

Bibliothèque numérique

medic@

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

*Vol 8, n° 11, p. 625 à 672. - Paris : Doin, 1888.  
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320*



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine  
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1888x11>

## SUR DEUX CAS D'EMPYÈME DE L'ANTRE D'HIGHMORE

Par le Dr CHIARI, Privatdocent (de Vienne).

(Traduit de l'allemand par M. NATIER, interne des Hôpitaux.)

Les résultats favorables obtenus par Ziem (1), Schöller (2), Walb (3), Luc (4) et autres, dans les cas d'ouverture de l'antre d'Highmore par collections purulentes, m'ont engagé à étudier ce genre d'affections. Les suppurations de ce genre sont faciles à diagnostiquer d'après les récents travaux de Walb. Voici les signes donnés par cet auteur : 1<sup>o</sup> écoulement permanent de pus possédant dans certains cas une odeur fétide; 2<sup>o</sup> absence de pus du côté de la cloison nasale, mais, par contre, on constate au voisinage de l'hiatus semi-lunaire des gouttelettes de pus à reflets brillants; 3<sup>o</sup> la plupart du temps cette suppuration est unilatérale; 4<sup>o</sup> la carie du maxillaire supérieur est presque toujours la cause de cette affection. Il faut tenir grand compte de l'inflammation des joues due aux altérations dentaires, bien que cette inflammation puisse aussi être la conséquence de la suppuration de l'antre d'Highmore. Il existe toujours de l'hypertrophie du maxillaire atteint avec suppuration et douleur dans la joue. Il est fréquent de voir cette maladie s'accompagner d'eczéma (rhinitis atrophians fœtida), et la sécrétion due à cet eczéma est presque toujours liquide et purulente.

Walb prétend que l'affection peut d'abord siéger dans les sinus du maxillaire supérieur ou bien dans les racines dentaires, et il dit avoir obtenu des succès par le lavage de l'antre d'Highmore pendant quelques semaines ou quelques mois. Il cite à l'appui vingt-cinq cas de gué-

(1) Ziem.

(2) *Doctor dissertation*, Bonn, 10 août 1885.

(3) *Et fahrungen auf dem Gebide der Nasen und Rachen Krankheiten*, Bonn. Maxtohen, 1888.

(4) *Journal de Médecine*, n<sup>o</sup> 13, 1887.

rison de cette maladie rebelle. Deux fois j'ai expérimenté cette méthode dans les cas de suppuration de l'antre d'Highmore et j'ai pu me convaincre de son efficacité.

OBS. I.—Le premier cas concerne une homme de 27 ans, vigoureux et bien constitué. En 1887, il fut atteint de céphalées périodiques et bilatérales. Quatorze jours plus tard se montra un coryza intense qui disparut une quinzaine après. Du côté gauche on constatait, entre autres symptômes, la persistance d'un écoulement jaunâtre, abondant et fétide. Il vint me consulter au mois de décembre pour être débarrassé de cette maladie rebelle. L'examen du nez révéla du côté droit un léger catarrhe avec sécrétion muqueuse peu abondante; à gauche, au contraire, abondante sécrétion purulente, survenant le matin et pouvant être évaluée à une cuillerée à soupe environ. Après évacuation de cette sécrétion, il se formait, quelques minutes après, une collection purulente au niveau du cornet moyen, où l'on constatait manifestement des pulsations. Le bord de ce cornet était recouvert de productions hyperplastiques qui furent enlevées avec l'anse froide et au galvano-cautère. La cavité nasale fut soigneusement lavée avec une solution salée faible; il n'y eut néanmoins aucune amélioration. En examinant soigneusement les fosses nasales, l'hiatus semi-lunaire et l'antre d'Highmore, je ne trouvai rien et enfin je fus contraint d'admettre comme origine de la maladie l'altération d'une racine dentaire, bien que le malade prétendit n'avoir jamais souffert des dents. Le patient, du reste très intelligent, consentit à se laisser enlever cette dent, car il voulait être débarrassé de cette maladie rebelle. Le 11 février 1888, le Dr Zsigmondy opéra l'extraction, au moyen d'un petit trépan, des deux dents cariées du maxillaire supérieur du côté gauche. Grâce à l'ouverture ainsi pratiquée, il put faire pénétrer dans l'antre d'Highmore une canule de deux millimètres de diamètre; un tube métallique, auquel était adapté un tube de caoutchouc, ayant été introduit par cet orifice, on fit une injection d'acide phénique à 1/2 0/0. Je fus surpris de voir qu'il ne s'écoulait plus de pus par le nez; mais je me rappelai, d'après Walb, que les choses se passaient souvent ainsi. Je continuai les irrigations pendant quelque temps; le troisième jour, il s'écoulait de la fosse nasale gauche, avec le liquide de l'irrigation, une grande quantité de pus fétide. Depuis lors, je continuai les irrigations chaque jour; je me sers d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 et j'enfonce la canule plus ou moins profondément dans la cavité d'Highmore pour obtenir un lavage parfait de cette cavité. Il faut avoir soin de laisser un peu d'air dans la seringue, car

de la sorte le liquide injecté bouillonne dans la cavité et en pénètre ainsi toutes les anfractuosités. La pénétration des aliments liquides dans la cavité d'Highmore était empêchée par l'étroitesse de la canule. Deux mois après l'affection était presque guérie; cependant, au mois de juin, on constatait encore quelques traces d'écoulement purulent. Les douleurs de tête n'avaient pourtant pas disparu.

Il s'agissait donc bien dans ce cas d'un empyème de l'antre d'Highmore sans gonflement de la cloison osseuse et sans douleur dans la joue. La guérison fut obtenue presque complètement par l'extraction de la dent et à l'aide d'injections que le malade lui-même continua encore pendant quelques semaines après.

**Obs. II.**— Le deuxième cas a trait à un avocat de Vienne, âgé de 36 ans, qui souffrait de maux de dents depuis 1870 à la suite de l'apparition de la dent de sagesse supérieure du côté droit. Ces douleurs se calmèrent quand la dent eut cessé de s'accroître, et elles avaient pour particularité de disparaître après chaque épistaxis. Après une rémission de deux années les douleurs de dent apparurent encore en 1872, s'accompagnant d'une sécrétion purulente par la fosse nasale droite. En août 1877 se montra un écoulement abondant qui, au bout de trois ou quatre semaines, présentait une couleur foncée et peu à peu, dans l'espace d'un an, cette sécrétion purulente se manifestait surtout le matin au réveil et à midi, principalement lorsque le malade absorbait des liquides chauds. Le malade se couchait-il sur le côté droit ou inclinait-il fortement la tête en avant, on voyait augmenter d'une façon sensible la quantité de pus. L'état restait stationnaire depuis 1877, rebelle à tous traitements. A plusieurs reprises on extirpa de la fosse nasale gauche de petits polypes et on pratiqua des irrigations avec les liquides les plus variés; puis on enleva peu à peu du maxillaire gauche plusieurs dents douloureuses. Ainsi, en 1878, on extirpa deux molaires; en 1883, la dent de sagesse qui permit l'accès dans l'antre d'Highmore.

J'ai moi-même vu le malade en 1880; je lui représentai la nécessité d'ouvrir l'antre d'Highmore, ce qu'il n'accepta pas. J'arrachai alors quelques polypes et je cautérisai une hypertrophie existant sur le cornet moyen; j'essayai ensuite, par le nez, des injections dans l'antre d'Highmore. Elles réussirent quelquefois, mais pourtant la sécrétion du pus ne fut en rien modifiée. D'autres médecins lui firent l'extirpation de deux nouvelles dents et on lui enleva en outre quelques petits

fragments d'os nécrosés au voisinage de l'hiatus semi-lunaire et on lui conseilla les stations thermales de la Haute-Autriche. Mais tous ces traitements demeurèrent sans résultats.

Enfin, au mois de février 1888, il accepta l'ouverture de l'antre d'Highmore. Le 2 mars, le Dr Zsigmondi pratiqua l'extraction de deux molaires, mais il ne put arracher que la couronne avec une partie de la racine. Sur mon conseil il fut facile de pénétrer dans l'antre d'Highmore, où on introduisit une canule. Des injections d'acide phénique à 1/2 0/0 donnèrent issue, par la fosse nasale gauche, à une grande quantité de pus jaune, gris, très fétide. Ce traitement fut poursuivi pendant plusieurs mois. Non seulement la suppuration s'arrêta, mais en outre l'hyperplasie ne se reproduisit plus au voisinage de l'hiatus semi-lunaire.

Dans ce cas aussi le pus se reproduisit.

Les deux cas, comme on a pu le remarquer, ont, au point de vue de l'étiologie, une ressemblance frappante. Dans le premier cas, il faut invoquer comme cause de la maladie la rhinite aiguë, qui s'était propagée dans l'antre d'Highmore ; il ne manquait en effet au maxillaire supérieur que la première molaire. Cette dent fut enlevée pour pénétrer dans l'antre d'Highmore ; la racine était intacte.

Dans le deuxième cas, la maladie avait aussi pour origine la carie dentaire.

Quant au traitement, les injections dans l'hiatus semi-lunaire semblent très efficaces. On doit pourtant dire que le résultat est toujours incertain. Le plus souvent il n'est possible d'injecter dans la cavité qu'une très petite quantité de liquide, qui, de ce fait, ne peut ensuite être expulsée complètement. C'est pour cela que l'on conseille encore l'ouverture de l'antre d'Highmore, ce qui se fait aujourd'hui facilement, grâce à l'extraction d'une molaire, de la seconde notamment. On perfore l'alvéole au moyen d'un poinçon, suivant le conseil de Walb. Si l'on a soin d'introduire dans l'ouverture une canule très étroite, les aliments contenus dans la cavité buccale ou le pus de l'antre d'Highmore ne peuvent la franchir. Il est très facile de passer dans la journée deux ou trois

canules à calibre décroissant et, par leur intermédiaire, de pratiquer des injections. La canule s'obstrue d'elle-même en peu de jours, si l'on n'a soin de faire des injections quotidiennes.

Tel est en résumé le traitement usité quand on a ouvert l'antre par une alvéole; en effet, le pus sort facilement par la canule, et il est aisément d'y faire pénétrer des injections. Il est de la sorte possible d'empêcher le passage du pus dans la bouche du malade. D'autre part, au contraire, la suppuration de l'antre d'Highmore peut être produite à nouveau par la pénétration de substances alimentaires. Ces accidents fâcheux, survenant presque toujours quand le calibre de la canule est trop considérable, sont facilement évités par l'emploi de canules de 1 à 2 millimètres. Cette méthode a encore été pratiquée par l'ouverture de la paroi externe du nez à sa partie inférieure, principalement par Mikulicz (1), Weinlechner (2) et autres. Elle est beaucoup plus facile, beaucoup moins douloureuse et l'action en est plus prompte. Beaucoup d'articles ont été publiés sur ce mode de traitement: tel celui de Schmiegelow (3) en février 1888. Cet auteur a pratiqué quinze fois cette opération et en a obtenu les meilleurs résultats.

#### DES CORPS ÉTRANGERS DES OREILLES

Par le Dr JACQUEMART (4).

Sous le nom de *corps étrangers* des oreilles, on entend tous ceux qu'on trouve dans les conduits auditifs externes et tous ceux qu'on trouve dans la caisse du tympan ou oreille moyenne.

Les corps étrangers du conduit auditif externe et même

(1) *Prager Zeitschrift f. Heilkunde*, 1886, n° 4.

(2) *Wiener Klinisch Wochenschrift*, 1888, n° 8.

(3) *Hospital Tidende, Kopenhagen*, 1888, Februar.

(4) Communication faite à la Société de Médecine et de Climatologie de Nice.

de la caisse sont de deux catégories : les uns s'y trouvent tout formés et s'y développent sans être apportés de l'extérieur. Dans cette catégorie nous rangeons : 1<sup>o</sup> les masses cérumineuses ou épidermiques ; 2<sup>o</sup> les productions osseuses ou tumeurs osseuses, comme les exostoses ; 3<sup>o</sup> les tumeurs charnues, les polypes ou fongosités ; 4<sup>o</sup> les séquestrés ou fragments osseux provenant de la carie des parois des conduits auditifs ou des caisses tympانiques ; 5<sup>o</sup> enfin certains corps organisés de l'ordre des cryptogames (on trouve assez souvent des aspergillus ou champignons des moisissures) ; 6<sup>o</sup> citons encore les collections séreuses ou purulentes. Mais tous les corps de cette catégorie appartiennent à l'histoire de la pathologie auriculaire ; ils n'ont d'intérêt à être décrits qu'en décrivant les maladies qui les occasionnent. Aussi n'avons-nous pas l'intention d'entreprendre cette étude beaucoup mieux faite par d'autres tels que Duplay, Ladreit de Lacharrière, Miot, pour ne citer que des Français.

Les corps étrangers de la deuxième catégorie sont importés dans l'oreille : ils viennent du dehors. Nous nous occuperons seulement de ces derniers. Il s'agit là, en effet, d'accidents journaliers qui sont soumis d'abord aux soins des praticiens ordinaires, des médecins des familles à qui on vient tout naturellement demander secours en pareille circonstance. Trop souvent, nous nous sommes trouvé en présence d'accidents produits pendant les tentatives d'enlèvement des corps étrangers de l'oreille, et nous désirons que les explications qui vont suivre servent aux praticiens quand ils voudront tenter eux-mêmes l'extraction ; nous désirons pour le moins que ces explications leur montrent qu'il est très important pour eux de se désintéresser d'abord sans avoir rien essayé, et de soumettre tout de suite leur malade aux praticiens spécialistes en pathologie auriculaire. Ceux-là en effet sont plus habitués, plus experts dans l'examen de l'oreille ; ils sont mieux outillés d'ailleurs pour

ces opérations et ont, par cela même, beaucoup de facilité pour opérer quand ils se trouvent les premiers à le faire. Des tentatives malhabiles d'extraction que le médecin a souvent faites en aveugle ont fait que neuf fois sur dix on reste en présence de désordres graves du conduit, du tympan ou des organes de la caisse. On a vu enfin les situations les plus graves et les plus difficiles où le spécialiste avait à remédier aux désordres en même temps qu'à chercher à faire l'extraction manquée, où il avait tout à la fois à ménager la réputation des confrères.

Les corps étrangers venus du dehors ont pénétré dans les oreilles tantôt *involontairement*, tantôt *volontairement*.

Nous nous sommes donné pour tâche d'indiquer les moyens d'extraction de ces différents corps et de signaler les dangers qui peuvent résulter de tentatives malheureuses.

Prenons d'abord les corps étrangers introduits *involontairement* :

De ce nombre sont des mouches, pucerons, insectes (perce-oreille), des puces, enfin des larves d'insectes; car il arrive souvent que certaines mouches attirées par l'odeur putride s'arrêtent dans des conduits auditifs malpropres ou suppurant et y déposent leurs œufs qui éclosent et donnent la larve de l'animal. Ces larves vivantes commettent des ravages souvent sérieux et produisent de vives douleurs.

Nous citerons encore des corps étrangers de diverses natures, comme il peut s'en rencontrer quand on traverse un tourbillon de poussière ou quand on tient la tête hors de la portière en chemin de fer. Je parlerai seulement pour mémoire de l'eau aux bains quand on plonge : là en effet l'extraction se fait seule.

La première chose à faire quand un malade se présente en disant qu'une bête ou un corps étranger quelconque est entré dans son oreille, qu'il se soit aperçu de son entrée ou que sa présence lui soit seulement révélée par

des mouvements, un bruit anormal et surtout par du malaise et de la douleur, la première chose à faire est d'examiner l'oreille convenablement, je veux dire l'intérieur du conduit auditif jusqu'au tympan. — C'est simple, et pourtant que de fois ne fait-on pas, ou fait-on très mal cette chose si simple!

On arrivera facilement à faire cet examen, non en tirant légèrement l'oreille et en regardant au jour dans le conduit (ce moyen est insuffisant 99 fois sur 100, et presque toujours on croira avoir vu le tympan quand on n'aura réellement vu qu'un segment de la paroi postérieure du conduit qui est infléchi, comme on sait, en une courbe dont la concavité regarde en avant), mais on verra très bien jusqu'au fond du conduit si on se sert d'un petit spéculum auris.

On introduit ce spéculum dans le conduit jusqu'à la jonction de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse. On arrive aisément jusque là en tirant légèrement le pavillon en arrière, en haut et en dehors, pendant que de l'autre main on introduit le spéculum en tournant.

Par le mouvement tournant, on fait moins souffrir, et même pas du tout. Alors on dirige la lumière d'une lampe, et même d'une bougie, faute de mieux, réfléchie au moyen d'un miroir concave dans le fond du spéculum. — Le spéculum introduit, comme je viens de dire, redresse la courbure du conduit, et dès lors on peut voir jusqu'au fond; on peut, en faisant subir au spéculum de petits mouvements de bascule en haut, en bas, à droite, à gauche, on peut apercevoir la totalité de la membrane du tympan. — Il est bien entendu que cet examen du fond ne devient nécessaire qu'autant qu'un examen d'entrée n'aura rien révélé au méat ou dans la première partie du conduit.

Ces quelques explications m'ont paru indispensables, parce que, faute de bien voir, on n'apprécie pas ce qui est, ou même on distingue ce qui n'est pas. Il faut donc bien

explorer le conduit jusqu'au fond. Dès lors, s'il y a un insecte, on l'aura vu, on sera certain de sa nature. Si c'est un autre corps, on le reconnaîtra également; on relèvera sa position ainsi que les avaries qui pourraient en être déjà la conséquence. Souvent même on aura reconnu qu'il n'y avait rien et que le malade est dans l'erreur. — A ce propos nous dirons qu'il n'est pas toujours convenable de déclarer à certaines personnes qu'elles n'ont rien, n'y eût-il rien en effet. La sensation du contact d'un corps étranger dans l'oreille, animal vivant ou chose inerte, persiste assez longtemps après que le corps est sorti naturellement; et bien certainement il y a des individus qui ne nous croiraient pas si nous n'avions fait le simulacre d'une extraction du corps, si nous ne leur avions montré même un objet pareil à celui qu'ils décrivent plus d'une fois. Pour mon compte, je n'ai réussi à convaincre de tels malades qu'en employant ce subterfuge, innocent d'ailleurs. Ils accusaient la présence d'une mouche, d'une épingle... Je faisais l'inspection, et je ne voyais rien. Mais eux me soutenaient que je devais voir mal... Alors j'observais de nouveau tout en cherchant à me procurer un objet pareil que je sortais triomphant, je disais de l'oreille, mais de ma poche ou de ma manche. — Les malades partaient contents et ne pensaient plus à faire d'autre traitement; c'est qu'en effet, si je m'étais obstiné, ils ne m'auraient point cru et seraient allés au sortir de chez moi se soumettre peut-être à certain praticien inexpérimenté capable de leur faire quelque accident grave.

Doit-on chercher à saisir les corps étrangers de cette catégorie au moyen de quelque instrument pour les sortir du conduit auditif ? D'une manière générale on doit y renoncer.

En effet, si l'on considère qu'en raison même de la façon dont ils sont parvenus dans l'oreille, nous avons dit involontairement, ces corps ne peuvent siéger bien profondément et se trouvent plutôt ordinairement dans

le conduit auditif, à l'entrée même de celui-ci, on sent parfaitement l'inutilité de recourir à des instruments de préhension comme les pinces, serre-nœuds, etc... Une simple injection d'eau tiède suffit presque toujours pour amener l'expulsion du corps, même d'un corps vivant. Mais il faut que l'injection soit bien faite; et à ce sujet nous dirons plus loin comment nous entendons qu'on fasse les injections auriculaires. — Il faut aussi proscrire absolument de la pratique l'introduction dans l'oreille de substances autres que de l'eau tiède. Ainsi l'éther, les acides, l'alcool, les corps gras, le lait, sont, en cette circonstance, autant d'agents dangereux agissant quelquefois d'une façon beaucoup plus malfaisante que les corps qu'on voudrait enlever.

Doit-on laisser séjourner les corps étrangers dans l'oreille? Nous n'en donnerons certes pas le conseil; car, outre les accidents directs qu'ils peuvent occasionner, comme par exemple l'inflammation du conduit ou du tympan, il n'est pas rare qu'ils déterminent des accidents réflexes fort graves. C'est ainsi qu'on a vu des personnes atteintes de toux opiniâtre et quinteuse, de vertiges, de bourdonnements insupportables, lesquelles personnes n'avaient pas d'autre cause de leur affection que la présence d'un de ces corps étrangers oubliés dans l'oreille par elles-mêmes, ou qu'un médecin consulté avait négligé d'extraire. Cette remarque, à propos des troubles réflexes, s'applique aussi bien aux corps étrangers introduits volontairement qu'à ceux introduits involontairement.

On pourra sans doute citer des exemples de gens qui ont gardé dans le fond du conduit auditif, pendant de longues années, des objets divers. Nous l'avons nous-même constaté. Mais c'est l'exception.

Nous avons dit que nous préférions, pour l'extraction des corps étrangers, nous servir d'une irrigation d'eau tiède. Il peut pourtant arriver que ce moyen ne suffise

pas, quand, par exemple, le corps adhère fortement aux parois du conduit. Il en est qui sont piqués dans le tégument ou enchaissés. D'autres fois, et c'est ce qui arrive à certains insectes, ils s'accrochent par leurs pattes ou leurs mandibules, et l'eau n'arrive pas à les détacher. — Nous conseillons, dans ce cas, de chercher à les prendre au moyen d'une pince. Mais c'est ici qu'il faut bien s'éclairer ; car je n'admet pas, et tout le monde sera de mon avis, qu'on aille à la recherche d'un corps étranger dans le fond de l'oreille sans voir ce qu'on fait. — Ordinairement les corps étrangers, quand ils sont petits, tombent dans la dépression antéro-inférieure qui existe dans le fond de tout conduit auditif, lequel s'élargit près du tympan et forme diverticulum en ce point. Et je ne pense pas qu'on puisse arriver dans cette dépression si on n'est pas guidé par un très bon éclairage. — Je me sers, moi, pour obtenir cet éclairage, d'un otoscope auquel j'ai attaché mon nom et que je veux vous soumettre. La vue de cet appareil et le fonctionnement sur l'un de nous montrera mieux que toute description quels peuvent en être les avantages. Loin de moi pourtant de croire que cet instrument soit parfait. Il faut, pour s'en servir bien, qu'on ait pris une certaine familiarité de son fonctionnement. — C'est ce qui arrive d'ailleurs pour tous les instruments, et je crois être dans le vrai en affirmant que tous les moyens d'éclairage, comme tous les spéculum et otoscopes, sont les meilleurs dans la main qui est habituée à s'en servir. — Pourtant je pense que l'appareil de Brunton, malgré les avantages qu'il a de grossir les objets, convient mal pour l'extraction des corps étrangers, à moins qu'il ne soit armé d'un spéculum fendu comme il en existe certains.

En tout cas j'ai la faiblesse de préférer le mien pour le motif que je viens d'exposer, à savoir que j'en ai l'habitude.

Quand enfin on est bien éclairé, qu'on peut par conséquent bien distinguer l'objet à saisir, on peut le prendre

au moyen d'une petite pince coudée à branches parallèles, ou une de ces pinces qui ne s'ouvrent qu'à leur extrémité au moyen d'un mécanisme fort ingénieux. Montrer la pince vaut mieux qu'une description, la voici :

Les corps étrangers introduits involontairement sont et ne peuvent être que d'un volume relativement peu considérable, de sorte qu'ils seront toujours facilement extraits quand on les aura pu saisir avec la pince. Il est bien entendu que, s'il s'agit d'un corps liquide ou peu dur, l'irrigation simple en aura toujours facilement raison.

Quand les corps introduits involontairement dans l'oreille sont volumineux, il est rare qu'ils se trouvent au delà de la portion cartilagineuse du conduit, c'est-à-dire de la portion extensible. Jusque-là ils seront également faciles à extraire, soit avec l'injection d'eau tiède, soit avec la pince. On ne les trouverait plus loin, dans la portion osseuse, que s'il avait été fait quelque tentative d'extraction. Or, dans ces conditions, cela devient un corps *introduit volontairement*, et l'étude s'en reporte au chapitre suivant. Nous nous étendrons également davantage sur les accidents qui peuvent résulter de tentatives malhabiles et forcées quand nous aurons à parler des corps étrangers introduits *volontairement*.

J'ai dit qu'une deuxième catégorie de corps étrangers de l'oreille est celle des corps *introduits volontairement*.

Dans cette catégorie nous trouvons des corps durs, des pierres, des perles de verre ou de métal, des grains de plomb; ou bien ce sont des corps demi-durs, des graines, des fragments de bois, des boules de cire, des boulettes de mie de pain, de papier mâché... Nous trouvons encore souvent, surtout chez les soldats carottiers, certaines substances, comme du suc de plantes agglutiné ou des feuilles enroulées, substances plus ou moins vésicantes; citons parmi ces dernières le piment dans les pays où il pousse; citons le tabac humide, de vieux culots de pipes; citons

le suc des Euphorbes. Nous avons même vu des individus introduire des boulettes de pâte de cantharides recueillie sur de vieux vésicatoires. On n'a pas besoin d'expliquer l'effet cherché par ces hommes. Inutile d'expliquer par quels moyens aussi faciles on démasque leurs ruses.

C'est surtout chez les enfants qui vivent en agglomération et chez les conscrits, les soldats qui s'ennuient au régiment, que l'on rencontre le plus de corps étrangers introduits volontairement. Chez les enfants, c'est en jouant qu'ils font la chose, et souvent ce sont les plus grands qui cherchent à faire quelque farce à de plus jeunes ou à des moins dégourdis. Chez les soldats, on comprend que c'est pour eux un moyen ou de se faire réformer ou, plus tard, de se faire renvoyer du régiment dans leurs familles.

Tant qu'il ne s'agit que des corps mous ou élastiques mais homogènes, il est facile de les extraire. Les irrigations d'eau tiède encore une fois en auront facilement raison. Du moins nous pouvons affirmer qu'elles auront toujours raison des corps susceptibles de se délayer. Je dis que c'est toujours facile, c'est vrai, quand on est appelé tout de suite; mais c'est moins facile quand on est appelé tardivement, quand le conduit est irrité et tuméfié, et que les corps se trouvent pour ainsi dire emprisonnés derrière un bourrelet adémateux. Nous dirons tout à l'heure quelles sont les précautions à prendre si le conduit s'est ainsi refermé sur un corps étranger.

Nous supposons que le conduit a gardé les dimensions intactes de son calibre. Si l'eau n'avait pas raison de la difficulté, il faudrait chercher, en s'aidant de l'otoscope, à déplacer légèrement le corps au moyen d'un stylet mousse. On le dégage par en haut, point où, comme nous le dirons tout à l'heure, on doit toujours diriger le jet liquide dans toute injection expulsive de corps étrangers. On a beaucoup de chance, après qu'on a fait une porte d'entrée à l'eau, pour qu'une deuxième injection soit plus efficace que la première. Mais supposons qu'on échoue

malgré cette précaution : alors seulement on sera en droit de se servir de pinces, et on songera à extraire le corps comme l'on pourra, soit tout d'un coup, soit partiellement, en détail. Une curette conviendra mieux pour les corps mous, et un crochet pour les corps enchevêtrés, en flasse. Enfin, si c'est un corps solide comme du bois, une matière qui se coupe, on pourra la diviser en plusieurs morceaux. C'est le cas de le couper pour le diminuer quand le corps est placé de façon telle que sa plus grosse partie soit au fond du conduit. Les corps hygrométriques qui renflent et prennent par conséquent la forme du conduit ne peuvent vraiment plus être extraits qu'après division, puisque, comme on le sait, les dimensions en largeur du conduit sont plus grandes au voisinage du tympan. — Il m'est arrivé par exemple de ne pouvoir extraire un haricot gonflé par l'humidité au fond du conduit, qu'après l'avoir divisé.

Supposons maintenant que le corps étranger se trouve emprisonné, comme j'ai dit, par un gonflement œdémateux ou phlegmoneux du conduit... Que faire ?

S'il y a phlegmon, rien de plus simple : inciser au point d'élection et attendre la résolution ; attendre même la résolution sans incision préalable quand on trouve de la résistance de la part du malade, puis ensuite se comporter comme je viens de l'expliquer ci-dessus. Je dois dire que je n'aime pas à garder la responsabilité, lorsque, en cas de phlegmon, on ne me laisse pas inciser. Car il y a danger à ne rien faire, danger surtout par accidents réflexes. — Il peut y avoir inflammation du tympan avec la caisse demandant une intervention.

J'interviens donc suivant ma conscience, ou je me retire. S'il y a simplement œdème du méat du conduit auditif, je fais la dilatation, soit avec la laminaire, soit avec l'éponge préparée qui est mieux supportée. Cette dilatation se fait rapidement, et ensuite il ne reste plus qu'à opérer comme il a été dit quand le conduit auditif a toute sa largeur.

Ce que nous venons de dire concerne surtout les corps étrangers mous, ou demi-durs. (A suivre.)

COMPTE RENDU  
DU  
IV<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOGIE  
(BRUXELLES, 1888)  
par le Dr WAGNIER, de Lille.  
(Suite.) (1)

M. ROHRER. — **La signification de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections du labyrinthe.**

L'auteur conclut en disant :

1. Un degré prononcé de surdité avec une diminution considérable de la perception osseuse du diapason, ainsi que de celle des tons élevés du sifflet de Galton et des verges sonores de Koenig, par la voie aérienne ou osseuse, permet de conclure à une affection du labyrinthe ou du nerf auditif.

2. Dans ces cas, le résultat de l'expérience de Rinne peut être positif ou négatif; toutefois le premier résultat est au second dans la proportion de 2 : 1.

3. Dans le Rinne +, le sexe masculin donne 69 0/0 des cas contre 31 0/0 pour le sexe féminin. Dans le Rinne — on trouve une proportion presque égale à 47 0/0 d'hommes et 53 0/0 de femmes.

4. Pour la jeunesse et l'âge moyen de la vie de 0 à 20 ans et de 20 à 40 la proportion est la suivante : dans le Rinne + 49 0/0, dans le Rinne — 62 0/0. L'âge de 40 à 60 ans et de 60 à 80 ans donne pour le Rinne + 51 0/0, pour le Rinne — 38 0/0.

5. L'expérience de Weber fait constater une latéralisation du bruit :

Vers l'oreille qui entend le mieux, dans le R. + 48 fois; R. — 35 fois.  
Vers l'oreille qui entend le moins, dans le R. + 34 fois; R. — 44 fois.  
Elle ne donne pas de résultats, dans le R. + 24 fois; R. — 24 fois.

(1) Voir *Revue*, n° 6, 1888.

6. La perception du siflet de Galton est diminuée d'une façon considérable aussi bien dans le R. + que dans le R. — ; elle donne 36,5 pour le R. + et 35,0 pour le R. —.

Les verges sonores de Koenig sont perçues :

Dans le R. + 177 fois jusqu'au sol<sup>8</sup>.

Dans le R. — 123 fois —

Les troubles de l'équilibre se sont montrés :

Dans le R. + 46 fois %.

Dans le R. — 48 fois %.

8. Les bruits subjectifs les plus fréquents étaient ceux de son moyen et élevé; ceux de son bas sont un peu plus fréquents dans le R. —.

9. Les maladies infectieuses jouent, dans les deux résultats, un rôle important environ 30 fois sur 0/0; il en est de même des refroidissements et des affections du naso-pharynx.

10. Les distances moyennes de l'audition étaient les suivantes :

Pour l'acoumêtre de Politzer dans le R. + 28 c., dans le R. — 36 c.

Pour la voix chuchotée. . . , dans le R. + 42 c., dans le R. — 41 c.

Pour la voix parlée. . . . dans le R. + 200 c., dans le R. — 118 c.

11. Perception osseuse du sommet du crâne (expérience de Weber).

État normal :      Dans le R. +      Dans le R. —

Diapason a' = 44"      a' = 49'7"      a' = 24'6"

—      c' = 23"      c' = 44'8"      c' = 45'7"

—      A = 55"      A = 27'5"      A = 40'3"

*Expérience de Rinne.*

Dans le R. +      Dans le R. —

perception osseuse :      perception osseuse :

a' = 22'3"      a' = 30'6"

c' = 49'3"      c' = 24'8"

A = 34'2"      A = 42'5"

*Perception aérienne.*

a' = 25'8"

c' = 13'8"

A = 28'1"

**12. La paracousie de Willis s'est montrée :**

Dans le R. + 7 fois.

Dans le R. — 30 fois.

**13. La durée de l'affection était, dans les deux résultats de l'expérience de Rinne, le plus souvent très longue et, dans 30 à 32 0/0 des cas, elle datait de l'enfance.**

*Pressions centripètes de Gellé.*

Rinne +, 54 cas expérimentés.

Résultats :

Transmission osseuse : transmission aérienne.

— : + = 12 fois = 44.4 0/0.

+ : + = 94 fois = 84 » 0/0.

+ : + = 4 fois = 0.9 0/0.

Au total :

Transmission osseuse : — = 13 fois = 12 » 0/0.

» : + = 95 fois = 88 » 0/0.

Transmission aérienne : — = 5 fois = 4.6 0/0.

» : + = 103 fois = 95.4 0/0.

Transmission aérienne et osseuse : — = 18 fois = 16.6 0/0.

» » : + = 198 fois = 183.4 0/0.

Rinne —, 50 cas.

Résultats : Transmission osseuse : transmission aérienne.

— : + = 57 » 0/0.

+ : + = 27 » 0/0.

+ : + = 0 » 0/0.

— : — = 16 » 0/0.

Au total : transmission osseuse : — = 73 » 0/0.

» : + = 27 » 0/0.

transmission aérienne : — = 16 » 0/0.

» : + = 84 » 0/0.

Transmission aérienne et osseuse : — = 89 » 0/0.

» » : + = 111 » 0/0.

(a) Les pressions centripètes de Gellé sont un moyen précieux de diagnostic pour différencier entre elles les affections primaires ou secondaires du labyrinthe et permettent de conclure à l'état fonctionnel des fenêtres ovale et ronde.

(b) Le Rinne — observé dans la surdité prononcée avec la diminution de la transmission osseuse et de la perception des

tons élevés du sifflet de Galton indique, lorsque le résultat des pressions centripètes de Gellé est négatif pour la transmission osseuse, qu'il y a *participation secondaire du labyrinthe*.

M. CRESWELL-BABER. — **Observations rhinologiques.**

L'auteur recommande l'emploi de pulvérisations d'alcool à 25 et 50 0/0 dans les différentes affections des fosses nasales. Une seule fois il a observé de la somnolence et de la perte de la mémoire. Ces pulvérisations sont particulièrement utiles dans les cas de polypes, de migraines frontales et chez les personnes ayant abusé de la cocaïne. Dans l'hay-fever le résultat a été moins bon.

M. COZZOLINO dit avoir publié un travail complet sur l'emploi de l'alcool dans les rhinites chroniques. C'est surtout dans les dégénérescences myxomateuses des cornets que le résultat a été excellent.

M. PRITCHARD emploie l'alcool en solution d'abord, puis graduellement pur.

M. COZZOLINO. — **Contribution à la clinique des folies sensitives acoustiques ou troubles mentaux causés ou entretenus par les maladies de l'oreille.**

L'auteur rappelle son travail publié dans la *Psychiatria de Naples*, sur le même sujet, et se borne à signaler deux autres faits : dans le premier, l'hallucination avait été entretenue par un bouchon de cerumen chez un individu très affaibli par un ancien catarrhe chronique des intestins ; dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme qui se livrait à tous les plaisirs vénériens et se faisait sucer sur le pavillon de l'oreille ; à la suite de ces excès, ce jeune homme eut une exsudation séreuse de la caisse qui lui occasionnait des bruits et des hallucinations acoustiques à un tel point qu'il se croyait ensorcelé par la femme qui lui avait pratiqué la succion sur l'oreille. L'auteur, après avoir fait la myringotomie pour permettre l'issue de la sérosité, le patient fut soulagé très vite et guérit parfaitement. Il recommande donc l'examen de l'oreille dans tous les cas d'hallucinations et d'illusions acoustiques, parce que les lésions auriculaires sont fréquentes.

chez les fous, comme l'ont démontré les études statistiques.

M. ROOSA. — Parfois l'impression morale est occasionnée par de violents bourdonnements, et l'auteur cite le cas d'un major général bien portant et vigoureux qui se suicida pour des bruits subjectifs violents dont aucun médecin ne put le débarrasser. Roosa pense cependant qu'il faut une prédisposition spéciale du malade.

M. GELLÉ croit à un état nerveux spécial hallucinatoire, et l'élément psychique joue le plus grand rôle dans ces cas. Il cite le cas d'un malade qui, après des veilles prolongées, entendait une voix qui lui dictait ses paroles. L'intelligence était parfaite et, après le repos, les hallucinations cessaient.

**M. MÉNIÈRE. — Emploi du galvano-cautère dans le traitement de la périostite de l'apophyse mastoïde.**

M. Ménière, dans les cas de périostite mastoïdienne occasionnée par les affections suppurées, rappelle les bienfaits de l'incision de Wilde, mais il préfère encore l'incision avec le couteau thermique. 56 fois, dont 11 sans maladie de la caisse, il a employé ce procédé avec succès.

Il en rapporte deux observations. Ainsi pas d'écoulement de sang et pas de complications opératoires.

M. GELLÉ demande si ce traitement est applicable aux complications mastoïdiennes consécutives aux otorrhées.

M. MÉNIÈRE. — La périostite dont je viens de parler était due à un refroidissement.

M. MOURE. — De simples pointes de feu ne produiraient-elles pas le même effet? Je viens d'observer un exemple où ce traitement m'a donné un résultat rapide et vraiment surprenant. Dans tous les cas, s'il faut intervenir chirurgicalement, je préfère le bistouri, qui, dans cette région, ne peut ouvrir aucun vaisseau important, et qui a, de plus, l'avantage de faire une saignée locale très utile au malade.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Comme M. Moure, je préfère le bistouri qui m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. DÉLIE (d'Ypres). — **Action des vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne (1).**

(1) Sera publié.

**M. DELSTANCHE.** — J'ai moi-même préconisé la vaseline iodoformée dans la caisse, mais je me demande si la chaleur ne transforme pas l'iodoforme en iodé et si je ne faisais pas un traitement iodique.

**M. DÉLIE.** — L'iodoforme produit, en effet, de l'iode, mais, tandis que ce dernier médicament est mal supporté, le premier l'est, au contraire, très bien.

**M. BAYER. — Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.**

**M. HARTMANN.** — Déjà, en 1882, j'ai appelé l'attention sur ce diagnostic et sur la valeur de l'écoulement du pus au niveau du côté externe du méat moyen. Le procédé, qui consiste à mettre la tête du malade en bas, est mauvais, selon moi, car il empêche plutôt le pus de s'écouler qu'il ne favorise sa sortie. L'injection directe par le méat est préférable.

**M. BAYER.** — J'ai déjà réfuté ces objections dans mon travail.

**M. KNAPP.** — Je voudrais mentionner la propulsion de l'œil en avant comme symptôme du catarrhe du sinus maxillaire.

**M. GUYE.** — On a exagéré beaucoup et trop ouvert le sinus. J'estime pour ma part que le catarrhe de cette cavité est le plus souvent d'origine dentaire, et que c'est à ce niveau qu'il faut ouvrir, en mettant une sonde à demeure pour faire des lavages complets jusqu'à guérison.

**M. HARTMANN.** — On peut, chez certains malades, arriver par le traitement nasal sans ouvrir l'alvéole.

**M. SCHIFFERS.** — J'ai publié des cas où ce traitement a été fait par le nez; l'ouverture est facile à trouver et le traitement utile dans les cas où le nez est le point de départ de l'affection. Si les dents sont en cause, il est évident que c'est par l'alvéole qu'il faut pénétrer.

Sur la proposition du président, Florence est choisie comme siège du prochain Congrès.

Le Comité d'organisation locale est composé de MM. Sapolini, de Rossi, Cozzolino, Gradenigo, Secchi, Brunetti et Grazzi. Le Comité international est composé de MM. Delsanche, Schiffers et Eeman pour la Belgique; Swanbeye et Ceterblad pour la Suède; Beake, Greene, Breck, Burnett,

Knapp, Roosa et Turnbull pour l'Amérique; Morpurgo, Politzer, Böke et Zaufal pour l'Autriche; Sécrétan et Rohrer pour la Suisse; de Rossi, Grazzi, Sapolini, Cozzolino, Brunetti, Longhi, Secchi, Bobone et Gradenigo pour l'Italie; Guye, Van Hoock et Moll pour la Hollande; Suñé y Molist, Gonzalez Alvarez, Urunuela, Sota y Lastra et Moresco pour l'Espagne; Lucce, Moos, Truckenbrod, Hartmann et Bezold pour l'Allemagne; Urban-Pritchard, Creswell-Baber, W. Dalby, Barr, Mac Bride, Swanzy et Stone pour l'Angleterre; Gellé, Ménière, Moure, Joly, Noquet et Baratoux pour la France; Ruhlmann, Stepanoff, Mandelstamm, Poorten et Benni pour la Russie.

M. SAPOLINI propose de choisir un certain nombre de questions qui seront mises à l'ordre du jour du prochain Congrès (renvoyé à une Commission spéciale).

M. BARR. — **Sur le traitement opératoire consécutif aux abcès de l'oreille.**

M. STUART. — Le diagnostic du siège de l'abcès n'a été établi que sur des troubles moteurs.

M. POLITZER a observé des cas où il n'existe aucun symptôme moteur, mais simplement une douleur violente et continue au niveau de l'occiput dans les abcès cérébelleux, à la région temporale dans un point fixe dans les abcès du cerveau.

M. COZZOLINO. — L'examen ophtalmoscopique permet aussi plus souvent de faire le diagnostic d'une affection cérébrale. MM. Ruggi et Rarba ont fait aussi des trépanations crâniennes avec succès.

*Séance du 12 septembre matin.*

D<sup>r</sup> KNAPP. — **Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille.**

L'auteur, qui a déjà publié des observations de cette maladie rare, en rapporte un nouveau cas. Une femme de vingt-six ans, à qui on avait percé le lobule de l'oreille à l'âge de neuf ans et chez qui la cicatrisation avait été longue, vit, à l'âge de treize ans, se développer des tumeurs des lobules qui furent enlevées par l'instrument tranchant et qui récidi-

vèrent un grand nombre de fois. Elle avait déjà subi six opérations quand une nouvelle récidive la fit s'adresser à l'auteur.

Il y avait deux tumeurs de volume presque égal, adhérentes à la peau, que la tumeur infiltrait jusque dans ses couches les plus superficielles.

L'auteur enleva les tumeurs largement et la guérison eut lieu par première intention. Il n'y a pas de récidive, cinq mois après l'opération. La tumeur, adhérente, homogène, composée de tissu cicatriciel très dur, a une structure qui ressemble à celle de la sclérotique.

M. Knap pense qu'il faut donner à cette tumeur le nom de fibrome kéroïde.

Billroth dit que ce fibrome du lobule n'est qu'une cicatrice hypertrophique; on a cependant décrit des tumeurs kéroïdes sans blessure préalable.

La maladie résulte de la perforation du lobule et de l'insertion d'un corps étranger. C'est peut-être parce que les négresses portent des boucles en métal grossier qu'elles sont, plus que les blanches, sujettes à l'affection. L'auteur a dû modifier son opinion au sujet de la récidive, il croit maintenant que la récidive, après l'opération, est des plus à craindre. L'auteur s'élève contre la coutume de porter des boucles d'oreille qu'il appelle barbare.

M. Rosa a toujours vu ces tumeurs se développer soit chez les blanches, soit chez les négresses, à la suite de l'irritation.

M. POLITZER demande si on a parfois constaté l'hérédité de l'affection.

M. KNAPP répond négativement.

---

M. MOURE : 1<sup>o</sup> **Influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille et de la trompe (1).**

M. MORPURGO. — Le fait avancé par M. Moure vient à l'appui de ce que j'observe depuis vingt-cinq ans à Trieste. Les bains de mer sont nuisibles à l'oreille, et c'est là un fait à signaler aux médecins trop

(1) Sera publié.

portés à envoyer aux bains de mer les malades atteints de maladie d'oreille.

M. BOBONE (San-Remo) dit avoir exercé d'abord à Turin, où les maladies de l'oreille étaient plus fréquentes qu'à San-Remo. Au bord de la mer, l'air est pur et sans microbes, et les suppurations se tarissent vite. Il n'a jamais vu une affection de l'oreille aggravée par le séjour à cette station.

M. NOQUET. — Le séjour au bord de la mer est nuisible, notamment dans les suppurations, mais il faut distinguer l'action de l'air et celle des bains, et je crois que ce sont ces derniers qui exercent une influence nuisible.

M. GUYE. — D'après mon expérience, le séjour au bord de la mer est nuisible pour l'oreille. Mais c'est le froid local qu'il faut incriminer, l'oreille étant un organe d'une sensibilité extrême aux variations de température, et surtout au froid. Il cite quelques cas à l'appui de son opinion.

M. CRESWELL-BABER appuie cette manière de voir.

M. KENNY (Melbourne). — Le séjour au bord de la mer augmente la plupart des maladies de l'oreille, même chez nous où les plages sont constamment *chaudes*; mais c'est surtout chez les plongeurs allant jusqu'à 16 et 18 pieds que les affections de l'ouïe sont fréquentes. Ce serait alors la différence de pression qu'il faudrait incriminer.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Les bords de la mer donnent un coup de fouet momentané aux affections de l'oreille, mais généralement le mieux se fait sentir après.

M. GELLÉ. — Je ne puis dire qu'une chose, c'est que le mois qui suit la saison des bains de mer est excellent pour mon cabinet.

---

M. ROOSA. — **De l'action de la quinine sur les organes auditifs.**

La peur que l'on a en général de la quinine pour l'oreille n'est pas basée sur l'observation des faits, car les effets nuisibles de cet agent sur l'organe de l'ouïe sont fort rares. On a constaté des amblyopies d'origine quinique, et Roosa compare certaines complications auriculaires à cette affection.

D'après ses expériences et celles de Schwabach sur l'oreille normale, la quinine produit l'hyperhémie du tympan. Avec des

doses de 4 grammes de quinine par jour, le diapason n'était plus entendu par la voie crânienne, mais seulement par la voie aérienne.

L'auteur rapporte deux cas : dans l'un, un malade, ayant eu la malaria et après un catarrhe bronchique, fut traité par la quinine. Il eut, à la suite, de l'otite moyenne aiguë, le tympan fut perforé sans succès, et le malade tomba dans le collapsus.

Le Dr Roosa, appelé en consultation, conseilla l'abstention et le malade guérit.

Le second fait est relatif à un médecin du Japon qui, ayant une otite aiguë, prit de la quinine et vit son affection s'aggraver. L'iode et la pilocarpine administrées ensuite étant restées sans résultat, on donna de la strychnine et de l'alcool, et le malade guérit.

**M. URBAN PRITCHARD.** — Ce ne sont point les médecins ordinaires qui ont peur de la quinine, mais les auristes; dans tous les cas observés par moi, il s'agissait d'une lésion de l'oreille interne peu grave en général.

**M. ROHRER** a noté trois fois de la surdité, après la malaria, après l'administration de quinine et de salycilate de soude.

**M. GELLÉ** a vu des cas de vertiges de Ménière traités par la méthode de Charcot (0,80 cent. à 2 grammes de quinine par jour), et jamais il n'a vu survenir de surdité définitive après l'emploi de ce remède. Aussi M. Gellé pense-t-il que Charcot est dans l'erreur en supposant que la quinine arrête le vertige en anesthésiant ou détruisant le nerf auditif, car l'oreille sourde reste bonne après la cessation du traitement.

**M. GRADENIGO.** — **Réaction électrique du nerf auditif, considéré dans ses rapports avec les conditions fonctionnelles de l'appareil percepteur des sons.**

I. Dans des conditions parfaitement normales, on ne réussit qu'exceptionnellement à provoquer une réaction de l'acoustique au moyen de l'excitation électrique, même en produisant des courants très intenses.

On ne devrait donc pas parler d'une réaction normale (Brenner); pour obtenir une réaction, il est nécessaire que

l'excitation électrique de l'acoustique soit augmentée d'une façon pathologique.

II. Une augmentation de l'excitabilité de l'acoustique se rencontre dans toutes les maladies des oreilles, soit externes, soit moyennes, soit internes, qui s'accompagnent de phénomènes graves d'hyperhémie et d'irritation (otites moyennes, purulentes; otites internes, spécifiques, furoncles de l'oreille, etc.). Il ne se rencontre pas d'hyperexcitabilité du nerf acoustique dans les affections qui représentent des otites d'inflammation légère, ou qui se passent sans symptômes graves de réaction (otites catarrhales, chroniques, otites scléreuses, etc.). L'hyperexcitabilité électrique de l'acoustique a lieu, même fréquemment, dans les stades initiales des affections endo-crâniennes qui s'accompagnent habituellement de névrite auriculaire bi-latérale, tandis que les fonctions auditives se maintiennent normales.

III. Le nerf acoustique a, pour sa modalité de réaction électrique, une attitude tout à fait analogue à celle des autres sens; il n'occupe donc pas une place exceptionnelle, comme on le dit jusqu'à présent (Erb). Dans des conditions d'excitabilité favorable, la réaction se manifeste avec la KaS (fermeture de la Kathode) et avec la KAO (ouverture de la Kathode). A petite distance on obtient l'excitabilité avec l'AnO (ouverture de l'anode) et avec l'AnS (fermeture de la kathode); enfin à une distance ordinaire très grande, on obtient encore l'excitabilité avec le KaO (ouverture de la kathode).

L'ouverture de l'anode détermine en général une excitation supérieure à celle de la fermeture.

Assez rarement (2 fois sur 225 cas) on obtient une excitation supérieure avec la fermeture de l'anode AnS, et l'ouverture de la KaO (kathode).

IV. Quant à la tonalité et à la durée du son, elles peuvent être différenciées par des moyens multiples. Je noterai comme les plus importants :

- 1<sup>o</sup> Le degré de l'hyperexcitabilité électrique.
- 2<sup>o</sup> Le caractère de l'affection morbide.
- 3<sup>o</sup> Certains moyens modificateurs extrinsèques (extérieures,

galvanisation progressive), remèdes internes, manœuvres locales sur l'organisme.

4<sup>o</sup> Variétés individuelles.

Le son très aigu est perçu à la fermeture de la kathode et à l'ouverture de l'anode.

Le son grave à l'ouverture de la kathode et à la fermeture de l'anode.

Il y a cependant toutes les gradations intermédiaires.

V. La réaction du nerf acoustique doit être assez probablement attribuée au tronc du nerf, à ses ramifications terminales plutôt qu'aux cellules du labyrinthe.

M. LAROCHE. — J'ai fait des expériences de ce genre, et je crois avoir obtenu la réaction de l'acoustique à l'état normal. M. Gradenigo a-t-il fait passer réellement le courant ou fait l'ouverture et la fermeture pendant une intensité forte?

M. GRADENIGO a électrisé 65 malades de la clinique des maladies des yeux, et 3 fois seulement il a pu obtenir quelque chose approchant de la réaction électrique de l'oreille normale, mais encore cette réaction était-elle peu nette.

M. LAROCHE. — La réaction n'est pas toujours facile à sentir, elle augmente après un certain temps.

M. GRADENIGO. — Mais il se produit alors de l'hyperhémie de la caisse qui rend la réaction possible. (A suivre.)

---

COMPTE RENDU

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE

(56<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL)

Par le Dr Thomas BARR, de Glasgow.

Traduit de l'anglais par le Dr CHARAZAC.

SECTION D'OTOLOGIE

La section d'otologie de l'Association des médecins de la Grande-Bretagne, réunie à Glasgow les 8, 9 et 10 du mois d'août, comptait un nombre considérable d'otologistes, sous la présidence du Dr Thomas Barr, de Glasgow. Dans son

discours d'ouverture aux membres du Congrès, le président traite la question suivante : *De la chirurgie de l'oreille en Angleterre et son influence sur les progrès de l'otologie et des moyens qui pourront permettre d'augmenter encore cette influence.*

Après avoir rappelé les progrès de l'otologie dans ces dernières années et l'influence heureuse exercée en particulier par les travaux d'Archibald Clelland, sir Astley Cooper, Joseph Toynbee, Yearnsey et Wilde, le président s'occupe des progrès réalisés par les auteurs modernes dans le traitement des affections intra-crâniennes consécutives à une affection de l'oreille. A la suite des brillants travaux entrepris dans cette direction, des maladies qui, jusqu'à ce jour, avaient été considérées comme devant amener justement la mort, ont été traitées avec succès. C'est ainsi qu'on a vu guérir des affections purulentes situées dans la substance cérébrale, ou dans l'intérieur de la cavité crânienne. C'est là un des plus remarquables progrès de la chirurgie. Les faits de ce genre n'ont pas suffisamment attiré l'attention, même des spécialistes, et j'ai vainement cherché dans tous les traités d'otologie, sans trouver mentionnée cette méthode de traitement, sauf dans un cas cependant.

En effet, dans la dernière édition de son *Traité des maladies de l'oreille*, le professeur Roosa dit en propres termes que dans tous les cas où la mort paraît devoir être la conséquence d'un abcès cérébral on doit pratiquer la trépanation pour aller dans l'intérieur du crâne rechercher l'affection purulente; l'auteur, au reste, ne rapporte aucun cas de guérison. Les traités les plus complets de maladies d'oreille, en particulier l'ouvrage du Dr Adam Politzer, sont absolument muets sur le traitement des abcès cérébraux par la trépanation du crâne. Nous pouvons donc revendiquer pour les chirurgiens anglais le mérite d'avoir démontré, dans le courant de ces deux dernières années, qu'un abcès du cerveau, en dehors de toute carie osseuse et de tout gonflement superficiel, par l'étude des symptômes généraux et locaux présentés par le malade, peut être diagnostiqué et traité avec un succès

complet. Un nombre considérable de malades ont été de cette façon préservés d'une mort certaine. Le Dr Macewen, de Glasgow, a pratiqué sept fois la trépanation et drainé des abcès du lobe temporo-sphénoïdal sauvant ainsi la vie à cinq malades. Le Dr Barker, de Londres, a rapporté deux cas semblables opérés avec succès. Le Dr Caird, d'Edimbourg, a opéré, lui aussi, une fois avec succès. Victor Norsley a pratiqué cette opération une fois et sauvé la vie à son malade. J'ai vu deux des opérés du Dr Macewen, le premier était opéré depuis huit mois et le second depuis trois.

Dans un des cas traités par le Dr Macewen, l'opération avait donné des résultats très satisfaisants ; la malade, une toute jeune fille, mourut peu après d'une péritonite, et je pus voir sur le cerveau la cicatrice indiquant le point où était situé l'abcès, qui, une fois ouvert, avait parfaitement guéri. Dans cette voie un champ splendide d'exploration est ouvert aux chirurgiens qui s'occupent des maladies de l'oreille. Non seulement on peut rechercher et ouvrir un abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, mais il est encore possible de sauver la vie aux malades en ouvrant la cavité cérébelleuse (cerebellas fossa) et en donnant issue au pus situé au voisinage du sinus latéral. Je crois qu'il est encore possible d'enlever les thrombus de l'intérieur du sinus latéral (leur présence est très souvent un phénomène prémonitoire de la formation du pus en d'autres parties) par la ligature et l'ablation d'une portion du sinus.

La chirurgie générale nous prête ainsi son concours, à nous de venir à notre tour à son aide et d'étudier chaque cas d'écoulement d'oreilles dans lequel une complication peut se produire du côté du cerveau et d'adopter sans délais les mesures opératoires qui, dans des mains compétentes, ont donné de si brillants résultats.

Le Dr Barr insiste ensuite sur la nécessité de former en Angleterre une Société d'otologie. Il serait, en outre, à désirer que dans les écoles de médecine les candidats ne fussent admis à exercer légalement la médecine et la chirurgie, sans avoir donné de preuves de leur compétence à

examiner l'oreille et à traiter les maladies les plus communes et les plus graves de cet organe. Bon nombre de malades atteints d'affection de l'oreille ne peuvent réclamer les soins des médecins auristes ; il serait donc très important que la majorité des médecins fussent familiarisés avec l'examen et le traitement des principales affections de l'appareil auditif.

Trois sujets principaux ont été choisis pour être discutés par les membres de la section : 1<sup>o</sup> les conditions qui réclament l'ouverture de l'apophyse mastoïde ; 2<sup>o</sup> les végétations adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur les affections de l'oreille moyenne, leur traitement ; 3<sup>o</sup> la valeur, au point de vue de l'auteur, des appareils désignés ordinairement sous le nom des tympans artificiels.

Le Dr MAC-BRIDE ouvre la discussion sur les opérations de l'apophyse mastoïde (*Operations on the mastoid process*).

Il discute en premier lieu la valeur de l'incision des parties molles qui recouvrent l'apophyse, avant la formation du pus. Il ne la considère pas comme une opération curative, mais plutôt comme palliative, qui peut faire disparaître la douleur et permet d'explorer la surface de l'os. Le Dr Mac-Bride insiste sur les mauvais effets des insufflations de poudre sèche lorsqu'il existe une petite perforation de la membrane. Il estime que, dans bien des cas de ce genre, l'inflammation de l'apophyse résulte de la rétention du pus dont les poudres empêchent l'écoulement. Pour ce qui est de l'ouverture de l'apophyse, il considère que la douleur persistante, alors même qu'il n'existe ni gonflement, ni rougeur des parties molles, constitue avec les symptômes d'irritation des méninges la principale indication pour l'ouverture de l'apophyse. Plus les douleurs sont grandes et plus on doit se hâter d'intervenir. Dans un cas, après avoir ouvert, à l'aide des ciseaux, une apophyse ayant presque la dureté de l'ivoire, le Dr Mac-Bride vit jaillir un flot de sang veineux indiquant que le sinus latéral avait été blessé. Le sang put être arrêté facilement à l'aide de gaze phéniquée. Le malade guérit sans qu'il ait été

nécessaire de drainer la plaie ni d'ouvrir l'antre mastoïdien.

L'opération doit être faite avec la gouge et le marteau aussi près que possible du méat. Il n'est point partisan du trépan ni de la vrille. La principale raison qui lui fait rejeter l'emploi de ces deux instruments, c'est que si l'on blesse le sinus latéral, on peut ne pas s'en apercevoir immédiatement, ce qui peut entraîner des conséquences irréparables. Le pansement doit être aussi simple que possible, et toutes les heures ou toutes les deux heures l'on doit pratiquer des injections avec une solution boriquée tiède, en faisant passer alternativement le liquide par la plaie et par le conduit auditif externe. Le Dr Mac-Bride recommande l'emploi des ferment digestifs, la trypsine et la papayotine pour nettoyer les anfractuosités de la caisse.

Le Dr STEWARD (de Nottingham) dit que d'une manière générale, toutes les fois qu'un écoulement d'oreille amène des troubles généraux et a résisté aux autres méthodes de traitement soigneusement employées, le chirurgien doit ouvrir une communication entre l'antre mastoïdien et le conduit auditif externe. Il préfère le trépan au ciseau et au maillet. Il termine en rapportant quelques observations qui lui sont personnelles.

Le Dr BARR estime que l'ouverture de l'antre mastoïdien pourrait être faite pour guérir certaines suppurations chroniques de la caisse ayant résisté à tous les autres traitements en dépit de lavages soigneusement faits et continués longtemps et d'un traitement antiseptique rigoureux par le conduit auditif et la trompe d'Eustache. On pourrait aussi venir à bout de l'écoulement qui, à un moment donné, peut constituer un sérieux danger pour la vie. Le Dr Barr estime qu'il y aurait un travail à faire dans ce sens pour l'avenir. Mais il faudrait pour cela adopter un procédé opératoire absolument à l'abri de tout danger. Le Dr Barr ne croit pas que l'emploi du maillet et de ciseau mette à l'abri de toute blessure le sinus latéral, si celui-ci est anormalement situé en dehors et en avant. Les coups de maillet sont trop forts, surtout s'il existe des symptômes pouvant faire songer à un abcès cérébral ou à une méningite, tandis que le ciseau et le maillet sont souvent très difficiles à employer au fond d'une plaie profonde. Une fraise de dentiste (dental barr) lui paraît être l'instrument le meilleur, plus facile à manier et moins dangereux que la vrille ordinaire et le trépan.

Le Dr **LAURENCE TURNBULL** (Philadelphie) estime que dans les affections mastoïdiennes on ne doit pas négliger le traitement général, la diète, le repos, l'emploi de l'antipyrine, de l'aconit du fer et de l'iode et, par-dessus tout, pour soulager la douleur, la morphine et l'atropine. Dans les cas anciens les végétations polypoïdes doivent être soigneusement enlevées, la portion osseuse sous-jacente est très souvent malade. A ce sujet, il rapporte plusieurs cas dans lesquels il a enlevé des séquestrés de l'apophyse mastoïde et du labyrinthe, qui étaient recouverts par des polypes. Il rapporte en outre un cas de folie passagère consécutive à une affection mastoïdienne. L'os fut en partie enlevé, il avait presque la dureté de l'ivoire et il fut impossible de pénétrer dans l'antre; cependant cette opération et le traitement général amenèrent la guérison du malade.

Le Dr **LEWIS** (Birmingham) dit que les abcès cérébraux consécutifs à une suppuration de l'oreille moyenne sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Il a observé cinq cas de mort en l'espace de cinq ans. Dans deux cas l'autopsie fut faite et l'on trouva un amas considérable de pus dans la fosse temporo-sphénoïdale chez l'une des victimes et chez l'autre un phlébite du sinus latéral.

Le Dr **WALTON BROWN** (Belfast) rapporte deux cas de carie de l'apophyse mastoïde et préconise le drainage par l'aspiration (suction) et par le passage d'un drain de l'apophyse dans le conduit auditif externe. Il rapporte deux cas d'abcès cérébraux traités avec succès par la trépanation. Le Dr Brown n'est pas partisan du drain dans les cas d'abcès du cerveau. Des phénomènes graves peuvent être la conséquence du drainage et des injections. Il préconise la trépanation simple, l'ouverture de l'abcès qui doit se vider naturellement sans autre intervention.

Le Dr **FARGUHAR MATHESON** parle de la fréquence des inflammations mastoïdiennes, il pense qu'on pourrait les diviser en deux classes : périostite de l'apophyse et ostéite de l'os tout entier. La première, la plus importante, survient surtout chez les enfants et les adolescents. Elle cède facilement au traitement. Au début les sanguins et les applications chaudes sont indiquées.

Si ce traitement ne réussit pas, on doit pratiquer l'incision des parties molles. Dans l'ostéite qui survient le plus souvent chez les adultes et les vieillards, l'ouverture de l'apophyse mastoïde est indiquée.

Le Dr **JAMES BLACKE** se réjouit de voir que le Dr Mac-Bride a attiré l'attention sur deux points :

1<sup>o</sup> Sur le danger de rétention du pus que fait courir le traitement par l'insufflation de poudres sèches, d'acide borique en particulier ; le malade doit être rigoureusement surveillé quand on a adopté ce mode de traitement.

2<sup>o</sup> L'importance de la douleur et de la paralysie faciale coïncident avec la reproduction des végétations après leur ablation, comme signes indiquant la nécessité d'ouvrir l'apophyse mastoïde. Le Dr Blacke présente un crâne dans lequel il eût été impossible de pratiquer la trépanation d'après la méthode ordinaire sans blesser le sinus latéral. Il se sert de préférence d'un perforateur ou d'une vrille (drill) ; on évite ainsi le bruit qui accompagne nécessairement l'emploi de la gouge et du maillet ; c'est d'ailleurs le seul instrument qui permette d'éviter avec certitude la blessure du sinus latéral.

Le Dr Charles WARDER dit que pour ce qui concerne l'emploi des poudres sèches, acide borique, etc., elles déterminent l'obstruction parce qu'il est impossible de voir assez souvent le malade, et alors la poudre ne remplit plus le rôle d'absorbant, mais forme un tampon, ce qui est très dangereux. Il se sert de préférence de solution d'acide borique, de zinc, d'acide phénique, etc.

Le Dr MAC-BRIDE défend de nouveau l'emploi des ciseaux, les objections faites sont purement théoriques. Il n'admet pas les idées exposées par le président au sujet de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas de perforation de la portion flaccide du tympan.

(A suivre.)

## BIBLIOGRAPHIE

### Clinique otiatrice, par le Dr Don PEDRO VERDOS.

M. Verdos s'est proposé de grouper les principaux agents thérapeutiques employés dans les affections de l'oreille, et de rechercher leur valeur relative. Nous nous contenterons, sans entrer dans les détails de ce travail, d'exposer les conclusions qui découlent de cette étude clinique.

La première partie comprend la médication auriculaire antiseptique du conduit externe et renferme le traitement par les gents amédicamenteux le plus justement en vogue : l'acide borique, l'iodoforme, le sublimé, l'acide phénique, l'aseptol et le sulfo-phénate de zinc.

L'auteur a obtenu les plus brillants résultats par l'emploi de l'*acide borique* ou du *borate de soude* en poudre (méthode de Bezold) dans les otorrhées abondantes et de longue durée sans lésions profondes bien appréciables. Mais, s'il existe des troubles plus marqués des téguments, s'il existe de la périostite, de l'ostéite, des végétations, des perforations du tympan, on obtient de meilleurs effets en faisant alterner la médication boriquée avec les attouchements caustiques (acide nitrique). On se servira dans ce cas de solutions boriquées de plus en plus concentrées.

L'*iodoforme* employé en poudre toujours par le procédé de Bezold partage avec l'*acide borique* les préférences de l'auteur. Ce médicament présente ses indications et ses contre-indications. On ne doit pas s'en servir lorsqu'il existe des symptômes d'*hyperhémie*, et cependant dans quelques cas de ce genre, après insuccès par les autres agents médicamenteux, M. Verdos a obtenu des guérisons en employant l'*iodoforme*. Mais où ses effets sont sûrs et rapides, c'est dans les otites scrofuleuses à marche chronique et même à caractères aigus. Cet agent est d'une grande efficacité dans les cas d'*ulcération* de la face externe du tympan et du conduit auditif externe.

Le *sublimé corrosif* est un agent précieux, mais encore faut-il s'en servir avec discernement. Pour éviter les accidents hyperhémiques et autres, afin de rendre son emploi utile, on doit s'en tenir aux trois solutions de Ménière (5 centigr., — 15 centigr., — 20 centigr. pour 10 gr. de glycérine anglaise). Ce médicament est absolument contre-indiqué dans la période aiguë, mais il rend les plus grands services dans les cas de suppuration chronique rebelles à tout traitement et qui succèdent à des phlegmasies plus ou moins aiguës. La médication doit être continuée même après guérison complète. Le sublimé donne encore de bons résultats dans les otomicoses, il est bon alors d'augmenter un peu les doses.

L'*acide phénique* a une moindre action que l'*acide borique* dans le traitement des suppurations de l'appareil auditif.

D'un autre côté il faudrait, pour qu'il rendît de réels services comme antiseptique, l'employer à des doses dangereuses pour les tissus avec lesquels il se trouverait en contact. Cependant l'acide phénique peut être employé en lavages (3 p. 100) ou en instillations (1 à 2 p. 100). Il diminue l'écoulement et l'inflammation dans certaines suppurations sans caractères bien spéciaux.

L'aseptol s'emploie en solution aqueuse (1 à 2 p. 100 d'abord, puis 3 à 4 p. 100). On aura soin, avant d'en faire usage, de bien laver le conduit auditif avec de l'eau tiède pure ou légèrement salée. Son emploi est cependant bien limité, et il ne peut servir que comme auxiliaire à l'otologiste.

Le sulfo-phénate de zinc s'emploie en solution aqueuse à la dose de 1 à 2 p. 100. Il est généralement bien toléré et on peut le donner en bains d'oreille répétés d'heure en heure. Il n'a paru produire de bons effets que dans les cas de furonculose auriculaire.

La deuxième partie de ce travail comprend le traitement antiseptique des affections de l'oreille moyenne.

Chaque fois qu'il existera une perforation du tympan on aura recours aux agents employés dans les maladies du conduit externe. On lui fera parvenir dans la caisse à travers la perforation. Mais si cette voie se trouve fermée, on sera obligé de faire passer les agents thérapeutiques, soit sous forme liquide, soit sous forme de vapeurs, par la trompe d'Eustache.

L'éthérisation de la caisse a paru produire les meilleurs effets. Dans les cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne et même quand il existait des symptômes d'acuité, les résultats ont été excellents.

L'aération de la caisse, les insufflations de vapeurs d'iode, de benzoate de soude, d'essence de térébenthine, de teinture de benjoin produisent de bons effets, mais il n'est pas possible de régler leur emploi. Quant aux liquides introduits dans la caisse dans un but thérapeutique, ils ont toujours été plus nuisibles qu'utiles.

D<sup>r</sup> LACOARRET.

**Pratique des maladies de la gorge et du nez** (*Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals-und Nasenkrankheiten*),  
par le Dr O. CHIARI, de Vienne (1).

Cet ouvrage est un résumé statistique des observations cliniques que l'auteur a faites à la consultation externe de l'hôpital de Vienne. A propos des cas observés, l'auteur expose ses idées et les résultats qu'il a obtenus sur la plupart des questions à l'ordre du jour.

J'y ai retrouvé avec plaisir l'enseignement si clair, si attachant et si pratique que l'auteur donnait alors que j'avais l'avantage d'être du nombre de ses élèves, et je ne saurais trop recommander la lecture de ce livre aux praticiens.

L'auteur prend soin d'avertir dans sa préface des difficultés que rencontre l'étude pratique des maladies lorsqu'elle prend pour sujets les malades d'une consultation. Dans ces circonstances, les cas les plus intéressants échappent souvent à une observation prolongée, un bon nombre de malades atteints d'affections graves ne peuvent continuer à venir demander les soins et doivent entrer à l'hôpital. Ces difficultés, tous les spécialistes les connaissent; elles ne donneront à leurs yeux que plus de mérite à cette œuvre de jugement sûr et de saine pratique.

Dr WAGNIER.

**Les maladies de la bouche, de la gorge et du nez**  
(*Die Krankheiten der Mundhöhle, des Tracheus und der Nase*), par le Dr Ph. SCHECH (2).

Les nombreux travaux qui ont paru et avant tout les recherches personnelles de l'auteur sur les maladies de la bouche, de la gorge et du nez ont rendu nécessaire un agrandissement de l'ouvrage.

Parmi les maladies de la bouche un chapitre tout entier est consacré à la leucoplasie buccale; un autre plus restreint est occupé par les affections des glandes salivaires.

(1) A Vienne, librairie Toeplitz et Deuticke.

(2) Seconde édition augmentée avec 14 figures dans le texte. Leipzig et Vienne, Toeplitz et Deuticke, 1888.

Un chapitre entièrement ajouté est consacré à la question, si intéressante pour la médecine générale, des réflexes du nez.

Tandis que Hack, qui le premier a attiré l'attention sur les réflexes nasaux, regarde comme cause de ces phénomènes le gonflement du tissu caverneux des cornets moyen et inférieur, l'auteur, au contraire, admet que tout point de la muqueuse nasale, en dehors de la participation du tissu caverneux, peut devenir le point de départ des réflexes; l'hypertrophie de la muqueuse, des productions simples ou polypoïdes des cornets, les déviations ou les tumeurs de la cloison, les néoplasmes, particulièrement les polypes muqueux, le catarrhe chronique naso-pharyngien, les végétations adénoïdes, en un mot toutes les maladies qui amènent les deux parties de la muqueuse en contact l'une de l'autre, peuvent, chez des individus prédisposés, devenir le point de départ de réflexes, tels que éternuement, rougeur érythémateuse du nez, asthme bronchique, névralgies, crises épileptiformes, etc.

Comme dernier addendum de cette nouvelle édition se trouve un chapitre consacré aux maladies des sinus, peu étudiées jusqu'ici.

V. R.

---

## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

---

### NEZ ET PHARYNX NASAL

**Rhinite hypertrophique. Ses rapports avec l'enfance (Hypertrophic rhinitis. Its relations to Childhood),** par le Dr CLELAND.

Dans ce travail le Dr Cleland étudie le coryza hypertrophique chez l'enfant. L'obstruction des fosses nasales qui en résulte est une cause fréquente de maladie du poumon. Le sens de l'odorat est également altéré et la voix devient nasonnée et l'articulation défectueuse. Il est donc utile de traiter cet état pathologique chez l'enfant. (*The american Lancet*, fév. 1888.)

Dr J. Ch.

**Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal.** (Société des Sciences médicales de Lille, séance du 21 décembre 1887.)

MM. *Duret* et *Lavrand*. — La malade dont il s'agit, âgée de vingt et un ans, ne présentait pas de signes de syphilis ni de scrofule. Lors de l'un de ses séjours à l'hôpital, où elle était entrée pour des troubles hystériques, on avait remarqué une certaine gêne de la respiration. Il existait une hypertrophie notable des amygdales ; on lui fit l'excision de l'amygdale gauche. Entrée dernièrement dans le service de M. *Duret*, on constatait que cette jeune fille respirait difficilement par le nez. Les amygdales étaient peu volumineuses. Mais, si on explorait, à l'aide du doigt, le fond du pharynx, on sentait sur les parois supérieures et latérales du pharynx nasal un épaississement, une induration avec des sillons profonds et des inégalités mamelonnées de la muqueuse.

Il fallait éliminer l'idée de fibrome naso-pharyngien et de végétations adénoïdes, qui ont pour caractère une mollesse particulière et occupent généralement le siège de l'amygdale de *Luschka*.

La malade demandant à être soulagée, M. *Duret* sectionna sur la ligne médiane le voile du palais, au termo-cautère, et cautérisa la surface atteinte. Un mois après la jeune fille respirait bien, et on reconstituait le voile du palais.

Les auteurs de la communication ont fait des recherches infructueuses dans les traités spéciaux ; ils croient que cette affection n'est pas décrite d'une manière complète.

Dans la discussion qui suit, M. *Desplats* a eu, il y a plusieurs années, la malade dans son service, il lui semble qu'à cette époque elle avait des végétations adénoïdes typiques. Peut-être s'agit-il ici d'une transformation fibreuse de ces végétations avec le progrès de l'âge.

Nous sommes pour notre part absolument de l'avis de M. *Desplats* en ce qui concerne la nature de la lésion. On rencontre, en effet, et ce n'est même pas une rareté, des végétations adénoïdes atrophiées, dures, qui ont subi un commencement de transformation fibreuse. Si les auteurs de

la communication ont cru voir là une affection distincte, on comprend sans peine l'insuccès de leurs recherches. Quant à l'incision préalable du voile du palais et à la staphylorrhaphie ultérieure, pratiquée par M. Duret, ces opérations nous paraissent dans ce cas relativement trop sérieuses et un peu surprenantes, étant donnés les moyens thérapeutiques plus inoffensifs dont peut disposer le praticien. (*Journ. des Scienc. m éd. de Lille* du 3 fév. 1888.)

L. LACOARRET.

**Corps étranger du nez**, par le Dr LAPTHORN-SMITH.

L'auteur a présenté à la Médico-Chirurgical Soc. of Montréal un cas de corps étranger de la narine. L'enfant, âgée de quatorze ans, était affectée d'ozène (mauvaise odeur) depuis l'âge de trois ans. Elle avait été traitée pour le catarrhe par plusieurs. Le Dr Smith, en examinant la fosse nasale, vit un corps dur, grisâtre et brillant. Il se servit d'une pince pour l'extraire. C'était un bouton de soulier, qui était recouvert de phosphate. Le corps a dû séjourner pendant dix à douze ans dans la narine. La guérison a été prompte. (*The Montréal med. Journ.*, juillet 1888.)

D<sup>r</sup> ROLLAND (de Montréal.)

**Tubage nasal (Nasal intubation)**, par le Dr H. GOODWILLIE

Le Dr Goodwillie préconise l'emploi de tubes en caoutchouc durci ou en métal dans le traitement de certaines affections du nez. Ces tubes, de forme ovalaire et de calibre différent, suivant les cas, peuvent être laissés longtemps dans la fosse nasale; ils ont le même diamètre dans toute leur longueur, sauf à l'extrémité antérieure qui a la forme de l'ouverture de la narine à laquelle elle s'adapte. L'auteur s'est servi avec avantage de ces tubes dans différents cas. Il les recommande:

- 1<sup>o</sup> Dans les cas d'épistaxis;
- 2<sup>o</sup> Dans les fractures du nez internes et externes;
- 3<sup>o</sup> Dans les déviations de la cloison osseuse et cartilagineuse après l'opération chirurgicale nécessaire pour les redresser et pour enlever les exostoses;
- 4<sup>o</sup> Après l'ablation de l'hypertrophie des cornets ou après l'extirpation des polypes;

5<sup>o</sup> L'hypertrophie des parties molles peut se résorber si les tubes sont portés assez longtemps par le malade. (N.-Y. *med. Journ.*, 4 février 1888.) — Dr J. CH.

LARYNX ET TRACHÉE

**Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx**  
(*Neueste Untersuchungen über die motorischen Centren des Larynx*).

M. C. Masini annonce que, d'après les recherches de Duret et de Soltmann et, plus particulièrement, d'après les études expérimentales de Krause, l'on ne doit plus admettre que le centre moteur du larynx se trouve dans le bulbe. Aujourd'hui on sait avec certitude que ces centres se trouvent dans l'écorce centrale de la partie antérieure des hémisphères; seulement l'on n'est pas encore fixé sur leur place exacte et sur leur étendue. Pour éclaircir ce point de controverse, Masini a fait des recherches sur le chien et est arrivé aux résultats suivants :

1<sup>o</sup> Chez le chien, à la partie antérieure des hémisphères, sous l'écorce centrale, se trouve une place qui préside aux mouvements du larynx. Cette place occupe presque toute la zone motrice, mais son foyer de plus grande intensité siège vers la base, dans la région précruciale.

2<sup>o</sup> Cette place n'est encore ni isolée, ni distincte; elle se confond avec les autres centres moteurs, particulièrement avec ceux du pharynx, du voile du palais, de la langue.

3<sup>o</sup> Les lésions unilatérales de cette région produisent des symptômes paralytiques dans les muscles du larynx, du côté opposé à la lésion, sans troubles de la sensibilité.

4<sup>o</sup> Les lésions bilatérales produisent une parésie sensitivo-motrice plus nette, sans atteindre toutefois le degré d'une paralysie absolue. (Académie de médecine de Turin, séance du 2 mars 1888. *Deuts. med. Ztg*, n° 38, 1888.)

V. RAULIN.

**Corps étranger de la trachée, par M. PATÉ.**

Un homme entre dans le service de M. Luton, se plaignant d'une très grande gêne de la respiration; l'auscultation ne

révèle que du sifflement aux deux temps et une diminution du murmure vésiculaire. On le traite comme emphysémateux. Le troisième jour, il succombe étouffé. A l'autopsie on trouve un silex irrégulièrement cubique (du poids de 9 gr. 50) arrêté à la bifurcation des bronches qui, à ce niveau, présentaient une légère ecchymose; on a su depuis que cet homme avait l'habitude de garder un caillou dans sa bouche pour se déshabiter de chiquer. (*Un. méd. et scient. du Nord-Est*, n° 5, 15 mai 1888.)

E. P.

**Expulsion spontanée de polypes du larynx (Spontaneous detachment of laryngeal polypus).**

A la Société de médecine de Berlin, le professeur Fränkel lut une communication du Dr Von Swiderky sur un cas d'expulsion de polype dans un accès de toux.

Il s'agit d'un officier de cavalerie atteint depuis 1862 de polype du larynx. Plus tard la dyspnée devint très marquée, et la trachéotomie fut proposée mais non acceptée par le malade qui, en mai 1870, dans un violent accès de toux, expulsa spontanément son polype.

Le Dr Graham Bell a observé un cas analogue, et nous même, à la session de Toulouse du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, avons rapporté un exemple absolument semblable. L'observation a d'ailleurs été publiée dans la *Revue médicale*, de Toulouse. (*The Brit. med. Journ.*, 21 janvier et 4 février 1888.) D<sup>r</sup> J. CHARAZAC.

**Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx. Thyroïdectomy. Guérison, par M. A. GODET.**

Aux neuf cas de pénétration de sangsues dans la région laryngienne signalés jusqu'ici par la littérature médicale, M. A. Godet en ajoute un nouveau qu'il a observé à l'hôpital d'Aïn-Sefra, chez un soldat de vingt-quatre ans. La sangsue logée dans la portion sous-glottique, immédiatement au-dessous des cordes vocales, ne put être extraite qu'à la suite d'une thyroïdectomy. Un point remarquable de cette observation était l'absence complète de dyspnée et d'accès de suffo-

tion. L'auteur l'explique par la pénétration probable de la sanguine dans le larynx pendant le sommeil du malade (alors qu'elle se trouvait auparavant fixée dans le pharynx) et par la sensibilité obtuse de la portion scus-glottique. L'auteur donne quelques indications sur l'opération qu'il a pratiquée et fait ressortir la nécessité qu'il y a, dans la thyroïdotomie, à conserver aux cordes vocales toute leur intégrité. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, décembre 1887.)

E. P.

**Un cas de sténose laryngée consécutive à la compression par un goître (A case of laryngeal stenosis due to compression by goitre), par GEORGE BEVERLEY.**

La malade, âgée de soixante ans, présentait un goître volumineux, elle fut prise d'accès de suffocation dus à la compression des récurrents. L'extirpation du corps thyroïde hypertrophié fit disparaître les accidents. (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janvier 1888.)

D<sup>r</sup> J. CH.

**Paralysie des cordes vocales et Ictère (Stimmbandlähmung und Icterus), par le prof. GERHARDT, de Berlin.**

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles les deux symptômes se trouvaient associés et qu'il a recueillies sur deux hommes de son service. Comme ces deux malades présentaient, outre ces deux symptômes, d'autres phénomènes morbides, chez l'un une grande gêne respiratoire, chez l'autre des manifestations du côté du cœcum, l'auteur se demande si l'association de l'ictère et de la paralysie n'était pas une pure coïncidence. Cependant il incline vers la négative et croit qu'il s'agit peut-être ici d'une maladie infectieuse particulière qui se caractériserait par l'apparition simultanée de l'aphonie et de l'ictère. (*Deutsch. médic. Wochensch.*, 1887, n° 6.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

**De la technique de la trachéotomie (Zur Technik der Tracheotomie), par le Dr SCHMIDTMANN, de Willemshaven.**

Après avoir relevé les principaux inconvénients des canules métalliques, même les plus perfectionnées, l'auteur indique les raisons qui lui font préférer le simple tube en caoutchouc

d'un calibre approprié à celui de la trachée. Il trouve à cette modification les avantages suivants : adaptation exacte du tube aux conditions anatomiques de chaque cas particulier, occlusion de la trachée dans la direction du larynx, calibre plus considérable de la canule, irritation moindre des parties molles, diminution dans la formation des croûtes, changements du tube moins fréquemment nécessaires. (*Deutsche medic. Wochenschr.*, 1887, n° 40.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

#### OREILLES

**Sur l'emploi thérapeutique de la créoline dans l'otiatrie**  
(*Ueber die therapeutische Verwendung des Creolins in der otiatric*), par  
le D<sup>r</sup> A. EITELBERG, de Vienne.

Dans le numéro 46 de l'année 1887, du *Berliner Klinische Wochenschrift*, Kortüm avait présenté la créoline comme un agent désinfectant susceptible d'arrêter les sécrétions et de faire disparaître les granulations, enfin comme un hémostatique de premier ordre.

Les données de Kortüm sont confirmées par les résultats obtenus par Unbantschitsch en otiatrie et par les recherches de l'auteur.

La créoline se retire de la houille anglaise par la distillation à sec; c'est un liquide huileux, sentant le goudron et d'une coloration brun-foncé, c'est un désinfectant qui doit être mis avant tous les autres antiseptiques, car il n'est nullement toxique, ce que l'on ne peut pas dire de l'acide phénique et du sublimé.

Aussi la créoline peut être employée sans aucun danger dans l'otite suppurée des enfants; quelques gouttes de la solution de créoline viendraient-elles à passer dans le pharynx par la trompe d'Eustache et à être avalées, il n'en résulterait aucun dommage pour l'enfant.

Pour injections dans les cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne, la créoline s'emploie à la dose de 10 gouttes dans un 1/2 litre d'eau tiède; une solution plus forte pourrait donner une sensation passagère de brûlure.

Après l'injection détersive on peut instiller quelques gouttes de la solution dans l'oreille et la laisser environ 10 minutes après avoir fermé le conduit auditif avec de l'ouate antiseptique.

La créoline peut aussi s'employer sous forme de poudre, ou en mixture avec l'onguent émollient ou avec la vaseline; la lanoline convient moins bien.

La créoline ne semble pas donner d'excellent résultat dans les otites externes; par contre on se trouve bien de son emploi dans l'eczéma de l'oreille et de l'entrée du nez.

L'avenir apprendra quel rang la créoline doit tenir parmi les agents employés dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. (*Wien. med. Presse*, n° 13, 1888.)

V. R.

---

**Surdité passagère produite par l'action de la lumière électrique sur la rétine**, par M. D'ARSONVAL (Société de Biologie, séance de 19 mai, 1888).

Récemment, dit l'orateur, ayant regardé pendant quelques instants un arc voltaïque incandescent, je devins sourd pendant une heure ou une heure et demie. Frappé de ce phénomène, je renouvelai l'expérience, et les mêmes symptômes se reproduisirent. Je n'ai pas encore pu m'assurer, à cause de la fatigue qu'entraînent nécessairement ces expériences, si, en regardant un arc voltaïque d'un seul œil le même phénomène se reproduisait et s'il était bilatéral ou unilatéral. ( *Tribune médicale*, n° 1032, 27 mai 1888.)

E. P.

---

**Emploi d'une ventouse scarifiée à la place d'une sangsue dans certaines affections aiguës de l'oreille** (*On the use Wet-cup in place of the Leech in certain acute diseases of the ear*), par le D<sup>r</sup> GORHAM-BACON.

Dans les maladies aiguës du conduit auditif, de la caisse et de l'apophyse mastoïde, les applications de sangsues sont des plus utiles; dans les cas de ce genre, le D<sup>r</sup> Gorham-Bacon remplace la sangsue par l'application d'une ventouse scarifiée.

Les raisons suivantes l'ont amené à user de ce procédé :

1<sup>re</sup> Certains malades, en particulier les enfants, répugnent beaucoup à l'application d'une sanguine sur l'oreille ;

2<sup>me</sup> Le sang est quelquefois difficile à arrêter et, dans un cas observé par l'auteur, on dut se servir du thermo-cautère pour arrêter l'hémorragie ;

3<sup>me</sup> L'application des sanguines donne lieu parfois à une inflammation érysipélateuse et à des ulcérations ; il n'est pas rare de voir se produire aussi des abcès circonscrits, même chez des personnes très saines en apparence.

Au cours de cet article l'auteur figure et décrit un scarificateur et une ventouse spéciale pour l'oreille. (*N.-Y. med. Journ.*, 7 janvier 1888.)

Dr J. CHARAZAC.

**Corps étranger ayant séjourné dix-huit ans dans l'oreille,**  
par le Dr A. SWANN.

Le titre indique suffisamment le sujet, le malade âgé de vingt-sept ans, sourd de l'oreille gauche, portait dans son oreille depuis dix-huit ans un morceau de crayon qui s'était entouré de cérumen et avait ainsi amené la surdité. L'auteur cite ce cas intéressant, dit-il, parce qu'il montre la tolérance de l'oreille à l'égard des corps étrangers. Les observations de ce genre sont loin d'être rares. (*The Lancet*, 7 juillet 1888.)

Dr J. CH.

**Malformation d'une oreille.**

M. D. Mollière présente un jeune homme arrivé à l'hôpital avec un oreille mal formée, simulant une oreille de cochon. La considérant comme le résultat d'une cicatrice congénitale, il s'appuie sur le principe suivant qu'il a posé le premier : il faut attaquer les insertions des cicatrices vicieuses pour en avoir raison. Dans ce cas l'oreille était insérée trop bas. Or, après avoir détaché le lobule et relevé l'oreille avec deux points de suture, il a reséqué par derrière l'exubérance du cartilage, ce qui a donné un résultat fort convenable. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, séances de février 1888.)

**Le diagnostic des maladies de l'oreille sans instrument**  
(*The diagnosis of ear disease without instrument*).

L'auteur passe en revue les symptômes principaux qui peuvent permettre au praticien d'arriver d'une façon approximative à un diagnostic de maladie d'oreille sans l'aide d'instruments, tout en convenant qu'ils sont nécessaires pour établir un diagnostic précis. (*The med. Record*, 31 mars 1888.)

Dr J. Ch.

**Cas rares d'affections de l'oreille** (*Un commun aural cases*), par le  
Dr FRANK DUDLEY.

Le Dr Dudley publie trois observations.

Dans la première, il s'agit d'une fève volumineuse ayant séjourné dix ans dans le conduit auditif, sans causer aucun accident. Les observations de ce genre ne sont pas très rares.

Les deux autres malades étaient tous les deux atteints de myringomycoses avec otite moyenne catarrhale.

L'examen microscopique permit de constater dans le premier cas l'aspergillus florescens, et dans le second l'aspergillus nigricans avec leur mycélium, leurs sporanges et leurs conidies. (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janvier 1888.) Dr J. Ch.

**VARIA**

**Corps étrangers de l'œsophage**, par le Dr VERNEUIL, et le  
Dr SUAREZ DE MENDOZA.

L'auteur rappelle que dans une récente communication (voir *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 717), M. Kirmisson, en parlant des avantages d'un instrument particulier, l'avait qualifié d'appareil Verneuil. La paternité en est partagée par M. Colin. Voici en quoi consiste cet appareil : on introduit dans l'œsophage une sonde de baleine ; on applique à l'extrémité de cette sonde une sonde molle. On sait ainsi où l'on est et ce que l'on fait, et il est impossible de faire une fausse route. Une fois le rétrécissement franchi on prend une olive creuse qu'on visse sur un conducteur métallique, et on fait filer cette olive sur le conducteur Colin-Verneuil. On pénètre ainsi dans l'estomac et on dilate le rétrécissement.

Outre ces avantages, on peut encore, avec cet instrument, alimenter le malade. On fait filer sur le conducteur une sonde

creuse et on alimente le malade avec la plus grande facilité. Cela fait, la sonde est aisément fixée dans les fosses nasales et pendant des mois entiers si c'est nécessaire.

M. Verneuil présente ensuite une observation due au docteur Suarez de Mendoza (d'Angers), dans laquelle ce médecin fit une application très heureuse de l'appareil Colin-Verneuil. Le 9 février dernier, M. Suarez fut appelé auprès d'une dame qui avait avalé un os de bœuf. Il reconnut d'abord la présence du corps étranger situé à 11 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage; il essaya de passer une sonde et de repousser le corps, mais en vain. Il eut alors l'idée d'employer la sonde Colin-Verneuil; il passa successivement les sondes numéros 1 et 2, espérant ébranler le corps étranger. Ne pouvant y réussir, il passa la sonde, séance tenante, et put du moins alimenter la malade.

Le lendemain il recommença avec le panier de Graefe. Celui-ci se trouvant arrêté, il creusa une petite gouttière sur ce panier et le fit filer sur le conducteur. Il essaya ensuite, mais sans succès, d'extraire le corps étranger. Il laissa alors le panier de Graefe dans cette situation, passa une olive au-dessus du corps, tira légèrement à lui et ramena ainsi les trois objets réunis.

C'est là une combinaison heureuse du panier de Graefe et de la sonde Colin-Verneuil; c'est le premier exemple dans la science et M. Verneuil demande l'insertion de cette observation dans le bulletin. (*Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1888.)

#### Instruments (*Instrumente*), par le Dr KRAUSE.

En premier lieu, l'auteur a fait construire un *crochet palatin fixe* qui, à l'aide d'un coude venant en avant se réfléchir sur les incisives, peut être appliqué sur la lèvre supérieure où il est maintenu par l'intermédiaire d'une pelote que vient comprimer une vis de pression. Grâce à cet instrument, on peut éviter les mouvements incessants du voile du palais et supprimer en même temps les excitations réflexes déterminées par la main de l'opérateur. Il a de plus l'avantage de permettre de se passer d'un aide, de l'abaisse-langue, et de pouvoir

être, après cocaïnisation, maintenu en place pendant au moins vingt minutes. Il sera bon d'avoir deux modèles d'instruments, un pour les adultes, un autre pour les enfants ;

2<sup>o</sup> Un trocart très aminci et recourbé à sa partie antérieure pour ouvrir l'antre d'Highmore ;

3<sup>o</sup> Un trocart à double courant pour le même usage ;

4<sup>o</sup> Et enfin une scie nasale avec des types d'épaisseur différente (1). (*Separatabd. aus der Monatssch. f. Ohrenh., etc.,* n<sup>o</sup> 3, 1887.)

M. N.

**Traitemen**t de la Coqueluche par les insufflations nasales (*Whooping-Cough treate dby nasal insufflations*). par le Dr G. HOLLOWAY.

Dans ce travail, l'auteur donne le résultat du traitement de 24 cas de coqueluche par des insufflations nasales. Il s'est basé sur l'opinion de Guerder, qui considère la coqueluche comme étant le résultat d'une névrose nasale réflexe (de nature parasitaire) déterminée par la congestion de la membrane pituitaire et du catarrhe nasal. Dans les insufflations, l'auteur a fait usage d'acide borique très finement pulvérisé. Les insufflations ont été faites par les malades toutes les trois heures pendant le jour, et une fois pendant la nuit. Au bout d'une dizaine de jours, les enfants étaient à peu près guéris. (*Th. Brit. Med. Journ.*, 15 octobre 1887.)

Dr J. CH.

**Les nouveaux traitements de la Coqueluche**, par le  
Dr Paul CHERON

L'auteur examine les nouveaux remèdes préconisés contre la coqueluche ; il les divise en :

1<sup>o</sup> Antiparasitaires : acide phénique, acide salycilique ; en inhalations, sels de quinine, acide sulfureux ;

2<sup>o</sup> Agissant sur la muqueuse nasale : benjoin, tannin, quinine, bismuth, acide borique ;

3<sup>o</sup> Modificateurs des muqueuses : Oxymel scillistique, grindolia robusta, chanvre indien, carbonate de potasse, bain d'air comprimé ;

4<sup>o</sup> Anesthésiques : cocaïne, belladone, droséra ; inhalations d'éther.

(1) On trouvera tous ces instruments chez M. Pfau, fabricant d'instruments, Berlin, N. W., Dorotheenstrasse, n<sup>o</sup> 67.

Aucune de ces médications nouvelles n'a fait ses preuves ;  
le Dr Chéron est d'avis d'en rester au traitement classique.  
(*Union médicale*, 18 et 20 octobre 1887.) J. JOAL.

**Pyémie consécutive à la carie dentaire et suivie de mort.**  
Remarques sur la prophylaxie de ces accidents (*Pyämie in  
Folge von Zahncaries mit letalem ausgang, nebst Bemerkungen über  
deren Prophylaxe*), par H.-L. COOPMAN, médecin à Amsterdam.

Il s'agit d'un enfant de huit ans qui est mort de pyémie consécutive à la carie d'une molaire. Cette dent, qui ne put être enlevée que tard à cause de la résistance des parents, avait occasionné une périostite purulente, qui fut le point de départ de l'infection de tout l'organisme.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques considérations sur la thérapeutique et la prophylaxie des accidents.

Le plus souvent l'extraction hâtive de la dent cariée fait rétrograder les symptômes alarmants ; avec Witzel il recommande contre la périostite purulente l'antiseptie dans l'intervention chirurgicale et dans le pansement de la plaie opératoire ; aussitôt l'écoulement du pus achevé, il faut faire pratiquer des lotions antiseptiques et poser un tampon de ouate au sublimé, tout en ayant soin de laisser un chemin pour l'écoulement du pus. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 23, 1888.) V. R.

**Sur le myxoedème (Ueber myxoedem), par le Dr Fr. MOSLER.**

Le Dr Fr. Mosler a observé à sa clinique un cas de myxoedème, dont l'étude clinique vient confirmer les données anatomo-pathologiques de Virchow. Cet auteur, se basant sur les modifications observées dans le tissu cellulaire sous-cutané, admet qu'il s'agit d'un processus irritatif de la peau très voisin du processus inflammatoire.

La malade observée par Mosler a présenté à un moment donné des douleurs spontanées et une sensibilité très grande à différents points de la peau qui était gonflée, élastique, ressemblant beaucoup à de la porcelaine. (*Vortrag in der Versammlung der Aerzte der Regierungs bezirkes Stralsund zu Greifswult*, au 29 avril 1888. *Deuts. med. Woch.*, n° 21, 1888.) V. R.