

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 7, n° 9, p. 505 à 552. - Paris : Doin, 1887.
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1887x09>

UN OS ENCLAVÉ A L'UNION DU TIERS SUPÉRIEUR
ET DU TIERS MOYEN DE L'ŒSOPHAGE. ŒSOPHA-
GOTOMIE EXTERNE. GUÉRISON

Par le professeur RAMON DE LA SOTA Y LASTRA,
Docteur en Médecine et Chirurgie, en Philosophie et Lettres.

Le 10 février 1887, je fus appelé pour voir une religieuse qui avait un os de travers dans la gorge. C'était une femme de quarante-six ans, grande et grosse, vouée à l'enseignement dans une pension de Montoro, province de Cordoue. Le 2 du même mois, après avoir servi le souper à ses sœurs en religion, elle se mit à sucer quelques os de poulet, unique nourriture qu'elle s'était réservée, et, au moment, où, aux observations de ses compagnes, elle répondait *qu'elle en avait assez avec les os*, il lui en glissa un assez gros dans la gorge, produisant une douleur si vive et empêchant la respiration à ce point qu'elle et tous ceux qui la voyaient crurent qu'elle s'étouffait. Immédiatement, survint une toux intense dont les accès redoublaient l'exacerbation et la souffrance, et s'accompagnaient d'une sensation de piqûre. Ses efforts avaient pour résultat l'expectoration de mucosités sanguinolentes, et l'os demeurait toujours en place. Elle voulut avaler quelques morceaux de mie de pain, mais elle ne put y réussir, au contraire, la gêne augmenta au point de ne pouvoir les rejeter. Quelques gorgées d'eau passèrent avec difficulté et plusieurs autres furent rejetées par la bouche et par les narines. La patiente elle-même et avec elle nombre d'autres personnes essayèrent mais en vain d'extraire avec les doigts le corps étranger. Ces tentatives n'eurent d'autre résultat que de déplacer la muqueuse du pharynx. On recourba alors une bougie de cire, on l'introduisit dans l'œsophage, et on essaya de pousser l'os qui était retenu dans ce conduit vers l'estomac. Les douleurs atroces que détermina cette manœuvre obligèrent à la suspendre et on fit appeler le médecin. Il se présenta dans la matinée du lendemain, prétexta qu'il n'avait pas d'instrument approprié pour ce cas, et il se

borna à prescrire une pommade belladonée. Sur le conseil d'un de ses parents, la malade sollicita et obtint la permission de son évêque de venir à Séville afin que je la sortisse de la situation affligeante dans laquelle elle se trouvait, car depuis huit jours qu'était survenu ce fâcheux accident, elle n'avait pu avaler qu'avec de grandes difficultés, et encore pas toutes les fois qu'elle eût désiré, de petites quantités de lait, de bouillon ou d'eau; les douleurs allaient en augmentant, et comme la déglutition les redoublait, la pauvre religieuse n'osait pas avaler la salive.

Je procédai à l'examen de la gorge et trouvai la muqueuse très hyperhémie, avec quelques érosions sur la paroi supérieure du pharynx; l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques et les arytenoïdes étaient rouges et tuméfiés; mais je ne pus voir dans l'intérieur du vestibule, la malade ne pouvant supporter l'examen laryngoscopique. J'introduisis aussitôt dans l'œsophage une sonde stomachale, qui pénétra à une distance de dix-neuf centimètres de l'arc dentaire. Je répétais plusieurs fois la manœuvre, et la sonde s'arrêtait toujours au même point, ce qui me confirma l'existence d'un corps étranger à l'union de la portion cervicale avec la portion thoracique de ce conduit; il devait être fortement enclavé car il ne remuait pas quand je le poussais avec la sonde. Je la retirai et j'essayai de passer une bougie, cherchant partout un espace suffisant pour la glisser entre l'os et l'œsophage; quoique j'eusse employé beaucoup de temps et beaucoup de patience, je ne pus arriver à faire passer une sonde du numéro 16 de l'échelle de Charrière. Ces tentatives me firent comprendre que je ne devais pas songer à pousser l'os vers l'estomac et bien moins à le faire sortir par la bouche, et que l'unique moyen qui me restât, était de pratiquer une œsophagotomie externe. Je fis part de cette impression au parent qui lui avait conseillé de venir me voir, et sans lui cacher la gravité de l'opération que je lui proposais; aussi, ne voulut-il pas qu'on intervint avant que le père^{le} de la malade fût arrivé. Il arriva le 21 du même mois.

Je provoquai immédiatement une consultation avec MM. les

D^r Salado, Diaz et Sandino, et nous convînmes de faire l'œsophagotomie externe, si les tentatives d'extraction et d'impulsion ne donnaient pas de résultats satisfaisants.

Le lendemain, avec toutes les précautions exigées, nous essayâmes à différentes reprises, d'accrocher le corps étranger avec le panier de Græfe, et sans résultats; je poussai sur l'os avec la sonde stomachale, sans le remuer. Alors, convaincus qu'il n'y avait plus d'autre moyen que l'extraction, par une voie artificielle, nous procédâmes d'un commun accord à l'opération, après avoir chloroformisé la patiente.

Je ne me servis du bistouri que pour inciser la peau et les aponévroses; les autres tissus furent séparés avec les doigts jusqu'à l'œsophage; grâce à ce procédé, il ne survint qu'une légère hémorragie veineuse qui s'arrêta d'elle-même. Mais, arrivés au niveau de l'œsophage, nous ne pûmes, ni le voir, ni le toucher, recouvert qu'il était par un ganglion de la grosseur d'une amande, circonstance qui m'obligea à décoller plus inférieurement les tissus jusqu'à ce que je pusse insinuer le doigt entre la trachée et la colonne vertébrale, mais je ne pus apercevoir le corps étranger, et je ne me rendis pas compte de ce que je touchais. L'administration du chloroforme fut suspendue et la malade étant revenue à elle, nous lui ordonnâmes d'avaler la salive, comptant sentir par le toucher le mouvement vermiculaire de l'œsophage. Vain espoir, tous les tissus du cou étaient confondus pendant la déglutition, et je ne pouvais me rendre compte de la situation de l'œsophage pour l'inciser. J'introduisis alors par la bouche la sonde stomachale que je remis au D^r Salado et je pus, à travers la paroi de l'œsophage, la sentir glisser sous mon doigt; me guidant par ce mouvement, je portai sur cette partie la pointe du bistouri, faisant dans l'œsophage une incision longitudinale, suffisante pour permettre la pénétration de l'index. Je trouvai l'os avalé à un centimètre et demi au-dessous du point indiqué. A l'aide de pinces courbes, le D^r Salado put l'extraire après plusieurs tentatives, car il était fortement enclavé et les cuillers des pinces glissaient à sa surface.

Comme l'incision du conduit était invisible et très

basse, nous n'essayâmes pas de la suturer, nous contentant de remplir la plaie externe de coton salicylé, après avoir placé au fond un drain, et avoir recouvert le tout d'un pansement de Lister. Pour alimenter l'opérée, nous laissâmes à demeure la sonde stomachale et prescrivîmes une hygiène très rigoureuse.

A la fin de l'opération, l'état général de la malade était très satisfaisant et elle participait à la joie de tous ceux qui l'entouraient. Malheureusement, elle commença à se sentir très surexcitée par la sonde qui occasionnait de la toux et des vomissements. Ceux-ci sortaient partie par le tube et surtout par la blessure, obligeant ainsi à renouveler le pansement toutes les quatre heures.

Le thermomètre marquait alors 38 degrés 2, et le pouls battait 104 fois à la minute. L'opérée avait paisiblement dormi pendant quelques instants, avait évacué une urine naturelle, avait soif et n'était en rien incommodée par sa blessure.

Cette nuit-là, elle dormit bien, quoiqu'elle se réveillât souvent, et alors les vomissements se répétaient.

Le 23. A huit heures du matin. Température 37 degrés 6 ; pouls 112. A sept heures du soir. Température 38 degrés 4 ; pouls 116. Deux fois dans la journée, j'introduisis par la sonde quelques liquides alimentaires : il y eut des vomissements qui souillèrent la plaie et le pansement qu'on dut renouveler.

Le 24. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 8 ; pouls 108. A sept heures du soir. Température 38 degrés 1 ; pouls 108. La blessure se trouve en bon état. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité, mais la sonde stomachale gêne tellement la malade que je me vois obligé de la retirer et de recourir à l'alimentation rectale. Je lui défends d'avaler même jusqu'à la salive, et j'ordonne des lavements de bouillon, de lait, avec du vin de peptone, substances qui sont parfaitement tolérées.

Le 25. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 9 ; pouls 110. La menstruation s'est présentée d'une manière régulière et à son temps. La malade ne se plaint que de la soif.

La plaie reste propre avec un très bon aspect; l'état général ne laisse rien à désirer. L'alimentation est continuée par la voie rectale.

Le 28. A neuf heures du matin, température 38 degrés; pouls 100. Toutes les fonctions se font régulièrement, même la menstruation qui en est arrivée presque à sa fin. Bien qu'elle ait observé une abstinence complète pendant cinq jours, la malade ne sent pas le besoin de prendre de nourriture; cependant on reconnaît que les lavements de bouillon, de lait et de vin de peptone sont insuffisants pour soutenir l'organisme, car il y a de l'affaiblissement et de la décoloration dans les tissus; le pouls est faible et dépressible, le visage a perdu son animation antérieure. En refaisant le pansement, il se présente du sang veineux dont je ne puis découvrir l'origine. Il n'est pas très abondant, mais suffit à inonder la plaie et ne s'arrête pas spontanément. Je bourre avec des boules de coton salicylé bien serrées et je place par-dessus un gros gâteau du même coton, couvrant le tout avec le pansement de Lister. L'hémorragie paraît arrêtée. A sept heures du soir, tout le pansement est souillé de sang, mais comme je n'en vois couler nulle part, je préfère laisser pour le lendemain le nettoyage de la plaie. Température 37 degrés 5; pouls 96.

1^{er} mars. A neuf heures du matin. Température 37 degrés 6; pouls 92. Pouls très faible, extrémités légèrement froides; il y a du malaise et de la fatigue. Pendant la nuit, la malade a dormi peu; elle a craché du sang en petite quantité, il en est aussi sorti au dessous du pansement tachant la chemise et imprégnant plusieurs mouchoirs que la malade avait placés au-dessous de la chemise. En découvrant la plaie, j'aperçus un grand caillot qui en occupait toute la profondeur.

Je le détachai, et le sang jaillit en aussi grande abondance et de la même manière que le jour précédent. Il sortait du fond de la plaie, et il me fut impossible de reconnaître exactement en quel point. Dès le premier moment où je vis cette hémorragie, je songeai à la magnifique conférence donnée à l'hôpital de la Princesa, à Madrid, par mon savant ami, l'éminent chirurgien espagnol, M. Frédéric Rubio et Gali, à propos des

angiomes aigus des surfaces saignantes, et de leur traitement par des boulettes de charpie avec lesquelles on frotte toute la surface de la plaie en réitérant plusieurs fois la manœuvre. J'agis ainsi et attendis ; bientôt, le sang cessa complètement de couler. Existait-il un angiome ? Je le croirais volontiers eu égard au résultat de la friction, unique moyen capable d'arrêter ces hémorragies, d'après M. le Dr Rubio. Comme l'état général de la malade témoigne d'une grande faiblesse, je n'ose pas continuer la diète absolue, malgré ce que je savais des jeûneurs américains et italiens, et, avant de panser la plaie, j'administrai à l'opérée quelques aliments liquides, pour voir s'ils sortaient par la blessure même. Cela arriva en effet, ce qui ne m'étonna pas trop, car le sang rendu, la nuit précédente, dénotait que la paroi de l'œsophage n'était pas cicatrisée. Je recourus au gavage avec la sonde stomachale, l'introduisant et la retirant trois fois par jour.

Pendant quinze jours, la malade put de cette façon absorber un demi-litre de lait de vache, un litre de bouillon, cent vingt grammes de vin de Xérès, quatre cuillerées de poudre de viande et un litre d'eau par jour. Les premiers jours je me bornai à introduire la sonde dans l'œsophage à quelques centimètres seulement au-dessus de la plaie ; mais voyant que les vomissements persistaient sans cesse, et que la plus grande partie de la nourriture était rejetée par le cou, je mis le tube dans l'estomac et obtins une tolérance relative quoique incomplète. Comme l'état général se relevait et que la malade reprenait des forces, elle quitta le lit le neuf mars.

La plaie étant très réduite, je m'enhardis à donner une nourriture solide mais légère. La malade avale avec difficulté ; une partie assez considérable sort par l'ouverture de la plaie et une partie reste arrêtée entre les tissus. Je renonce à cet essai d'alimentation naturelle et j'use de nouveau de la sonde pendant vingt autres jours.

Au bout de ces vingt jours, la plaie est presque cicatrisée ; il ne reste plus qu'un trajet s'étendant de la peau à l'œsophage. Le pus est peu abondant et louable. Je supprime la sonde pour alimenter la patiente. Elle avale bien la nourriture solide

et une petite quantité seulement passe par la fistule. Il en est de même pour les liquides. La restauration de la malade est sensible, depuis qu'elle a repris à manger, et quoiqu'elle ait commencé à souffrir de douleurs musculaires rhumatoïdes en même temps qu'apparaissent fréquemment le soir des accès fébriles qui nécessitent l'administration de fortes doses de quinine.

Les jours passent et la situation reste la même. Je crains à la fin qu'il ne reste une fistule œsophagienne permanente. Pour l'éviter, je place dans le trajet un morceau de catgut trempé dans une solution de nitrate d'argent. Il se développe dans le tissu cellulaire une inflammation qui disparaît au bout de peu de jours, sans aucun avantage. Nouvelle introduction du catgut avec les mêmes résultats. Je me décide à injecter une solution de chlorure de zinc à 10 0/0, avec laquelle, il y a quatre ou cinq ans, j'obtins la guérison de deux fistules laryngiennes. Le lendemain, je remarque une dépression au fond de la plaie, je résèque les bords, je nettoie et remplis de coton salicylé. Aucun des aliments ni solides, ni liquides ne sortent plus par le cou; il apparaît une granulation de bon aspect, et au bout de dix-huit jours la cicatrisation est complète. Un mois s'est écoulé depuis, et la cicatrice persiste en bon état.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous montre tous les inconvénients pouvant résulter des manœuvres exécutées par des personnes inexpérimentées, dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. Il est probable que l'os avalé par la religieuse s'était arrêté à l'entrée de l'œsophage, d'où il eût pu être extrait en agissant avec habileté et prudence.

L'introduction des doigts, en pareil cas, détermine des lésions de la muqueuse de la gorge et une inflammation empêchant, ou rendant tout au moins difficiles, les opérations ultérieures qu'exigent la constatation et l'extraction du corps étranger.

Il y a souvent péril à ce qu'une main inhabile intro-

duise une bougie dans la gorge, car au lieu de pénétrer par le pharynx dans l'œsophage, on peut aller dans le larynx, et, avec la meilleure intention, occasionner de graves accidents. Pousser sans discernement avec la même bougie sur le corps étranger a souvent pour résultat de le mettre dans une situation pire que celle où il se trouvait, comme je présume qu'il a dû arriver à mon opérée.

Les tentatives violentes d'extraction ou de propulsion, même quand elles sont faites par une personne experte, sont très préjudiciables, car, comme dit le Dr Berns, d'Amsterdam la grande mortalité de l'œsophagotomie externe, ne dépend pas de l'opération elle-même, mais des lésions produites à l'œsophage par les efforts d'extraction et par la forme pointue et irrégulière du corps étranger. Aussi, dès que je connus que le corps était enclavé et qu'il ne se remuait pas, quand je fis l'exploration et qu'une mince bougie ne passait par aucun point au niveau de la portion thoracique de l'œsophage, je renonçai à agir par les voies naturelles, et me décidai à pratiquer l'œsophagotomie.

Dans d'autres circonstances, j'aurais procédé d'une manière différente. Le 27 mai dernier, on porta à la Polyclinique de l'École de Médecine un enfant qui, quatre jours auparavant, avait avalé une pièce de cinq centimes; depuis il ne pouvait plus avaler que des liquides. Par la palpation, je découvris dans la partie latérale gauche du cou, au niveau du quatrième ou cinquième anneau de la trachée, une protubérance dure et arrondie, que je supposai être la pièce de monnaie.

J'introduisis avec douceur la sonde stomachale, qui fut arrêtée au niveau de la saillie. Ayant sorti la sonde, je mis une bougie du n° 20 de la filière Charrière, qui passa avec beaucoup de facilité. Aussitôt, j'introduisis le panier de Grèfe qui glissa parfaitement au-dessous de la pièce qui, ainsi saisie, sortit de suite, sans avoir occasionné le moindre inconvénient, malgré toutes ces manipulations.

J'aurais désiré opérer la religieuse, aussitôt que je me suis convaincu de l'existence de l'os, car je comprenais que sa présence dans l'œsophage devait être très préjudiciable, comme l'assure aussi le Dr Berns. Je dus cependant attendre douze jours, pendant lesquels je me bornai à prescrire la meilleure nourriture pour la patiente.

Le décollement des tissus pendant l'opération faite avec douceur, était le meilleur moyen de traverser sans risques la région par où je devais passer pour arriver au point voulu. Pour préciser ce point, j'eus besoin d'introduire la sonde stomacale, et si j'avais recouru plus tôt à ce procédé, comme le conseille Malgaigne (1) qui qualifie avec justice de vanité puérile la prétention d'ouvrir en toute sûreté l'œsophage, en se fondant uniquement sur les rapports anatomiques, je n'aurais perdu ni mon temps ni ma patience à faire d'inutiles tentatives.

La mensuration exacte de la longueur de sonde qui pénétrait dans l'œsophage depuis l'arcade dentaire, me permit de diagnostiquer exactement le point où l'os s'était arrêté. Cette connaissance me fut utile dans l'opération, car, malgré la présence d'un ganglion sur mon passage, je pus néanmoins me diriger jusqu'en bas et inciser dans ce point l'œsophage, sûr que j'étais de faire mon incision au-dessus et à peu de distance du corps étranger que je pourrais de la sorte extraire, sans déchirer la muqueuse du conduit.

Si j'avais pratiqué l'opération immédiatement après l'accident, j'aurais soumis la religieuse à une diète complète pendant quinze à vingt jours ou un mois, lui administrant des lavements alimentaires. De cette manière, la blessure aurait pu se cicatriser pendant ce temps et l'opérée n'aurait pas été exposée à garder une fistule. La suture de l'œsophage n'était pas praticable dans le cas présent; il me semble difficile de la faire jamais, car

(1) MALGAGNE. *Manuel de Médecine opératoire*; Tome II, page 338. Traduction espagnole de la 8^e édition française.

très rarement elle serait efficace. La sonde à demeure est gênante plutôt qu'inoffensive. Dans mon observation, non seulement elle a été inutile, mais bien plus, elle a été nuisible. J'ai reconnu qu'il valait mieux ne l'employer que pour administrer la nourriture, dont le passage à travers la plaie occasionne moins d'inconvénients que le contact continué de la sonde.

Le chlorure de zinc, du reste, m'a été d'un précieux secours, comme dans bien d'autres cas, pour hâter la cicatrisation et éviter un trajet fistuleux permanent.

CLASSIFICATION DES MUSCLES LARYNGÉS

Par le Dr MOURA (suite) (1).

§ IV. — LE LARYNX, ORGANE DE PHONATION.

Envisagé comme organe de l'appareil phonateur, le larynx est une sorte de caisse sonore dans laquelle sont disposées, parallèlement et symétriquement, deux anches membraneuses qui forment l'embouchure d'un instrument de musique ayant la plus grande analogie avec celle du basson. Ces deux anches, libres seulement à leur extrémité ou bord supérieur, ne sont point rigides; elles sont élastiques en tout sens, c'est-à-dire modifiables dans leurs trois dimensions : longueur, largeur, épaisseur, sans altération de leurs éléments anatomiques.

L'anche du basson est formée de deux languettes accouplées, libres, il est vrai, sur deux côtés comme à leur extrémité supérieure. Cette anche ne possède pas l'avantage de s'élargir, ni de s'amincir, défauts qui sont compensés par les nombreuses variations de longueur qu'elle peut subir dans sa partie vibrante.

Quant à l'anche humaine, ses propriétés élastiques ne sont mises en jeu que dans des limites très restreintes. Mais d'autres propriétés physiques et organiques donnent au son qu'engendrent ses vibrations, des qualités spéciales qui le rendent inimitable au moyen des instruments de fabrication industrielle.

(1) Voir *Revue* n° 7, juillet 1887.

Nous retrouvons ici les deux vantaux de la porte-écluse transformés en lèvres et cordes vocales par l'action d'agents moteurs volontaires qui leur communiquent plusieurs sortes de mouvements. Le passage de l'air respiré subit en même temps, dans ses degrés d'ouverture, des modifications profondes qui ont pour but de régler la sortie de la colonne d'air expulsée, de lui conserver l'énergie et la rapidité nécessaires aux vibrations de l'ancre glottique.

Ce sont ces agents diversement appelés : muscles *intrinsèques* et *extrinsèques*, *constricteurs* et *dilatateurs*, *adducteurs* et *abducteurs*, *glottiques* et *vocaux*, que l'on a cherché à classer tantôt anatomiquement, tantôt physiologiquement, et tantôt comme puissances respiratoires et phonétiques à la fois.

Nous avons déjà dit que ces classifications étaient insuffisantes et ne répondaient pas aux besoins de la science laryngologique. Il nous semble pourtant possible de réaliser ce desideratum en donnant pour bases à la nouvelle classification, l'anatomie et la physiologie réunies, et pour but la phonation.

La division en intrinsèques et extrinsèques a le grave inconvénient de ne rien déterminer à propos des changements et des mouvements que les muscles laryngés impriment aux lèvres de la glotte pour en faire l'ancre vocale ; ce fonctionnement est cependant sous l'influence des muscles intrinsèques ou intra-laryngés.

Celle de constricteurs — mot impropre — et dilatateurs s'adresse aux mouvements qui relèvent à la fois de la pathologie, de la respiration et de la phonation.

La division en adducteurs et abducteurs ne comprend que des muscles ayant pour rôle de rapprocher et d'éloigner les bords de la glotte ; comme la précédente elle ne fait aucune distinction entre les mouvements et les modifications qui s'y produisent pendant les actes de la respiration et de la phonation.

La classification du professeur Béclard en *glottiques* et

vocaux est une tentative faite vers la solution scientifique. On reconnaît que la première expression se rapporte, dans l'esprit du classificateur, au fonctionnement de la glotte dans l'acte de la respiration et la seconde à celui des muscles dans l'acte phonateur; mais elles reposent sur un cercle vicieux, car les muscles vocaux sont *glottiques* pendant la phonation, c'est-à-dire modificateurs de l'orifice de la glotte; en outre, elles ne donnent aucune idée des changements de forme qui s'opèrent dans les replis de la glotte, ni des divers mouvements dont ils sont le siège, malgré les explications de son auteur.

En somme, ces essais de classification n'ont pas fait avancer la question qui préoccupe tout le monde, celle de la théorie de la voix.

§ V. — DIVISIONS FONDÉES SUR L'ANATOMIE, LA PHYSIOLOGIE ET LA PHONATION.

Dans notre revue clinique des *Laryngopathies*, publiée en 1874, nous disions, au chapitre des altérations fonctionnelles, page 85 :

« Comme le cœur, le larynx (c'est-à-dire la glotte) jouit de deux mouvements contraires, la *contraction* et la dilatation. Les noms de *systole* et *diastole* peuvent donc s'appliquer à chacun d'eux.

» Les cordes vocales jouissent d'un troisième mouvement tout à fait *indépendant* de ceux de rapprochement et d'écartement; c'est un mouvement de tension proprement dit. Ce mouvement se produit d'avant en arrière, alors que le cartilage thyroïde étant fixé par les muscles élévateurs laryngiens, le cricoïde est, à son tour, porté en haut par les thyroïo-cricoïdiens.

» Un seul mot, d'origine grecque, exprime ce mouvement; c'est l'adverbe *αψ* dérivé lui-même de la préposition *από*. Les noms *Apsbole* et *Apsolique* désigneront, en conséquence, et qualifieront la tension seule (en long) des cordes vocales. »

Voici maintenant un extrait de notre mémoire présenté

à l'Académie de Médecine, le mardi 29 mars 1887, sur notre théorie de la voix :

« Les physiologistes qui ont considéré les replis de la glotte comme des *ligaments*, des *rubans* ou des *cordes*, ont admis que l'action musculaire avait pour effet de les allonger seulement, leur communiquant ainsi la tension nécessaire à l'émission des sons.

» Ceux qui, au contraire, les ont regardés comme des *languettes membraneuses*, des *anches* ou des *lèvres*, ont entendu par le mot *tension*, le développement en largeur et en longueur, c'est-à-dire en surface de ces replis ; selon eux, les muscles intrinsèques du larynx produisent à la fois l'allongement et l'élargissement, l'*extension* et la *distension* des lèvres de la glotte.

» C'est bien en long et en large que cette tension a lieu en effet. L'observation laryngoscopique, tout en confirmant le fait, a permis de l'analyser, de le dédoubler et de reconnaître que l'action musculaire qui produit la tension en largeur n'est pas la même qui opère l'allongement. Ces deux espèces de tensions sont dues à deux mécanismes physiologiques différents. Sous le nom de *systole* ou de *distension*, nous désignons le *développement transversal* ou en surface des replis de la glotte, et sous celui d'*apstole* ou *tension en long*, leur *allongement*. »

Enfin, dans notre mémoire sur le *Rôle physiologique du muscle arytenoïdien*, communiqué à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, session d'octobre 1886, nous nous exprimions ainsi, à propos de la distribution anatomique et physiologique des muscles intrinsèques :

« Ces agents ont été distribués par la nature sur trois plans bien distincts, suivant le rôle que les faisceaux musculaires dont ils sont formés doivent remplir.

» Le premier plan, *antérieur*, est constitué par les thyroéo-cricoïdiens dont la contraction produit l'allongement d'avant en arrière des lèvres de la glotte, c'est-à-dire l'*apstole* ; nous l'avons désigné en conséquence par le qualificatif d'*apstolique*.

» Le second plan, *interne ou médian*, comprend les crico-aryténoïdiens latéraux, les thyréo-aryténoïdiens externe et interne, muscles qui ont pour rôle de rapprocher les lèvres de la glotte et de les tendre transversalement, c'est-à-dire en surface; ils produisent, en un mot, la *systole glottique* ou laryngée et doivent être appelés, par cela même, *plan et muscles systoliques*.

» Enfin le troisième plan, que nous avons dit *postérieur* à cause de la situation de ses faisceaux musculaires en arrière du larynx, est composé de l'aryténoïdien et des crico-aryténoïdiens postérieurs dont le rôle est d'écartier les lèvres vocales, d'ouvrir transversalement la glotte. C'est donc un plan musculaire *diastolique*; il effectue la dilatation de l'orifice ou *diastole glottique*, c'est-à-dire le relâchement, l'écartement de ses bords.

» Dès à présent, nous pouvons établir notre classification en nous servant de la triple base de l'anatomie, de la physiologie et de la phonation ou mieux *phonologie*, et en prenant pour point de départ la division anatomique fondamentale de nos devanciers en muscles intrinsèques ou intra-laryngés et muscles extrinsèques ou extra-laryngés. »

§ VI. — CLASSIFICATIONS PAR LE DOCTEUR MOURA

La première classe que nous appelons *intrinsèques phonétiques*, comprend trois ordres d'agents moteurs vocaux, savoir :

1^o Les agents *systoliques* dont les faisceaux musculaires ont pour rôle de fermer à volonté l'orifice glottique.

Cet ordre renferme trois groupes ou genres :

Le premier, que nous nommons *systoliques-adducteurs*, rapproche les bords de la glotte, jusqu'au contact, les déployant et en faisant deux anches prismatiques;

Le second, que nous désignons sous le nom de *systoliques-tenseurs*, tend la partie vibrante des anches, la diminue ou l'augmente, suivant que le ton de la gamme ou du registre vocal monte ou descend lui-même ;

Le troisième dénommé *systoliques-vestibulaires* règle la tension des parois du vestibule sus-glottique.

2^o Les agents *apstoliques*, dont les faisceaux musculaires ont pour rôle d'effectuer la tension en long, c'est-à-dire l'*allongement d'avant en arrière* des bords de la glotte déjà transformés en prismes par les *systoliques-adducteurs*, et tendus en surface par les *systoliques-tenseurs*.

Un seul groupe compose cet ordre ou ce plan musculaire ; nous le nommons *apstoliques-tenseurs*.

3^o Les agents *diastoliques*, dont les faisceaux musculaires écartent les bords de la glotte, dilatent transversalement et à volonté son orifice.

Cet ordre comporte deux groupes ou genres :

Le premier, appelé *diastoliques-interligamentaires*, ouvre la partie antérieure ou membraneuse des bords de la glotte, à volonté, c'est-à-dire activement ; il produit le relâchement des lèvres vocales.

Le second a été nommé *diastoliques-interaryténoidiens* ; il a pour fonction d'ouvrir, à volonté, la partie postérieure ou cartilagineuse de l'orifice glottique ; il préside à la détente de l'ancre vocale.

Quant aux agents moteurs extrinsèques, leur action commune consiste à aider *phonétiquement* celle des agents intrinsèques, en élevant ou abaissant, tantôt directement, tantôt indirectement le larynx, et contribuant ainsi à produire la *systole* ou la *diastole* laryngée, c'est-à-dire à fermer ou à ouvrir l'orifice de la glotte.

Une seule classe compose cette grande division anatomique. Nous la désignons sous le nom d'*extrinsèques-glottiques*, parce que, en définitive, les nombreux faisceaux musculaires qui entrent ici en action aboutissent, au point de vue *phonologique*, à fermer ou à ouvrir la glotte.

Cette classe comprend deux ordres, savoir :

Le premier, appelé *élévateurs-systoliques*, effectue l'ascension du larynx et le rétrécissement de la glotte.

Il se divise en deux groupes :

L'un, qualifié de *direct*, parce que les muscles qui en

ont partie ont leurs attaches mobiles insérées sur l'une des pièces cartilagineuses du larynx, tandis que leurs attaches fixes le sont sur un point plus ou moins éloigné de cet organe.

L'autre, nommé *indirect*, parce que les agents musculaires qu'il comprend n'ont aucune de leurs insertions sur l'organe vocal.

Le second ordre est dit *abaisseurs-diastoliques*; ses faisceaux musculaires, en se contractant, entraînent la descente du larynx et la dilatation transversale de la glotte. Comme le premier il comprend deux groupes; l'un et l'autre portent les noms de *directs* et *indirects*, par les mêmes raisons que nous venons de faire connaître.

Telle est la classification que nous soumettons à l'attention de nos confrères et collègues de la Société. Nous en donnons le tableau synoptique avec les noms des agents musculaires qui composent chaque groupe. En terminant ce travail, nous ferons remarquer que nous avons évité de nous servir du qualificatif *constricteur de la glotte*, parce qu'il convient à un état spasmodique ou pathologique, et non à un état physiologique ou normal de cet orifice.

Divi- sions.	CLASSIFICATION DES MUSCLES DU LARYNX			
	Classes	Ordres	Groupes ou genres	Faisceaux musculaires
Intrinsèques laryngés.	Phonéti- ques pro- duisant :	la Systole laryngée ou glottique.	Systoliques. — Ad- ducteurs.	Crico-aryténoïdiens latéraux.
			S. Tenseurs.	Thyréo-aryténoï- diens internes.
			S. Vestibulaires.	Thyréo-aryténoï- diens externes.
		l'Apostole la Diastole.	Apostoliques-ten- seurs.	Thyréo-cricoïdiens.
			Diastoliques-Liga- mentaires.	Crico-aryténoïdiens postérieurs.
			Diast.-Aryténoïdiens	Aryténoïdien.

Divi- sions.	CLASSIFICATION DES MUSCLES DU LARYNX			
	Classes	Ordres	Groupes ou genres	Faisceaux musculaires.
Extrinsèques laryngés.	Glottiques	Elévateurs	Directs	Hyo-thyréoidiens Pharyngien inférieur.
		Systoliques	Indirects	Pharyngien moyen, muscles sus-hyoïdiens.
	Abaisseurs Diastoliques.	Abaisseurs	Directs	Sterno-thyréoidiens
		Diastoliques.	Indirects	Sterno-hyoïdiens. Scapulo-hyoïdiens.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

9^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-YORK LES 26, 27
ET 28 MAI 1887. (Suite et fin.) (1)

Vendredi 28 mai.

Traduit de l'anglais (2), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

Le Dr J. SOLIS-COHEN prend la parole sur le **traitement de la laryngite chez les personnes à qui leur profession interdit le repos** (*The treatment of laryngitis in professionals who are unable to rest*).

Certains malades viennent parfois nous trouver pour un enrouement consécutif à un laryngite aiguë; ils sont dans l'obligation de parler quelques heures plus tard. Le meilleur moyen d'obtenir ce résultat consiste à administrer au malade un violent émétique et à le laisser ensuite en repos en lui faisant sucer des morceaux de glace et garder des compresses froides sur le cou. Dans la laryngite chronique rien ne vaut les solutions faibles de sulfate de zinc employées en pulvérisation à la dose de 0,10 à 0,12 centigrammes pour 30 grammes

(1) Voir *Revue*, n° 8, août 1887.

(2) D'après le *Medical News* et le *Medical Record* des 4 et 11 juin 1887.

d'eau. Dans l'intervalle, si l'enrouement persiste, le malade peut faire des inhalations avec de la teinture de benjoin. Un autre remède qui rend également des services, employé en inhalations, c'est la térébenthine, le téribène ou l'eucalyptol, ou ces trois substances mélangées ensemble. L'auteur engage parfois le malade à répandre un peu de térébenthine sur le plancher de sa chambre.

Le Dr T. A. DELBOIS a acquis une certaine expérience sur ce sujet ; il a fait usage de sulfate de zinc, mais toujours il a vu l'enrouement persister, à moins que le malade ne garde le repos de la voix. Chez les chanteurs, la cocaïne dans le larynx produit des résultats désastreux.

Le Dr BEVERLEY ROBINSON, de New-York, constate que, d'après son expérience personnelle, on peut, dans les cas de laryngite aiguë, employer un traitement moins énergique qu'un émétique. Dans les cas de ce genre il a employé avec avantage des pastilles de chlorure d'ammonium administrées tous les quarts d'heure. Comme traitement local il préconise les pulvérisations à l'acide phénique. Dans la laryngite chronique des chanteurs, il croit que l'aspect de la muqueuse ne suffit pas à donner des renseignements certains.

Dans les cas de ce genre, il a souvent trouvé les cordes vocales rouges, et cette rougeur persiste souvent après la disparition des troubles vocaux. La cause de l'altération de la voix est alors d'origine nervo-musculaire. Le vin de coco à l'intérieur et la faradisation sont très utiles dans les cas de ce genre. La faradisation doit être répétée une ou deux fois par jour.

Le Dr BOSWORTH fait observer que, très souvent, dans la laryngite, la maladie ne siège pas dans le larynx, mais dans les fosses nasales. Si l'on fait des applications de cocaïne qui amènent la rétraction des vaisseaux de la muqueuse nasale, et des attouchements d'acide chromique sur cette même muqueuse, on voit souvent la laryngite disparaître.

Le Dr SAJOURS considère l'action de la cocaïne comme mauvaise dans la laryngite. Il a fait usage de solutions à 4 et

10 0/0, et toujours il s'en est mal trouvé. Dans le coryza, la cocaïne est utile, mais on doit l'employer quatre heures avant le moment de chanter. Le plus souvent, la laryngite chronique est le résultat de la fatigue.

La cocaïne et la noix vomique à l'intérieur, les courants faradiques à l'extérieur, constituent les meilleures mesures à employer.

Le Dr GLASCOW, dans les cas de ce genre, s'attache à traiter exclusivement le larynx, sans s'occuper des fosses nasales. Il fait dans le larynx des applications iodo-phéniquées.

Les Drs MORRIS et J. ASCH, de New-York, préconisent le perchlorure de fer en applications locales (trente à soixante grains pour une once d'eau).

Les Drs HOOPER, MACKENSIE, WESTTROOK, prennent part à la discussion.

La séance continue par la lecture d'un mémoire du Dr Charles H. KNIGHT, de New-York, sur le **galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales** (*The galvano-cautery in the treatment of hypertrophied tonsils*).

Il rappelle les objections faites au sujet de l'excision des amygdales. La principale est le danger de l'hémorragie. Parfois les amygdales sont si profondément situées, qu'il est impossible de les saisir avec l'amygdalotome. Il est aussi des cas dans lesquels les malades se refusent absolument à une opération sanglante. On peut faire usage du galvano-cautère de deux façons : par l'ignipuncture, et par le serre-nœud galvanique. La première méthode est, de beaucoup, la plus lente. On ne peut faire guère plus de trois pointes de feu à chaque séance ; le nombre des séances nécessaires varie de 5 à 10. L'emploi du serre-nœud est beaucoup plus rapide. On doit interrompre alternativement le courant, et l'on ne serre que pendant le passage du courant. On doit employer le galvano-cautère toutes les fois qu'il existe des chances d'hémorragie, et, règle générale, on doit surtout en faire usage chez les adultes.

Le Dr SAJOURS considère l'emploi du serre-nœud comme une méthode excellente. Il a employé l'ignipuncture, mais il en est peu partisan. Quand il en fait usage, il l'emploie concurremment avec l'acide chromique appliqué sur les parties qui ont été brûlées.

Le Dr ROBINSON considère le galvano-cautère comme une des meilleures méthodes d'ablation des amygdales. On peut ainsi les enlever sans courir aucun risque.

Le Dr JUZALT a fait usage du galvano-cautère, mais il a toujours vu un certain degré d'inflammation à la gorge suivre son emploi. Chez les enfants, pour éviter les douleurs et le *shock* nerveux, il anesthésie le malade et procède à l'ablation avec le serre-nœud.

Le Dr ALLEN estime que les dangers de l'hémorragie sont plus grands qu'on ne le croit. Tous les cas malheureux n'ont pas été rapportés. Avant de se résoudre à employer l'instrument tranchant on doit essayer d'abord les autres méthodes de traitement.

Le Dr DELAVAN est d'avis que lorsque l'amygdalotomie est pratiquée avec soin et qu'on a sous la main tous les agents styptiques nécessaires, le danger de l'hémorragie n'est pas considérable. Tout d'abord il s'écoule une certaine quantité de sang qui s'arrête au bout de quelques secondes. Il est difficile de trouver des observations authentiques d'hémorragie sérieuse consécutive à cette opération.

Le Dr ASCH, en ce qui concerne l'hémorragie, rapporte qu'un de ses assistants, il y a quelque temps, enleva une petite portion d'amygdale. Le jour suivant, une hémorragie sérieuse survint et l'on dut, pour s'en rendre maître, pratiquer la compression de l'amygdale pendant six heures. Dans un autre cas, à sa connaissance, on dut pratiquer la ligature de la carotide primitive.

Le Dr COHEN croit que les accidents qui surviennent à la suite de l'amygdalotomie proviennent de l'adhérence de l'amygdale au pilier antérieur du voile du palais. L'hémor-

ragie provient le plus souvent de la section du pilier. Il n'a pas obtenu avec le galvano-cautère le même succès que l'auteur du mémoire précédent.

L'ignipuncture a exigé de vingt à cinquante séances. En appliquant le galvano-cautère tous les jours ou tous les deux jours, les amygdales sont détruites en un mois ou six semaines.

Le Dr BEVERLEY ROBINSON présente une note sur une cause fréquente d'épistaxis (*A frequent cause of nasal hemorrhage*).

D'après son expérience, les *ulcération*s dans la rhinite atrophiique sont une cause fréquente d'hémorragie. Il détache les croûtes qui adhèrent à ces ulcerations à l'aide de douches ou de pulvérisation ou avec des pommades. Au bout de deux ou trois jours, le malade peut lui-même rejeter ces croûtes. Il recommande vivement la pommade mercurielle ammoniacale (*ammoniated mercury*) de la pharmacopée. Pour l'application des tampons dans les cas d'hémorragie, il se sert de la sonde flexible de Steele, recommandée par le Dr J. Solis-Cohen.

Le Dr S. W. LANGMAID lit un mémoire sur les causes constitutionnelles des affections de la gorge (*Constitutional causes of throat affections*).

Les causes des maladies de la gorge sont extérieures ou intrinsèques. On a trop accordé d'importance à l'état local et aux conditions atmosphériques. Il serait curieux de rechercher pourquoi l'état de l'atmosphère agit dans un cas et n'agit pas dans l'autre. Une des affections les plus rebelles que nous ayons à traiter est le coryza chronique à répétitions (*recurrent coryza*). Parfois la destruction de la muqueuse suffit à le guérir, mais d'ordinaire le malade est obligé de s'astreindre à un traitement pendant toute sa vie. La sensation de corps étrangers à la gorge dont se plaignent si fréquemment les malades est souvent un signe de plénitude du colon, et l'on obtient un meilleur résultat à l'aide d'une dose d'huile de castor que par le traitement local.

La laryngite folliculaire (Clergyman's sore throat), si fréquente chez les chanteurs et les orateurs, n'est pas la conséquence de l'abus de la voix, mais de la vie sédentaire dans laquelle les écarts de régime et d'autres conditions jouent un rôle important. Les maux de gorge sont aussi fort souvent des manifestations goutteuses ou rhumatismales, et le traitement doit être dirigé dans ce sens. Le gonflement et la congestion de la muqueuse, l'hypertrophie des amygdales, l'élongation de la luette, etc., doivent être considérés comme des symptômes et l'on ne doit pas s'attaquer aux symptômes avant d'avoir fait disparaître l'état constitutionnel anormal qui les a produits.

Le Dr GLASCOW partage les vues de l'auteur; bien souvent les lésions de la gorge sont symptomatiques. Bon nombre d'entre elles sont dues à des troubles de l'appareil digestif.

Le Dr SOLIS-COHEN dit que le terme angine rhumatismale n'est pas bien juste. Il a vu apparaître souvent les symptômes qui la caractérisent à la suite d'applications galvano-caustiques sur le pharynx et les amygdales.

Les malades éprouvent souvent des douleurs dans le trapèze à la suite de l'application du cautère sur l'amygdale. Le gaïac est très utile toutes les fois que la maladie est due à l'action du froid. Comme traitement général il emploie les purgatifs deux ou trois fois par semaine. Les adolescents sont sujets à une forme de pharyngite qu'il considère comme la conséquence d'un excès de nourriture.

Le Dr DELAVAN croit que l'on accorde trop peu d'importance aux mesures hygiéniques. Elles sont fort importantes dans les cas de trouble de la circulation de la veine porte, et chez les goutteux. Le salicylate de soude est aussi fort utile dans certaines affections de la gorge. Les malades atteints d'une affection du pharynx sont très souvent habituellement constipés; le traitement doit être dirigé dans ce sens.

Le Dr MORRIS J. ASCH rapporte un cas de **sténose du larynx traitée par la divulsion et la dilatation pro-**

gressive (A case of stenosis of the larynx treated by divulsion and systematic dilatation).

M^{me} K..., jusqu'à l'âge de trente-sept ans, a joui d'une excellente santé. Elle a souffert alors de troubles pulmonaires dont il est difficile de déterminer la nature. En 1884 la respiration est devenue quelque peu sifflante et elle a toussé légèrement. Ces symptômes se sont accrus graduellement, et en mai 1885 elle est venue consulter l'auteur. La dyspnée est alors très marquée et s'accroît lorsque la malade est couchée.

A l'examen du larynx on ne découvre rien d'anormal au-dessus des cordes vocales. Au-dessous, il existe deux saillies blanchâtres unies entre elles à la partie postérieure par une membrane.

L'ouverture du larynx est diminuée d'un tiers environ de son calibre normal. La membrane fut sectionnée et la divulsion pratiquée. La malade éprouva un grand soulagement. L'auteur pratique ensuite la dilatation à l'aide de sondes métalliques, à raison d'une séance par jour, et fait usage de pinces dilatatrices une fois par semaine. La malade se trouve beaucoup mieux et cesse ses visites. En septembre elle revient de nouveau; la gêne respiratoire est aussi prononcée qu'au début, elle est produite par une inflammation aiguë du larynx qui céde à l'usage de pulvérisations et de compresses froides. L'auteur essaya les tubes d'O'Dwyer qui déterminent un spasme du larynx et sont rejetés par un accès de toux.

Il fit alors usage des tubes de Schrotter. Au bout de trois mois, la guérison était complète. Tous les symptômes ont maintenant disparu. La malade n'était pas syphilitique. La sténose laryngée était certainement due à une laryngite hypertrophique sous-glottique.

Le Dr SOLIS-COHEN, il y a vingt ans environ, avait détruit au galvano-cautère une tumeur du larynx; c'est probablement la première fois que le galvano-cautère a été employé dans un cas de ce genre aux Etats-Unis. La trachéotomie avait été faite dix jours auparavant. L'opération fut suivie d'une adhérence des cordes vocales; il imagina alors un instrument pour

sectionner cette adhérence. Il croit préférable de pratiquer la trachéotomie dans les cas de ce genre, afin de pouvoir opérer sans crainte de suffocation et de pouvoir employer des moyens énergiques.

Le Dr E. C. MORGAN a eu, récemment, l'occasion de traiter un cas de sténose laryngée. Pendant huit à dix mois il essaya sans succès de s'en rendre maître par l'iode de potassium et des applications locales de glycérine iodée. En dernier lieu, la maladie prit un tel développement, que l'on dut proposer la trachéotomie et la dilatation. Le malade, bien qu'ayant conscience du danger qu'il courait, reculait toujours devant l'opération. Il mourut dans un accès de suffocation. L'auteur croit que la trachéotomie et la dilatation auraient sauvé le malade.

Le Dr DELAVAN croit que les tubes d'O'Dwyer sont appelés à remplacer toutes les méthodes actuelles de dilatation du larynx. Le tube peut être longtemps maintenu en place et ne gêne en aucune façon le malade.

Le Dr LANGMAID, rapporte un **cas de corps étranger du larynx** (*Foreign body in the larynx*).

Le malade, trois mois auparavant, avait avalé une épingle ayant environ deux pouces de longueur. Elle s'était logée dans la gorge, et après l'accident on avait fait plusieurs tentatives pour l'extraire, mais sans résultats. Lorsque le malade vint trouver l'auteur, il existait dans le larynx des ulcérations qui furent améliorées par le traitement. Deux ans plus tard, le malade revint; à l'examen, on put voir l'épingle dont la tête faisait saillie hors de la bande ventriculaire. Elle fut enlevée, non sans difficultés.

Le Dr R. P. LINCOLN de New-York, rapporte un cas de **récidive de tumeur naso-pharyngienne guérie par l'électrolyse** (*Recurrent naso-pharyngeal tumor cured by electrolysis*).

Le malade se présente à l'auteur en avril 1886. Il a été opéré par un autre chirurgien un an auparavant. Une récidive se produisit qui nécessita, six mois plus tard, une nou-

velle intervention. Le malade, lorsqu'il se présente, est dans l'impossibilité de respirer par la fosse nasale droite. A l'examen, on constate une tumeur volumineuse, occupant les arrière-fosses, et l'on décide de la traiter par l'électrolyse.

Le 3 juin, deux aiguilles unies au pôle négatif d'une batterie électrique sont introduites par les fosses nasales dans la tumeur, le pôle négatif terminé par une éponge est appliqué sur la poitrine. On fit en tout seize séances, chacune à trois ou quatre jours d'intervalle. La tumeur disparut complètement; jusqu'à présent il n'existe aucune trace de récidive.

Le Dr HOOPER, en 1887, vit un jeune malade porteur d'une tumeur qui s'étendait de l'extrémité de la narine droite jusqu'à la cavité naso-pharyngienne; le malade avait eu des hémorragies abondantes et se trouvait en fort mauvais état. Envoyé à l'hôpital, il fut opéré par le Dr J. C. Warren avec l'anse galvano-caustique et toute la masse de la tumeur fut enlevée. Depuis cette époque le malade a été constamment en traitement; la tumeur reparait et l'on est obligé d'appliquer de temps à autre le serre-nœud. La tumeur présente les caractères du myxo-sarcome, mais l'état général est excellente. Il se propose d'essayer de l'électrolyse.

Le Dr DELAVAN, pendant les quinze dernières années, a vu un bon nombre de malades opérés d'après les méthodes anciennes, qui exigent de graves opérations chirurgicales, et, dans plusieurs circonstances, il en a constaté les effets désastreux. Le point important c'est de faire un diagnostic au début. Prise à temps, la tumeur, alors même qu'on ne la guérit pas, peut être enrayer dans sa marche et l'on peut la maintenir ainsi jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque après laquelle ces tumeurs disparaissent d'elles-mêmes. Il lui semble que le galvano-cautère exerce sur les tissus une action modifiatrice que ne peut pas avoir le bistouri.

Le Dr W. C. JARVIS rapporte deux cas uniques d'**occlusion congénitale des fosses nasales antérieures** (*Two unique cases of congenital occlusion of the anterior nares.*)

L'occlusion complète des fosses nasales antérieures d'ori-

gine congénitale est rare, l'auteur n'a pu en trouver un seul exemple dans la littérature médicale.

Il en rapporte deux exemples. Le premier chez un homme de vingt-huit ans. Les deux fosses nasales étaient obstruées par une membrane blanchâtre. Il existait à gauche un petit orifice. Dans le second cas, les deux narines étaient fermées par une production osseuse. Les deux malades furent opérés avec succès.

Séance du soir.

Le Dr ALEXANDER W. MAC COY, de Philadelphie, lit un mémoire intitulé : **Etude comparée de quelques-unes des meilleures méthodes de traitement adaptées à l'occlusion des arrière-fosses nasales** (*A comparative study of some of the methods of treatment best adapted to the relief of the posterior nares*).

Il s'agit de l'occlusion due à une hypertrophie des parties molles. L'auteur passe en revue les différentes méthodes et donne la préférence à l'acide chromique, qu'il considère comme supérieur à toutes les autres méthodes.

Le Dr JARVIS préfère le serre-nœud, moyen plus rapide et plus sûr que l'acide chromique.

Le Dr RIER est de l'avis de l'auteur, mais il emploie rarement l'acide chromique et lui préfère le galvano-cautère.

Le Dr BLOIS présente un appareil qu'il a employé avec avantage dans un cas de fracture du nez.

Sont nommés membres du bureau pour l'année suivante :

Président : M. le Dr R. P. LINCOLN, de New-York. — *Vice-Présidents* : MM. les Drs J. N. MACKENSIE, de Baltimore, et S.-W. LANGMAID. — *Secrétaire et Trésorier* : M. le Dr BRYSON DELAVAN, de New-York. — *Bibliothécaire* : Le Dr T. R. FRENCH, de Brooklyn. — *Membres du Conseil* : MM. les Drs FRANK DONALDSON, J. SOLIS COHEN, F. H. HOOPER et E. C. MORGAN.

MM. les Drs A. GOUGUENHEIM, de Paris, et E. J. MOURE, de Bordeaux, sont nommés membres correspondants.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOTOLOGIE D'AMÉRIQUE

2^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON LE 19 JUILLET 1887

Traduit de l'anglais (1), par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

Séance du matin.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr J. S. PROUT, de Brooklyn, président.

Le Dr H. Knapp, de New-York, lit un travail sur l'examen de l'acuité auditive et les moyens d'en enregistrer les résultats (*The examination of the power of hearing and how to record its results*).

C'est le rapport d'une commission composée des Drs Knapp, J. R. Prout et St-John Roosa. On se sert, pour mesurer la puissance auditive, de la montre, de la voix, de l'acoumêtre de Politzer et du diapason. La montre est un des plus sûrs moyens de mesurer exactement l'état de l'audition. Une montre à tic-tac faible permet de constater les moindres altérations de l'ouïe, dans des cas où le malade croit avoir une audition parfaitement normale. Elle est cependant insuffisante dans les cas de surdité très prononcée. Dans les cas de ce genre une montre à fort tic-tac ou l'acoumêtre de Politzer peuvent la remplacer. Chacun de ces instruments doit avoir été expérimenté par le médecin, dans son cabinet, sur un certain nombre d'oreilles normales, pour pouvoir se créer un terme de comparaison. Un fait à constater : c'est que, grand nombre d'individus, après cinquante-cinq ans environ, sont incapables d'entendre une montre à tic-tac faible, placée sur le temporal ou l'apophyse mastoïde, quand l'oreille est fermée, et l'entendent quand elle est ouverte.

(1) D'après le *Medical News* du 30 juillet 1887.

Pour mesurer l'audition de la voix, on emploie la voix chuchotée, la voix dans le ton ordinaire de la conversation et la voix haute. Chaque observateur doit mesurer sa propre voix en expérimentant sur des personnes ayant l'ouïe normale et âgées de vingt à quarante-huit ans. On doit tenir compte de la grandeur de la salle et des bruits extérieurs.

Le diapason, placé sur n'importe quelle partie du crâne, est mieux entendu et plus longtemps quand l'oreille est bouchée que lorsqu'elle était ouverte. Tous les diapasons sont entendus plus longtemps par la voie aérienne que par la voie crânienne. Les diapasons faibles sont entendus plus fortement, mais non plus longtemps, par la voie osseuse que par la voie aérienne. Toutes les fois qu'il en est autrement, on a affaire à une maladie de l'oreille.

Le Dr SAMUEL SEXTON, de New-York, pense qu'on n'a pas accordé une importance assez considérable aux variations qui se produisent chez les malades eux-mêmes.

Dans les cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne et aussi dans les inflammations aiguës, il se produit constamment des modifications de tension de la membrane du tympan et de l'appareil de transmission. Dans les cas de ce genre, l'acuité auditive change à toute heure et d'un jour à l'autre. M. Sexton a constaté que le matin, alors que la faculté de perception est plus active, les malades entendent mieux que vers la fin de la journée. Il est aussi bien connu que l'état de tension de la vapeur contenue dans l'air et la température, influence la transmission du son. L'audition est meilleure pendant les chaleurs que par un temps froid. Il est toujours difficile de mesurer exactement l'audition dans la plupart des cas que nous avons à observer.

Le Dr St JOHN ROOSA, de New-York, ne croit pas que l'on doive attacher une si grande importance aux variations de l'ouïe qui se produisent d'une heure à l'autre dans les cas d'inflammation chronique de l'oreille moyenne. Ces variations se produisent dans les cas d'affection de la caisse, mais elles sont bien plus prononcées dans les maladies de l'oreille interne.

Dans les cas de surdité nerveuse, la fatigue du nerf influe beaucoup sur l'acuité auditive.

Le Dr SAMUEL THEOBALD, de Baltimore, à propos de l'emploi du diapason, rapporte un fait qu'il a souvent observé sans pouvoir l'expliquer. Dans certains cas, si l'on place le diapason sur le vertex, il est mieux entendu d'une oreille, de la droite par exemple; si on le met de nouveau en vibration et qu'on le place sur le front, le malade l'entend mieux de l'oreille gauche. Ce fait a diminué la confiance qu'il avait dans le diapason comme moyen de diagnostic dans les maladies du labyrinth.

Le Dr KNAPP dit que dans la pratique nous devons chercher à mesurer l'acuité auditive le plus soigneusement et le plus rapidement possible. Dans certains cas de catarrhe chronique, on ne peut saisir le moindre changement de l'audition, quelle que soit la méthode employée. Dans ces cas-là, nous ne devons rien attendre du traitement. Cependant, lorsque les modifications de la température ou les changements dans l'état du malade amènent des modifications de l'audition, nous pouvons espérer obtenir une amélioration. La nature des conditions qui modifient l'ouïe du malade doit nous servir de guide pour le diagnostic et le traitement.

Le Dr CH. H. BURNETT, de Philadelphie, rapporte un cas d'**exostose du conduit auditif externe enlevée avec succès à l'aide des pinces à os et des ciseaux** (*Successful removal of an exostosis from the external auditory canal by bone-forceps and chisel*).-

Le malade était un médecin âgé de trente ans. L'exostose avait débuté quinze ans auparavant dans l'oreille droite et avait, dans la dernière année, complètement obstrué le conduit et déterminé la surdité. La tumeur avait environ un centimètre de diamètre; elle était pédiculée et attachée à la paroi antérieure du méat, immédiatement en dehors du bord externe de l'os tympanique. La surface extérieure était recouverte d'une peau épaisse et insensible. Après une

injection hypodermique de cocaïne à 5 p. 0/0 faite dans le pavillon, l'auteur, à l'aide de pinces à os, construites pour la circonstance, saisit la surface externe de l'exostose et en enlève une partie.

A peu près la moitié de la tumeur fut ainsi successivement enlevée par morceaux. Les branches des pinces ne pouvant pénétrer plus profondément dans le méat et saisir le reste de la tumeur, un petit ciseau ayant quelques millimètres de largeur fut placé sur le pédicule, au point d'insertion de l'exostose, et la tumeur, détachée à l'aide d'un petit coup donné sur le manche des ciseaux, fut enlevée en masse. La douleur fut peu considérable et l'écoulement sanguin insignifiant. L'espace compris entre la tumeur et la membrane du tympan était rempli d'épithélium. Celui-ci enlevé, l'ouïe redevint normale. L'oreille fut pansée à l'iodoforme et fermée à l'aide d'un tampon d'ouate. Il ne se produisit aucune réaction. Trois jours après l'opération, la surface d'insertion était recouverte d'une peau normale. L'intérêt de cette observation provient de l'emploi des pinces construites dans le but d'enlever la plus grande partie possible de la tumeur et dans celui du ciseau et du marteau pour compléter l'extraction.

Le Dr KNAPP fait observer qu'il est très difficile d'attaquer par le sommet les exostoses éburnées. Le mieux est de les attaquer par la base : l'os, à ce niveau, a moins de consistance. Après l'ablation, il est très important de prendre toute les précautions antiseptiques.

Le Dr JOHN ROOSA fait une communication sur **le diagnostic différentiel des affections de l'oreille moyenne et celles du labyrinthe** (*The differential diagnosis between affections of the middle ear and those of the labyrinth*).

Les opinions diffèrent au sujet de la facilité d'établir un diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et celles du labyrinthe. Il est des cas considérés d'ordinaire, comme des maladies de la caisse, qui doivent être classés parmi les affections du limaçon ou du nerf acoustique. L'auteur rap-

porte en détail sept observations de ce genre. Ces malades sont arrivés à la période moyenne de la vie quand leur affection atteint son plus haut degré. Dans les cas de ce genre, on peut administrer avec avantage la strychnine, l'arsenic et la quinine. Une hygiène convenable est de rigueur. L'usage exclusif de la montre pour mesurer l'audition, amène ceux qui l'emploient à de fausses conclusions. La montre seule est insuffisante. Bien des personnes présentent des lésions qui les empêchent d'entendre convenablement la montre et certains sons, mais entendent bien la voix. D'après l'auteur, ces personnes qui entendent la parole mieux que la montre, ou qui entendent mieux dans une chambre tranquille qu'au milieu des bruits, et qui entendent mieux le diapason par voie aérienne que par voie crânienne, sont atteintes d'une affection du labyrinthe ou du nerf, et non pas d'une maladie de l'oreille moyenne, bien que, dans certains cas, l'affection labyrinthique puisse s'être greffée sur une maladie antérieure de la caisse.

Le Dr E. GRUENING, de New-York, demande si dans les cas décrits par le Dr Roosa, les malades ont été améliorés par le traitement général.

Le Dr Roosa considère les cas de ce genre comme incurables.

Le Dr HOLT a fait, pendant plusieurs années, des expériences avec le diapason et n'a pu arriver aux conclusions du Dr Roosa. On peut observer des cas de surdité très prononcée dans lesquels le diapason est encore mieux entendu par voie aérienne que par voie crânienne. Il a vu bien des cas où la perception crânienne au diapason était meilleure que la perception aérienne, et dans lesquels, à la suite du traitement, le contraire s'est produit. Pour son propre compte il entend très mal la montre. Il entend le diapason par voie aérienne trois ou quatre fois plus longtemps que par voie crânienne. Dans une chambre tranquille, il paraît entendre tout ce qui se dit, mais en voiture il entend mieux qu'une personne ayant les oreilles normales.

Le Dr ROOSA fait ensuite quelques remarques sur un **cas d'abcès cérébral** (*Some remarks upon a case of cerebral abcess*).

L'auteur vit le malade, un garçon âgé de onze ans; le 4 mai 1887, il présentait un gonflement douloureux de l'oreille droite. Le malade avait souffert de l'oreille deux ans auparavant, mais sans écoulement. Depuis trois mois il a des bourdonnements et des vertiges. Il y a huit jours, il a éprouvé une douleur dans l'oreille et le gonflement s'est montré. La perception au diapason est meilleure par voie crânienne que par voie aérienne. L'audition est normale à gauche. Immédiatement au-dessous et en avant du pavillon, il existe une tumeur fluctuante du volume d'une noix. Le conduit auditif est rempli d'une matière blanche que je suppose être une poudre qui a déjà été employée. Deux jours après son arrivée, le malade est anesthésié, et l'abcès ouvert laisse écouler une petite quantité (1/2 once) de pus de bonne nature. Pas de fistule. Le malade alla bien pendant neuf jours; des nausées et des vomissements survinrent alors, la température s'éleva. Le malade tomba dans le coma et mourut dix jours après son admission. A l'autopsie, on trouva un abcès cérébral ayant cinq centimètres de diamètre, et situé à environ un centimètre et demi dans la substance cérébrale au-dessous de la surface. La cavité de l'abcès était tapissée d'une membrane épaisse. Le tympan était perforé et la paroi supérieure du conduit était nécrosée. Au point de l'apophyse mastoïde et de la portion écailleuse de l'os, il existe une plaque nécrosée ayant un centimètre 1/2 de diamètre. Le conduit et les cellules mastoidiennes étaient remplis de matière caséuse.

Le Dr ROOSA rapporte encore un cas de **suppuration du tympan survenue chez un malade atteint du mal de Bright** (*Suppuration of the tympanum occurring in a patient with Bright's disease*).

La malade, une femme âgée de quarante-deux ans, vint trouver l'auteur le 11 avril 1887. Elle éprouve, depuis la

veille, une vive douleur dans l'oreille. L'audition est très affaiblie. La perception crânienne au diapason est meilleure que par la voie aérienne. L'oreille gauche laisse s'écouler un liquide aqueux. L'examen des urines révèle l'existence du mal de Bright; la malade mourut quelques jours après d'un œdème des poumons. Le point sur lequel l'auteur veut appeler l'attention, c'est que la malade se plaignit de ressentir de vives douleurs à l'apophyse mastoïde; il conclut que la lésion n'exigeait pas une intervention chirurgicale, en raison de l'absence de sensibilité à la pression au sommet de cette apophyse. Il porta le diagnostic de maladie de l'oreille moyenne. L'autopsie démontra que l'apophyse mastoïde était intacte, mais qu'il existait une inflammation aiguë suppurée de la caisse, greffée sur un catarrhe chronique non suppuré. La mort fut la conséquence du mal de Bright.

Le Dr W. H. CARMALT, de New-Haven, demande si la sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde est un signe infaillible de suppuration des cellules.

Le Dr ROOSA. — C'est un signe très important, mais non pas infaillible.

Le Dr GRUENING, l'hiver dernier, a vu un grand nombre de cas d'abcès. Chez les enfants, il ouvre l'abcès et presque toujours aussi l'apophyse mastoïde, surtout quand l'abcès a été précédé d'une otite moyenne purulente. Quatre fois, sur sept cas, l'apophyse mastoïde était pleine de pus. De cette façon, il put drainer suffisamment l'abcès et tous les malades guérirent. Il a vu trois cas d'otite moyenne suppurée qui furent traités par des insufflations de poudre qui amenèrent la rétention du pus et la mort. Les trois malades moururent de méningite.

Le Dr B. E. FRYER, de Kansas, demande si la durée de l'abcès et celle de l'affection de l'oreille est la même.

Le Dr ROOSA dit que l'abcès central est de longue durée, des mois et peut-être des années. L'abcès est très certainement la conséquence de l'affection de l'oreille.

Le Dr W.-H. CARMALT observe que le fait de la présence autour de l'abcès d'une membrane épaisse ne prouve pas une longue durée. Récemment, dans un cas d'abcès cérébral consécutif à un traumatisme porté sur le pariétal, il tenta, par la trépanation, d'aller à la recherche du foyer purulent. Il introduisit un bistouri dans la substance cérébrale à une profondeur de cinq centimètres dans la direction supposée de l'abcès sans donner issue au pus. Le malade mourut, et à l'autopsie on constata un abcès au point supposé. Il était entouré d'une membrane si épaisse que la pression du bistouri avait poussé le pus dans les ventricules latéraux, et avait déterminé la mort. L'opération avait été faite deux mois après le traumatisme primitif.

Le Dr E. E. HOLT, de Portland, fait une communication sur un insufflateur, avec des remarques sur l'emploi des poudres dans le traitement des maladies de l'oreille (*An efficient powder blower, with remarks on the use of powders in the treatment of diseases of the ear*).

L'auteur présente et décrit son insufflateur. Il a fait usage pour la première fois d'insufflation de poudre dans un cas de suppuration de l'oreille, rebelle depuis deux ans à toute espèce de traitement. À la suite d'insufflations d'acide borique dans l'oreille, la suppuration disparut et n'est pas revenue depuis cinq ans. L'auteur est partisan de ce moyen dans le traitement des suppurations de l'oreille.

Le Dr SAMUEL THEOBALD présente lui aussi, un insufflateur à peu près semblable à celui du Dr Holt.

Le Dr W. SEELEY n'est guère partisan des insufflations pulvérulentes dans les suppurations de l'oreille.

Le Dr ROOSA ne fait usage des poudres qu'avec une très grande circonspection; il considère cette méthode comme inférieure aux autres moyens de traitement.

Les Drs RANDALL (de Philadelphie), a eu l'occasion de traiter un grand nombre de cas d'otorrhée dans lesquels l'écoulement durait depuis cinq à quinze ans et avait été à peu près continual et fétide.

Après avoir nettoyé le conduit il a fait usage d'acide borique qu'il a employé tout d'abord en petite quantité et puis jusqu'à remplir parfaitement le conduit. Au bout de quelques jours la poudre est dissoute et l'écoulement moins abondant et sans odeur. Il n'a jamais eu de mauvais résultats.

Le Dr KNAPP, dans les cas d'otorrhée aiguë a fait usage d'acide borique. Il recommande au malade de nettoyer son oreille trois fois par jour à l'aide d'une injection. Il introduit ensuite la poudre dans l'oreille jusqu'à ce que le conduit soit absolument rempli. Si la poudre devient humide, le malade doit la faire enlever à l'aide d'une injection et en mettre de nouveau. Dans la majorité des cas d'otorrhée aiguë, on n'a pas à employer d'autre traitement. Dans les cas chroniques, il enlève les végétations ou les parcelles d'os nécrosés qu'il peut apercevoir et fait faire des instillations d'alcool à 50, 60 degrés, ou d'alcool absolu mêlé au sulfo-phénate de zinc qu'il fait alterner avec le nitrate d'argent. Il continue ce traitement jusqu'à complète disparition de l'écoulement. Il ne fait rien contre les perforations, sauf dans certains cas rares, lorsque la perforation est petite et que les bords sont parfaitement nets; depuis plusieurs mois déjà, dans un cas il fit usage avec succès d'un tympan artificiel composé d'un petit morceau de papier de la grandeur de la perforation. L'ouïe fut notablement améliorée.

Le Dr C. R. AGNEW, dans l'emploi des solutions en instillations, pratique une manœuvre que quelques-uns des membres de la Société ne connaissent peut-être pas. Après avoir nettoyé l'oreille du malade, il lui fait incliner la tête du côté opposé, puis, remplissant le conduit auditif des liquides médicamenteux, il place à l'ouverture du canal l'embout de la poire de Politzer qu'il presse ensuite de façon à faire pénétrer le liquide dans toutes les parties de l'oreille et quelquefois même dans le pharynx. Cette méthode peut être utile dans quelques cas.

Le Dr Samuel THEOBALD croit que les poudres et les solutions sont également utiles. L'emploi de l'acide borique ne lui

a jamais donné de mauvais résultats. Dans les cas de suppuration de la caisse avec une perforation du tympan, petite ou de moyenne grandeur, l'acide borique fait disparaître l'écoulement mais agrandit la perforation. Dans ces cas-là, il préfère les solutions. Dans les cas aigus, il se sert toujours de solutions. Quand le tympan est très endommagé et la muqueuse de la caisse granuleuse, l'emploi de l'acide borique pulvérisé est formellement indiqué. Il ne croit pas nécessaire de remplir complètement le canal. Un coup de poire de l'insufflateur envoie une quantité suffisante de poudre.

Le Dr KNAPP dit que dans les cas d'otite moyenne aiguë suppurée, qui sont certainement d'origine bacillaire, il emploie l'acide borique à cause de ses propriétés absorbantes. La suppuration, la fermentation, la décomposition, ne peuvent se faire dans un milieu sec. Dès que l'acide borique devient humide on doit le remplacer. Dans les cas aigus, ce mode de traitement lui paraît supérieur à tous les autres.

Le Dr E. GRUENING fait quelques remarques au sujet des trois observations dont il a déjà parlé. Dans ces trois cas, il a attribué l'issue fatale à l'emploi de l'acide borique pulvérisé. Le premier cas est celui d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait eu une otite aiguë consécutive à la douche nasale. On lui conseilla les insufflations pulvérulentes. Quelques jours après, elle éprouve de la céphalalgie, des vertiges et une grande sensibilité d'un des côtés de la tête avec un léger gonflement de l'apophyse mastoïde. Le Dr Gruening vit la malade alors qu'elle était dans le coma. La membrane du tympan était saillante et injectée, elle présentait une perforation remplie par la poudre. Le pus qui s'était formé dans la caisse s'écoulait par la trompe. Il fit une incision de la membrane, nettoya soigneusement la caisse et avertit le médecin de la famille qu'il y avait lieu de pratiquer l'incision de l'apophyse mastoïde. L'incision fut faite, les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus. La malade recouvra sa connaissance mais mourut le jour suivant.

Dans le second cas, il s'agit d'une dame de soixante ans,

atteinte d'une otite moyenne suppurée. Son médecin lui fit des insufflations de poudre. Quelques heures plus tard elle commença à souffrir de violents maux de tête, les symptômes de la méningite apparurent bientôt. Il existait sur le tympan une petite perforation qui était fermée par la poudre. La membrane du tympan fut incisée mais la malade mourut de méningite.

Le troisième fait est celui d'un enfant qui souffrait depuis longtemps d'une otite moyenne suppurée avec destruction des deux tympans. Ce cas est le seul dans lequel la poudre a été tassée dans le conduit; à la suite l'enfant eut des frissons à diverses reprises. Le Dr Gruening, appelé, enleva non sans peine les tampons qui étaient durs et formaient des masses concrètes. L'enfant mourut de pyémie.

Le Dr Roosa croit que dans la plupart des cas, l'otite moyenne aiguë suppurée est une affection absolument localisée (*self-limited*). On doit s'efforcer de tenir l'oreille propre et parfaitement sèche. On doit la tenir sèche non pas dans le but d'empêcher la production des germes, car il ne croit pas à la nature microbienne de la maladie. Il considère les microbes comme l'effet et non comme la cause de la maladie. Il pense qu'ils retardent la guérison et doivent être, par conséquent, enlevés.

Dans la plupart des cas aigus, le seul traitement doit être l'irrigation avec de l'eau tiède et de dessécher ensuite l'oreille. En dehors de la présence des germes, il croit que le pus a des propriétés chimiques qui le rendent corrosif, aussi l'on doit, autant que possible, l'empêcher de séjourner dans l'oreille.

Le Dr THEOBALD proteste contre l'opinion que l'acide borique agit surtout à cause de ses propriétés hydrophiles. Il agit très bien aussi en solution et il a vu des cas dans lesquels la suppuration s'est arrêtée à la suite d'une seule instillation d'acide borique en solution concentrée.

Le Dr J. A. LIPPINCOTT considère l'acide borique comme un médicament excellent. Il est des personnes chez lesquelles les

insufflations de poudre sont irritantes et nuisibles en vertu d'une idiosyncrasie particulière. Dans les cas du Dr Gruening les accidents sont survenus parce que les applications ont été mal faites. On peut éviter tout danger en appliquant l'acide borique sous forme de poudre très finement porphyrisée.

(A suivre.)

Dr J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des théories pathogéniques de l'asthme,
par le Dr G. SCHLEMMER.

Après avoir dans un premier paragraphe, passé en revue les principales données expérimentales relatives à la respiration, l'auteur rappelle que pour Kochs, les causes déterminantes ne feraient éclater l'accès *que dans le cours d'un état prodromique*, qui passe en général inaperçu. Ces symptômes prémonitoires indiquent déjà une altération fonctionnelle à laquelle participent le sympathique et le pneumogastrique.

A. Fränkel et Ungar attribuent cette pneumatose à la propagation d'une *congestion catarrhale* qui tuméfie la muqueuse des bronches et en rétrécit encore le calibre au moyen de mucosités. Cette théorie se rapproche de la théorie de la *névrose sécrétatoire* de Parrot, et de la théorie de la *tuméfaction purement vaso-motrice* de Weber et de Stöerk. Consécutivement aux troubles vaso-moteurs, les uns admettent un *spasme des bronches irritées directement* par les cristaux octaédriques ou par l'acréte de l'xsudat, ou bien un *spasme réflexe* émanant de l'excitation des rameaux nerveux centripètes et aboutissant à la contraction, soit des muscles de Reissessen, soit du diaphragme; les autres admettent une excitation directe des centres respirateurs au contact d'un sang déjà insuffisamment revivifié. Enfin, pour la plupart des auteurs, l'excitation qui sert de cause déterminante provoque *simultanément le spasme musculaire et la dilatation vaso-motrice*.

Après examen des diverses théories, l'auteur admet que rien ne s'oppose à reconnaître dans l'asthme, en même temps que ces troubles vaso-moteurs, un spasme bronchique coexistant avec une contraction phrénique à laquelle peut s'ajouter encore celle de différents muscles extrinsèques.

En dehors des irritations bronchiques, le rôle de la muqueuse nasale est devenu le sujet de discussions et de publications allemandes que résume l'auteur.

On a encore admis, d'après les expériences de Goltz, et aussi d'après les observations de Schnitzler et de Fenikiev, l'*origine cutanée* de quelques crises astmatiques. L'*origine psychique* semblerait aussi, d'après Mackenzie, Lublinsky et Boecker, devoir être admise. Quant à l'accès d'*origine hématique*, son existence quoique contestée paraît suffisamment établie pour qu'il soit impossible de la révoquer en doute.

Pour ceux qui admettent l'origine nasale de l'asthme, le traitement local doit s'adresser à la cause. La médication générale consiste dans l'administration des anti-spasmodiques. (*Union méd.*, 22, 24, 26 février 1887, nos 25, 26 et 27.)

M. NATIER.

Sur l'étiologie du rhino-sclérome, par le professeur CORNIL.

Le rhino-sclérome est une affection due à la présence de parasites bactériens, comme l'ont démontré les recherches anatomo-pathologiques. Ces parasites sont constitués par des bacilles entourés d'une capsule. Après s'être étendu assez longuement sur leur mode de préparation et de culture, M. Cornil rapporte les expériences entreprises par Paltauf et von Eiselsberg pour démontrer l'étiologie du rhino-sclérome. Il résulte des recherches de ces auteurs, que les bacilles du rhino-sclérome ont peu d'action sur les souris, les cobayes et les lapins, tandis que ceux de la pneumonie ont une action évidente et constante. Ils sont portés à croire que les bactéries de la rhinite, de l'ozène, de la pneumonie et du rhino-sclérome ne sont que des modalités différentes d'un même microbe.

M. Wolkowitsch qui a aussi fait une étude du rhino-sclé-

rome en arrive aux mêmes conclusions que les auteurs précédents. (*Connaiss. médic.*, 23 déc. 1886, n° 51.) M. N.

Trois cas d'empyème du sinus frontal, par le Dr LYDER BORTHEN
(de Trondhjem).

1^o — Chez une femme de cinquante-six ans, dont le début des accidents remonte à deux ans, on trouve l'œil droit regardant en dehors et en bas, un peu d'exophthalmie, avec abaissement de la pupille droite, et au niveau de l'angle interne de l'œil, existence d'une tumeur qui s'étend du front jusqu'entre le sac lacrymal et le bulbe de l'œil. Cette tumeur dure, fluctuante, mesure environ 3 centimètres. Pas de phénomène de compression, légère douleur à la pression. A l'exploration, on retire du pus. Incision, drainage, guérison, sauf des maux de tête quand la malade courbe la tête.

2^o — Une demoiselle de cinquante ans porte une tumeur analogue au niveau de l'angle interne de l'œil. Même traitement; guérison au bout de quinze jours.

3^o — Tumeur de l'orbite gauche chez une demoiselle de trente ans; choroïdite disséminée, proéminence de l'œil, diplopie, céphalées, insomnies. Même traitement; il persiste un peu de diplopie. (*Medicinsk Revue*, mars 1886, et *Revue int. des Sc. méd.* 31 oct. 1886, n° 34.) M. N.

Sarcome des fosses nasales. Ablation. Ozène consécutif. Guérison, par le Dr ROUTIER, chirurgien des Hôpitaux.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, sujet à d'abondantes épistaxis paraissant liées à une tumeur qui obstruait complètement les fosses nasales, fut atteint, en juin 1885, d'un coryza qui finit par devenir chronique. De là débutent les accidents qui l'amènèrent à l'hôpital. Depuis cinq mois, le malade ne peut plus se moucher; l'odorat est absolument aboli, la muqueuse pituitaire insensible. L'air ne passe plus par les fosses nasales. Acuité auditive très diminuée. À gauche, le stylet s'enfonce de 4 centimètres; à droite, de 6 cent. 1/2.

Par l'examen, on constate l'existence d'une tumeur plus développée à gauche qu'à droite, s'étendant verticalement de

la base du crâne à la voûte palatine, et mesurant de 2 à 3 centimètres ; d'avant en arrière, elle doit avoir environ 7 centimètres. Le point d'implantation probable est au niveau du plancher des fosses nasales et sur la ligne médiane.

L'âge du malade, la rapide évolution de la tumeur, sa vascularisation très riche, sa consistance, sa lobulation, sa friabilité font penser qu'il s'agit d'un sarcome.

La tumeur fut d'abord cautérisée au chlorure de zinc, puis après incision du voile du palais, deux cautérisations furent faites au fer rouge. Le mal ne paraissant guère s'améliorer, M. Routier, après avoir endormi le malade, essaya d'abord, sans résultats, de faire l'ablation avec des pinces coupantes, il se servit alors de la curette de Volkmann et put enlever trois ou quatre morceaux gros comme des noix. L'hémorragie abondante fut arrêtée par le tamponnement des fosses nasales.

Les suites furent des plus simples : le malade recouvra l'odorat et la facilité de respirer par le nez. — Le voile fut restauré et la cicatrisation fut complète, à l'exception d'une fistulette. — Survint un ozène, que l'auteur attribue à l'élargissement des fosses nasales dû à l'atrophie des cornets, et qui fut traité par des lavages quotidiens à l'eau salée.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait réellement d'un sarcome, et pourtant, depuis l'opération qui remonte au 25 janvier, il n'y a pas eu trace de récidive. (*Revue de chirurgie*, n° 1, 10 janvier 1887.)

M. NATIER.

VARIA

Kyste séreux du cou. Ponction iodée. Guérison, par M. le Dr DUPIN de Toulouse.

L. G., sept ans et trois mois, lymphatique, portait trois semaines après sa naissance, à la face latérale gauche du cou, une petite tumeur qui disparaissait sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt. — Peau normale. L'emploi d'une pommade détermine l'inflammation de la tumeur qui grossit rapidement.

M. Dupin voit alors le malade. La tumeur était située entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien et du trapèze ; elle avait

le volume d'une petite orange. La peau présentait un commencement de sphacèle. Ponction de la tumeur avec un gros trocart (n° 2 de Charrière) sur le point sphacélé. On retire 120 grammes de liquide séro-purulent. A la suite, injection iodée.

Vingt-deux jours après l'opération, la guérison était complète. Deux photographies représentant le malade avant et après l'intervention, accompagnent cette intéressante observation. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 1^{er} février 1886.)

Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement,
par le Dr de BURINE.

La première question que se pose l'auteur, c'est de savoir si le corps thyroïde ne participe pas, dans une certaine mesure, à l'hypertrophie dont sont atteints la plupart des organes de la femme dans l'état de gestation. Peut-être aussi l'augmentation de volume serait-elle due à l'hypergénèse des follicules lymphoïdes ; à signaler encore l'hypertrophie du cœur gauche comme une des causes possibles. — Si l'on voit après l'accouchement le goître persister chez certaines femmes, alors qu'au contraire il disparaît chez d'autres, c'est, nous dit M. de Burine, qu'à côté de l'élément congestif transitoire, il existe un élément permanent, celui-ci inflammatoire et hyperplasique. Les efforts plus ou moins longtemps prolongés, tels que ceux faits par la femme au moment du travail, les obstacles à la circulation de retour, sont autant de causes capables d'engendrer à la longue l'hypertrophie du corps thyroïde. Une femme présentera une prédisposition au goître d'autant plus grande, qu'elle aura eu un nombre d'enfants plus considérable, car dans ce cas, l'élément congestif et l'élément inflammatoire auront plus souvent agi sur le corps thyroïdien.

L'auteur joint à son travail trois observations de goître consécutif à la grossesse.

Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-six ans arrivée à la neuvième grossesse et chez laquelle l'asphyxie faillit se produire par compression de la trachée, suite de goître, au moment de l'expulsion du fœtus ; une application

de forceps fut nécessaire pour parer aux inconvénients. La malade est plus tard entrée dans un service de chirurgie pour se faire opérer de son goître.

La malade qui fait l'objet de la deuxième observation était âgée de trente-deux ans, enceinte pour la quatrième fois ; l'oppression devint très-marquée. Stationnaire pendant la grossesse, le goître augmenta au moment du travail qui fut long, mais sans grande dyspnée. A l'occasion d'une cinquième grossesse, le corps thyroïde offrait un volume plus considérable encore, mais les craintes d'asphyxie furent vaines et l'accouchement normal.

Troisième observation. — Femme de trente-deux ans, quatre grossesses ; après la première apparaît au niveau du corps thyroïde une tumeur du volume d'un marron ; elle demeure stationnaire pendant les trois grossesses consécutives sans jamais occasionner la moindre gêne pour la malade. (*Thèse de Paris*, 1886.)

M. NATIER.

Le goître est-il héréditaire ? (Is goitre hereditary?), par le Dr ALLEN THOMSON SLOAN.

Quelle que soit l'origine du goître, l'hérédité joue dans sa production un rôle important. Sur 12 cas recueillis par l'auteur, l'hérédité dans 8 cas était évidente. Non seulement la maladie est héréditaire, mais elle est parfois congénitale. L'auteur en a observé un cas, il en rapporte un second observé par le Dr Keiler. (*The Brit. Med. Journ.*, 6 novembre 1886.)

Dr J. CH.

Kyste du corps thyroïde, extirpation; guérison,
par le Dr I.-A. FORT.

Il s'agit dans cette observation d'un individu âgé de vingt ans, et atteint de goître depuis quatre ans. De la grosseur d'une orange et située sur la ligne médiane et le côté droit du cou, la tumeur provoquait des accès de suffocation assez fréquents. Bien qu'elle offrit à son centre et profondément, de la fluctuation, comme elle était cependant dure en plusieurs points, M. Fort se décida à pratiquer la *thyroïdectomy*. L'opération eut lieu sous le chloroforme; aucun vaisseau ne

fut lié, mais on dut mettre deux pinces hémostatiques à demeure pour arrêter une hémorragie veineuse survenue une heure après. Le neuvième jour, le malade pouvait se lever et la guérison définitive ne tarda pas à s'établir.

Les conclusions tirées par l'auteur de cette observation sont qu'on doit pratiquer toutes les thyroïdectomies sans poser un seul fil sur les vaisseaux.

Un seul fait suffit-il pour légitimer une assertion de cette nature? (*Gaz. des Hôpital.*, 13 janv. 1887, n° 6.) M. N.

Sur l'extirpation du goître, conférence faite par le professeur Jacques-L. REVERDIN (de Genève), en novembre 1885, à la clinique du professeur Léon TRIPIER.

Dans la première partie de cette leçon, à propos des indications de l'extirpation du goître, l'auteur se résume ainsi : 1^o Il ne faut pas extirper le goître pour des raisons de cosmétique pure; 2^o il faut extirper le goître quand il ne cède pas au traitement médical, qu'il s'accroît et menace de devenir une cause de gêne, de douleurs ou de troubles respiratoires; 3^o il ne faut pas attendre que les accidents aient atteint leur période de gravité, mais il faut opérer dès que le malade présente les premiers symptômes de compression.

Jadis considérée comme une des opérations les plus graves de la chirurgie, l'extirpation du goître est maintenant d'une bénignité relative, et l'on peut dire que c'est à la méthode antiseptique et aux perfectionnements du manuel opératoire, en particulier de l'hémostasie, que nous devons l'abaissement si remarquable de la mortalité.

Parmi les accidents primitifs, on doit signaler les troubles de la phonation, qui sont de deux ordres : 1^o ils peuvent être dus à une lésion traumatique des récurrents; 2^o ou à une imbibition des fibres nerveuses par les antiseptiques employés. Il faut aussi mentionner les troubles pouvant survenir après la guérison de la plaie, et qui seraient liés à la formation du tissu cicatriciel. Parmi les autres complications, on a encore rencontré : de la dysphagie due aux mouvements d'ascension du larynx en plein foyer traumatique pendant la déglutition;

de la tétanie et surtout, après l'extirpation totale de la thyroïde, le *myxœdème opératoire* que les deux Reverdin ont été les premiers à mentionner. Ce myxœdème opératoire s'accompagne d'une série d'accidents que l'auteur expose dans tous leurs détails, et dont nous ne retiendrons que ceux qui peuvent intéresser plus directement les lecteurs de la *Revue*. Les organes des sens sont quelquefois atteints, le goût est diminué ou supprimé, la vue s'affaiblit, l'ouïe devient moins fine; certains sujets éprouvent des sensations de vertige, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Les hypothèses n'ont pas manqué pour expliquer ces complications bizarres et inattendues de la thyroïdectomie. Or, le seul point qui paraisse définitivement acquis, c'est qu'on ne les observe qu'à la suite de la thyroïdectomie totale, qu'elle ait du reste été pratiquée en une ou deux séances.

M. Reverdin décrit ensuite longuement et minutieusement le manuel opératoire de la tumeur à l'extirpation de laquelle il va procéder. Ce goître, dont l'observation détaillée a été prise par MM. Rafin et Mollard, présentait, au nombre de ses symptômes, une diminution de l'acuité auditive à droite. Cette demi-surdité aurait coïncidé avec la période pendant laquelle le goître a augmenté le plus brusquement. La tumeur enlevée pesait 215 grammes et était du volume d'un poing de dimension moyenne. L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait d'un goître colloïde, aréolaire. (*Lyon méd.*, 11-18 avril, 2 mai 1886, n° 15, 16, 18.)

M. NATIER.

A propos de l'énucléation intra-glandulaire, par le professeur
Jacques L. REVERDIN (de Genève).

Jusque dans ces derniers temps, il a été admis par les cliniciens, d'accord en cela avec les physiologistes, que seule l'extirpation totale de la thyroïde amenait la cachexie strumiprive; aussi comme conséquence toute logique, la thyroïdectomie totale devait-elle être bannie de la chirurgie et remplacée par la thyroïdectomie partielle. Cependant, il pourra se rencontrer des cas où la thyroïdectomie partielle ne sera pas toujours praticable, à cause du volume excessif

du goître; alors, pour ne pas pratiquer une extirpation totale, deux procédés nouveaux ont été proposés. Le premier, dû à Mikulicz, consiste à garder de chaque côté un fragment de la thyroïde qui a été pédiculisé, lié et laissé en place. Wœlfer, à qui on doit l'invention du second procédé pratique, conseille la ligature atrophique des artères thyroïdiennes. Enfin dans certains cas, à l'exemple de Sydney Jones, on a pratiqué la résection de la glande. Or, M. Reverdin, d'après les observations qu'il a pu rassembler, se croit en droit de conclure que toutes les opérations qui suppriment une partie un peu importante de la thyroïde, exposent par cela même au myxœdème, au moins dans sa forme atténuée ou FRUSTE. L'énucléation recommandée par Socin (de Bâle), au contraire, ne supprime que les parties malades et laisse subsister le parenchyme normal établi autour d'elles; aussi, la fonction continuant, pas de myxœdème.

Dans tous les cas d'énucléation on devra soigneusement séparer la couche enveloppante de la tumeur proprement dite. Le procédé de Socin, le plus souvent praticable, peut cependant rencontrer quelques exceptions: ce sont ces cas où il n'existe pas de délimitation exacte entre les parties saines et les parties dégénérées. (*Sem. méd.* du 23 février 1887.)

M. NATIER.

L'énucléation intra-glandulaire du goître, par Albert HEYDREICH,
professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La cachexie strumiprive, résultat de l'extirpation totale de la glande thyroïde, doit être à l'avenir avantageusement combattue par la méthode que Sosin (de Bâle) a imaginée: l'énucléation intra-glandulaire des parties qui ont subi la dégénérescence goitreuse.

Dans la majorité des cas, les parties malades se présentent sous la forme de nodosités circonscrites, entourées d'une capsule; il importe de savoir découvrir cette capsule, pour que l'opération puisse être menée à bonne fin. Or, deux circonstances pourront se présenter: ou bien les nodosités sont superficielles et recouvertes d'une couche glandulaire

saine, très mince, et alors on s'exposera à poursuivre trop loin la dissection ; ou bien il faudra, les nodosités étant profondément situées, traverser une couche de tissu sain, saignant abondamment et pouvant, par suite, singulièrement compliquer l'opération. — Une fois la capsule sûrement reconnue, l'opération devient très facile ; on procède à l'énucléation des nodosités, soit par une incision unique, soit par plusieurs incisions. L'énucléation terminée, on réunit par quelques points de suture au catgut, les lèvres de la coque du tissu glandulaire sain qui reste en place.

Les raisons qui ont guidé Socin dans le choix de son procédé, c'est que l'énucléation intra-glandulaire du goître est relativement facile et sans danger, alors que l'extirpation du corps thyroïde offre au contraire de graves difficultés. De la sorte, en effet, on évite à la fois les vaisseaux et les nerfs importants de la région. De plus, le cou conserve son aspect normal, ce qui est encore un avantage au point de vue esthétique. Il est encore bon de faire remarquer qu'avec le procédé de Socin, il n'existe pas de *tétanie* comme on en rencontrait si fréquemment à la suite des extirpations *totales* du corps thyroïde. Un dernier avantage, c'est que jamais il ne survient de menace d'asphyxie, car les parties restantes de la thyroïde servent de tuteur à la trachée et l'empêchent de s'aplatir.
(*Sem. méd.*, n° 2, 12 janvier, 1887.)

M. NATIER.

**Un cas de goître exophthalmique avec autopsie,
par le Dr HERVOUET.**

Il s'agit dans cette observation d'une femme de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, atteinte de goître exophthalmique remontant à une époque assez éloignée, et qui vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes; sujette à des attaques de dyspnée d'une intensité considérable, elle succomba dans un accès de suffocation.

A son autopsie, parmi les lésions constatées, on rencontra dans le larynx un abcès sous-muqueux qui donna lieu à un écoulement de pus épais renfermant des débris cartilagineux. La loge, qui contenait ce pus, occupait exactement la place

du chaton du cartilage cricoïde qui semblait avoir subi la fonte purulente de ses éléments constitutifs.

Les troubles respiratoires intenses qui ont emporté la malade peuvent être attribués aux désordres laryngés. M. Hervouet pense que ces désordres sont des troubles trophiques dépendant de la dégénérescence du nerf récurrent. Dans le cas particulier, en effet, les lésions bulbaires lui paraissent insuffisantes par elles-mêmes à expliquer les troubles respiratoires et cardiaques.

Ne doit-on pas s'étonner que l'existence d'accès de suffocation n'ait pas donné à penser que l'examen du larynx eût pu être utile à la malade? (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 décembre 1886.)

M. N.

La cocaïne dans la coqueluche. Son usage est-il sans danger chez les jeunes enfants (*Cocaine in whooping cough. Is its use safe in young children*), par le Dr EMMET HOLT.

Les badigeonnages du pharynx et du larynx avec la cocaïne chez les jeunes enfants peuvent donner lieu à des accidents. L'auteur en rapporte plusieurs observations. Il en conclut :

- 1^o On ne doit user de la cocaïne chez les jeunes enfants qu'avec de grandes précautions;
- 2^o On ne doit pas la donner en pulvérisation, car il est alors impossible de mesurer exactement la dose;
- 3^o On ne doit pas faire usage chez les enfants âgés de moins de deux ans de solution au-dessus de 4-0/0, et chez les enfants au-dessus de cet âge, on ne doit faire les badigeonnages qu'avec de grandes précautions. La même remarque s'applique autant au rectum qu'à la gorge;
- 4^o Dans les cas où il l'a employé, il n'en a retiré aucun avantage bien marqué;
- 5^o Le chloral lui paraît très utile pour combattre les symptômes dus à la cocaïne (*N.-Y. Med. Journ.*, 23 octobre 1886.)

Dr J. CH.