenir, par exemple, l'insensibilité des cordes vocales, il faudra qu'elles soient touchées dans toute leur étendue, même presque dans la région sous-glottique.

3° Il ne faut pas craindre de faire des attouchements assez énergiques, qui nous semblent devoir conduire plus vite au but.

4° La muqueuse reprend ses propriétés antérieures après une durée moyenne de 10 à 15 minutes.

5° Les sujets n'éprouvent aucun inconvénient de l'emploi de cet agent. La salivation nous a paru être en général modérément abondante. On peut faire immédiatement l'attouchement du larynx; il n'y a pas à craindre que la salive vienne rendre difficile l'exploration.

6° Le principal phénomène accusé par les sujets a été celui d'une sensation très nette de rétrécissement de l'organe (chez plusieurs malades, nous avons constaté le même effet, immédiatement renseigné). Après cette sensation, est venue celle de chaleur, puis de sécheresse. Nous pensons que la salivation sera prononcée surtout, si l'on touche au préalable l'isthme du gosier et la base de la langue.

7° L'action du médicament commence généralement très vite à se manifester, en général, 2 minutes après son application. L'instrument peut encore être supporté, alors que la sensation tactile n'est pas complètement abolie (Dans le cours des expériences, plusieurs fois le sujet nous a dit qu'il sentait bien la sonde, en contact avec l'épiglotte, par exemple, mais qu'elle ne le gênait pas). Ces conclusions sont sensiblement les mêmes que celles qu'a tirées A. GEIER d'une série d'expériences, faites également sur des étudiants en médecine, à

la policlinique du docteur JURASZ de Heidelberg (1).

Il est probable que les confrères qui expérimenteront dans les mêmes conditions, arriveront à des résultats analogues.

Ceux-ci sont fort beaux, et permettent d'espérer beaucoup de ce nouvel agent dans la technique opératoire laryngologique.

Le médicament nous a paru également agir comme analgésique dans plusieurs affections inflammatoires des premières voies, où nous l'avons employé. Nous ne savons cependant s'il sera toujours bien indiqué au début, dans ces cas, à cause de la sensation trop prononcée d'astriction qu'il produit généralement et de la durée trop éphémère de son action. C'est ce qui fait que nous ne l'acceptons qu'avec réserve pour calmer les douleurs en cas d'affection tuberculeuse de l'épiglotte, à moins qu'il n'y ait absorption et effet général consécutif. Il faudra voir ce que l'observation ultérieure permettra de conclure. Son essai dans cette maladie est en tout cas des mieux justifiés. La glace, qui est un bon anesthésique dans ces circonstances, mais qu'on n'a pas toujours sous la main, serait alors remplacée avantageusement. Le malade pourrait apprendre à faire lui-même des attouchements peu de temps avant le repas.

L'absorption, même en cas d'ulcérasions plus ou moins étendues, ne serait pas trop à craindre. Le médicament pourrait en effet être supporté à l'intérieur à des doses relativement élevées, sans inconvénient sérieux, s'il faut en croire ce qui a été rapporté à la séance du 1^{er} décembre 1884 de l'Union médicale, à Berlin. (*Verein für innere Medizin.*)

(1) Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf, Rachen und Nasenkrankheiten, des Herrn Prof. Jurasz in Heidelberg. — Zur Wirkung des Cocaïnum muraticum auf die Schleimhaut des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes von Arthur Geier.

Rapporté dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, numéro 50, 15 décembre 1884.

Il y est dit que le docteur EWALD a employé le médicament à l'intérieur, en commençant par cinq centigr. ; il a été jusqu'à huit centigrammes sans observer d'effets nuisibles. Dans la même réunion, le docteur HEYMANN a rappelé un fait qui s'est passé récemment : un pharmacien a avalé environ 20 à 25 centigrammes de cocaïne sans éprouver autre chose pendant quelques heures qu'un état de malaise.

Sans vouloir conclure prématurément, il résulterait de ces faits que la cocaïne n'est pas en tout cas d'une toxicité bien grande ; ce qui est une garantie sérieuse, puisqu'il s'agit de l'employer surtout localement sur des muqueuses ordinairement hyperémiées, atteintes d'ulcérations ou de solutions de continuité, toutes conditions qui favorisent l'absorption.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 26 décembre 1884.

Présidence du Dr P. KOCH.

Notice nécrologique sur le Dr BLANC (de Lyon), par le Dr BARATOUX :

« Depuis notre dernière réunion, nous avons eu à déplorer la mort d'un de nos membres, le Dr. Blanc, de Lyon, décédé le 25 août 1884.

» Né à Saint-Bonnet-le-Château (Loire), le Dr Emile Blanc fit ses études secondaires, d'abord à Montbrison, puis au pensionnat des Chartreux, à Lyon. Il étudiait la médecine à l'école secondaire de cette ville lorsqu'éclata la guerre. Il partit alors comme médecin des mobiles de la Drôme, et sut se faire remarquer par sa belle conduite sur le champs de bataille de Montretout, ce qui lui valut la croix de la Légion d'honneur.

» La campagne terminée, il vint finir ses études à Paris. Sa thèse, sur le Cancer primitif du larynx, lui fit obtenir le titre de lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

» Le Dr Blanc s'installa alors à Lyon, où il se livra d'une façon spéciale à la pratique des maladies du larynx et des poumons, où il ne tarda pas à acquérir une notoriété considérable.

» Lors de la fondation de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, le Dr Blanc se fit inscrire avec empressement comme membre fondateur et vint prendre part à nos discussions ; il y a un an, il nous communiquait le résultat de ses recherches sur les Kystes du larynx. Cette communication très remarquable avait attiré l'attention de ses collègues par son importance et les intéressants détails qu'elle contenait.

» Je n'ai pas la prétention d'analyser ici les travaux de notre confrère ; il me suffira de vous rappeler que la sympathie qu'il avait acquise parmi nous l'avait désigné cette année même pour faire partie du Comité.

» Je ne dirai pas ici les qualités si connues du Dr Blanc : une générosité à toute épreuve, tel était le fond de sa nature, une amérité exquise jointe à une grande fermeté, tel était le fond de son caractère.

» Le Dr Blanc a exercé jusqu'au dernier moment. On peut dire qu'il est mort à la peine, et la maladie de cœur à laquelle il a succombé n'était en somme que la conséquence des fatigues et des soucis accumulés depuis plus de dix ans.

» Il est mort à l'âge de 42 ans, dans son pays natal, où il avait comme un pressentiment de venir finir ses jours.

» Son nom s'ajoutera à ceux de nos confrères que la Laryngologie française a vu disparaître dans ces derniers temps : Isambert, Mandl et Krishaber. »

ERRATUM : La dernière séance de la Société a été présidée par M. BAYER (de Bruxelles).

MM. GARRIGOU-DESARÈNES et MERCIER offrent à la Société leur travail sur le *Catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène. — Traitement par la galvano-caustique chimique.*

M. SCHIFFERS (de Liège) adresse les brochures suivantes : *Sténose du larynx. — De la syphilis laryngée. — De l'emploi de l'acide chromique dans l'œdème de la glotte.* — La traduction de l'article *Epistaxis*, par VOLTOLINI.

M. le Dr P. Koch (Luxembourg) lit un travail sur le **Laryngo-typhus** (1).

M. MOURA-BOUROUILLOU. — J'ai vu plusieurs fois la localisation de la fièvre typhoïde dans le larynx, principalement vers les 4^e et 5^e septennaires. Au début cette localisation ne diffère pas des angines ou pharyngo-laryngites qui dépendent d'une affection éruptive plus ou moins grave.

Est-ce bien là une maladie spéciale à laquelle on puisse appliquer le nom de : *Laryngo-typhus*? Je ne le crois pas; c'est là une manifestation typhoïque qui fait partie de la maladie générale.

La région du larynx, qui se trouve atteinte pendant la période avancée de la fièvre typhoïde, porte sur les cartilages et les arytenoïdes en particulier; ceux-ci sont atteints de nécrose; ils tombent en suppuration, formant des abcès dont le volume occasionne le cornage de la respiration, c'est-à-dire une sténose glottique confondue avec l'œdème vestibulaire et l'œdème glottique. Le laryngoscope permet de constater ces faits, ainsi que cela m'est arrivé dans le service de Barth, sur un malade que l'on s'apprêtait à trachéotomiser au prochain accès de suffocation. Le cartilage arytenoïde fut éliminé quelques jours après et le malade guérit sans intervention.

M. GELLÉ a observé un cas que l'on pourrait dénommer *Pharyngo-typhus*. Il s'agit d'un abbé très surmené par le travail. Il fut pris de vertige, de bourdonnement et de surdité

(1) Publié *in extenso* dans n° 2 de la Revue, février 1885.

coïncidant avec un ramollissement et un enfoncement du tympan. Cette membrane était très congestionnée et violacée. Le pharynx aussi présentait une tuméfaction avec congestion intense et violacée. Ces symptômes durèrent 15 jours avant que l'on pût faire le diagnostic de fièvre typhoïde.

Ainsi, cette fièvre avait eu, pendant une longue période, sa localisation principale du côté du pharynx et de l'oreille.

M. MOURE. — J'ai eu l'occasion de voir à la Société d'anatomie de Bordeaux les pièces pathologiques d'un malade ayant succombé à un œdème *suraignu* de la glotte pendant le cours d'une fièvre typhoïde, il n'existant d'autres lésions laryngées que l'infiltration *séreuse* des replis ary-épiglottiques et une ou deux petites érosions superficielles de l'épiglotte; les cartilages étaient sains. Ce ne sont pas là, je crois, les lésions habituelles de ces sortes de complications du typhus ou de la fièvre typhoïde. Le malade succomba asphyxié.

Blessures de l'apophyse mastoïde par coup d'arme à feu, par M. GARRIGOU-DESARÈNES (Paris) (1).

Anastomose directe des deux nerfs laryngés supérieur et inférieur, par M. MOURA-BOURROUILLOU (Paris) (2)

M. MOURE. — Dans quelle position étaient les cordes vocales? Pouvait-on à l'examen du larynx reconnaître quels étaient les muscles paralysés?

M. MOURA-BOURROUILLOU. — Les muscles étaient dans l'abduction; la glotte largement ouverte, et l'épiglotte immobile, affaissée. Il y avait aussi paralysie de tous les muscles constricteurs.

M. le docteur Exner, de Vienne, aurait découvert un nerf laryngé médian venant du pneumo-gastrique et se distribuant d'une part au muscle crico-thyroïdien antérieur, d'autre part à la glande thyroéo-épiglottique. Est-ce là une exception ou

(1) Voir Revue, p. 97

(2) Voir Revue, p. 103.

un fait normal chez l'homme ? Le nerf médian, le plus petit des trois nerfs laryngés, aurait ainsi une fonction sensitive et motrice à la fois qui me paraît peu en rapport avec son petit volume.

D'après Franck, les filets sensitifs provenant de la trachée et des grosses bronches passent par les nerfs récurrents, par l'anastomose de Galien, et de là dans les nerfs laryngés supérieurs. (*Société de Biologie, comptes rendus, 1879.*)

M. E. J. MOURE. — Je crois qu'il s'agissait dans ce cas de la paralysie nerveuse des muscles du larynx et alors l'électrisation directe est en effet un bon moyen ; l'on sait aussi que le simple attouchement avec le miroir suffit quelquefois pour rendre la voix au malade, soit momentanément, soit d'une manière durable.

M. MOURA BOUROUILLOU. — Dans les deux observations que j'ai citées, on avait employé divers moyens et même l'électricité sans succès. Lorsque la paralysie des muscles laryngés est due à une simple irrégularité, à une modification passagère ou momentanée de la circulation du fluide nerveux, plusieurs moyens, tels que celui que signale mon collègue, et le bromure de potassium rétablissent promptement l'équilibre fonctionnel dans le larynx. Mais lorsque la paralysie provient de l'action du froid ou de toute autre cause qui a tout à fait suspendu, arrêté, supprimé cette circulation, ni le bromure, ni les autres moyens accessoires ne ramènent son état normal ; il faut ici des moyens d'une certaine violence comme les vésicatoires, les points de feu, l'électricité, etc.

Les nombreux insuccès des applications de l'électricité suivant la méthode interne et externe, ceux du bromure et des autres moyens, et les fréquentes communications des nerfs laryngés entre eux, m'ont fait adopter l'application réflective de l'électricité ; c'est à cette méthode que je dois les guérisons rapides et constantes. L'un des réophores est appliqué sur la face laryngée de l'épiglotte sur le point correspondant au trajet du nerf laryngé supérieur et l'autre à l'exté-

rieur, soit sur le côté du larynx, soit sur le trajet du spinal correspondant.

Nécrose du Rocher, par M. BARATOUX (Paris).

M. GARRIGOU-DÉSARÈNES. — En 1875, j'ai eu l'occasion de soigner, à ma clinique, une enfant de huit mois, à laquelle sa mère donnait le sein.

Cette petite fille, dont le père, âgé de 45 ans, était strumeux et aveugle, avait pour mère une pauvre femme très délicate.

Cette petite malade souffrait d'une suppuration très abondante de l'oreille droite. Le pus qui s'écoulait était verdâtre, peu épais et contenait des stries de sang. L'écoulement datait de cinq mois, et depuis dix jours il s'était déclaré une paralysie du facial du côté droit. L'enfant vivait difficilement et la paupière droite ne s'abaissait plus sur l'œil ; cette conjonctivite était venue se joindre à la maladie de l'oreille. Après avoir nettoyé le conduit auditif, j'aperçus des végétations implantées, les unes dans la caisse, le tympan étant en partie détruit, d'autres sur le conduit auditif osseux. En touchant avec le stylet, je pus constater qu'il existait un séquestre mobile siégeant en arrière et un peu en haut du conduit auditif externe.

Je pratiquais la trépanation de l'apophyse mastoïde au niveau de la grande cellule mastoïdienne et après avoir placé un tube en caoutchouc, j'ordonnais des lavages répétés quatre à six fois par jour, avec de l'eau alcoolisée d'abord, et plus tard, avec une solution, à 2 %, de borate de soude. Les végétations furent détruites avec l'écraseur et l'électro-cautère.

Quinze jours après, un séquestre, mesurant un centimètre de profondeur sur 9 millimètres de surface, se détachait facilement, en faisant de petites tractions avec les pinces, et il y eut un écoulement de sang sans importance.

Ce séquestre était composé en grande partie de tissus spongieux, recouvert d'un côté par une lame de tissu osseux compacte, répondant au conduit auditif osseux. Les injections poussées par l'apophyse mastoïde sortaient par la caisse et

quelques gouttes par la perte de substance due au séquestre. Au bout de cinq mois, tout écoulement avait cessé, et la plaie du conduit auditif était cicatrisée. L'enfant se portait de mieux en mieux ; la paralysie faciale a persisté, mais à un degré moins prononcé.

(A suivre.)

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

17^e CONGRÈS ANNUEL

Tenu au Grand Hôtel, Castkill Mountains, 15 juillet 1884.

En l'absence du président, le Dr C. H. BURNETT, le vice-président, le Dr J.-S. PROUT, ouvre la séance.

Le Dr H. KNAPP, de New-York, lit une note sur :

Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde, d'après de récentes observations (*On the indications for opening the mastoid process, based on some recent observations*). — Il cite trois cas dans lesquels l'ouverture de l'apophyse a été utile. Le premier est un cas de tympano-mastoïdite, dans lequel la paracentèse du tympan n'avait apporté aucune amélioration dans l'état du malade. L'apophyse mastoïde fut trépanée ; une grande quantité de pus fut évacuée, la guérison survint promptement. Le second est un cas de tympano-mastoïdite chronique suppurée, dans lequel il existait une douleur de tête très intense limitée à la moitié du crâne. Le troisième ordre de cas, dont il donne un exemple, est la mastoïdite condensante (*sclerosing mastoiditis*) ; l'opération amena une amélioration rapide de l'affection.

La façon de procéder de Knapp est la suivante : il fait une incision à un centimètre en arrière de l'insertion du pavillon. Le lieu d'élection pour la perforation de l'os est la fosse de Desarenne. Pour perforer l'os, il fait usage de ciseaux. La direction de l'incision doit être parallèle au trajet du conduit auditif externe.

Dans l'otite aiguë suppurée, l'écoulement du pus suffit le plus souvent à assurer la guérison. Les injections doivent être réservées pour les cas de suppuration ancienne ou profuse. On doit les commencer quelques jours après l'opération; lorsqu'on veut obtenir la réunion par première intention, on doit réunir les lèvres de la plaie par quelques points de suture. Il emploie pour déterger la plaie des solutions faibles de chlorure de sodium ou d'acide borique.

Avant de passer à la discussion, le Dr J.-A. LIPPINCOTT, de Pittsburg, lit une note intitulée :

Un cas de mastoïdite interne chronique avec sclérose, trépanation, guérison (*A case of mastoiditis interna chronica with sclerosis, trephining, recovery*). — Il s'agit d'une jeune femme âgée de dix-neuf ans, que l'auteur vit pour la première fois le 15 mars 1883. Elle souffrait de douleurs peu intenses depuis plusieurs mois. Elle entendait la montre au contact de l'oreille. Après avoir enlevé une notable quantité de cérumen, il put constater que la membrane du tympan était rouge et enflammée. Oreille gauche normale. Catarrhe naso-pharyngien léger. Il prescrit une solution d'acide borique et de borax en instillation, qui soulage quelque peu la malade, mais cinq semaines après les douleurs avaient considérablement augmenté et cette fois la malade les rapporte nettement à l'oreille moyenne et à l'apophyse mastoïde. Au reste, toute la région mastoïdienne est gonflée. A l'examen, le tympan apparaît non congestionné, mais le triangle lumineux a disparu et les deux tiers antérieurs de la membrane présentent un éclat argentin (*silvery lustre*). La trompe est libre. Légère élévation de la température. Il ordonne des cataplasmes sur l'apophyse, le calomel et un fébrifuge à l'intérieur; sous l'influence de ce traitement il se produit une notable amélioration.

Le 28 avril, il n'existe plus qu'une légère douleur de l'oreille et de l'apophyse. Le gonflement avait complètement disparu, le diapason placé sur le vertex, est mieux entendu du côté malade. Pendant les mois qui suivirent, la douleur s'accrut considérablement, surtout à la région mastoïdienne.

L'audition diminue. Pas de gonflement. Pas de symptômes cérébraux. Vésicatoire, traitement anti-névralgique et médication altérante à l'intérieur.

En mars 1884, la trépanation est pratiquée, le tissu osseux était dur et avait l'aspect de l'ivoire. Pansement phéniqué, cataplasme. Après l'opération la douleur diminua sensiblement, et, en juillet 1884, la malade était complètement guérie et l'audition considérablement améliorée.

Le Dr A.-H. BUCK, de New-York, ne croit pas qu'on doive chercher à obtenir la réunion par première intention.

Le Dr KNAPP. — On doit rechercher la réunion par première intention seulement dans le cas où le sinus latéral a été ouvert.

Le Dr Ch. KIPP, de Newark, a observé bon nombre de cas dans lesquels il n'existe aucun signe extérieur de maladie, et où on a trouvé cependant une carie osseuse après incision du périoste. Il en rapporte un cas.

Le Dr Samuel THEOBALD, de Baltimore, estime que la médication spécifique doit occuper une place importante dans le traitement; elle permet parfois d'éviter l'intervention chirurgicale. Il a obtenu d'excellents effets de l'emploi de l'iodure de potassium et du biiodure de mercure, il emploie en même temps les frictions mercurielles.

Le Dr SEXTON, de New-York, montre un certain nombre de photographies et décrit brièvement les cas qu'elles représentent; il n'admet pas les conclusions de Knapp. Il ne croit pas que la douleur soit un symptôme suffisant pour affirmer que l'apophyse mastoïde est envahie.

Le Dr J.-A. ANDREWS. — Une des indications qui doivent guider le chirurgien dans l'ouverture des cellules mastoïdiennes est l'apparition d'un gonflement du disque optique ou une névrite du nerf optique. Lorsque cette lésion apparaît en même temps que l'insomnie et la douleur on doit pratiquer l'opération.

Le Dr A. MATHEWSON, de Brooklyn, fait observer que dans bon nombre de cas dans lesquels l'affection de l'oreille se termine par la mort, l'autopsie ne révèle aucune lésion de l'oreille.

Le Dr A.-H. BUCK indique la façon dont on doit se conduire dans ces cas-là. Ils peuvent se diviser en deux classes : dans la première la mastoïdite se développe chez une personne saine; dans la seconde, il existe depuis un temps plus ou moins long un écoulement purulent de l'oreille. Si la maladie survient dans le cas de trouble auriculaire ancien, la rougeur, le gonflement peuvent manquer, bien qu'on se trouve en présence d'une maladie sérieuse de l'apophyse. On doit alors s'assurer si le pus peut s'écouler facilement. Si non, on doit opérer. Dans les cas aigus, l'intervention est toujours indiquée.

Le Dr BUCK, de New-York, lit alors une note sur : **L'usage de l'iodure de potassium à haute dose et de l'iodure de sodium pour le traitement des cas de surdité rapide dus à la syphilis** (*On the use of large dose of iodide of potassium and sodide of sodium in the treatment of cases of rapid loss of hearing*). — Il rapporte divers cas qu'il a pu réunir et qui ont été publiés par divers auteurs. Deux fois, une amélioration sensible suivit le traitement anti-syphilitique. Il a lui-même traité bon nombre de cas de ce genre par l'iodure de potassium et l'iodure de sodium à hautes doses. Jamais il n'a obtenu la guérison complète, une ou deux fois seulement il a pu obtenir une amélioration passagère. Il pense que ces insuccès doivent être attribués à la destruction d'organes essentiels à la perception des sons, et alors bien que l'on fasse disparaître la cause première du mal, la destruction est trop avancée pour que la fonction puisse se rétablir.

Le Dr SEELY, d'après son expérience personnelle, croit pouvoir affirmer que lorsque la lésion ne cède pas à l'usage des anti-syphilitiques à doses modérées, on ne doit pas espérer obtenir la guérison.

Le Dr BUCK partage cet avis.

MM. les Drs MATHEWSON, JONES, KNAPP et ANDREWS rapportent bon nombre de cas semblables à ceux signalés par M. Buck et dans lesquels le traitement n'a pas donné de résultat.

La séance est levée.

Séance du soir

Le Dr SEELY, de Cincinnati, lit une note sur le : **Traitem-
ment de l'otite moyenne suppurée par le Jéquirity**
(*The treatment of suppurative otitis media with jequirity*).

— Souvent les traitements employés pour obtenir la guérisson de l'otite moyenne suppurée échouent; pour que le traitement dirigé contre elle réussisse, il doit remplir les conditions suivantes: en premier lieu, nettoyer, rendre et conserver perméable la trompe d'Eustache; en troisième lieu, tenir la cavité naso-pharyngienne dans un état d'intégrité parfaite. On ignore souvent cette dernière condition. La muqueuse de la caisse subit souvent des transformations telles qu'elle ne peut guérir que par transformation en tissu cicatriciel; condition semblable à celle qu'on rencontre dans la forme trachomateuse de la conjonctivite.

On a, dans ces derniers temps, traité cette dernière affection en déterminant une vive inflammation au moyen d'infusion de jéquirity. Dans les deux dernières années, le Dr SEELY a traité, de la même façon, certains cas d'otite moyenne suppurée rebelle; il croit cette méthode utile, mais dans certaines conditions bien déterminées, qu'il peut formuler ainsi : 1^o Lorsqu'il existe une destruction considérable de la membrane du tympan; 2^o lorsqu'il existe un gonflement de la muqueuse assez considérable pour rendre les autres méthodes de traitement inutiles ou peu actives; 3^o enfin, lorsque la trompe est libre, condition nécessaire pour régulariser l'inflammation.

Le Dr J.-J. VERMYNE, de New-Bedfort, fait, dans cette séance, deux communications : la première sur la **maladie**

de l'ethmoïde, ses conséquences sur le catarrhe chronique naso-pharyngien. — **Exophtalmie** (*Disease of the Ethmoid, the consequence on chronic catarrh of the naso-pharynx. — Exophthalmos*). — Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, qui vint consulter l'auteur pour une légère exophtalmie de l'œil droit. L'œil était projeté en avant et sur le côté. Pas d'œdème des paupières. Il n'existe aucun dilatation veineuse, conjonctives normales, pas de douleur. L'examen à l'ophtalmoscope, montre le disque optique légèrement saillant, les vaisseaux de la rétine dilatés. Hypermétropie légère à droite, mais la vue est normale pour les deux yeux. Quelques jours avant, elle avait éprouvé de la céphalalgie. Santé générale bonne ; cependant elle est atteinte d'un catarrhe naso-pharyngien chronique, existant depuis 11 ans et qui s'est montré à la suite d'une fièvre scarlatine intense. Le catarrhe naso-pharyngien est surtout marqué à droite. Il n'existe aucune gêne dans les mouvements de la paupière droite. Légère diplopie à droite le matin au réveil, mais elle ne dure que peu de temps. L'auteur songe à un néoplasme développé autour du nerf et institue son traitement en conséquence. Peu de temps après, la malade est complètement remise ; toutefois, la projection du globe oculaire persiste encore. Après une étude plus approfondie, l'auteur est amené à supposer que la maladie peut être produite par une toute autre cause qu'un néoplasme : il examine de nouveau la malade avec soin, et découvre une tumeur dure, immobile, nodulaire, située à l'angle interne de l'œil et évidemment formée par l'os planum.

Tous les symptômes sont alors rapportés au catarrhe naso-pharyngien et le traitement est institué en conséquence. L'auteur considère qu'il a affaire à une tumeur par rétention, analogue à un cas rapporté par Knapp au Congrès international d'ophtalmologie en 1875. Il base son opinion sur ce fait que, souvent dans ce cas on a observé un état pédiculé de l'œil, lui donnant l'aspect d'un œil de homard. Knapp opéra avec succès son malade en enlevant la tumeur avec des ciseaux, mais dans un autre cas rapporté dans les *Archives*

d'otologie, le malade traité de la même façon succomba à une méningite traumatique. A l'autopsie, la paroi osseuse du sinus frontal fut trouvée malade. L'auteur croit que dans des cas de ce genre, on doit se borner à une simple distension mécanique de l'os, ou à faire une ponction exploratrice. Peut-être même, lorsque ces fonctions de l'œil ne sont pas atteintes, doit-on se borner à garder l'expectative.

La seconde communication du Dr Vermyne porte sur un cas de :

Myxofibrome de la base du crâne ayant déterminé la cécité, et sept ans après une surdité complète par destruction du labyrinthe (*Myxofibroma at the basis cranii, causing blindness, and seven years later, complete deafness by destruction of the labyrinth*). — L'auteur vit le malade pour la première fois au commencement de l'année 1876, il se plaignait de troubles et d'affaiblissement de la vue. La vision = 12/XX. Légère congestion du disque optique et des vaisseaux rétiniens. Trois mois après il éprouva de violentes céphalalgies et tous les symptômes de la névrite des nerfs optiques. Application de sanguines, administration de bromure et d'iodure de potassium à haute dose. Sous l'influence de ce traitement, le malade vit son état s'améliorer. L'auteur avertit cependant les parents du malade qu'on a probablement affaire à une tumeur cérébrale et que l'amélioration ne sera que de peu de durée.

Cinq ans après l'auteur voit de nouveau le malade et constate une atrophie secondaire des nerfs optiques. En 1883, l'ouïe du malade diminue graduellement pour disparaître complètement, et la mort survint en 1884.

A l'autopsie on constate une tumeur occupant la partie inférieure de la fosse occipitale gauche, longue de 6 centimètres, ayant 4 centimètres de largeur et 2 d'épaisseur. Le lobe correspondant du cervelet était comprimé par la tumeur, plus dur qu'à l'état normal. Anémie cérébrale. On trouve dans les ventricules une quantité considérable de liquide. La tumeur était implantée sur la portion pierreuse du temporal détruite à ce niveau et ayant déterminé une excavation qui s'ouvrait dans la caisse du tympan.

Les premiers symptômes de la tumeur s'étaient manifestés du côté de la vue; selon toutes les probabilités la tumeur tirait son origine de la dure-mère; et son influence sur l'appareil de la vue et de l'ouïe doit être rattachée à une pression mécanique de la tumeur sur l'appareil de la circulation.

Le Dr CHARLES KIPP rapporte deux cas analogues, dans le premier de nombreux polypes s'étaient développés dans les sinus ethmoïdaux, les autres dans les sinus frontaux.

Le Dr CHARLES KIPP, de Newark, rapporte ensuite un cas d'
Epithélioma du pavillon de l'oreille (*A case of, Epithelioma of the auricle*). La tumeur s'est développée chez un jeune homme de dix-neuf ans, est allée s'accroissant pendant un an. Elle avait envahi le pavillon tout entier et ressemblait à peu près à une masse de tissu granuleux, mais avec une consistance assez ferme. La tumeur a été enlevée et l'auteur depuis n'a pas revu son malade. L'examen pathologique démontre que l'on a affaire à un épithélioma à cellules cylindriques.

Le Dr CH. KIPP montre encore un cas de fibro-lipome enlevé du pavillon chez un homme de trente-un ans.

Le Dr L. HOWE lit une note intitulée :
Hématome du pavillon. Son traitement par l'ergot. (*Haematoma auris, Its treatment with ergot*). — Il s'est développé chez une femme âgée de trente-huit ans, sans cancer. L'auteur fit dans la tumeur des injections d'ergot qui eurent pour effet de faire diminuer considérablement la grandeur du pavillon.

Le Dr SAMUEL SEXTON fait une communication sur :
L'influence de l'irritation des dents sur l'oreille. (*The influence of dental irritation on the Ear*. — L'auteur montre un grand nombre de moules en plâtre montrant l'état des dents dans des cas où les symptômes auriculaires ont été reconnus liés soit à une carie soit à toute autre affection dentaire, et où la guérison s'est produite après amélioration de l'affection dentaire.

Les autres membres de la Société font alors différentes communications :

Le Dr TODD, de Saint-Louis, intitulée : *Nécrose du labyrinthe droit; paralysie faciale complète du même côté; guérison partielle.*

Le Dr BURNETT, de Philadelphie, sur des *phénomènes auriculaires réflexes, dérivant des catarrhes de la cavité naso-pharyngienne, bruits subjectifs de l'oreille.*

Le Dr SPENSER : *simples considérations pour le traitement des inflammations nasales et rétro-nasales et sur son importance et ses relations par rapport aux maladies de l'oreille.*

Sont élus membres de l'association : Dr E.-D. SPEAR, Boston; Dr J. VANDUYN, Syracuse, et le Dr S. O. RICHEY, Washington.

Bureau pour l'année 1885 :

Président, Dr C. H. BURNETT, Philadelphie; Vice-Président, Dr J.-S. PROUT, Brooklyn; Trésorier et Secrétaire, Dr J.-J.-B. VERMYNE, New-Bedfort; Comité de publication. Dr VERMYNE, Dr O. J. GREEN; Comité de présentation de membres, Dr JOHN GREEN, Dr H.-G. MULLER, Dr H.-O. MOYES.

La réunion suivante aura lieu dans le même local que la Société d'Ophthalmologie d'Amérique le jour qui précédentera celui de la réunion de cette Société. — **J. CHARAZAC.**

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Des hémorragies de l'oreille (*Ueber Blutungen aus dem Ohr*), par M. le professeur GRUBER, à Vienne.

L'auteur n'étudie que les hémorragies de l'oreille consécutives à des altérations pathologiques de l'organe de l'audition et qu'il désigne sous le nom d'hémorragies spontanées. Très importantes en pathologie auriculaire, elles peuvent

entraîner la mort, ou tout au moins causer beaucoup d'ennui au médecin.

Les hémorragies dangereuses du pavillon ne s'observent qu'à dans les maladies des vaisseaux eux-mêmes. À ce sujet, l'auteur rapporte plusieurs observations : 1^o Une femme âgée de 36 ans présentait de petites tumeurs sanguines multiples du pavillon qui, à plusieurs reprises, donnèrent lieu à des hémorragies répétées et assez abondantes, que la malade arrêtait elle-même par la compression, mais qui ne laissaient pas, en raison de leur fréquence, d'effrayer et d'affaiblir la malade; elles ne purent être arrêtées que par la destruction de toutes les tumeurs au galvano-cautère; 2^o Un jeune chanteur, atteint d'un anévrisme siégeant sur la face antérieure du pavillon de l'oreille. Ce malade avait, 8 ans auparavant, été traité et guéri par l'auteur, d'une otite moyenne suppurée chronique ayant amené la destruction du tympan et la formation de polypes dans la caisse. Ce n'est que plusieurs années plus tard que se forma une tumeur pulsatile qui avait la grosseur d'un pois. Grüber recommanda au malade de faire lui-même la compression, mais il suivit peu son conseil, et un jour, se trouvant à une fête, il fut pris d'une hémorragie considérable, que l'on arrêta par la compression. Elles se répétèrent plusieurs fois et ne cessèrent qu'après la ligature de la carotide primitive faite par le professeur Weinlechner. Grüber n'a jamais observé d'hémorragie profuse dans les cas d'othématome. Alors même que la tumeur se rompt il ne s'écoule qu'une petite quantité de sang, cela tient à ce que, dans ce genre de tumeur, le sang se coagule très vite. Dans les tumeurs malignes, les hémorragies ne sont jamais très considérables : l'auteur a observé une malade opérée d'un carcinome de la cornée, la récidive eut lieu sur le pavillon. Opération. Grüber enleva non seulement le pavillon mais encore les tissus mous de la région mastoïdienne. Il se produisit une hémorragie si considérable qu'on dut lier cinq artères assez volumineuses pendant toute la durée de la maladie, il n'y a pas eu d'hémorragie du pavillon lui-même. Les hémorragies les plus fréquentes du conduit se produisent à

la suite d'érosions ulcératives de cet organe, elles peuvent être assez considérables. Ce sont les granulations et les polypes du conduit qui donnent lieu aux hémorragies les plus fréquentes. Et lorsqu'on en voit se produire, c'est tout d'abord aux polypes que l'on doit songer. Il en est de même dans la caisse : les hémorragies qui s'y produisent proviennent le plus souvent de polypes qu'on doit soigneusement rechercher. Dans ces cas-là, l'auteur recommande l'usage de tympanoscopes, petits miroirs attachés à un fil de fer et qu'on introduit dans la caisse. Il est cependant des cas où, malgré les recherches les plus minutieuses, il est impossible de déterminer si l'hémorragie vient de polypes ou des tissus normaux eux-mêmes, et où l'on doit se contenter d'un *diagnostic vraisemblable*.

Les hémorragies des petits vaisseaux peuvent être arrêtées par les mêmes moyens que celles déterminées par les productions polypeuses. A moins d'urgence, on ne doit pas trop se presser pour employer des moyens héroïques, car les hémorragies précédent très souvent l'expulsion spontanée des polypes qui s'atrophient, n'étant plus convenablement nourris. Dans les hémorragies dues à des polypes, la destruction du néoplasme est le meilleur mode de traitement. Si la cause de l'hémorragie ne peut être déterminée, on peut user des hémostatiques ordinaires : perchlorure de fer, borax, alun pulvérisé, solution de nitrate d'argent, suivis du tamponnement, qui réussit très bien si le sang vient du conduit ; s'il vient de la caisse, il est plus sûr de faire pénétrer l'hémostatique par la trompe à l'aide du cathéter. Grüber a par ce dernier moyen réussi à arrêter facilement des hémorragies abondantes de la caisse à l'aide de simples solutions de borax, alors que des hémostatiques bien plus énergiques, instillés dans le conduit, n'avaient produit aucun résultat. Dans les cas l'hémorragie par les polypes, si ces derniers sont trop durs pour pouvoir être enlevés par l'anse, on peut lier le pédicule ; et pour cette ligature l'anse même peut servir (Politzer).

Les hémorragies de l'oreille les plus dangereuses sont naturellement celles qui proviennent d'une solution de continuité des gros vaisseaux. Hessler (*Arch. f. Ohr.*, 1882) rap-

porte 43 cas d'hémorragie mortelle de l'oreille dus à la rupture de la carotide et constatés à l'autopsie. Dans plusieurs autres cas, l'autopsie ne put être faite. La paroi osseuse séparant la caisse du canal carotidien, peut être détruite, sans qu'il se produise une hémorragie. Grüber en a observé un cas, qui donne l'explication de la rareté des grandes hémorragies, malgré la fréquence des caries du temporal : Au cours de la suppuration les tuniques vasculaires s'hypertrophient, il se produit une hypergenèse qui empêche la rupture du vaisseau. L'écoulement du sang venu de l'oreille peut s'écouler, soit par le nez, soit la bouche. Le fait est plus rare chez l'adulte que chez l'enfant. L'auteur rapporte un cas observé par lui chez un enfant âgé de quelques semaines seulement. Atteint de gangrène des parties molles de la région parotidienne et du pavillon, il mourut dans le collapsus, après avoir eu par le conduit auditif un écoulement sanguin insignifiant. A l'autopsie, on trouva la portion pierreuse du temporal séparée de la portion éailleuse, une petite artère était rompue et avait amené un épanchement sanguin qui avait fort bien pu déterminer la mort par compression du cerveau.

L'union tardive des deux portions du temporal chez le nouveau-né, crée des conditions favorables pour les épanchements sanguins intra-crâniens. Le sang se fraye plus souvent un passage dans les parties voisines de l'oreille. Grüber rapporte un cas observé par lui dans lequel, en raison des symptômes observés, il porta le diagnostic : otite moyenne suppurée avec perforation du tympan, carie du temporal ? Abcès de la région parotidienne. Méningite.

Il fit une incision au point où la fluctuation était le plus marquée. Il en sortit un liquide sanguinolent, sanieux, très fétide, contenant beaucoup plus de sang que de pus. — Pansement consécutif. — L'écoulement sanguinolent persista malgré un tamponnement léger et fit penser que quelque vaisseau pouvait bien être érodé. Le malade mourut 24 heures après. A l'autopsie on trouva : Méningite de la base du crâne, carie de la selle turcique et du temporal, suppuration

de l'hypophyse cérébrale, thrombose du sinus pétreux supérieur ; pneumonie lobulaire bilatérale. L'examen détaillé du temporal révéla une otite suppurée avec destruction du tympan, du marteau et des branches de l'enclume. L'inflammation s'était frayé une voie au dehors, avait détaché de l'os les tissus mous et formé ainsi une cavité pleine de pus, limitée en arrière par l'apophyse mastoïde, cariée à sa surface. Cette cavité était remplie de sang coagulé, provenant d'une petite branche de l'artère auriculaire postérieure.

Le diagnostic d'une érosion vasculaire n'est pas toujours très facile, alors même qu'un gros vaisseau est lésé, à moins toutefois que le sang ne s'écoule en très grande abondance (cas de Hessler). D'après l'auteur, en dehors de la quantité de sang écoulé, c'est surtout l'écoulement par saccade qui doit faire songer à une érosion de la carotide interne.

Les symptômes fournis par les mouvements de la respiration ne prouvent rien. La compression de la carotide peut encore aider au diagnostic, bien qu'elle ne suffise pas toujours à l'hémorragie. Dans les cas d'hémorragie des gros vaisseaux, la ligature est indiquée ; elle n'est pas toujours efficace et dans un cas de Billroth l'hémorragie continua et emporta le malade, malgré la ligature des deux carotides primitives (*Allgem. Wien. Med. Zeitung*, numéros 1, 2, 3, 1885).

D^r L. L.

Précis des maladies de l'oreille, par M. le D^r GELLÉ (1).

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte aujourd'hui, sans être un traité complet, n'est pas non plus un simple manuel, et le lecteur y trouvera en même temps que la description des affections de l'appareil auditif, les opinions des auteurs les plus connus et les plus autorisés en otologie. L'ouvrage est divisée en dix parties comprenant : l'étude des affections de l'oreille externe, du tympan, de la trompe, de la caisse, de la région mastoïdienne, de l'oreille interne ou labyrinthe. Chacune d'elles précédée des notions anatomiques et physiologiques nécessaires à l'explication des maladies.

(1) J. B. Baillière et fils, Paris, 1885.

giques nécessaires à l'étude et à la compréhension de la pathologie, et de la description des différents moyens d'exploration qui permettent au praticien de faire un diagnostic et d'instituer un traitement.

Ne pouvant dans un compte rendu sommaire passer en revue toutes les affections décrites par l'auteur, nous devons simplement nous borner à mentionner quelques-unes des parties dans lesquelles il a consigné des vues nouvelles et originales. Parmi les affections du conduit auditif mentionnons l'otite externe circonscrite périostique, caractérisée par une altération limitée et très nette du conduit, qui est pour l'auteur d'origine rhumatismale et qui semble avoir pour point de départ le tissu périostique de la portion osseuse du conduit, elle correspond à l'otite moyenne périostique de Duplay. Mentionnons encore les moyens indiqués par M. Gellé pour déterminer l'état fonctionnel des deux fenêtres rondes et ovales, à l'aide de ce qu'il appelle l'auscultation transauriculaire, pendant l'épreuve des pressions centripètes.

Un diapason étant placé sur le frontal, à l'aide d'une poire en caoutchouc, on comprime l'air du conduit, la pression se transmet au tympan et, par la chaîne, à la fenêtre ovale, et dans l'état normal, le son du diapason diminue d'intensité à chaque pression. Au contraire, dans l'état pathologique, le son ne se modifie pas, ce qui indique que la poussée ne dépasse pas le tympan ou que l'étrier est immobile. Il est facile de déterminer si le tympan est mobile ou non. C'est donc un signe d'immobilité de l'étrier, à moins de discontinuité de la chaîne. De plus, si prenant un otoscope à trois branches, une pour le sujet, la seconde pour le soufflet, la troisième enfin pour l'observateur, on fait vibrer le diapason à chaque pression, le son baisse à la fois pour le sujet et l'observateur si l'oreille est saine, pour l'observateur seul quand l'étrier est immobilisé.

L'auteur termine son ouvrage par l'étude de la surdité dans ses rapports avec les maladies générales et locales, à la prothèse auriculaire, à la surdité-mutité et enfin à l'étude des maladies du nez et du pharynx dans leur rapport avec

celles des oreilles. La partie de l'ouvrage consacrée à la surdi-mutité est surtout intéressante à lire, et nous regrettons de ne pouvoir nous étendre ici davantage sur ce sujet. Au reste, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même, qui sera consulté avec fruit, non seulement par le spécialiste, mais encore par le médecin ordinaire désireux de s'initier à cette partie encore peu connue et trop négligée de la science médicale.

J. C.

Les accidents dans les travaux à l'air comprimé à propos des cas observés pendant la construction du pont de Cubzac sur la Dordogne, par M. GÉRARD, ingénieur.

L'auteur rappelle tout d'abord la façon dont on fait les fondations d'une pile de pont au moyen de l'air comprimé. Les ouvriers qui rentrent dans les appareils subissent une *compression*, puis une *décompression*. Il ne se produit jamais d'accident pendant la compression. Il n'en est pas de même pendant la décompression : quand elle est instantanée, la mort est foudroyante. Quand elle est très brusque, les ouvriers ne paraissent pas en souffrir tout d'abord, mais tombent inanimés peu après. Quand la décompression est rapide, ils éprouvent, suivant les cas, des paralysies, des douleurs articulaires, des gonflements musculaires, des démangeaisons ou des picotements très violents. Quand la décompression est lente et graduée, il ne se produit jamais d'accidents.

A l'appui de ces renseignements, l'auteur cite un extrait du rapport de MM. les docteurs Dantagnan et Charron.

Ils rapportent 17 observations. Trois fois la mort est survenue immédiatement après la sortie de la cloche ; un malade a présenté du délire, suivi de démangeaisons intolérables ; trois, des paraplégiés de la vessie ; quatre malades ont eu des vertiges et des vomissements qui ont persisté pendant plusieurs jours ; enfin quatre ouvriers ont été pris de surdité à la sortie de la cloche, surdité qui a été permanente dans un cas, qui s'est améliorée dans d'autres, sans que toutefois l'ouïe soit

redevenue normale. Un dernier malade a eu des hémoptysies assez abondantes. Tel est le résumé des observations de MM. Dantagnan et Charron. A la suite de la lecture de cette communication à la *Société d'hygiène de Bordeaux*, une discussion s'engage. Nous ne nous occuperons ici que des cas de surdité présentés par plusieurs malades, c'est en effet, la partie qui intéresse le plus directement les lecteurs de la *Revue*.

M. le Dr Moure présente quelques observations sur le mode d'action de l'air comprimé et de l'air décomprimé, dans la production des lésions de l'ouïe.

La compression agit de *dehors en dedans*, et on observe presque toujours à la suite de la compression brusque, une ecchymose, ou même une rupture du tympan, un ébranlement de la chaîne, et parfois des lésions des fenêtres et du labyrinthe. Toutefois les surdités qui en résultent sont, en général, susceptibles de guérison ou tout au moins d'amélioration notable, à moins que le labyrinthe n'ait été trop gravement lésé.

Dans la décompression, au contraire, les altérations de l'ouïe procèdent de *dedans en dehors*, ainsi c'est d'abord le labyrinthe qui est le premier et le plus souvent le seul affecté. C'est ce qui explique l'incurabilité à peu près absolue des lésions auditives consécutives à la décompression brusque, au moment de la sortie des cloches à plongeurs.

Les cas de ce genre sont rares, récemment M. Moos d'Heidelberg (*Revue mens. de Lar.*, n° 7, 1884), en a publié une observation.

M. Moure a observé à l'hôpital, service de M. le Dr Lande, un des malades dont a parlé M. Gérard. Cet homme était non seulement complètement sourd, mais il éprouvait aussi de violents bourdonnements (bruits de cloches, de sifflets) dans les deux oreilles, et avait des vertiges extrêmement prononcés.

A l'examen de l'oreille, la perception crânienne à la montre et au diapson (la 5^{e}) était absolument nulle, non seulement sur tous les os du crâne, mais même à l'entrée des méats auditifs.

L'examen objectif de l'oreille permit de constater une légère dépression du tympan, qu'une insufflation dans les caisses par les trompes, parfaitement libres du reste, permit de faire

disparaître. L'état du malade ne fut pas modifié pour cela. Quelque temps après, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une rétrocession naturelle de l'affection, les vertiges disparurent presque complètement, mais la surdité persista. Il est évident que, dans ce cas, comme dans les faits analogues du reste, il s'était agi d'une hémorragie labyrinthique, ayant particulièrement atteint le limaçon, car les vertiges ayant disparu, il est probable qu'il ne s'agissait ici que d'une congestion intense des canaux semi-circulaires. (*Rev. san. Bordeaux et Sud-Ouest*, 10 et 25 déc. 1884 et 17 janv. 1885.)

J.C.

De la paralysie du nerf facial et de la surdité consécutive aux fractures du crâne, par le Dr VÉRON.

A la Société de Chirurgie, séance du 1^{er} octobre, M. Chauvel lit un rapport sur deux observations envoyées par M. Véron :

1^o Un homme de quarante-cinq ans reçoit un coup de canne sur la région temporale : otorrhagie, surdité, rupture du tympan, paralysie du facial, sanguins, vésicatoires. Guérison de la surdité et de la paralysie ;

2^o Un officier tombe de cheval. Otorrhagie, surdité. Paralysie faciale au cinquième jour. Guérison au dixième. Il reste une légère diminution de l'ouïe.

M. Véron localise les lésions dans l'aqueduc de Fallope et croit à une hémorragie de l'oreille interne.

M. Chauvel, contrairement à M. Véron, ne pense pas que les malades soient complètement guéris, puisqu'il reste une diminution de l'acuité auditive.

M. Berger croit qu'on peut expliquer chez le premier malade la surdité et la paralysie faciale par une rupture du tympan et un épanchement dans la caisse ; il ne pense pas en effet qu'un coup sur la région préauriculaire ait pu produire une fracture du rocher. (*France méd.*, 5 oct. 1884.)

Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des affections du labyrinthe, par M. le prof. POLITZER.

A la Société império-royale des médecins de Vienne, M. le

prof. Politzer fait une communication sur ce sujet. Les affections labyrinthiques sont ordinairement secondaires. Il cite deux observations d'inflammation du labyrinthe. La première est un cas d'inflammation leucocythémique du labyrinthe avec production consécutive de tissu conjonctif et osseux ayant entraîné la surdité. Dans la seconde, on trouva à l'autopsie le canal du limacon, le vestibule et les canaux demi-circulaires remplis de tissu osseux.

Dans le traitement des affections du labyrinthe, M. Politzer a obtenu de bons résultats de l'application des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine. Il emploie une solution de 2 0/0, dont il injecte sous la peau de l'avant-bras 2 à 6 gouttes. L'injection est suivie des symptômes suivants : salivation, sueurs, abassourdissements, sensation exagérée de chaleur, etc. Tous ces phénomènes disparaissent après une demi-heure, rarement il survient des vertiges, des vomissements ou du collapsus. On obvie à ces inconvénients en administrant du sulfate d'atropine (0.03 pour 10 grammes d'eau), dont on fait prendre deux gouttes.

On commence, en général, avec deux gouttes, et si le malade supporte bien ces injections, on augmente la dose. Le nombre des injections varie entre 6 et 40. Au bout de huit à quatorze jours, on observe déjà une amélioration notable de l'audition. La pilocarpine donne surtout de bons résultats dans les affections syphilitiques du labyrinthe. C'est ainsi que dans deux cas où il y avait surdité absolue, l'audition s'est tellement améliorée, qu'après quatre semaines les malades purent entendre la parole à une distance de 5 à 5 mètres 1/2.

En somme, M. Politzer a employé la pilocarpine dans 65 cas :

Dans 11 cas de syphilis récente, il a pu noter cinq améliorations notables, et dans 8 cas de syphilis héréditaire, un seul cas de guérison.

Cinq cas d'inflammation de l'oreille moyenne et du labyrinthe n'ont pas été influencés par la pilocarpine. Parmi 23 cas de surdité consécutive aux affections du labyrinthe, on compte 8 succès ; parmi 6 cas de méningite cérébro-spinale épidi-

mique, un seul succès ; parmi 10 cas de sclérose de l'oreille moyenne, un seul succès, et des cas de perforation du tympan avec surdité et inflammation du labyrinthe, un seul a été guéri.

Bien que ces résultats ne soient pas brillants, il faut cependant les regarder comme satisfaisants, si l'on considère qu'on regardait toujours ces cas comme incurables. (*Semaine Méd.*, 27 janvier 1885.)

J. CH.

Les oreillons comme cause de surdité subite (*Mumps as a cause of Sudden Deafness*), par le Dr LEARTUS CONNOR, de Détroit.

Les maladies de l'oreille survenant au cours d'une affection aiguë de nature infectieuse ne sont point chose rare. La nature et le traitement de ces complications auditives sont aussi bien connus. Il n'en est pas de même de la surdité qui survient pendant les oreillons. L'auteur rapporte un cas observé par lui et en réunit trente et un publiés par différents auteurs : Hodgson, Roosa, Knapp; Roosa, Bruner, etc. Et de toutes ces observations il croit pouvoir tirer des conclusions dont nous donnons ici les plus importantes :

1^o Dans quelques cas rares, les oreillons produisent la surdité complète ;

2^o L'origine de la surdité est dans une lésion du labyrinthe ;

3^o La lésion a parfois pour siège le limaçon, mais plus souvent les canaux semi-circulaires ;

4^o Il peut se faire que la maladie se produise par propagation de l'inflammation de la parotide à l'oreille moyenne et de là au labyrinthe.

5^o Le traitement de l'affection labyrinthique a toujours été jusqu'ici sans résultat. (*The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, octobre 1884.)

J. C.

Du vertige au point de vue sémiologique, clinique de M. le prof. POTAINE, recueillie par le Dr DAUCHEZ.

Le vertige est tantôt sympathique et tantôt symptomatique. Il consiste toujours, à quelques degrés près, en une obnubila-

tion passagère avec perte du moi, dans laquelle le malade voit tourner autour de lui les objets environnants, se sent osciller, menacé de tomber à terre, parfois même soulevé par une force invincible.

La fatigue inconsciente des sens ou l'attention prolongée concentrée sur un seul objet peuvent donner le vertige. Des lésions labyrinthiques caractérisées par des changements de direction imprimés aux canaux semi-circulaires peuvent aussi l'occasionner. Mais ce ne sont pas là les seules causes de vertige. La vue peut y participer : tel individu est pris de vertige dans une chambre tendue de papier rayé verticalement ; tel autre en conservant après l'occlusion des yeux, la sensation de l'image perçue réellement un instant auparavant.

A côté de ces variétés physiques du vertige, il existe un vertige psychique (vertige mental), par le fait duquel la volonté semble se dérober. L'auteur en cite différents exemples.

Au point de vue clinique le vertige est un accident nerveux dû à un trouble des sens. De là une singulière prédominance des vertiges auriculaires et oculaires sur les autres variétés. Ces derniers, d'après Abadie, seraient liés à des troubles d'accommodation, tandis que les autres résulteraient d'altérations des canaux semi-circulaires, auxquels les vibrations sont transmises par la membrane du tympan.

L'auteur étudie ensuite le vertige cérébro-spinal et le vertige stomacal ; il fait remarquer, avec Lasègue, que l'intensité de ces derniers n'est jamais en rapport avec l'étendue des lésions. Tout au contraire, la lésion se traduit-elle par des troubles légers, le vertige apparaît : celle-ci s'aggrave-t-elle, le vertige disparaît.

Il n'en est pourtant pas moins certain qu'il existe une relation entre la lésion et l'accident, celui-ci paraissant et disparaissant avec le trouble gastrique (*Revue méd. française et étrangère*, 18 octobre 1884).

J. C.

De la trépanation dans les maladies de l'apophyse mastoïde et du tympan, par le Dr W. WEELER, de Dublin (*Trephning in Mastoid and Tympanic Disease*).

Dans cet article, l'auteur étudie les cas dans lesquels l'inflammation purulente de la caisse ou des cellules mastoïdiennes nécessite la trépanation. C'est dans ces cas d'otorrhée à symptômes cérébraux, qu'Itard désignait sous le nom d'*otorrhées cérébrales*. Il en rapporte trois cas, dans lesquels il a fait la trépanation et où les malades ont rapidement guéri. Passant ensuite en revue les différentes statistiques de trépanation ou de perforation de l'apophyse mastoïde et analysant les résultats obtenus, il constate que dans les 98 cas recueillis par Poinsot, 15 seulement se sont terminés par la mort, tandis que dans 37 cas recueillis par Buck et dans lesquels aucun traitement ne fut tenté, 34 eurent une terminaison fatale. (*The Dublin Journ. of Med. Science*, octobre 1884.)

J. C.

influence de l'otite moyenne aiguë sur la respiration (*The influence of acute otitis media on the respiration*), par le Dr AYMER MACDOUGALL, de Chesterfield.

L'auteur étudie l'influence de l'otite moyenne aiguë sur la respiration, et cite un intéressant exemple d'une femme malade d'un ulcère de l'estomac, chez laquelle on vit le nombre des mouvements respiratoires augmenter rapidement. On chercha la cause: on ne put la trouver que dans une otite moyenne aiguë qui s'était subitement déclarée. Dans cette observation, l'auteur fait remarquer: l'absence de douleur et de bruits subjectifs, chose rare dans l'otite moyenne aiguë.

Il recherche ensuite la cause de l'augmentation du nombre des respirations dans l'otite moyenne. Il la trouve dans les rapports intimes qui existent entre le glosso-pharyngien et le nerf vague. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept. 1884.)

J. C.

De l'épistaxis; diagnostic local et traitement, par le Dr CALMETTE.

Passant en revue les principaux travaux publiés sur l'épistaxis par Michel, Leferts, Voltolini, Chiarilk, etc., le Dr Calmette conclut que l'épistaxis habituelle reconnaît pour cause :
1^o Dans un petit nombre de cas (au moins 3 jusqu'ici) une petite tumeur caverneuse du méat moyen ou du méat inférieur, dans tous les autres cas (au nombre de 30) une érosion qui siégeait une fois sur le plancher de la cloison, 29 fois sur la partie antéro-inférieure; 57 fois dans une seule narine et deux fois dans les deux.

Pour arrêter le sang, il suffit donc d'introduire dans la narine qui saigne un tampon d'ouate et de pincer le nez; pour amener une guérison définitive, le médecin promènera sur la cloison un crayon de nitrate d'argent, s'il n'est pas familiarisé avec la rhinoscopie; il est des cas toutefois où elle est indispensable. (*Gazette médicale de Paris, 10 mai 1884.*)

J. C.

Trois observations d'épistaxis (Three illustrative cases of Epistaxis), par le Dr J. SOLIS-COHEN.

L'auteur rapporte trois cas intéressants d'épistaxis.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, atteint d'abondantes hémorragies des fosses nasales, qui nécessitèrent le tamponnement. L'auteur, recherchant la cause de ces épistaxis, enleva, soit avec les pinces, soit par les pulvérisations un nombre considérable de petits corps noirs qui paraissaient être des escarbilles. Après un mois de traitement le malade guérit.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de quatorze ans, atteint de fréquentes épistaxis. Le traitement par l'ergotine ne donna aucun résultat. Elles étaient produites par de petites ulcérations, siégeant à gauche près de l'angle antéro-inférieur de la cloison. Il les traita par l'aconit à l'intérieur, et les applications locales de nitrate d'argent. Guérison.

Le troisième, porte sur une jeune fille de vingt-quatre ans.

Une épistaxis s'était déclarée fort abondante; on n'en put découvrir la cause dans les fosses nasales. Mais les règles qui auraient dû survenir le jour précédent n'avaient pas encore paru. Persuadé qu'il s'agissait d'une épistaxis supplémentaire, l'auteur ne fit aucun traitement, et le jour suivant l'hémorragie disparut (*The Polyclinic*, 15 septembre 1884). J. C.

Coryza vasomoteur périodique (asthme des foins) chez le nègre (*Coryza vasomotoria periodica, hay asthma, in the negro*), par le Dr John MACKENZIE.

Les auteurs avaient nié l'existence de la fièvre de foin chez le nègre, et en faisaient un argument au sujet de l'influence de la race dans l'étiologie de cette affection. Mackenzie rapporte un cas de fièvre de foin qu'il a eu l'occasion d'observer et de traiter à sa clinique. Nous ne voulons pas résumer ici cette observation fort détaillée; qu'il nous suffise de dire que le malade présentait tous les signes de la fièvre des foins à forme asthmatique.

L'auteur ne croit pas à l'influence de la race, de l'éducation, sur l'étiologie de la maladie. Il admet jusqu'à un certain point l'influence de l'hérédité. Les agents producteurs de l'affection sont multiples et fort différents les uns des autres. Il croit être en mesure d'affirmer que la cause excitante produit son effet : 1^o Par une irritation réflexe directe ou indirecte sur des nerfs sensitifs de la muqueuse nasale; 2^o Par une excitation de l'odorat; 3^o Une simple association d'idée ou une émotion quelconque, peuvent produire le même résultat. Le pollen est simplement une des causes d'excitation, et l'auteur pense qu'il est des cas où son action est des plus faibles, pour ne pas dire nulle, dans la production de la maladie.

Dans la race noire, l'exquise sensibilité de l'odorat, le développement considérable des cornets doivent le prédisposer à la maladie et à des paroxysmes plus violents que chez les autres individus, lorsqu'ils se trouvent en puissance des causes prédisposantes de l'affection (*The Med. Record*, 18 octob. 1884).

J. C.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et C^{ie}, 16, rue Cabirol.