

Bibliothèque numérique

medic @

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

Vol 8, n° 1, p. 1 à 64. - Paris : Doin, 1888.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91487x1888x01>

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

de

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur **E. J. MOURE**

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Prof. libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **J. Baron**, à Clifton-Bristol. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **C. Benni**, à Varsovie. — **G. Bøke**, Prof. d'Otologie, à Budapesth. — **Boucheron**, à Paris. — **Bresgen**, à Francfort-sur-Mein. — **Bryson Delavan**, Prof. de Laryngologie à New-York. — **F. Cardone**, de Naples. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Chiari**, Privat-docent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, médecin à l'hôpital Péreire, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Prof. libre de Laryngologie, à Paris. — **Gorham Bacon**, de New-York. — **Jos. Gruber**, Prof. d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **Hering**, Médecin à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **Jacquemart**, à Nice. — **Joal**, à Paris. — **Kirchner**, Privat-docent à Wurzburg. — **C. Labus**, Prof. de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Massel**, Prof. de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Prof. libre d'Otologie, à Paris. — **Morpurgo**, à Trieste. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Prof. libre de Laryngologie, à Paris. — **Ramon de la Sota y Lastra**, à Séville. — **Rolland**, de Montréal (Canada). — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiegelow**, à Copenhague. — **Schnitzler**, Prof. de Laryngologie à Vienne. — **O. Seifert**, Privat-docent à Wurzburg. — **Solis Cohen**, Prof. de Laryngologie, à Philadelphie. — **Suarez de Mendoza** (Angers). — **Urban Pritchard**, Prof. d'Otologie à l'hôpital du « King's College », à Londres. — **Wagnier**, de Lille. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME VIII

1888

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, — Place de l'Odéon, —
MDCCLXXXVIII.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

GOMME SYPHILITIQUE DE LA FACÉ INTERNE
DE L'AILE DU NEZ (1).

Par le Dr E. J. MOURE.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis signalent la forme nasale de cette affection, et l'on peut affirmer sans crainte que ce sont surtout les manifestations tertiaires de cette diathèse qui ont été le mieux et le plus complètement décrites. Ce n'est point le moment de faire un long historique de la question, qui a été déjà traitée, sous toutes ses faces dans notre pays par des autorités incontestées en ces matières ; car il me suffira de citer les noms de MM. Fournier, Lancereaux, Ch. Mauriac et Jullien pour n'avoir pas besoin d'insister davantage sur ce point de la question.

Tous les syphiligraphes s'accordent sur la fréquence des manifestations tertiaires observées sur la muqueuse nasale et tous également décrivent en détail la forme ulcéreuse de l'affection, « l'ozène syphilitique », comme disent la plupart.

Quelques-uns discutent pour savoir si l'altération débute par la muqueuse, ou par les parties profondes (cartilages, os) ; d'autres insistent sur la gravité et la marche rapide des lésions, les pertes de substance considérables qu'elles déterminent. Lancereaux (2), Morell-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 oct. 1887.

(2) Traité de la syphilis, Paris 1866, p. 505.

Mackensie (1), J. Moure (2), Jullien (3), Trousseau (4), rapportent des exemples d'expulsion de la cloison, du vomer, de l'ethmoïde, du sphénoïde (Baratoux) (5).

Les altérations du tégument externe lui-même ont été savamment décrites. En résumé, c'est presque toujours la forme ulcéreuse que l'on avait en vue, tandis que la véritable tumeur gommeuse passait souvent inaperçue, soit que le malade ne vienne consulter son médecin que beaucoup trop tard, alors que l'ulcération s'est produite; soit, ce qui est plus probable, que la lésion débute le plus souvent par les couches profondes, par le squelette, pour s'étendre ensuite, avec plus ou moins de rapidité, à la surface en détruisant la charpente de l'organe olfactif, à moins qu'un traitement approprié ne vienne enrayer le mal. Enfin, il est bien établi pour tous les observateurs que les lésions de la syphilis nasale tertiaire occupent de préférence, et souvent même d'une façon exclusive, la cloison des fosses nasales pour gagner ensuite les parties adjacentes.

Autant les altérations de cette région, ou de l'intérieur du nez, sont communes, autant au contraire sont rares les manifestations occupant la paroi externe et surtout la face interne des ailes du nez. C'est pour ces différents motifs que j'ai cru intéressant de vous communiquer l'observation suivante :

OBSERVATION. — M^{me} G. S., âgée de vingt-huit ans, marchande, vint me consulter à la clinique au mois de septembre de cette année pour un enchifrènement qu'elle éprouve depuis quelque temps du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose; sa mère et ses frères sont bien portants.

Antécédents morbides. — Pneumonies à douze et à quinze ans. A vingt-quatre ans elle aurait eu ce qu'elle appelle un

(1) Traité pratique des maladies syph. (Trad. française, p. 231.)

(2) Manuel des maladies des fosses nasales, p. 127. Paris, 1856.

(3) Traité pratique des mal. vénériennes. Paris 1886, p. 850.

(4) Clin. méd. Paris 1868. T. I.

(5) Revue mens. de laryng. 1883, p. 225.

« dépôt de lait », caractérisé par une éruption sur la face et sur le corps. Sa jambe droite aurait été particulièrement malade. Elle fut soignée à cette époque par M. le professeur Verneuil, et renvoyée guérie.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements plus exacts, d'autant plus que nous craignons par notre insistance d'exciter les soupçons de la malade, mariée et mère de famille.

La maladie actuelle aurait débuté deux mois avant de venir nous voir, par des élancements dans le côté gauche de la tête et un peu de gonflement de l'aile du nez du côté gauche, qui ne gênait pourtant pas encore la respiration. Soignée alors par son médecin habituel, *elle fut soumise à un traitement ioduré* et localement fit usage de pommade iodée.

Les symptômes ne diminuèrent pas et la malade fatiguée cessa bientôt son traitement; le gonflement augmenta et bientôt apparut sur la face interne de l'aile du nez une tumeur qui obstruait à peu près complètement la narine et dont la malade ne peut nous donner la description exacte.

Mais à ce moment apparut aussi un écoulement séropurulent, sanieux même quand la malade essayait de se moucher. Les douleurs de tête redoublèrent; l'œil gauche larmoyait de temps à autre.

Le médecin traitant, consulté de nouveau, parla de polype et proposa l'extirpation du néoplasme.

C'est alors que Madame G..., essentiellement peureuse, affolée à l'idée d'une opération, vint me trouver à la clinique le 1^{er} septembre.

A ce moment je constate d'abord que la respiration est impossible par la narine gauche. Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur et un peu rouge; en écartant légèrement l'aile du nez on aperçoit, à l'entrée, une saillie rougeâtre fongueuse à sa surface; sur la face supéro-interne, existe une ulcération grisâtre, à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. Cette tumeur, qui part du bord interne de l'aile du nez, s'étend en arrière à environ deux centimètres. Elle est implantée sur une large surface, ayant une forme demi-

sphérique, et le volume d'une noisette. Sa consistance est dure, rénitente, elle saigne facilement aux moindres attouchements avec le porte-ouate garni.

Pas d'engorgement ganglionnaire spécial.

Vu l'âge de la malade, malgré le siège insolite de la lésion et l'absence d'antécédents diathésiques nets, je prescris un sirop bi-ioduré (formule Gibert modifiée) et des lavages à l'eau boriqués.

Le 6 septembre. — Les névralgies faciales et la tension douloureuse de la face ont disparu. La respiration nasale se fait déjà un peu, l'ulcération se déterge, le gonflement semble moins considérable.

Le 9 septembre. — La tumeur a presque totalement disparu, mais la sécrétion muco-purulente persiste. L'examen de la cavité nasale, impossible jusqu'alors, révèle l'existence d'une ulcération légèrement fongueuse au niveau de la cloison ; il existe même un séquestre que j'essaie, mais en vain, de mobiliser complètement. La malade continue son traitement ; je prescris une deuxième irrigation phéniquée.

15 septembre. — Il n'existe que les traces de la lésion de l'aile du nez. J'enlève avec la pince une partie du séquestre. Le fragment qui reste est éliminé quelques jours après par l'injection.

20 septembre. — La malade peut être considérée comme guérie. Je la revois du reste le 4 octobre ; elle a cessé son sirop depuis plusieurs jours, se trouvant fatiguée par la médication. Je prescris une solution iodurée, et par prudence je conseille de continuer les irrigations le matin.

Réflexions. — Plusieurs faits m'ont paru dignes d'être notés dans cette observation : c'est d'abord l'insuccès du traitement ioduré employé d'emblée par mon confrère. Je ne connais pas exactement la dose d'iodure prescrite, mais quelle qu'elle soit, son impuissance n'a rien qui puisse nous surprendre ; en effet il est démontré depuis longtemps déjà, et M. le Professeur A. Fournier a particulièrement insisté sur ce point, que certains malades

ont besoin de prendre d'abord du mercure pour que la médication iodurée produise ensuite tous ses effets. Je ne sais quels sont les résultats obtenus par mes confrères en pareil cas, mais pour ma part j'avoue avoir retiré les meilleurs effets du traitement mixte dans les manifestations tertiaires de la syphilis du côté des fosses nasales et surtout de l'arrière-gorge et du larynx. La rapidité avec laquelle la médication instituée a agi dans le cas précédent fournit encore une preuve du fait que j'avance et qui est, je crois, admis sans conteste par des auteurs compétents en la matière. C'est là une méthode bien digne d'être rappelée, puisque, dans le cas précédent, on a failli demander à l'instrument tranchant une guérison que le traitement médical pouvait effectuer tout seul.

Je ne reviendrai pas sur la rareté des tumeurs gommeuses des fosses nasales, me bornant à faire ressortir le siège insolite de la lésion et la confusion qui aurait pu en résulter. En effet, l'aspect du néoplasme, son siège, sa marche même, les douleurs qui l'accompagnaient, auraient très bien pu faire songer à un néoplasme malin, si l'âge de la malade ne m'avait fait hésiter et suspendre mon diagnostic.

Peu de jours après je voyais en effet une tumeur ayant à peu près la forme globuleuse de la précédente, offrant aussi une ulcération légèrement fongueuse, saignant facilement, et occupant la lèvre supérieure au niveau de la sous-cloison qu'elle avait envahie de chaque côté, et comme dans le cas précédent je pouvais songer à une tumeur gommeuse. Seul l'âge du malade (79 ans) me fit hésiter, et toutefois, désireux d'écarter l'idée de syphilis, car le néoplasme était de date récente (il avait commencé il y avait à peine un mois et demi), j'instituai le traitement mixte. Ce dernier étant resté sans effet pendant environ douze jours, le néoplasme ayant au contraire plutôt augmenté de volume, je dus en pratiquer l'extirpation.

Si j'ai rapporté brièvement ce dernier fait, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir plus tard, c'est pour

le rapprocher du cas précédent avec lequel il offrait bien des points de ressemblance, et aussi pour montrer combien le diagnostic peut être difficile dans les cas de ce genre.

Toutefois il est bon d'observer que chez ma première malade la lésion de l'aile du nez était accompagnée d'une altération plus profonde du squelette, dont le stylet aurait peut-être pu me révéler l'existence, mais dont la vue était impossible à cause de l'obstruction de la narine envahie. Dans les deux cas il existait des symptômes d'obstruction nasale et des douleurs spontanées dans la face. Ce dernier symptôme s'observe du reste dans certaines formes de coryza chronique non diathésique et en dehors de tout néoplasme ; aussi est-il loin de constituer un signe pathognomonique de tumeurs malignes de cette région.

Ce sont là des faits sur lesquels il est, je crois, utile d'appeler l'attention des praticiens pour éviter une intervention chirurgicale inutile et souvent un délabrement considérable de la face dans le but d'enlever des néoplasmes soi-disant malins des cavités nasales.

DES TUMEURS OSSEUSES DU CONDUIT AUDITIF
EXTERNE ET DE LEUR ABLATION. OBSERVA-
TIONS (1),

par le Dr GARRIGOU-DÉSARÈNES.

Les productions osseuses du conduit auditif externe, désignées par certains auteurs sous le nom d'exostoses, par d'autres tels que Toynbee sous celui d'ostéomes ; d'enostoses par Rokitansky, occupent le plus souvent la partie interne du C. A. (2) et dans des cas beaucoup plus rares s'étendent jusqu'à la portion cartilagineuse (Toynbee).

Composées de tissu osseux compacte ou de tissu spon-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

(2) Abrév. C. A., conduit auditif externe.

gieux (Nélaton, Schwartz, Virchow), elles ont la forme de tumeurs arrondies; parfois une portion assez étendue du conduit auditif osseux est tuméfiée et sur cette partie apparaissent une ou plusieurs saillies osseuses.

Bien qu'assez communes, suivant Urbantschitsch, plusieurs autres auteurs et nous-même, Tillaux ne fait que les signaler: nous voyons page 96 de son traité de chirurgie clinique: « On trouve aussi dans le C. A. des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants. » Delstanche fils en a recueilli un assez grand nombre d'observations.

Si les petites exostoses donnent lieu à peu de symptômes subjectifs, Toynbee cite des cas où des ostéomes volumineux, ou la réunion dans la même oreille de deux ou trois de ces tumeurs, ne laissaient plus qu'une ouverture des plus rétrécies du C. A. (Il cite 8 belles observations.) Enfin elles peuvent s'accroître et boucher complètement l'oreille.

Dans certains cas on les trouve pédiculées et formant comme des polypes osseux (Bonenfant, Kramer, Welker). Elles peuvent aussi arriver jusqu'à l'orifice du C. A. (Toynbee). D'autres auteurs ont observé des symétries des deux côtés, comme localisation et développement (Moos). Leurs causes sont encore très obscures. La syphilis en est la principale suivant Rosa, Triquet. On les a attribuées à l'arthritisme, à la goutte (Toynbee). Elles proviendraient d'une inflammation hypertrophique du revêtement du C. A. avec ossification du tissu conjonctif de formation nouvelle, suivant Hedinger.

J'ai trouvé quelques cas où la syphilis héréditaire pouvait être invoquée; j'ai observé deux cas où des exostoses siégeaient en même temps sur d'autres parties du corps.

Moos attribue à une sorte d'inflammation subaiguë les saillies osseuses symétriques observées l'une en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière dans les deux oreilles, au niveau des points de suture primitifs de l'anneau tympanique avec l'os temporal.

Le diagnostic en est généralement facile, à moins d'une inflammation intense du C. A. avec suppuration. Le stylet achèvera de donner la certitude après l'examen attentif à l'aide de l'otoscope ou du miroir de Trœlsth.

Si parfois ces tumeurs restent stationnaires, elles ont souvent une tendance à grossir et peuvent alors causer des accidents sérieux, comme je vais en présenter trois exemples, dans lesquels l'ablation à l'aide de la gouge et du maillet de plomb a été indispensable.

OBS. I. — D..., jeune garçon âgé de 12 ans, est amené par sa mère, au mois de juin 1874, à ma clinique.

Cet enfant, d'un tempérament un peu lymphatique, n'est pas très grand pour son âge, il n'a pas souffert dans ses premières années, mais il a eu la rougeole et la scarlatine. Après ces deux maladies aucun trouble ne s'était manifesté du côté des oreilles. Le père et la mère se portent bien, je les ai vus et examinés l'un après l'autre, et ils n'ont jamais eu la syphilis. Leur famille comprend encore deux autres garçons bien robustes.

« Il y a deux ans, me dit la mère, nous avons remarqué qu'il n'entendait pas bien quand on lui parlait du côté gauche. Je lui fis laver son oreille avec de l'eau tiède, car parfois il se plaignait de sentir de ce côté comme une grande chaleur et il entendait un bruit semblable à de l'eau en train de bouillir.

» Enfin, depuis six mois, son oreille s'est mise à suppurer et à lui faire très mal. Le pus s'écoule difficilement et l'enfant se plaint de douleurs très vives dans tout le côté gauche de la tête. »

J'examinai l'enfant et après avoir enlevé le pus qui baignait l'orifice externe du C. A., je découvris une masse très dure, recouverte par la peau d'un rouge terne et amincie. Cette tumeur s'étendait en haut, de dehors en dedans, depuis le bord du cartilage au niveau de sa réunion avec le conduit osseux, à un centimètre de profondeur. Quand je voulus introduire mon petit spéculum bivalve, très utile lorsque le C. A. est

obstrué, soit par un gonflement inflammatoire, soit par des polypes ou par des abcès folliculaires, j'eus la plus grande peine à le faire pénétrer. J'aperçus alors plus profondément, en bas et en avant, deux autres petites tumeurs rondes, sessiles, grosses comme une demi-lentille, masquant en grande partie la vue du tympan.

Le stylet me permit de reconnaître la nature osseuse de ces productions morbides. Ayant poussé de l'air avec la sonde, par la trompe d'Eustache, je pus m'assurer qu'il existait une perforation du tympan. L'examen avait été douloureux.

Je prescrivis des lavages avec une solution légère de sulfate pur d'alumine et je conseillai de toucher les tumeurs avec un peu de teinture d'iode (méthode de Toynebee). Loin de mieux aller, l'enfant souffrait de plus en plus; le pus ne pouvait presque plus sortir au dehors et l'apophyse mastoïde devenait douloureuse. Un mois s'était écoulé; j'ordonnai un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde, du sirop de feuilles de noyer avec 0.30 centig. par jour d'iodure de potassium. Huit jours après on me ramenait le petit malade, me disant qu'on ne pouvait plus faire entrer les injections avec la seringue.

A un nouvel examen je vis que l'espace compris entre les exostoses, qui la première fois était déjà très étroit, avait encore diminué. L'enfant était très abattu, il était dans un état de surexcitation qui ensuite faisait place à de la somnolence.

L'apophyse mastoïde et toute la partie supérieure du cou du côté gauche étaient douloureuses.

Je jugeai qu'il était indispensable d'intervenir chirurgicalement.

La trépanation de l'apophyse, si l'on ne pouvait bien laver l'intérieur de l'oreille moyenne, devait être rejetée; l'ablation des tumeurs osseuses était seule indiquée.

Je fis endormir l'enfant par mon chef de clinique, M. Dubois, ancien médecin adjoint au Val-de-Grâce, et je fis l'opération à ma clinique même.

Ayant bien lavé avec de l'eau phéniquée; un miroir de

Troelstch fixé sur des lunettes à l'aide de mon petit porte-miroir et la lumière projetée avec une lampe sur laquelle j'avais monté comme réflecteur mon otoscope parabolique; j'enlevai alors les trois exostoses à l'aide d'une petite gouge de chez Mathieu. Avec la gouge j'avais de suite commencé à sectionner la peau à la base de l'exostose et j'avais repoussé cette peau le plus possible. La pointe d'un bistouri me fut nécessaire pour bien achever cette sorte d'énucléation.

La plus grosse tumeur offrant une éburnation plus prononcée, je dus employer le petit maillet de plomb avec la gouge. Après avoir ainsi, dans une opération qui dura 15 minutes, enlevé par couches minces les tumeurs et rendu au C. A. son calibre normal, j'examinai librement la M. tympanique. Celle-ci offrait une large perforation en bas et en arrière du manche du marteau. Je donnai 0,15 centigrammes de sulfate de quinine et 10 gouttes de teinture d'aconit, par jour, pendant 8 jours. Je fis faire les pansements des plaies osseuses avec de l'alcool de vin et un peu d'eau au moyen de boulettes de charpie. Je couvris l'oreille d'une couche épaisse d'ouate. L'on pratiqua en même temps des instillations, 4 fois le jour et 2 fois la nuit, avec une solution à 5 0/0 de sulfate pur d'alumine. Enfin dans l'espace de deux mois, ayant touché 2 fois les plaies avec une goutte de nitrate d'argent fondu sur un stylet (méthode que j'emploie depuis plus de vingt ans), j'obtins la cicatrisation complète. L'écoulement de l'oreille guérit également, en laissant des adhérences du tympan avec la partie interne de la caisse et un peu de cophose du côté gauche.

Ce jeune homme, que je vois encore ainsi que ses parents, s'est engagé il y a deux ans et il a été jugé bon pour le service militaire.

OBS. II. — Au mois de mai 1884, je fus consulté par Madame T..., de Saint-Quentin, qui m'était adressée par notre savant et sympathique confrère le D^r Albert Brochin, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette dame souffrait depuis 8 mois de l'oreille gauche; les souffrances étaient devenues insupportables. A l'examen de l'oreille malade je constatai qu'il existait jusque vers le meat, un semis de végétations saignant au moindre contact du stylet.

L'oreille suppurait depuis plusieurs années. Cette malade avait été traitée par un médecin auriste très distingué qui avait cherché à détruire ces végétations par des cautérisations avec le nitrate d'argent.

Mais les cautérisations provoquaient des douleurs horribles qui duraient encore 10 à 12 heures après la petite opération. Je voulus placer mon spéculum bivalve, mais aussitôt la douleur se déclara et je ne pus voir que le tiers du conduit auditif.

Je proposai l'emploi du chloroforme, qui fut accepté.

Quatre jours après je me rendis avec mon chef de clinique M. Mercié.

Le chloroforme donné par M. Mercié fut très bien supporté.

Je voulus examiner le C. A. mais je ne pus faire pénétrer le spéculum à plus de 1 centimètre 1/2. Là j'étais arrêté par une tumeur dure occupant la paroi postérieure du canal osseux; cette tumeur était couverte de végétations très petites et saignantes. Elle fermait dans ses 2/3 antéro-postérieurs le conduit auditif.

Après un lavage avec une solution de bichlorure d'hydrargyre, je détachai les petites végétations; mais l'orifice auriculaire restait très oblitéré.

Je m'étais muni de mes instruments et je vis qu'il serait absolument indispensable d'enlever la tumeur.

Je détruisis toutes les autres végétations implantées sur les parois du conduit cartilagineux et j'attaquai la tumeur osseuse avec la gouge; je vis qu'elle était formée de tissu spongieux.

Un bistouri très fort et arrondi à son extrémité me servit aussi et me permit de détruire toute l'exostose en ménageant les parties voisines dont vous connaissez toute l'importance. Après le nettoyage de la plaie, je touchai toutes les dénudations osseuses avec la petite boule d'un thermo-cautère électrique.

Je fis faire le pansement de Lister, je plaçai de petites boulettes de charpie, saupoudrées d'iodoforme, au fond de l'oreille. Des lavages furent pratiqués avec :

Acide borique..... 20 grammes.

Eau distillée..... 1.000 —

Sulfate d'atropine..... 0,15 centig.

Je donnai pendant 4 jours, 0,30 centigr. de sulfate de quinine et une potion avec 20 gouttes de teinture d'aconit.

La malade s'était éveillée au bout de 25 minutes. Les douleurs vives avaient disparu et les pansements furent continués pendant un mois. Le tympan était largement détruit dans son tiers inférieur; les osselets existaient à leur place.

Le fond de la caisse que je pus voir aussitôt l'opération terminée ne présentait pas de trace de carie.

La muqueuse était légèrement tuméfiée. Il n'y avait aucun symptôme inquiétant du côté des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse.

Cette malade quitta Paris au bout d'un mois : les plaies osseuses étaient en partie recouvertes d'une peau mince; il existait encore une légère otorrhée.

Au bout de six mois la malade, qui revenait me voir de temps en temps, était complètement guérie et toute otorrhée avait cessé.

Je revis plusieurs fois Madame T... l'année suivante. Elle continuait à aller très bien.

Au mois de mars 1887, Madame T..., enceinte de 3 mois, vint de nouveau me consulter, sur le conseil de M. le Dr Delaisement, son médecin, à Saint-Quentin, pour me montrer son oreille gauche, où une nouvelle tumeur située en arrière et en bas, à un centimètre en avant du tympan, s'était développée sans amener de suppuration, mais commençait, comme on pouvait le voir, à obturer complètement le conduit auditif.

Il y avait une sensibilité extrême au toucher avec le stylet.

Cette nouvelle exostose, qui était très dure et recouverte d'une peau extrêmement mince, inquiétait vivement la malade.

J'étais arrêté par la grossesse pour donner l'iodure de potassium à l'intérieur; je crois peu à la possibilité de guérir ces tumeurs par la compression avec la laminaire (Toynbee) ou la tige d'ivoire (Hinton), compression qui devient vite très douloureuse et insupportable, comme je m'en suis assuré plusieurs fois. Je conseillai cependant d'attendre un peu pour voir si l'exostose s'arrêterait dans son développement, comme cela arrive parfois.

Il n'en fut rien et la malade revint quelque temps après avec un commencement de retour de l'otorrhée; l'obstruction du C. A. menaçait de devenir complète; une partie même de la tumeur touchait la paroi opposée. Les douleurs vives apparaissaient. Je proposai, malgré la grossesse déjà avancée l'ablation de l'exostose.

Je fis l'opération dans le mois de mai, à la maison de santé des sœurs Augustines.

Mon chef de clinique, M. Barbier, qui a succédé à M. Mercié, mort d'une façon si triste dans l'abordage des vaisseaux la *Victoria* et le *Sultan* en rade du Tage, pendant un voyage qu'il faisait au Brésil, donna le chloroforme, en présence de M. le Dr Delaisement.

L'exostose était très dure; il y avait deux petites tubérosités élevées sur une seule grosseur osseuse. Je voulus me servir de la gouge seule, mais dans l'impossibilité de mordre dans l'os éburné, formant la base de la tumeur, je dus employer le petit maillet de plomb avec la gouge.

L'opération marcha régulièrement. Après toutes les précautions contre la septicémie, bien prises, je détruisis complètement la tumeur et la malade ne resta endormie que 18 minutes. J'enlevai l'os par petites couches très minces en maintenant d'une main très ferme la gouge à chaque coup de marteau. Je fis les pansements comme la première fois avec la gaze phéniquée et l'iodoforme, sulfate de quinine et aconit pendant cinq jours. Je fis insuffler quelque temps après dans l'oreille de l'iodol mélangé à de l'acide borique finement pulvérisé. Lavages avec eau et borate de soude, puis avec la solution de sulfate d'alumine et l'eau alcoolisée; il n'y eut

aucune tendance à l'érysipèle. Cette dame resta six semaines chez les sœurs et retourna à peu près guérie à Saint-Quentin. L'oreille continua à aller de mieux en mieux.

Elle accoucha sans accidents, d'un enfant très bien portant (c'est son cinquième). J'ai reçu deux fois Madame T... depuis et la guérison s'est parfaitement maintenue.

CONCLUSIONS

Nous trouvons ici deux fois des tumeurs osseuses avec complication d'otite externe et moyenne.

La troisième tumeur précède l'inflammation et l'otorrhée.

N'ayant pas vu le début des premières excroissances osseuses, je ne puis dire si dans les deux premiers cas l'inflammation de la peau s'étendant à l'os sous-jacent n'a pas été la cause des accidents. Je pense pour mon compte que les choses doivent souvent se passer ainsi. Ou bien si cette cause n'est pas due au développement de l'exostose, comme dans le 3^e cas où la tumeur a débuté avant l'otorrhée.

La syphilis dans les cas que je viens de citer ne peut être invoquée.

Je connais les parents du premier malade; ils se portent à merveille ainsi que leurs autres enfants.

La mère a eu dans son enfance, me dit-elle, un peu de scoliose; mais elle n'est jamais souffrante.

La seconde malade a 34 ans; elle jouit d'un bon tempérament. son système nerveux seul est impressionnable. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Sa sœur est forte et bien portante. Elle n'a jamais eu aucune tumeur osseuse sur d'autres parties du corps.

Les traitements indiqués, la teinture d'iode sur les tumeurs (Toynbee), les cautérisations — l'iodure de potassium — la compression (Toynbee, Bonnafant, Hinton), ne m'ont pas donné pour les cas où je les ai employés les résultats espérés, et dans d'autres, ils ne pouvaient être appliqués.

Je pense donc que l'ablation avec la gouge et le marteau, comme je l'emploie, est préférable à la lime, aux perforations, etc.; qu'en agissant avec prudence, en ayant bien présents à l'esprit les rapports; en faisant tenir la tête des malades solidement, bien immobile, on s'exposera moins ainsi à blesser les parties voisines et à causer des lésions qui pourraient être graves.

Dans les circonstances présentes, nous avons retiré de ce moyen tous les avantages possibles, car nos malades ont parfaitement guéri sans accident aucun et ont obtenu des guérisons durables.

**SURDITÉS BILATÉRALES ET UNILATÉRALES
COMPLÈTES A LA SUITE DES OREILLONS. —
4 OBSERVATIONS (1),**

Par le **Dr E. MÉNIÈRE**

A la session d'avril 1885 j'ai lu deux observations de surdité unilatérale complète survenue dans le cours des oreillons. A cette époque j'avais eu l'occasion d'en voir cinq cas. Depuis j'en ai observé quatre autres, dont deux de surdité unilatérale et deux de surdité bilatérale:

OBS. I. — M. R..., jeune garçon de douze ans, de bonne santé apparente; aucune diathèse dans la famille. A l'âge de sept ans il a contracté les oreillons pendant une légère épidémie qui régnait dans son pays. La maladie a été d'emblée assez forte. Le double gonflement des régions parotidiennes a été très marqué, avec une forte fièvre pendant les deux premiers jours. On s'est aperçu le septième jour que l'oreille gauche n'entendait pas. Aucune complication n'a été remarquée par le médecin. On ne voit pas de lésions apparentes de l'organe. La surdité est absolue et n'a jamais varié.

OBS. II. — Mlle A. S..., fillette de huit ans, de santé délicate, lymphatique, sans autres antécédents diathétiques. Les parents sont fort bien portants et ont deux autres filles.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 27 octobre 1887.

Cette malade a eu les oreillons après ses deux sœurs. Chez celles-ci la maladie a suivi un cours normal, tandis que A. S... a été fort souffrante; la fièvre a duré plus de trois jours, et l'enfant a accusé quelques bruits dans les oreilles.

On ne s'est aperçu de la surdité de l'oreille droite que le neuvième jour. Depuis cette époque rien ne s'est modifié.

J'arrive maintenant aux deux derniers faits qui présentent un certain intérêt :

OBS. III. — M. H. K..., d'origine suisse, quatorze ans, de très bonne santé habituelle. Les parents sont solides et vigoureux. Ce jeune homme a eu dans sa première enfance quelques légères convulsions nettement vues par la mère, dans une même semaine, à trois reprises différentes. La famille affirme, de la manière la plus formelle, que l'enfant a toujours admirablement entendu jusqu'à l'âge de huit ans.

En avril 1880, après un jour de malaise seulement, les oreillons se montrent accompagnés d'une fièvre intense, qui dura près de trois jours. Le troisième jour le malade eut un violent mal de tête, qui ne prit fin que le lendemain. Le quatrième jour, au réveil, on constata une surdité absolue, qui ne s'est jamais modifiée depuis cette époque.

L'examen des oreilles est négatif.

OBS. IV. — M. M. C..., grand garçon de vingt-deux ans, assez vigoureux, m'est adressé en septembre 1887, par mon honorable confrère le D^r Ficatier, de Bar-le-Duc. La famille de ce jeune homme se décide à demander si on peut guérir cette surdité, qui remonte à l'âge de cinq ans.

A cette époque (1870), après soixante-dix-sept jours de maladie, il a eu les oreillons, qui se sont nettement déclarés le dimanche. La maladie a été de moyenne intensité. Le vendredi suivant, le matin, les parents se sont aperçus que l'enfant n'entendait plus rien. Impossibilité de se faire entendre, même en criant aux oreilles. A l'âge de sept ans, il a eu ensuite une scarlatine assez forte, sans complications auriculaires, et enfin, à quinze ans, une fièvre cérébrale très grave, qui a fait craindre pour sa vie.

Examiné avec soin, je n'ai pu découvrir la moindre lésion dans l'appareil auditif.

— Je viens de vous soumettre, aussi succinctement mais aussi exactement que possible, la relation de quatre nouveaux faits.

D'après les auteurs, le nombre des observations est peu considérable, mais j'estime que beaucoup de ces cas passent inaperçus pour les médecins peu au courant de l'otologie.

Les cas de surdité ne sont pas considérables proportionnellement au nombre des personnes atteintes par les oreillons; mais cette proportion, quelque faible qu'elle soit, serait assez utile à connaître.

Après maintes recherches faites dans divers ouvrages, je n'ai pu trouver la relation de l'autopsie d'un malade dont la surdité complète était due aux oreillons.

L'anatomie pathologique, seule, pourrait nous donner la clef de ces lésions actuellement incurables.

Nous ne pouvons discuter ici que des hypothèses, et toutes ont été faites; ils est donc inutile d'en retracer le tableau.

Pour ma part, tout en admettant la possibilité d'une affection labyrinthique, je crois que le plus souvent il existe une hyperhémie méningée entraînant à sa suite des lésions graves du nerf auditif à ses origines ou dans son trajet.

Je tiens à faire remarquer que le jeune enfant de l'Obs. III a eu une fièvre intense pendant trois jours, et au troisième jour des douleurs de tête si violentes, que le médecin a cru un instant à des accidents méningitiques.

Le lendemain les symptômes graves avaient disparu, et la surdité était absolue des deux côtés.

Quant à la prédisposition individuelle admise par certains auteurs, je ne puis ni ne veux la nier; mais ce que j'affirme, c'est que dans les neuf cas qu'il m'a été donné d'observer, les parents ont été aussi explicites que possible sur le bon état de l'audition avant les oreillons.

Les otologistes, malheureusement, sont rarement consultés par les familles au début de la surdité. Ils ne peuvent donc mettre en œuvre des indications variées, probablement inefficaces, mais donc le résultat reste ainsi dans le domaine des hypothèses.

DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LES SUPPURATIONS
DE L'OREILLE (1),

Par le Dr P. AYSAGUER, de Paris.

Permettez-moi de vous parler d'une façon sommaire d'un nouveau mode de traitement de certaines suppurations de l'oreille.

Bien que la thérapeutique des affections de l'oreille ait fait de grands progrès dans ces dernières années, il est incontestable qu'il existe encore un certain nombre de suppurations réfractaires aux moyens que nous possédons actuellement. Il me semble que ce nombre sera aujourd'hui diminué grâce à l'emploi de l'acide lactique. C'est en me basant d'abord sur les expériences de Moretig-Moorhof démontrant l'efficacité de l'acide lactique dans les caries fongueuses, et faisant en même temps ressortir un fait d'une grande importance, à savoir que l'acide lactique s'attaque uniquement aux tissus altérés et n'agit que faiblement ou pas du tout sur les tissus à l'état normal; en tenant compte ensuite des résultats obtenus par Krause sur les ulcérations du larynx, que je commençai il y a bientôt deux ans à appliquer l'acide lactique dans certains cas de suppuration de l'oreille. Depuis lors j'ai eu l'occasion de l'employer pour ainsi dire tous les jours et voici en quelques mots quelle est son action : L'acide lactique agit surtout sur un groupe d'affection à processus hyperplasiques : C'est sur les fongosités de la caisse, sur les formes granuleuses d'otite ou de myringite, sur les végétations polypeuses, sur les caries et nécroses accom-

(1) Communication faite à la Société française de Laryngologie et d'Otologie, séance du 27 octobre 1887.

pagnées de fongosités et de bourgeons charnus, sur les portions de polypes restant après l'ablation de ces petites tumeurs, que l'acide lactique a une action remarquable.

Dans les inflammations suppuratives aiguës ou chroniques simples de la caisse, son action est complètement nulle. On voit déjà par cette courte énumération que le champ sur lequel l'acide lactique peut être employé est encore assez vaste, attendu qu'une grande partie des suppurations chroniques de l'oreille est entretenue par ces inflammations, hyperplasiques, végétantes ou carieuses.

Bien que je n'aie pas l'intention de vous fatiguer par une énumération détaillée de toutes les observations que je possède depuis que j'emploie l'acide lactique, permettez-moi néanmoins de vous dire quelques mots au sujet d'un malade qui non seulement doit sa guérison mais même sa vie à l'acide lactique et qui montrent jusqu'où peut aller l'action de ce médicament.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui vint à ma clinique en juin 1886. Cet homme avait la tête enveloppée et paraissait beaucoup souffrir. En l'examinant je constatai d'abord une suppuration abondante de l'oreille gauche, datant déjà de trois ans. Il y avait en même temps une hémiplégie faciale du même côté et une tuméfaction fluctuante au niveau et un peu au-dessus de la région mastoïdienne. Après un lavage de l'oreille malade, je pus voir un amas de fongosités obstruant complètement le conduit et empêchant d'apercevoir l'état de la caisse. Avec le stylet on pouvait sentir au fond de ces fongosités, à l'union de la paroi postérieure de la caisse et du conduit, l'os complètement à nu. Il s'agissait donc d'une carie ou d'une nécrose de la caisse ou du conduit, donnant lieu à tous les accidents que présentait le malade à ce moment.

Je commençai d'abord par obvier à des dangers sérieux possibles en donnant une issue au pus amassé dans la région

mastoïdienne par une large ouverture allant jusque sous le périoste. L'apophyse mastoïde paraissait intacte.

Je plaçai un drain dans la plaie et des injections poussées à travers le drain ressortaient en partie par l'oreille externe. La communication était donc assez nette. Passant ensuite au traitement direct de l'oreille, tous les deux jours j'extirpais avec le polypotome et au moyen de la petite curette de Politzer autant de fongosités que je pouvais, j'instillais ensuite de l'acide lactique en assez grande quantité dans le conduit que je laissais deux minutes environ ; après avoir suivi patiemment ce traitement pendant six mois, les fongosités ne se reproduisirent plus, le conduit devint assez libre, ce qui me permit de constater dans la partie profonde de l'oreille externe la présence d'un séquestre mobile que je pus extraire assez facilement avec la pince. J'en retirai ainsi trois séquestres. Je continuai toujours les instillations d'acide lactique pur et quelques jours après l'extraction du troisième séquestre la suppuration cessa. La fistule rétro-auriculaire se ferma complètement et depuis bientôt un an le malade est tout à fait guéri. Le conduit externe est presque bouché. L'hémiplégie faciale existe toujours, le malade naturellement n'entend pas de son oreille gauche, mais il peut travailler et s'occuper de ses affaires.

Ce malade chez lequel on aurait pu employer des moyens chirurgicaux plus énergiques et dont j'ai tenu à vous parler, montre jusqu'à quel point l'action de l'acide lactique peut se faire sentir. L'intervention chirurgicale peut évidemment être utile dans des cas semblables, mais il est toujours préférable de ne pas y avoir recours lorsqu'on peut faire autrement.

Le mode d'emploi de l'acide lactique est très simple. Au début je commençai par des solutions à 2 pour 10 et j'arrivai graduellement à l'acide lactique pur. Aujourd'hui l'expérience m'a montré que l'on peut commencer déjà par une solution par moitié, c'est-à-dire 10 pour 10, et passer assez rapidement à l'acide pur. Souvent je com-

mence, même chez les enfants, par ce dernier. La douleur dans la plupart des cas est presque nulle, le plus souvent elle n'existe pas. Jusqu'à présent, je n'ai jamais constaté qu'elle fût assez forte pour être obligé de cesser l'emploi du médicament.

Les tissus touchés par l'acide lactique et en particulier les granulations, deviennent grisâtres, comme mortifiés. Il n'est pas nécessaire après l'instillation de faire une injection dans la caisse, comme cela se fait pour le nitrate d'argent ou pour l'acide chromique par exemple. A la suite d'un certains nombres d'instillations, on voit les parties fongueuses, granuleuses, s'affaisser et se recouvrir peu à peu d'une membrane blanchâtre qui n'est, en somme, que du tissu cicatriciel.

Telles sont les quelques remarques que j'ai voulu faire au sujet de l'acide lactique. A côté de l'acide borique, de l'iodoforme, du nitrate d'argent et des autres médications que nous possédons et qu'il nous faut toujours conserver, nous sommes persuadé aujourd'hui que l'acide lactique est appelé à occuper une place très importante dans la thérapeutique des affections suppuratives de l'oreille.

COMPTE RENDU DE LA 60^e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

(Tenue à Wiesbaden du 18 au 24 septembre 1887.)

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Traduit de l'allemand par le Dr WAGNIER, de Lille (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. HEINRICH.

M. HÉRING, de Varsovie. — **Du curage des ulcères tuberculeux du larynx et de ses résultats.**

M. Hering reproduit la communication qu'il a déjà faite

(1) D'après le *Tageblatt der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und aerzte in Wiesbaden, 18-24 septembre 1887.*

dernièrement à l'Académie de médecine de Paris, et en avril, à la Société française de laryngologie.

L'acide lactique, dit-il, lui a donné les meilleurs résultats. Chez quinze malades qui ont été soumis, pendant un temps suffisant, à l'acide lactique, il a obtenu onze fois une cicatrisation qui s'est maintenue et qui remonte à des époques variant de huit mois à deux ans et demi. Il reconnaît cependant qu'il existe des cas où il est contre-indiqué et d'autres où il n'est pas supporté; dans la majorité des cas, il exerce sur les ulcérations une action favorable qui ne peut cependant être durable que si toutes les parties infiltrées ont pu être enlevées.

Quant à la curette tranchante, son emploi est indiqué pour les excroissances de la région inter-aryténoïdienne qui contiennent des dépôts tuberculeux et pour cette forme d'ulcères qui renferment des tubercules aussi bien dans leur fond sclérosé que dans leurs bords hypertrophiés. Après le curage, les plaies sont maintenues aseptiques par des applications au pinceau d'émulsions d'iodoforme, il n'a pas observé jusqu'à présent d'hémorragie importante.

L'auteur publiera prochainement le compte rendu complet des cas qu'il a traités par cette méthode; il a obtenu dans vingt-sept cas sur trente-cinq qu'il a traités, une cicatrisation durable.

Tous ces malades avaient des bacilles dans leurs crachats, quelques-uns des fibres élastiques.

Il ne nie pas les guérisons obtenues par l'iodoforme, l'iodol ou le menthol, mais il désire que l'on apporte des observations détaillées qui permettent de comparer le résultat de ces traitements avec ceux qu'il a obtenus par sa méthode.

En terminant, le D^r Héring donne lecture d'une lettre du professeur Krause qui se déclare partisan du traitement chirurgical de la phtisie laryngée; la discussion sur cette communication est reportée après celle du professeur Schnitzler.

M. SCHNITZLER, de Vienne. — **Sur les nouveaux médi-**

caments et les nouvelles méthodes de traitement appliqués à la tuberculose du larynx.

L'orateur traite des nouveaux médicaments préconisés depuis la réunion de l'année dernière et en particulier du menthol, de l'iodol, du salol et enfin du phosphate de chaux que Kolischer et Freund ont récemment recommandé dans les affections tuberculeuses des articulations et qu'il a lui-même employé depuis quelques mois tant à la polyclinique que dans sa pratique particulière.

Ces moyens locaux n'exercent d'action dans les cas d'ulcérations du larynx que lorsque le processus tuberculeux pulmonaire s'est arrêté; l'orateur, en rappelant ce fait, s'élève contre la tendance actuelle à placer au premier rang le traitement local du larynx et à négliger le traitement général et celui des poumons.

Quant au phosphate de chaux, il a d'abord employé la solution de Kolischer et Freund qui a une action très analogue à celle de l'acide lactique, il l'emploie maintenant sous forme pulvérulente; il ne saurait encore émettre un jugement définitif au sujet de ce nouvel agent, mais il est peu porté à lui attribuer une action spécifique.

En terminant, il rapporte des cas de guérison de tuberculose laryngée et pulmonaire s'étant maintenue pendant des années.

M. CUBE, de Menton, dit qu'aussi longtemps que la maladie tuberculeuse reste limitée à certains organes et que l'infection bacillaire ne peut être considérée comme généralisée, on est autorisé à employer tout traitement capable, ou de détruire les bacilles ou, du moins, de s'opposer à leur prolifération.

M. SCHMIDT, de Francfort, considère le traitement par l'acide lactique comme le plus efficace de ceux qui ont été proposés; c'est dans le cas d'infiltration qu'il échoue le plus souvent et il est très heureux à ce point de vue des résultats si encourageants de M. Héring.

M. GOTTSSTEIN, de Breslau, demande comment M. Héring maintient aseptiques les plaies résultant du traitement par la curette.

M HÉRING répond qu'il touche énergiquement les plaies fraîchement faites, deux fois par jour, avec l'émulsion d'iodoforme et qu'il prescrit des gargarismes fréquents avec l'acide lactique à 2 0/0 par le procédé du *glouglourisme* recommandé par le Dr Moura, de Paris.

L'orateur se défend de vouloir substituer le traitement local de la phtisie laryngée au traitement général dont il reconnaît la haute importance.

M. SCHNITZLER. — **Sur la transformation des néoplasmes bénins du larynx en tumeurs malignes.**

Après avoir rapporté un cas de cancer épithélial du larynx avec propagation aux ganglions du cou et à la plèvre chez un malade qui avait été opéré quelques mois auparavant d'un papillome laryngien, opération suivie de cautérisations répétées dans le but de prévenir la récurrence, l'orateur dit que ces faits sont heureusement rares, que sur les centaines de papillomes qu'il a observés, il n'a pu constater avec certitude cette transformation que dans trois cas. On voit par là dans quelle faible mesure on peut accuser les opérations et les cautérisations qui les suivent de la production de la récurrence maligne. Les observations publiées ne doivent détourner, en quoi que ce soit, des opérations endo-laryngées.

M. MORELLI rapporte le cas d'un homme de quarante ans, qu'il a traité il y a environ quatre ans. Il dut faire la trachéotomie pour un papillome qui remplissait tout le larynx, opération qui fut suivie de l'ablation complète du papillome par la thyrotomie. Un an après le malade revint avec un énorme carcinome.

M. SEIFERT, de Wurtzbourg, rapporte un cas analogue. Le malade ne survécut que peu de temps à l'extirpation du larynx.

M. HEYMANN, de Berlin, expose qu'un malade qui avait été opéré plusieurs fois pour des polypes du nez, se présenta à lui, porteur d'une tumeur intra-nasale, grosse comme une noix, de couleur gris noirâtre. Cette tumeur extirpée fut

reconnue pour être un sarcome mélanique présentant en plusieurs points ces formes de transition au carcinome que Virchow a décrites.

M. GOTSTEIN dit qu'il ne faut pas se hâter de conclure à ces transformations d'après l'examen laryngoscopique, et, quant au diagnostic histologique, il ne peut guère être porté quand on n'examine que des particules enlevées de la surface de la tumeur, ce qui ne permet pas d'apprécier jusqu'à quel point les proliférations épithéliales pénètrent dans les éléments de la muqueuse.

M. ONODI, de Buda-Pest. — **De l'innervation et des paralysies du larynx.**

Dans ce travail, l'auteur a recherché les anastomoses entre les rameaux du laryngé supérieur et ceux du récurrent, ainsi que l'innervation des muscles du larynx; il pense que l'innervation se fait à la fois par les deux nerfs. Il a pu établir que le muscle crico-aryténoïdien postérieur, le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien latéral reçoivent des filets du laryngé supérieur.

L'auteur croit que les faits nouveaux qu'il apporte sont de nature à rendre compte d'un certain nombre de circonstances pathologiques que la distribution nerveuse indiquée par Luschka n'explique pas.

Séance du 21 septembre.

Présidence de M. GOTSTEIN, de Breslau.

M. HEYMANN, de Berlin. — **Des changements de forme de la cloison des fosses nasales.**

Ils sont si fréquents qu'ils existent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. On a cherché à les expliquer de bien des façons : Béclard et Cloquet, par action mécanique, par l'acte de se moucher avec la main droite, par exemple ; Welkers et d'autres par la pression du nez sur l'oreiller; cependant dans un très grand nombre de faits les déviations de la cloison ne correspondent pas à celles des parties extérieures du

nez. Les suites du rachitisme, qu'on a incriminé, se corrigent souvent avec l'âge ; les déviations de la cloison, au contraire, augmentent. Quant à la voussure du palais, l'auteur a vu des cas où, avec une voûte palatine remarquablement aplatie, il y avait des déviations très prononcées de la cloison. Il admet le plus souvent l'influence traumatique.

Quant au procédé opératoire, M. Heymann enlève simplement avec un instrument tranchant la saillie de la cloison. Il en résulte, en général, une amélioration suffisante de la respiration nasale.

M. BRESGEN, de Francfort-sur-le-Mein, dit qu'il a montré dans un ouvrage récent l'inadmissibilité de la classification de Welkers (1). Il a expliqué la fréquence plus grande des déviations à gauche par le développement inégal des deux côtés du corps, le côté gauche plus faible prédisposant aux chutes de ce côté. Si Zuckerkandl n'a pas constaté de déviations chez les enfants au-dessous de sept ans, cela tient sans doute à l'insuffisance des moyens d'exploration qu'il employait. Les faibles déviations peuvent bien s'expliquer autrement que par un traumatisme, mais toutes les fois qu'on trouve des masses calleuses sous la cloison, surtout à sa partie inférieure, il faut admettre cette influence.

M. Bresgen fait remarquer qu'il a déjà observé et décrit cette production traumatique des déviations. Quant à celles de la partie osseuse du septum, il a déjà montré qu'elles sont beaucoup plus fréquentes près de l'ouverture postérieure des fosses nasales qu'on ne l'admet généralement.

Il préconise le traitement galvanocaustique des déviations de la partie cartilagineuse : il emploie le ciseau pour les saillies osseuses.

M. HOPMANN, de Cologne, croit que l'étiologie de ces déviations est multiple et que la diversité extrême des formes qu'elles affectent ne peut pas plus relever du même traitement que de la même cause de développement. S'il admet l'influence traumatique ce n'est pas sans restrictions.

(1) Voir page 58.

M. GOLDSCHMIDT dit que les instruments employés par M. Heymann sont d'une grande simplicité et permettent d'opérer presque toutes les saillies osseuses de la cloison. Il lui demande comment il pratique le traitement consécutif au point de vue des accidents septiques, rares dans les opérations, mais enfin possibles.

M. HEYMANN répond qu'il obstrue le nez avec de la gaze antiseptique et qu'il ne s'occupe de l'hémorragie que lorsqu'elle est assez abondante pour nécessiter le tamponnement.

M. GUYE, d'Amsterdam, rapporte que dans ces derniers temps il a pratiqué souvent l'ablation des parties de la cloison déviées au moyen de la scie par le procédé de Bosworth, de New-York. Il cocaïnise avec un tampon d'ouate qui sert également à protéger les parties de la muqueuse qui ne doivent pas être atteintes.

Présentation d'instruments.

M. ROSENBERG, de Berlin, montre **un instrument pour l'exploration exacte de la paroi postérieure du larynx et de la région sous-glottique**. Cet instrument porte à son extrémité un petit miroir qui, par un mécanisme très simple, peut tourner, s'ouvrir et se fermer, et qu'on introduit dans la glotte ou au-dessous d'elle; il est complété par un miroir laryngien que l'on place comme à l'ordinaire.

M. BRESGEN montre quelques instruments nouveaux pour le nez : d'abord les spéculums qu'il a construits d'après le principe de celui de Duplay et qu'il a nouvellement perfectionnés; puis des sondes nasales très minces et longues de 28 centimètres, elles ont une pointe conique. La sonde pour le sinus frontal et maxillaire est terminée en olive et présente une faible courbure à environ 2 centimètres et 1/2 de son extrémité. Il montre aussi sa sonde nasale terminée par une extrémité en platine de 6 centimètres de long et dont il se sert pour les cautérisations à l'acide chromique et quatre ciseaux pour les cavités nasales, deux dont le tranchant est

droit, deux où il est oblique, ils sont complètement en métal, et le manche a l'inclinaison voulue pour laisser libre le champ visuel.

M. MORELLI, de Buda-Pesth, montre plusieurs instruments : un entonnoir nasal en verre avec un tuyau coudé à angle droit et terminé par une olive (1). Il permet les lavages sans porter la tête en arrière et évite les douleurs de tête consécutives ;

Un porte-écraseur qui facilite l'introduction du serre-nœud dans les cavités nasales ;

Un polypotome qui a l'avantage, au point de vue histologique, que la tumeur saisie ne peut tomber hors de l'instrument et qu'elle est coupée comme avec des ciseaux et non écrasée.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. SCHMIDT.

M. HOPPMANN. — **De l'occlusion osseuse et des rétrécissements de l'ouverture postérieure des fosses nasales.**

Les cas d'occlusion osseuse complète sont rares. Schrötter en a relevé dix cas ; il en a lui-même décrit un. Les deux cas que l'auteur rapporte portent ce chiffre à quatorze. Les obstructions membraneuses semblent avoir été plus souvent observés (Simon, Casselburg, Chiari, etc.). L'auteur décrit avec détails les deux cas d'obstruction complète qu'il a observés ; dans les deux observations, c'était le côté droit qui était obstrué. Il cite sommairement trente-trois cas de rétrécissement simple bilatéral, et montre combien ces états se compliquent souvent de tumeurs adénoïdes (vingt-neuf fois sur ces trente-trois cas). Il s'étend sur les différentes sortes de sténose, leur diagnostic et leur traitement.

M. OBERTUSCHEN, de Crefeld, a vu un cas d'obstruction osseuse complète de l'ouverture postérieure des fosses nasales à droite, chez un homme de vingt-trois ans, qui s'aperçut qu'il ne pouvait plus respirer par le nez, un jour qu'il fut

(1) C'est une simple *imitation en verre* de la canule nasale que j'ai déjà préconisée il y a plus de trois ans. (Dr E. J. Moure.)

pris de coryza à gauche. Quelques applications de cocaïne rétablirent si complètement la respiration à gauche, qu'il n'y avait plus lieu de recourir à une opération.

M. KEIMER, de Düsseldorf, a observé un cas absolument semblable à celui de M. Hopmann. Ce n'est que lorsqu'on eut enlevé les deux amygdales gutturales hypertrophiées et celle de Luschka qu'on s'aperçut de l'obstruction osseuse; la lamelle obturante fut percée avec un ciseau; on plaça un gros drain, plus tard l'ouverture fut élargie. Le malade guérit complètement. Il y avait dans ce cas une inégalité très prononcée des deux côtés de la face.

M. GOTTSTEIN dit qu'il a traité une obstruction osseuse par un foret analogue à celui que les dentistes emploient, mais il ne saurait recommander cette méthode très douloureuse et qui ne donne qu'une faible ouverture. On doit préférer le ciseau.

M. MORELLI communique un **cas de rhino-laryngo-sclérome suppuré.**

La suppuration se montra trois fois dans des tubercules isolés; l'opération qui fut faite dans le larynx mit à jour un autre foyer purulent. L'examen histologique fit reconnaître l'infiltration de petites cellules rondes que Kaposi et Geller ont décrites, et on trouva les bacilles qu'ont décrits Fristch et Cornil comme caractéristiques de l'affection, dans les coupes et dans le pus.

M. GOTTSTEIN rapporte un **cas de mutité hystérique semblable en apparence aux troubles de la parole** étudiés par Charcot, mais qui en diffère en ce que dans les cas que Charcot et ses élèves ont décrits, l'examen laryngoscopique n'a rien révélé, tandis qu'ici il y avait trouble de la coordination et spasme phonatoire de la fente vocale. Il propose de distinguer deux formes de mutité hystérique: la mutité paralytique et la mutité laryngienne spasmodique. MM. Rosenberg, Hopmann et Heymann rapportent des cas analogues.

M. SCHMIDT. — De la trachéotomie dans la phtisie laryngée.

M. Schmidt rapporte sept cas. Trois ont été guéris, l'un opéré en janvier 1885, était parfaitement bien portant il y a huit semaines ; actuellement il a une petite ulcération sur la bande ventriculaire droite. Le second, opéré au mois d'octobre 1886, est, en ce qui est du larynx, complètement guéri, il a encore une caverne dans le poumon droit, l'état général est bon. Le troisième, opéré le 3 janvier de cette année, est complètement guéri.

Les deux malades dont il avait apporté l'année dernière les observations avec guérison vivent toujours ; l'un a été opéré il y a près de trois ans, l'autre il y a deux ans et demi.

L'orateur soutient de nouveau cette thèse que dans certains cas on doit opérer avant l'apparition de la sténose, en se basant sur ces cinq cas où le résultat fut favorable malgré la sténose la plus menaçante.

M. HOPMANN n'a eu que des résultats relatifs et temporaires dans les opérations de trachéotomie qu'il a faites (dix fois environ) pour des cas analogues. Il n'a pas encore observé un cas de guérison, soit qu'on ait opéré trop tard, soit parce qu'on avait abandonné après l'opération le traitement local. Il a fait une fois l'extirpation totale du larynx dans un cas d'infiltration très avancé de tout l'organe. Le malade mourut trois mois après, peut-être des suites de l'aggravation de l'état du poumon qui était peu atteint au moment de l'opération. M. Hopmann croit qu'il y a des cas, rares il est vrai, de tuberculose localisée au larynx, où l'extirpation devrait être faite à *priori*.

M. MORELLI a extirpé une tumeur arrondie de la bande ventriculaire gauche. Le D^r Pertik la reconnut pour un lymphôme avec tubercules sans bacille. Ce fut aussi l'avis du professeur Recklinghausen. Le malade est complètement guéri.

M. HEYMANN dit que ce fut Pitho qui, le premier, fit la trachéotomie pour favoriser par l'immobilité la cicatrisation des ulcères laryngiens.

M. BETZ, de Mayence. — Du traitement de la péri-chondrite du larynx.

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui fut pris subitement d'enrouement et de douleur vive du larynx et qui fut soumis à son examen cinq semaines après. Il n'y avait rien eu, et depuis rien ne s'est produit qui puisse faire soupçonner la tuberculose ou la syphilis, aussi a-t-il considéré le cas comme une péri-chondrite essentielle. Sur la partie latérale gauche du cartilage thyroïde, un abcès s'était ouvert spontanément; au laryngoscope on constatait un gonflement de la moitié gauche du larynx qui, sans qu'il fût permis de conclure avec certitude à l'existence d'un abcès, augmenta peu à peu et nécessita la trachéotomie.

Les symptômes ne s'amendèrent pas et l'on pratiqua la thyrotomie; on enleva le cartilage aryténoïde gauche en partie carié et luxé et un séquestre ossifié du cartilage cricoïde; on enleva aussi la lame gauche du cartilage thyroïde. La guérison fut obtenue après de nombreuses péripiéties. Cependant, quoique le malade puisse parler à voix haute mais monotone, que le larynx laisse passer l'air, il ne faut pas penser encore à retirer la canule. Sans compter sur l'amélioration qui pourra survenir encore, le malade se trouve maintenant dans une bien meilleure situation qu'avant la résection et peut-être même que si l'extirpation ayant été faite, il devait porter une canule phonatoire.

M. BRESGEN. — Sur le développement des fausses membranes croupeuses dans le nez et le pharynx.

L'auteur a remarqué la production de ces membranes en hiver et lors des changements brusques de température et aussi après l'enlèvement des escharres faites au galvano-cautère dans le nez et le pharynx.

Ces escharres se détachent en général le septième jour. Que le malade prenne froid à ce moment, il peut se développer au même endroit une nouvelle couenne qui se renouvelle plusieurs fois, les plaies peuvent ainsi ne se guérir qu'en trois ou quatre semaines. En même temps il se produit des symp-

tômes naso-pharyngiens inflammatoires, du malaise, des frissons. S'agit-il ici d'un véritable croup? On ne peut le dire encore. En tout cas, le tableau clinique est bien semblable à celui que A. Hartmann a tracé.

M. SCHMITHUISEN, d'Aix-la-Chapelle, dit qu'il a déjà fait une communication sur le même sujet il y a deux ans. Dans les premiers cas observés, il y avait de la syphilis héréditaire et il considéra cette affection comme une forme typique de la diathèse. Dans la moitié des cas qu'il observa ensuite il n'y avait pas de syphilis, le dépôt d'aspect croupeux était parfois unilatéral, parfois même limité à une partie d'une seule narine. Dans deux cas, la maladie s'étendit au pharynx et au voile du palais, il n'a jamais constaté de fièvre. Le sirop d'iodure de fer lui a paru avoir une action presque spécifique. Il croit que la répétition de cette affection peut amener l'atrophie de la muqueuse et l'ozène.

M. HÉRING croit qu'il faut attribuer les accidents indiqués par Bresgen à la suite des applications galvano-caustiques à ce que les malades se font des lavages du nez avec des eaux non bouillies et impures. Quant à lui, il couvre les escharres de vaseline à l'iodoforme, et bouche les narines avec de l'ouate. Il a vu trois fois la production de ces flots de fausses membranes se répéter chroniquement après le pemphigus syphilitique de longue durée.

D^r WAGNIER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Valeur séméiotique de l'audition de la parole suivant les âges, par le D^r GELLÉ.

L'auteur fait, sous ce titre, une communication dont voici les conclusions :

1^o La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'attention, car elle peut annoncer un affaiblissement des facultés cérébrales tout autant que de l'audition.

2° La conservation de l'ouïe pour le langage articulé peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole, chez l'adulte, tient à la grande activité du foyer du langage liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd; mais on ne peut conclure de là à l'existence d'une affection cérébrale, ni à celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots, avec persistance de l'audition des sons, est un signe certain d'une lésion du cerveau.

5° Au point de vue du pronostic, il est clair que la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du son du diapason, de la montre, peut être anéantie, et cependant la parole est très bien entendue; tandis que chez le sourd-muet on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont encore perceptibles. L'adulte est souvent un sourd qui parle; l'enfant sourd devient facilement muet. (*Soc. de Biologie*, 8 novembre 1887.)

Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu,
par le D^r J. Puig (1).

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer dans le service du professeur L. Tripier un cas de blessure de l'oreille par balle de revolver, en a fait le point de départ de sa thèse inaugurale. Il existe d'assez nombreuses observations de ce genre, éparses dans la littérature médicale, mais aucun travail d'ensemble n'a encore été publié sur ce sujet. Les auteurs classiques semblent avoir observé sur la question un silence presque général. C'est à peine si Dupuytren, Duplay, Nélaton, Legouest lui-même, dans leurs traités, accordent une courte

(1) Lyon, Imprimerie Nouvelle, rue Ferrandière, 52.

mention aux blessures de l'oreille par armes à feu. Parmi les observations les plus intéressantes sont celles de Terrillon (1878) et de Demons (1880).

Les blessures peuvent donner lieu à deux genres d'accidents : les uns immédiats, les autres consécutifs. — Les *accidents immédiats* comprennent : A) la perte de connaissance; — B) l'hémorragie auriculaire; — C) la paralysie faciale; — D) l'abolition de l'ouïe. — Quant aux accidents consécutifs, ils se traduisent, par : A) du vertige; — B) de la paralysie faciale; — C) de l'hémorragie consécutive; — D) de l'otite moyenne purulente aiguë; — E) de la méningo-encéphalite; — F) des troubles psychiques.

Au point de vue du *diagnostic* il faudra différencier les cas de maladie de Ménière d'origine traumatique, de la commotion cérébrale à forme légère. On aura aussi à se demander d'où provient l'hémorragie? Existe-t-il une fracture du rocher? Le bruit de pot fêlé, entendu par le malade, sera un signe douteux; l'écoulement par l'oreille d'un liquide séreux et mieux encore la paralysie faciale dénoteront une fracture pétreuse. Pour savoir si la plaie est compliquée de la présence d'un corps étranger on se servira utilement, soit du stylet de Nélaton et, pour plus de précision, du stylet électrique de Trouvé.

Le *pronostic* est grave en lui-même, tant par la surdité consécutive que par les suppurations qui peuvent se produire. On ne devra pas oublier cependant que dans certains cas les projectiles ont été parfaitement tolérés.

Comme *traitement* on peut établir que : 1° La recherche immédiate du corps étranger ne doit jamais être pratiquée. — 2° L'intervention chirurgicale tardive n'est indiquée que lorsque le malade présente des accidents sérieux (suppurations fétides, douleurs violentes, etc.). — De la discussion à laquelle il se livre, l'auteur en arrive à conclure que le meilleur des procédés à employer pour l'extraction du corps étranger est celui de Paul d'Égine. Que s'il se manifeste une otorrhagie carotidienne, on y devra remédier par la ligature de la carotide primitive. Dans le courant de la thèse sont

rapportées tout au long ou soigneusement résumées 18 observations.

En somme, bon travail de critique, réunissant en un faisceau solide des faits disséminés. (*Thèse de Lyon*, n° 372.)

M. NATIER

De la coloration verte du pus de l'oreille. (*Ueber das Vorkommen grünen Eiters im ohre*). par le professeur J. GRUBER.

Zaufal a rapporté un cas d'otorrhée bleue (*Archiv. f. Ohrenheilkunde*, VI Band). Cette coloration se montra chez un homme qui avait un écoulement purulent avec perforation depuis cinq jours. Trois jours après qu'on l'eut constatée, il se déclara une otite externe, dont les symptômes disparurent en même temps que la couleur bleue du pus au bout de dix-huit jours.

Un voisin du lit de ce malade, atteint également d'otorrhée, présenta bientôt le même phénomène, accompagné encore d'otite externe; cette fois il disparut au bout de six jours.

On trouva que le pus bleu contenait des bacilles qui ne différaient pas de ceux qu'on trouve dans d'autres infections putrides. On put reproduire expérimentalement la coloration bleue du pus chez d'autres otorrhéiques, et dans trois cas sur cinq, avec accompagnement d'otite externe diffuse. La marche ultérieure de l'otite moyenne suppurée n'en parut, dans aucun cas, influencée.

L'auteur met en regard de ces faits un cas qu'il a observé et où la coloration du pus était absolument celle de l'émeraude. Le sujet était atteint d'otorrhée ancienne avec perforation, et ce fut après trois jours de douleurs vives qu'il vint consulter et qu'on constata, outre la coloration verte, une otite externe diffuse.

A l'examen microscopique de masses épidermiques fortement colorées, on trouva un nombre extraordinaire de bactéries qui, étudiées avec soin et soumises à des cultures, purent être considérées comme étant le bacille pyocyanique.

Ce bacille est l'un de ceux auxquels les bactériologues refusent toute influence toxique ou infectieuse sur l'orga-

nisme. On admet d'ailleurs qu'il donne au pus une couleur bleu verdâtre, et il est probable que dans le cas de Zaufal c'était le même bacille, d'autant mieux que le bacille pyocyanique, qui n'a été exactement décrit qu'en 1882 par Gessard, n'était pas connu quand Zaufal publia ses observations.

Dans le cas vu par l'auteur et dans trois de ceux observés par Zaufal une otite externe diffuse s'était montrée en même temps que la coloration, et, ces résultats étant en contradiction avec les données bactériologiques, l'auteur essaya de transmettre la coloration verte du pus à un autre malade atteint d'otorrhée au moyen de quelques filaments d'ouate imprégnés du pus vert. Le second jour, l'écoulement chez le malade en expérience était devenu vert sans douleurs nouvelles, mais bientôt se développa une otite externe diffuse avec formation d'abcès. L'auteur crut devoir s'abstenir de nouvelles expériences du même genre.

Un cas semblable se présenta bientôt développé spontanément; la marche fut analogue, et la coloration verte que l'otorrhée prit tout à coup fut bientôt suivie d'otite externe et d'abcès. Le malade n'avait nullement été en rapport avec les premiers; cependant, à la même époque, dans un service de chirurgie du même hôpital général, on avait constaté plusieurs cas de coloration verte du pus.

L'auteur ne prétend pas que ce fût le bacille pyocyanique, que les micrographes considèrent comme inoffensif, qui produisait ces violentes inflammations; il pouvait se trouver à côté de lui d'autres matériaux d'infection. L'auteur a entrepris à ce sujet des expériences sur les animaux. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*. nos 7 et 8, 1887.) D^r WAGNIER.

Epilepsie de l'oreille dans les affections otopésiées à répétition, par M. BOUCHERON.

L'auteur confirme les résultats qu'il a signalés en 1883 et indique que l'épilepsie peut se produire dans des cas où la surdité est à peine marquée et où l'otopéisis et l'assourdissement sont tout à fait momentanés. Tel est le cas d'un jeune

homme de 17 ans chez lequel survenaient des crises épileptiques que pouvait arrêter net la pénétration de l'air dans la caisse tympanique; elles étaient au contraire simplement modifiées quand l'air pénétrait insuffisamment dans la caisse.

Il résulte de ces faits qu'il existe une épilepsie dont l'oreille est le point de départ; aussi devra-t-on, dans les cas d'affections nerveuses symptomatiques, soigneusement examiner l'oreille. On pourra de la sorte trouver parfois la cause des accidents et en enrayer facilement la marche. (*Acad. des sc.*, 14 nov. 1887; *Sem. méd.*, 16 nov. 1887.) M. NATIER.

Un cas de perte rapide ou presque complète de l'audition chez un enfant de sept ans. Syphilis héréditaire probable
(*A case of rapid and almost total loss of hearing in a child seven years of age, inherited syphilis apparently the cause*), par le Dr ALBERT H. BUCK.

Le malade se présente le 11 janvier 1887, il est atteint d'une surdité très prononcée, qui avait débuté trois semaines auparavant. Des insufflations avec la poire de Politzer avaient été faites amenant une amélioration passagère, une heure ou deux au plus, et pendant tout ce temps l'audition diminuait constamment.

Le malade n'éprouvait pas de douleur, il n'avait pas de vertiges, il n'existait pas de paralysie. A l'examen, le tympan paraît terne et déprimé, mais la caisse ne renferme pas de liquide et l'aspect terne du tympan paraît être dû à un état œdémateux de la muqueuse de la caisse plutôt qu'à la présence de mucosités.

L'auteur, très perplexe au sujet du diagnostic, croyait au début avoir affaire à une otite moyenne catarrhale avec congestion secondaire du labyrinthe. Mais pendant que le malade était en traitement il se produisit de l'ostéopériostite circonscrite à la paroi postéro-supérieure du conduit auditif au voisinage du tympan. Il n'y avait aucun antécédent tuberculeux dans la famille; l'auteur prescrivit de l'iodure de potassium en augmentant progressivement la dose. A la suite de ce traitement l'audition fut considérablement améliorée.

L'auteur attribue la périostite et la surdité à la syphilis héréditaire. (*The. Med. Record.*, 1^{er} oct. 1887.) D^r CH.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Pharynx. — Anatomie. Physiologie. Pathologie (1).

Dans un nouveau fascicule, récemment paru, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous relevons les articles suivants : PHARYNGIEN (*plexus*); PHARYNGIEN DE BOCK (*nerf*); PHARYNGIENNE (*artère*), du professeur L. Testut, de Lyon.

Les articles PHARYNGOTOMIE, PHARYNGECTOMIE, dus à M. A. Broca, sont traités avec beaucoup de clarté et de précision. Les procédés opératoires, le choix des méthodes, leurs différentes indications, les genres divers d'instruments, les résultats opératoires font l'objet d'une exposition soignée et très détaillée. Un index bibliographique de deux pages termine ces articles, et permettra au lecteur désireux d'approfondir la question, de rencontrer tous les éléments qui s'y rattachent.

L'anatomie et la physiologie du pharynx sont l'œuvre de M. Arloing qui les a traitées avec la compétence toute particulière qui lui est propre.

Enfin la *pathologie du pharynx* a été faite de collaboration par M. le professeur agrégé X. Arnozan et par M. Moure (de Bordeaux). Ecartant de leur sujet toutes les parties déjà traitées ou celles qui doivent paraître à d'autres places dans le dictionnaire, ils ont restreint leur étude à quatre chapitres : 1^o Séméiologie et thérapeutique générales ; 2^o Corps étrangers ; 3^o Abscesses rétro-pharyngiens ; 4^o Végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Le premier chapitre comprend : 1^o *Les troubles de la circulation* ; 2^o *Les anomalies de sécrétion* ; 3^o *Le diagnostic général*. La thérapeutique générale se fait au moyen de *douches rétro-nasale et nasale*. On emploie encore les badi-

(1) 2^e série, t. XXIV, 1^{re} partie, Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. — C. Masson, libraire de l'Académie de Médecine, boulevard Saint-Germain.

geonnages, les insufflations, les topiques liquides, l'électricité.

Corps étrangers du pharynx. — Dans ce second chapitre, MM. Arnozan et Moure ne s'occupent que des corps étrangers qui s'arrêtent ou pénètrent dans le pharynx par les voies naturelles. Ils font remarquer, en passant, combien le diagnostic des corps étrangers du pharynx, autrefois très difficile, et même presque impossible, est aujourd'hui rendu facile grâce à l'usage de la cocaïne, du résonateur de Colin et du laryngoscope.

Les *abcès rétro-pharyngiens* sont étudiés avec le plus grand soin au point de vue de leurs *variétés*, de leur *marche*, leur *durée*, leurs *complications* et leur *terminaison*. Leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement sont clairement exposés.

Le quatrième chapitre est consacré à une affection inconnue jusqu'à la découverte du laryngoscope. *Les végétations adénoïdes du pharynx nasal*, en effet, n'ont été décrites d'une façon complète, pour la première fois, qu'en 1868, époque à laquelle Meyer, de Copenhague, publia sur ce sujet un travail important. Depuis, tous les spécialistes en ont maintes fois constaté des exemples, de telle sorte qu'elles sont aujourd'hui du domaine de la pratique courante.

L'article se termine par deux pages d'index bibliographique.

M. NATIER.

Des angiomes de la langue, par le Dr RÉGIS COUTENOT (1).

Les angiomes de la langue ont été longtemps méconnus, puisqu'il faut arriver à J. L. Petit pour avoir une description de ces tumeurs et apprendre qu'en général, le pronostic en est bénin. Bien qu'admise par la plupart des auteurs, l'origine congénitale de cette affection est pourtant loin d'être absolument démontrée. On a invoqué les traumatismes, l'hérédité, le jeune âge, le sexe (féminin), comme cause des angiomes de la langue. Ils sont indifféremment situés sur la pointe, sur les bords ou sur la base de la langue.

Dans un chapitre consacré à l'anatomie pathologique, l'au-

(1) Paris, imprimerie des Ecoles. Henri Jouve, 23, rue Racine, 1887.

teur mentionne l'opinion de Cornil et Ranvier, Busch, Rindfleisch, Virchow, sur la constitution des angiomes.

Les symptômes des angiomes de la langue sont de deux sortes : 1° S. tumoraux : couleur, forme, volume, consistance, irréductibilité, frémissement perçu par les doigts, défaut de pulsations; 2° S. fonctionnels : gêne fonctionnelle, difficulté d'expuition.

Il est à remarquer que le goût n'est en rien altéré et que, chez la femme, la tumeur diminue à l'époque des règles.

Quant au pronostic, il est bénin, s'il s'agit d'un angiome petit. On a pu dans le très jeune âge voir spontanément disparaître la tumeur. Les maladies intercurrentes semblent amener une modification heureuse. La tumeur éprouve à la puberté un accroissement subit. Les dangers qu'elle présente sont variables suivant l'accroissement de la tumeur, son siège, les hémorragies auxquelles elle peut donner lieu, la difficulté qu'elle oppose à la succion et enfin sa transformation possible en cancer.

Le traitement comprend trois grandes méthodes :

a) Méthode consistant à modifier la tumeur : 1° sel de nitre; 2° tannin; 3° caustique de Vienne; 4° injections coagulantes; 5° liqueur de Piazza; 6° injections de chlôral; 7° méthode électrolytique.

b) Méthode de traitement par laquelle on interrompt l'apport du sang dans la tumeur : 1° compression; 2° ligature des linguales.

c) Méthode qui détruit la tumeur partiellement ou en totalité : 1° partiellement (cautérisation ignée centrale); 2° en totalité : ligature, amputation, calomel. (Brown.)

Huit observations et un index bibliographique de trois pages terminent ce travail. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. N.

Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal,

par le Dr GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux.

Ce mémoire a été inspiré à l'auteur par l'observation de deux cas qu'il lui a été donné d'étudier et dont un lui a été fourni par M. Reclus.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs congénitales du plancher de la bouche renferment deux classes de tumeurs : a) les kystes dermoïdes à proprement parler; b) les tumeurs implantées sur le maxillaire inférieur et constituant le *polygnathisme*. Les kystes dermoïdes comprennent deux branches : 1° k. derm. ad-hyoïdiens; 2° k. derm. ad-géniens. Il serait difficile d'expliquer pourquoi ces variétés.

Ces kystes ont, dans la majorité des cas, le même siège anatomique. Ils occupent le plancher de la bouche entre la corde des génio-hyoïdiens et l'éventail des génio-glosses, à droite et à gauche, mais au-dessus de la sangle formée par les mylo-hyoïdiens. Ces tumeurs se développent dans cette loge; elles sont *médianes* et *exceptionnellement latérales*.

D'un volume à peu près constant, ces kystes nécessitent une extirpation vers l'âge de vingt-trois ans en moyenne, car à cette époque la tumeur ne peut plus évoluer dans sa loge musculo-squelettique et tend à franchir ses limites avec gêne, avec douleur. Ces tumeurs, à parois épaisses, arrondies, sont toujours mobiles. Elles développent autour d'elles une bourse séreuse, ce qui en rend aisée l'énucléation.

Tumeur congénitale, donnant à la région sus-hyoïdienne l'apparence d'un double menton (menton de grenouille), tumeur oscillant lentement, produisant un soulèvement en masse de la région sub-linguale et de la région sus-hyoïdienne, tumeur arrondie, ferme, élastique, à contact d'enveloppement difficile, à pédicule génien ou hyoïdien, tels sont les caractères fondamentaux qui permettent d'asseoir le diagnostic sans beaucoup de difficultés.

Le diagnostic, parfois difficile à établir, devra être fait avec toutes les variétés de grenouillette, surtout la grenouillette congénitale, les kystes séreux du plancher de la bouche, les tumeurs érectiles, les kystes hydatiques et les lipômes.

Le traitement consiste à extirper la tumeur. Deux voies sont, à cet effet, offertes au chirurgien : 1° la *voie buccale*; 2° la *voie sus-hyoïdienne*. Bien qu'on ait jusqu'ici préféré à la seconde, la première de ces méthodes, M. Marchant après en avoir comparé les avantages, n'hésite pas un seul instant à se

prononcer pour la méthode sus-hyoïdienne médiane qui devra être à l'avenir la méthode de choix, étant donnés les moyens antiseptiques dont on dispose actuellement.

L'auteur termine son travail par un résumé de trente observations constituant la plupart des cas de kystes dermoïdes du plancher buccal publiés par les auteurs. (*Société anat., Progrès méd.*, n° 23, 24 et 25, juin 1887.) M. NATIER.

LARYNX ET TRACHÉE.

Traitement local de la phtisie laryngée, par le D^r Henri SENESSE (1).

Après un premier chapitre, consacré aux considérations générales sur la tuberculose du larynx, M. le D^r Senesse s'occupe de la thérapeutique générale de cette affection. Comme il n'a en vue, dans son étude, que le traitement local, il signale simplement sans s'y arrêter autrement le traitement général qui, dans aucun cas, ne devra être négligé. — Il divise en trois grandes classes les divers modes de traitements locaux mis en œuvre pour combattre la tuberculose du larynx. Ce sont : 1° les révulsifs; 2° les topiques; 3° les moyens chirurgicaux.

A. Les révulsifs devront être employés dans les congestions de la muqueuse du larynx; ils devront être placés de chaque côté du cartilage thyroïde pour moins gêner le malade. Leur action devra être continuelle pour être efficace.

B. Les topiques peuvent être appliqués sous cinq formes différentes; 1° insufflations de poudres; 2° gargarismes; 3° pulvérisations d'eaux minérales ou médicamenteuses; 4° humages ou inhalations d'eaux semblables aux précédentes; 5° attouchements directs du larynx. La technique de ces divers procédés est soigneusement exposée par le D^r Senesse, en même temps qu'il fait une critique judicieuse de chacun d'eux.

C. Nous dirons la même chose des moyens chirurgicaux, qui sont au nombre de quatre : 1° scarifications; 2° le tubage du larynx; 3° la trachéotomie; 4° le raclage. Comme ces moyens

(1) Imprimerie V^{ve} Cadoret, 17, rue Montméjan, Bordeaux.

ne tiennent dans la thérapeutique de la phtisie laryngée qu'une place fort restreinte, l'auteur s'étonne de voir que certains praticiens en aient fait une méthode de traitement.

A chaque période de la phtisie laryngée devra correspondre un traitement approprié. Ainsi, dans la première, on usera des révulsifs (badigeonnages iodés, vésicatoires, pointes de feu, etc.), mais, on doit bien l'avouer, il ne s'agit là que de moyens palliatifs. On emploie encore à la même période divers topiques tels que : insufflations, pulvérisations, inhalations. Mais il sera bon de faire un choix, car si l'efficacité de certains d'entre eux est parfaitement reconnue, il est par contre d'autres topiques dont l'innocuité ne saurait être mise en doute, par exemple : les sulfureux, à propos de l'action desquels, malgré des observations cliniques rigoureuses, nous voyons encore aujourd'hui les praticiens très divisés.

Aux périodes d'infiltration et de terminaison, on pourra employer l'iodol en insufflations ; il aurait parfaitement réussi entre les mains de Lublinski. Les gargarismes ne sont indiqués que lorsqu'il existe des lésions extra-laryngées. L'acide phénique en inhalations est d'une efficacité incontestée ; de même on retirera de bons effets de pulvérisations morphino-bromurées. L'acide lactique en pulvérisation aurait aussi donné des succès à M. Peter. Enfin, on s'est encore servi, pour faire des attouchements, de différents caustiques et astringents dont l'action est scrupuleusement étudiée par M. Senesse. Parmi les caustiques les plus employés, citons l'acide lactique, préconisé par Krause et Héring. Il aurait, au dire de ces deux auteurs, fourni des résultats vraiment surprenants. L'iodoforme et la morphine paraissent être aussi dans certains cas d'un emploi recommandable. Viennent enfin, en dernière ressource, les moyens chirurgicaux qui ne constituent qu'un traitement symptomatique et destiné, la plupart du temps, à parer à une asphyxie imminente.

La thèse de M. Senesse se termine par cinq observations, dont quatre personnelles et une empruntée à la pratique de M. Moure. (*Thèse Bordeaux 1887.*)

M. NATIER.

**Du diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire par
l'examen du larynx**, par le Dr Eugène MARTEL.

Une paralysie, ou une parésie d'une corde vocale, avec ou sans troubles de la phonation, indique dans presque tous les cas une phtisie pulmonaire commençante. C'est là un fait que M. Martel tient à établir nettement et il croit pouvoir arriver à le prouver par l'examen du larynx. Que l'on vienne en effet à examiner l'organe vocal pendant le fonctionnement normal des cordes, et l'aspect du larynx sain correspondra toujours à des types déterminés :

1° Pendant la respiration ; — 2° pendant l'effort simple ; — 3° pendant l'effort préparatoire à la phonation ; — 4° pendant la phonation.

Que s'il s'agit au contraire de la parésie ou de la paralysie de l'une ou l'autre des deux cordes, on voit alors autre chose. La corde affectée pendant la respiration sera presque immobile, dans la position cadavérique, ou elle aura de faibles excursions ou elle sera complètement immobile. La corde saine aura au contraire un mouvement d'autant plus étendu que sera plus limité celui de la corde malade. Pendant que celle-ci n'arrivera pas jusqu'à la ligne médiane, celle-là la dépassera pour venir se mettre au contact. De là cet aspect de la fente glottique obliquement dirigée d'avant en arrière et qu'Isambert avait considéré comme dû à une torsion du larynx. Or cette déviation absolument caractéristique d'une phtisie pulmonaire au début ou en voie d'évolution, n'est nullement le résultat de la torsion du larynx ou de la trachée, comme a pu s'en convaincre M. Martel en examinant dans toutes les positions plusieurs séries de larynx normaux. C'est pourquoi il croit devoir conclure que « la paralysie ou la parésie d'une ou des deux cordes vocales est un signe présumptif de phtisie pulmonaire ». (*Revue intern. des Sc. méd.* 31 mai 1887, p. 165.)

M. NATIER.

Anévrysme de l'aorte innominée (*Aneurysma der Aorta anonyma*).
par le Dr Max SCHAEFFER, de Brême.

Il s'agit de deux observations où se trouve démontrée toute l'importance de l'examen laryngoscopique au point de vue du diagnostic des lésions d'autres organes.

Dans le premier cas, un ingénieur, âgé de soixante ans, bien portant jusqu'à l'année précédente, avait éprouvé depuis dans le gosier des sensations qu'il comparait à du pyrosis, à de la compression ou encore à des tiraillements. En même temps, les mouvements provoqués déterminaient chez lui de la gêne respiratoire, et des douleurs dans les parties inférieures du cou. La voix était plus rauque et plus grosse que s'il eût été enroué; de plus, quand il voulait parler il avait de la dyspnée à l'inspiration.

L'examen révéla à gauche un polype muqueux du cornet moyen et une légère pharyngite catarrhale. La corde vocale gauche était absolument immobile, arquée, raccourcie, et on remarquait à peine quelques stries sur la bande ventriculaire infiltrée. Quant à la corde vocale droite, elle fonctionnait normalement. Le larynx dans son entier paraissait reporté vers la droite. La muqueuse ainsi que celle de la trachée, du côté gauche notamment, étaient le siège d'une légère inflammation.

M. Schaeffer diagnostiqua une paralysie du muscle thyroaryténoïdien interne gauche ainsi qu'une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur de même côté et jugea qu'elles devaient être le résultat d'un anévrysme de la carotide primitive gauche ou bien de l'aorte innominée.

Deux mois après le malade mourait en chemin de fer de la rupture d'un anévrysme, ce qui vint confirmer le diagnostic.

La seconde observation a trait à un homme de cinquante-cinq ans. Il avait une paralysie double du muscle crico-aryténoïdien postérieur et de la bande ventriculaire gauche, également dues à un anévrysme. (*Separatabdr. aus der Monatss. f. Ohrenheilk., etc*, n° 1, 1887.) M. N.

De la fatigue temporaire de la voix (*Ueber vorzeitige Ermüdung der Stimme*) (Mogiphonie. B. Fränkel), par Max BRESGEN.

L'auteur rappelle que pour Fränkel, cette affection consisterait dans une paralysie motrice de l'organe vocal et serait justiciable d'un traitement par le repos et l'électricité. Il croit bien qu'il en peut être ainsi dans certains cas, mais il est

aussi d'avis qu'il faut parfois incriminer la partie supérieure des voies aériennes. En effet, chez certains individus, dont le larynx est normal, on trouve par contre une rhinite chronique avec hypertrophie de la pituitaire et des amygdales pharyngées et palatines. Il lui est en effet arrivé d'observer plusieurs cas de ce genre qu'il a du reste traités avec succès quand les malades ont bien voulu se conformer à ses prescriptions.

Il rapporte deux observations de femmes âgées, l'une de vingt et l'autre de trente-deux ans, qui se livraient toutes les deux à l'exercice du chant, mais qui avaient dû cesser depuis longtemps, car elles ne pouvaient maîtriser leur voix et éprouvaient dans la gorge une grande fatigue. Elles avaient déjà été soignées, mais sans succès.

A l'examen, il ne fut rien constaté du côté du larynx, mais la voix était manifestement nasonnée. Il existait une hypertrophie de la muqueuse du nez des deux côtés, mais surtout au niveau du cornet inférieur. Il fut pratiqué des cautérisations à l'acide chromique et au galvano-cautère; une pharyngite concomitante fut traitée par des badigeonnages avec une solution d'iode et de glycérine. Dans un cas, on pratiqua rapidement la faradisation à l'extérieur. Il fut recommandé de se servir sobrement de la voix.

La guérison, dans ces deux cas, ne s'est pas démentie un seul instant. Sa durée dépend du temps pendant lequel la muqueuse nasale elle-même restera guérie, aussi faudra-t-il agir de nouveau contre l'hypertrophie si elle vient à se reproduire.

Un autre cas se rapportant également à une chanteuse qui souffrait de la gorge depuis longtemps et dont encore on avait vainement soigné le larynx, vient également témoigner que cette fatigue de la voix est sous la dépendance des lésions du nez. En effet, du côté de cet organe, on trouve une rhinite chronique, pendant que le larynx est parfaitement normal.

« Mon but, dit l'auteur, en exposant ces cas, est, dans les cas de fatigue temporaire de la voix, d'appeler soigneusement l'attention du côté du nez où on trouvera un peu de tuméfac-

tion. En effet les chanteurs et les orateurs, le soir surtout, se trouvant dans des milieux surchauffés, leur muqueuse nasale ne tarde pas à se tuméfier et le résultat, c'est qu'il existe un surmenage de la musculature du larynx. (*Separatabdr. aus der Deuts. medic. Wochensch.*, 1887, n° 19.) M. N.

Mort subite par œdème aigu de l'épiglotte,

par le Dr M. B. FRÄNKEL.

Il s'agit d'un malade chez lequel à l'examen laryngoscopique on constatait de l'œdème de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique. Au moment de pratiquer la trachéotomie le malade tombe mort; l'opération est faite néanmoins, mais toutes les tentatives pour rappeler le malade à la vie restent vaines. L'autopsie ayant fait constater une atrophie du rein gauche et une hypertrophie du rein droit. M. Fränkel attribue la mort à un œdème du larynx, survenu comme première manifestation d'une néphrite.

M. Baginsky se range à cette opinion. A M. Virchow qui prétend qu'en pareil cas on peut confondre l'œdème aigu de la glotte avec l'érysipèle, M. Fränkel répond qu'à la suite de recherches faites dans ce sens, M. Fehleisen et lui ont abandonné toute idée d'érysipèle. (*Soc. de méd. de Berlin.*, 11 mai 1887 in *Sem. méd.* 18 mai 1887, n° 20, p. 207.)

M. NATIER.

Paralysie double de l'orifice glottique consécutive à la compression par un anévrysme de l'aorte, du nerf récurrent gauche. Rupture de l'anévrysme. Mort. (*Doppelseitige Paralyse der Glottis-Erweiterer in Folge von Druck eines Aorten Aneurysma auf den N. recurrens link. Ruptur jenes. Tod*), par le Dr BESCHORNER, de Dresde.

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de quarante-trois ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui, depuis trois ans, était sujette à des accès de dyspnée, relativement bénins puisqu'elle n'avait jamais interrompu son travail. Trois semaines auparavant, la gêne respiratoire étant devenue plus vive, force lui fut d'avoir recours à un médecin.

A l'examen, l'auteur constate de la difficulté respiratoire avec tirage sternal et épigastrique. Les mouvements de descente du larynx étaient limités. La voix était claire, la parole intelligible, mais monotone et saccadée. Rien du côté du nez, du pharynx et du naso-pharynx. Du côté du larynx les deux cordes vocales sont en adduction à peu près complète; leurs bords dans l'inspiration s'écartent de 1 1/2 millim. environ; dans la phonation ils se juxtaposent exactement dans toute leur longueur. Le diagnostic porté fut : paralysie double de l'orifice glottique par compression des récurrents, probablement due à un anévrysme de l'aorte.

Les accès de suffocation devenant de plus en plus pénibles, on pratiqua sous le chloroforme l'ouverture de la trachée à sa partie inférieure. Avec la simple canule de Lür, il n'y eut aucune amélioration; on lui substitua un tube en gomme de 8 centimètres de longueur, qui fut lui-même remplacé par une canule de Roser. Cela indiquait déjà que l'obstacle à la respiration était profondément situé. Quinze jours après la trachéotomie, comme on nettoyait la canule, survint une hémorragie de la grosseur du petit doigt qui emporta la malade.

L'autopsie révéla une perforation de la paroi gauche de la trachée, avec destruction des cartilages jusqu'à la bifurcation bronchique. La bronche droite était complètement obstruée par un caillot; à gauche, légère obstruction. Sur la crosse de l'aorte et en arrière, on trouva un sac anévrysmal de la grosseur d'une pomme. Le récurrent gauche, en arrière de la tumeur, était complètement aplati par elle, ses fibres étaient dissociées et son tronc aminci au-dessus; celui de droite était tuméfié et comme gélatineux. Les muscles aryténoïdiens, celui de gauche surtout, étaient atrophiés et en voie de dégénérescence. Leurs fibres avaient subi une transformation granuleuse qui avait aussi envahi les autres muscles, mais à un degré bien moindre.

Cette observation inspire à l'auteur les réflexions suivantes : 1° Possibilité de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte par le seul examen laryngoscopique; 2° incertitude, même à

l'aide de la trachéotomie, de rétablir la respiration; 3° de faibles lésions d'un seul récurrent suffisent à entraver les fonctions des deux muscles aryténoïdiens. (*Separatabdr. aus der Monatsschr. f. Ohrenheilk., etc.*, n° 5, 1887.)

M. NATIER.

Le tubage de la glotte, par le Dr Julien-Augustin CHABANET (1).

L'auteur, dans le premier chapitre de son travail inaugural, rappelle la discussion célèbre à laquelle donna lieu en 1859, la communication de Bouchut sur ce sujet à l'Académie de Médecine. Le second chapitre est consacré à l'état actuel de la question, aux statistiques tant en Europe qu'en Amérique, aux observations rapportées par les auteurs, et enfin au Manuel opératoire.

Il se demande dans le troisième et dernier chapitre si le tubage du larynx est une bonne opération. Est-il facile? est-il dangereux? est-il utile? Et enfin, doit-on le préférer à la trachéotomie. S'il faut en croire les statistiques, les résultats seraient égaux des deux côtés; néanmoins, dit M. Chabanet, la trachéotomie donne toute sécurité au malade et au chirurgien; l'intubation n'en donne aucune en dehors d'une surveillance médicale de tous les instants, et c'est pour cela qu'il préfère la première à la seconde.

Les conclusions auxquelles l'amène son étude sont les suivantes :

1° Le tubage du larynx n'est, dans son évolution, ni plus difficile ni plus dangereux que la trachéotomie. La présence de la canule peut être prolongée plusieurs jours et même plusieurs semaines sans qu'il en résulte d'inconvénient bien sérieux.

2° Les faits publiés jusqu'à ce jour par les médecins Américains sont suffisants pour démontrer que le tubage du larynx est utile dans les cas de croup, à condition que les malades soient sous la surveillance d'une personne compétente, que les tentatives d'intubation ne soient pas multipliées, que cette opération ne soit pas faite *in extremis*.

(1) Paris. Imprimerie des Ecoles, Henri Jouve, 23, rue Racine, 1887.

3° Dans la clientèle ordinaire, où le malade ne peut être soumis à la surveillance d'une personne compétente, l'intubation du larynx ne donne aucune sécurité ni au malade ni au chirurgien. Dans ces conditions la trachéotomie reste, *quant à présent*, le seul moyen à opposer au croup dès que sont épuisées les ressources médicales.

Dans un court appendice, il ajoute qu'en dehors du croup, le tubage du larynx est indiqué :

1° Lorsque l'exercice de la fonction respiratoire est compromis par une cause passagère fugace (affections spasmodiques), pourvu que l'apnée soit assez durable pour inspirer des craintes sur la conservation de la vie;

2° Pour dilater les sténoses chroniques, hypertrophiques, membraneuses, cicatricielles;

3° Pour prévenir une asphyxie imminente dans le cas de compression de la trachée (tumeurs, etc.), et donner le temps de recourir à une intervention efficace. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 244.)

M. NATIER.

Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx, par le
D^r ARCHAMBAULT, chef de clinique du D^r CH. FAUVEL.

Un homme de 23 ans vient à la Clinique du D^r Fauvel disant que deux jours avant il a avalé une pièce de 50 centimes.

Au moment de l'accident il a été pris de quinte de toux d'une extrême violence, de crachement de sang, et de syncope.

La respiration est très gênée, l'aphonie est complète.

Le malade est aussitôt conduit à l'hôpital de la Charité, puis va trouver un autre médecin; dans les deux fois on lui fait le cathétérisme de l'œsophage; le sujet voit encore trois médecins qui ne pensent pas à examiner le larynx.

Enfin il se rend à la Clinique de la rue Guénégaud.

Le malade est d'une pâleur extrême, ses yeux sont hagards; il paraît en proie à l'anxiété la plus grande. La partie antérieure du cou est très sensible à la palpation. La plus légère pression exercée au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde détermine une douleur extrêmement vive. Depuis deux

jours le malade a des accès de suffocation terribles, chaque fois qu'il essaie de prendre du repos, de se mettre dans le décubitus dorsal. Il n'a pu également prendre la moindre nourriture, tout effort de déglutition réveillant des douleurs insupportables. Les quintes de toux viennent assez fréquemment, elles sont provoquées par une pression au-devant du cou, par un effort, elles déterminent des accès de suffocation intenses; il y a du tirage susternal et du cornage à timbre métallique lorsque le malade fait le moindre mouvement.

A l'examen laryngoscopique, rougeur et gonflement de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales supérieures. Entre les bords libres de ces dernières apparaît un corps brillant, c'est la pièce d'argent qui se présente du côté pile et qui est enchaînée à droite et à gauche dans les ventricules de Morgagni. En avant la pièce disparaît sous la partie antérieure des bandes ventriculaires, en arrière elle est séparée par un espace de 2 à 3 millimètres de la région aryténoïdienne, ce qui permet au malade de respirer. En résumé toute la portion vocale de la glotte est recouverte, il ne reste de libre que la glotte cartilagineuse ou respiratoire.

Plusieurs tentatives d'extraction de la pièce sont faites d'abord par le D^r Archambaud, puis par le D^r Ch. Fauvel, et malgré l'habileté bien connue de l'éminent spécialiste, il fut impossible d'enlever la pièce avec des pinces par les voies naturelles.

Le malade entra alors à l'hôpital Saint-Louis; l'espace inter-crico-thyroïdien fut ouvert, le thyroïde sectionné et la pièce facilement extraite par M. le Prof. Peant.

Vingt jours après le malade était complètement guéri.
(*Gazette des hôpitaux*, 9 août 1887.) J. JOAL.

Contribution à l'étude des corps étrangers dans les voies aériennes. (*Contributo allo studio, etc.*), par le D^r MORRA.

Il rapporte l'observation clinique d'un épi de seigle ayant pénétré dans les voies respiratoires.

Une paysanne, poussée par derrière par une de ses amies, tomba ventre à terre, et dans la profonde inspiration faite

pour crier, un épi de seigle lui pénétra dans le larynx. Comme conséquence : cyanose, dyspnée, toux obstinée, vomissements de substances alimentaires d'abord, et de sang ensuite. Presque une heure après, ces symptômes disparurent, et il persista seulement une douleur au-dessous du sternum. Elle n'eut même pas de vives douleurs; elle avait seulement, par reprises, des vomissements de sang suivant des efforts de toux. Plusieurs mois après, elle fut prise d'une fièvre intense, vomissement, douleur aiguë au bas du thorax à droite, et expectoration sanguine. Les choses empirèrent; la toux se fit persistante, le vomissement de sang abondant, et une nuit, elle vomit un épi de seigle, 36 millim. long, avec sang et pus très fétide.

Transportée à l'hôpital, l'auteur diagnostiqua gangrène pulmonaire, et à l'examen microscopique il rencontra dans le crachat des fragments de carlostide de seigle.

Traitement avec le terpinol; guérison.

L'auteur rapporte d'autres cas de corps étrangers, et établit une comparaison. Il se demande ensuite, si, quand l'épi pénétra, les secours de l'art pouvaient être avantageux pour la malade. S'appuyant sur une statistique de Weist, il se déclare opposé dans ces cas à la bronchotomie. (*R. acad. de Turin*, d'après la *Riforma medica*, n° 172, 1887.)

D^r F. CARDONE.

Goître plongeant avec accès de suffocation. Menace d'asphyxie rapide, trachéotomie. Fixation des deux lobes du corps thyroïde aux aponévroses du cou, par la méthode de Bonnet. Difficultés pour enlever définitivement la canule trachéale qui reste en place pendant trois ans. Guérison, par le D^r TERRILLON.

Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune homme de dix-sept ans chez lequel s'était depuis quelques mois développé à la base du cou une grosseur située de chaque côté de la ligne médiane. Après avoir un jour de fête commis quelques excès et surtout crié et chanté beaucoup, il fut la nuit suivante menacé d'accès de suffocation qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. Là on reconnut l'existence d'un goître plongeant;

presque aussitôt M. Terrillon pratiqua la trachéotomie et éprouva quelques difficultés à faire pénétrer la canule dans la trachée. — Des tentatives faites au bout de cinq semaines pour enlever la canule furent suivies de menaces d'asphyxie ; alors le chirurgien ayant reconnu que cette asphyxie était le résultat de la pénétration en arrière du sternum des deux lobes de la thyroïde hypertrophiée, il résolut de fixer ceux-ci aux aponeuroses du cou d'après la méthode de Bonnet. Il pensait ainsi obtenir une atrophie des deux lobes par rétraction de la cicatrice centrale.

L'avenir confirma entièrement les prévisions de M. Terrillon. Les deux lobes ayant été fixés l'un après l'autre à un intervalle de trois semaines, ils diminuèrent de volume au point de n'être plus sensibles et demeurèrent en place. Mais à ce moment, l'enlèvement complet de la canule fut impossible et cela parce que les parois de la trachée trop peu rigides reprenaient immédiatement leur forme primitivement aplatie. Ce jeune homme dut ainsi demeurer dans le même état pendant trois ans tout en vaquant cependant à ses occupations. Enfin quand on voulut définitivement lui enlever la canule, il fut reconnu que le peu de gêne respiratoire qui persistât encore était dû à la présence au pourtour supérieur de la plaie, du côté de la trachée, d'une série de petits polypes qui furent du reste enlevés par M. Cartaz ; après quoi, l'ablation de la canule ayant été faite, l'orifice de la plaie se retrécit rapidement et le malade fut complètement guéri.

Cette observation, dit l'auteur en manière de conclusion, prouve que plusieurs opérations successives faites à propos, peuvent dans un cas aussi complexe procurer une guérison absolue. (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, n° 7, juillet 1887.)

M. NATIER.

Corps étranger du larynx, par le D^r POLHERAT.

M. Polherat, interne à l'hôpital Laennec, a observé une vieille femme édentée qui, mangeant gloutonnement et en cachette un morceau de beefsteak, se l'introduisit dans le larynx où il s'est engagé au-dessous de la glotte.

On a échoué dans les tentatives d'extraction : la malade est morte en huit minutes.

A cette occasion M. Verchère dit qu'il faut en pareil cas faire une trachéotomie immédiate. En 1879, alors qu'il était interne à Bicêtre, il a sauvé ainsi un vieillard qui asphyxiait pour le même motif. (*Soc. anatomique de Paris*, 8 juillet 1887.)

J. JOAL.

Bilan du traitement de la coqueluche en 1887,

par le Dr Gustave-Jacques-Louis GUY (1).

L'auteur sous ce titre, passe en revue dans son travail inaugural : l'étymologie, l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la nature de la coqueluche, ses symptômes, sa marche, son diagnostic, son pronostic, et enfin ce n'est qu'après 32 pages de texte, qu'il en arrive à nous parler du traitement qui doit faire l'objet de sa thèse.

Ce traitement comprend trois formes différentes : *prophylaxie*, *traitement abortif*, et *traitement curatif*. Les médicaments employés dans le traitement de la coqueluche sont divisés par M. Guy en un certain nombre de groupes qu'il rapporte longuement. Nous ne suivrons point l'auteur dans cette énumération qui nous semble ne présenter qu'un médiocre intérêt pour nos lecteurs, et nous nous bornerons à fournir un résumé de ses conclusions.

1° Il n'existe encore pas de médicament spécifique capable d'enrayer la coqueluche à son début, d'entraver sa marche et de l'empêcher de parcourir ses diverses périodes;

2° Le traitement de la coqueluche ne comprend que des médicaments destinés à combattre soit l'élément catarrhal, soit l'élément spasmodique de la maladie ;

3° Le traitement variera d'un malade à l'autre et chez le même malade d'un jour à l'autre ;

4° Vomitifs répétés dans la période catarrhale ;

5° Sédatifs et anti-spasmodiques dans la période spasmodique. Badigeonnage de l'arrière-gorge à la cocaïne dans la période catarrhale ;

(1) Paris, Imprimerie de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur de A. Parent, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3, 1887.

6° Café noir et boissons alcooliques après le repas, contre vomissements alimentaires ;

7° Pas de médicament spécifique contre l'élément parasitaire, néanmoins vaporisations antiseptiques ;

8° Insufflations nasales avec poudres ;

9° Les moyens hygiéniques pourront abréger la durée de la maladie.

On trouvera disséminées dans la thèse quelques observations où les divers remèdes ont été appliqués avec un succès plus ou moins évident. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. NATIER.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accidents primitif et secondaires), par le D^r Georges DUPOND (1).

Dans son introduction le D^r Dupond nous dit qu'il a borné son travail à l'étude des accidents primitifs et secondaires, parce que ceux-ci étant plus rares ont été moins bien étudiés que les accidents tertiaires.

La première partie de la thèse est consacrée aux accidents primitifs. Parmi ceux-ci on peut dire que le chancre induré du nez et surtout des fosses nasales est un des plus rares que l'on rencontre. Son siège variable peut être situé ou bien sur le tégument externe, ou bien à l'orifice antérieur, ou à l'orifice postérieur des fosses nasales. Sur le tégument externe on peut le rencontrer sur tous les points indifféremment. Du côté des fosses nasales, à l'orifice antérieur, il est presque toujours situé à l'entrée ; on le rencontre aussi plus fréquemment à l'orifice postérieur.

Le chancre peut être dû à des attouchements fortuits, l'épiderme offrant des solutions de continuité : tels deux cas, l'un dû à Spencer Watson et l'autre à M. Moure. Il peut encore être le résultat de pratiques obscènes de tous genres ; la contagion de la mère à l'enfant paraît possible au moment de l'accouchement. Un danger à signaler consiste dans l'inoculation, par des praticiens peu soigneux pour ne pas dire plus, a moyen d'instruments infectés.

(1) Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1887.

Sur le dos du nez, les chancres affectent la forme plate à dimension moyenne; ils peuvent parfois, sur les ailes, acquérir un volume considérable. Le chancre induré des fosses nasales, jusqu'ici non décrit, se traduirait par des douleurs vives avec irradiation à la tête et à la région sus-orbitaire. Souvent il existe une tumeur assez volumineuse s'accompagnant de symptômes que D^r Dupond décrit avec beaucoup de soin.

Le diagnostic est facile pour la face cutanée du nez. Au début, à l'orifice postérieur, la lésion est le plus souvent ignorée, il faudra s'aider des commémoratifs et surtout pratiquer la rhinoscopie postérieure. Dans les fosses nasales il faudra établir une distinction avec les sarcomes dont le volume est en général plus considérable et qui donnent lieu à un écoulement de sang plus abondant. De plus l'engorgement ganglionnaire précoce dans les cas de chancre sera d'une grande utilité diagnostique. Un dernier élément de diagnostic sera fourni par le traitement antisyphilitique.

Le pronostic est assez bénin, sauf cependant dans les cas de chancres localisés à l'orifice postérieur des fosses nasales. Mais ce qui fait en réalité la gravité du pronostic, c'est l'infection syphilitique générale.

Quant au traitement, il sera général et local.

Les accidents secondaires dont l'étude forme la seconde partie de la thèse de M. Dupond semblent assez communs en tant qu'accidents cutanés des fosses nasales, mais sont au contraire rares du côté de la pituitaire. Les plaques muqueuses s'observent soit à l'extérieur du nez, soit à l'intérieur des narines; dans le second cas elles sont fréquemment situées à l'entrée des narines, ce que M. Jullien explique par une analogie de structure avec le système cutané.

Les plaques sont petites, linéaires, se traduisant par de simples érosions parfois ulcéreuses. La muqueuse olfactive participe au processus inflammatoire et il s'ensuit des troubles olfactifs et respiratoires. Le spéculum ne fait que confirmer les indications fournies par la concomitance d'autres accidents diathésiques.

Les plaques muqueuses de l'entrée du nez ou de la pituitaire

peuvent toujours être reconnues et ne sauraient être confondues après examen sérieux avec des herpétides qui siègent parfois sur cette région. La coexistence d'accidents de même genre permettra de reconnaître les lésions tuberculeuses, qui du reste sont fort rares.

Les plaques muqueuses de la pituitaire sont des lésions bénignes; on devra les traiter par des moyens locaux et généraux comme tous les accidents syphilitiques. (*Thèse de Bordeaux, 1886-87.*)

M. NATIER.

De la tuberculose nasale, par le Dr A. CARTAZ.

Les observations de tuberculose nasale, en y comprenant celle que le Dr Cartaz a lui-même rencontrée, sont au nombre de dix-huit; quelques-unes mentionnées très sommairement. Très peu connues, ces observations sont disséminées dans plusieurs recueils; il donne le résumé des principales après avoir fait très complètement l'historique de la question.

La tuberculose nasale, d'après les données statistiques, serait fort rare; elle semble également fréquente dans les deux sexes. Elle se présente sous trois formes principales: 1° ulcéreuse; — 2° végétante, gomme ou granulome tuberculeux; — 3° lupus.

M. Cartaz laisse de côté la question de lupus des fosses nasales, car elle ne lui paraît pas suffisamment tranchée. Il n'accepte pas les trois variétés décrites dans la thèse par de Campos de Salle, car cette division ne lui semble établir comme des formes distinctes que de simples phases de la maladie.

L'affection débute d'une façon insidieuse et la plupart du temps il existe une *ulcération* nettement constituée quand on vient réclamer le secours du médecin. En général unique, cette ulcération a une certaine prédisposition à se localiser sur la cloison: les caractères qu'elle offre sont ceux des ulcérations des autres muqueuses. Sécrétion muco-purulente, légèrement sanguine. Douleur à peu près nulle.

Dans la deuxième forme: *végétante*, il existe de la gêne respiratoire. La tumeur dans tous les cas était née à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, pour de là s'étendre

en arrière. Elle est molle, friable et saigne facilement. Sur six malades, deux fois Schæffer aurait observé qu'il n'existait aucune tare héréditaire ou personnelle. — Ces tumeurs paraissent constituées par un tissu de granulation très vasculaire dans lequel on trouve des tubercules miliaires et des bacilles de Koch.

Le diagnostic de la tuberculose nasale est considérablement facilité par les lésions laryngo-pulmonaires concomitantes. On aura à la distinguer de la syphilis à toutes ses périodes; de certaines lésions ulcéreuses des rhinites scrofulieuses. Mais dans ce cas l'examen bactériologique lèvera les doutes, et seul il sera capable de fixer le diagnostic.

Bien que dans la plupart des cas, il y ait déjà infection générale et que par suite les tentatives thérapeutiques soient un peu illusoire, on ne devra cependant pas moins poursuivre le traitement avec le plus grand soin. Les cautérisations au galvano-cautère semblent un excellent moyen pour combattre avec succès les progrès de l'ulcération. Si les cautérisations étaient trop étendues on ferait des applications d'acide lactique à 20, 30 et même 50-0/0. On emploiera la poudre d'iodoforme comme pansement. Les granulomes seront l'objet d'une éradication complète. Enfin on devra relever l'état général. (*France médicale*, nos 84, 85, 86, et 87; 19, 21, 23, 26 juillet 1887.)

M. NATIER.

Origine, importance et traitement des déviations et des épaissements calleux de la cloison nasale (*Entstehung, Bedeutung und Behandlung der Verkrümmungen und callösen Verdickungen der Nasenscheidewand*, par le Dr MAX BRESGEN, de Francfort.

Au point de vue de leur origine, les déviations de la cloison, ses ruptures et ses luxations elles-mêmes, seraient le résultat d'un traumatisme, coup ou chute sur le nez. Cette opinion est partagée par J. N. Mackenzie et Schæffer; quant à l'auteur, ses propres observations lui font admettre que les déviations *considérables* de la cloison, et les épaissements calleux, sont bien le résultat de traumatismes; mais les déviations *plus petites* seraient dues à un défaut de dévelop-

pement ou bien à un vice héréditaire. Les déviations jusqu'à peu accentuées, peuvent s'accroître entre vingt-cinq à trente ans et ne sauraient plus alors être corrigées.

C'est à tort qu'on a incriminé la façon de se coucher ou de se moucher. On en pourrait dire autant du rachitisme. La théorie de la luxation est fondée sur la symétrie des parties par rapport à la ligne médiane, mais ce n'est là qu'une hypothèse. La plupart du temps, la cloison est déviée à droite et les épaissements calleux ont lieu du côté gauche. La raison de ce fait résiderait vraisemblablement dans la prédominance en général du côté droit sur le côté gauche. La voûte palatine, dans les cas de déviation de la cloison, forme comme un dôme pointu. Fréquemment on a rencontré liées à cette déviation une asymétrie de la face avec asthénopie, astigmatisme et strabisme.

Au point de vue symptomatique, les malades éprouvent un malaise en tout point semblable à celui dû au rétrécissement des fosses nasales. La seule différence consiste en ce que l'obstruction due à la déviation est permanente, tandis que dans les cas de tuméfaction simple de la muqueuse, elle peut n'être que passagère. Lentes à se produire, les déviations n'occasionnent qu'une douleur minime.

La rhinite chronique qui en résulte avec inflammation de la muqueuse, détermine des symptômes réflexes dont l'apparition est d'autant plus rapide que la tuméfaction de la muqueuse a lieu dans une anfractuosité plus étroite. Il est aisé de comprendre que ce seront les parties supérieure des fosses nasales, moins spacieuses, qui seront les premières atteintes par le processus et c'est pourquoi on commet une faute en cautérisant d'abord les parties inférieures. Aussi bien pour procéder à l'examen rhinoscopique que pour aider au traitement, on se trouvera très bien de l'emploi de la cocaïne.

Le traitement peut être médical ou chirurgical. Si l'on se trouve en présence de minimes déviations, l'acide chromique pourra suffire; si les déviations sont au contraire considérables, on se servira des ciseaux. (*Separatabd. aus der Wiener mediz. Presse* », 1887.)

M. NATIER.

De l'inflammation intra-nasale (Rhinite) (*Intra-nasal inflammation (Rhinitis)*), par le Dr J. MORRISON RAY.

M. Morrisson Ray divise l'inflammation des fosses nasales en trois classes différentes : 1° la rhinite simple; 2° la rhinite hypertrophique; 3° la rhinite atrophique. On peut les considérer comme des stades différents d'une même maladie. Dans la rhinite hypertrophique il recommande l'emploi de l'acide chromique ou du galvano-cautère. (*The Amer. pract. and News*, 5 février 1887.)

Traitement de la fièvre des foins et du coryza des roses,
par le Dr DA COSTA.

Dans la fièvre des foins à forme asthmatique, on obtient un prompt apaisement de tous les symptômes, en injectant dans chaque narine, 6 à 8 gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. ‰. Le Dr Huchard fait insuffler, dans les fosses nasales, une poudre composée de : sulfate de quinine, 2 grammes; benjoin pulvérisé, 4 grammes.

Dans le coryza des roses, la solution de cocaïne, d'abord à 2 p. ‰, puis à 4 p. ‰, diminue l'inflammation locale, et arrête les éternuements. Elle possède, en outre, une influence sédative prononcée sur le système nerveux tout entier. (*Union médicale*, 19 juillet 1887.)

Contribution à l'étude histologique des polypes muqueux des fosses nasales, par le Dr CYRILLE BERTON.

L'auteur de ce travail, après avoir fait l'analyse histologique dans onze cas de polypes muqueux des fosses nasales, tire des conclusions dont la plupart nous sont connues depuis longtemps.

Trois fois sur dix cas, M. Berton a rencontré des glandes en grande quantité; peut-être jouent-elles un certain rôle dans le processus pathologique.

Assez fréquemment on observerait des noyaux inflammatoires dans les polypes.

Comme pathogénie, voici l'explication donnée par l'auteur : un noyau inflammatoire ou glandulaire déterminerait une

saillie qui se pédiculiserait et constituerait le polype après infiltration muqueuse, épanchée dans les enveloppes du noyau d'origine. (*Thèse de Paris, 1887, n° 221.*) M. N.

De l'épistaxis considérée comme hémorragie sénile,

par le Dr MÉRIGNAC (1).

Fréquentes dans la jeunesse, les hémorragies nasales deviennent rares au contraire dans la vieillesse, tant à cause de l'atrophie de la pituitaire que de l'imperméabilité des vaisseaux et de l'absence de la plupart des causes qui peuvent amener des congestions du côté du nez.

Les causes des hémorragies nasales chez les vieillards sont : 1° *des causes efficientes* (déchéance organique et par suite dégénérescence des tissus ; 2° *des causes prédisposantes* : toutes les maladies capables de débilitier l'organisme, quels que soient du reste les divers organes sur lesquels elles portent ; 3° *des causes occasionnelles* : congestions, fatigue, émotions vives, etc.

La symptomatologie rapidement passée en revue par l'auteur ne nous apprend rien de nouveau.

Au chapitre du diagnostic, il fait la division suivante : hémorragies siégeant au-dessous des piliers postérieurs du pharynx ; hémorragies siégeant au-dessus. Les premières se reconnaîtront directement avec un bon éclairage. Quant aux secondes, elles peuvent avoir leur siège dans l'arrière-cavité ou au niveau des cornets et à leur partie antérieure. On pourra, dit l'auteur, *se servir au besoin du rhinoscope*. Il semble faire bon marché de cet instrument qui dans tous les cas nous paraît à nous d'un utile secours. — Les anamnestiques : fractures, tumeurs ; — les maladies fébriles mettront encore sur la voie du diagnostic.

Le pronostic sera basé : 1° sur l'abondance du sang perdu et sa plus ou moins grande facilité de coagulation ; 2° sur les causes qui ont donné naissance à l'hémorragie ; 3° sur l'état constitutionnel du sujet et son genre de vie.

L'auteur divise ainsi la thérapeutique des hémorragies

(1) Bordeaux, Imprimerie Nouvelle A. Bellier et Cie, 46, rue Cabriol.

nasales : 1° traitement indirect ; 2° traitement direct ; 3° traitement médical. — Arrivant ensuite à la discussion du traitement, il s'exprime ainsi : « Nous pensons qu'il vaut mieux recourir de suite, à l'exemple de M. le professeur Vergely, aux tampons, et aux tampons saupoudrés de la poudre hémostatique (lycopode 50 grammes, tannin 3 grammes, alun 1 gramme, et colophane 2 grammes), libre ensuite de pratiquer la compression des carotides. » Il combat l'opinion du D^r Martineau qui veut qu'on respecte l'épistaxis chez les vieillards par crainte d'apoplexie cérébrale et il ne veut pas que sous ce prétexte, on s'expose à laisser mourir son malade d'hémorragie.

Suivent onze observations qui terminent ce travail. Peut-être quelques examens directs de la pituitaire auraient-ils fourni des données plus certaines sur le point de départ de l'hémorragie et indiqué un moyen parfois très simple de la combattre. C'est là une lacune regrettable dans ce travail intéressant. (*Thèse de Bordeaux, 1887.*) M. NATIER.

Irrigation très chaude contre les épistaxis graves,
par le D^r ALVIN.

L'irrigation d'eau très chaude est un moyen très puissant à employer dans les cas d'épistaxis et surtout d'épistaxis graves.

Ce moyen ne présente aucun danger. Il est accepté sans répugnance, il n'est pas douloureux.

Le malade doit être surveillé une dizaine d'heures, ayant de l'eau bouillante et un irrigateur à sa disposition.

Cette pratique a parfaitement réussi au docteur Alvin, qui a pu, au Mont-Dore, arrêter une épistaxis grave durant depuis huit jours chez un de nos malades. Avec l'aide du docteur Percepied, nous avons employé les astringents divers, jusqu'à l'antipyrine et le perchlorure de fer ; à deux reprises nous avons fait le tamponnement postérieur des fosses nasales, nous avons conseillé les pédiluves sinapisés, la glace dans la bouche. Nous avons pratiqué des injections d'ergotine, donné le perchlorure, l'opium à l'intérieur. Rien n'avait

réussi; le sang coulait toujours malgré le tamponnement et sortait par le point lacrymal.

Le docteur Alvin arrêta l'hémorrhagie en faisant une irrigation nasale avec de l'eau à 70°. (*Loire médicale*, le 15 août 1887.)

J. JOAL.

Les amygdales pharyngées, leur maladie et leur traitement

(*Die sogenannte Rachentonsille, ihre Erkrankung und Behandlung*),
par le Dr MAX BRESGEN, de Francfort (1).

L'auteur rappelle au début de son « Essay » l'importance donnée à la pathologie et à la thérapeutique des amygdales pharyngées, grâce aux recherches nécroscopiques de Trautmann; on rencontre les amygdales pharyngées hypertrophiées, appendues comme des rideaux en arrière des choanes; on trouve encore des végétations dans les fossettes de Rosenmüller; elles peuvent obstruer complètement le pharynx nasal. Les dilatations kystiques qui s'observent parfois dans l'intérieur des végétations, sont, par les uns, considérées comme des kystes par rétention, tandis que d'autres au contraire se refusent à accepter cette opinion. On peut encore trouver des nodules de la grosseur d'un grain de millet, d'un pois même, qui renferment parfois des cristaux de cholestérine et des déchets moléculaires.

La folliculite catarrhale purulente des amygdales pharyngées, serait assez peu fréquente.

Wendt (1874), approuvé depuis par Trautmann, disait que la *bourse* de Mayer n'était pas constante et qu'il arrivait de rencontrer des dépressions analogues sur d'autres points des amygdales pharyngées.

L'hypertrophie des amygdales pharyngées se traduit par des symptômes du côté du nez (gêne de la respiration, etc.), et par des symptômes inflammatoires du côté de l'oreille.

Trautmann considère comme des phénomènes d'engouement tous les désordres occasionnés par l'hypertrophie des amygdales. Je ne saurais souscrire de tout point à cette opinion; c'est qu'en effet, il existe dans la circulation nasale d'assez nombreuses voies de dérivation pour qu'il soit difficile

(1) Berlin und Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1887.

de voir une augmentation de pression se produire. Je croirais plutôt que la rhinite chronique serait le résultat d'une aération vicieuse de la cavité nasale.

L'hypertrophie des amygdales pharyngées est liée à l'état scrofuleux. Trautmann renversant la proposition, croit au contraire que l'*habitus scrofuleux* serait le résultat de la compression veineuse; et, en effet, ajoute-il, on l'a vu disparaître après extirpation des amygdales. On a encore dans l'étiologie incriminé l'hérédité et les exanthèmes.

Les symptômes se traduisent par de l'obstruction nasale et ses conséquences, un aspect particulier et très frappant du visage, de l'altération de la voix, de l'immobilité du voile du palais, des sécrétions abondantes, parfois même sanguinolentes. Il peut encore exister des symptômes réflexes, comme par exemple, un cas de paralysie vocale signalé par l'auteur il y a déjà dix ans. Tous ces symptômes, à la suite de l'extirpation des amygdales, sont simplement amendés; il est besoin pour les voir complètement disparaître d'un traitement consécutif.

Comme traitement, Bresgen conseille l'extirpation suivant le procédé de Trautmann à l'aide de la cuiller tranchante. L'opération se fait pour ainsi dire sans douleur, et n'est presque jamais accompagnée d'hémorragie. On devra enlever les amygdales palatines en même temps que les amygdales pharyngées. La récurrence sera possible au cas où on aurait incomplètement enlevé les amygdales et où le malade serait exposé à de fréquentes inflammations aiguës.

Si l'auteur ne s'étend pas plus longuement sur l'opération elle-même, c'est qu'elle ressort du domaine des spécialistes et qu'il croit en avoir assez dit pour les praticiens en général. (*Separatabd. aus der Deutsch. Medic. Wochensch.*, 1887.)

NOUVELLES

Le Dr Solis Cohen nous informe qu'il s'est démis de son titre de professeur à la Polyclinique de Philadelphie et de ses fonctions de médecin à l'hôpital allemand de Philadelphie.