

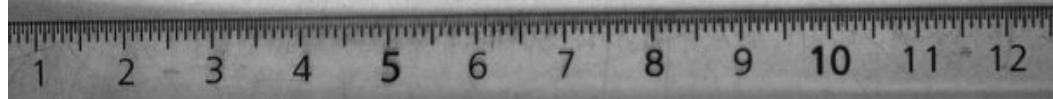
*Bibliothèque numérique*

medic@

**Archives internationales de  
laryngologie, de rhinologie et  
d'otologie**

*tome 5, 1892. - Paris : G. Steinheil, 1892.  
Cote : 91610*

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE



IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

1938

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE

FONDÉES ET PUBLIÉES PAR LES DOCTEURS

A. RUAULT

ET

H. LUC

Chef du service de la Clinique laryngologique  
de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Ancien interne des hôpitaux.

RÉDACTEUR EN CHEF :

**H. LUC**

COLLABORATEURS FRANÇAIS :

Professeurs BOUCHARD, CORNIL, VERNEUIL, TILLAUX,  
Docteurs AUBERT (d'Alger), BROCA, BRISSAUD, CARTAZ, CHAPUT, CHATELLIER,  
DELPORTE, GARNHAULT, GAUCHER, GELLÉ, GÉRARD MARCHANT, GOULY,  
JALAGUIER, JUHEL-RENOY, JURANVILLE, LE GENDRE,  
LEGROUX, LUBET-BARBON, MARFAN, MARTIN, PICQUÉ, POTIQUET  
TERRIER, VERCHÈRE.

COLLABORATEURS ÉTRANGERS :

Docteur LENNOX BROWNE (de Londres), Docteur CHIARI (de Vienne),  
Docteur BRYSON DELAVAN (de New-York), Docteur DREYFUSS (de Strasbourg),  
Professeur GRADENIGO (de Turin), Professeur GRUBER (de Vienne),  
Docteur PAUL HEYMANN (de Berlin), Professeur LEFFERTS (de New-York),  
Professeur MASSEI (de Naples), Professeur MOOS (de Heidelberg),  
QUINTELA (Montevideo), Docteur MORITZ SCHMIDT (de Francfort-sur-Mein),  
Professeur SCHRECKER (de Vienne), Docteur SOKOLOWSKI (de Varsovie),  
Professeur SOLIS COHEN (de Philadelphie), Docteur TAUBER (de Denner),  
Docteur MAX THORNER (de Cincinnati), Professeur URBANTSCHITSCH (de Vienne).

TOME V — 1892

91,610

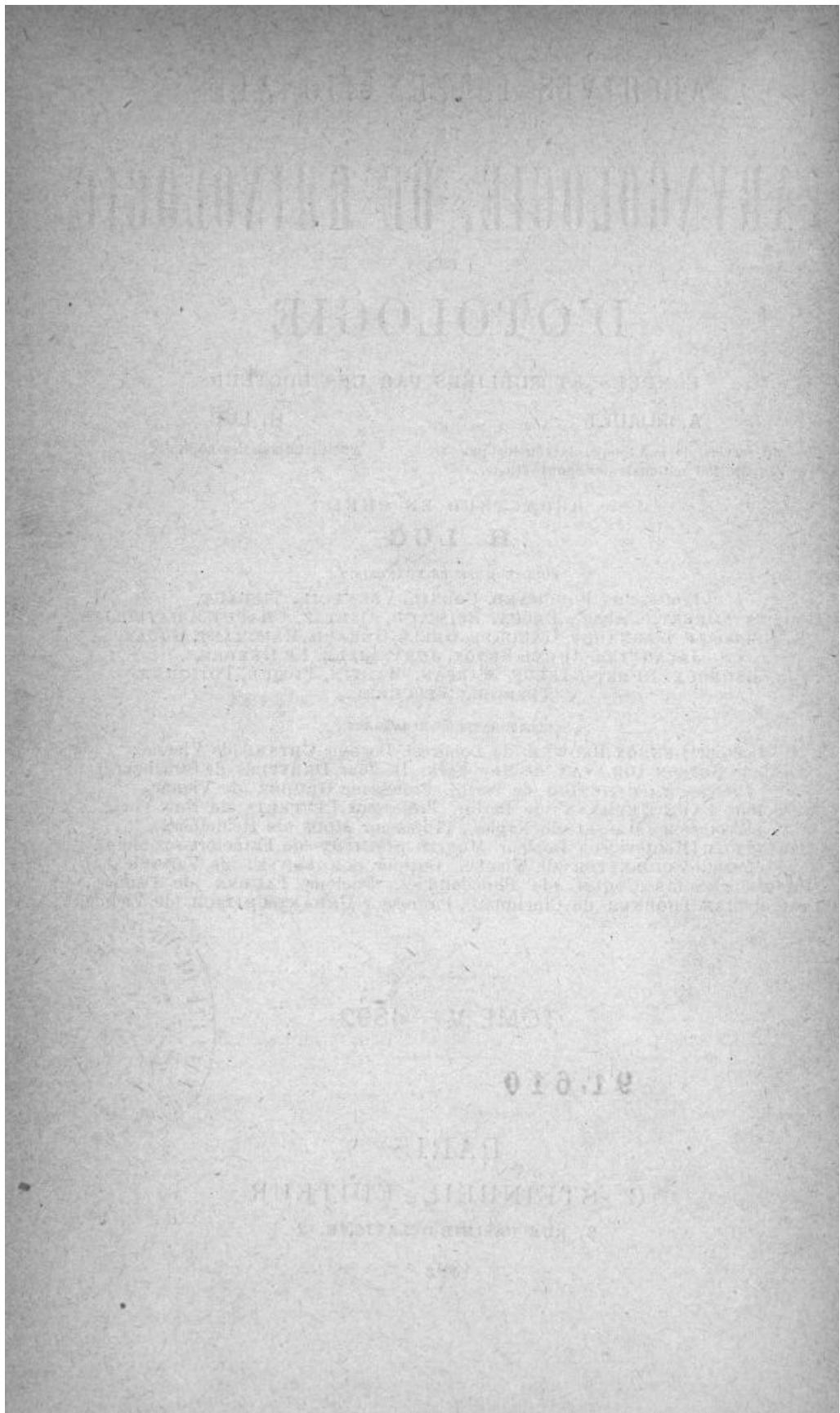
PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892







## TABLE ANALYTIQUE

VR

*Abcès cérébraux* (d'origine auriculaire), 121, 124.  
*Abcès rétro-pharyngiens*, 305.  
*Amygdale*. Discision, 61. — hypertrophie, 54. — sarcome, 211. — tumeurs malignes, 211, 235.  
*Amygdale linguale*. Hypertrophie, 117, 281, — plegmon, 8.  
*Amygdalite*, 16. — à streptocoques, 187. — lacunaire, 61.  
*Angine folliculaire*, 117. — phlegmoneuse, 8. — de Tornwaldt, 142, 187. — ulcéreuse, bénigne, 306, 360.  
*Aniline* (dans le traitement des affections nasales), 218.  
*Anosmie*, 167, 222.  
*Aphonie hystérique*, 44.  
*Apophyse mastoïde*, son ouverture, 361. — arthrite crico-aryténoidienne, 224.  
*Aryténoidien* (contracture du muscle —), 204.  
*Asthme*, 220.  
*Bromure d'éthyle*, 2. — empoisonnement, 364.  
*Brightisme auriculaire*, 344.  
*Caisse du tympan* (pseudo-kyste sanguin de la —), 147.  
*Canal de Jacobson*, 32.  
*Cathéter pour la trompe*, 308.  
*Cathétérisme de la trompe*, 189, 308, 341.  
*Cellules ethmoidales* (pathologie), 39.  
*Cloison nasale*. Déviations, 129, 221, 244. — épaisissement, 329. — perforation, 352. — résection, 41.  
*Cocaine*. Dans la fièvre des foins, 37. — dans les otites, 361.  
*Conduit auditif externe* (ostéome), 242.  
*Cornets nasaux* (hypertrophie), 123, 295.  
*Cornet moyen* (kyste), 219.  
*Corps thyroïde* (cancer), 115.  
*Croup d'emblée*, 233.  
*Crico-aryténoidien latéral* (sa paralysie), 302.  
*Crico-thyroïdien* (paralysie), 238.  
  
*Diphthérie de l'oreille*, 122.  
*Enseignement de la laryngologie en France*, 245.  
*Épiglotte*. Hypertrophie, 233. — myxome, 306.  
*Épreuve de l'audition*, 310, 362.  
*Ethmoïdite*, 39, 365.  
*Fosses nasales*. Cautérisations, 177. — kystes glandulaires, 88. — polypes (*Voyez ce mot*). — réflexes, 178. — sténoses, 351. — suppurations, 365. — syphilis, 33. — tumeurs malignes, 65.  
*Intubation laryngée*, 51, 227, 295, 303, 314, 356.  
*Labyrinthe*. Pression du —, 363. — tuberculose, 333.  
*Langue*. Arête fichée dans la —, 55.  
*Laryngite chronique catarrhale*, 43.  
*Laryngo-spasme unilatéral intermittent*, 302.  
*Larynx*. Adénome, 115. — cancer, 42, 113, 223, 298, 302. — corps étranger, 92, 354. — contre-miroir, 180. — érysipèle, 249, 304. — extirpation, 113, 231. — fractures, 290. — Hémi-extirpation, 298. — intubation (*Voyez ce mot*). — lupus, 359. — œdème aigu, 354. — papillomes, 44, 217, 229, 359. — rapports avec colonne vertébrale, 266. — rétrécissement, 247. — sarcome, 299. — sensation gustative, 114. — syphilis, 43, 342. — syphise héréditaire, 182. — tumeur atrophiée, 150. — tumeurs strumeuses, 127. — varice, 183.  
*Leucocythémie*. Oreille dans la —, 189.  
*Lucte enveloppée dans une membrane*, 58.  
*Maladies de la bouche et du pharynx*, 242. — de la gorge et du nez (diagnostic), 186. — du nez, du pharynx et du larynx, 62. — du nez (dans leurs rapports avec les affections intra-oculaires), 285. — du larynx, 366. — (atlas), 311.

*Marteau et enclume.* Leur extraction, 307.

*Mastoïdiennes.* (Complications dans les otites), 346.

*Menthol*, 30. — dans la trachéite, 100.

*Névrète laryngée périphérique*, 354.

*Névrose et traumatique.* (Troubles laryngés dans la —), 300.

*Nodules des chanteurs*, 299.

*Nystagmus*, dans les affections de l'oreille, 125. — des cordes vocales, 114.

*Œdème de la glotte*, 54.

*Oreille.* Anatomie, 215, 248. — anatomie et embryologie, 274. — corps étrangers, 209. — dans la diphtérie, 122. — dans la leucémie, 189.

*Otite.* Catarrhale, 123. — grippale, 119, 237. — scléreuse, 59, 240, 363. — suppurée, 214. — (par tamponnement nasal), 137. — (traitement), 190, 216, 239, 188.

*Ozène.* (Traitement), 219.

*Pachydermie laryngée*, 124, 183, 222.

*Paralysie agitante.* (Troubles laryngés), 297.

*Paralysies laryngées*. — 45, 154, 185, 297. — des abducteurs, 154. — corticales, 185. — tabétiques, 297.

*Perforation de la membrane de Shrapnell*, 60.

*Pharyngomycoses*, 344.

*Pharynx.* Hémorragies, 233, phlegmon infectieux, 304. — kystes, 56. — syphilis, 342, 355.

*Pharynx nasal.* Corps étranger, 110. — fibro-myxomes, 305. — myxome, 305.

*Pneumo-gastrique.* Compression par anévrysme aortique, 301.

*Polypes nasaux*, 38, 39.

*Polypes naso-frontaux*, 37.

*Pyémie d'origine auriculaire*, 237, 239, 310.

*Recurrent.* Compression par anévrysme aortique, 301. — fibres centripètes du —, 225, 296, 357. — physiologie, 226; — résection, 27.

*Reflexes nasaux*, 243.

*Sclérome* (du nez, du larynx, etc.), 178.

*Sclérose en plaques.* (Troubles laryngés dans la —), 185.

*Signe auriculaire* dans les paralysies cérébrales, 340.

*Sinus frontaux.* Abcès, 356.

*Sinus maxillaire.* Aspergillus dans le —, 112. — éclairage, 294. — empyème, 111, 172, 178, 258, 293, 294, 348.

*Tabes*, Troubles laryngés dans le —, 125, 297.

*Thyroïdite*, 51.

*Thyrotomie*, 42, 47, 184. — chez un enfant de 18 mois, 47.

*Trachée*, compression, 54. — corps étranger, 48, 50. — dilatation chez les chanteurs, 48. — polype, 50, 301. — syphilis, 43, 228. — tumeurs strumeuses, 127.

*Trachéotomie*, 229.

*Tuberculose laryngée*, 45. — et myxème, 113. — et pachydermie, 183. — primitive, 186. — traitement, 180. — traitement par cantharidates, 355.

*Tumeurs pré-épiglottiques*, 53.

*Tympan*, régénérescence, 309.

*Végétations adénoïdes*, 55, 56, 118, 219, 236, 341.

*Vertige laryngé*, 181, 358. — Vertige de Ménière, 35.

*Voile du palais*, son insuffisance, 234.

## TABLE DES AUTEURS

(Les chiffres gras indiquent les travaux originaux.)

Adler.....	181	Gibbons.....	352
Astier.....	341	Glasgow.....	48
Aubert.....	<b>92</b>	Gleich.....	364
Avellis.....	45, 186,	Gluck.....	124
Baginsky.....	113, 115,	Gomperz.....	309
Ball.....	189	Gottstein.....	223
Bergonié.....	221	Grabomer.....	297
Bezold.....	362	Gradenigo.....	123
Bokai.....	227	Gruber.....	60
Bonnier.....	344	Grunert.....	307
Bornemann.....	44	Grünwald.....	224, 365
Bosworth.....	39,	Guillemain.....	357
Bresgen.....	62, 177,	Hajek.....	352
Brook.....	218	Hamon du Fougeray.....	346
Burger.....	305	Hansberg.....	239
Burkart.....	125,	Harrisson Allen.....	295
Cartaz.....	<b>258,</b>	Hecke.....	310
Casadesus.....	342	Heryng.....	45
Casselberry.....	359	Herzfeld.....	308
Chabory.....	38	Heymann (Paul).....	290, 349
Chatellier.....	<b>88, 129,</b>	Hicquet.....	44
Chauveau.....	<b>281</b>	Hochenegg.....	113
Chiari.....	187,	Holz.....	300
Cholewa.....	293	Hopmann.....	295
Claisse.....	41	Hutchinson.....	355
Cohn.....	187	Ingals.....	302
Cohnstadt.....	125	Jacquemart.....	190
Collet.....	309	Jansen.....	121
Coy (Mac).....	185,	Jendritza.....	364
Damey.....	302	Juffinger.....	183
Davidsohn.....	182	Jurasz.....	367
Delavan (Bryson).....	294	Katz.....	239
Delie.....	302	Kayser.....	310
Demme.....	56,	Killian.....	180
Dench.....	299	Knight.....	54, 219
Dionisio (Ignazio).....	356	Kohler.....	184
Dmochowski.....	59	Krause.....	225
Dreyfuss.....	<b>65, 274</b>	Krieg.....	311
Durant (Ghislain).....	226	Kulenkampf.....	298
Egidi.....	222	Kümler.....	51
Espada.....	51	Lannois.....	189
Fränkel (Eugène).....	37	Laurent (O.).....	53
Gampert.....	233	Lazarus.....	178
Garel.....	61	Ledzczak.....	306
Garnault.....	302, 356,	Legendre.....	187
Gellé.....	359	Lermoyez.....	234
	216		

Lichtwitz.....	111, 178,	217	Rice.....	232,	299
Lœwenberg.....	119, 237,	341	Root.....	231	
Lubet-Barbon.....	2, 30, <b>100</b> ,	118	Rosenberg.....	297	
Luc.....	<b>167, 211</b>		Rosenthal.....	233	
Mackenzie (Hector).....	113		Rousseaux.....	55	
Maggiora.....	123		Ruault.. <b>8, 27, 142, 204, 242</b> ,	346	
Major.....	230,	301	Sabrazès.....	344	
Maraje.....	110		Saint-Hilaire.....	110	
Martin.....	<b>100</b>		Samter.....	304	
Max.....	188		Sandmann.....	248	
Mendoza (Suarez de).....	54		Schœffer.....	304	
Ménière.....	<b>147, 209</b> ,	219	Scharde.....	117	
Meyer (Edm.).....	222		Scheier (Max).....	<b>266, 313</b>	
Michelson.....	114,	183	Scheinmann.....	124	
Moos.....	122		Schiffers.....	54	
Morris.....	230		Schmiegelow.....	115,	295
Moure.....	42,	221	Sedziak.....	360	
Nabias.....	344		Sendtner.....	117	
Newcomb.....	359		Sexton.....	240	
Newman.....	235		Shave.....	55	
Nicaise.....	48		Sokolowski.....	<b>16, 249</b>	
Noltenius.....	298		Solis-Cohen.....	58, 219, 229,	247
Orgogozo.....	361		Stacke.....		190
Ostmann.....	363		Stetter.....		363
Paltauf.....	127,	179	Stickler.....		37
Parker.....	354		Thekaki.....		186
Percepied.....	345		Thorner (Max).....	<b>150</b>	
Perier.....	229		Thrasher.....		43
Petersen.....	303,	356	Van der Poel.....		306
Potiquet.....	32,	<b>329</b>	Wagner (Clinton).....		47
Ragoneau.....	58		Wagnier.....	236,	305
Ramon de la Sota.....	43		Weed.....		180
Raugé.....	<b>154, 185</b>		Whiting.....		123
Raulin.....	56		Wolfenstein.....		361
Ravel.....	51		Wright.....		228
Revilliod.....	50		Zarinko.....		112
Rhu.....	354		Ziem.....		<b>285</b>

## ERRATA

Page 114, à la 3<sup>e</sup> ligne de l'analyse du travail de Baginsky, lisez *minute* au lieu de *seconde*.

Page 188, la phrase « *L'examen microscopique etc...* » occupant la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> ligne de l'analyse du travail d'Emanuel Max, doit être transportée à la page 186, à la 12<sup>e</sup> et à la 13<sup>e</sup> ligne de l'analyse de l'observation de Trekaki.

Page 272, à la fin de la 10<sup>e</sup> ligne, lisez *la possibilité*, au lieu de *l'impossibilité*.

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE

LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE



AVIS A NOS LECTEURS

NOTRE JOURNAL A UNE NOUVELLE FORME. LE PREMIER N° DE LA NOUVELLE FORME A ETE PARU LE 1<sup>ER</sup> JUIN 1817.

Les *Archives internationales de laryngologie, de rhinologie et d'otologie* viennent d'entrer dans leur cinquième année, et c'est avec une profonde satisfaction que nous voyons le nombre grossissant de nos collaborateurs assurer de plus en plus son succès. Nous tenons à exprimer ici tous nos remerciements à ceux de nos collègues français et étrangers qui, répondant à notre appel, ont bien voulu nous adresser des travaux originaux.

En inaugurant cette cinquième année, nous avons la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs que nous comptons désormais, parmi nos nouveaux collaborateurs, M. le Dr Garnault, docteur ès sciences, ancien chef de clinique de M. le Dr Lichtwitz, de Bordeaux, et notre distingué collègue et ami, le Dr Potiquet, trop connu du public médical par ses nombreuses communications et ses excellentes traductions, pour que nous ayons à faire ici son éloge. A ces noms, nous sommes heureux de joindre ceux de nos amis, les Drs Gouly, Delporte et Juranville qui, formés à notre école, ont bien voulu nous prêter leur concours en partageant avec nous le travail de la partie analytique de ce journal.

Grâce à eux le succès de notre entreprise nous paraît assuré pour l'avenir. Qu'ils nous permettent donc de leur en exprimer dès maintenant toute notre reconnaissance.

LA DIRECTION

## TRAVAUX ORIGINAUX

## TECHNIQUE RHINO-OTOLOGIQUE

DE  
L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR LE BROMURE D'ÉTHYLE  
ET DE SES APPLICATIONSPar le Dr **Lubet-Barbon.**

La nécessité d'opérer sans douleur se conçoit aisément pour une spécialité dont les enfants forment en grande partie la clientèle et dans laquelle la sensibilité toute particulière des organes en jeu (oreilles, nez), rend toute intervention difficile à exécuter et pénible à supporter. Cela est si vrai, que l'on peut dire des progrès réalisés dans l'étude des maladies du nez, qu'ils n'auraient pu l'être sans l'introduction de la cocaïne dans la thérapeutique de ces affections.

Cet anesthésique local a donné les résultats que l'on sait, mais il est souvent insuffisant: d'une part, parce qu'il n'agit pas sur tous les tissus, que l'oreille notamment échappe presque tout à fait à son action, et d'autre part, parce qu'il ne supprime pas pour un instant la personnalité du patient et que celui-ci, enfant le plus souvent, ne se prête pas volontiers à l'acte opératoire.

D'où l'utilité d'avoir à sa portée un anesthésique général qui donne l'inconscience au malade et la sécurité au chirurgien.

Le chloroforme offre ces avantages, mais il présente des inconvénients tels que l'on hésite, pour de petites opérations, à en conseiller l'emploi: il transforme celles-ci en des interventions réglées et les complique inutilement.

Il faut donc trouver un anesthésique général dont l'innocuité relative soit bien établie, qui ne soit pas dangereux à manier, dont l'action anesthésique soit d'une durée peu considérable, en rapport avec celle des opérations à faire, en un mot, qui ne complique pas d'une façon marquée l'intervention opératoire.

Le bromure d'éthyle nous a paru remplir à merveille ces desiderata. Ce corps a été employé comme anesthésique général, d'abord en Angleterre, par Mamelay en 1865, puis des médecins américains, Lévis (1880), Turnbull Sims, l'ont utilisé, soit pour la chirurgie générale, soit pour les accouchements.

En France, M. Terrillon chercha à le substituer au chloroforme et ses observations, ainsi que celles de M. Périer et de M. Verneuil ont fait le sujet d'une longue discussion (mars-mai 1880), à la Société de chirurgie. Néanmoins, l'emploi de cet anesthésique ne paraît pas avoir convenu à la plupart des chirurgiens, nous dirons tout à l'heure pourquoi, et la littérature médicale est presque nulle, au moins en France, depuis les faits de Terrillon.

A l'étranger, Turnbull, Dischl, continuèrent à l'utiliser et à étudier ses effets.

Moritz Schmidt, de Francfort, l'emploie depuis longtemps pour pratiquer, sous son action, l'ablation des végétations adénoïdes. Nous avons, avec mon regretté maître et ami, le Dr Calmettes, étudié ce procédé (*Gazette hebdomadaire*, 23 août 1890), et depuis deux ans, remplacé par cet anesthésique le chloroforme que nous employions jusque-là.

Un de nos élèves, le Dr Boyals a consacré à l'étude de cette pratique sa thèse inaugurale (1890), et dans la clinique qui nous est commune avec le Dr Martin, le bromure d'éthyle est employé, non seulement pour les végétations adénoïdes mais, par une généralisation de la méthode, pour toutes les opérations douloureuses qui se présentent journallement.

Le bromure d'éthyle est un liquide de 1.40 de densité; il bout à 40°,7, est très volatil, ce qui permet d'en faire pour

l'anesthésie locale (pulvérisation) un succédané de l'éther sur lequel il a le grand avantage d'être peu inflammable. Il a une odeur éthérée, pas désagréable, lorsqu'il est pur, mais il faut dire qu'il se décompose assez facilement sous l'action de l'air où de la lumière et qu'il répand alors des vapeurs acides très irritantes qui n'ont d'ailleurs pour effet que de rendre les inhalations désagréables et peu efficentes. Il est donc bon de le sentir avant de l'employer, de voir si d'incolore, il est devenu légèrement teinté en jaune, ce qui prouverait qu'il contient du brome en liberté, de n'accepter enfin qu'un corps limpide, d'odeur éthérée et non alliacée, se volatilisant rapidement sur la peau qu'il laisse froide, et de demander autant que possible un produit fraîchement distillé.

Au point de vue physiologique, son action n'est pas semblable à celle du chloroforme ; elle se rapprocherait plutôt de celle du protoxyde d'azote. Il ne produit pas de phénomènes cardiaques, ni d'anémie cérébrale ; on n'a pas à redouter la syncope, et ceci nous permet d'opérer nos malades assis, comme il est d'habitude lorsqu'on n'emploie pas d'anesthésique.

Il ne détermine pas de la résolution musculaire, mais bien plutôt de la contracture, et c'est ce qui explique pourquoi il a été rejeté par la chirurgie générale. Une autre raison de ceci, c'est que son action est très passagère, que, à peine a-t-on cessé les inhalations, le malade se réveille. On conçoit que ces raisons, rendant ce corps peu favorable aux longues opérations, nous le font adopter précisément pour nos interventions, en général rapides, et pour nous, il a sur le chloroforme cet avantage de ne pas plonger les malades dans une torpeur qui dépasse, et souvent d'une journée, la durée de l'acte opératoire.

Mais pour donner à ce corps son maximum de puissance, il est nécessaire de suivre dans son emploi des règles que l'expérience nous a apprises.

Le malade est assis dans la position qu'il doit garder pendant l'opération. Si c'est un enfant, il est placé sur les genoux d'un aide qui le maintiendra.

Nous nous servons pour recevoir le liquide d'un masque à chloroforme en nid de pigeon, garni de flanelle qui est appliqué sur la face de façon à couvrir le mieux possible le nez et la bouche. Il n'est en effet pas utile, il est même nuisible, de laisser entrer de l'air en même temps que les vapeurs du bromure. On invite le patient à faire des inhalations profondes, et pendant ce temps on verse sur la flanelle une quantité telle du liquide qu'elle en soit largement imbibée.

Il faut verser par masse et non à petite dose et avec précaution, comme on le ferait pour le chloroforme. Faute de faire ainsi, on ne peut arriver à produire même un léger degré d'anesthésie. Il faut que le malade soit sidéré dès les premières inhalations, et si le bromure d'éthyle a échoué entre les mains de quelques-uns de nos confrères, c'est qu'ils étaient trop préoccupés des souvenirs de l'anesthésie au chloroforme et répandaient trop parcimonieusement le nouveau produit qu'ils avaient entre les mains.

En mouillant le masque de façon à ce que l'excès du liquide coule par le bas, il nous suffit de 5 à 6 inspirations pour que la narcose soit suffisante. On reconnaît qu'il en est ainsi, par l'insensibilité de la conjonctive, d'autant plus facile à constater que les yeux restent ouverts et hagards, par un léger degré de résolution musculaire, telle que le corps s'affaisse et a besoin d'être soutenu, et que les mouvements imprimés à la tête sont faciles à produire.

Il faut alors arrêter les inhalations, parce que, si on les continue, survient de la contracture musculaire empêchant notamment d'ouvrir la bouche et de la gêne respiratoire.

L'insensibilité du sujet est alors complète, il faut opérer dès qu'elle est survenue.

Si l'opération dure plus longtemps que la narcose, on interrompt celle-là pour faire faire de nouvelles inhalations qui ramènent bientôt l'état désiré. L'opération étant terminée, on cesse le bromure, le malade ne tarde pas à reprendre ses esprits, il regarde d'un air étonné les objets qui l'entourent, il a complètement oublié les péripéties de l'opération.

Il n'est pas dans la torpeur qui suit la chloroformisation ; il peut se lever de sa chaise, marcher, quoique en titubant et au bout de quelques minutes, il est à peu près dans son état normal.

*Indications.* — Nous employons le bromure d'éthyle dans tous les cas où le malade ne veut pas se soumettre à une opération douloureuse, quel que soit son âge, à partir de deux ou trois ans. Jusqu'à ce moment, en effet, les enfants sont assez inconscients et assez faciles à maintenir pour que nous n'ayons recours que rarement à l'anesthésie générale.

L'âge d'élection pour ainsi dire est de cinq à quinze ans, pendant toute la seconde enfance. Cela ne nous empêche pas de le donner à des personnes plus âgées, et notre confrère Martin a pu endormir ainsi un homme de 60 ans qui a si bien supporté l'opération, qu'il a pu accompagner à pied son médecin. C'est dire qu'il n'y a pas de contre-indication d'âge. C'est dire aussi que l'anesthésie réussit d'autant mieux que les malades sont plus raisonnables, et font mieux les inspirations qu'on leur recommande dès le début. Ajoutons que depuis deux ans nous n'avons jamais vu se produire d'accidents d'aucune sorte, et que le nombre de nos éthylisations s'élève à bien près de cinq cents, tant à notre clinique que dans notre clientèle, et pour les diverses opérations que nous allons énumérer.

*Végétations adénoïdes.* — Nous avons déjà, dans la *Gazette hebdomadaire* exposé notre manière de faire. Le malade étant assis en face de l'opérateur et anesthésié comme nous l'avons dit, on introduit dans sa bouche un abaisse-langue et on va sectionner les végétations à l'aide du premier couteau de Gottstein et faire un grattage aussi complet que possible de toute la cavité pharyngée. C'est dans ce cas qu'il est utile de ne pas pousser trop loin l'anesthésie. Il arrive souvent que la contracture de la mâchoire se produit et qu'on ne peut introduire l'abaisse-langue. Il faut attendre alors un certain temps jusqu'à ce que l'anesthésie se dissipant, le malade repasse par le degré que l'on eût dû déjà choisir pour opérer.

Le seul inconvénient est que les végétations qui tombent sous le couteau sont refoulées par celui-ci dans le pharynx buccal et que le malade en avale une partie; nul autre que l'opérateur ne peut se rendre compte du volume plus ou moins considérable de la tumeur.

*Amygdalotomie.* — La durée de l'anesthésie est assez longue pour que l'on puisse, si c'est nécessaire, procéder dans la même séance à l'ablation des amygdales et à celle des végétations. Dans ce cas, nous conseillons de commencer par la section des amygdales, celles-ci donnant moins de sang et par conséquent permettant ainsi de mieux observer le champ opératoire.

*Hypertrophie de la queue des cornets.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'une hypertrophie très considérable de la partie postérieure des cornets inférieurs, justiciable d'une section à l'anse, qu'il s'agit d'un enfant chez lequel cette opération présente toujours une véritable difficulté, à cause de l'impossibilité où sont en général les petits malades de se tenir immobiles, je conseille aussi d'employer l'anesthésie générale. J'emploie l'anse galvanique de préférence au serre-noeud à froid. La section à chaud est beaucoup plus rapide et a le grand avantage de ne pas donner lieu à un écoulement sanguin abondant, soit immédiatement, soit quelques temps après l'opération.

*Eperons de la cloison.* — Dans certains cas d'éperons de la cloison, principalement chez les enfants, l'anesthésie générale peut être d'un certain secours lorsque l'impatience des malades ne permet même pas d'approcher d'une surface suffisamment cocaïnée pourtant pour être devenue insensible. L'opération se fait au couteau galvanique; elle est assez longue. Il est nécessaire pendant son cours de cesser et de reprendre l'anesthésie chaque fois que le petit malade donnera des signes de sensibilité.

Si l'on juge l'éperon trop dur pour céder au galvano, on peut employer la scie de Bosworth, mais il est nécessaire de faire bien fixer par un aide la tête du patient.

*Polypes de l'oreille.* — Il en est de même des polypes de l'oreille dont la prise n'est pas toujours facile; dont l'ablation est douloureuse, pour laquelle il faut presque le concours volontaire des malades. Nous n'hésitons jamais à leur donner un anesthésique inoffensif qui nous permet non seulement d'enlever le polype, mais de nous rendre compte de l'état de la caisse, et de faire un examen approfondi qui serait difficilement toléré pendant la veille.

*Ablations du manche du marteau.* — Nous avons pu procéder à l'extraction du manche du marteau que l'examen nous avait révélé être cause d'un écoulement persistant de l'oreille, sans que le malade présentât le moindre signe de sensibilité pendant cette opération. L'oreille fut pansée, comme il est d'usage, à l'iodoforme. Il n'y eut pas de vertige et la malade put regagner à pied son domicile.

---

#### SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE D'ANGINE PHLEGMONEUSE

*Périamygdalite linguale phlegmoneuse ; phlegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue.*

Par le Dr **Albert Ruault**, médecin de la clinique laryngologique des Sourds-Muets.

---

Dans un mémoire présenté le 10 mai 1888, à la Société clinique de Paris, et où je rapportais quelques observations personnelles ayant trait à des malades atteints d'hypertrophie de l'amygdale linguale, j'ai signalé en outre la possibilité de l'inflammation aiguë de cette région, en insérant une observation à l'appui. Jusqu'alors, l'attention n'avait pas encore été spécialement appelée sur les faits de ce genre : Seifert avait bien rapporté un cas d'inflammation aiguë de l'amygdale linguale, mais il ne s'agissait pas là d'une angine spontanée ; l'affection s'était déclarée à la suite de la péné-

tration d'un corps étranger (fragment de bois) dans la muqueuse de la base de la langue.

J'ai eu, depuis lors, l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas d'amygdalites linguales aiguës et surtout subaiguës, survenues chez des personnes des deux sexes ; et particulièrement chez des femmes ayant souvent déjà souffert d'accidents identiques, dont les récidives avaient déterminé un peu d'hypertrophie du tissu adénoïde de la région. Il est assez rare, dans ce dernier cas, que l'affection donne lieu à des symptômes généraux un peu accentués. Souvent d'ailleurs elle est très circonscrite, et ne siège que d'un seul côté de la base de la langue, sur quelques follicules se présentant, à l'examen laryngoscopique, avec une teinte rouge vif et une tuméfaction marquée qui disparaissent au bout de trois ou quatre jours. Parfois cependant l'inflammation est généralisée à toute l'amygdale linguale, qu'on voit d'abord tuméfiée et très rouge et plus tard piquetée de dépôts pulsatifs, et elle peut donner lieu alors à un peu de rougeur et de tuméfaction (non œdémateuse) de l'épiglotte, des trainées de follicules lymphatiques latérales, et de la partie inférieure des piliers antérieurs du voile palatin. Elle peut, en pareil cas, évoluer d'une façon franchement aiguë, avec fièvre, inappétence, et embarras gastro-intestinal. La douleur à la déglutition est vive, et il existe en même temps des douleurs spontanées, s'irradiant de la région médiane du cou vers les oreilles, et se prolongeant en bas vers le médiastin. La plupart du temps, les malades accusent un point douloureux au devant du cou, souvent au niveau de la fourchette sternale, bien au dessous du siège de la lésion.

Si j'en crois mon expérience personnelle, ces faits sont loin d'être rares, et s'ils ne se présentent pas plus fréquemment dans la pratique laryngologique spéciale, c'est qu'ils sont à peu près invariablement méconnus en dehors d'elle. Le médecin traitant, non spécialiste, rapporte les symptômes observés aux légers signes d'inflammation qu'il constate à la paroi pharyngée postérieure et surtout à la partie

inférieure des piliers antérieurs; et il diagnostique une « angine pharyngée inférieure », sans se préoccuper autrement de la disproportion apparente entre les lésions supposées et les symptômes observés. Comme l'affection guérit d'ordinaire en quelques jours, d'elle-même ou sous l'influence du traitement le plus banal, son véritable siège, que le miroir eût révélé, échappe à l'observateur.

Dans quelques cas cependant, tout ne se passe pas aussi simplement. Des symptômes plus graves, un peu inquiétants même, peuvent apparaître, l'examen laryngoscopique s'impose parce que la suffocation devient possible, et le chirurgien est appelé. Il constate une induration profonde, plus ou moins étendue, d'un côté du plancher buccal; il voit, au laryngoscope, une tuméfaction mal limitée de la base de la langue, parfois de l'œdème de l'épiglotte, il réserve son pronostic, et reste en suspens entre le diagnostic de glossite basique profonde (angine linguale de David Craigie) ou de phlegmon pré-laryngien du plancher buccal. Le plus souvent, quelques jours plus tard, le malade est amélioré, la suffocation n'a pas apparu; et, que le patient ait ou non craché du pus, cette dernière éventualité demeure douteuse pour le chirurgien: il pense qu'il y a eu menace, début même, d'une des deux affections auxquelles il avait pensé, et, en présence de la guérison, se préoccupe peu de préciser un diagnostic rétrospectif qui ne présente plus d'intérêt. Le voulût-il, la chose lui serait difficile; car la symptomatologie spéciale à chacune de ces deux affections est bien vaguement indiquée par les auteurs. On les différencie bien au point de vue anatomique, mais cliniquement on se borne à signaler la gravité possible du pronostic, à parler de la possibilité d'œdèmes énormes de la partie antérieure de la langue, de son refoulement en avant, d'accidents respiratoires d'une extrême intensité, de gangrènes, etc., sans insister sur ce qui, dans ces divers symptômes, appartient plus particulièrement à la glossite basique intra-musculaire, ou au contraire au phlegmon pré-laryngien, variété ressor-

tissant aux affections du plancher de la bouche, dont elle peut être considérée comme un phlegmon circonscrit, parfois abortif (angine épiglottique antérieure de Michel), parfois suppuré, à mettre en opposition avec le phlegmon diffus gangreneux de la même région (angine de Ludwig). Je crois qu'en réalité, dans les cas auxquels je faisais allusion plus haut, ce n'est ni à l'une, ni aux autres qu'on a affaire. Ces dernières maladies, heureusement rares, ne rétrocèdent pas si aisément quand elles ont apparu, et quand bien même elles ont cette heureuse terminaison, elles peuvent être diagnostiquées de bonne heure avec quelque précision, ainsi que je chercherai à le montrer tout à l'heure. Mais, le plus souvent, on confond leurs formes abortives avec l'affection sur laquelle cette note a pour but d'appeler l'attention : la *péri-amygdalite linguale phlegmoneuse, l'abcès sous-muqueux superficiel de la base de la langue*.

J'ai eu cinq fois déjà, dans le cours de ma pratique, l'occasion d'observer cette affection ; elle s'est toujours montrée semblable à elle-même, avec une physionomie assez tranchée et assez nette pour me permettre aujourd'hui d'en faire une description qui, bien que sommaire, me semble répondre à un type clinique bien distinct. Mes cinq observations ont porté sur quatre hommes et une seule femme ; une fois, l'affection occupait toute la région de l'amygdale linguale, sans prédominance d'un côté ; les quatre autres fois, elle siégeait trois fois à droite et une fois à gauche. Dans le premier de ces cinq cas, l'affection s'est terminée par résolution ; mais il s'agissait d'une récidive, et à la première atteinte il y avait eu évacuation spontanée d'un abcès. Dans les quatre autres cas, deux fois j'ai vu la suppuration terminer l'évolution de la maladie qui, au contraire, a évolué vers la résolution deux autres fois. Voici les faits :

OBS. I. — Le Dr X..., âgé d'environ 30 ans, avait été atteint, en 1887, d'une angine diphthérique extrêmement grave, qui avait laissé après la guérison des lésions de pharyngite chronique dont il souffrait encore

en 1889, lorsque notre ami commun et très distingué confrère, le Dr Ferdinand Widal, qui le soignait, me fit l'honneur de me demander mon assistance.

Le Dr X... avait été pris, quelques jours auparavant, de vives douleurs de gorge, avec irradiations des deux côtés vers les oreilles, dysphagie extrême, léger état fébrile, excitation marquée. La gorge était très rouge, la voix normale, la respiration facile. Quelques mois plus tôt, les mêmes accidents s'étaient présentés, et avaient cédé partiellement au bout de 6 à 8 jours et complètement deux jours plus tard, à la suite de l'évacuation intra-buccale spontanée d'une certaine quantité de pus infect. M. Widal, pensant qu'il s'agissait cette fois encore d'un abcès à siège profond, me priait, de concert avec M. X... qui souffrait beaucoup, de pratiquer l'examen au laryngoscope et d'agir s'il y avait lieu.

L'examen fut facile, car le malade ouvrait largement la bouche sans difficultés, pouvait, sans douleur, tirer la langue et la maintenir convenablement hors de la bouche. Indépendamment de la rougeur diffuse de la gorge, on constatait que l'inflammation était surtout marquée à la partie inférieure des piliers antérieurs. L'amygdale linguale était volumineuse et tuméfiée, extrêmement rouge et luisante ; de plus, elle était comme soulevée en totalité sur une base plus large qu'elle-même. L'épiglotte était un peu rouge, dépolie, non cédématueuse ; le larynx à peu près normal. La partie antérieure de la langue, très saburrale, était molle, nullement douloureuse, sans trace de gonflement. La région malade était très sensible au toucher ; et en appuyant le doigt au centre de la limite postérieure du plancher buccal, sur la peau du cou, on provoquait aussi de la douleur ; mais on ne trouvait aucun empâtement. Il n'y avait pas d'adénopathie.

Sur la demande de M. X..., qui me priait instamment de le soulager, je fis sur la région malade, avec un couteau laryngien, quelques scarifications autéro-postérieures, parallèles, très profondes. La douleur fut vive, et l'écoulement sanguin assez abondant, mais de peu de durée. Comme traitement consécutif, je fis faire des gargarismes répétés avec une solution d'acide phénique à 10/0. Le lendemain, il y avait un soulagement notable, et la guérison était complète peu de jours après.

OBS. II. — M<sup>me</sup> X..., 29 ans, mariée, femme de ménage. Est sujette aux angines et aux laryngites depuis longtemps. Elle vient me consulter à la Clinique laryngologique des sourds-muets, se plaignant d'avoir été prise, six jours plus tôt, de malaise, de courbature, de frissons et

de fièvre, puis d'une vive douleur à la gorge et à l'oreille droite, où elle ressentait des élancements très pénibles. La dysphagie était très marquée ; chaque tentative de déglutition redoublait la douleur, tant à la gorge qu'à l'oreille. La fièvre était un peu tombée depuis le matin ; cependant la peau était encore chaude. Constipation. Voix honne, respiration normale. Pas de difficultés notables à ouvrir la bouche, ni à sortir la langue. Rien d'appreciable à l'examen du pharynx avec l'abaisse-langue, sinon un peu de rougeur du pilier antérieur droit, en bas. Langue sale, molle, nullement douloureuse à la pression. A l'examen laryngoscopique, tuméfaction très considérable de la base de la langue à droite ; effacement de la fossette glossoglottique, des p'tis glossoglottique et pharyngoglottique du même côté ; œdème très considérable de l'épiglotte, qui est en outre comme repliée et resoulée en arrière et à gauche. L'amygdale linguale, épaisse, rouge, recouverte en partie de dépôts pultacés, est comme soulevée, dans sa moitié droite, par la tuméfaction sous-jacente. La pression du doigt est douloureuse, et en un point qu'il est assez difficile de préciser pendant la manœuvre du toucher, elle est extrêmement vive. A la pression externe au niveau du côté droit de la partie postérieure du plancher buccal, on provoque un peu de douleur. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale. L'oreille paraît saine et l'audition est normale.

Traitements : cataplasmes très chauds à renouveler toute la journée sous la mâchoire à droite et vers la région angulo-maxillaire. Le soir, onction au même endroit avec l'onguent mercuriel belladoné, et cravate de ouate. Gargarismes phéniqués à 1 pour 100. A l'intérieur, chlorhydrate de quinine, un gramme. Grand lavement tiède pour débarrasser le gros intestin. En même temps, antisepsie intestinale avec 2 gr. 50 de naphtol en cinq doses. Repas. Lait et œufs.

Le surlendemain, amélioration légère. Il n'y a pas même de fièvre. L'état local paraît d'abord stationnaire ; mais, au toucher, on sent nettement la fluctuation, superficielle, au niveau du point culminant de la tuméfaction de la base de la langue. La malade, effrayée à la vue du couteau laryngien, refuse l'incision. Même traitement moins le chlorhydrate de quinine.

Deux jours plus tard, la malade revient me dire que la veille elle a craché « une cuillerée » de pus à goût et odeur infects, et qu'elle en a encore craché le matin. Elle est très soulagée, ne sent presque pas sa gorge, et ne sent plus du tout de douleurs d'oreille depuis le matin. A l'examen, on voit que la tuméfaction s'est affaissée presque entièrement. On voit sortir du pus d'une sorte de petite boutonnière antéro-

postérieure, à bords déjà un peu rebroussés et rouges d'un demi-centimètre ou un peu plus de longueur et située à la limite antérieure de la fossette glosso-épiglottique droite. Une sonde laryngienne de petit calibre est aisément introduite dans l'orifice, mais elle ne pénètre pas, sinon latéralement, et cette manœuvre donne issue à un peu de pus. Gargarismes phéniqués. La malade ne revient plus.

OBS. III. — Un de mes anciens malades, M. X., avocat, âgé de 46 ans, vient me consulter, il y a environ quinze jours, pour une vive douleur de gorge, et surtout, me dit-il, parce qu'il souffre énormément de l'oreille droite. Dix jours auparavant, il est rentré chez lui mouillé, s'est refroidi, et a été presque subitement pris de malaise, de nausées et de mal de tête. Il s'est mis au lit, a eu un frisson assez marqué, de la douleur en avalant, en même temps que se montrait une fièvre vive, qui devait durer 6 à 7 jours. Le lendemain, la douleur de gorge avait beaucoup augmenté ; la déglutition était extrêmement douloureuse, et le malade salivait un peu, car il ne pouvait avaler sa salive sans de vives souffrances et des contractions de la face. L'oreille droite était le siège d'élançements extrêmement pénibles. Les mouvements de la tête étaient un peu douloureux. La voix était bonne. M. X., qui était encore à la campagne, aux environs de Paris, fit appeler le médecin. Celui-ci ne trouva presque rien dans la gorge, conseilla le repos à la chambre, et fit instiller dans l'oreille en abondance, de l'huile de jusquiame. Les choses allèrent ainsi pendant six à sept jours, les douleurs d'oreille et de gorge conservant toujours, toute leur intensité. Le septième jour, la fièvre tomba, mais la voix devint un peu enrouée, et le huitième, le malade ressentait un peu de gêne dans la respiration. Il prit peur, partit pour Paris et arriva chez moi.

Le malade avait un peu de fièvre et de la céphalalgie qu'il attribuait à la constipation. La peau était moite, la sueur perlait sur le front, la face était un peu grippée et pâlie. La voix était un peu enrouée, mais depuis le matin la respiration était redevenue facile. M. X., tout couvert de cache-nez et de foulards, tenait la tête penchée à droite, et la main sur son oreille droite, où chaque effort de déglutition causait un élançement extrêmement douloureux, tandis qu'en tout temps il ressentait une douleur profonde allant de la gorge et du cou à l'oreille et à la région mastoïdienne.

J'examinai l'oreille, et le tympan me parut présenter un aspect tout à fait normal. D'ailleurs l'audition n'avait pas diminué. Au palper, on sentait, du côté droit et au niveau de la partie postérieure du plancher buccal,

cal, une rénitence profonde, dont la pression était un peu douloureuse. Mais il n'y avait pas d'empâtement, la peau était mobile, et les ganglions voisins n'étaient pas tuméfiés. La bouche pouvait s'ouvrir, la langue se tirer hors de la bouche, sans difficultés. A l'examen du pharynx, on voyait un peu de catarrhe de la paroi postérieure, et un peu de rougeur du pilier antérieur droit, qui paraissait en outre légèrement tuméfié en bas. La langue était sale, mais non tuméfiée et nullement douloureuse à la pression. A l'examen laryngoscopique, on voyait une tuméfaction énorme du côté droit de la base de la langue, comme dans le cas précédent. Mais l'épiglotte était plus œdémateuse encore, repliée et resoulée en arrière et à gauche, et cachant en partie le larynx. Celui-ci cependant n'était pas œdématisé, mais toute la partie postérieure, visible, des cordes vocales était rosée et nettement catarrhale.

Même traitement que dans le cas précédent. Repos au lit. Purgatif salin le lendemain matin.

Le lendemain, la fièvre tombe. Légère amélioration des symptômes. Comme la veille, la pression digitale directe de la tuméfaction de la base de la langue est très douloureuse, mais il n'y a pas de fluctuation appréciable.

Le surlendemain, même état.

Le quatorzième jour seulement, le malade crache à plusieurs reprises une petite quantité d'un pus infect. Soulagement énorme. Les douleurs d'oreilles diminuent progressivement, pour cesser complètement le lendemain. Appétit. A l'examen, on voit que la tuméfaction de la base de la langue s'est affaissée ; mais au toucher, qui n'est d'ailleurs presque plus douloureux, on ne constate pas de dépression circonscrite nettement appréciable. En examinant ensuite avec le miroir, on voit un peu de sang et de liquide séro-purulent qui paraît sortir de l'interstice de deux masses de follicules, très en arrière et à droite, à la limite antérieure de la fossette glosso-épiglottique encore peu dessinée.

Le 16<sup>e</sup> jour de la maladie, la langue est redevenue propre. Il n'y a plus qu'une légère tuméfaction de la partie droite de l'amygdale linguale. Les ligaments glosso-épiglottique et pharyngo-épiglottique, sont redevenues distincts. Le malade demande à sortir et à reprendre ses occupations.

OBS. IV et V. — Je me dispenserai de rapporter in extenso ces deux observations, ayant trait à deux hommes, âgés de 35 et 40 ans, que j'ai observés en 1890. Dans ces deux cas, l'affection a été traitée de bonne

heure, par les mêmes moyens que dans les deux derniers relatés ci-dessus, et elle a évolué vers la résolution du 4<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour, pour se terminer du 7<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup>. Il n'y a pas eu de troubles vocaux, ni respiratoires, pas d'œdème épiglottique. Mais les symptômes ont été, à l'intensité près, des phénomènes locaux et voisins, identiques à ceux présentés par les malades précédents.

(A suivre.)

### CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES PROCESSUS TONSILLAIRES INFLAMMATOIRES

(Suite.)

Par **A. Sokolowski**, médecin des hôpitaux de Varsovie, et **L. Dmochowski**, assistant.

#### III. — *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata.*

Le catarrhe desquamatif chronique, décrit plus haut, peut s'exacerber de temps à autre, et offrir alors une physionomie clinique absolument distincte. Des malades qui autrefois ne se plaignaient de rien, si ce n'est de la production des bouchons lacunaires, sont affectés tout à coup, et sans cause visible, d'une douleur aiguë dans la gorge, ressentent un abattement général et ont même un peu de fièvre. Celle-ci manque toutefois dans la plupart des cas. La douleur ressentie dans la gorge est, dans bien des cas, très vive et rend difficile non seulement la déglutition, mais encore le parler. Nous avons, en un mot, l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie désignée généralement sous le nom d'*angina rheumatica*. Nous trouvons, à l'examen objectif, que les tonsilles, auxquelles les malades rapportent principalement leurs souffrances, ne sont ni gonflées ni rougies, comme dans les angines ordinaires ; il en est de même du voisinage immédiat des amygdales (voûte du palais, palais mou). Si l'on pousse l'examen plus loin, l'on découvre des

bouchons d'un jaune blanc au niveau des orifices lacunaires ; mais ces bouchons ne se laissent jamais déloger par une simple pression exercée sur les amygdales, avec autant de facilité que dans les processus chroniques. Il faut avoir recours, pour les enlever (et encore avec grande peine), à la pince ou à la sonde, et l'opération est alors généralement suivie d'un petit écoulement de sang. La douleur ne cesse pas toutefois après l'enlèvement du bouchon et les malades viennent le lendemain retrouver le médecin pour lui dire qu'ils ne sont pas soulagés. En les examinant à nouveau, l'on trouve parfois de nouveaux bouchons qui du fond de la lacune en ont gagné l'orifice et qui sont tout aussi difficiles à enlever. Dans la plupart des cas, nous ne voyons plus de bouchons, le jour suivant ; l'amygdale ne présente pas de modifications, à part une légère hyperhémie et un gonflement cédémateux ; la difficulté d'avaler et les autres symptômes disparaissent complètement. Dans une autre série de cas, nous trouvons, outre les modifications décrites plus haut, des taches jaunes à la surface des amygdales ; elles sont de diverses grandeurs, tout en ne dépassant pas la grosseur d'un grain de chanvre. Ces taches ont l'apparence de bouchons, mais en les examinant de plus près et en les éclairant convenablement, nous pouvons nous convaincre de l'état parfaitement lisse et brillant de la muqueuse sur ces points, qui ne subissent aucune modification quand on les touche légèrement avec de l'ouate. Nous pouvons, en un mot, nous assurer que les petites taches dépendent d'un processus localisé sous la muqueuse. A une légère pression avec la sonde sur ces parties, les malades se plaignent d'une forte douleur qu'ils localisent à cette place. Ces taches existent à l'état sporadique, parfois aussi on en trouve plusieurs réunies. En poussant plus loin nos investigations chez ces malades, nous trouvons, qu'au bout de quelques jours, il se produira à la place où était la tache, une petite ulcération ; si l'on y introduit alors une sonde mince, celle-ci arrive sans encombre dans la lacune d'où elle fait sortir en même temps

un bouchon caractéristique. Les douleurs ne cessent pas immédiatement après l'enlèvement de ces bouchons, mais au bout de quelques jours seulement, et l'ulcération se cicatrice. Le processus traîne un peu en longueur quand l'orifice né de l'ulcération est petit et que le contenu ne peut pas être expulsé rapidement.

Les amygdales arrivées à cette phase aiguë ont été extirpées et examinées au microscope ; les résultats de cette recherche ont été les suivants : par comparaison avec les modifications que nous avons constatées dans la forme chronique, nous ne pouvons noter que certaines différences dans l'épithélium qui revêt les lacunes. Tout d'abord, on remarque une desquamation plus abondante de couches entières de cellules épithéliales. La desquamation se fait, à ce qu'il me semble, très rapidement ; car nous avons pu observer que tout le contenu des lacunes se composait d'épithélium dont les noyaux se coloraient encore. L'épithélium est alors infiltré de corpuscules lymphatiques, qui donnent à l'ensemble de la couche épithéliale un aspect condensé. L'infiltration est parfois si forte que nous voyons, particulièrement dans les couches épithéliales plus profondes, plusieurs cellules épithéliales entourées d'une couche relativement large de corpuscules lymphatiques. Quant aux follicules et au tissu adénoïde, nous n'avons pu constater à leur niveau aucune modification nettement caractéristique de l'affection. Le tissu ligamenteux intermédiaire aux îlots de tissu adénoïde ne présente non plus rien de caractéristique. L'examen des bouchons nous a fait voir qu'ils se composent d'épithélium avec adjonction considérable de corpuscules lymphatiques. Nous n'y avons trouvé que des micro-organismes disparates. Mais, comme d'un côté nous avons vu des amygdales qui présentaient tous les caractères décrits plus haut, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et ne renfermaient pas de micro-organismes dans le contenu des lacunes, et que, d'autre part, ces micro-organismes se retrouvent dans les amygdales saines, nous sommes obligés de considérer

ces micro-organismes comme des saprophytes et le processus comme non infectieux. Quant aux causes qui déterminent une exacerbation du processus chronique, il existe deux facteurs dont il faut tenir compte. En décrivant l'hypertrophie ordinaire et le catarrhe desquamatif chronique des amygdales, nous avons plusieurs fois fait ressortir ce fait que les bouchons, même s'il y a rétention, peuvent être enlevés à la moindre pression. Or, dans le cas présent, il en est tout à fait autrement, les masses ne se laissant enlever qu'à grand'peine ; en employant la force, on risque de lacérer les bords des lacunes et d'amener ainsi des hémorragies. La cause de cette rétention des bouchons peut résider, d'un côté, dans un grand rapprochement des parois des lacunes, par suite de l'hypertrophie des follicules ; la force musculaire agissant sur les amygdales ne suffit pas pour faire sortir les bouchons et ceux-ci, en agissant comme corps étrangers, provoquent une inflammation ; mais, d'un autre côté, il peut venir s'ajouter au processus chronique une inflammation, voire un catarrhe séreux, et en résulter une hyperhémie et un gonflement des parois des lacunes qui rendent l'élimination du contenu difficile, parfois même impossible. Nous admettons donc, d'un côté, que la rétention des bouchons peut en elle-même et par elle-même, provoquer une exacerbation et, d'un autre côté, que l'exacerbation peut aussi être déterminée par un autre facteur ; la rétention des bouchons constitue, dans ce cas, un symptôme secondaire. Sans doute, la rétention ne restera pas, dans ce cas, sans exercer une influence qui se manifestera soit par la durée, soit par l'intensité du processus. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans celui d'une rétention des bouchons, ces masses provoquent nécessairement des exacerbations par suite de leur présence prolongée et de leur développement volumineux, et il en serait ainsi alors même qu'elles seraient formées d'éléments absolument indifférents.

Or elles se composent de substances organiques qui, en se décomposant, développent des acides gras, sur lesquels

peuvent se développer très facilement les divers micro-organismes qui produisent, de leur côté, des substances irritantes, et nous devons dès lors parfaitement comprendre comment un processus chronique peut, dans ces conditions, se transformer en un processus aigu. Notre seconde hypothèse, qu'une inflammation peut intervenir spontanément, que celle-ci forme la cause directe des symptômes cliniques (douleurs, rougeur insignifiante) et que la rétention des bouchons n'est qu'un symptôme secondaire, nous paraît également bien fondée, si nous prenons en considération les micro-organismes et les catarrhes aigus qui se manifestent sans cause visible. Quant à l'influence des micro-organismes, elle dépendra exclusivement de leur malignité. Comme nous avons trouvé dans les lacunes des espèces variées de micro-organismes, nous ne pouvons pas dire au juste quelles sont les espèces particulières qui peuvent provoquer directement les divers processus aigus ; mais y ayant trouvé aussi des streptococci, voire même des actynomycosis, nous sommes portés à croire que cette possibilité a, elle aussi, sa parfaite justification.

Vous voudrions encore dire quelques mots au sujet des taches qui se montrent à travers la muqueuse et qui amènent des érosions superficielles, et expliquer pourquoi nous avons traité de ce symptôme dans le présent chapitre. En décrivant les états macroscopiques des lacunes de tonsilles hypertrophiées, nous avons dit qu'il se rencontre des lacunes parfaitement closes et nous avons indiqué les causes de cette occlusion. Ces taches blanches translucides ne sont justement pas autre chose que le contenu d'une lacune soudée, qui apparaît à travers la muqueuse. L'on ne s'expliquera peut-être pas les raisons qui nous ont portés à faire figurer ce symptôme dans la description de l'inflammation des lacunes, vu que l'occlusion peut toujours se produire dans le cours chronique du processus, sans qu'il y ait même eu inflammation. Nos raisons étaient de nature purement clinique. Si ces taches apparaissent parfois dans le cours d'un

processus chronique, elles doivent attirer l'attention toute spéciale de l'observateur. Mais s'il survient une exacerbation du processus, que le contenu des lacunes augmente rapidement, qu'une pression et une douleur se fassent sentir à un endroit donné, ces taches deviendront alors très facilement visibles et frapperont même les yeux d'un examinateur peu expérimenté. La pression exercée par le contenu sur la mince cicatrice qui le recouvre et sur l'épithélium, provoque la fonte de ce tissu, avec ulcération consécutive. Il ne faut pas perdre de vue que, dans la cicatrisation de cette ulcération, l'orifice de la lacune se referme de nouveau et que le processus ne manquera pas de récidiver avec le temps. Si, en se basant sur les modifications anatomiques, l'on rencontre déjà certaines difficultés pour établir la différence qu'il y a entre le catarrhe desquamatif chronique des lacunes, se développant sur des amygdales hypertrophiées et l'hypertrophie proprement dite, l'on se heurte à des difficultés bien plus grandes encore, en voulant établir une distinction entre la forme subaiguë et la forme chronique du même processus. En examinant de plus près l'origine de l'affection en question et le terrain sur lequel elle se développe, nous n'aurons pas de raison de la considérer comme un processus particulier et de la décrire dans un chapitre spécial. Dès les premières phrases de ce chapitre, nous avons déclaré que ce processus n'est que l'exacerbation d'une affection chronique, que nous ne possédons pas de données anatomiques qui puissent le caractériser nettement et que nous avons trouvé, à l'examen microscopique, presque les mêmes aspects que nous avions notés dans les formes chroniques; bref, l'anatomie permet de considérer cette variété comme une exacerbation d'une forme chronique. Mais même dans ce cas, ainsi que dans le précédent, la clinique nous a fait quelques concessions en sa faveur. Le terrain sur lequel se développent ces exacerbations, bref, la sécrétion chronique des bouchons se manifeste souvent, ainsi que nous l'avons fait ressortir dans le chapitre précédent, par des symptômes subjectifs obscurs

et insignifiants, tandis que l'exacerbation du même processus présente les caractères si prononcés d'une affection aiguë, en sorte que si nous ne distinguions cette forme, nous aboutirions à obscurcir encore une question déjà si peu claire. Quand un malade qui ignore sa maladie chronique et qui présente tous les symptômes d'une inflammation aiguë va trouver le médecin, nous n'avons pas à nous étonner que celui-ci doute s'il a affaire à une affection chronique ou non. Comme nous considérons ce processus comme chronique mais exacerbé, nous proposons, pour des raisons pratiques, l'appellation suivante : « *Tonsillitis lacunaris desquamativa exacerbata* ». Nous ne pouvons le considérer comme une affection aiguë « *desquamativa acuta* », car il se développe toujours dans le cours d'une maladie chronique, et en outre l'on observe dans les formes desquamatives vraiment aiguës une desquamation en masse de toute la couche de l'épithélium et la formation d'érosions à certains endroits, toutes particularités que nous n'avons pas relevées dans nos cas. Si donc nous acceptons la qualification « *acuta* », nous ne serions pas d'accord avec l'anatomie pathologique.

#### IV. — *Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea.*

Depuis longtemps déjà, l'on a observé, particulièrement en France, en Angleterre et en Allemagne (cours de M. F. Volkman, 1874), une forme particulière d'inflammation tonsillaire, qui, bien que ne présentant pas tous les symptômes des inflammations diphtéritiques, présentant, dans le cours de leur évolution, des symptômes ressemblant fort à ces derniers. L'attention des médecins spécialistes fut particulièrement attirée sur cette question, à la suite du développement de la bactériologie, dans ces vingt dernières années, surtout sous l'influence de Bouchard qui soutint au congrès de Londres, en 1881, que certains processus aigus des amygdales jusque-là considérés comme des angines rhumatismales ordinaires, étaient de nature infectieuse puis-

qu'ils se compliquaient d'albuminurie. L'opinion de Bouchard fut acceptée en Allemagne par Lenden, Bamberger et d'autres. En Angleterre, Mantle a décrit, au congrès médical tenu à Cardiff, en 1883, toute une série d'épidémies, observées par lui, d'inflammations tonsillaires aiguës se distinguant des inflammations diphtéritiques, et qui, toutes, présentaient les caractères propres aux processus infectieux aigus. L'auteur a démontré, en même temps, l'existence, dans ces cas, de certains micro-organismes, impossibles à déterminer d'une façon plus précise. Bien que les praticiens anglais les plus éminents (tels que Brown, Fox, Fitz Maurice) eussent pris part à la discussion, l'on ne put arriver à formuler des conclusions définitives. Semon, de son côté, prétend, en se basant sur bon nombre d'observations cliniques, que ces processus sont nécessairement de nature purement infectieuse. C'est au professeur J. Fränkel, de Berlin, que revient l'honneur d'avoir le premier soumis cette question à un investigation poussée à fond. Dans un article publié par lui dans le *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, sous le titre « *Angina lacunaris* », cette maladie est comptée parmi les affections purement infectieuses (froid initial, fièvre forte avec cours cyclique, abattement général et faiblesse). La propagation de cette maladie sous forme d'épidémies de maisons (l'on en cite de nombreux exemples) a porté Fränkel à admettre l'existence d'une matière infectieuse, susceptible de se transmettre d'un individu à un autre. Fränkel localise le processus dans les lacunes et il érige la sécrétion épaisse, s'amassant à la surface des amygdales, à la hauteur d'un signe pathognomonique. L'on a démontré, dans les cultures obtenues avec ces sécrétions, l'existence de divers micro-organismes qui se coloraient très facilement avec des matières colorantes d'aniline et en partie aussi avec de l'iode. L'on a trouvé, dans la plupart des cas, des staphylococci. Fränkel réussit à conserver en culture trois genres de cocci, un micrococcus de grosseur moyenne, ayant l'apparence d'un diplococcus, un autre rappelant le *staphylococcus pyo-*

genes aureus et un troisième rappelant le staphylococcus pyogenes albus. Il pratiqua des vaccinations sans avoir pu obtenir des résultats positifs ; l'on ne peut, d'ailleurs, attribuer à ces micro-organismes des propriétés spécifiques. Il considère le refroidissement comme une circonstance susceptible de faire naître l'affection dont il est question. Il établit une distinction nette entre l'angine lacunaire et l'angine diphtéritique, basée sur le manque de fibrine dans la sécrétion et sur la différence qui s'observe dans la marche clinique des deux affections. Il prétend, d'autre part, qu'il existe, entre les deux processus, une corrélation si intime que, dans certains cas, observés par lui, l'angine lacunaire s'est transformée en une angine diphtéritique. Il ne nous dit pas avoir fait des recherches anatomiques, tous les cas dont il nous parle ayant eu une issue heureuse.

Seifert (über lacunaris Angina, *Wien. med. Woch.*, 1886) est venu, dans la même année, confirmer les opinions émises par Fränkel. Il distingue l'angine lacunaire de la diphtérie, mais la considère comme étant de nature nettement infectieuse. Il n'a pu démontrer, toutefois, l'existence de micro-organismes spécifiques.

En 1889, un autre italien, Gabbi (*Lo Sperimentale*, 1889) a trouvé dans les cultures faites avec les sécrétions des lacunes de ce processus, une seule espèce de micro-organismes, à savoir le diplococcus de Fränkel, et, en s'appuyant sur ses recherches, il arrive à cette conclusion que le processus pathologique en question ne forme qu'une localisation du germe infectieux pneumonique. Jacobi, de New-York, nous a donné en 1886 un contrôle et un exposé critiques des opinions émises jusqu'à ce jour au sujet de l'angina lacunaris s. follicularis, travail basé sur les nombreuses observations personnelles de l'auteur. D'après lui, l'angine lacunaire peut être catarrhale, purulente, croupue et diphtéritique, et l'appellation « Angina lacunaris » devrait, à son avis, être rayée du vocabulaire médical, vu qu'elle peut donner lieu à des controverses dans les cas où l'appellation explicative n'est pas donnée.

Nous n'avons cité parmi les travaux innombrables publiés, dans ces dernières années, sur ce sujet, que ceux où sont consignées les opinions qui, pour l'importance et la valeur scientifiques, nous paraissent l'emporter sur les autres. Le reste, de nature purement polémique, se réduit à des rééditions d'opinions généralement connues et admises ne visant que le côté clinique de la maladie. Qu'il nous soit permis d'ajouter que le médecin polonais, Dr Joseph Crajkowski, a publié dans la *Gazeta Lekarska*, années 1888 et 1891, deux articles dans lesquels, s'appuyant sur ses observations casuistiques, qui concluent, toutes, à la nature infectieuse de la malade, il se déclare partisan d'une opinion ancienne, représentée par des auteurs anglais, à savoir, la corrélation entre cette maladie et le rhumatisme d'une part et d'autre part l'inflammation aiguë des reins (néphrite). Le même médecin prétend aussi avoir démontré que l'angine lacunaire dépendait du staphylococcus et du streptococcus pyogenes. Cette opinion, résultat de recherches bactériologiques qu'il avait entreprises, n'a pas été confirmée par les recherches d'autres auteurs (Dietrich. De l'importance, pour l'organisme humain, de l'existence de micro-organismes dans la cavité buccale. *Prag. med. Woch.*, 1890). Or, par ce que nous pouvons conclure de ses comptes rendus succincts, nous constatons que les recherches bactériologiques ont toujours donné des résultats négatifs, que les efforts faits en vue de découvrir un micro-organisme spécifique sont restés infructueux. Nous croyons cependant qu'il est possible de découvrir, par voie d'investigation microscopique, des faits qui pourraient nettement caractériser la maladie en question. Pour arriver à notre but, nous avons extirpé, chez trois malades, les amygdales affectées de cette maladie, et ce en dépit de l'avis contraire de la plupart des cliniciens. Nous les avons soumises à un examen approfondi dont nous donnons ci-après les résultats, en les faisant précéder d'un court historique de chacun des trois cas.

**PREMIER CAS.** — Toba D..., âgée de 12 ans. La malade est venue nous consulter le 9 octobre, à l'ambulatorium de l'hôpital, se plaignant de violentes douleurs au cou et de dysphagie ressenties depuis 4 jours. Le début de la maladie avait été marqué par des frissons, de la fièvre, des maux de tête, de l'inappétence et un état de prostration générale. Il résultait de l'anamnèse que la malade avait, dans ces dernières années, souffert deux fois de la diphtérie et s'était plainte en outre de douleurs cervicales passagères, mais qu'elle s'était bien portée à part cela, pendant le même laps de temps et n'avait pas été sérieusement malade. Les conditions hygiéniques de l'habitation de la malade, étaient très précaires. À l'examen, nous fîmes les constatations suivantes : la fièvre était d'environ 39°. Les glandes du cou étaient augmentées de volume ; l'amygdale droite faisait saillie dans le pharynx et offrait une vive rougeur, à sa surface il existait de nombreuses taches d'un jaune blanc, localisées aux orifices lacunaires, la muqueuse intermédiaire à ces taches était fortement injectée. Il résultait de la palpation à l'aide de la sonde que ces taches n'étaient autre chose que le contenu des lacunes qui, sous l'effet de la pression, présentait l'aspect d'un liquide jaune blanc filandreux. Les autres parties du pharynx étaient modérément congestionnées ; le larynx et la cavité naso-pharyngienne n'offraient rien d'anormal à constater. Les amygdales furent extirpées à l'aide du tonsillotome de Mackenzie et placées dans une solution concentrée de sublimé. L'hémorragie qui accompagna l'extirpation fut très faible. Nous vîmes la malade le lendemain et pûmes constater qu'elle ne souffrait plus que de faibles douleurs au siège de l'amygdale extirpée. La plaie était parfaitement propre et, au bout d'une semaine, pendant laquelle la malade fut tenue en observation, elle était complètement guérie, après avoir fait usage de gargarismes légèrement antiseptiques.

**DEUXIÈME CAS.** — Josek Q. Meckler, âgé de 29 ans, vint nous voir, le 17 décembre, à notre ambulatorium et nous dit ressentir, depuis deux jours, dans le cou, de vives douleurs compliquées de frissons, de fièvre, de violents maux de tête, de perte totale de l'appétit et d'une sensation de faiblesse générale. Il résultait de l'anamnèse que le malade avait, depuis son enfance, souffert fréquemment de douleurs dans le cou qui avaient à plusieurs reprises fait songer à la diphtérie. Il y a deux ans, on lui extirpa l'amygdale gauche, mais cette opération ne put mettre un terme aux processus inflammatoires qui revenaient sans cesse et qui se manifestaient non seulement à l'amygdale droite, mais encore au niveau du moignon représentant l'amygdale gauche. Nous constatâmes, à l'examen, une légère

fièvre dépassant un peu 38°, une augmentation de volume des glandes du cou et une langue très chargée. L'amygdale droite également augmentée de volume présentait un gonflement œdémateux, et se montrait fortement rouge. Les lacunes étaient fortement élargies et remplies de masses d'un jaune blanc, visibles sous forme de taches arrondies qui correspondaient exactement aux orifices lacunaires. La pression exercée avec la sonde était très sensible et déterminait une sécrétion abondante du contenu. Nous constatons également sur les restes de l'amygdale gauche une forte rougeur et des boutons blancs qu'on ne pouvait enlever que très difficilement à l'aide de la pression. La cavité naso-pharyngienne et le larynx ne présentaient pas de modifications. L'amygdale fut extirpée au moyen du tonsillotome de Mackenzie. Le processus guérit également, au bout de quelques jours, sans complications, comme dans le premier cas.

**TROISIÈME CAS.** — Ruchta G..., âgée de 10 ans, se présente le 3 février à l'ambulatorium, se plaignant de douleurs dans le cou remontant à 3 jours. Ces douleurs avaient été précédées de frissons, de fièvre, de maux de tête continus. La malade a souffert à plusieurs reprises, depuis 5 ans, de douleurs au cou. A l'examen nous trouvons une forte fièvre (39°,2), la langue chargée, le pouls accéléré et les glandes du cou grossies. Les deux amygdales sont fortement gonflées, les lacunes remplies de masses gris blanc qui, à la pression, en sortent en abondance. Dans l'intervalle des taches la muqueuse est fortement congestionnée. Le larynx et la cavité naso-pharyngienne ne présentent rien d'anormal. On diagnostique une inflammation tonsillaire infectieuse aiguë, c'est-à-dire, angina lacunaris, et l'on extirpe l'amygdale gauche sans qu'il y ait de complications ni en avant ni après l'opération. Le processus guérit parfaitement au bout de quelques jours et dans les mêmes conditions que dans les deux cas précédents.

*(A suivre.)*

---

#### OBSERVATION POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA STÉNOSE LARYNGÉE NÉVROPATHIQUE

Par le Dr **Albert Ruault** (1)

---

Messieurs, je désire communiquer à la Société une observation, malheureusement incomplète au point de vue ana-

(1) Communication à la Société de laryngologie de Paris (5 juin 1891).

tomo-pathologique, mais qui, outre qu'elle est jusqu'ici unique en son genre, me paraît présenter un réel intérêt au point de vue de l'histoire de l'innervation du larynx. Je vous ferai grâce des détails, car cette observation sera publiée *in extenso* dans un travail ultérieur, et je me bornerai à vous exposer les faits dans cette communication préalable.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, ancien soldat de l'infanterie de marine, alcoolique, et syphilitique depuis une dizaine d'années, qui me fut adressé dans mon service de clinique des sourds-muets par mon ami, le Dr L. Jullien, pour des accidents de sténose laryngée. La dyspnée était violente, le cornage permanent. A l'examen laryngoscopique, je trouvai l'aspect bien connu de la paralysie double et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, avec une tension marquée de cordes vocales. L'asphyxie étant imminente, la trachéotomie fut pratiquée. Quelques jours après, un examen plus complet du malade me fit reconnaître qu'il était, sans aucun doute possible, atteint d'ataxie locomotrice.

Soulagé d'abord par l'opération, le malade ne tarda pas à se plaindre vivement de la présence de sa canule, et me demanda instamment, et à plusieurs reprises, de l'en débarrasser, coûte que coûte, par une opération quelconque, faute de quoi il se suiciderait, préférant la mort à une infirmité « dégoûtante ». Cette attitude du patient me semblant autoriser une intervention, je pensai qu'on pourrait peut-être le soulager si l'on provoquait, à l'aide de la résection d'un nerf récurrent, une hémiplégie laryngée : la corde vocale du même côté devant prendre la position cadavérique et s'éloigner de la ligne médiane, le malade pourrait respirer par l'espace glottique ainsi ménagé, et la canule pourrait être enlevée. J'en parlai à mon maître, M. Charles Monod, l'éminent chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui s'était déjà chargé de trachéotomiser le malade, et lui demandai de vouloir bien tenter la résection du récurrent gauche, si la chose lui semblait praticable. M. Monod, après examen, pensa que cette tentative était légitime, au moins dans ce cas particulier, et, après

avoir répété à plusieurs reprises l'opération sur le cadavre, fit entrer le malade dans son service et l'opéra en présence de son collègue le Dr Marchand et de moi-même (4 février 1890).

M. Monod conduisit l'opération comme il eût fait d'une œsophagotomie externe, mais prolongea son incision plus bas; et, atteignant le nerf récurrent gauche au dessous de l'artère tyroïdienne inférieure, il en réséqua, à ce niveau, un centimètre et demi de longueur. L'opération terminée, et le malade paraissant pouvoir respirer malgré l'obturation de la canule trachéale, on enleva celle-ci, on fit un pansement approprié, et le malade guérit en quelques jours, sans aucune complication post-opératoire.

Dès que le pansement eut été enlevé, je pratiquai l'examen laryngoscopique, et, à mon grand étonnement, je trouvai que *le larynx présentait le même aspect qu'avant l'opération*: les cordes vocales étaient en position médiane, s'abaissaient à l'inspiration, et étaient repoussées en haut à l'expiration, le larynx était absolument symétrique, sans trace d'hémiplegie. Les cordes vocales étant flasques, le malade respirait à peu près suffisamment au repos, mais il était évident que le résultat opératoire était négatif. Nous espérions, M. Monod et moi, qu'il se produirait bientôt une atrophie de la corde vocale du côté opéré, et que cette atrophie élargirait un peu l'espace glottique; mais, trois semaines plus tard, il n'y avait pas encore trace d'atrophie, et la dyspnée se montrait de nouveau.

Je conseillai au malade de rentrer à l'hôpital, et j'avais l'intention de demander à M. Monod, la trachéotomie une fois faite, de tenter la résection du laryngé supérieur; mais le malade hésita pendant quelques jours et n'entra à l'hôpital qu'asphyxiant. L'ouverture de la trachée ne fut pas suivie du rétablissement de la respiration, et la mort survint dans la même journée.

L'autopsie ne put être faite à cause de l'opposition de la famille. On put néanmoins prendre le larynx, qui paraissait sain. Les articulations avaient leur mobilité normale, les

muscles avaient leur volume et leur aspect physiologique, et il n'y avait aucune lésion de la muqueuse. L'examen histologique des muscles ne fut pas fait. L'examen du nerf réséqué a été pratiqué au laboratoire de M. le professeur Cornil par M. le Dr A. Gombault, qui le trouva très altéré.

Je ne ferai pas suivre le récit de cette observation de longs commentaires. Je me bornerai à faire observer qu'elle suffit à montrer combien est complexe et peu connue encore la question de l'innervation du larynx, bien que les travaux contemporains, et notamment ceux d'Exner et d'Onodi, aient déjà commencé à y jeter quelque lumière. Il est évident que, dans ce cas, l'innervation de la moitié gauche de l'organe était loin d'être faite surtout par le récurrent gauche; le laryngé inférieur du côté opposé peut-être, et plus vraisemblablement le laryngé supérieur gauche, concouraient largement à cette innervation.

Quand bien même en effet la paralysie double des arytenoïdiens postérieurs eût été de nature myopathique (ce que nous ne pouvons nier formellement puisque l'examen histologique des muscles n'a pas été fait), la résection du récurrent aurait dû produire une hémiplégie laryngée du même côté, si le récurrent avait été seul à innérer les muscles où il envoie ses filets moteurs.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE DE PARIS.

*Séance du 6 novembre 1891.*

PRÉSIDENCE DE M. LE DR GELLÉ.

M. LUBET-BARBON fait une communication sur les **inhalations de vapeur de menthol**. Il présente plusieurs appareils servant à ces

iuhalations. Tous consistent en un flacon à double tubulure, l'une des tubulures permet l'entrée de l'air dans le ballon. A l'autre est adapté un tube en caoutchouc par lequel le malade aspire l'air chargé des vapeurs de menthol. Pour que ces vapeurs se dégagent, il suffit de chauffer le ballon de façon à en éléver la température à 40°.

Ces inhalations donnent de bons résultats chez les malades sujets à des quintes de toux sans lésions broncho-pulmonaires. Les phtisiques en éprouvent au contraire comme une exacerbation de leur toux.

M. LUC fait une communication sur **deux cas d'abcès du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes** (sera publiée in extenso).

*Discussion.*

M. LOEWENBERG. — Pourquoi M. Luc n'a-t-il pas songé à pratiquer le lavage du sinus par la paroi externe de la fosse nasale ?

M. LUC. — La méthode de Mickulicz ne m'a pas séduit par ses résultats. Dans un cas, j'ai eu une hémorragie tenace ; dans un autre, je n'ai réussi qu'à briser la pointe de mon trocart contre la paroi osseuse fort épaisse, comme on le sait, au niveau du méat inférieur. Dans tous les cas où l'on réussit à ouvrir le sinus par cette voie, on rencontre de grandes difficultés pour les lavages consécutifs.

M. MARTIN. — Pourquoi ne pas tenter le lavage par l'hyatus naturel qui m'a, dans un cas, donné une guérison radicale ?

M. LUC. — Je considère cette méthode comme exceptionnellement exécutable. D'autre part, nous éprouvons souvent de réelles difficultés à tarir la suppuration du sinus par des lavages abondants pratiqués à la faveur d'un large orifice créé à la partie la plus déclive de la cavité malade. Que faudra-t-il donc attendre le plus souvent de lavages pratiqués goutte à goutte par un orifice supérieur et difficile à atteindre ?

M. GELLÉ donne lecture d'un travail ayant pour titre : **Otite suppurée, accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis grave** (sera publiée in extenso).

*Discussion.*

M. CHATELLIER. — Il me semble que le tamponnement postérieur n'a plus sa raison d'être, aujourd'hui qu'il est bien établi que la grande majorité des épistaxis essentielles tire son origine d'une lésion vasculaire

de la partie antérieure de la cloison. Le tamponnement antérieur suffit toujours.

M. LUC. — Que le tamponnement antérieur suffise pour les épistaxis antérieures, je n'y contredis pas; mais nous aurons trop souvent à combattre des hémorragies nasales ayant leur point de départ dans la profondeur des fosses nasales, par exemple à la suite d'opérations pratiquées par nous-mêmes et, dans ces conditions, le tamponnement postérieur s'imposera souvent comme la seule méthode hémostatique efficace. Il importe donc, puisque cette opération ne peut toujours être évitée, de la pratiquer avec les précautions assurant le plus possible son innocuité. Parmi ces mesures, je placerai en première ligne, l'emploi de la gaze iodoformée qui permettra de prolonger avec moins de danger le séjour du tampon dans la cavité naso-pharyngienne.

M. GOUGUENHEIM. — J'ai assez souvent l'occasion de pratiquer le tamponnement postérieur. Pour rendre cette manœuvre aussi simple et inoffensive que possible, je conseille de substituer à la sonde de Belloc une simple sonde en gomme et d'adopter comme tampon la gaze iodoformée qui me paraît, outre ses propriétés antiseptiques, exercer une influence hémostatique spéciale.

M. GELLÉ. — Dans un cas d'épistaxis très grave survenue dans le cours d'un rhumatisme aigu avec complications cardiaques, j'ai obtenu l'hémostase avec une rapidité miraculeuse, à la suite d'une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon. C'est donc là aussi un moyen à ne pas négliger.

M. POTIQUET donne lecture d'un mémoire intitulé : **Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale.**

Le canal de Jacobson est chez l'homme, on le sait, un vestige de l'organe du même nom, très développé chez certains mammifères ; il occupe la région antéro-inférieure de la cloison nasale. M. Moldenhauer était jusqu'ici le seul rhinologue qui eût essayé de le voir sur le vivant, et ses recherches avaient été vaines. Malgré quelques difficultés dont certaines sont inhérentes à la région, et dont d'autres tiennent au canal même, à l'étroitesse de son orifice et à la brièveté de son trajet, M. Potiquet établit qu'on peut l'y reconnaître assez souvent avec la vue aidée d'un stylet très fin, épais de six dixièmes de millimètre environ et parfaitement mousse à son extrémité. La recherche de ce cul-de-sac, ajoute-t-il, ne peut être considérée comme un complément obligé de toute

exploration, même méthodique, des fosses nasales; mais il suffit qu'elle puisse être utile quelquefois pour que le rhinologue se fasse à l'avenir un devoir d'y procéder, si besoin en est.

Bien des raisons et quelques observations portent d'ailleurs l'auteur à penser que ce canal pourrait bien jouer un rôle important dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale. En effet, chose digne de remarque, la région du septum, de beaucoup la plus importante au point de vue pathologique, celle où se localisent, avec une préférence des plus marquées, les processus morbides, les plus variés (syphilides ulcérées, perforations syphilitiques, ulcère perforant lupique ou lèpreux, etc.), est précisément celle qui abrite le canal de Jacobson. L'auteur a vu des lésions lupiques et des lésions syphilitiques exiguës, limitées exactement à la région qu'occupe habituellement le canal de Jacobson et même, dans deux cas, en rappelant la forme d'une façon frappante, mais il n'a pu les y surprendre tout à fait à leur début, c'est-à-dire alors que le trajet du canal était encore reconnaissable; or cette dernière condition lui paraît devoir être remplie avant qu'on puisse affirmer l'existence d'un nouveau genre nosologique, la jacobsonite.

**M. GELLÉ lit une observation ayant pour titre : Névralgie naso-lobaire symptomatique d'une syphilis tertiaire nasale.**

Une dame de 39 ans, amène à la consultation son enfant âgé de 14 ans, atteint d'otorrhée et de rhinite chronique. Cette dame a été soignée il y a 7 ans par M. Gellé pour une ostéo-périostite gommeuse du dos du nez, annoncée longtemps d'avance par une douleur névralgique naso-lobaire droite. Cette tuméfaction a disparu rapidement sous l'influence du traitement ioduré et mercuriel.

Malgré l'absence des signes reconnus typiques de l'hérédo-syphilis chez l'enfant otorréique, M. Gellé conclut cependant dans ce sens, vu la persistance de l'otorrhée, son début dans la première année de la vie, l'absence de tuberculose chez les descendants et de tubercules chez l'enfant, et les antécédents de syphilis tertiaire observée chez la mère.

**M. MICHEL PAPADOPOULOS, d'Athènes, donne lecture d'une observation de polype sous-glottique opéré avec succès par lui au moyen de la pince latérale de Fauvel.**

**M. RUAULT lit au nom de M. le Dr Aubert, d'Alger, une observation ayant pour titre : une sangsue dans le larynx (sera publiée in extenso).**

*Séance du 4 décembre 1891*

PRÉSIDENCE DE M. LE DR GELLÉ

M. CHATELLIER fait une communication sur deux observations de kystes du nez avec examen histologique et bactériologique.

Ce travail paraîtra in extenso.

*Discussion*

M. LOEWENBERG signale la particularité d'une collection fermée renfermant du pus à streptocoques.

M. GOUGUENHEIM. — Quelle est la différence entre ce kyste et un abcès ?

M. CHATELLIER. — Le liquide contenait une grande quantité de muco-sine, de couleur brunâtre, et ne donnait pas l'impression du pus d'un abcès.

M. RUAULT lit une communication ayant pour titre : *De la péri-amygdalite linguale phlegmoneuse*.

Ce travail sera publié in extenso dans les Archives.

*Discussion.* — M. LUC a vu des abcès de l'amygdale linguale récidivant, plusieurs fois par an, chez un officier de l'infanterie de marine, à la suite d'une dysenterie contractée en Cochinchine.

M. LOEWENBERG considère comme une illusion de vouloir lutter contre les innombrables microbes buccaux. Il prescrit en pareil cas les badigeonnages au sublimé à 1/1000 et ensuite des lavages à l'acide borique qu'il fait pénétrer par frottement. Il voudrait voir employer un collodion antiseptique.

M. LUC pense que les lavages boriqués sont très utiles, mais surtout par action mécanique pour enlever les particules alimentaires.

M. HERMET trouve exagérée et dangereuse la solution de sublimé à 1/1000.

M. GOUGUENHEIM. — Pourquoi le pus n'a-t-il pas été examiné au point de vue bactériologique ?

M. RUAULT. — Le pus a été évacué pendant la nuit. Je dois ajouter qu'une personne de la maison a été prise de mêmes accidents 5 jours après le malade. Il y a eu une intoxication par une viande ptomainée.

M. GOUGUENHEIM demande pourquoi la maladie a été localisée à la 4<sup>e</sup> amygdale.

M. RUAULT. — J'ai eu affaire à un phlegmon qui siégeait au-dessous

de la 4<sup>e</sup> amygdale. C'était un phlegmon sous-muqueux et non intra ou sous-musculaire.

M. GELLÉ lit deux observations sous le titre : **Vertiges de Ménière. Battements pulsatiles à l'endoscope dénonçant l'otite.**

Chez ses deux malades les battements pulsatiles rendus manifestes au moyen du manomètre « endoscope » ont décelé une affection de l'oreille moyenne que les signes objectifs insignifiants rendaient douteuse ou peu démontrable. On sait la tendance naturelle du médecin à expliquer l'appareil symptomatique si inquiétant du syndrome de Ménière par des maladies diverses soit générales soit locales, parmi lesquelles celles du système nerveux, et la neurasthénie entre autres, et surtout les troubles de l'estomac jouent le premier rôle.

Les accidents vertigineux seraient des effets secondaires, or la démonstration précise d'une fluxion active de l'oreille, d'une lésion aiguë ou sub-aiguë de la caisse du tympan modifie profondément le diagnostic étiologique et prouve que le trouble de l'équilibre rentre dans la catégorie des accidents ab aure læsā... Cela n'élimine point absolument ni l'état de neurasthénie, ni même les malaises dyspeptiques incriminés exclusivement tout d'abord ; mais on ne saurait nier l'importance de cet élément étiologique nouveau. En effet, le nombre est grand des gens traités comme atteints de vertige stomacal ou neurasthénique, que n'ont pas soulagés ou que n'ont soulagés que temporairement le traitement, les régimes les mieux institués, jusqu'à ce que, éclairé par la constatation d'une surdité rapide ou graduelle, le point de départ otique de l'affection apparaisse clairement au praticien ; mais si le syndrome a été modifié avec le temps, la surdité s'est développée sans entraves. L'observation de quelques signes indicateurs aide à ce diagnostic : tantôt les pressions centripètes provoquent du vertige, ou elles restent sans rien changer à l'audition du diapason-vertex, tantôt le politzer amène un choc cérébral voisin de la sensation vertigineuse, mais cela n'est pas fréquent ; et la vue des battements pulsatiles, quand ils se présentent nettement, éclaire aussi la recherche et montre la localisation auriculaire.

C'est donc un signe de plus ; et dans cette analyse délicate ce n'est point une aide à dédaigner. Au point de vue du traitement, la découverte d'un état fluxionnaire plus ou moins actif coïncidant avec le trouble vertigineux ne laisse pas que de guider la thérapeutique à instituer.

Dans la 1<sup>re</sup> observation, il s'agit d'un chaudronnier, de 45 ans, atteint de bronchites à répétition qui après quelques petites attaques, d'étourdis-

sement légers, fut jeté à terre, sans connaissance, subitement, puis aussitôt relevé, s'en fut titubant chercher du secours. 4 mois après, 2<sup>e</sup> accès, avec chute sans perte de connaissance. Bourdonnement d'oreille à droite, persistant depuis, battements normaux du pouls. Oreille droite : M. perçue au contact ; aucun mouvement au valsalva sur l'endoscope, mais vue de battements pulsatiles (nous sommes au 8<sup>e</sup> jour de l'accès), il prend le sulfate de quinine depuis quelques jours. Oreille gauche : M = 20<sup>c</sup>. Pharynx arthritique. Tympan, encore tendu, triangle nul, translucidité à peine altérée ; ton général gris pâle. Le politzer ne passe que quelques jours après ; ramolli, le tympan ballonne de chaque côté du manche par le politzer et dans les quintes de toux (battements persistants), mal de tête frontal, hébétude, à peine M. perçue à 4 cent. Politzer facile. Tête plus libre et cessation des états vertigineux et des accès.

Dans la seconde observation le malade devenu sourd à droite subitement il y a plusieurs mois, ne s'occupe que de l'affaiblissement de l'oreille gauche plus récent. On y découvre un bouchon de cire ; mais les accès de vertige trouvent leur explication rationnelle dans l'état fluxionnaire de la mauvaise oreille, rendue manifeste par les battements qui se montrent sur la colonne liquide de l'endoscope. Or, vu l'apparition subite de cette surdité droite, persistante, au milieu du cortège des nausées, vomissements, etc. qui caractérisent le vertige de Ménière, on avait ici diagnostiqué une lésion labyrinthique simple. L'aération par la sonde a immédiatement enlevé l'engourdissement cérébral, l'obtusion de l'intelligence et une grande partie du malaise vertigineux. Le niveau de l'endoscope avait monté de 1 centim. et demi : aussitôt il y a cessation des battements vibratiles.

La surdité est liée à des lésions graves déjà anciennes, et de nature spécifique certainement. L'autre oreille fut atteinte 1 mois après, d'une poussée subaiguë qui, surveillée avorta vite, mais les deux tympans du sujet ne permettaient pas de penser à une vascularisation aussi évidente de la caisse et à une tension vasculaire aussi grande. Sans doute ici la lésion otique siège tout d'abord sur la paroi labyrinthique, et la cloison masque le processus intérieur que les battements de l'endoscope rendaient appréciable, précisant la nature congestive et le siège de la lésion.

#### *Discussion :*

M. LOEWENBERG voudrait qu'on considérât les battements comme signe de congestion.

M. POTIQUET a observé sur lui-même à l'aide de l'endoscope de

Politser une ascension et des saccades dans une gouttelette d'éther introduite dans la branche externe de l'instrument. Or, il n'a jamais eu de lésions de l'oreille et il a constaté les battements.

M. GELLÉ invoque la difficulté de l'auto-observation et il admet comme cause d'erreur les battements de l'artère temporale. Les mouvements inévitables de la mâchoire causent des oscillations surtout avec un liquide aussi volatil et aussi instable que l'éther.

M. RUAULT donne lecture d'un second travail intitulé : **Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée**, qui sera également publié in extenso.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ

**Beware of the free use of cocaine in hay fever. (Ne pas abuser de la cocaïne dans la fièvre des foins)**, par le Dr J. W. STICKLER. In *N. Y. Med. Journ.*, 31 octobre 1891, p. 492.

La cocaïne peut amener une dépression considérable et même dangereuse des forces vitales ; elle altère sérieusement l'appétit, cause des insomnies pénibles et produit chez certains sujets une diaphorèse abondante. Son usage excessif provoque sur la muqueuse nasale une congestion douloureuse ; de plus, son action ne se faisant sentir qu'autant que dure son pouvoir anesthésique, les malades sont obligés d'en user presque constamment. Chez certains sujets, la cocaïne amène une excitation cérébrale qui, très agréable tant qu'elle se manifeste, est suivie d'une dépression considérable. Enfin, tout en causant souvent une constipation pénible, la cocaïne ne guérit pas la fièvre des foins. GOULY

**Polipos naso-frontales con lesiones de ambas paredes en el seno frontal derecho, de solo la pared anterior en el izquierdo. (Polypes naso-frontaux avec lésions des deux parois dans le sinus frontal droit et de la paroi antérieure seulement dans le gauche)**, par le Dr D. JUAN MANUEL ESPADA, de la Havane. In *Revista de Laryngología, etc.*, septembre 1891.

Chez une jeune fille de 18 ans, affectée de polypes muqueux des deux

fosses nasales, apparition d'un abcès chaud à la partie inférieure et médiane de la région frontale. Une incision laisse échapper du pus et le stylet permet de reconnaître une ostéite du frontal. Après extraction des polypes des fosses nasales, la malade est chloroformée et une incision longue courbe à concavité supérieure longeant inférieurement la région intersourcilière met à nu la paroi antérieure des sinus frontaux. Celle-ci se montre criblée de trous à travers lesquels font saillie de nombreuses masses myxomateuses déjà trop à l'étroit dans la cavité osseuse. Cette paroi osseuse est facilement enlevée en raison de sa friabilité et l'on déblie avec la curette tous les polypes, ainsi que le pus accumulés dans les sinus. On peut alors se rendre compte que, tandis que la paroi postérieure est intacte dans le sinus gauche, elle présente dans le sinus droit une perforation arrondie qui semble avoir été pratiquée à l'emporte-pièce et au niveau de laquelle on peut sentir les mouvements d'expansion cérébrale à travers la dure-mère, seule barrière qui protège les centres nerveux. Quant à la cloison intermédiaire aux deux sinus elle a été détruite par les myxomes dans sa partie supérieure.

Tout le champ opératoire est soigneusement désinfecté et le lambeau cutané, préalablement débarrassé des masses myxomateuses qui déjà avaient envahi sa face profonde, est réuni par des points de suture au fil d'argent, tandis que le drainage des sinus est assuré par un rouleau de catgut qui plonge dans chacun d'eux.

Un mois plus tard, le lambeau adhérant partout et l'on notait un commencement de restauration osseuse qui se complétait pendant les deux mois suivants.

LUC.

**The radical treatment of nasal polypi (myxomata). (Le traitement radical des polypes muqueux des fosses nasales)**, par le Dr W. E. CASSELBERRY, de Chicago. In *The New-York Med. Journ.*, 14 novembre 1891.

Dans la grande majorité des cas, dit l'auteur, les polypes s'insèrent sur les lèvres de l'hyatus semi-lunaris. Une fois leur extraction opérée, le seul moyen d'en prévenir la récidive sera de cautériser non pas superficiellement et un peu à l'aveugle, une large surface de la muqueuse nasale, mais énergiquement et profondément la région précise et limitée où ces néoplasmes étaient implantés.

Lorsque la fosse nasale est large, on atteindra en général assez facilement les points d'implantation. Dans le cas contraire, on commencera

par exécuter une opération préliminaire, consistant soit à supprimer une saillie de la cloison, soit à exciser la portion antérieure et inférieure du cornet moyen. L'auteur cite plusieurs faits dans lesquels cette dernière opération lui permit seule de venir à bout de polypes récidivant jusqu'à avec une décourageante ténacité.

L'excision du cornet sera pratiquée de préférence avec des ciseaux spéciaux imaginés par l'auteur, offrant une courbure qui permet leur introduction dans la région en question, sans que la vue soit masquée et dont les lames sont garnies de fines dents de scie afin de ne pas déraper.

L'emploi de cet instrument exige malheureusement une certaine spacieuse de la cavité nasale qui est loin d'être toujours réalisée. Aussi l'auteur conseille-t-il, en cas de fosse nasale étroite, l'usage de l'anse métallique ou encore d'une pince coupante à lames rondes et étroites, au moyen de laquelle le cornet est excisé en plusieurs fois par petits fragments.

LUC.

**Various forms of disease of the ethmoid cells. (Des diverses formes de lésions des cellules ethmoïdales)**, par le Dr F. H. BOSWORTH, de New-York. In *The New-York Med. Journ.*, 7 novembre 1891.

Dans cet important article, B. s'efforce de distinguer des types cliniques distincts au milieu du groupe confusément désigné sous le nom de *maladie des cellules ethmoïdales*. Voici les 5 variétés qu'il propose de séparer les unes des autres :

1<sup>o</sup> *Dégénérescence myxomateuse sans suppuration*. Ici, il n'existe pas de polypes à proprement parler, mais un épaississement de la muqueuse du cornet moyen offrant la mollesse et la pâleur caractéristiques de la transformation myxomateuse.

2<sup>o</sup> *Dégénérescence myxomateuse extra-cellulaire avec suppuration intra-cellulaire*. Cette seconde forme représenterait l'aboutissant de la précédente. On constate alors, outre la transformation de la muqueuse déjà mentionnée, une trainée de pus provenant seulement des cellules ethmoïdales ou simultanément du sinus maxillaire, la coïncidence étant loin d'être rare.

3<sup>o</sup> La troisième variété (*ethmoïdite suppurée avec polypes nasaux*), n'est pas considérée, du moins constamment, par B. comme un degré plus avancé de la seconde. Il a suivi effectivement, pendant des années, des cas de dégénérescence myxomateuse simple de la muqueuse sans que la maladie aboutit à la formation des polypes à proprement par-

ler. Comme la précédente, cette forme peut coïncider avec la suppuration de l'antre d'Highmore.

4<sup>o</sup> *Polype intra-cellulaire sans suppuration.* Dans l'exemple de ce type observé par l'auteur, le cornet moyen présentait le double de son volume normal. L'effraction de la coque osseuse des cellules ethmoidales y révéla la présence d'un gros polype gélatineux.

5<sup>o</sup> La dernière variété (*polype intra-cellulaire, compliquée de suppuration*) paraît représenter une phase plus avancée de la précédente. Dans le cas cité par B., l'ouverture suivie de curetage des cellules ethmoidales donna une guérison radicale.

Tous ces faits intéressants établissent la coïncidence fréquente de la dégénérescence myxomateuse de la muqueuse de la région du méat et du cornet moyen, avec l'inflammation des cellules ethmoidales et du sinus maxillaire. Cette coïncidence avait déjà été notée par Woakes qui en avait conclu que tous les polypes nasaux tiraient leur origine d'une ethmoidite nécrosique. B. renverse sa proposition pathogénique, et croit plutôt à une ethmoidite d'origine polypeuse par rétention des sécrétions dans les cavités ethmoidales ou maxillaires.

Dans les formes compliquées de suppuration, il s'attache à établir des points de repère permettant de découvrir le point de départ du pus. Lorsque celui-ci se montre dans le méat moyen, l'ouverture du sinus maxillaire permettra seule d'établir (1) s'il provient de cette cavité ou des cellules ethmoidales antérieures. Si montre-t-il au contraire au-dessous du cornet moyen vers l'union de son tiers moyen et de son tiers postérieur, on en conclura à une suppuration des cellules ethmoidales postérieures ; en effet, en cas de suppuration du sinus sphénoïdal, le pus s'écoule plutôt dans le pharynx nasal.

Comme traitement, l'auteur conseille l'ouverture des cavités malades au moyen du foret ou de la curette, ouverture suivie d'un curetage visant à empêcher la rétention du pus dans une foule de petites cavités communiquant plus ou moins mal les unes avec les autres.

Ajoutons, qu'il semble résulter des faits observés et traités par lui, que ce mode de traitement de l'ethmoidite donne habituellement une amélioration marquée, mais qu'une guérison vraiment radicale paraît difficile à obtenir.

LUC.

(1) Il n'est pas question, dans l'article de Bosworth, de la méthode d'éclairage électrique, comme moyen de diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire.

**Ueber Resection des septum narium. (De la résection de la cloison nasale),** par le Dr CHOLEWA, de Berlin. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1891, n° 9.

L'auteur distingue trois variétés de déformation de la cloison nasale : 1<sup>o</sup> les exostoses ou ecchondroses formant des crêtes le long de la suture de jonction du vomer avec le cartilage de la cloison ou avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; 2<sup>o</sup> les incurvations du septum en forme d'S; 3<sup>o</sup> les dislocations du cartilage de la cloison. Il insiste d'ailleurs sur la coïncidence fréquente de ces diverses variétés et sur la nécessité de ne pas se borner à réséquer les crêtes antérieures, situées à l'union du vomer et du cartilage en négligeant, comme on le fait souvent, le prolongement postérieur, oblique en haut et en arrière, qui correspond à la soudure du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Voici comment Ch... opère un des cas les plus fréquemment rencontrés : déviation du cartilage luxé vers l'une des fosses qu'il oblitère partiellement et coïncidence d'une crête le long de son bord inférieur. A l'exemple de Krieg, il pratique, après cocaïnisation, une incision au galvano-cautère parallèlement au bord supérieur du cartilage et un peu en dessous de lui et partant en arrière le plus loin possible, l'orifice de la narine étant maintenu dilaté par un aide au moyen d'un spéculum dont l'une des valves est fixée en haut et l'autre en bas. Antérieurement, l'incision est prolongée plus obliquement en bas, à partir d'un centimètre du septum mobile jusqu'à lui. Après perforation du cartilage, à sa partie antérieure, les parties molles de la cloison du côté de l'autre fosse nasale en sont détachées au moyen d'une sorte de spatule montée obliquement sur un manche. Ce manche sert également à porter de petites gouges au moyen desquelles on fait sauter la crête dans toute sa longueur et l'on détache le cartilage jusqu'au niveau de sa jonction avec le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

La dissection de la muqueuse de la cloison, du côté de la fosse nasale saine, permet d'éviter la perforation de la cloison. Ce temps délicat de l'opération exige l'introduction d'un second spéculum ou celle d'un doigt dans cette fosse nasale.

Luc.

## II. — LARYNX ET TRACHÉE. — CORPS THYROIDE

De la thyrotomie dans le cancer du larynx, par le Dr MOURE, de Bordeaux. *Revue de laryngologie*, 1<sup>er</sup> novembre 1891.

Dans ce travail, l'auteur établit d'abord que, de l'avis des auteurs, les résultats sont loin d'être favorables à l'opération. Telle est aussi l'opinion de M. Moure qui, dans trois cas, dont deux opérés hâtivement et pour des tumeurs bien circonscrites, a vu la récidive se produire rapidement.

L'opération n'est indiquée que pour les cancers bien limités, ne présentant pas d'infiltration diffuse autour de la tumeur, ni d'inflammation périphérique. Il faut encore opérer dès le début. Si la tumeur n'est pas bien limitée, l'opération est à rejeter, car après avoir fendu le thyroïde et écarté ses lames, on trouve en général, dans ces cas, une tumeur beaucoup plus grosse et plus étendue que ne le laissait supposer l'examen laryngoscopique.

Que l'opération s'adresse à un épithélioma, à un carcinome, ou à un sarcome pédiculé, il est utile et préférable de faire la trachéotomie et la thyrotomie dans la même séance. En effet, ainsi qu'il est arrivé à l'auteur dans un cas, la trachéotomie ayant été suivie d'une réaction inflammatoire avec nécrose des cartilages de la trachée, on fut obligé d'attendre que ces symptômes se fussent calmés et la tumeur pendant ce temps devint inopérable par suite de son extension rapide.

Si le néoplasme occupe le tiers postérieur des cordes et les bandes ventriculaires, il est très difficile de connaître les limites du mal ou l'état du périchondre sain ou malade, dans ce cas, il faut enlever tout ou moitié du larynx, ou se borner à la trachéotomie au moment de la période asphyxique.

La thyrotomie trop tardive n'empêche pas la récidive qui se fait en refoulant les lames du thyroïde et en permettant à la tumeur de venir végéter au dehors.

En résumé, cette opération est à rejeter dans le cancer confirmé, elle n'est applicable qu'au début des tumeurs malignes débutant par la partie moyenne des vraies cordes, par le bord libre de l'épiglotte. La moindre trace d'infiltration voisine ou d'inflammation périphérique est une contre-indication absolue.

DELPORTE.

**An abstract of paper on chronic catarrhal laryngitis. (Extrait d'une communication sur la laryngite catarrhale chronique),** par le Dr M. THRASHER. In *The Journ. of the Amer. Med. Association*, 10 octobre 1891, p. 541.

La laryngite catarrhale chronique est une inflammation passive continue de la muqueuse du larynx ; elle se rencontre le plus souvent chez les sujets atteints de sténose nasale, chez les alcooliques, les fumeurs, les chanteurs, les orateurs, et chez ceux qui respirent un air vicié.

La laryngite catarrhale chronique s'accompagne de raucité de la voix, surtout le matin, de toux, de dysphagie, de respiration nasale difficile, de sécrétions et d'excrétions plus ou moins abondantes ; ces symptômes peuvent se trouver tous réunis ou exister isolément.

D'un pronostic en général défavorable au point de vue de la guérison définitive, la laryngite chronique peut durer des années avec des rémissions et des poussées aiguës sans affecter l'état général d'une manière sensible.

Le traitement doit être local et général. L'alcool est le médicament qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats.

GOUZY.

**Syphilis tertiaire du larynx et de la trachée,** par le professeur RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. In *Revue de laryng.*, 15 avril 1891, p. 254.

Observation d'une malade âgée de 49 ans, syphilitique, venue à la consultation de l'auteur pour une dyspnée croissante avec menace d'asphyxie. La tuméfaction considérable de l'épiglotte, et des replis arytenoïdes ne permit pas de voir l'intérieur du larynx. Le sirop de Gibert procura à la malade un grand soulagement ; quinze jours après le début du traitement, l'examen laryngoscopique montrait une épiglotte rouge, les bandes ventriculaires et les cordes vocales couvertes de végétations sessiles et proéminentes, une glotte rétrécie. La malade ne revint à la consultation que plusieurs mois après, et dans un état si grave, les végétations ne laissant qu'un orifice très étroit pour le passage de l'air, que l'on fut obligé de faire la trachéotomie. Il existait une infiltration gommeuse de la trachée. Sous l'influence du traitement spécifique, l'état de la malade s'améliora ; le cathéter n° 11 de la filière Charrière pouvait passer assez facilement, et la canule put être enlevée. Mais il est à craindre que, l'occlusion complète de la gorge ne survienne inopinément à la suite de causes diverses.

GOUZY.

**Cas de papillomes multiples du larynx chez des enfants**, par le Dr A. BORNEMANN. In *Revue de laryng. d'obst. et de rhin.*, 1<sup>er</sup> août 1891, p. 477.

Etudes sur les papillomes multiples du larynx chez les enfants, à propos de quatre cas suivis par l'auteur à la clinique du professeur B. Fraenkel.

Les papillomes se présentent sous l'aspect de tumeurs rougeâtres assez volumineuses, d'aspect framboisé. Le plus souvent multiples, ils ont une tendance marquée à récidiver. Plus fréquents chez les garçons, ils se traduisent par de l'enrouement, ou même une aphonie complète, par des troubles respiratoires d'intensité variable. Leur accroissement est plus ou moins rapide. Plus l'enfant est jeune, moins le pronostic est favorable.

Le traitement du polype consiste dans son ablation, soit par la voie endolaryngée (pince, curette, anse), soit par la voie extralaryngée (trachéotomie, laryngo-fissure). Toutes les fois que cela est possible, c'est à la voie endolaryngée qu'il faut s'adresser de préférence.

GOUZY.

**Cas d'aphonie hystérique**, par le Dr HICQUET, de Bruxelles. *Revue de laryngologie*, 15 septembre 1891.

Il s'agit d'une jeune fille qui présenta les symptômes de l'aphonie hystérique spastique de Jonquières. Cordes vocales s'écartant bien et conservant leur position normale pendant la respiration, se rapprochant spasmodiquement jusqu'au contact dans leurs deux tiers antérieurs et se maintenant peu de temps dans cette position pendant l'émission des sons ; la glotte cartilagineuse restait bâinte, en triangle à base postérieure, indiquant une paralysie des inter-aryténoïdiens. Cette aphonie cessa brusquement par la compression lente et progressive des ovaires, conseillée par Jonquières, et les cordes vocales se rapprochèrent dans toute leur longueur.

Deux mois après, cette jeune fille eut une paralysie des cordes vocales qui ne se rapprochaient plus et occupaient la position qu'elles ont d'habitude dans la paralysie hystérique.

L'auteur croit que cette aphonie n'est pas d'origine spastique, comme le veut Jonquières ; elle serait due à une paralysie des inter-aryténoïdiens.

DELPORTE.

**Fernere Beiträge zur vollständigen Resorptionsfähigkeit tuberculöser Infiltrate. (Nouvelle contribution à la question de la complète résorbabilité des infiltrats tuberculeux),** par le Dr THEODOR HERYNG, de Varsovie. In *Berl. Klin. Wochenschr.*, 16 novembre 1891, p. 1132.

Cet article renferme le résultat de l'examen histologique de l'épiglotte d'une femme phthisique, par le Dr E. Fränkel. Chez cette femme, l'observation clinique avait établi le maintien, au bout de 3 ans, de la disparition des infiltrats tuberculeux précédemment notés dans cette région. Or l'examen de Fränkel n'aboutit à la constatation d'aucun élément tuberculeux.

LUC.

**Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung. (Contribution clinique à la question de la paralysie unilatérale du larynx),** par le Dr GEORG AVELLIS, de Francfort s/M. In *Berliner Klinik*, octobre 1891.

Ce travail comprend trois chapitres distincts.

Le premier pourrait être réuni au premier, car ils forment tous deux une sorte de travail de statistique consacré à l'analyse de 150 faits de paralysie unilatérale du larynx empruntés à la pratique du Dr Moritz Schmidt.

Une première conclusion découle de la lecture de cette statistique : la forte proportion des faits dans lesquels la cause de la paralysie reste indéterminée. Ainsi, sur les 150 faits en question, l'interprétation pathogénique ne fut possible que 85 fois.

46 fois la paralysie siégeait à droite, 92 fois à gauche ; 12 fois elle se montra bilatérale.

106 cas se rapportent à des hommes et 44 à des femmes.

Parmi les 24 cas où il s'agissait d'un anévrysme aortique figurent 2 femmes et, parmi les 14 cas d'engorgement ganglionnaire scrofuleux, 9 hommes.

L'auteur insiste sur la coïncidence de la paralysie du voile du palais observée du même côté que la paralysie laryngée, fait intéressant non mentionné avant lui et noté par lui 10 fois sur le total de 150 cas dont se compose sa statistique et une fois de plus sur le malade dont la très curieuse observation fait l'objet du second chapitre de son travail.

Voici ce fait rapidement résumé :

Un paysan, âgé de 49 ans, qui, jusque-là, n'avait présenté aucun trouble nerveux, est aspergé d'eau froide pendant qu'il prend une part active aux manœuvres d'extinction d'un incendie. Dès le lendemain, apparition première et développement progressif de symptômes nerveux complexes dont voici l'énumération sommaire : raucité vocale causée par une paralysie de la corde vocale gauche, hémianesthésie et hémianalgésie gauches, occupant les muqueuses supérieures et l'enveloppe cutanée, à l'exception d'une portion du membre inférieur, avec conservation de la sensibilité à la température ; parésie pupillaire gauche, paralysie de la moitié gauche du voile du palais ; notable diminution de la force musculaire du bras gauche ; exagération du réflexe patellaire du même côté, différence de température de 1 degré centigrade entre les deux moitiés du corps (ce qui exclut l'hypothèse d'une simulation) ; enfin hoquet rebelle. Notons aussi un signe négatif qui a ici son importance : l'absence d'une diminution concentrique du champ visuel et d'une hémiopie.

Après s'être vainement creusé la tête pour parvenir à rattacher ce faisceau de manifestations nerveuses disparates à une cause unique (névrose ou lésion en foyer) et avoir recouru sans succès à un certain nombre de moyens thérapeutiques, l'auteur s'adressa à son collègue le Dr Edinger pour tenter (sans grand espoir d'ailleurs) l'effet de la suggestion. Or le résultat de cette épreuve fut réellement magique : tous les symptômes précédemment énumérés disparurent comme par enchantement, à l'exception de la paralysie de la moitié gauche du larynx et du voile du palais.

D'où l'auteur conclut qu'on a eu affaire dans ce remarquable cas à une coïncidence de deux ordres de phénomènes distincts : les uns ne pouvant être attribués qu'à l'hystérie, les autres produits au contraire par une lésion affectant les filets moteurs de la moitié gauche du voile du palais et du larynx.

C'est à cette dernière particularité : coïncidence de la paralysie d'une moitié du voile du palais avec celle du même côté du larynx, que l'auteur consacre la dernière partie de son travail, et il nous donne l'histoire résumée des dix malades (indépendamment du précédent) chez lesquels cette double paralysie a été relevée par lui.

Dans les observations I, V, VIII et X, les malades ne purent être soumis à un examen suffisamment approfondi et la cause de la paralysie resta indéterminée.

Le malade II avait éprouvé précédemment une attaque d'apoplexie cérébrale qui d'ailleurs avait épargné la motilité des cordes vocales ; on ne peut donc affirmer que la paralysie fût de cause centrale.

Le malade IV présentait des engorgements ganglionnaires strumeux qui firent songer à la possibilité d'une compression du nerf vague.

Dans l'observation VI, on put reconnaître aux accidents palato-laryngés une origine bulinaire.

Dans l'observation VI, de même que dans l'observation II, ces accidents survinrent peu de temps après une apoplexie cérébrale, mais en outre dans le cours d'une psychose consécutive à cette attaque.

Enfin le malade X présenta ultérieurement les signes manifestes d'un anévrisme.

A ces faits, évidemment fort intéressants, il manque malheureusement l'autopsie, mais l'auteur qui est le premier à faire remarquer cette lacune, exprime l'espérance légitime qu'ils serviront de point de départ à des constatations cliniques semblables qui recevront tôt ou tard le contrôle de l'autopsie pathologique.

LUC.

**A case of thyrectomie in a child eighteen months old. (Un cas de thyrotomie chez un enfant âgé de 18 mois)**, par CLINTON WAGNER, de New-York. In *New York med. Journ.*, 7 novembre 1891, p. 512.

L'auteur fait remarquer que l'enfant dont il s'agit est le plus jeune qui ait subi jusqu'ici cette opération.

Cet enfant demeuré très chétif à la suite de mauvais soins présentait depuis trois mois un enrouement compliqué d'une dyspnée dont la cause put être rapportée au larynx malgré l'impossibilité de l'examen laryngoscopique. A un moment donné, la trachéotomie dut être pratiquée. Quinze jours plus tard, l'état général étant suffisamment relevé, W. se décida à exécuter la thyrotomie, pratiquant une incision qui partait du bord supérieur du cartilage thyroïde pour rejoindre inférieurement l'incision trachéale.

Il découvrit alors, sur la partie postérieure de la corde vocale gauche, un papillome ayant les dimensions d'un petit pois dont il pratiqua l'extraction. Cela fait, il résolut de ne retirer la canule trachéale qu'après que l'épreuve d'un certain laps de temps lui aurait prouvé que l'obstacle à la respiration laryngée avait été définitivement supprimé. La canule fut donc laissée dans la trachée, mais on y adapta un obturateur, de telle sorte que l'air devait forcément passer à travers le larynx. Dix jours après l'opération, l'enfant fut emmené par ses parents adoptifs. Ultérieurement une maladie empêcha l'auteur de retirer définitivement la canule

à une époque où la chose eût pu avoir lieu sans inconvénients. Cependant l'enfant continuait de bien respirer malgré l'obturation de sa canule et la voix s'améliorait graduellement. Onze mois après l'opération, au moment où les parents se disposaient à ramener l'enfant au Dr W. pour l'extraction définitive de la canule, le petit opéré succomba à une attaque de grippe, maladie qui sévissait épidémiquement dans la région.

LUC.

**A toy balloon in the trachea. Removal. (Petit ballon dans la trachée. Extraction),** par le Dr W. C. GLASGOW. In *The N. Y. Med. Journ.*, 24 octobre 1891, p. 460.

Le 22 avril, une enfant de 8 ans est amenée à la polyclinique, ayant avalé, deux heures auparavant, un de ces petits ballons à embouchure de bois qui servent de jouets. Il paraissait d'abord impossible de croire le dire de son entourage, tant sa respiration était normale, quand l'examen de la gorge provoqua un tel accès de suffocation que l'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie. Elle fut faite aussi bas que possible par le Dr Dixon. La respiration reprit son caractère normal pendant les quelques jours qui suivirent l'opération ; le cinquième jour, l'enfant eut plusieurs quintes de toux avec menace de suffocation. Pendant un de ces accès, il se présenta au niveau de la plaie trachéale un morceau de caoutchouc rouge qui fut saisi avec une pince et, par des tractions douces, le ballon entier fut bientôt extrait de la trachée, mais l'embouchure en bois était restée dans la plaie. Comme elle était de dimensions trop grandes pour pouvoir être extraite par la plaie trachéale, on la fit passer à travers la glotte et on la retira par la bouche.

Le jour suivant il y avait de l'emphysème sur toute la partie antérieure de la poitrine.

GOULY.

**Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs,** par le Dr NICHAISE. *Revue de chirurgie*, août 1891.

L'auteur établit dans ce travail fort intéressant que la trachée ne doit pas être assimilée seulement à un tuyau simple qui conduit l'air sur la glotte pendant la rétraction du poumon.

La trachée, on le sait, pendant la respiration calme, est à l'état de rétraction minima et les anneaux cartilagineux se touchent par leurs bords. La glotte reste béeante. Au contraire dans le chant, le cri, etc., il se produit un déplissement de la trachée permettant sa dilatation et la mise en œuvre de sa contractilité et de son élasticité.

La trachée est donc un organe actif qui joue son rôle dans la production de la voix et du chant.

Elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration, s'allonge et se dilate pendant l'expiration. La dilatation, en rapport avec le degré de rétrécissement de la glotte et la puissance de l'expiration, est produite par la pression de l'air intra-trachéal repoussé par les fosses expiratrices.

La dilatation met en jeu la contractilité de la trachée qui comprimant l'air qu'elle contient joue un rôle dans la production des sons.

La trachée distendue tend continuellement à reprendre son diamètre normal, sans pouvoir y arriver à cause des cartilages. Elle présente des variations incessantes de diamètre en rapport avec les deux temps de la respiration et la force de la tension de l'air intra-trachéal ; ces mouvements de dilatation et de resserrement sont rythmiques et synchrones avec l'inspiration et l'expiration, dans certains cas, par exemple dans le chant régulier ; ou bien le tracé de ces mouvements est irrégulier, ce qui indique des changements rapides dans la pression intra-trachéale que la contractilité et l'élasticité de la trachée peuvent corriger.

La rétraction de la trachée se fait lentement après sa dilatation qui est constante tant que le larynx fonctionne ; d'ailleurs la voix est impossible si la trachée et les bronches sont contractées.

La trachée n'est donc pas un tube inerte, mais un tube élastique qui joue un rôle dans la production des sons et sa dilatation qui s'accompagne d'une élévation du larynx est considérable dans les sons aigus où la tension intra-trachéale est fort élevée.

Par son élasticité et sa contractilité, elle augmente et maintient la tension de l'air ; sa contraction, douce, continue est involontaire ; la force de contraction varie avec le degré de dilatation de l'organe. La tension dépend de la contraction de la trachée et de celle des muscles expirateurs qui chassent l'air vers la glotte.

S'il n'y a pas harmonie entre les muscles expirateurs, les fonctions des muscles du larynx et celles de la trachée, il y a des troubles dans l'émission des sons.

Les altérations de la trachée se traduisent surtout par des troubles dans l'intensité des sons et dans leur timbre. L'émission du son est donc moins intense, des notes manquent, etc. C'est ce qu'on observe chez les gens âgés chez lesquels les anneaux trachéaux sont moins élastiques, et la portion membraneuse mince et flasque. Il en est de même dans les cas de sclérose de la trachée. Chez les crieurs la trachée peut se dilater : il en résulte une dilatation persistante, une sorte d'anévrysme trachéal qui pourra être plus considérable et constituera le trachéocèle.

Dans tous ces cas de dilatation, quand la portion membraneuse a perdu sa contractilité et son élasticité, la trachée agit moins sur l'air contenu, sa tension est moins modifiée, la voix est faible, le chant parfait impossible.

Il résulte donc des lignes précédentes que le rôle de la trachée dans l'émission des sons est très important et que bien des troubles de la voix attribués à tort uniquement à des lésions des cordes vocales, sont imputables à des altérations trachéales.

DELPORTE.

**Corps étranger de la trachée extrait par trachéotomie. Société de chirurgie, séance du 20 mai, d'après le Bulletin médical.**

Un jeune garçon de 13 ans, avala un ressort en cuivre employé par les blanchisseuses à maintenir le linge étendu pour sécher. Accidents dyspnéiques ; le laryngoscope montra le ressort au niveau du larynx, mais les parents refusèrent la trachéotomie.

Les accidents se calmèrent, mais, neuf mois après, la dyspnée devint si violente qu'il fallut opérer. Le chloroforme ne put être supporté. La trachée ouverte, on tenta avec un davier d'extraire le corps étranger qu'on sentait à la partie supérieure de ce canal, à l'aide d'un stylet. Il fallut agrandir l'incision aux dépens du cricoïde et de la membrane crico-thyroïdienne en respectant l'isthme du corps thyroïde. On trouva le ressort de cuivre au-dessous des cordes vocales inférieures fixé par des replis de la muqueuse qui l'enchâssait. Résection de ces replis, extraction du ressort. Guérison en neuf jours.

Il reste maintenant une certaine gêne de la respiration, surtout pendant les efforts, ce que l'on peut expliquer par les modifications de texture consécutifs à l'abrasion de la muqueuse.

DELPORTE.

**Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie pour croup ; deuxième trachéotomie ; guérison, par le Dr REVILLIOD, d'après le Bulletin médical, 21 octobre 1891.**

Observation de M. Revilliod concernant un enfant de 2 ans, trachéotomie pour croup. Canule retirée le 7<sup>e</sup> jour. Santé parfaite pendant un mois, puis léger cornage qui, d'abord intermittent, devient permanent. On diagnostique un polype de la trachée.

Seconde trachéotomie, un mois après les premiers accidents dus au polype, commencée au galvano-cautère sous le chloroforme, terminée au bistouri, la respiration tout d'un coup se faisant très mal et l'enfant se

cyanosant. On extrait un polype gros comme un poïs moyen avec long pédicule, constitué par du tissu de granulation dû à la végétation de la cicatrice de la première trachéotomie. Guérison : canule enlevée au bout de trois jours.

M. Revilliod fait remarquer qu'il a fallu dans certains cas s'y reprendre à plusieurs fois pour enlever les polypes trachéaux ; une fois il fallut faire une troisième trachéotomie.

L'auteur recommande d'intervenir vite, sans chloroforme et au galvano-cautère. On peut ainsi explorer par la vue tout le champ opératoire, l'intérieur de la trachée, de façon à éloigner d'embrée les causes de sténose, à rendre immédiatement libre le passage de l'air au travers du larynx.

DELPORTE.

**Thyroïdite infectieuse.** *Société de chirurgie*, séance du 20 mai, d'après le *Bulletin médical*.

Dans la première de ces observations de MM. Ravel et Kümmer, il est question d'une jeune femme de 26 ans, portant un goître depuis 12 ans. Des phénomènes inflammatoires avec dyspnée étant survenus, on enlève la moitié droite du corps thyroïde ; pendant l'extirpation le nerf laryngé fut sectionné. Guérison.

Cette portion du corps thyroïde se composait de deux poches kystiques, l'une à contenu colloïde gélatineux, et l'autre à contenu purulent.

Présence du bacille d'Eberth : des cultures démontrent l'origine infectieuse de cette thyroïdite.

Kümmer préfère l'extirpation de la glande à la simple incision qui expose aux hémorragies ; l'extirpation doit être partielle.

La deuxième observation est celle d'une femme de 31 ans dont un goître antérieur avait subi à plusieurs grossesses une augmentation de volume. A la suite d'une 4<sup>e</sup> couche, mêmes phénomènes auxquels s'ajoutent des symptômes inflammatoires et dyspnéiques.

Guérison après extirpation de la moitié gauche du corps thyroïde. Il s'agissait d'un goître colloïde renfermant un abcès avec des streptocoques dans ses parois. Ces streptocoques, cause de la thyroïdite, s'étaient introduits dans l'organisme pendant l'accouchement.

DELPORTE.

**La intubazione della laryngea nel crup.** (L'intubation laryngée dans le croup), par le Dr EGIDI, de Rome et le professeur MASSEI, de Naples.

In *Giorn. intern. delle scienze med.*, anno XIII.

Du 1<sup>er</sup> avril 1889 au mois d'octobre 1890, Egidi a exécuté 30 fois l'intubation : 3 fois sur l'adulte, 27 fois sur l'enfant.

Des enfants, 21 étaient affectés de croup simple, 2 de croup consécutif à une angine couenneuse, 3 de croup consécutif à la rougeole, 1 de sténose laryngo-trachéale produite par des fongosités dues elles-mêmes au séjour prolongé d'une canule trachéale. Le plus jeune enfant ne comptait que 10 mois, 17 avaient de 1 à 3 ans, 9 de 3 à 5 ans. La guérison fut obtenue dans 4 cas de croup simple et dans le cas de fongosités consécutives à la trachéotomie. Les causes de mort furent l'infection générale ou l'extension de la maladie aux bronches, causes évidemment indépendantes de l'opération elle-même. 7 fois, la mort survint le 1<sup>er</sup> jour; 8 fois, le second; 4 fois, le 3<sup>e</sup>; 3 fois, le 4<sup>e</sup>.

A titre de comparaison, Egidi pratiqua dans le même espace de temps, alternativement avec les intubations, 15 trachéotomies, soumettant à cette opération 10 enfants affectés de croup simple et 5 dont le croup était secondaire à une angine couenneuse. Il n'obtint que 4 guérisons.

Vers la même époque, le professeur Massei pratiquait 6 intubations sur des enfants également atteints de croup et obtenait 3 guérisons.

Les deux auteurs n'ont pas observé sur leurs opérés de dysphagie, même pour les liquides. L'expulsion spontanée du tube par la toux fut notée trois fois. Chez une enfant de 3 ans, cette expulsion se produisit 22 heures après l'opération et la réintroduction fut inutile.

Egidi aborde à ce propos la question de la date la plus opportune pour l'ablation définitive du tube et il arrive à cette conclusion qu'elle est éminemment variable suivant les cas.

Sur un enfant de 2 ans et demi pour qui les parents avaient réclamé l'ablation prématuée du tube, sa réintroduction fut rendue impossible par la constriction des mâchoires et l'asphyxie menaçante nécessita une trachéotomie rapide.

Une seconde statistique des mêmes auteurs, postérieure à octobre 1890, donna 2 guérisons seulement pour 20 nouvelles intubations pratiquées par Egidi et 1 guérison pour les 4 nouveaux cas de Massei; ce qui, en groupant les deux statistiques des deux médecins italiens, donne un total de 11 guérisons pour 57 intubations.

Le professeur Massei termine son travail par les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup>. L'intubation doit avoir sa place dans le traitement du croup et je n'exagère peut-être pas en disant que cela devient un devoir de le tenter.

2<sup>o</sup>. Elle est indiquée toutes les fois que les moyens habituels précédemment mis en œuvre ont été impuissants à prévenir ou à conjurer la sténose laryngée; autrement dit, dans les circonstances où jusqu'ici les médecins non prévenus contre la trachéotomie conseillaient cette dernière opération.

3<sup>o</sup> L'intubation peut échouer, mais il est certainement des cas où elle a permis d'éviter la trachéotomie.

4<sup>o</sup> Aussi, pour accréditer la nouvelle méthode et sauvegarder sa propre responsabilité, doit-on, dans la pratique privée, commencer par obtenir des parents l'autorisation de pratiquer la trachéotomie, mais réservé cette opération comme une ressource ultime et commencer toujours par tenter l'intubation.

5<sup>o</sup> On peut dire de l'intubation comme de la trachéotomie qu'elle a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est pratiquée plus tôt ; mais, toutes choses égales d'ailleurs, l'intubation pourrait encore être tentée alors qu'il est trop tard pour recourir à la trachéotomie, quand, par exemple, l'envahissement du pharynx par les fausses membranes constituent une contre-indication à cette dernière. D'autre part, on n'oubliera pas que l'introduction d'un tube dans les voies aériennes *in extremis* peut provoquer l'arrêt de la respiration et la mort.

6<sup>o</sup> Il résulte de ces considérations que la sphère des indications est un peu plus vaste pour l'intubation que pour la trachéotomie, mais que le moment le plus propice pour intervenir est le même pour les deux opérations.

7<sup>o</sup> L'intubation peut être utilisée comme moyen de diagnostic pour certaines sténoses laryngées de l'enfance, difficiles à interpréter.

8<sup>o</sup> Grâce au perfectionnement des tubes laryngés on est autorisé à espérer la disparition de quelques-uns des inconvénients reprochés à l'intubation.

LUC.

**Tumeurs fibreuses pré-épiglottiques**, par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles. *Annales des maladies de l'oreille*, sept. 1891.

Il s'agit d'une femme qui présentait en avant de l'épiglotte, sur la partie postérieure de la base de la langue, trois tumeurs dont l'une avait le volume d'une petite noix. Leur coloration était identique à celle de la muqueuse voisine, la consistance fibreuse, la surface lisse. L'épiglotte suivait les mouvements de la plus grosse des tumeurs. Pas de ganglions. Amaigrissement. Raucité de la voix. Larynx normal.

L'extirpation des tumeurs fut faite directement sous le doigt servant de guide à l'aide de la pince coupante de Gougenheim.

Immédiatement après l'opération, la malade parle plus facilement.

Cette tumeur était formée de tissu fibreux peu serré, avec quelques cellules de tissu conjonctif et des vaisseaux ; en somme, il s'agissait d'une tumeur fibreuse pré-épiglottique.

DELPORTE.

**Heureux effets de la pilocarpine dans un cas d'œdème de la glotte,**  
par SUAREZ DE MENDOZA. *Revue de laryngologie*, 15 août 1891.

Il s'agit ici d'une observation dans laquelle le malade sur le point d'être trachéotomisé aurait été guéri par des injections de pilocarpine. La solution était à 5 0/0; la quantité injectée fut de 25 milligr. en trois injections.

DELPORTE.

**Sténose de la trachée et du larynx par compression**, par M. le Dr SCHIFFERS. *Revue de laryngologie*, 1<sup>er</sup> octobre 1891.

Dans cette observation il s'agit d'un malade qui, depuis deux mois et demi, était atteint de dyspnée progressive avec exacerbation, de toux avec expectoration peu marquée, enfin de raucité de la voix avec sensation de corps étranger dans le larynx. Ganglions durs dans les régions sus-claviculaires. Matité dans la fosse sus-claviculaire droite, dans les deux premiers espaces intercostaux: submatité dans la fosse sous-claviculaire gauche, et dans les fosses sus-épineuses. Le murmure vésiculaire n'est pas perçu en avant dans les premiers espaces.

Immobilité de la corde vocale inférieure gauche, luxation de l'aryté-noïde gauche, le sinus pyriforme de ce côté est peu visible, sa paroi semble infiltrée.

A l'autopsie on trouve un carcinome du médiastin avec de nombreux ganglions comprimant la trachée et la bronche gauche. DELPORTE.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**The treatment of hypertrophied tonsils. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales)**, par le Dr CLAS. H. KNIGHT. In *The Journ. of the Amer. med. Association*, 10 octobre 1891, p. 538.

Après avoir passé en revue les différents traitements proposés pour remédier à l'hypertrophie des amygdales, l'auteur est d'avis que le plus sûr de tous est l'amygdalotomie faite avec le tonsillotome de Mackenzie. Les hémorragies graves consécutives à cette opération sont très rares, et, dit le Dr Knight, sont plus à redouter lorsque l'amygdale est pâle, fibreuse, que lorsqu'elle est très vasculaire. Dans le premier cas, l'augmentation considérable du tissu connectif de l'amygdale maintient les vaisseaux ouverts et s'oppose à la formation d'un caillot, tandis que dans le second la rétraction énergique des vaisseaux arrête rapidement l'écoulement du sang.

GOULY.

**Fish-bone embedded in the base of the tongue. (Arête de poisson fichée à la base de la langue),** par le Dr A. M. SHANE. In *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, octobre 1891, p. 251.

Un nègre âgé de 38 ans, se présente à la Clinique le 15 août 1891, se plaignant de dysphagie intense survenue 14 jours auparavant et provoquée par une arête de poisson qu'il avait avalée à ce moment. La gorge était très douloureuse, la déglutition presque impossible. Après avoir fortement cocaïnisé la région on fit l'examen laryngoscopique et l'on découvrit une ulcération élevée, ronde sur la paroi droite du pharynx. Il existait à la base de la langue une masse de muco-pus en avant de l'épiglotte. Le pus une fois enlevé, et la langue fortement tirée en avant, on put apercevoir le corps étranger, blanchâtre, faisant saillie à la base de la langue, et de son extrémité aiguë grattant la paroi du pharynx et ayant ainsi déterminé l'ulcération qu'on y remarquait. Le corps étranger fut enlevé au moyen du forceps de Fränkel, et le malade immédiatement soulagé.

GOUŁY.

**Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal,** par le Dr L. ROUSSEAU (de Bruxelles). In *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 1<sup>er</sup> juin 1891, p. 335.

L'auteur se sert pour enlever les végétations adénoïdes, avec toutes les chances possibles d'éviter l'hémorragie et les accidents infectieux ou inflammatoires, d'un fil de platine rougi. Les curettes sont au nombre de deux. La première, destinée à la base du crâne, à la paroi postérieure du pharynx rappelle la curette de Gottstein dont la partie tranchante aurait été remplacée par un fil de platine. La seconde, destinée aux parois latérales, se rapproche de la curette de Hartmann. Ces instruments s'adaptent à la poignée galvanocaustique de Scheck. La curette pour la voûte et la paroi postérieure du pharynx exige un débit de 17 à 18 millampères et 2<sup>v</sup>,375, celle qui sert pour la paroi latérale exige 31 millampères.

Le manuel opératoire est le suivant :

Après avoir assuré l'antisepsie de la région, et fait l'anesthésie avec le chloroforme ou la cocaïne, on abaisse fortement la langue, et le fond de la gorge bien en lumière, on introduit la curette électrique de la même façon que les curettes ordinaires, en ayant soin que le fil de platine soit dans toute son étendue intimement en rapport avec la muqueuse.

On fait ensuite passer le courant. Le passage du courant sera indiqué par le crémant produit par le fil incandescent auquel on imprime alors un mouvement de haut en bas de façon à raser toute la muqueuse; puis, sans retirer l'instrument, ayant seulement interrompu le courant, on fera un second et un troisième curetage jusqu'à ce que toutes les végétations aient été enlevées.

L'instrument est facile à manier, et présente tous les avantages des méthodes galyanocaustiques.

GOULEY.

#### Végétations adénoïdes du pharynx nasal. Récidives sarcomateuses.

**Mort subite**, par le Dr DELIE, d'Ypres. *Revue de laryngologie*, 15 septembre 1891.

Cette observation intéressante est celle d'un jeune garçon de 13 ans, qui, opéré pour des végétations adénoïdes, présentait, 5 mois après cette opération dans le pharynx nasal, une tumeur molle, légèrement bleuâtre saignante, s'avancant dans les fosses nasales. Epistaxis fréquentes.

Le microscope conclut alors à du tissu adénoïde hypertrophié simple.

Cette tumeur extirpée, se reproduisit un mois plus tard et fut de nouveau opérée.

Nouvelle récidive, le mois suivant, l'enfant fut alors traité par l'électrolyse et l'examen micrographique révéla un sarcome globo-cellulaire.

La tumeur fit le mois suivant des progrès effrayants et la mort se produisit alors subitement.

L'auteur conclut que les végétations peuvent récidiver, que les récidives de ces végétations doivent faire redouter la transformation du néoplasme, que les hémorragies les plus fréquentes n'accompagnent pas toujours les sarcomes les plus nets.

DELPORTE.

#### Les kystes de la voûte du pharynx, par le Dr RAULIN (de Marseille), *Revue de laryngologie*, 1<sup>er</sup> septembre 1891.

Dans ce travail très complet, l'auteur établit que les kystes ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le conclure. Ils se voient surtout chez l'homme et à l'âge moyen; toutes les causes qui peuvent entraîner le catarrhe chronique du naso-pharynx et l'hypertrophie suivie de l'atrophie de la troisième amygdales sont incriminés pour l'étiologie.

Uniques ou multiples, de la grosseur d'un grain de riz à celle d'un œuf de poule, ils s'insèrent sous la voûte du pharynx. Leur couleur est gris

jaunâtre ; la cavité uni- ou multiloculaire ; le contenu muqueux, transparent, jaune, gris ou incolore.

Microscopiquement le contenu peut être divisé en plusieurs types :

1<sup>o</sup> Couches concentriques de mucine ou un fin réseau avec granulations de mucine.

2<sup>o</sup> Liquide contenant des globules rouges, des globules du pus, des grains d'hématoïdine, des cellules polygonales avec prolongements anastomosés, des cellules cubiques, cylindriques avec ou sans cils.

3<sup>o</sup> Liquide avec débris épithéliaux, cristaux de cholestérol, d'acide gras, gouttes de graisse, etc.

4<sup>o</sup> Une pâte avec corpuscules calcaires ressemblant à de la bouillie athéromateuse.

La poche se compose d'une paroi conjonctive avec un épithélium externe cylindrique avec ou sans cils, cubique ou pavimenteux, et un épithélium interne, cylindrique, avec cils reposant sur une couche de cellules cubiques ; ou bien le revêtement a disparu et il ne reste qu'un épithélium cubique ; ou l'épithélium est cylindrique sur certains points, cubique sur d'autres ; ou encore il n'y a pas d'épithélium.

Ces diverses couches sont placées les unes par rapport aux autres selon deux types en allant de dedans en dehors, au niveau du pédicule.

1<sup>o</sup> Epithélium cylindrique à cils ; 2<sup>o</sup> membrane intercalaire ; 3<sup>o</sup> couche de tissu adénoïde ; 4<sup>o</sup> tissu conjonctif.

2<sup>o</sup> Type. Epithélium cubique ; tissu conjonctif ; tissu adénoïde ; c'est donc l'inverse du premier type où le tissu conjonctif est sous-jacent au tissu adénoïde.

L'auteur explique la formation de ces kystes par les transformations de la muqueuse du naso-pharynx atteint de catarrhe chronique et celles du tissu adénoïde en voie d'atrophie.

1<sup>er</sup> mode de formation. Les érosions de la muqueuse facilitent l'accrolement de débâcles d'ettes de tissu adénoïde, d'où fermeture des sillons et formation de sacs ; les glandes qui s'y abouchent sont en état de rétention.

2<sup>o</sup> Origine glandulaire dans certains cas par suite de l'étranglement des conduits glandulaires par des liens fibreux.

3<sup>o</sup> Quand il existe des cavités sans poches creusées dans le tissu adénoïde, les lacunes sont dues à la raréfaction de ce tissu.

Le point de départ du kyste s'établit surtout par la structure de la poche. Si le tissu adénoïde est au-dessus de la couche fibreuse, c'est le premier mode de formation ; il y a au contraire origine glandulaire, si la couche conjonctive repose sur le tissu adénoïde.

Les symptômes subjectifs *in situ* n'ont rien de caractéristique, il en est de même des symptômes de voisinage, enciffrément, surdité, bourdonnements, troubles de la voix (perte de notes élevées).

Les symptômes à distance sont des céphalées fronto-occipitales, des douleurs dans le cou, la poitrine, etc., des nausées, des quintes de toux sèche, de l'asthme.

Par la rhinoscopie postérieure on constate sur la ligne médiane ou les parties latérales, soit une saillie variant de la grosseur d'un grain de riz à celle d'un œuf de poule ; parfois, autour de cette saillie, se voient de petites élevures saillantes à la surface du tissu adénoïde atrophié. Le toucher révèle de la fluctuation.

La marche est très lente. Le pronostic est bénin.

Il y a lieu de distinguer ces lésions d'avec les myxomes kystiques.

Si les kystes sont petits, mêlés à du tissu adénoïde, il faut les enlever avec l'adénotome. On peut aussi produire une escharre en ouvrant la poche avec le galvano-cautère rétro-nasal, ou enlever la tumeur avec l'anse galvano-caustique introduite par les voies buccales ou nasales. L'auteur préfère sectionner la poche avec la pince rétro-nasale emporte-pièce, suivie de la destruction pédicule avec le galvano-cautère.

#### DELPORTE.

**Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre, par le Dr SOLIS COHEN. Revue de laryngologie, 15 août 1891.**

Il s'agit d'un malade qui se plaignait d'une irritation à la gorge qu'il avait presque toujours éprouvée. La luette était considérable, enfermée dans un repli de membrane muqueuse en continuité avec les replis palatins antérieurs et s'étendant d'une amygdale à l'autre. La luette fut dégagée de la membrane exubérante, au moyen de ciseaux dentelés, par deux incisions en V.

#### DELPORTE.

**Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse, par le Dr RAGONEAU. Revue de laryngologie, 15 août 1891.**

Dans le cours d'une phthisie laryngée, le malade qui était en plus neurasthénique se plaignit d'une certaine paresse du voile du palais, avec sensation de constriction dans la région rétro-nasale et dysphagie. En outre la luette était formée de deux lobes assez gros, réuniformes avec sillon médian ; chacun des lobes présentait en son centre un tubercule jaune

entouré de granulations miliaires brun clair. Cautérisation au galvano-cautère, au chlorure de zinc (3/30), à l'acide lactique 20/30.

Les accidents ont diminué ; il reste de la dysphagie et un peu de parésie du voile palatin.

DELPORTE.

#### IV. — OREILLES

**Chronic non-suppurative inflammation of the middle ear. (Inflammation chronique non suppurative de l'oreille moyenne)**, par le Dr DENCH, de New-York. In *The New-York med. Journ.*, 26 septembre 1891.

Dans ce travail basé sur 38 observations, l'auteur étudie les conditions spéciales qui peuvent assurer quelques chances de succès au traitement de cette affection généralement considérée comme incurable.

Un premier point important est la précocité du début de ce traitement et par conséquent la précocité du diagnostic. A ce point de vue, D. recommande l'épreuve de l'audition par l'air et par les os, au moyen de diapasons de tonalité différente. Il arrivera souvent que chez un sujet dont l'audition paraît normale et dont le tympan ne révèle objectivement aucune modification, le résultat négatif de l'épreuve de Rinne pratiquée au moyen d'un diapason à tonalité grave (C<sub>1</sub>) révèlera un début d'otite sèche. D'après l'auteur, tant que l'épreuve de Rinne reste positive pour le diapason le plus élevé (C<sub>4</sub>) le traitement conservera quelques chances de succès.

Le jeune âge des sujets constituerait un autre facteur favorable au point de vue du pronostic. Chez un garçon de 14 ans qui n'entendait plus la voix chuchotée qu'à la distance de 12 pouces on obtint à peu près une restauration complète de l'ouïe ; pourtant, dans ce cas, l'épreuve de Rinne était positive avec tous les diapasons, ce qui, étant donné le faible pouvoir auditif, semblait pouvoir impliquer une lésion de l'appareil de réception ; l'auteur pense qu'il n'existe pas à proprement parler de lésion du labyrinthe, mais simplement des modifications de tension de ce dernier consécutivement aux lésions de l'oreille moyenne. Le tympan présentait d'ailleurs quelques modifications d'aspect.

La coexistence de lésions pharyngiennes, surtout s'il existe des signes d'imperméabilité, constitue encore un encouragement pour les tentatives de traitement. On doit songer à cette origine de la maladie quand les

malades accusent une aggravation de leur état, à la suite d'un refroidissement.

Sur vingt-huit cas où un traitement a été entrepris, D. aurait obtenu 22 améliorations et 6 guérisons. Trois seraient restés non modifiés et un aurait été aggravé.

Comme mode de traitement, l'auteur n'a malheureusement rien de bien nouveau à nous proposer. Nous retombons avec lui dans l'éternelle douche d'air compliquée ou non d'insufflations médicamenteuses. Contre les bourdonnements il recommande la ténotomie du muscle interne du marteau, la section de l'articulation de l'enclume avec l'étrier, la rupture des brides adhésives. Enfin, il prétend opérer un massage efficace de la chaîne des osselets au moyen de l'otophone de Maloney qui paraît être une simple variété de cornet acoustique, permettant à l'appareil de transmission, par un exercice journalier, de ne pas perdre l'habitude des diverses vibrations correspondant aux différents sons vocaux.

LUC.

**Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen membran.** (Du traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne avec perforation de la membrane de Shrapnell), par le professeur J. GRUBER, de Vienne. In *Allgem. Wiener med. Zeitung*, XXXVI. Jahrgang, 1891.

L'auteur recommande l'introduction dans le foyer, à travers la perforation, d'une petite boulette d'ouate hydrophile imprégnée d'iodoforme.

Le tampon est introduit au moyen d'une pince spéciale imaginée par l'auteur et son extraction est assurée au moyen d'un fil maintenu dans le conduit.

Le renouvellement du tampon n'est opéré qu'au fur et à mesure qu'il paraît imprégné par la suppuration. On voit celle-ci se tarir peu à peu. Quand le foyer se montre complètement desséché, on se contente d'appliquer un tampon d'ouate à la surface du tympan pour prévenir la pénétration de nouveaux germes infectieux dans la cavité de Shrapnell. Ce mode de traitement inspiré de la méthode de Löwe (comme le reconnaît d'ailleurs l'auteur), suppose une désinfection préalable du foyer par des lavages minutieux et un curetage des granulations polypeuses dont on aurait constaté la présence au niveau de la perforation.

G. donne l'observation de deux malades rapidement et radicalement guéris par ce procédé.

LUC.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traitemen** de l'amygdalite lacunaire chronique par la discussion des amygdales, par le Dr A. GAMPERT. Thèse de Paris, 1891. Steinheil, édit.

L'amygdalite lacunaire chronique est une inflammation chronique des amygdales causée et entretenue par l'accumulation dans les lacunes, de masses caséeuses dans la composition desquelles entrent des éléments normaux (cellules desquamées, leucocytes) et des éléments anormaux (microbes, leptothrix, etc.).

Les symptômes ordinaires de cette affection sont : une gêne dans la gorge qui se manifeste au moment de la déglutition de la salive, une douleur dans l'oreille correspondante, des accès de toux irréguliers, de l'odeur fétide de l'haleine, et un goût infect perçu dans l'arrière-bouche. La voix est souvent intéressée : les amygdales grosses, enflammées, ou les amygdales enchatonnées, incluses, soudées à un ou deux piliers, gênent le fonctionnement du voile du palais, et ces tiraillements du voile et des piliers retentissent de la façon la plus fâcheuse sur le larynx.

L'aspect du pharynx est assez variable : tantôt les amygdales sont grosses, rouges, dépassant les piliers, tantôt elles sont peu développées, cachées entre les piliers. Les grosses amygdales sont distendues par des masses blanchâtres accumulées dans les lacunes ; il n'y a pas hypertrophie véritable de tissu adénoïde : c'est une augmentation de volume par distension des cavités et œdème inflammatoire. Quand les amygdales sont petites, il est deux points qu'il faut explorer avec soin : le premier est cette vaste crypte dont l'orifice est recouvert par le pilier antérieur ; le second est l'extrémité supérieure de l'amygdale qui est cachée dans l'intervalle des piliers et répond à l'excavation sus-amygdalienne.

La marche de cette affection est essentiellement chronique ; d'un diagnostic en général assez facile, l'amygdalite lacunaire est une maladie plutôt bénigne.

Le manuel opératoire est le suivant :

L'opérateur se place bien en face du malade, éclaire la gorge, abaisse la langue, puis engage l'extrémité mousse du crochet (crochet à strabisme) dans un orifice et cherche à le faire ressortir par un autre ou à travers

le tissu dans un point voisin. On tire à soi le tissu friable compris dans la concavité du crochet. Celui-ci cède et la lacune béante laisse échapper des concrétions qui sont crachées par le malade.

Quand on ne réussit pas avec le crochet mousse on prend un crochet pointu. Après avoir ouvert plusieurs cryptes, on laisse reposer le malade pendant huit jours et l'on recommence alors la même opération. Il faut quelquefois dix séances pour arriver à un résultat.

Pour éviter la réunion des parties discisées, on fait après la discussion un badigeonnage des surfaces saignantes avec le mélange suivant.

Iode métalloïde. . . . .	0,20 centigr.
Iodure de potassium. . . . .	0,50 »
Glycérine. . . . .	50 — gr.
Eau. . . . .	10 —

Enfin, l'on prescrit un gargarisme boriqué le premier jour et un gargarisme iodé les jours suivants.

GOULY.

**Krankheits-und Behandlungslehre der Nasen-Mund-und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre**, par le Dr MAXIMILIAN BRESGEN, de Francfort a. M., 2<sup>e</sup> édition ornée de 166 gravures (à Vienne et à Leipzig, chez Urban et Schwarzenberg, 1891).

La première édition de ce traité a paru en octobre 1883. Les nombreux progrès réalisés depuis lors dans notre spécialité ont décidé l'auteur à en publier une seconde qui répondit à l'état actuel de nos connaissances.

Ce volume qui compte plus de 400 pages est divisé en trois parties : la première consacrée à l'anatomie et à la physiologie des organes en question, la seconde renfermant des considérations générales sur l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique des affections dont ces organes peuvent être le siège et sur les modes d'exploration connus jusqu'ici.

Enfin, dans la troisième, de beaucoup la plus considérable, l'auteur étudie en particulier et successivement la pathologie des fosses nasales et de leur cavités accessoires, celles de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée.

Chaque chapitre est suivi d'une liste des travaux publiés sur la matière en Allemagne et dans les autres pays, en sorte que le lecteur peut trouver dans ce consciencieux ouvrage une bibliographie très

complète englobant toutes les publications parues depuis les origines de la rhinologie et de la laryngologie jusqu'au commencement de cette année.

LUC.

## OUVRAGES REÇUS

1<sup>o</sup> *Estudios clinicos sobre laryngologia, otologia y rinologia, su practica y enseñanza actual en Europa*, par le Dr RICARDO BOTEY, de Barcelone.

2<sup>o</sup> *Operative Entfernung eines durch misslungene Extractions versuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers*, par le professeur JOS. GRUBER, de Vienne.

3<sup>o</sup> *Die Späthnaht nach der künstlichen Eröffnung (Trepanation) des Warzenfortsatzes*, par le même.

4<sup>o</sup> *Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchölcherung der Schrapnell'schen Membran*, par le même.

5<sup>o</sup> *La diagnosi e la cura dell' Empiema dell' antro d'Highmoro*, par le Dr STRAZZA, de Gênes.

6<sup>o</sup> *Un caso di rinite cosiddetta caseosa o colesteatomatosa*, par le même.

7<sup>o</sup> *Traitemeint de l'amygdalite lacunaire chronique par la dissection des amygdales*, par le Dr A. GAMBERT. (Thèse de Paris, 1891.)

8<sup>o</sup> *Higiene del Oido*, par le professeur V. COZZOLINO, de Naples. Traduction espagnole du Dr RICARDO BOTEY, de Barcelone.

9<sup>o</sup> *La sordo-mudez y su curabilidad*, par le Dr D. PEDROS VENDOS Y MAURI, de Barcelone.

10<sup>o</sup> *Sifilide gommosa della Larynge*, par le Dr CAMILLO POLI.

11<sup>o</sup> *Günstige Heilerfolge mit dem Koch'schen Mittel bei beginnender Phtisis*, par le Dr ROSENFELD, de Stuttgart.

12<sup>o</sup> *Ueber das Vorhandensein von Geschmacksempfindung im Kehlkopf*, par le Dr P. MICHELSON, de Koenigsberg.

13<sup>o</sup> *Der Gegenspiegel*, par le Dr GUSTAVE KILLIAN, de Freiburg i. Breisgau.

14<sup>o</sup> *Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs*, par le Dr NICAISE, de Paris.

15<sup>e</sup> *De l'empyème latent de l'antre d'Highmore*, par le Dr J. MARCEL JEANTY (Bordeaux, 1891).

16<sup>e</sup> *Notiz über Lufthaltigkeit der Parotis*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

17<sup>e</sup> *Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung*, par le Dr GEORG AVELLIS, de Francfort-a-Mein.

18<sup>e</sup> *Phtisie laryngée*; par le Dr CUVILLIER, de Paris.

19<sup>e</sup> *Ueber die Erkrankungen der sogenannten Bursa pharyngea*, par le professeur CHIARI, de Vienne.

20<sup>e</sup> *Ueber einen bei keratomalacia infantum beobachteten Kapsel bacillus*, par le Dr LOEB, de Reichenhall.

21<sup>e</sup> *The etiology and treatment of atrophic rhinitis*, par le Dr JONATHAN WRIGHT, de Brooklyn.

22<sup>e</sup> *Tracheal syphilis with a report of two cases*, par le même.

23<sup>e</sup> *Notiz zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in Nase und Rachen*, par le Dr GUSTAVE KILLIAN, de Freiburg i. Br.

24<sup>e</sup> *Ueber die Classification und Ätiologie der Mittelohrentzündungen im allgemeinen*, par le Dr J. GRADENIGO, de Turin.

25<sup>e</sup> *Contribution à l'étude des otomycoses*, par le Dr F. SOULS, de Bordeaux.

26<sup>e</sup> *Quelques remarques sur les affections de l'oreille dans l'armée et la population civile*, par H. NIMIER, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

27<sup>e</sup> *Eine aseptische Injectionsspritze*, par le Dr W. HIRSCH, de Francfort-s.-M.

28<sup>e</sup> *Die laryngealen Störungen der tabes dorsalis*, par le Dr H. BURGER, d'Amsterdam.

29<sup>e</sup> *Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans*, par le Dr MARCEL NATIER, de Paris.

30<sup>e</sup> *Physiologie du nerf de l'espace*, par M. PIERRE BONNIER.

31<sup>e</sup> *De quelques accidents causés par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge*, par le Dr LUBET BARBON, de Paris.

32<sup>e</sup> *Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx*, par le Dr Paul RAUGÉ, de Challes.

33<sup>e</sup> *Aphonies et enrouements*, par le même.

---

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TUMEURS MALIGNES ÉPITHÉLIALES DES  
FOSSES NASALES

Par le D<sup>r</sup> **Robert Dreyfuss** (de Strasbourg).

La littérature n'a relativement fourni jusqu'à ce jour que peu de travaux concernant les tumeurs malignes épithéliales des cavités nasales ; leur anatomie et leur symptomatologie clinique n'y sont ébauchées qu'à grands traits. Dans les meilleurs traités des maladies du nez, elles sont classées parmi les tumeurs malignes du tissu conjonctif de la région ; c'est dire qu'elles n'y sont pas l'objet d'une étude spéciale approfondie. Ce n'est que dans ces derniers temps que, au fur et à mesure que nos connaissances sur ce point d'ailleurs encore obscur de la pathologie s'élargissaient, l'attention des spécialistes a été attirée sur une classe de néoplasmes qui diffèrent, il est vrai, des tumeurs en question par leurs caractères anatomiques, mais qui présentent avec elles une grande analogie, quant aux manifestations cliniques : j'entends par là les *papillomes durs* et les *verrues dures* de Hopmann 1) et de Buengner 2).

Voici tout d'abord l'histoire d'un cas de carcinome de la fosse nasale, que j'ai eu l'occasion d'observer :

Madame M. de B..., âgée de 64 ans, était déjà venue me consulter au mois d'avril 1891. Il s'agissait alors d'une érosion de la peau du conduit

auditif. J'avais aussi constaté, en l'examinant, que la malade était affectée d'une sécrétion fétide du nez ; mais, comme elle n'en était nullement incommodée, elle ne fut, de ce chef, soumise à aucun traitement. Elle revint me consulter, le 8 juillet 1891, au sujet d'un mal nouveau. Quelques jours auparavant, elle avait, en éternuant, expulsé un magma formé de pus fétide et de sang coagulé ; elle ressentait, en outre, depuis quelque temps, des douleurs au côté droit du front et dans l'occiput. Quant aux hémorragies, elle n'en avait pas constaté jusqu'alors.

Il résulte de l'anamnèse que la malade est affectée, depuis plus de trente ans (je n'ai pu obtenir des indications plus précises), d'un catarrhe nasal, compliqué d'une abondante sécrétion de pus, répandant toujours, au dire des parents de la malade, une odeur plus ou moins mauvaise : M<sup>me</sup> de B. est habituée, depuis des années, à aspirer, tous les jours, de l'eau fraîche de fontaine et à se nettoyer ainsi l'intérieur du nez. La fosse nasale gauche laisse libre passage à l'air, tandis que la droite est, depuis des années, presque toujours obstruée.

Les résultats de la rhinoscopie sont : à gauche, atrophie du cornet inférieur ; hypertrophie modérée, plus prononcée sur certains points, du cornet moyen, et déviation du septum vers la droite. Sur les deux cornets et à la base du nez, grande quantité de sécrétion purulente, d'une odeur infecte, pénétrante.

L'inspection du côté droit du nez est rendue très difficile par un éperon qui, commençant en avant, à la hauteur du cornet inférieur, remonte à pic en arrière et en haut, de telle sorte qu'il atteint, dès le milieu de la longueur du nez, à la hauteur du cornet moyen. En outre, un rebord osseux part latéralement de la crista nasalis et traverse l'orifice du nez pour aller aboutir au point d'insertion du cornet inférieur. Par suite de cette disposition, l'on ne pouvait voir du cornet inférieur que son extrémité antérieure, qui ne présentait d'ailleurs pas d'anomalie. La surface supérieure du cornet inférieur, tournée vers le méat moyen, présentait une hypertrophie modérée, l'extrémité antérieure du cornet moyen, une hypertrophie plus forte. Dans les parties moyenne et inférieure de la fosse nasale s'était amassée une quantité de sécrétion sanguinolente, de couleur verte et d'odeur fétide, et dont l'expulsion mit à nu, dans le méat moyen, vers l'hiatus semilunaris, un certain nombre de tumeurs rouges, lisses, de la grosseur d'un pois.

Lorsque, en vue de pratiquer la rhinoscopie postérieure, je demandai à la malade d'ouvrir la bouche, il se trouva que la mâchoire inférieure était entravée dans son mouvement, presque immobilisée ; fait que la malade

déclara exister depuis des années et qui rendit impossible la rhinoscopie postérieure.

Le toucher de la cavité naso-pharyngienne ne put non plus avoir lieu, le peu d'écartement des dents ne permettant pas l'introduction du doigt dans la bouche. L'inspection du voile palatin et du palais osseux ne révéla aucun état pathologique dans ces parties ; les glandes sous-maxillaires et cervicales ne présentaient pas de tuméfaction.

Voici les résultats de l'otoscopie : aspect trouble et rétraction des deux tympans ; perception auditive de la voie chuchotée à une distance de 3<sup>m</sup>,50 à 4<sup>m</sup>, pour l'oreille gauche ; de 2<sup>m</sup>,50, pour l'oreille droite ; perception par l'oreille droite du diapason Vertex ; Rinne positif des deux côtés ; puissance visuelle bonne pour les deux yeux.

Armé d'une anse froide et d'une pince à pansement, j'extirpai tout d'abord les petites tumeurs implantées sur la région de l'hiatus semilunaris, puis à l'aide de la sonde de Schaeffer, je pénétrai profondément jusqu'à ce que je touchasse un os rugueux dans la région de cellules ethmoidales. Le lavage (solution de sublimé à 1/5000), fait à l'aide de la canule de Baginsky, débarrassa la région en question d'une quantité de pus d'une odeur infecte. Mon premier diagnostic devait, conformément aux constatations faites, conclure à l'empyème et à la carie des cellules ethmoidales, provoqués par la rhinite purulente fétide, vieille déjà de plusieurs années. J'ordonnai d'abord des lavages avec une solution boriquée.

L'état de la malade ne s'améliora pas, les jours suivants. Elle continuait à ressentir des douleurs dans le front et une sensation de pesanteur dans l'occiput. Mais ce qui l'incommodait le plus, c'était une sécrétion fétide qui, toutes les fois qu'elle renversait la tête en arrière, lui coulait de la région naso-pharyngienne dans la gorge. Elle se plaignait, en outre, d'une sensation de tuméfaction et de pesanteur dans la mâchoire supérieure droite et dans les dents du côté droit.

Vu la persistance du mal, j'ouvris, le 23 juillet, à l'aide de la sonde de Schaeffer, le sinus sphéroidal droit et retirai, ce faisant, une quantité de pus d'une odeur infecte et des débris membraneux abondants. Je rencontrais aussi un os carié. J'ouvris, le même jour, le sinus frontal qui était également affecté d'empyème et je renouvelai le raclage des cellules ethmoidales.

Les particules furent enlevées à l'aide d'une curette. Celles du 8 juillet, aussi bien que celles du 28 juillet, se trouvaient être, sans exception, des granulations, ainsi qu'il résultait de l'examen microscopique. Le revête-

ment épithérial était fortement corné, et l'épithélium, irrégulièrement placé en divers endroits avait pénétré dans la profondeur du tissu. Toujours est-il que l'âge de la malade, l'étendue de la suppuration et la carie des os nous autorisaient à conclure à l'existence probable, dans la fosse nasale, d'une tumeur maligne, bien qu'aucune preuve positive ne militât en faveur de cette hypothèse.

L'inspection des régions supérieures du nez était rendue impossible, par suite de l'étroitesse de ce dernier, par la saillie très prononcée de l'épine ; la sonde introduite rencontra des masses molles qui saignaient facilement.

Le premier raclage eut pour résultat une amélioration de l'état général ; les douleurs dans l'occiput cessèrent, la douleur dans le front diminua ; mais bientôt les symptômes primitifs reparurent, surtout une sensation obtuse dans les dents de la partie droite de la mâchoire et une anesthésie nettement unilatérale de la joue gauche et de la lèvre supérieure, avec un léger œdème de la joue droite qui incommodaient à l'extrême la malade, déjà à bout de forces par suite d'un état dyspeptique résultant de la déglutition, pendant le sommeil, de la sécrétion fétide.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la malade ne pouvait pas ouvrir la bouche de manière à permettre l'éclairage par transparence de l'antre d'Highmore. Je voulus toutefois m'assurer si un empyème de cet antre n'avait pas échappé à mon observation. C'est par l'alvéole de la deuxième dent molaire extraite que j'ouvris l'antre, qui se montra intact. L'anesthésie unilatérale de la joue devait donc avoir une cause plus profonde qu'une infiltration œdémateuse possible du nerf sous-orbitaire dans son canal.

Enfin, le 24 août, je réussis à passer le doigt de force (et non sans le blesser) entre les dents et à palper dans la cavité naso-pharyngienne. Je rencontrais, du côté droit de la cavité, une tumeur dure dont j'enlevai, à l'aide de la pince à végétations adénoïdes, un morceau qui devait me servir pour établir mon diagnostic microscopique ; il ne révéla d'ailleurs pas de caractères de malignité. Je brûlai, en outre, la muqueuse du cornet inférieur afin de rendre l'examen oculaire plus facile. Le 31 août, j'enlevai de la région la plus élevée du nez, de la voûte nasale même, une tumeur de la grosseur d'une cerise, que je pus atteindre en remontant, avec l'anse galvano-caustique, le plus haut possible, et dont l'enlèvement ne fut suivi que d'une faible hémorragie. L'examen microscopique (2 septembre) de ce morceau vint confirmer mon hypothèse de l'existence d'un carcinome, ce que j'avais depuis longtemps soupçonné, sans en avoir la preuve péremptoire.

Il s'agissait, dès lors, de savoir si, vu le siège élevé, difficile à atteindre et dangereux, de la tumeur, l'essai d'une opération radicale ou seulement d'un curetage à fond pouvait être entrepris sans danger. M. le professeur Ledderhose que je consultai à ce sujet, se prononça contre toute autre opération radicale, alléguant, comme contre-indications, l'âge de la malade, son extrême faiblesse et, surtout, l'appréhension de l'éventualité de l'ouverture de la boîte crânienne. La malade elle-même, ainsi que ses parents, se prononça contre une intervention opératoire plus importante, en raison des résultats peu favorables que nous lui en pûmes promettre. Le traitement suivi dès lors fut purement palliatif.

9 septembre. L'escharre du cornet inférieur est tombée et l'on peut voir, dans son ensemble, toute la fosse nasale inférieure. A sa base apparaissent un certain nombre de nodules peu proéminents, d'un rouge pâle et de la grosseur d'un pois. Le sondage permet de constater que ces tumeurs sont de consistance dure et que la série en est terminée par une tumeur plus grande, de la grosseur d'une noix, située, d'ailleurs, en arrière, au point où le palais osseux se continue avec le voile palatin. Il existe une certaine analogie entre les néoplasmes et les papilles circumvallatae de la langue. Rien n'est visible par la bouche. Une ulcération profonde se montre, en outre, au dessous de l'extrémité postérieure du cornet inférieur sur la paroi externe du nez. Les forces physiques et intellectuelles de la malade diminuent maintenant, rapidement. L'ouïe est devenue peu à peu assez mauvaise. La voix chuchotée n'est perçue, tant à droite qu'à gauche, qu'à une distance de 0,20 centim. Les tympans ne présentent pas d'autre altération que celle décrite plus haut. Les douleurs dans l'occiput, au côté droit du front et à la tempe droite, persistent.

Le 14. Depuis trois jours, la conjonctive bulbaire de l'œil gauche est devenue rouge; la pupille gauche se dilate et la puissance visuelle diminue. L'examen ophtalmoscopique donne l'image du commencement d'une congestion papillaire par stase (stauungs-papille), à savoir une forte hyperhémie de la papille et une disposition serpentine des veines de la rétine.

J'étais donc en droit d'admettre que la tumeur avait transpercé la base du crâne ou l'extrémité supérieure du septum et exerçait une pression sur le nerf optique du côté opposé. La rhinoscopie du côté gauche du nez, intact auparavant, fit voir, la tête étant fortement renversée en arrière, un certain nombre de tumeurs rouges, situées à la hauteur du cornet supérieur et pouvant être enlevées avec la sonde. Je réussis également à démontrer, à l'aide d'injections, l'existence d'une perforation de l'extrémité supérieure la plus antérieure du septum osseux.

Les derniers jours de la malade furent moins tourmentés, son extrême faiblesse l'empêchant de ressentir les douleurs avec autant d'acuité qu'au paravant. Bientôt se manifestèrent les symptômes d'une méningite purulente et une fièvre presque continue, à laquelle vint s'ajouter une angine au côté droit, provoquée probablement par la décomposition de la tumeur secondaire située à la base de la fosse nasale. La malade demeura 8 jours dans un état comateux, puis mourut doucement le 27 septembre ; elle avait complètement perdu l'œil gauche. Je ne fus pas autorisé, à mon grand regret, à pratiquer l'autopsie. Il est toutefois permis de supposer que le carcinome, parti de la muqueuse du nez, au niveau de la région de l'ethmoïde, avait perforé l'os et pénétré dans la cavité crânienne.

Différentes circonstances avaient contribué à compliquer le cas et n'avaient pas permis d'établir, dès le début de la maladie, un diagnostic net, ce qui est toujours regrettable quand il s'agit d'un cas de carcinome où l'intervention opératoire ne souffre pas de délai.

Il y avait tout d'abord la sécrétion muqueuse purulente, d'une odeur infecte, qui existait depuis plus de 30 ans et qui peu à peu, se confondit avec les phénomènes de décomposition du carcinome. Cette sécrétion fétide persistait sans que la muqueuse s'atrophiat ; il s'agissait donc, dès le début, d'une rhinite hypertrophique chronique, compliquée d'ozène. D'autre part, il y avait l'éperon du septum qui, partant d'en bas et passant obliquement à pic en arrière et en haut, rendait la rhinoscopie extraordinairement difficile, au point que j'étais obligé de manœuvrer pour ainsi dire à tâtons. Rappelons enfin les empyèmes des cavités annexes dont le diagnostic ne pouvait être établi, ni à l'aide de la rhinoscopie postérieure, ni à l'aide de l'éclairage par transparence.

Parlons d'abord de l'empyème du sinus sphénoïdal. Je m'en tins, pour le diagnostic et le traitement, à ce qu'en dit Schaeffer 3) dans l'excellent travail dont j'ai rendu compte dans ces *Archives* (vol. IV, n° 4).

L'affection du sinus sphénoïdal est caractérisée, d'après Schaeffer, par des sensations douloureuses qui rayonnent du milieu de la tête vers l'occiput et la nuque et presque dans la région orbitaire. Pour ouvrir le sinus sphénoïdal, j'introduisis la sonde à curette, la poussai en avant autant que l'éperon du septum me le permit et la fis passer le long de la cloison, en arrière et en haut, jusqu'à ce que je rencontrais un tissu mou, spongieux, saignant facilement. En pénétrant un peu plus en avant, je tombai sur un os rugueux, je pratiquai ensuite un grattage et un lavage avec une solution de sublimé (1 : 5000).

Les symptômes d'un empyème des cellules ethmoïdales étaient moins

nettement prononcés : il y manquait, avant tout, le symptôme le plus caractéristique, à savoir : la douleur dans la région sous-orbitaire et dans l'angle interne de l'œil ; mais il existait en revanche un léger œdème de la joue, une diminution de la sensibilité de la peau et une sensation obtuse dans les dents. compliqués d'un sentiment de pesanteur dans la mâchoire supérieure, tous symptômes permettant de conclure à un commencement de paralysie par compression du nerf sensible de la joue. Bien que le nerf sous-orbitaire passe à une assez grande distance des cellules ethmoidales, l'on n'en pouvait pas moins admettre qu'un œdème collatéral le comprimait à un endroit donné, soit dans l'orbite, soit dans le canal sous-orbitaire, au niveau de la voûte de l'antre d'Highmore. Pour ouvrir les cellules ethmoidales, je poussai la sonde à curette en dehors, en arrière et en haut, vers la paroi nasale externe, au point d'insertion du cornet moyen. J'eus la sensation de trabécules osseux brisés, mais au même moment, la malade ressentit, dans l'œil droit, une impression lumineuse, pareille à celle produite par l'éclair. Je renonçai dès lors, à un grattage plus radical, dans la crainte de blesser à travers la paroi interne de l'orbite, le globe de l'œil.

Je fis l'ouverture du sinus frontal également d'après les indications de Schaeffer 3), en remontant avec la sonde le long du dos du nez, entre le septum et le cornet moyen, et en la poussant directement en haut, dans la direction du cerveau, puis, par une forte pression, je pénétrai dans le sinus (\*) Aussitôt, écoulement de pus et légère hémorragie, puis lavage à l'aide de la canule destinée au sinus frontal, pendant lequel on put constater distinctement un écoulement de pus par l'orifice naturel de l'hiatus semilunaris.

Telle a été ma façon de procéder pour l'ouverture des cavités annexes. Abordons maintenant l'examen histologique de la tumeur enlevée. Il

(\*) Cholewa a recommandé, il est vrai, de pénétrer dans le sinus frontal par son orifice naturel et de le laver avec la canule et le clysopompe ; mais, pour moi, je ne pense guère que sa méthode soit jamais approuvée et suivie. Il n'est, en effet, pas besoin de grands raisonnements pour comprendre que, pour laver une cavité dont l'orifice est bouché par la canule, il est nécessaire qu'il y ait une autre ouverture par où le liquide injecté puisse s'écouler. Katzenstein (5) soutient d'ailleurs que toute la manœuvre, c'est-à-dire le sondage du sinus frontal par le méat moyen, ne peut se faire, au point de vue anatomique, sans lésion, puisque la sonde entre nécessairement dans le labyrinthe de l'os ethmoïde. Cette manière de voir a, d'ailleurs, été confirmée par Keller 6).

résulte de l'examen des coupes pratiquées dans la tumeur, préalablement durcie dans l'alcool et enveloppée dans de la celloïdine, que presque toute la masse se compose de tissu carcinomateux. Le revêtement tout entier est formé d'épithélium plat, à plusieurs couches, légèrement corné à la surface. Il est donc survenu une métaplasie des épithéliums cylindrique et plat normaux. L'épithélium descend, à plusieurs reprises, dans la profondeur du tissu, donnant ainsi naissance à une puissante végétation papillaire qui ne se remarque pas, il est vrai, à la surface de la tumeur, car la couche cornée, formant une couche continue, s'étend partout sur les papilles, tandis que les fentes interpapillaires sont remplies d'épithélium. Les couches les plus profondes de l'épithélium se composent de cellules dentelées, avec de grands noyaux, fortement teintés. De granulations d'éléidine, pas trace.

Le tissu conjonctif sous épithérial est normal dans la zone située directement sous l'épithélium ; mais, à une profondeur plus grande, l'on voit tout autour du néoplasme proprement dit, une forte infiltration de petites cellules. Quant aux glandes, il n'en reste pas beaucoup ; les suivantes ne présentent rien d'anormal ; il n'est trace, nulle part, d'une transformation d'alvéoles glandulaires en alvéoles cancéreux. Les parties du carcinome proprement dit, forment le noyau de la tumeur. Elles se composent de cellules épithélioïdes, disposées d'une manière atypique et qui, en bien des endroits, gisent dans les couches de globules perlés à lames concentriques. Le tissu ne s'est pas coloré par place, il y a donc eu nécrose. Il n'a pas non plus été possible d'observer, sur les coupes, une corrélation directe entre le revêtement de l'épithélium plat et le carcinome. Bien plus, le revêtement épithérial, quelle que saillie qu'il fasse à l'intérieur, est toujours nettement délimité et séparé du tissu conjonctif. Mentionnons encore un fort épaissement de la tunique médiane et de l'adventice des vaisseaux.

Quant à l'étiologie de la formation cancéreuse du cas en question, je ne me permettrai pas de porter à son sujet un jugement définitif. L'âge de la malade et une prédisposition familiale, quoique faible (une de ses tantes est morte d'un carcinome de l'estomac), peuvent être considérés comme autant de circonstances prédisposantes ; mais le facteur principal de l'étiologie, qui, à mon avis, est nécessairement venu s'ajouter à toutes ces causes pour provoquer la végétation épithéliale carcinomateuse, ce facteur-là échappe à notre investigation. Il ne m'en paraît, dès lors, que plus important d'examiner d'une façon approfondie les facteurs secondaires de l'étiologie de la tumeur. Or, les résultats de l'anamnèse nous

donnent l'existence, depuis plus de 30 ans, d'une rhinite purulente fétide. Chose curieuse, la muqueuse du nez n'était atrophiée qu'en peu d'endroits, la majeure partie était dans un état plutôt hypertrophique.

L'examen microscopique, tant des parties carcinomateuses que d'autres segments de la muqueuse atteints d'inflammation chronique, mais, avant tout, l'examen des granulations extirpées, avec la curette, des cavités accessoires du nez, fit reconnaître une transformation nette de l'épithélium cylindrique en un épithélium plat qui, au niveau des granulations, présentait un caractère tout à fait atypique. Il est vrai que je n'ai pu constater nulle part une corrélation directe des agglomérations cancéreuses avec le revêtement de la surface. Partout où, au milieu des infiltrations de petites cellules, je rencontrais, dans les granulations, des agglomérations de cellules disposées d'une façon atypique, je parvins toujours à démontrer, au moyen de coupes par séries, qu'il ne s'agissait que de dépressions de l'épithélium se continuant avec celui de la surface coupée en biais.

J'ai toujours considéré la rhinite purulente chronique, avec la métaplasie et la prolifération consécutives de l'épithélium, comme un des facteurs secondaires du développement de ce néoplasme. Schuchardt 7), dans un travail très étudié, a démontré cette corrélation, à propos de quelques cancers de la muqueuse et de la peau. Au sujet des cancers de la muqueuse, il appelle l'attention d'une façon toute particulière sur l'existence du psoriasis buccal et lingual, affections dans lesquelles s'observent des plaques plus ou moins épaisses, composées de végétations cornées de l'épithélium. Un état de choses pareil peut exister trente ans et plus, sans provoquer d'autres complications que, dans quelques cas, une dégénérescence carcinomateuse.

Les conséquences directes de la rhinite en question furent les empyèmes des cavités accessoires. L'hypothèse que le carcinome et sa décomposition putride aient d'abord donné naissance aux empyèmes, ne peut naturellement être écartée comme absolument invraisemblable. Ces empyèmes ont, peut-être depuis des années, existé à l'état latent, sans se manifester d'une façon quelconque, et amené peu à peu la carie superficielle des parois revêtant les os du sinus. Cette carie a eu pour conséquence le développement de granulations qui, d'après mon expérience, portent habituellement, dans les premières phases de leur développement, un revêtement d'épithélium cylindrique, parfois à bords dentelés, mais qui, dans les suppurations chroniques, se revêtent d'épithélium plat, corné par places. Or, il n'est peut-être pas impossible qu'il se soit agi,

dès le début, d'épithéliomes nés de granulations, processus tels que Nicoladini 8) en a décrit à propos des séquestrés.

## II

Dans cette 2<sup>e</sup> partie de mon travail, je voudrais donner un rapide aperçu de ce que nous savons du carcinome du nez et essayer, en me basant sur une casuistique malheureusement trop peu documentée, de donner une description générale de la rhinite carcinomateuse et de la séparer, autant que mes matériaux insuffisants me le permettent, des nombreux sarcomes décrits jusqu'à présent. C'est pourquoi je ne citerai comme carcinomateux que les cas dans lesquels l'examen histologique a démontré l'exactitude de ce diagnostic. Naturellement, nous n'aurons plus à nous occuper des publications de l'époque prémicroscopique où, par égard à sa malignité clinique, on considérait une tumeur comme un cancer.

Tous les cas décrits d'une façon plus détaillée relativement aux dates anamnestiques, cliniques et anatomiques, je les ai réunis en un tableau synoptique. Je n'ai pas jugé nécessaire de faire ici l'historique exact et fidèle des divers cas, pour ne pas abuser de la place qui m'est accordée dans ce journal. Les travaux originaux concernant les malades qui figurent au tableau sont tous, sans exception, faciles à consulter.

Au sujet de la casuistique je ne dirai ici, que quelques mots qui, pour les raisons énoncées plus haut, ne pouvaient trouver de place dans le tableau.

Robin 9) est, que je sache, le premier qui, en 1852, ait décrit comme « une hypertrophie glandulaire » un carcinome d'épithélium cylindrique du nez ; mais il ne nous renseigne d'une façon précise, ni sur l'âge de la malade, ni sur le siège original de la tumeur, ni sur la marche de la maladie. Cependant, l'examen microscopique, relaté en détail et le fait que la tumeur, en partant du nez, transperça l'os sphénoïde et l'os

ethmoïde et causa la mort en provoquant une méningite purulente, démontrent qu'on avait affaire à un carcinome à épithélium cylindrique et non point, comme Robin le croyait, à une hypertrophie glandulaire.

La tumeur dont nous parle Puglièse 10) (cf. tableau) était également de nature maligne. Il s'agissait d'un adéno-carcinoma destruens et non point d'un adénome, puisque l'os de la mâchoire supérieure était détruit en plusieurs endroits.

Puis suivent les publications de Bonheben 11), de de Casabianca 12), de Pepper 13), de Winiwarter 14), de Delstanche 15), de Barzilay 16), de Schmiegelow 17), de Verneuil 18), de Bonde 19), et la mienne.

Tous les autres matériaux casuistiques ne m'ont pas paru propres à figurer au tableau. Je n'ai pu étudier dans l'original même le cas de Watson 20) (cité d'après Schmiegelow). Quant au deuxième cas, observé par de Casabianca, il n'est pas décrit d'une façon assez détaillée. Michel 21), dans son ouvrage bien connu, ne donne ni détails cliniques, ni descriptions microscopiques.

Duplay 22), décrit un encéphaloïde du septum que l'on a pris par erreur, pour un abcès.

Schaeffer 23), nous fournit des renseignements de peu de valeur : il n'a vu qu'un seul épithéliome qui partait manifestement de la muqueuse du cornet moyen.

Quant au malade dont nous parle Schmiegelow 17), ce n'est que grâce à une communication épistolaire qu'il a bien voulu m'adresser, que je puis relater ici la fin de sa maladie. Voici ce que m'écrit mon aimable correspondant.

« La dernière fois que je vis Ch. B..., négociant, ce fut au mois de septembre 1885 (5 mois après l'apparition, dans la publication du compte rendu, alors qu'il n'y avait pas encore eu de récidive). Une récidive s'était alors déclarée dans le voile palatin. Depuis, je n'ai plus revu le malade, mais j'ai appris qu'il avait vécu encore trois ans, au bout desquels il avait succombé à son affection nasale ».

Pour ce qui est des travaux de Robbins 24), de Duret 25),

de Heurtaux 26), je n'ai pu les consulter dans l'original.

Il est impossible de voir, par le compte rendu que nous donne Lefferts de la communication de Robbins, si le microscope a confirmé le diagnostic d'un carcinome de l'antre d'Highmore. Le fait serait d'autant plus important que le malade était un jeune homme de 34 ans, alors que le carcinome des fosses nasales ne s'observe que chez des gens âgés, ainsi que l'on peut facilement s'en rendre compte en consultant le tableau.

Les autres publications relatives au carcinome du nez ou datent d'une époque où nos connaissances histologiques étaient encore minimes [Gerdy 27), Palletta 28)] ; ou bien l'examen microscopique y fait défaut. Tels sont les faits de Syme 29) et les travaux plus anciens que l'on peut consulter dans M. Mackenzie 30). Je voudrais encore faire une mention toute particulière du travail de Neudörfer (\*). Le cas observé par ce spécialiste a été microscopiquement diagnostiqué par lui comme un carcinome, bien qu'il n'en fût pas un. Voici brièvement les faits :

« Une femme de 31 ans a, depuis 11 ans, le nez obstrué de façon à ne plus laisser passer l'air. Depuis 3 ans, le nez est déformé, l'ouïe devenue de jour en jour plus mauvaise, est finalement presque complètement abolie. Le carcinome n'avait pas de structure propre ; il était simplement formé d'un réseau de fins capillaires et de rares traînées fibreuses de cellules fusiformes. La végétation elle-même qui, à l'examen, offrait les caractères d'une masse molle, se composait en majeure partie de cellules arrondies, en partie de cellules pigmentées et en voie d'élimination. Le suc cancéreux qui faisait défaut était remplacé par une substance intercellulaire consistant en un mucus visqueux. »

Je crois pouvoir considérer cette tumeur comme un myxosarcome.

Avant de terminer ma casuistique, je voudrais encore faire mention d'un groupe de tumeurs qui touchent de si près au

(\*) Cité, dans la littérature médicale sous le nom de « Neumann ».

sujet traité ici, que je ne puis les passer sous silence. Ce sont ces néoplasmes encore peu connus, qui ont été décrits par Hopmann) tout d'abord, sous le nom de « papillomes durs », bien auparavant par Köster-Michel 21) sous le titre de « papillomes », plus tard par Verneuil, sous le même nom, puis enfin par de Buengner sous la désignation plus appropriée de « verruca dura » (Hornwarzengeschwulst). Ce sont des néoplasmes d'un caractère au moins suspect au point de vue clinique, en tant qu'ils sont excessivement enclins à la récidive, qu'ils usent l'os, au cours de leur existence, et constituent ainsi un danger pour les organes avoisinants. Leur siège et la difficulté de les extirper d'une façon radicale obligent à recourir à une intervention opératoire radicale, qui peut mettre en danger la vie du malade. L'anatomo-pathologiste ne les comptera jamais, et avec raison, au nombre des carcinomes.

Von Buengner, en rangeant ces tumeurs parmi les néoplasmes bénins, se base sur ce fait que le revêtement épithéial de la tumeur est nettement délimité à sa partie inférieure et que l'épithélium ne pénètre en aucun point dans le tissu conjonctif sous-jacent. Il insiste avec raison sur ce fait que les végétations épithéliales atypiques de son cas ne constituent pas, en elles-mêmes, des caractères propres à faire conclure à un « cancer » et il appuie son dire sur les remarquables travaux de Friedlaender 33) et de Stroganow 34), ainsi que sur les définitions que Virchow 35), en a données à propos du débat relatif à la pachydermie et au carcinome.

Dans les cas cités par Hopmann 1), Verneuil 32) et de Buengner 2), il y eut un grand nombre de récidives ; la malade de Verneuil dut être soumise à une résection des os si radicale que la fosse crânienne fut presque ouverte.

Il s'était montré, dans la région de la lame criblée de l'éthmoïde, « une saillie noirâtre du volume d'un petit grain de raisin, animée de battements réguliers, isochrones à la systole cardiaque et d'une expansion manifeste ». Le sort défi-

nitif de la malade n'était pas encore connu à l'époque de la publication du cas de Verneuil.

Von Buengner dit, en parlant des récidives, qu'il est d'avis que leur apparition n'autorise pas à conclure à la malignité indubitable d'une tumeur : « Il s'agit, comme l'on sait, de distinguer si la récidive s'est faite aux dépens des éléments de la tumeur originelle qui ont échappé à l'opération, ce qui arrive surtout dans les grandes tumeurs des fosses nasales si richement pourvues d'anfractuosités (récidive continue d'après Thiersch), ou si, après une opération complète, il s'est formé dans la cicatrice ou dans son voisinage, une nouvelle tumeur provoquée par les mêmes causes que la première (récidive régionale). Les récidives les plus fréquentes et surtout celles qui, comme dans notre cas, apparaissent, peu de temps après l'opération, sont des récidives continues, c'est-à-dire que la tumeur n'a pas été extirpée complètement, avec tous ses germes. Ce ne sont pas, toutefois, des récidives proprement dites, puisque la tumeur n'a jamais cessé d'exister ».

Tout en admettant ce que dit Von Buengner, je n'en suis pas moins d'avis qu'on doit, au point de vue clinique, placer cette espèce de néoplasmes à côté des épithéliomes. Cela dit, il me reste encore à décrire successivement les traits propres au carcinome des fosses nasales.

**Étiologie.** — Il résulte de l'examen du tableau qu'on n'a pu, dans la plupart des cas, découvrir la cause particulière et spéciale de la tumeur. Il n'y a que les observations de Winiwarter 14) qui nous apportent un cas de transformation d'une tumeur, bénigne à l'origine ; mais nous ne savons pas quelle espèce de tumeur représentaient « les polypes » en question ; nous ignorons s'ils avaient été extirpés depuis un grand nombre d'années ou peu de temps auparavant et s'ils n'étaient pas déjà de nature carcinomateuse, puisque le carcinome peut, lui aussi, avoir une marche très lente.

Le malade de Delstanche 15) avait fait une chute sur l'occi-

put, laquelle avait provoqué, par contre-coup, une fracture intranasale accompagnée d'une forte hémorragie du nez.

Je doute qu'il faille voir un facteur étiologique dans la guérison de l'érysipèle facial de la malade de Verneuil, et je ne me sens guère plus convaincu à l'égard du catarrhe rétronasal de Pfeffer (13), qui a duré nombre d'années, car les catarrhes rétronasaux sont par trop fréquents. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que c'est justement cette observation relative, elle aussi, au siège de l'affection, qui présente tant d'analogie avec la mienne. Ma malade a souffert, comme l'on sait, pendant plus de trente ans, d'une rhinite purulente fétide, compliquée d'empyèmes consécutifs des diverses cavités nasales accessoires. Il se peut donc qu'il y ait une connexion causale entre l'inflammation chronique et l'apparition du néoplasme malin, connexion du même genre que celle dont Hauser et Rosenbein ont démontré l'existence dans les affections chroniques de l'estomac.

La syphilis ne joue aucun rôle ici. Elle a été citée, dans le cas de Neudörfer, comme un facteur étiologique, mais la tumeur extirpée, ainsi que nous l'avons dit plus haut, n'était pas un carcinome.

Le développement du carcinome du nez ne paraît pas influencé par l'exercice de certaines professions, contrairement à ce qui a été observé pour le cancer de la peau, (ouvriers des raffineries d'huile et des usines à goudron, ramoneurs).

Un facteur étiologique particulièrement important, c'est l'âge des malades. Parmi les 13 malades qui figurent au tableau, nous notons :

1 de	46 ans
4 »	50-55 »
4 »	55-60 »
3 »	60-70 »
1 »	70-80 »

Ce sont donc les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> décades qui fournissent la ma-

jeure partie des cas. J'aime à croire que la statistique portant sur un plus grand nombre de cas, telle qu'on aura l'occasion de la faire plus tard, ne changera pas grand'chose aux résultats de cette observation. L'âge peut donc être considéré comme un symptôme tout à fait caractéristique pour distinguer le carcinome du sarcome. Cette dernière espèce de tumeur apparaît à tout âge, de préférence dans la période de la puberté, au sens large du mot, même dans l'enfance.

C'est ainsi que le Dr Schmiegelow m'a parlé d'un enfant âgé de 2 ans, affecté d'un chondro-sarcome qui avait pris naissance dans la paroi nasale latérale et au côté intérieur de l'aile nasale droite. La littérature médicale renferme d'ailleurs assez de cas pouvant servir de points de repère à cette observation.

Le sexe ne paraît pas jouer de rôle dans ces affections : des 13 malades du tableau, 6 étaient des hommes, 7 des femmes.

**Anatomie pathologique.** — En spécifiant les tumeurs d'une façon nette, l'on obtient : 1 adéno-carcinome destruens (Puglière), 1 carcinome à épithélium cylindrique (Schmiegelow), 2 carcinomes à épithélium plat (Delstanche, Dreyfuss); les autres tumeurs étaient des épithéliomes et des carcinomes, sans désignation plus spéciale.

Le siège originel de cette tumeur n'a pu être précisé avec certitude que dans les cas où le septum était attaqué le premier (Bonheben, de Casabianca, Winiwarter); dans un cas, c'est le sinus maxillaris qui paraît avoir été affecté en premier lieu (Verneuil). Dans les 7 autres cas, les régions supérieures des fosses nasales furent seules atteintes; la région de l'os ethmoïde paraît constituer un siège de prédilection du mal, peut-être en est-il ainsi du sinus sphénoïdal. Il se peut également qu'il existe une corrélation avec les inflammations antérieures de ces parties, surtout avec les empyèmes latents des sinus frontaux et sphénoïdaux et les cellules ethmoïdales.

L'on ne peut se rendre compte par le tableau que j'ai dressé, si le carcinome s'attaque à telle partie du corps plutôt qu'à telle autre. Le carcinome des fosses nasales représente une tumeur extraordinairement rare, comme le démontrent les cas peu nombreux et, avant tout, les statistiques des grands carcinomes (Winiwarter, Gurlt 36).

Gurlt, pour ne citer qu'un exemple, ne compte, dans 9554 carcinomes du corps entier, que 4 carcinomes des fosses nasales, alors qu'il signale 15 sarcomes de cet organe.

**Symptomatologie.** — Rappelons tout d'abord les symptômes particuliers. Un fait tout à fait surprenant, c'est la rareté d'hémorragies spontanées, fait sur lequel je voudrais bien attirer l'attention, vu qu'il est en contradiction directe avec ce qui est enseigné généralement dans les livres. Il constitue en même temps un facteur diagnostique différentiel très net vis-à-vis de certaines espèces de sarcomes qui éveillent d'ordinaire l'attention des malades par les hémorragies abondantes dont ils sont accompagnés. Il n'y eût une hémorragie spontanée assez forte que dans un des cas de Barzilay (2<sup>e</sup> observ.) où une particule de la tumeur s'était détachée spontanément.

Pepper nous parle d'une sécrétion muco-sanguinolente ; Barzilay (1<sup>re</sup> observ.), d'un écoulement sanguinolent ; Schmiegelow, de la formation de croûtes sanguinolentes ; tous symptômes auxquels le médecin ne doit pas attribuer une importance exagérée, vu qu'ils se manifestent fréquemment dans les rhinites chroniques. Ce n'est qu'une seule fois que ma malade a perdu un caillot de sang décomposé. En explorant avec la sonde la région malade et en faisant des opérations radicales, les divers observateurs ont, il est vrai, souvent constaté une forte épistaxis. Mais c'est là un accident susceptible de se produire par le même mécanisme, aussi bien sur une muqueuse saine que sur une muqueuse chroniquement affectée. La rareté de l'hémorragie spontanée dans le carcinome et l'abondante hémorragie

spontanée dans certains sarcomes n'en demeurent que plus surprenantes. (C'est surtout, que je sache, dans le sarcome à cellules arrondies que l'hémorragie est abondante; le sarcome à cellules fusiformes y est moins prédisposé.)

Un autre fait caractéristique, c'est la rareté de l'infiltration des glandes lymphatiques régionales. On n'a constaté que deux fois une infiltration de cette espèce (Bonheben, Barzilay I); dans ces cas c'étaient les glandes sous-maxillaires qui avaient été affectées. Mais l'affection existait, dans le cas de Bonheben, depuis 2 ans; dans le cas I observé par Barzilay, depuis 9 mois seulement. L'on peut opposer à ces faits ceux où, malgré une plus longue durée, il n'y a pas eu infection des glandes.

Le carcinome des fosses nasales semble exclure les métastases générales, ce qui constitue un symptôme important à opposer aux sarcomes malins. Barzilay (1<sup>re</sup> observ.) parle, il est vrai, d'une « tumeur de mauvaise nature au sein gauche ». Il est naturellement impossible de savoir s'il s'agit d'une métastase ou d'une multiplicité de tumeurs.

La sécrétion fétide est un phénomène régulier du carcinome des fosses nasales; elle n'est pas, cependant, d'une valeur diagnostique bien grande; car d'autres lésions telles que : empyèmes, carie syphilitique, lupus, « papillomes » et enfin, diverses formes de la rhinite chronique, présentent le même phénomène.

Les douleurs qui existent dès le début de l'affection ont probablement leur siège principal dans les empyèmes concomitants. Quant à l'analyse de ces douleurs, je pense qu'on y attachera une plus grande importance, à présent que les affections des cavités nasales accessoires sont mieux connues. Les autres symptômes, tels que la propagation vers le cerveau, suivie d'une méningite purulente, la paralysie des nerfs de la base du crâne, la diminution de la puissance visuelle et l'affaiblissement de l'ouïe jusqu'à la surdité complète, provoqués par le carcinome du nez appartiennent également au sarcome. L'affection des oreilles peut être rame-

née, dans bien des cas, à une tuméfaction inflammatoire du tissu adénoïde de la cavité naso-pharyngienne, accompagnée d'obstruction tubaire. La rhinoscopie ne nous fournit pas non plus de points de repère particuliers pour ce qui concerne l'aspect, la couleur, la forme et la consistance de la tumeur.

**Pronostic.** — Très grave est le pronostic, ainsi qu'il ressort du tableau. Dans un cas (Bonde I), le malade succombe, 10 jours après l'opération, à une méningite purulente ; 5 malades (Puglièse, Bonheben, Winiwarter, de Casabianca, Barzilay II), qui ont bien supporté l'opération, se sont soustraits, dans la suite, à l'observation de leurs médecins respectifs ; un sixième malade (Verneuil) eut une récidive locale dès l'époque de la publication de son cas ; les autres moururent de récidives ou ne purent être opérés. Les affections du septum, considérées au point de vue de la survie ou plutôt du mal fournissent un pronostic beaucoup plus favorable que les carcinomes de la région nasale supérieure, la raison en est qu'on les reconnaît plus tôt et plus facilement et qu'en se développanthors de l'orifice du nez, elles attirent l'attention des malades les moins intelligents. Il m'est impossible de déterminer la durée moyenne de l'affection, car d'un côté, dans plusieurs cas, l'affection se développa insensiblement dans le cours d'un coryza chronique, et de l'autre, plusieurs malades cessèrent de se soumettre à l'observation et leur sort resta inconnu. Toujours est-il qu'on ne connaît pas un seul cas où le malade ait été totalement guéri. Il ressort, en outre, du tableau que même la récidive et l'extension du mal n'empêchent pas le malade de vivre encore bien des années, de même qu'il peut mourir 6 ou 9 mois après l'apparition des premiers symptômes.

**Traitemen**t. — Quelque défavorable que soit le pronostic, je n'en estime pas moins qu'il est du devoir du médecin de faire tout son possible dans ces tristes cas. Bon nombre

AUTEUR. ANNÉE	SEXÉ ET PROFESSION	AGE	ÉTILOGIE PRÉSUMÉE OU CERTIFIÉE	DURÉE DE L'AFFECTION au Commencement du Traitement	ESPÈCE
1 PUGLIÈSE, 1862.	Femme, domestique.	65.	Inconnue.	18 mois.	Adéno - carci- nôme des- tructeur.
2 BONHEBEN, 1873.	Homme, ouvrier.	52.	Inconnue.	Au moins 2 ans.	Épithéliome.
3 DE CASA- BIANCA, 1876.	Femme.	64.	Inconnue.	10 mois.	Épithéliome.
4 WINIWAR- TER, 1879.	Femme, cuisinière.	57.	Extraction, quel- ques années auparavant, de nom- breux polypes.	1 an.	Carcinome.
5 PEPPER, 1879.	Femme,	74.	Catarrhe rétro-na- sal remontant à plusieurs années.	Quelques se- maines.	Épithéliome.
6 DELSTAN- CHE et MA- RIQUE, 1884.	Homme, ferblantier- zingueur.	53.	Chute sur l'occiput, 4 ans auparavant, suivie d'hémor- rhagie du nez.	Peut-être 4 ans déjà.	Carcinome à épithé- lium plat.
7 BARZILAY I, 1885.	Femme, journalière.	51.	Antérieurement rhumes de cer- veau et hémor- rhagies du nez fréquentes.	9 mois.	Épithéliome.
8 BARZILAY II, 1885.	Homme, ébéniste.	59.	Inconnue.	8 mois.	Épithéliome.
9 SCHMIEGE- LOW, 1885.	Homme, négociant.	51.	Inconnue, au début de la maladie, rhume aigu.	3 mois.	Carcinome à épithé- lium cylin- drique.
10 VERNEUIL, 1886.	Femme.	59.	Erysipelas faciei?	2 ans.	Épithéliome.
11 BONDE I, 1887.	Homme.	46.	Inconnue, au début de la maladie, rhume de cerveau.	18 mois.	Carcinome.
12 BONDE II, 1887.	Homme.	59.	Inconnue, au début de la maladie, sé- crétion aqueuse.	3 mois.	Carcinome.
13 DREYFUSS, 1891.	Femme d'un pasteur.	64.	Rhinite purulente chronique. (Em- pyèmes?)	Durée de la rhi- nité, plus de 30ans, transi- tion graduell- le.	Carcinome à épithé- lium plat.

SIÈGE PREMIER	FACTEURS PARTICULIERS	TRAITEMENT	FIN de la MALADIE	DURÉE TOTALE DE LA MALADIE
Paroi nasale extérieure gauche, puis sinus maxillaire.	Nulle hémorragie. Pas de tuméfaction des glandes.	Opération radicale.	Inconnue.	—
Septum cartilagineux gauche.	Pas d'hémorragie. Glandes submaxillaires à gauche.	Extirpation.	Inconnue, récidive des glandes.	—
Septum cartilagineux droit.	Pas d'hémorragie. Pas de glandes.	D'abord opération partielle puis opération radicale.	Inconnue.	—
Septum cartilagineux des deux côtés.	Pas d'hémorragie. Pas de glandes.	Extirpation	Inconnue.	—
Parties supérieures, postérieures de la fosse nasale droite (os ethmoïde).	Sécrétion muco-sanguinolente. Pas de glandes.	Traitemen t symptomatique.	Perforation de la base du crâne (Méningite). Mort.	8 mois.
Partie supérieure de la fosse nasale droite (os sphénoïde).	Pas d'hémorragie. Pas de glandes.	Extirpation partielle.	Perforation de la base du crâne (Méningite). Mort.	Peut-être 5 ans 1/2.
Partie supérieure de la fosse nasale gauche, dans la direction du septum.	Écoulement légèrement sanguinolent. Glandes submaxillaires, côté gauche.	Opération radicale.	Récidive.— Mort.	1 an.
Partie supérieure de la fosse nasale gauche et de la cavité naso-pharyn. (os sphénoïde).	Hémorragie unique. Chute d'un morceau. Pas de glandes.	Opération radicale.	Inconnue.	—
Partie supérieure de la fosse nasale gauche.	Croûtes sanguinolentes. Pas d'hémorragie, pas de glandes.	Extirpation partielle.	Perforation dans la direction du voile palatin. Mort.	4 ans.
Sinus maxillaire gauche.	Pas d'hémorragie. Pas de glandes.	Opération radicale.	Encore inconnue. Déjà récidive locale.	—
Partie supérieure du nez droit (Lamina cribrosa).	Pas d'hémorragie. Pas de glandes	Opération radicale, mise à nu de la dure-mère.	Mort 10 jours après l'opération par suite d'une méningite purulente.	18 mois.
Cornets moyen et supérieur à gauche.	Pas d'hémorragie. Pas de glandes.	Opération radicale.	Mort par suite de récidives locales.	De 6 à 9 mois.
Partie supérieure de la fosse nasale droite.	Un caillot de sang. Pas de glandes.	Traitemen t symptomatique.	Mort, pénétration dans le cerveau, méningite.	—

de malades ne nous parviennent que trop tard pour pouvoir être observés comme il conviendrait, surtout quand l'affection porte sur les régions supérieures où l'os est parfois déjà entièrement attaqué. Une opération radicale entraînerait très probablement l'ouverture de la cavité crânienne et provoquerait une méningite mortelle. Cependant d'autres cas, tels que le carcinome du septum, se prêtent à une tentative d'extirpation radicale et permettent surtout de mieux séparer le tissu sain du tissu malade. Pour ce qui est de l'opération radicale, l'on choisira celle qui conviendra le mieux aux indications spéciales de chaque cas. Chacune des méthodes connues a, sous ce rapport, ses avantages. Mon intention n'est pas de décrire ici les divers procédés opératoires; je ne pourrais d'ailleurs que répéter ce que tous les spécialistes savent. Je me permets toutefois de renvoyer à la revue que A. F. Plicque 37) nous en a donnée, il y a deux ans.

Je termine mon travail en m'excusant du développement peut être exagéré du présent sujet. Mais il était d'autant plus nécessaire d'entrer dans les détails qu'il n'y a été consacré, dans les traités les plus répandus de notre spécialité, qu'un chapitre d'une brièveté inexplicable et qu'il m'a paru désirable, dans l'intérêt des connaissances de notre spécialité, de voir représenté, par une monographie, ce chapitre de la pathologie du nez.

Il me reste enfin à remercier sincèrement MM. Hopmann, Schmiegelow et de Buengner pour les communications épistolaires qu'ils ont bien voulu me faire parvenir.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1) **Hopmann (C. M.).** — *Archiv. für patholog. Anatomie*, publiée par Virchow, vol. 93, 1883, p. 213  
— *Collection de conférences cliniques de Volkmann*, n° 315, 1888.
- 2) **von Buengner (O.).** — *Archiv. für klinische Chirurgie.*, vol. XXXIX, 2<sup>e</sup> livr.
- 3) **Schaeffer (Max).** — Contribution au diagnostic et au traitement des

affections des cavités accessoires du nez. *Deutsche medic. Wochenschr.*, 1890, n° 41.

4) **Cholewa.** — Pyoctanine dans la suppuration du sinus frontal. *Therapeut. Monatshefte.*, mars 1891.

5) **Katzenstein.** — Pyoctanine dans les suppurations du sinus frontal. *Therapeut. Monatshefte.*, septembre 1891.

6) **Keller.** — Analyse de l'article de Katzenstein dans la *Monatschrift. f. Ohrenheilkunde.*, novembre 1891.

7) **Schuchardt (Karl).** — Contributions à la genèse des carcinomes, dans la *Collection des conférences cliniques de Volkmann.*, n° 257.

8) **Nicoladini.** — Formation d'épithéliomes, dans *Archiv. für klinisch. Chirurgie*, vol. 26, 1881.

9) **Robin.** — Notes sur quelques hypertrophies glandulaires. *Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 46.

10) **Puglièse.** — Essai sur les adénomes des fosses nasales. Thèse de Paris, 1862.

11) **Bonheben.** — De l'extirpation de la glande et des ganglions submaxillaires. Thèse de Paris, 1873.

12) **de Casabianca.** — Des affections de la cloison des fosses nasales. Thèse de Paris, 1876.

13) **Pepper.** — *Philadelphia medical Times*, vol. 9, 29 mars 1879.

14) **Winiwarter.** — Contribution à la casuistique des carcinomes. Stuttgart, 1879.

15) **Delstanche et Marique.** — Cancer épithéllial primitif, etc. *Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1884, et *la Presse médicale belge*, 1884.

16) **Barzilay (Alex.).** — De l'épithélioma des fosses nasales, etc. Thèse de Paris, 1885.

17) **Schmiegelow (E.).** — Tumeurs malignes primitives du nez. *Revue mens. de laryngologie*, 1885, n° 8 et 9.

18) **Verneuil.** — Epithélioma du sinus maxillaire. *Bulletin de la Société de chirurgie*. Paris, 1886, p. 661.

19) **Bonde.** — Contribution à la statistique des carcinomes de la région supérieure de la figure. *Archiv. für klinisch. Chirurgie*, vol. 36, 1887.

20) **Watson (Spencer).** — Affections du nez. Londres, 1876, et *Rapport de l'hôpital ophthalmol.*, vol. IV, p. 8.

21) **Michel.** — Maladies du nez. Berlin, 1876.

22) **Follin et Duplay.** — Traité élémentaire de path. externe, t. III, p. 788, Paris, 1877.

23) **Schaeffer (Max).** — *Deutsch medic. Wochenschrift*, 1882, p. 324. Et expériences chirurgicales, Wiesbaden, 1885.

24) **Robbins (L. M.).** — Carcinome de l'antre. (*Proceed. of the Nebraska State medical Soc. Lincoln*, 1884), article analysé dans *l'Internation. Centralblatt für Laryn.* II, 6. (Lefferts).

25) **Duret.** — Épithélioma des fosses nasales. (*Journal des sciences médic. de Lille*, 1887), article analysé dans *l'Intern. Centralbl. für Lar.*, IV, 12 (Moure).

26) **Heurtaux.** — Épithélioma du nez. (*Société anat. de Nantes*, mars, 1885. *Gazette médic. de Nantes*), article analysé par Moure dans *l'Intern. Centralbl. für Lar.*, II, 5.

27) **Gerdy.** — Traité des polypes. Paris, 1833.

28) **Palletta.** — Exercitationes pathologicæ, Mediolani, 1820.

29) **Syme.** — Principes de chirurgie.

30) **Morell Mackenzie.** — Maladies du nez. Traduction allemande par Semon. Berlin, 1884.

31) **Neudcærfer.** — *Esterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, 1858.

32) **Verneuil.** — *Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1886, p. 658.

33) **Friedlænder (Carl).** — Végétations épithéliales et cancer. Strasbourg, 1876.

34) **Stroganow.** — De la combinaison du papillome avec l'épithéliome. *St-Pétersburg medic. Woch.*, 1877, n° 28 et 29.

35) **Virchow Rudolf.** — Pachydermia laryngis. *Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 32. Contribution au diagnostic et au pronostic du carcinome. *Archiv. für path. Anat.*, vol. 111.

36) **Gurlt.** — Contributions à la statistique chirurgicale. *Archiv. für klin. Chirurgie*, vol. XXV, 1880, p. 453.

37) **Plicque (A. F.).** — Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs, malignes des fosses nasales. *Annales des mal. de l'oreille*, mars, 1890.

**KYSTES PAR RÉTENTION GLANDULAIRE  
DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DES FOSSES NASALES.  
DEUX OBSERVATIONS**

Par **Henri Chatelier**.

Mme de X..., 55 ans, se présente avec une tumeur occupant la région latérale droite du nez. La saillie à l'extérieur est nettement visible, soulève la peau de l'aile du nez et déborde en dehors vers l'os de la pommette ; elle paraît régulièrement arrondie. Le toucher permet de circonscrire sa masse qui est régulière, non adhérente à la peau, non douloureuse. La peau a conservé sa coloration normale. La tumeur se prolonge dans la cavité nasale où on la voit en

relevant l'extrémité du nez, faisant saillie sur la face interne de l'aile, comblant le vestibule et se prolongeant jusqu'à l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Saisie entre deux doigts, l'un dans la cavité nasale, l'autre sur la peau, on peut constater qu'elle a le volume d'une amande, qu'elle est régulière à sa surface, d'une consistance ferme et un peu rénitente, analogue à celle que donnerait une poche fortement remplie de liquide. Les téguments du vestibule et du cornet inférieur ne paraissent nullement altérés, ni dans leur couleur ni dans leur consistance. La masse n'est pas adhérente à l'os, sur lequel on peut facilement la déplacer.

Cette tumeur n'a donné lieu à aucun symptôme de réaction, ni douleur, ni fièvre.

La malade ne peut assigner une date fixe au début de son affection et, sans la saillie que la tumeur forme à l'extérieur et son accroissement de volume assez sensible depuis une quinzaine de jours, elle ne se serait pas préoccupée de cet état.

La forme arrondie, l'indépendance par rapport au squelette, la consistance rénitente et le siège me font penser à un kyste développé aux dépens d'une des glandes de la muqueuse nasale. Pour confirmer le diagnostic nous proposons à la malade une ponction exploratrice, qui est acceptée.

Opération le 16 janvier 1888.

Après avoir nettoyé de notre mieux la région au moyen de tampons d'ouate imbibés de liqueur de Van Swieten et fait l'anesthésie à la cocaïne, nous pratiquons la ponction par la face interne de la tumeur, c'est-à-dire par la cavité nasale, au moyen d'une seringue de Pravaz stérilisée, dont l'aiguille a été préalablement flambée.

L'aspiration donne deux centimètres cubes d'un liquide visqueux de coloration légèrement brunâtre, qui est recueilli avec soin pour être examiné au point de vue histologique et bactériologique.

Tout le liquide ayant été évacué, nous retirons l'aiguille,

et lavons la surface avec un tampon imbibé de sublimé. La tumeur a complètement disparu.

Le lendemain soir la malade nous prie de passer chez elle. Nous la trouvons avec un érysipèle commençant au niveau du sillon naso-labial droit; peu de fièvre. (Cet érysipèle a duré 4 jours, sans grande réaction, après avoir envahi seulement une partie de la joue correspondante. Il a donc été très bénin.)

Quand l'érysipèle fut guéri, on pouvait constater que la tumeur qui s'était complètement affaissée après la ponction commençait à se reformer.

Au bout de 15 jours, elle avait repris son volume primitif et la malade demandait à être opérée de nouveau. Nous laissons s'écouler un mois avant de pratiquer une nouvelle intervention.

Deuxième intervention. Après anesthésie à la cocaïne et nettoyage antiseptique rigoureux, nous pratiquons avec le galvano-cautère, aussi peu chauffé que possible, une incision sur la surface convexe que la tumeur forme dans la cavité nasale. A une profondeur de deux millimètres nous tombons dans la cavité du kyste et il s'écoule un liquide muco-purulent jaunâtre. Le galvano-cautère est promené sur toute la surface de la poche qui s'est rétractée à mesure que le liquide s'est écoulé.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain et les jours suivants pas d'accidents. La plaie se cicatrise rapidement et, trois semaines après, il ne reste aucune trace de l'opération, si ce n'est une légère dépression des téguments, un peu en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

La tumeur ne se reproduit pas.

J'ai eu l'occasion de revoir la malade pendant l'Exposition, c'est-à-dire un an 1/2 après : la guérison s'était maintenue.

L'examen du liquide extrait par la ponction a donné les résultats suivants :

Au point de vue histologique il est constitué par une partie

liquide, gluante, renfermant une grande quantité de muco-sine et par de nombreux globules de pus.

Au point de vue bactériologique, la coloration sur lamelles permet de voir de nombreuses chaînettes de streptocoques.

Les cultures sur gélatine peptone donnent des colonies du même micro-organisme.

M<sup>me</sup> X..., 32 ans, vient nous consulter au sujet d'une petite tuméfaction qui s'est développée entre le nez et la joue du côté droit. Elle ne ressent aucune douleur, mais l'accroissement de volume ne laisse pas que de l'inquiéter.

La tumeur repousse la peau sous la forme d'une saillie ovoïde, lisse, grosse comme une amande. La peau glisse à sa surface et n'est modifiée ni dans son aspect, ni dans son épaisseur. A l'intérieur de la cavité nasale elle forme une saillie qui déprime la peau du vestibule et efface la concavité de celui-ci.

La masse est légèrement mobile, ce qui exclut l'idée d'une production tenant à l'os maxillaire ; sa consistance est ferme, mais non celle d'un corps solide.

Diagnostic : kyste d'origine glandulaire.

Après avoir fait l'antisepsie de la région au moyen de la liqueur de Van Swieten, nous pratiquons la ponction avec une aiguille de Pravaz qui vient d'être flambée. L'aspiration avec la seringue ramène un centimètre cube et demi d'un liquide franchement muco-purulent, filant, louche et de couleur un peu jaunâtre.

Nous injectons avec la seringue et l'aiguille laissée en place un centimètre cube de liqueur de Van Swieten, puis nous aspirons ce liquide. A plusieurs reprises le même lavage est répété et continué jusqu'à ce que le liquide retiré soit propre.

L'aiguille est ensuite enlevée et un tampon de gaze à l'iodol appliqué de manière à remplir tout le vestibule.

Dans les jours qui suivent, pas d'accident.

Le liquide ne se reproduit pas dans la cavité kystique.

## UNE SANGSUE DANS UN LARYNX

Par le Dr C. Aubert (d'Alger).

Communication à la Société de la laryngologie de Paris.

Le 22 septembre 1891, Madame B..., âgée de 57 ans, de Blad-Guitoun (Kabylie) m'est adressée par M. le Dr Ramakers, chirurgien de l'hôpital d'Alger-Mustapha. Cette dame, malade depuis 7 jours, lui a été adressée à lui-même par MM. les Drs Agussol, de Blad-Guitoun et Bérard, de Ménerville, avec le diagnostic de sangsue dans les voies aériennes.

C'est le 16 septembre au soir que l'accident est arrivé. La malade se rappelle avoir attribué à la mauvaise qualité du vin qu'elle buvait une vive piqûre qu'elle a ressentie soudain à la gorge pendant son dîner.

Calme absolu jusqu'à 11 heures du soir, où elle est brusquement réveillée par des accès de suffocation. Ces accès n'ont pas cessé depuis lors, de plus en plus violents, et se sont accompagnés de crachements, parfois même de véritables vomissements de sang, d'extinction de voix, d'un bruit de drapeau, de grelot aux deux temps de la respiration. De nombreux remèdes indigènes (le cas est, paraît-il, assez fréquent en Kabylie), gargarismes, fumigations, vomitifs avec du tabac vert, du sel, du vinaigre, de l'eau de mer, ont échoué, les tentatives d'extraction faites par nos confrères ont été également infructueuses.

La malade m'arrive anhélante, profondément anémiée par la perte du sang qu'elle ne cesse de cracher. La voix est à peine distincte, le pouls petit, la face cyanosée. La sangsue, me dit-elle, a été sentie, hier, au doigt par le Dr Bérard, à Ménerville. Une crise terrible de suffocation est encore survenue ce matin dans le train qui amenait la malade à Alger.

Mon premier examen fait, soit au projecteur à gaz, soit au laryngoscope électrique de Chardin, me fait voir sur le

fond du pharynx, sur le repli aryténo-épiglottique gauche, enfin sur l'épiglotte, trois morsures triangulaires, typiques, saignant encore, mais d'annélide, point. Ce n'est qu'après de minutieuses recherches, en provoquant un mouvement d'expiration exagéré, que j'arrive à l'apercevoir tout à fait en bas de la face postérieure de l'épiglotte.

Je suis d'ailleurs obligé de suspendre bien vite aussi bien l'examen que les tentatives d'extraction faites, soit avec le serre nœud de Wilde, soit avec la pince de Cusco, car de graves menaces de suffocation se produisent soudain. La sangsue se déplaçant une cinquième fois s'est laissée tomber sur la glotte, a franchi les cordes vocales, et un dernier coup d'œil dans le miroir, un calme relatif s'étant produit, me la montre fixée vers le premier anneau trachéal, en avant.

Grâce à l'obligeance du Dr Romakers, une heure après, la malade était reçue dans son service à l'hôpital de Mustapha, et, devant l'imminence de l'asphyxie, nous pratiquions la trachéotomie. Elle est faite sous le chloroforme, sans difficulté, et la canule n° 5 de Krishaber assurant la libre respiration, il nous est possible de reprendre les tentatives d'extraction de l'annélide par les voies naturelles. Ce n'est qu'après bien des efforts, et au moment où, munis de la canule-tampon de Trendelenbourg, nous allions faire la cricotomie, qu'un dernier coup de pince de Cusco, donné sous le contrôle du miroir devant de forts rayons solaires et si bas que la pince va toucher la convexité de la canule, ramène enfin la sangsue longue de 4 centimètres et grosse comme un crayon ordinaire.

Le développement rapide de cet annélide nous semble digne d'être noté. Avalé à l'état filiforme, absolument invisible dans l'eau, il lui a suffi de 7 jours pour atteindre ses dimensions actuelles.

Nous ajouterons que la trachéotomie préalable, bien loin de nous laisser un regret, nous a été précieuse.

Elle était d'urgence.

Elle a donné à la patiente le calme nécessaire aux recherches minutieuses et douloureuses qui ont suivi.

Elle nous permettait enfin, en cas d'insuccès complet par les voies naturelles, de poursuivre l'opération d'ouverture du larynx en toute sécurité.

J'avais, en prévision de ce cas, fait mon incision assez bas, et aussi dans la crainte que la sanguine, dérangée, soit par le bistouri, soit par la canule, ne se laissât tomber encore plus bas, avant l'introduction de cette dernière.

Les suites de l'opération ont été très simples : le 23 au matin, j'enlevais la canule; 2 jours après, la plaie était fermée; un peu de broncho-pneumonie post-trachéotomique céda rapidement à quelques ventouses et à la glycérine créosotée (Legroux). La voix seule est longue à redevenir normale, sans doute à cause de l'anémie de tout l'organe vocal. Le 6 octobre, la malade sort de l'hôpital et retourne à Blad-Guitoun avec un traitement tonique à suivre.

Je ne terminerai pas cette observation sans adresser à mon excellent confrère le Dr Ramakers, tous mes remerciements pour l'honneur qu'il m'a fait de me permettre d'opérer dans son service cette intéressante malade, et pour l'assistance éclairée et bienveillante qu'il a bien voulu me prêter.

#### SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE D'ANGINE PHLEGMONEUSE

*Périamygdalite linguale phlegmoneuse ; phlegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue (1).*

(Suite et fin.)

Par le Dr **Albert Ruault**, médecin de la clinique laryngologique des Sourds-Muets.

L'observation suivante, que je dois à l'obligeance de mon ami et très distingué confrère le Dr Cartaz, me semble devoir être jointe aux précédentes, et son auteur, qui a bien voulu prendre connaissance de mes propres observations, ne

(1) Voir *Archives de Laryngologie*, janvier-février, t. V., p. 8.

doute pas davantage qu'elle se rapporte à une inflammation suppurative de même siège.

OBS. VI. — (Communiquée par M. le Dr A. Cartaz.) M. X., vient me consulter dans le courant de 1890, pour une pharyngite chronique qui le gène depuis plusieurs années. Agé d'une quarantaine d'années, M. X., est un fumeur enragé et boit assez volontiers ; il est de plus rhumatisant et a eu l'automne dernier un léger accès de goutte. Les traitements les plus variés, aussi mal suivis que possible, il est vrai (c'est le malade qui l'avoue), n'ont amené que des modifications passagères. Je constate en effet les signes d'une pharyngite chronique prononcée, sans lésions ni obstruction nasales. Mais ce qui préoccupe le malade est, non pas le besoin de « racler » la gorge, mais un chatouillement constant à la base de sa langue, provoquant des quintes de toux tenaces. L'examen laryngoscopique montra une hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, formant trois gros lobes en avant de l'épiglotte. Après quelques tentatives de traitement par des cautérisations au chlorure de zinc, le résultat étant médiocre et le malade pressé d'en finir, je pratiquai après anesthésie locale à la cocaïne une cautérisation des trois lobes principaux avec le galvano-cautère, sans trop d'énergie. Je recommandai au malade les précautions antiseptiques habituelles et le séjour à la chambre.

Il n'en fit rien, passa la soirée au bal, soupa ensuite plus que copieusement et rentra vers 5 heures du matin dans « un doux état d'ébriété » (propres paroles du malade). Le lendemain, il fait plusieurs courses en voiture découverte, et le soir se sent pris de douleurs à la gorge, d'un peu de fièvre. Il sort encore le lendemain, mais en rentrant il est obligé de se mettre au lit. Un médecin du voisinage qu'il fait appeler, et qui n'est pas son médecin habituel, diagnostique une « angine » et prescrit différents médicaments. Le mal empire lentement pendant 48 heures, puis vers le 6<sup>e</sup> jour, il survient de la douleur pour avaler, douleur irradiée de plus en plus du côté des oreilles, et surtout de la gène pour respirer, quand le malade est étendu.

Le 7<sup>e</sup> jour, le malade me fait appeler. A l'examen, rougeur diffuse du pharynx et des loges amygdaliennes ; au niveau de l'amygdale linguale et des points cautérisés, tuméfaction rouge, tendue, du volume d'une petite noix, repoussant l'épiglotte sur l'orifice laryngien (explication de la dyspnée) ; épiglotte rouge, un peu tuméfiée à sa base. Rien à la partie moyenne ou antérieure de la langue. Pas de gonflement du cou. Fièvre

modérée. Langue sale, signes d'embarras gastrique. Au toucher, on a la sensation de fluctuation, et je propose au malade un coup de bistouri qu'il refuse. Je prescris trois pulvérisations par jour avec la solution de sublimé à 1 p. 10,000, des gargarismes phéniqués, et un vomitif pour remédier à l'embarras gastrique.

Le soir, le malade m'apprend que dans les efforts de vomissements, il a rendu du pus et du sang et qu'il est soulagé. Quand je le vois le lendemain, la tumeur est affaissée, il n'existe pas de traces d'ouverture, de fistule ; mais il s'agissait bien évidemment d'un abcès par infection d'une plaie soignée d'une façon aussi fantaisiste que peu médicale. Je dois dire que le malade a éprouvé de cette révulsion un mieux sensible, et que ce mal temporaire a été d'un grand secours pour l'amélioration des signes dont il souffrait du côté de la gorge.

En résumant les caractères communs des six faits relatés ci-dessus, on voit que le tableau symptomatique de l'affection peut être esquissé de la façon suivante :

Début le plus souvent brusque : malaise, courbature, céphalgie, parfois nausées ; puis frissons, fièvre assez vive, pendant quatre, cinq, six ou sept jours. Anorexie, soif, souvent constipation.

Douleurs de gorge dès le début, puis bientôt douleurs lancinantes, très vives, dans une oreille ou plus rarement dans les deux. Dysphagie très accentuée.

Voix bonne d'ordinaire. Une fois sur cinq un peu d'enrouement. Deux fois sur six, un peu de dyspnée.

Il n'y a pas de tuméfaction du cou, l'adénopathie angulo-maxillaire ou cervicale est nulle ou à peine appréciable. Le plancher de la bouche, à sa partie postérieure, peut être le siège d'une rénitence assez faible, mais les parties molles sont mobiles et souples au-dessous.

Les malades peuvent facilement ouvrir la bouche ; la pression de l'abaisse-langue appliquée à la manière habituelle n'est pas douloureuse. La partie libre de la langue n'est pas tuméfiée, pas œdémateuse, souple, nullement douloureuse à la palpation. Le malade sort aisément la langue de la bouche, et on peut exercer une légère traction sur elle, pour

faciliter l'examen laryngoscopique, sans que le malade s'en plaigne.

A l'examen, le pharynx est parfois le siège d'une rougeur diffuse, souvent plus marquée au niveau de la partie inférieure des piliers antérieurs. Ou bien cette rougeur est peu marquée ou à peu près nulle, sauf à la région inférieure d'un seul des piliers antérieurs. Dans le premier cas, à l'aide du miroir, on voit que l'amygdale linguale est très rouge, tuméfiée, comme soulevée, de façon à former une tumeur atteignant, avec sa base, le volume d'une demi-noix et plus, refoulant en arrière l'épiglotte rouge et peu ou pas œdématisée. Dans le second cas, le plus fréquemment observé, l'amygdale linguale enflammée est soulevée seulement dans une de ses moitiés par une tuméfaction un peu plus diffuse, qui fait disparaître le relief des plis pharyngo-épiglottique et glosso-épiglottique latéral. C'est alors que la douleur d'oreille est unilatérale, ainsi que la rougeur de la partie inférieure du pilier antérieur.

Lorsque l'affection évolue vers la suppuration, la face antérieure libre de l'épiglotte devient œdémateuse, mais cet œdème peut être très accentué sans se propager aux ligaments ary-épiglottiques. La dyspnée, quand elle apparaît alors, est très légère, et n'a pas d'autre cause que le refoulement de l'épiglotte en arrière et en bas. La voix reste claire, à moins qu'il n'y ait coexistence de laryngite catarrhale, ce qui n'a eu lieu que dans un seul cas sur six.

L'abcès s'ouvre spontanément, du 8<sup>e</sup> au 14<sup>e</sup> jour de la maladie, de 2 à 5 jours après sa formation. La quantité de pus évacuée, le plus souvent à plusieurs reprises successives, paraît être d'une abondance médiocre.

La fièvre diminue dès que l'abcès est collecté; elle cesse après son évacuation, qui fait aussi disparaître l'otalgie réflexe, et la guérison s'achève alors en deux ou trois jours.

L'observation clinique, appuyée sur la connaissance de l'anatomie de la région, nous permet de nous rendre assez exactement compte du siège de l'abcès. Nous savons que la

couche des follicules lymphatiques de la muqueuse de la base de la langue est inséparable de la couche sous-jacente, constituée par un amas de glandes dont la majeure partie reposent sur le muscle lingual supérieur, tandis que les autres, plus profondes, s'engagent en partie dans l'épaisseur même de ce muscle. Les orifices de ces glandes s'ouvrent soit dans les intervalles des follicules lymphatiques, soit dans la cavité centrale des follicules. C'est donc surtout par l'intermédiaire des conduits excréteurs de ces glandes intramusculaires que la muqueuse adhère à la couche musculaire sous-jacente, dans les régions voisines du raphé constitué par le ligament glosso-épiglottique médian. Au contraire, un peu plus en dehors, et de même antérieurement, ces glandes profondes deviennent de moins en moins abondantes, et le muscle lingual supérieur vient adhérer à la muqueuse plus mince et à trame conjonctive plus serrée, à la manière d'un muscle peaucier. Si donc l'inflammation interstitielle profonde de la couche muqueuse dont la portion superficielle constitue l'amygdale linguale aboutit à la suppuration, le pus ne pourra se collecter qu'avec peine, et sur une largeur d'un centimètre et demi environ, étroitement limitée à la partie médiane par le ligament glosso-épiglottique médian, ne s'étendant guère, latéralement, qu'au niveau du repli glosso-épiglottique latéral, et n'atteignant pas, en avant, le niveau des pupilles caliciformes. En bas, la couche de pus sera limitée par la membrane hyo-épiglottique, assez épaisse et résistante, qui l'empêchera de fuser le long de la face antérieure de l'épiglotte dans l'interstice thyro-hyo-épiglottique, au-devant de la partie supérieure du larynx proprement dit. L'abcès sera latéral, s'il n'est pas double, ce que, pour ma part, je n'ai pas encore vu, ou s'il ne s'étend pas d'un côté à l'autre du ligament glosso-épiglottique médian par l'intermédiaire d'une déhiscence des fibres de ce raphé dont la structure peut varier suivant les sujets. Quant à l'œdème de voisinage, il sera surtout apparent au niveau de la fossette glosso-épiglottique et de l'épiglotte ou

la muqueuse mince deviendra transparente, tandis que latéralement, là où elle est plus épaisse, elle apparaîtra seulement tuméfiée sans prendre le même aspect.

La langue elle-même, dans toute sa partie antérieure, restera indemne; elle ne sera ni œdémateuse, ni tuméfiée, ni douloureuse à la pression ou spontanément. Il n'en serait pas de même si l'abcès était intra-musculaire; dans ce dernier cas, on ne sentirait pas non plus la fluctuation aussi aisément, car tous les auteurs s'accordent à faire remarquer la dureté spéciale que présentent ces abcès qu'on a même été (Blandin) jusqu'à prendre pour des tumeurs solides; et on n'assisterait pas à l'évacuation spontanée du pus en avant de l'épiglotte.

Enfin, la langue pourra être sortie de la bouche et maintenue en dehors sans difficulté, le mouvement d'élévation du larynx et de traction en avant de l'épiglotte qui en résulte ne provoquera pas de douleurs vives, ce qui n'a pas lieu lorsque l'inflammation siège au-dessous de la membrane hyo-épiglottique, dans l'interstice hyo-thyro-épiglottique: le malade atteint de phlegmon pré-laryngien ou d'angine de Ludwig au début est hors d'état de tirer la langue, et ne supporte que très difficilement l'examen laryngoscopique, ou pour mieux dire les tentatives d'examen laryngoscopique auxquelles on le soumet. Il n'arrive même qu'imparfaitement à ouvrir la bouche, aussi bien à cause de la douleur qu'il éprouve lorsqu'il l'essaie, que de l'obstacle résultant de la tuméfaction, de l'empâtement, de la dureté et de la raideur du plancher buccal, qui ne manquent jamais en pareil cas.

La péri-amygdale linguale phlegmoneuse peut donc être assez aisément différenciée de la glossite basique profonde, et des phlegmons pré-laryngiens et du plancher buccal. L'absence d'adénopathie cervicale empêchera de la confondre avec un adéno-phlegmon; et on ne la prendra pas pour un abcès secondaire à une lésion osseuse. Son pronostic, en dehors de complications évidemment possibles, mais non encore observées, paraît assez bénin, puisque l'ouverture

spontanée de l'abcès s'est toujours faite jusqu'ici sans qu'on ait vu se produire de troubles respiratoires inquiétants. Son siège, ses symptômes, sa marche, sa terminaison, permettent de la rapprocher et de la considérer comme une variété de la péri-amygdalite phlegmoneuse vulgaire.

Je n'insisterai pas sur le traitement. Je me suis conduit, dans les cas que j'ai eus à soigner, comme s'il s'était agi d'une amygdalite. Peut-être serait-il possible, comme le fait supposer l'observation I, d'éviter la suppuration en pratiquant dès le début des scarifications profondes; mais les observations IV et V montrent que l'inflammation est susceptible de rétrocéder sans cette intervention. L'abcès une fois formé et la fluctuation constatée, on doit évidemment l'ouvrir si le malade y consent, mais la chose semble avoir peu d'importance, car alors l'évacuation spontanée du pus arrive rapidement. Si, après l'évacuation du pus, il reste un trajet fistuleux, on devra l'inciser pour éviter les rechutes.

---

#### INHALATIONS DES VAPEURS DE MENTHOL DANS LA TRACHÉITE

Par les Drs **Lubet-Barbon** et **Alf. Martin.**

---

Depuis près de trois ans, nous employons avec succès les inhalations chaudes de vapeur de menthol dans la trachéite. Le principe de l'appareil dont nous nous servons est des plus simples. Il consiste dans l'emploi d'un flacon à deux tubulures dans lequel sont contenus les cristaux de menthol et il repose sur ce fait que le menthol entre en fusion à partir de 38° environ et se résout en vapeurs à partir de 45°. Il suffira donc de plonger la partie inférieure du flacon dans un petit vase rempli d'eau chaude, ou de le chauffer avec précaution au-dessus de la flamme d'une lampe. On voit les cristaux se fondre peu à peu, et la partie supérieure du flacon se remplir d'une buée blanchâtre qui se dégage par les tubulures. L'une

d'elles est munie d'un tube en caoutchouc terminé par un embout de verre que le malade peut placer dans sa bouche et à l'aide duquel il aspire les vapeurs qui se dégagent, mélangées à l'air entrant par l'autre tubulure.

Il est bon de faire avec précaution et lentement les premières inspirations, sans cela la quantité de vapeur de menthol serait trop considérable et pourrait donner un petit accès de suffocation au malade. Peu à peu d'ailleurs, celui-ci s'habitue à doser pour ainsi dire lui-même, la quantité de son aspiration. Chaque séance doit comprendre cinq ou six inspirations et on peut recommencer à quelques heures d'intervalle.

Le menthol inhalé ainsi, à une température supérieure à son degré de volatilisation, entre *en nature* dans la trachée et se dépose sur ses parois.

Les indications de cette médication sont : les trachéites légères avec douleurs et sensation de picotement à la pression de la trachée, avec toux répétée, ce que l'on appelle vulgairement toux d'irritation, avec ou sans expectoration ; dans tous les cas enfin, où il y a une rougeur du larynx et de la trachée, en exceptant toutefois les trachéites des tuberculeux qui les supportent mal. Nous les conseillons enfin dans tous ces cas où il n'y a pas un état trachéal ancien et invétéré qui est justiciable alors des injections intra-trachéales d'huile mentholée (1).

---

(1) Injections intra-trachéales de menthol par Lubet-Barbon, in *Annales de thérapeutique médico-chirurgicale*, juin 1889.

**CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE  
DES PROCESSUS TONSILLAIRE INFLAMMATOIRES (1)**

(Suite et fin.)

Par **A. Sokolowski**, médecin des hôpitaux de Varsovie, et **L. Dmochowski**  
assistant.

C'est intentionnellement que nous avons donné l'histoire détaillée de ces trois cas, afin de prouver d'abord que nous avons eu affaire à une angine lacunaire typique, et ensuite afin de n'être pas obligé de revenir sur la symptomatologie de cette maladie, puisqu'elle n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé. Nous n'avons tenu compte jusqu'à présent du côté clinique que dans les cas où il nous semblait indispensable pour motiver nos manières de voir. Il est évident que nous avons eu affaire, dans tous nos cas, à un processus d'emblée aigu et que les symptômes du processus ressemblaient en tous points à ceux d'une maladie infectieuse aiguë, à savoir : frissons répétés, fièvre assez forte, manque total de l'appétit et une sensation de lassitude générale. L'anamnèse nous a prouvé, chez tous les malades, que ceux-ci avaient été affectés déjà plusieurs fois de processus analogues. L'examen objectif nous a démontré l'existence de taches d'un jaune blanc, à distribution sporadique, au milieu d'une muqueuse rougie, sur les amygdales fortement grossies et rougies. Sous la pression de la sonde, le contenu des lacunes s'échappait. La fièvre disparaissait le lendemain de l'extirpation et la plaie guérissait, sans complications, au bout de quelques jours. Un fait caractéristique à noter, c'est que les auteurs, en donnant les indications générales à observer dans la tonsillotomie, ne manquent pas de faire remarquer qu'une phase aiguë de l'inflammation constituait une contre-indication pour l'extirpaton, en raison de la possibilité

(1) Voir *Archives de Laryngologie*, t. IV, novembre-décembre, 1891, et t. V, janvier-février, 1892.

d'abondantes hémorragies. On a vu que cette complication ne s'est pas produite dans les trois cas relatés. Pour nous, nous croyons que cette crainte de complications possibles est un peu exagérée. Nous ne pouvons, à vrai dire, recommander cette extirpation dans tous les cas de processus infectieux aigus de ce genre, car il pourrait facilement en résulter une inflammation diphtéritique de la plaie. Il n'est pas possible d'enlever l'amygdale tout entière, et dès lors, la partie des lacunes dans lesquelles se trouvent les matières infectieuses peut fournir à une infection un terrain tout préparé. Toutes ces amygdales ont été durcies et puis soumises, comme nous l'avons déjà dit, à l'examen microscopique. Bien que les symptômes cliniques fussent identiquement les mêmes dans les trois cas, l'examen anatomo-pathologique a fait ressortir une certaine différence concernant, sinon l'essence même du processus, du moins la localisation de celui-ci. Le premier et le troisième cas n'ont présenté de différence ni dans leur cours clinique ni dans leurs particularités anatomiques, et c'est pourquoi nous allons tout d'abord nous occuper d'eux.

Les coupes colorées par la méthode de Weigert présentaient des lacunes fortement élargies et comblées par leur contenu. Celui-ci se distinguait des masses que nous avons décrites dans la *Tonsillitis lacunaris desquamativa*. L'on pouvait facilement y constater l'existence d'une grande quantité de micro-organismes, d'un réseau de fibrine, puis de petits diplococci en très grande majorité et, à côté d'eux, d'autres formes, à savoir : des streptococci, des cacci isolés, voire même des bacilles, mais point de bacilles tuberculeux. Nous avons remarqué ces micro-organismes presque exclusivement dans le contenu, mais aussi, par-ci par-là, dans les cellules de l'épithélium, toutefois en très petite quantité. Plus on approchait de l'orifice des lacunes, plus les cocci se multipliaient ; la partie du contenu lacunaire située à l'orifice des lacunes était tellement parsemée de micro-organismes, que nous ne pûmes arriver à nous faire une

idée de sa structure ; dans les parties plus profondes des lacunes le nombre des micro-organismes était bien moindre et nous ne pûmes découvrir rien de caractéristique dans leur disposition. Le contenu se composait presque exclusivement de corpuscules lymphatiques gisant dans un réseau de fibrine délicat. Nous avons sans doute trouvé dans tous les cas une substance fibrillaire, mais ses rapports avec les tissus étaient quelque peu différents de ceux que nous remarquons ordinairement dans les formes malignes d'une inflammation diptéritique, où l'on trouve le réseau de fibrine dans la trame même du tissu qui se mortifie ultérieurement. Quoique, dans les cas qui nous occupent, l'on observe l'une et l'autre disposition, il n'en est pas moins vrai que la marche du processus est très rapide et que nous ne trouvons de foyers nécrotiques qu'en des points isolés et spécialement dans les couches superficielles des tissus. L'épithélium qui revêt les lacunes est si fortement infiltré que l'on est obligé d'examiner de bien près et en plusieurs points le tissus adjacent au contenu pour y découvrir quelques cellules épithéliales. Dans d'autres cas, l'infiltration est également forte et le contenu remplit complètement la lacune entière (ce n'est pas toutefois le cas dans les préparations microscopiques, car le contenu qui renferme beaucoup d'eau, se ratatine fortement après le durcissement et se tient à distance de la paroi de la lacune). Aussi ne pouvons-nous distinguer nettement par la structure même la limite entre le tissu et le contenu. Le réseau de fibrine et la présence de micro-organismes nous ont servi de guide, dans ces cas, les micro-organismes n'existant presque exclusivement que dans le tissu, comme nous l'avons fait remarquer plus haut.

Quant au tissu adénoïde, nous n'avons pu y constater d'autres modifications qu'une augmentation de l'infiltration. L'on peut en dire autant des follicules. Pour ce qui est des diverses formes de corpuscules lymphoïdes que nous avons observés dans ces processus et de leur manière de se com-

porter vis-à-vis des matières colorantes, elles méritent qu'on en fasse mention d'une matière toute spéciale. Les coupes avaient été colorées d'après la méthode de Weigert et l'on avait employé du carmin d'alun pour la coloration du fond. En faisant cette coloration, nous avons trouvé à plusieurs places, spécialement dans le tissu adénoïde situé dans le voisinage des lacunes, dans les follicules même et enfin dans les vaisseaux lymphatiques qui traversent le tissu ligamenteux, beaucoup de cellules colorées en violet. Mais la forme de ces cellules était très diverse; un très petit nombre d'elles étaient uniformément rondes. Ces cellules se distinguaient encore, outre leur coloration, par leur grandeur, ainsi que par un grand noyau nettement visible. En employant des grossissements plus forts, nous pûmes nous convaincre facilement que cette coloration violette était déterminée par des granules minuscules qui se trouvaient dans les cellules et qui étaient colorés en violet. L'on pourrait être porté à croire que l'on a affaire, en raison de la grandeur des cellules, aux soi-disant « cellules plasmatisques » que l'on rencontre si souvent dans les amygdales et en général dans les tissus lymphatiques; mais ces cellules se colorent, comme l'on sait, en violet, au moyen d'une solution de bleu de méthyle alcaline, ce qui n'était pas le cas dans nos préparations. Dans tous les cas, les vaisseaux sanguins étaient fortement distendus et gorgés de sang.

Le deuxième cas, tout en ne présentant dans son évolution clinique aucune différence avec les deux autres, n'en offrait pas moins, sous le rapport anatomique, certains signes caractéristiques. Ce qui frappait tout d'abord, c'était le manque total d'une modification pathologique des lacunes. Les masses jaune blanc qui étaient visibles à la surface des amygdales et situées tout près de l'orifice des lacunes ressemblaient, à s'y méprendre, à des produits de sécrétion, et ne formaient qu'une couche superficielle s'élevant au-dessus des lacunes en forme de plaque. En colorant celle-ci comme il convient et en l'examinant, l'on trouva qu'il s'agissait d'une membrane

diphthéritique caractéristique. Elle se composait d'un réseau de fibrine dans lequel on voyait de grandes quantités de corpuscules lymphatiques et des diplococci. Les cellules entre lesquelles on distinguait de la fibrine, surtout dans les couches superficielles, ne se coloraient que difficilement et les noyaux étaient invisibles à plusieurs endroits ; c'est donc que les cellules étaient entrées dans la phase nécrotique. Bref, nous avions devant nous des pseudo-membranes typiques. Mais nous ne pûmes rien découvrir dans les lacunes, à part une forte infiltration de l'épithélium et une quantité plus grande de corpuscules lymphatiques dans leur sécrétion, bref, à part un état catarrhal peu grave. Si, maintenant, nous résumons les résultats que nous a donnés l'examen microscopique, nous arrivons nécessairement à cette conclusion, que nous avons eu affaire dans les trois cas au même processus, à part certaines différences. Nous avons trouvé de la fibrine partout, aussi bien dans le contenu des lacunes qu'à la surface des lacunes ; partout il s'était formé des membranes ; partout nous avons constaté l'existence d'une nécrose plus ou moins forte des couches superficielles. Quant au deuxième cas, tous les anatomistes, en concluant d'après les figures microscopiques, le considèrent comme un processus diphthéritique typique, d'ailleurs très instructif sous ce rapport, puisqu'il porte à conclure à l'identité des deux formes (angine lacunaire et diphthérie). Les symptômes cliniques sont identiques, les modifications anatomiques sont les mêmes ; toute la différence réside dans la localisation de la maladie. Il se peut facilement que l'inflammation envahisse le fond des lacunes et nous aurons alors une angine lacunaire typique. Bref, l'anatomie pathologique n'indique pas de différence entre ces deux processus inflammatoires, et nous sommes obligés de considérer l'angine lacunaire comme une inflammation pseudo-membraneuse. Les symptômes caractéristiques par excellence de cette forme morbide, sont sa localisation, son peu de malignité et sa tendance bien moindre à s'étendre.

Après nous être formé une idée nette de l'affection en question, nous nous croyons autorisés à proposer un changement dans son appellation. Que nous dit-elle effectivement ? Nous entendons par le mot *angine* une inflammation diffuse du pharynx entier, et non pas seulement des tonsilles et encore moins des lacunes. Bien que l'appellation *angine lacunaire* localise la lésion un peu plus nettement, elle n'indique pas le moins du monde sa nature. Une *angine lacunaire* peut être catarrhale, pseudo-membraneuse, tuberculeuse, etc., mais le terme *angine lacunaire* ne signifie rien par lui-même. La dénomination, *angine folliculaire* est, à notre avis, complètement fausse, puisque les follicules sont tout à fait libres. Nous croyons donc que la seule appellation rationnelle qui convienne à l'affection en question, doit être *tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea*, car elle localise strictement le processus pathologique et nous donne en même temps une idée suffisante de la nature de l'inflammation. L'on peut nous objecter, et avec raison à certains égards, que nous avons vu trop peu de cas et fait trop peu de recherches pour nous croire autorisés à rejeter d'anciennes manières de voir et à leur substituer la nôtre basée sur nos observations personnelles. Mais en ne prenant en considération que les symptômes caractéristiques du processus pathologique et en usant d'une certaine prudence dans le choix des cas pathologiques, nous arrivons à la ferme conviction que nous avons eu précisément affaire à la soi-disant *angine lacunaire*. Nous croyons enfin qu'une seule investigation faite avec conscience suffit parfaitement à nous expliquer ces processus. Il faut que l'on sache, d'ailleurs, que nous ne possédons pas de faits susceptibles de donner une explication de leur étiologie, car nous n'avons pas fait de cultures et nous n'avons pas expérimenté sur les animaux. En nous réservant de pousser plus loin nos investigations dans le sens que nous nous sommes proposé, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que, pour les mener à bien, nous aurons à surmonter bien des difficultés, en raison de la com-

munication immédiate des lacunes avec la cavité buccale. Bien des investigateurs (B. Fränkel, Seifert, Gabbi, Crajkowski et d'autres) se sont occupés de la présente question sans avoir pu arriver à des résultats positifs. Mais quels que puissent être ces résultats, ils ne modifieront jamais notre opinion relativement à la nature du processus même, opinion basée sur des recherches anatomo-pathologiques.

Pour terminer, nous donnons ci-dessous un tableau statistique destiné à mettre en évidence le degré de fréquence de la maladie en question.

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES MALADES	TONSILLITIS LACUNARIS PSEUDO-MEMBRANACEA
1888.....	873	50
1889.....	1364	61
1890.....	1245	58
Total.....	3482	169

C'est-à-dire environ 5 pour cent.

Cette maladie s'observe le plus fréquemment en automne (en octobre et novembre); en été, du moins dans les mois les plus chauds, on ne note que des cas isolés.

Voici les conclusions que nous tirons de notre travail et que nous soumettons à la critique des intéressés.

1) *L'hypertrophie des follicules peut déterminer un rétrécissement ou un engorgement des lacunes, lequel provoque à son tour la rétention du contenu.*

2) *L'inflammation des lacunes tonsillaires, dans laquelle la sécrétion subit une augmentation quantitative et une modification qualitative, peut-être infectieuse ou non infectieuse, chronique ou aiguë.*

3) *Les processus desquamatifs chroniques sont le plus souvent en relation immédiate avec l'hypertrophie des amygdales ou avec le catarrhe chronique des lacunes.*

4) *La soi-disant angina follicularis n'est autre chose qu'une inflammation pseudo-membraneuse, localisée dans les lacunes mêmes.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1892.

PRÉSIDENCE DE M. LE DR<sup>E</sup> CARTAZ

M. MENIÈRE fait une communication sur un **pseudo-kyste de la caisse du tympan** (sera publiée *in extenso*):

*Discussion* : M. GELLÉ croit qu'il pourrait s'agir d'une otite moyenne ancienne accompagnée de granulations, dans laquelle la perforation aurait été fermée par des végétations partant du voisinage. Quant au sang contenu dans le pseudo-kyste, il serait dû à des hémorragies produites par d'autres végétations.

M. LOEWEMBERG. — L'examen microscopique a-t-il été fait ? Il pourrait s'agir d'un cholestéatome.

M. LUC donne lecture d'un travail ayant pour titre : **Un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë** (sera publiée *in extenso*).

*Discussion* : M. RUAULT. — L'observation de M. Luc présente un grand intérêt à cause de la rareté des faits de cette nature. Il y en a quelques cas signalés par des auteurs américains et français. Il indique comme très important pour le diagnostic, la différence de niveau des deux cordes, constatée en faisant tourner la tête au malade.

M. GOUGUENHEIM. — Je n'ai jamais vu des cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale, mais je n'en doute pas, ils ont été étudiés par des hommes compétents. Dans les cas publiés, l'aphonie rapide a été observée, mais on n'avait pas signalé jusqu'à présent la dyspnée. Dans la périchondrite, qui ressemble beaucoup à l'arthrite en question, généralement il n'y a pas de dyspnée non plus ; elle doit donc être considérée comme un symptôme nouveau. Je ne m'explique pas le mécanisme de cette dyspnée.

M. LUC. — La dyspnée était produite par la position des cordes vocales d'abord, mais principalement par la tuméfaction aryténoïdienne.

M. LUBET-BARBON présente une petite curette qu'il emploie pour le

traitement des éthmoidites et aussi pour le grattage du pharynx nasal, dans les cas d'angine de Tornwaldt. Elle a l'avantage d'être très malléable, de sorte qu'on peut changer sa forme d'après la configuration du pharynx nasal. Après le curetage il a l'habitude de faire une cautérisation au nitrate d'argent au moyen d'un stylet qu'il présente également.

M. MARAGE lit une communication ayant pour titre : **Utilité des injections de liqueur de Van Swieten dans le tissus de tumeurs d'aspect cancéreux.**

Il est souvent fort difficile d'établir un diagnostic différentiel entre une tumeur d'origine syphilitique et une tumeur maligne. Souvent les syphilomes résistent au traitement spécifique, ce qui pourrait conduire le médecin à une erreur de diagnostic. Voici un cas fort intéressant que j'ai eu l'occasion d'observer.

Un militaire avait été atteint de la syphilis en 1851 ; trente-six ans après, il vit se développer, dans l'espace de quelques mois, au niveau de la glande sous-maxillaire droite, une tumeur excessivement dure et faisant corps avec le maxillaire inférieur. Le traitement spécifique interne n'ayant donné aucun résultat, on fit le diagnostic de tumeur maligne, et l'opération fut décidée. Mais auparavant je lui fis une injection de liqueur de Van Swieten au moyen d'une seringue de Pravaz. Quelques jours après le malade élimina deux calculs salivaires et une incision permit d'évacuer le pus qui s'était formé. Huit jours après la guérison était parfaite. Depuis 14 mois il n'y a pas eu de récidive. Je me suis donc trouvé très probablement en présence d'une double affection, des calculs salivaires et un syphilome développé dans le tissu voisin ; en effet, l'argument tiré de l'insuccès du traitement spécifique interne n'a pas une valeur absolue, car les syphilomes lui résistent souvent, tandis qu'ils cèdent vite aux injections de liqueur de Van Swieten.

*Discussion :* M. HERMET. Le diagnostic des tumeurs syphilitiques avec les tumeurs malignes est quelquefois très difficile. Il cite un fait à l'appui.

M. LOEWEMBERG. — Dans le cas de M. Marage je crois qu'une autre interprétation serait légitime. Le malade ayant expulsé des calculs, on pourrait penser à une rétention de salive.

M. SAINT-HILAIRE lit une observation sur **un cas de corps étranger volumineux resté pendant trois jours dans le pharynx nasal**. Il s'agit d'un noyau de pêche qui dans un mouvement de déglutition avait passé dans le pharynx nasal. A la rhinoscopie postérieure on ne le voyait pas, une

tuméfaction énorme le masquait ; au troisième jour il fut expulsé spontanément. Comment expliquer cette émigration, si peu commune, se produisant au moment de la déglutition ? M. Saint-Hilaire croit qu'il faut mettre en cause la manque de dents qui provoquait une certaine incoordination dans les mouvements des muscles masticateurs.

M. GILLE présente un appareil servant à insuffler de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans la caisse du tympan à travers la trompe d'Eustache et qui peut être employé aussi pour les lavages avec la canule de Hartmann, ou avec la canule des sinus.

M. SAINT-HILAIRE lit au nom de M. LICHTWITZ (de Bordeaux) une communication ayant pour titre : *De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique dans le cas de bleorrhée nasale.*

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de l'empyème de l'antre d'Highmore disent que l'empyème double est rare. Il n'y a guère que Ziem, Kaufmann et l'auteur, sur le vivant, Gradenigo, sur le cadavre, qui aient rapporté des exemples plus nombreux de cette affection. L'auteur a observé 12 cas d'empyème bilatéral. Si d'autres auteurs n'en ont pas observé, cela tient à l'obscurité des symptômes de cette affection et au défaut d'examen méthodique du sinus maxillaire. Dans les cas d'empyème bilatéral l'unilatéralité des symptômes est d'un grand secours pour le diagnostic, mais dans l'empyème des deux antres la bilatéralité des symptômes fera plutôt penser à une affection générale de la muqueuse nasale qu'à un foyer localisé de suppuration.

La recherche directe du pus est ici le seul moyen de diagnostic. Ziem pratique la ponction suivie d'un lavage explorateur à travers un orifice artificiel du rebord alvéolaire. Kaufmann fait le lavage explorateur par l'orifice naturel ou accessoire selon la méthode de Hartmann.

L'auteur préfère la ponction de la paroi nasale de l'antre, au niveau du méat inférieur. Son procédé est en miniature l'opération qu'emploient Mickulicz, Krause et Tornwaldt pour ouvrir largement le sinus et traiter l'empyème par cette voie. Lichtwitz a fait jusqu'à présent 111 ponctions suivies d'un lavage explorateur ; 43 fois (chez 31 malades, donc 12 atteints d'empyème double) le lavage a donné un résultat positif. Plusieurs des malades chez lesquels la ponction n'a rien donné ont toutefois éprouvé une grande amélioration : diminution de l'hypersécrétion et de l'enchirènement.

Dans cinq cas l'auteur n'a pas pu perforer la paroi nasale, mais, dans un de ces cas, l'ouverture par le rebord alvéolaire a été également impos-

sible. Le plus souvent la ponction est facile à faire, peu douloureuse et n'est suivie d'aucun malaise.

Lichtwitz rapporte deux cas parmi ces 12 où l'on a pratiqué l'examen bactériologique du pus. Dans le premier cas, le pus de l'antre gauche contenait presque exclusivement des streptocoques pyogénés, le pus de l'antre droit des microbes divers. Chez la deuxième malade on a trouvé en très grande abondance le pneumocoque de Talamon-Fraenkel. La présence de ces microbes explique les complications fréquentes de l'empyème, notamment l'érysipèle de la face, les complications pulmonaires, dont l'auteur a rapporté un exemple dans un travail antérieur.

Le pronostic de l'empyème double est plus grave que celui de l'empyème unilatéral.

Quant au traitement, Lichtwitz fait l'ouverture d'après la méthode de Cooper. Il emploie depuis ces derniers temps des crayons médicamenteux à l'iodoforme, au tanin, etc., qui peuvent être introduits par les malades eux-mêmes.

M. RUAULT présente une seringue pour injections intra-trachéales. Elle présente l'avantage de permettre de graduer la quantité de liquide à injecter et la force de sa projection.

M. GOUGUENHEIM. — Le seul avantage de votre instrument c'est la facilité qu'il donne pour pratiquer des instillations.

JURANVILLE.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ.

**Aspergillus dans le sinus maxillaire**, par le Dr ZARINKO, d'après le *Bulletin medical*, 8 novembre 1891.

Il s'agit d'une ancienne syphilitique, porteur de polypes des fosses nasales accompagnés d'un abcès du tissu maxillaire.

A l'ouverture du sinus, écoulement muco-purulent fétide, contenant des masses brun foncé, de la grosseur d'un pois.

L'examen microscopique les montra constituées par des filaments feuillus de l'aspergillus fumigatus.

Guérison assez rapide par lavages au sublimé et à l'eau boriquée.

D'après Zarinko le développement du champignon aurait été favorisé par un catarrhe antérieur du sinus et la suppuration aurait été la conséquence de la présence de l'aspergillus. Les masses constituées par les champignons devaient être flottantes, ce qui explique que les lavages seuls aient suffi à déterminer la guérison.

Le sinus a été ouvert par la partie moyenne des fosses nasales, selon le procédé d'Hartmann.

DELPORTE.

## II. — LARYNX, TRACHÉE, CORPS THYROÏDE.

### **Tuberculose du larynx dans un cas de myxœdème**, par le Dr HECTOR MACKENZIE, d'après le *Bulletin médical*, 28 octobre 1891.

Femme de 38 ans, atteinte de myxœdème depuis 5 ans. Terminaison par mort subite.

L'autopsie ne montra d'œdème nulle part. Tuberculose pulmonaire et laryngée, tuméfaction de la muqueuse, épaississement et ulcération de l'épiglotte, tuméfaction des replis ary-épiglottiques.

A l'entrée de l'œsophage, ulcération entourée de tubercules miliaires. Foie gros mais d'aspect normal. Reins intacts. Rate grosse et ramollie.

DELPORTE.

### **Extirpation totale du larynx**, par le Dr HOCHENEGG, d'après le *Bulletin médical*, 4 novembre 1891.

Il s'agit d'un malade qui présentait au côté gauche du cou une tumeur grosse comme le poing, développée par métastase secondairement à un petit carcinome du ventricule du larynx. Ablation de la tumeur cervicale, résection de 5 centim. de la veine jugulaire. Ablation du larynx, du pharynx et d'une partie de l'œsophage.

Il ne restait plus qu'une bande d'œsophage de 1 centim. au côté gauche. Suture de la plaie trachéale à l'angle inférieur du champ opératoire ; la peau des parties latérales du cou fut réunie à ce qui restait d'œsophage. Canule dans la trachée ; pansement à l'iodoforme. Résultat satisfaisant.

Autoplastie. Lambeau carré de peau détaché, tordu, de manière à retourner la surface épidermique, et enfin suturé à l'œsophage. Déglutition parfaite. Pour permettre au malade de s'exprimer, on construisit un appareil composé d'un soufflet actionnant un instrument vocal dissimulé

dans le nez, de là un tuyau conduit les sons dans le pharynx vocal. Parole lente, intelligible.

DELPORTE.

**Ueber das Vorhandsein von Geschmacks empfindung im Kehlkopf.**  
(De l'existence de sensations gustatives dans le larynx), par  
MICHELSON. Communication à la *Biologische Gesellschaft*, in  
*Königsberg*, 1891.

Michelson a constaté qu'en excitant le larynx avec des substances douces (saccharine) ou amères (quinine), en prenant bien entendu toutes les précautions nécessaires pour éviter l'excitation des autres organes, que dans beaucoup de cas le larynx était le siège d'une certaine sensibilité gustative. Les sensations ne se produisent pas toujours, elles manquent de précision et le sujet n'arrive pas toujours à désigner exactement le point où l'excitation s'est produite. Ce mémoire contient des indications bibliographiques très complètes sur les données histologiques qui concernent cette question.

GARNAULT.

**Ueber Nistagmus der stimmbänder. (Du nystagmus des cordes vocales),** par BAGINSKY. *Berliner klinische Wochenschrift*, 7 décembre 1891.

Une femme de 61 ans présentait un phénomène que l'auteur croit unique dans la science. Les cordes vocales se déplaçaient rapidement, faisant 50 à 54 mouvements par seconde. Ces contractions cloniques consistaient en courts mouvements d'adduction ; les cordes tendaient à prendre la position cadavérique sans arriver à se toucher. Lorsque la malade faisait plusieurs inspirations rapides, les contractions s'arrêtaient, pour reprendre ensuite avec plus de violence. Cette malade avait reçu dans sa jeunesse un coup sur le côté gauche du crâne, mais elle fut examinée à plusieurs reprises, depuis cette époque, et l'on n'avait constaté dans son larynx que des symptômes de laryngite catarrhale. Cette femme présentait en outre des manifestations hystériques très marquées, mais ces mouvements cloniques remarquables par leur longue persistance et auxquels on peut donner le nom de nystagmus, ne ressemblent pas aux phénomènes laryngiens qui se produisent dans l'hystérie, ni à la crampe glottique des adultes.

GARNAULT.

**Carcinom der Thyroïdea und Mitbetheiligung des larynx. (Carcinome du corps thyroïde avec participation du larynx),** par le Dr BAGINSKI, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 50.

Baginsky a pu faire l'autopsie d'un homme de 48 ans, chez lequel il avait observé une immobilité complète de la corde vocale gauche et d'une notable tuméfaction de la région arytenoïde correspondante. Le lobe gauche de la glande thyroïde très grossi avait subi la transformation carcinomateuse. Le nerf récurrent gauche était comprimé par le tissu cancéreux et l'examen histologique montra que toutes les fibres étaient détruites. Les muscles du larynx étaient très atrophiés ; cette atrophie était plus sensible sur le muscle crico-aryténoïdien postérieur, sans que l'auteur puisse affirmer qu'elle était en réalité plus avancée. On a indiqué, pour expliquer la position médiane avec paralysie d'une corde, dans le cas où le nerf récurrent était comprimé par une tumeur, trois causes : 1<sup>o</sup> une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur avec contracture secondaire des antagonistes ; 2<sup>o</sup> une contracture de tous les muscles du larynx à l'exception des muscles crico-thyroïdiens ; 3<sup>o</sup> une paralysie de tous les muscles du larynx dans laquelle le muscle crico-thyroïdien qui reste intact détermine la position médiane. Dans le cas actuel, tous les muscles étaient paralysés ; de plus, lorsqu'il y a paralysie complète du récurrent, la corde prend la position cadavérique et non la position médiane. Il est nécessaire pour donner l'explication de phénomènes semblables, de les suivre pas à pas dès leur début, les études d'anatomopathologie seules, faites après la mort étant insuffisantes pour nous en donner la clé.

GARNAULT.

**Un cas d'adénome du larynx,** par le Dr E. SCHMIEGELOW (de Copenhague). In *Revue Laryng., Otol. et Rhin.*, fasc. 22, 1891.

L'auteur rapporte d'abord comme cas typiques ceux : 1<sup>o</sup> D'un malade de V. von Bruns opéré par la méthode endolaryngienne, chez lequel la guérison fut obtenue après 8 jours.

2<sup>o</sup> De deux malades de M. Mackensie guéris après opération.

3<sup>o</sup> De deux malades de Massei opérés par voie endolaryngienne.

Ziemssen parle du cas d'Hérard et Cornil ; mais comme le malade était tuberculeux, l'influence de l'affection tuberculeuse était prépondérante, l'auteur croit devoir, avec Eppinger, laisser ici ces tumeurs hors de cause.

L'observation de Schmiegelow est celle d'une femme de 46 ans, sans prédisposition à la phthisie. La maladie débute par de l'enrouement sans hémostysie ni aucun signe pulmonaire ; pas de bacilles dans les crachats. La respiration est sténosique. Rien d'anormal extérieurement ni dans le pharynx. Les lésions consistent en une infiltration de la bande ventriculaire droite, rougeâtre, d'aspect ulcéreux et se perdant vers le repli aryépiglottique. La corde vocale droite est cachée par un néoplasme de la grosseur d'un pois près de la commissure antérieure qui la découvre partiellement pendant l'intonation. Les parties au-dessous sont saines. L'auteur fit la trachéotomie, la laryngo-fissure et excisa le néoplasme au moyen de ciseaux courbes. Il y eut hémorragie veineuse considérable qui céda au tamponnement. Pansement à la gaze iodoformée et sonde introduite dans l'œsophage dans la plaie. La malade garde la sonde pendant 3 jours. Pas de toux, bon état général. Comme en introduisant à nouveau la sonde, on provoque des douleurs et des vomissements qui s'écoulent dans le larynx, on a recours aux lavements alimentaires.

La plaie du larynx se ferme 3 semaines après l'opération. On enlève la canule trachéale et six semaines après, l'opérée se porte définitivement bien et respire facilement. Au laryngoscope, l'organe se montre moins infiltré et le côté droit est occupé par une surface rouge pâle qui semble recouverte d'une muqueuse. La malade quitte la clinique en avalant facilement. Le diagnostic microscopique fait par Anker Rasmussen est : *Adénoma laryngis*.

Vingt mois après l'opération, la malade reçut les soins du Dr Mygind qui constata une grosse tumeur du cardia, qu'il considéra comme un carcinome. La malade très cachectique ne supportant que les aliments liquides légers succomba peu de jours après sans signe de récidive locale dans le larynx ; la voix et la respiration étaient restées excellentes.

A la suite de son observation, l'auteur insiste sur ce fait qu'il faut bien se garder de tirer des conclusions trop décisives des résultats donnés par l'examen microscopique d'une tumeur du larynx extirpée seulement en partie et peut-être dans sa partie non maligne. Le cas de l'auteur, en ce sens, est une exception, car un examen d'une partie donnait l'idée d'un carcinome tandis que l'examen plus minutieux montra qu'on était en présence d'une tumeur comparativement bénigne.

Dans ce cas, l'erreur est pardonnable, car la constitution épithéliale de l'adénome ressemble au carcinome aréolaire et si on n'arrive pas à constater le lumen des acini, il est impossible de donner un diagnostic assuré. L'âge, l'étiologie, la symptomatologie n'apprennent rien. Il n'y a en général, pas de récidive.

Rappelons, à la suite de ce fait, que le Dr Luc a publié un cas d'adénome du larynx chez un homme de 26 ans, sans antécédents héréditaires, opéré par la méthode endolaryngienne et guéri sans récidive. Le diagnostic histologique fait par le Dr Dubar était : fibro-adénome diffus. (*Arch. Laryng.*, 1862, p. 85.)

JURANVILLE.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX.

**Etiologie de l'angine folliculaire**, par le Dr SENDTNER, d'après le *Bulletin médical*, 8 novembre 1891.

L'auteur a examiné le pus dans 4 cas d'angine folliculaire et dans un cas d'angine phlegmoneuse. Les cultures faites avec ce pus ont fait reconnaître dans tous les cas la présence de streptocoques, qui, au point de vue bactériologique, ne se différenciaient pas du streptocoque pyogène et du streptocoque érysipélateux. Les cultures injectées sous la peau des souris furent pathogènes.

Il est ainsi facile de comprendre la mort observée parfois dans les angines folliculaires. On devait être surpris de voir cette affection rester localisée et guérir si vite.

La présence du streptocoque explique la possibilité de l'érysipèle après l'angine folliculaire.

DELPORTE.

**Die Hypertrophie der Zungentonsille und ihre Behandlung.** (De l'hypertrophie de l'amygdale linguale et de son traitement, par le Dr SCHARDE. *Berliner klin Wochenschrift*, 1891, n° 13.

L'hypertrophie des glandes lymphatiques linguales est très fréquente chez les personnes qui souffrent de la tête et du cou. On rencontre même cette hypertrophie chez des personnes où les autres organes lymphatiques sont en régression. L'hypertrophie de la tonsille pharyngienne s'observe surtout chez les femmes d'âge moyen.

Il ne faut pas confondre ces glandes avec des papillomes qui sont durs, rugueux et pédiculés.

La sensation de corps étranger que produisent ces glandes est déterminée par le contact avec l'épiglotte ; ce contact peut cependant exister sans que la sensation se produise.

Il importe de distinguer ces phénomènes de ceux qui se produisent dans l'hystérie.

Les meilleurs procédés opératoires sont le cautère ou l'anse galvanique, suivant la forme et les dimensions des tumeurs.

GARNAULT.

**De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge**, par le Dr LUBET-BARBON. In *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1891, p. 499.

L'auteur débute par une description macroscopique rapide des végétations adénoïdes qui, placées au confluent de l'orifice de la trompe et de l'orifice postérieur des fosses nasales amènent fatallement des troubles considérables de l'audition et surtout de l'alimentation et de la respiration. Troubles de l'alimentation : l'enfant qui tette doit pouvoir respirer par le nez, sinon il prend deux ou trois gorgées qu'il avale en aspirant et avec bruit, lâche le sein, s'en écarte en ouvrant largement la bouche et ne le reprend qu'après avoir rempli d'air sa poitrine. Il avale de travers, est pris de toux, ce qui lui fait rejeter le contenu de son estomac ; l'enfant déperit et s'achemine vers l'athrepsie. Troubles de la respiration : l'oxygénation est insuffisante, l'enfant tousse ; il est en proie à un coryza persistant, a du ronflement et présente le facies si caractéristique : bouche ouverte, narines dilatées, visage pâle, respiration bruyante, pénible, inquiétude constante à cause de l'hématose insuffisante. L'arrière-bouche est encombrée des matières purulentes du catarrhe. La poitrine est globuleuse, la respiration est humée comme chez de véritables emphysémateux.

Le diagnostic se fait par les signes énoncés et le coryza permanent ; de plus, quand le catarrhe nasal semble diminuer, les symptômes observés persistent. Le jetage du catarrhe syphilitique est séro-sanguinolent et odorant ; enfin le toucher du pharynx fixera le diagnostic. Ce toucher sera fait sans précipitation et, en cas de végétations, on trouvera une tumeur molle entre la paroi postérieure du pharynx et la voûte du palais.

Comme traitement palliatif du catarrhe nasal, L.-B. conseille d'introduire de la vaseline boriquée à 4/20 dans le nez de l'enfant à l'aide d'un pinceau de coton dirigé d'avant en arrière. Si les accidents persistent, on enlèvera les végétations à l'aide de la pince. L'opération est sans danger dès le premier âge. Elle se fera avec la pince qui sera coudée très court et à angle droit et presque entièrement formée par les cuillers de la

pince. On introduit la pince à plat, l'enfant tenu sur les genoux de l'aide qui maintient bras et jambes. La langue abaissée et la pince introduite jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, on redresse la pince en écartant les mors qu'on rapproche ensuite. On fait un mouvement de torsion en retirant l'instrument. On peut faire une seconde tentative. On évite la préhension du vomer en portant la pince très en arrière et très en haut dans la direction de l'amygdale pharyngée. L'auteur et son confrère, le Dr Martin, n'ont jamais eu d'accidents consécutifs.

Les 4 observations sont celles :

1<sup>o</sup> D'un enfant d'un mois qui n'augmente plus de poids, très amélioré par l'opération.

2<sup>o</sup> D'une enfant de 16 mois au visage violacé à demi asphyxique opérée à 5 reprises dans une seule séance. A quelques jours de là, l'enfant respire par le nez et n'a plus de suffocation.

3<sup>o</sup> D'une enfant de 2 mois. Tetées interrompues pour respirer. Amalgrissement, aspect d'athrepsique. Opération en 3 séances à la pince. Quelques mois après, on a peine à reconnaître l'enfant qui est très bien portante et qui garde seulement la bouche entr'ouverte à cause d'un catarrhe léger.

4<sup>o</sup> D'une enfant de 6 mois. Respiration difficile et toux, ne lâche pas le biberon, mais présente une coloration violacée de la face, dont la bouche ouverte. Après l'opération l'enfant ne tousse plus, dont quelquefois la bouche fermée et s'améliore considérablement après un second coup de pince.

JURANVILLE.

#### IV. — OREILLES.

**L'otite grippale**, observée à Paris en 1891, par le Dr LOEWENBERG.

In *Ann. malad. Or. et Larynx*, novembre 1891.

La grippe de 1891, beaucoup moins fréquente que l'année précédente s'est accompagnée d'otites moyennes d'un caractère différent selon les régions. En Belgique et en Suisse, on a vu prédominer une forme jusqu'à l'exceptionnelle : l'otite moyenne et la myringite hémorragiques, mais en France, l'auteur n'en a vu qu'un seul cas. Ces formes graves de l'étranger ont souvent nécessité la trépanation. A cette occasion, L. propose de réagir contre l'abus de la trépanation de l'apophyse mastoïde qu'on emploie beaucoup trop facilement. Les observations de l'auteur lui ont

permis de noter deux ordres de faits qui ont rapport à des anomalies dans la marche de l'affection auriculaire.

1<sup>o</sup> Otites moyennes aiguës grippales avec douleur, fièvre, bourdonnements et tympan rouge et bombé, guéries instantanément par la douche d'air. Plusieurs malades virent tous les symptômes disparaître comme par enchantement. Il faut donc se garder, ainsi que le voudraient certains auteurs, de proscrire ce traitement.

Dans l'affection qui nous occupe. Dans l'épidémie de 1890, sur une quarantaine de cas, les deux qui furent sérieux s'étaient déclarés chez des malades porteurs de végétations adénoïdes ; il y a là plus qu'une coïncidence et une indication impérieuse de l'ablation de ces végétations.

2<sup>o</sup> Otites grippales à marche insolite observées chez deux malades et formant contraste avec les cas précédents par la rapidité de la suppuration, le passage à l'état chronique et la forme particulièrement insolite, c'est-à-dire piriforme de la perforation. L'un des deux malades était syphilitique, mais l'existence de cette maladie générale n'avait pas empêché une série d'attaques précédentes d'otite suppurée perforative de guérir dans des délais relativement courts, comme des otites à rechute chez une personne indemne de toute tare spécifique. Dans l'autre cas, on observe un écoulement sanguinolent prolongé, ce qui a donné son caractère grave à l'affection.

La singularité de la forme de la perforation tient à la présence de la queue de la poire à la partie supérieure.

Elle longe l'extrémité inférieure du manche du marteau ; or, en cet endroit les fibres circulaires du tympan font défaut et les fibres radiées seules sont présentes. Cette couche sera donc seule atteinte et les perforations resteront allongées parce que le facteur qui les arrondit ailleurs, le raccourcissement dû à l'élasticité des fibres circulaires rompues, ne pourra intervenir.

La thérapeutique a pu tarir les écoulements sanguinolents ou purulents dans l'un ou l'autre de ces deux cas, mais les perforations sont restées ouvertes et l'un des cas s'est même compliqué de mastoïdite pendant le traitement.

L'auteur attribue précisément ces insuccès à l'origine grippale et à l'occurrence de l'influenza au cours de l'un et de l'autre cas.

JURANVILLE.

**Ueber otitische Hirnabcesse. (Des abcès cérébraux d'origine auriculaire),** par le Dr JANSEN, de Berlin. In *Berl. klinisch. Wochensch.*, 30 novembre 1891.

Nous relevons dans ce travail la très intéressante observation d'un homme de 46 ans, qui, sans cause apparente, et sans suppuration de l'oreille, ni perforation tympanique fut pris de phénomènes inflammatoires de l'apophyse mastoïde droite qui en nécessitèrent la trépanation. L'autre fut trouvé rempli de pus. Cinq jours plus tard, apparition des symptômes cérébraux graves : vertiges, puis, 4 jours après, léger affaiblissement du bras gauche, et, le lendemain parésie du facial et du membre inférieur du même côté. Ultérieurement, somnolence, vomissements, aggravation de la céphalée, diminution de l'ouïe à gauche. Pas de symptômes de stase rétinienne, pas de fièvre, pas de ralentissement du pouls.

Quelques jours après, le Dr Oppenheim dont l'intervention est réclamée, constate une diminution conjuguée de la tête et des yeux, et une paralysie du mouvement et de la sensibilité dans la moitié gauche du corps ; secousses fibrillaires dans le domaine du facial gauche, enfin, hémiánopsie du même côté. Il conclut à un abcès cérébral situé de telle sorte qu'il intéresse directement ou indirectement la capsule interne et la partie postérieure de la bandelette optique. Il admis comme vraisemblable que le foyer occupait le lobe sphénoïdal, au voisinage du tégument tympanique et retentissait sur les régions nerveuses sus-mentionnées en y provoquant un œdème de voisinage.

Ce diagnostic posé, on se décida à intervenir chirurgicalement : on pratiqua sur l'écailla temporale, à 2 centim. environ au-dessus du conduit auditif, une ouverture ayant les dimensions d'une pièce de 2 marks. A travers la dure-mère dont l'aspect était normal, une ponction fut faite à 2 centim. de profondeur, dans une direction oblique en haut, en avant et en dedans. Cette ponction donne issue à une cuillerée à bouche de pus crémeux non fétide. L'ouverture cérébrale est agrandie au bistouri et la cavité tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Dès le lendemain, disparition de l'hémiánopsie ; le jour suivant, disparition des troubles de la sensibilité ; le 5<sup>e</sup> jour, guérison de la paralysie du membre inférieur, puis, le surlendemain du membre supérieur. Diminution de la surdité à gauche. On note la persistance de la dilatation papillaire droite, un peu de parésie du facial et de la faiblesse de la mémoire.

Cinq semaines après l'opération, la plaie mastoïdienne est fermée et quinze jours plus tard la plaie temporale se cicatrise à son tour.

Le malade est congédié, présentant simplement quelques troubles gastriques. Quatre jours plus tard, réapparition des symptômes cérébraux (difficultés de langage, puis paralysie faciale gauche, paralysie avec contracture des membres du côté gauche, coma). On note simultanément une voûture pulsatile de la cicatrice temporale; on l'incise et l'on n'obtient que l'écoulement de débris de substance cérébrale brunâtres. Mort au bout de 4 jours. Pas d'autopsie. On est donc réduit à des hypothèses pour expliquer le dénouement fatal.

Indépendamment de ce fait intéressant, le travail de J. en renferme d'autres également instructifs; il contient en outre sur la question des abcès cérébraux des considérations générales, résultat de l'expérience de l'auteur et pour lesquelles nous renvoyons le lecteur à l'original.

LUC.

**Weitere Untersuchungen über Labyrinthbefunde von sechs Felsenbeinen an Diphtherie verstorbener Kinder. (Nouvelles recherches sur l'état de six rochers d'enfants morts de la diphtérie),** par le professeur Moos. In *Zeits. f. Ohrenheilkunde*, B. XXII, 1891.

L'auteur a constaté la présence de microcoques et streptocoques dans diverses parties de l'oreille interne, ainsi que la destruction de certaines régions.

Les thromboses se produisent à la suite d'une dégénérescence graisseuse de l'endothélium dont le système vasculaire du rocher porte la trace de l'action des toxalbumines produites par les microbes.

Le périoste des différents organes contenus dans le rocher est plus ou moins attaqué; suivant les cas, il est détruit, ou subit la transformation hyaline ou colloïde; il se produit aussi une nécrose des os par suite de la pénétration des microbes dans les cellules osseuses.

Les cellules de la moelle osseuse sont envahies par les microbes qui y déterminent la dégénérescence colloïde; les vaisseaux de la moelle osseuse peuvent présenter de la thrombose.

Le nerf acoustique présente de graves altérations qui peuvent aller jusqu'à la destruction. Le cylindre-axe est la partie du nerf qui persiste le plus longtemps.

Il se produit dans le conduit cochléaire de grandes altérations, déterminées par les hémorragies et l'invasion des microbes dans le coagulum.

L'auteur termine en signalant l'absence de réaction inflammatoire et de production purulente.

GARNAULT.

**Beitrag zur Ätiologie der Katarrhalischen Ohrentzündungen. (Contribution à l'étiologie des otites catarrhales)**, par les Drs MAGGIORA et GRADENIGO de Turin, in *Centrabl. f. Bakteriol. und Parasit.*, vol. X, 1891, n° 19.

Ce travail est fondé sur trois séries d'expériences.

Dans la première, les auteurs ont examiné bactériologiquement les sécrétions des fosses nasales, des cavités naso-pharyngiennes et des trompes d'Eustache chez des sujets atteints d'otite moyenne catarrhale aiguë et subaiguë. Sur les 9 cas qui forment cette série, ils ont rencontré une fois le staphylococcus pyogenes aureus et 4 fois le staphylococcus pyogenes albus.

Dans la seconde série de recherches, examen a été fait des sécrétions des fosses nasales, des trompes et des cavités tympaniques (après la paracentèse du tympan) chez 4 sujets atteints d'otite catarrhale. Sur ces 4 cas, le staphylococcus pyogenes aureus a été noté 3 fois et l'albus, une fois.

Enfin, dans la troisième série où l'examen a porté sur les sécrétions développées sur les plaies consécutives à la cautérisation galvano-caustique de la muqueuse nasale, on a trouvé 5 fois le staphylococcus albus et 2 fois l'aureus.

LUC.

**The treatment of hypertrophied turbinate bones by flap operation**  
(**Traitemennt des cornets hypertrophiés au moyen d'une opération à lambeaux**), par le Dr FRED WHITING, de New-York, in *New-York med. Journ.*, 12 décembre 1891.

W. reproche aux cautérisations pratiquées sur les cornets hypertrophiés de transformer en tissu cicatriciel une muqueuse qui a son utilité physiologique. Il propose donc de substituer à cette méthode le procédé suivant qui s'applique spécialement à l'hypertrophie du cornet moyen. Au moyen du trépan électrique, il enlève, après cocaïnisation, un vaste lambeau étendu d'avant en arrière le long de la face inférieure du cornet. L'opération doit respecter la face de ce repli tournée vers la cloison. A la suite de cette perte de substance, le cornet présente à sa face inférieure un long sillon dont les lèvres sont maintenues rapprochées jusqu'à adhérence cicatricielle au moyen d'un tamponnement. La diminution consécutive du cornet est proportionnelle à la largeur et à la profondeur du sillon opératoire.

LUC.

**Zur Behandlung der Pachydermia laryngis. (Du traitement de la pachydermie laryngée),** par le Dr SCHEINMANN, de Berlin. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 2 novembre 1891.

S. conseille d'enlever les parties saillantes de la muqueuse hypertrophiée au moyen de la curette. Quant aux épaississements diffus ils se préteraient à une résorption progressive sous l'influence de pulvérisations quotidiennes avec de l'eau salée ou avec une solution d'acide acétique à 2/100 combinées avec le repos de la voix et la suppression des irritations qui ont provoqué le développement de la maladie.

Dans l'index bibliographique annexé à son article, l'auteur omet de mentionner le travail de notre compatriote P. Tissier sur le même sujet. *Ann. des mal. de l'Or.*, 1891.)

LUC.

**Ein Fall von geheiltem Schläfenlappen abcess. (Un cas de guérison d'un abcès du lobe sphénoïdal),** par A. BAGINSKY et TH. GLUCK, de Berlin. In *Berl. klin. Woch.*, 1891, 23 novembre.

Cette intéressante observation concerne un enfant de 5 ans, atteint de suppuration de l'oreille gauche consécutivement à la pénétration d'un petit pois dans la caisse. On réussit à extraire le corps étranger et depuis une quinzaine de jours déjà la suppuration était tarie quand éclatèrent des manifestations cérébrales graves : céphalalgie non localisée, apathie dégénérant de temps à autre en coma, cris, vomissements, inégalité papillaire, irrégularité du pouls. Comme on le voit, il n'y avait rien dans cet ensemble symptomatique qui caractérisât une lésion en foyer ; néanmoins les auteurs impressionnés par le souvenir d'un autre enfant observé, l'année précédente par Baginsky et qui avait succombé, dans le cours d'une carie du rocher, après avoir présenté des accidents cérébraux identiques au précédent, accidents qui avaient trouvé leur explication, lors de l'autopsie, dans l'existence d'un vaste abcès du lobe sphénoïdal ouvert dans les ventricules, les auteurs, disons-nous, se décidèrent à une intervention chirurgicale.

Gluck qui se chargea de l'exécuter mit à nu la surface du lobe sphénoïdal après avoir trépané l'écaillle temporale au moyen de la gouge et du maillet. Une incision de 2 centimètres et demi de long pratiquée sur ce lobe (la profondeur n'est pas mentionnée) donna issue à une centaine de grammes de pus verdâtre. Le foyer cérébral qui mesurait des dimensions d'un œuf d'oie et ne présentait pas de membrane enveloppante fut

lavé avec une solution de lysol, puis étanché avec de la gaze stérilisée et enfin tamponné avec de la gaze iodoformée.

La guérison se fit avec une merveilleuse rapidité et sans l'ombre d'un phénomène réactionnel ; dès le lendemain l'enfant reprenait ses jeux ! Seulement, durant les 4 jours que dura le tamponnement intra-cérébral, il présenta un trouble étrange. Quand on lui adressait la parole, il lui arrivait de répéter 10, 15, 30 fois de suite l'un des mots de la phrase émise devant lui.

La relation de Gluck qui suit celle de Baginsky renferme de très intéressants détails sur la chirurgie crânienne appliquée non seulement aux abcès cérébraux d'origine otique mais aussi aux collections purulentes sous-durémériennes consécutives aux plaies par armes à feu. L'auteur cite deux guérisons remarquables obtenues par lui grâce à une intervention chez deux blessés de la guerre serbo-bulgare.

LUC.

**Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen. (Le nystagmus dans les affections de l'oreille),** par COHN. *Berliner klinische Wochenschrift*, nos 43 et 44, 1891.

L'auteur n'a pu relever dans la science que cinq cas de nystagmus à la suite de troubles auriculaires.

Il a pu observer lui-même 4 cas qui l'ont conduit aux conclusions suivantes.

Le nystagmus se produit parfois dans le cours d'otites purulentes aiguës avec perforation du tympan, le plus souvent chroniques.

Il est d'ordinaire de courte durée et associé à de violents vertiges.

Ces symptômes ne sont pas d'ordinaire spontanés : dans le plus grand nombre des cas, ils ne se produisent qu'à la suite de certaines excitations sur les parties profondes de l'oreille.

Le nystagmus est toujours bilatéral, le plus souvent horizontal, rarement rotatoire.

GARNAULT.

**Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. (Les troubles laryngiens du tabes dorsal),** par le Dr BURGER, de Breslau. *Leiden*, 1891.

Le Dr Burger a publié sur cette question un travail très intéressant, dont nous donnons le résumé.

La moelle allongée est fréquemment atteinte dans le tabes dorsal. De

tous les nerfs bulbaires c'est le nerf accessoire du vague qui est pris le plus souvent.

Les phénomènes pathologiques que l'on a observés dans le tabes consistent en paralysies motrices, troubles de coordination et en crises laryngées.

Les paralysies motrices constituent le symptôme le plus fréquent. Les phénomènes observés confirment la loi de Semon. La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs est la paralysie par excellence du tabes.

Il n'existe aucune observation certaine de paralysie isolée des adducteurs. Ces paralysies évoluent lentement, le pronostic en est toujours défavorable. Dans les paralysies laryngées tabétiques progressives, après le crico-aryténoïdien postérieur, c'est le thyro-aryténoïdien qui est pris le premier. Il se produit parfois des paralysies passagères des adducteurs dans le cours du tabes. On constate rarement dans le tabes, des paralysies dans la sphère du laryngé supérieur et elles sont toujours combinées avec des paralysies dans la sphère du laryngé inférieur. On constate assez fréquemment, en même temps que des paralysies laryngées, d'autres paralysies motrices dans le domaine de l'accessoire. La position médiane des cordes dans le tabes est la conséquence de la contracture secondaire des adducteurs qui s'ajoute à une paralysie primitive des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Il existe une ataxie des cordes vocales. Dans les mouvements normaux des cordes vocales les deux groupes antagonistes de muscles sont vraisemblablement excités. L'analogie physiologique (mouvements des membres) plaide en faveur de cette théorie, aussi bien que les phénomènes pathologiques (motus perversus, dans la respiration, lorsque les crico-aryténoïdiens postérieurs sont paralysés) et ataxie tabétique des cordes vocales.

Les crises laryngées tabétiques sont de trois sortes. Celles qui sont déterminées par la fermeture incomplète ou l'anesthésie de l'entrée du larynx ; les crises asphyxiques qui accompagnent la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs ; les crises laryngées dans le sens étroit du mot, ces dernières peuvent coexister avec des paralysies laryngées. Ces crises sont dues à un état d'excitation des conducteurs de la sensibilité du larynx lié d'ordinaire à une exagération de la puissance réflexe du centre des adducteurs des cordes.

La lésion anatomique dans les paralysies tabétiques du larynx consiste en une dégénérescence du noyau de l'accessoire du vague ou de ses fibres dans la moelle allongée avec dégénérescence atrophique du vague, des récurrents et des muscles paralysés.

GARNAULT.

**Zur Kenntniss der Schilddruesentumoren im Innern des Kehlkopfs und der lufttröhre. (Contribution à l'étude des tumeurs strumeuses endolaryngiennes et endotrachéales),** par le Dr R. PALTAUF, de Vienne. *Beitrag zur patholog. Anatomie*, rédig. par ZIEGLER, t. XI, p. 71. Iéna, 1891.

Une domestique de 29 ans fut trachéotomisée immédiatement après son admission à l'hôpital pour des accès de suffocation survenus depuis quelques jours. Il y a quatre semaines, la dyspnée s'était montrée pour la première fois.

L'inspection de la région cervicale montrait un goitre parenchymateux, de dimensions modérées, et au côté droit, quelques ganglions indurés mobiles.

Laryngoscopie quelques jours après la trachéotomie : obstruction des voies aériennes au-dessous des cordes vocales par des bourrelets rouges, siégeant à droite. Au bout de plusieurs jours, le gonflement de la muqueuse ayant diminué, on constatait que la tumeur principale siégeait en-dessous de la corde vocale droite. Le néoplasme avait une couleur rouge vif, une forme cylindrique et ressemblait aux protubérances observées dans les périchondrites cricoïdiennes.

La dilatation par la méthode de Schroetter fut couronnée de succès, mais peut-être sous l'influence d'une lésion superficielle causée par les manœuvres de dilatation, il se développa un abcès du lobe gauche.

L'incision de cet abcès n'apporta qu'un soulagement transitoire et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva les tumeurs endolaryngiennes formées par du tissu glandulaire thyroïdien en dégénérescence colloïde.

A l'examen histologique, on fut frappé par la fusion partielle de la glande thyroïde avec les parties voisines.

Le tissu glandulaire avait percé les ligaments fibreux intercartilagineux dans l'interstice crico-trachéal et s'était répandu dans le périchondre et dans la sous-muqueuse à la surface interne des anneaux de la trachée.

Paltauf fait alors la critique des observations antérieures à la sienne ; en voici le résumé :

Les tumeurs strumeuses observées à l'intérieur du larynx et de la trachée ne sont pas d'origine embryonnaire.

En outre, ce ne sont pas des glandes, comme on dit, accessoires. Les tumeurs ne se forment que pendant la vie extra-utérine par l'invasion

perforative du tissu thyroïdien dans l'interstice crico-thyroïdien ou crico-trachéal ou entre les anneaux supérieurs de la trachée.

Ce n'est qu'un phénomène partiel de l'hypertrophie parenchymateuse de la glande.

La condition pour le développement de ce processus morbide et dangereux est l'adhérence directe du tissu glandulaire au périchondre des divers cartilages ou à la membrane intercartilagineuse.

L'adhésion anormale n'est causée ni par inflammation ni par pression anormale ; elle doit son origine à la synéchie de la glande avec le périchondre et les membranes interstitielles, pendant la vie fœtale.

DREYFUSS (de Strasbourg).

## OUVRAGES REÇUS

1<sup>o</sup> *La laringotomia inter-crico-tiroidea*, par le Dr D. JUAN CISNEROS Y SEVILLANO de Madrid.

2<sup>o</sup> *Una chiara dimostrazione clinica e anatomo-patologica della possibile degenerazione maligna infiltrazione cancerigna delle vegetazioni adenoidi in un adulto sui 40 e più anni*, par le professeur V. COZZOLINO, de Naples.

3<sup>o</sup> *Ueber das Wesen der Ozœna*, par le Dr KARL SCHUCHARDT, de Stettin.

4<sup>o</sup> *Meine Erfahrungen über die Kieferhöhleneiterung*, par le Dr G. KILLIAN, de Freiburg i. Breisgau.

5<sup>o</sup> *Carcinome de la corde vocale gauche, laryngo-fissure, mort cinq jours après*, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux.

6<sup>o</sup> *A quarter of a century's retrospect of laryngology*, par le Dr LENNOX BROWNE, de Londres.

7<sup>o</sup> *Ueber das Ansaugen der Nasenflügel*, par le Dr MORITZ SCHMIDT, de Francfort-s.-M.

8<sup>o</sup> *Nochmals die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

9<sup>o</sup> *Complications auriculaires au cours de la leucocythémie*, par le Dr LANNOIS, de Lyon.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
D'OTOLOGIE  
TRAVAUX ORIGINAUX

DÉVIATIONS NON TRAUMATIQUES DE LA CLOISON  
DES FOSSES NASALES

CLASSIFICATION. — EMBRYOLOGIE. — RÈGLES GÉNÉRALES DU  
TRAITEMENT

Par **Henri Chatellier**, préparateur d'histologie à la Faculté.

COMMUNICATION À LA SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE.

Il ne sera question ici que des déviations non traumatiques du système nasal.

C'est après avoir étudié les coupes de fosses nasales d'embryons humains de 3 à 4 mois, que nous avons été amené à considérer les déviations de la cloison et leur traitement, de la façon suivante.

Notre ami Bourbon a bien voulu faire d'après nos coupes le dessin qui accompagne ce travail.

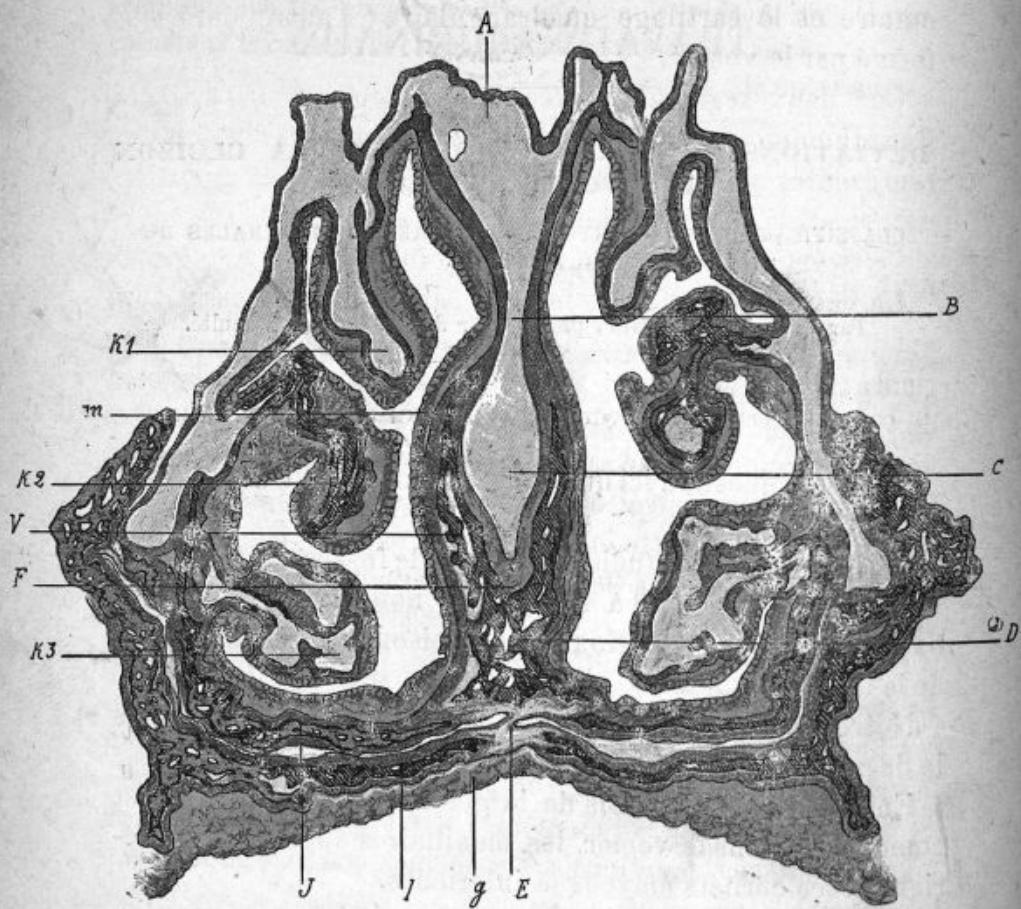
Entre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois de la gestation l'ossification est commencée dans le vomer, les maxillaires supérieur et inférieur et les cornets moyens et inférieurs.

L'ethmoïde, au contraire, est encore complètement cartilagineux.

Sur la figure ci-jointe, on voit au centre et en haut (A) le bord supérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde réunie aux masses latérales par la lame criblée. La coupe passe par l'un des orifices qui livrent passage aux ramifica-

tions du nerf olfactif. Ce bord supérieur de la lame perpendiculaire est épais et s'encastre solidement dans la base du crâne.

Celle-ci descend vers le vomer ; mais son épaisseur très grande en haut (A) diminue rapidement vers la partie médiane (B), pour s'épaissir de nouveau en bas (C). Son bord inférieur vient s'insinuer entre les deux lames du vomer (V).



La lame perpendiculaire présente donc en son milieu un amincissement considérable ; *c'est là son point faible*.

Le cartilage quadrangulaire prolonge en avant la lame perpendiculaire et s'insinue comme elle entre les deux lames du vomer.

Le vomer est formé par un corps (D) de peu de hauteur ; au niveau de son bord supérieur il se divise en deux lames qui s'écartent pour former une gouttière antéro-postérieure ouverte en haut, dans laquelle repose le bord inférieur de la lame perpendiculaire et du cartilage quadrangulaire.

On peut donc considérer la cloison comme constituée par deux segments : l'un, supérieur, formé par la lame perpendiculaire et le cartilage quadrangulaire ; l'autre, inférieur, formé par le vomer.

Ces deux segments se réunissent pour former l'articulation ethmoïdo-chondro-vomérienne. Les moyens d'union sont représentés par le tissu conjonctif qui comble la gouttière du vomer.

*Cette articulation est le second point faible de la cloison.*

La paroi inférieure des fosses nasales est formée par les apophyses palatines, dont les deux lames supérieure et inférieure (I. J.) non encore soudées l'une à l'autre, s'avancent de l'extérieur vers la ligne médiane, au-devant de leurs congénères du côté opposé. Mais, comme on le voit sur la figure, les lames osseuses droite et gauche ne sont pas encore arrivées au contact. Entre elles existe un espace (E), rempli de tissu conjonctif sur lequel repose le bord inférieur du vomer.

*Ce point E est la partie faible des parois osseuses des fosses nasales.*

Rappelons enfin que la lame perpendiculaire et le cartilage quadrangulaire se développent aux dépens du bourgeon médian de la face et que les maxillaires supérieurs et leurs apophyses palatines sont formés par les bourgeons latéraux.

Cette différence d'origine n'est pas sans influence sur le développement ultérieur.

Ces prémisses étant bien connues, que des causes, sur lesquelles on n'est pas encore bien fixé (1), viennent modifier le développement parallèle de la cloison (bourgeon médian) et des parois latérales des fosses nasales (bourgeons latéraux)

on conçoit que dans certains cas *la cloison sera trop longue, pour une cavité dont les dimensions verticales seront proportionnellement trop petites.*

Pour se loger la cloison devra ou sortir de la cloison qui la renferme, ou diminuer de longueur.

1<sup>er</sup> cas. — *La cloison sort des fosses nasales.* — La cloison trop longue presse en haut en A et en bas en E. Or, nous savons qu'en haut en A, le bord supérieur de la lame perpendiculaire est fortement serré dans la base du crâne et qu'en bas existe un point faible (E). C'est effectivement par ce dernier point que la cloison s'insinue entre les apophyses palatines et vient faire, à la voûte du palais, une saillie antéro-postérieure, que d'anciens auteurs considéraient comme un signe de syphilis héréditaire. Cette hernie du bord inférieur de la cloison sera donc compensatrice de ses dimensions verticales trop grandes pour la cavité qui la renferme.

2<sup>e</sup> cas. — *La cloison diminue de longueur.* — Les dimensions verticales de la cloison sont trop considérables, mais les parois des fosses nasales résistent partout. Pour se loger elle est obligée de diminuer de longueur.

Deux processus conduisent à ce résultat.

a) La cloison s'enfonce en elle-même et *gagne en épaisseur* ce qu'elle perd en longueur, diminuant ainsi le calibre d'une ou des deux fosses nasales.

b) La cloison *s'incurve*, fait saillie dans l'une des fosses nasales, dont elle diminue le diamètre transversal, la fosse nasale du côté opposé est augmentée d'une quantité proportionnelle. C'est la déviation sans épaisseissement.

Nous savons que la lame perpendiculaire de l'ethmoïde est fortement soudée à la base du crâne, qu'elle présente à son centre un amincissement très notable, que son bord inférieur s'articule avec le vomer par une zone de tissu conjonctif, que le bord inférieur du vomer s'articule également avec les apophyses palatines au moyen de tissu conjonctif.

Quand la déviation se produit, le bord supérieur de la lame perpendiculaire reste fixe; un angle de courbure compense-

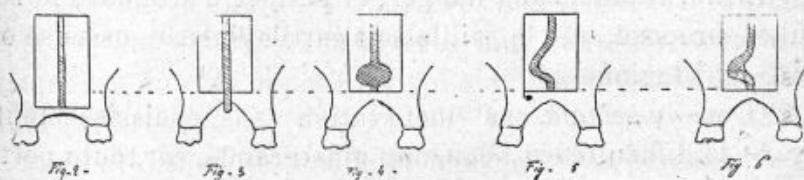
trice se produit dans l'articulation ethmoïdo-chondro-vomérienne (F). Le vomer lui-même participe au déplacement, soit par projection latérale de ses lames articulaires (V), soit, plus rarement, par obliquité de tout l'os, le mouvement se passant dans l'articulation voméro-palatine (E). Ainsi se trouve constituée la déviation dont l'angle saillant, oblique d'avant en arrière et de bas en haut, est formé par l'articulation de la lame perpendiculaire et du cartilage quadrangulaire d'une part, avec le bord supérieur du vomer d'autre part.

Nous répétons encore que dans cette variété il y a diminution du diamètre transversal de la fosse nasale où se fait la saillie et augmentation proportionnelle de l'autre fosse nasale.

Certains malades présentent une déviation compliquée d'épaississement (mixte).

Les points faibles de la cloison ont leur minimum de résistance chez le fœtus ; ils deviennent plus rigides à mesure que se font l'ossification et la suture des os entre eux, mais ils gardent une résistance moins grande pendant toute la vie.

Cinq dessins schématiques feront aisément comprendre quel est l'état d'une cloison normale et anormale.



*Fig. 2.* — Les fosses nasales ont les dimensions qu'elles doivent avoir ; les apophyses palatines forment une voûte régulière ; la cloison est verticale et rectiligne.

*Fig. 3, 4, 5 et 6.* — Les fosses nasales présentent les caractères communs suivants :

Les dimensions verticales sont trop petites ; les apophyses palatines sont très ascendantes de dehors en dedans.

Dans la fig. 3, la cloison s'insinue entre les apophyses palatines.

Dans la fig. 4, la cloison s'est enfoncée en elle-même et épaissie. (L'épaississement peut être uni ou bilatéral.)

Dans la fig. 5, la cloison s'est incurvée sans s'être épaisse. Une des fosses nasales s'est élargie d'une quantité proportionnelle au rétrécissement de l'autre.

Dans la fig. 6. — La cloison s'est incurvée et épaisse.

*Traitemen*t. — Les cloisons anormales ne deviennent pathologiques que quand elles entraînent un rétrécissement s'opposant au libre passage de l'air pendant la respiration. Dans la pratique on peut réduire toutes les variétés exposées plus haut à deux seulement.

1<sup>o</sup> La cloison est épaisse ;

2<sup>o</sup> La cloison est incurvée, mais la résection de la partie saillante entraînerait la création d'un orifice faisant communiquer ensemble les deux fosses nasales.

1<sup>o</sup> Dans le premier cas (cloison épaisse, fig. 4.) l'intervention chirurgicale aura pour but de faire disparaître l'épaisseur, celui-ci étant enlevé, la perméabilité sera rétablie.

Les moyens sont nombreux (électrolyse, pinces couplantes ; ciseau, scie de Bosworth). Je n'insiste pas.

L'opération de Bosworth est la meilleure, à mon avis, elle est facile, rapide, sans danger, et permet d'atteindre le résultat proposé, que la saillie soit cartilagineuse, osseuse ou osso-cartilagineuse.

2<sup>o</sup> Dans le second cas (incurvation sans épaissement, fig. 5), la difficulté est beaucoup plus grande, car toute perte de substance de la cloison, si l'on n'a soin de conserver les parties molles, sera suivie d'une perforation.

Les redresseurs n'ont donné et ne pouvaient donner aucun résultat, la cloison trop longue reprenant son incurvation précédente, dans la cavité trop petite, dès que l'action des agents redresseurs est suspendue.

L'indication consiste à diminuer les dimensions verticales du septum, de manière à ce que celles-ci correspondent aux

dimensions verticales des fosses nasales. Mais il faut à tout prix respecter les parties molles si l'on veut éviter une perforation permanente.

C'est dans ce but que j'ai imaginé et pratiqué pour la première fois, en 1887, l'opération suivante dont je n'avais jamais entendu parler.

Des recherches bibliographiques faites en 1888 par mon ami, le Dr Rosenthal, m'ont appris qu'elle avait déjà été décrite, à quelques détails près, en 1883, dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, par Petersen.

Enfin, dans un article récent (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° de septembre 1891), le Dr Cholewa, de Berlin, la découvre de nouveau.

L'opération se fait sans élargissement de l'orifice naturel des narines.

Après anesthésie à la cocaïne des deux faces de la cloison, le chirurgien fait, du côté saillant, de préférence avec le bistouri, une première incision horizontale suivant l'insertion de la cloison sur le plancher et une seconde incision verticale sur la partie bombée de la déviation.

Avec un instrument mousse il décolle ensemble la muqueuse et le périoste ou le périchondre, suivant les points, mettant ainsi à nu toute la partie qui fait saillie. Puis il traverse le squelette de la cloison, jusque sous le périchondre du côté opposé ; dans cette manœuvre, il faut éviter de perforer la muqueuse du côté opposé, ce qui est difficile quand la courbure est brusque.

Par cet orifice, il décolle la cloison des téguments et la mobilise, puis avec des ciseaux, ou un emporte-pièce, résèque le squelette dans la plus grande étendue possible, enlevant ainsi toute la partie saillante. Ce temps de l'opération, facile quand on s'attaque au cartilage quadrangulaire, devient beaucoup plus pénible quand il s'agit de réséquer le vomer ou la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Quand toutes les parties causant l'obstruction sont enlevées, il ne reste plus qu'à rabattre le lambeau de muqueuse

mobilisé et à l'appliquer à celui du côté opposé, périoste contre périoste.

Un tamponnement à la gaze iodolée suffit à maintenir les parties en contact, sans qu'il soit nécessaire de faire des points de suture.

Au bout de 48 heures, on doit enlever le premier pansement et le remplacer par un second en tout semblable. Ce second pansement est enlevé définitivement au bout de deux jours ; il suffit alors de faire mettre dans le nez, plusieurs fois par jour, de la pommade boriquée.

Il est à remarquer qu'après le premier pansement les parties molles sont déjà soudées. On n'a donc pas à redouter la formation d'une perforation, si la muqueuse du côté opposé n'a pas subi de perte de substance, fait qui se produirait fatalement dans le cas contraire, comme nous l'avons vu une fois.

Dans cette opération, les garanties contre la perforation sont bien plus grandes que dans celle de Krieg, qui enlève complètement la muqueuse du côté qui fait saillie.

Nous avons opéré de cette manière cinq malades avec un succès complet.

Chez un de nos malades, le décollement du périoste fut très pénible ; des tentatives d'électrolyse avaient été faites antérieurement par un confrère et avaient rendu le périoste très adhérent à l'os.

Dans un sixième cas, nous avons eu une petite perforation. La cloison présentait une courbure à angle très aigu et au moment où nous perforions la cloison pour passer du côté opposé, l'instrument a traversé la muqueuse, créant ainsi un petit orifice qui a persisté.

Enfin dans les cas mixtes (déviation et épaissement, fig. 6), le chirurgien doit apprécier si l'ablation simple de la partie épaisse donnera un passage suffisant (opération de Bosworth, ou toute autre du même genre), ou bien s'il faudra avoir recours à l'opération de Petersen.

**OTITE SUPPURÉE, ACCIDENTS CÉRÉBRAUX A LA SUITE  
DU TAMPONNEMENT POSTÉRIEUR DANS UNE ÉPI-  
TAXIS GRAVE**

Par M. le Dr **Gellé**

COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE PARIS

Ce titre donne un tableau complet de l'objet de ma communication et dit son importance.

La relation de cause à effet est démontrée mais encore méconnue de beaucoup de médecins, et doit être vulgarisée. La cause première est le tamponnement postérieur des fosses nasales, rendu indispensable par une épistaxis rebelle ; l'effet, imprévu le plus souvent, bien qu'assez facilement explicable et d'une gravité inquiétante, est la suppuration d'une ou de deux oreilles, avec accidents cérébraux, comme masque trompeur.

J'ai déjà deux fois traité ce sujet peu connu des praticiens, bien que les premiers faits, portés par moi, après celui du Dr Créquy, devant la Société de médecine pratique, datent de 1882. Devant la Société d'otologie et de laryngologie, j'ai lu, quelque temps après, de nouvelles observations suivies de réflexions sur la genèse de la complication auriculaire dans l'épistaxis. Alors j'ai discuté la valeur des conseils donnés pour la prévenir ; et j'avais conclu, en produisant des preuves sérieuses, que le tamponnement postérieur des fosses nasales dans l'épistaxis est un traitement dangereux, non seulement pour les oreilles, mais pour la vie.

Depuis, ces idées ont pris corps et se sont répandues. La pathogénie de l'accident otique est bien comprise, mais on ne délaisse pas la pratique du tampon postérieur. Avec le professeur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, on pense que c'est une question de tampon : que sa forme, son volume

étant bien calibrés et disposés aux choanes, il n'y a plus de danger à redouter.

Cependant le temps pendant lequel le tampon reste en place, pendant lequel il séjourne dans l'orifice nasal, auprès du pavillon de la trompe qu'il comprime forcément, a paru avec raison être un des éléments importants de la production de cette redoutable complication, aussi Tillaux conseille-t-il de laver les cavités nasales dès le 2<sup>e</sup> jour; mais il laisse le tampon postérieur jusqu'au 4<sup>e</sup> jour; or, dans les deux mémoires que j'ai publiés sur ce sujet, j'ai montré, faits en mains, que les oreilles avaient déjà suppurré, bien que le tampon eût été enlevé au bout de 2 jours.

Cette rapidité d'évolution peut étonner; mais l'analyse des faits permet peut-être de la comprendre.

Si, en effet, souvent l'épistaxis a lieu avant l'otite, sicelle-ci peut être un effet du traitement de celle-là, on trouve des cas où l'épistaxis accompagne l'otite, évolue sous l'influence du même raptus sanguin, marque pour ainsi dire son début (!); alors, on l'a vue parfois se produire par la narine opposée à l'oreille frappée d'otite; enfin, on a observé l'hémorragie par l'oreille en même temps que l'épistaxis, dans certains cas de perforation large du tympan.

Ces faits montrent qu'il y a et peut souvent y avoir un rapport d'évolution très intime entre les deux phénomènes qui seraient simultanés, et non l'un consécutif à l'autre.

On ne peut oublier les faits dans lesquels l'hémorragie a pu, suivant son point de départ, faire irruption à la fois par

---

(1) OBS. (p. 149, registre Salpêtrière.) — M<sup>me</sup> S..., 28 ans, enceinte de 2 mois. Depuis 1 mois prise de douleurs rhumatismales erratiques, de maux de tête et de mal de gorge, avec malaise le soir; puis épistaxis par la narine gauche; bourdonnements et surdité gauche et douleur vive à l'oreille gauche avec battements; trompe oblitérée: m. à 15 centim. tympan violet, excavé, sans reflet, immobile; fluxion énorme et gonflement du cornet inférieur gauche dont la muqueuse est violet mat, pharynx avec pilier gauche postérieur et face latérale gauche rouge cramoisi, déglutition un peu douloureuse; rien ailleurs.

la narine et par la trompe ; dans le même temps le sang a pris les deux voies. La sténose nasale aide à ce reflux. Par suite, au mode de genèse de l'otite bien admis aujourd'hui, celui qui consiste dans l'irritation due au contact du tampon et surtout à la pénétration de l'humeur et du sang putréfiés dans les caisses, retenus qu'ils sont dans les fosses nasales, il en est d'autres à ajouter. L'oreille peut donc être envahie primitivement ou secondairement par le sang ; l'otite est primitive et hémorragique ou secondaire et infectieuse, putride ; mais dans les 2 cas, il y a eu pénétration de corps étrangers dans la cavité de l'oreille moyenne.

Mais dans tous les cas que vient faire le tampon ? il s'oppose à la sortie du sang quand il a pénétré déjà dans la caisse ou bien il facilite la pénétration des humeurs putrides dans l'oreille jusque-là indemne.

De toutes façons il est nuisible. Le sang hors des vaisseaux, stagnant dans les cavités nasales ou auriculaires se putréfie, mêlé à la multitude des micro-organismes qu'elles contiennent : l'inflammation est de nature septique.

Le tampon enferme « le loup dans la bergerie » ; et l'otite infectieuse ou des otites bilatérales suppuratives simultanées se déclarent avec le caractère de gravité avec la rapidité d'invasion et d'évolution de ces affections septiques. Mais il y a plus. Si l'obstacle n'est pas levé à temps ce n'est pas le malade qui demandera secours ; depuis longtemps il peut être dans le coma, ou en délire, et le diagnostic dès lors se fera par l'issue brutale d'un flot de pus infect par l'une ou les deux oreilles ; ou bien, le malade succombera par la propagation de l'infection à la cavité crânienne.

Cette cruelle terminaison n'est point rare ; j'en ai cité un fait en 1882.

Dans une étude récente sur l'épistaxis, l'auteur en donnait, avec un historique très incomplet, quelques nouveaux exemples.

Il est donc de notre devoir de répéter que le tamponnement postérieur des fosses nasales est dangereux non seulement pour les oreilles, mais également pour la vie.

Ce n'est pas le tampon qui est plus ou moins mal fait, c'est le tamponnement lui-même qui est une opération très mal-faisante : plus longtemps le tampon reste en place, plus le danger est grand.

Le tamponnement postérieur des fosses nasales est une opération qui n'est plus rationnelle dans l'état actuel de la chirurgie et des connaissances microbiologiques.

Dans l'observation qu'on va lire le tampon est resté fort longtemps, l'hémorragie étant rebelle; aussi je ne la produis pas comme un élément de jugement du temps pendant lequel il doit être maintenu aux choanes ; mais c'est un fait très net où les signes de complications du côté du cerveau ont été des plus sérieux et avaient complètement fait dévier le diagnostic, et mis en échec la perspicacité d'un praticien très instruit; en effet, l'existence d'une albuminurie chronique semblait donner l'explication naturelle de l'apparition des symptômes cérébraux qui succédaient à l'épistaxis.

La nocuité du cloaque infect constitué par le tamponnement passait inaperçue. La crainte de l'épistaxis est salutaire; mais celle des otites suppurées consécutives au tamponnement postérieur ne saurait être trop éveillée.

*OBS. Résumée.* — M. M..., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement il y a 1 mois, sur son chantier, d'une épistaxis intense par la narine droite, qui résista aux premiers soins, et le força à rentrer chez lui.

Depuis 5 ans, cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible, mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé, après deux jours d'essais infructueux de tous les moyens d'hémostase, de pratiquer le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet.

Il eut la précaution de faire le lavage de la fosse nasale, avec des solutions légèrement phéniquées chauvies; mais le tampon dut être maintenu plusieurs jours, 3 jours et demi, au dire du malade.

Dès la deuxième nuit, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête, et dans l'oreille droite, il a de la fièvre, de l'agitation; il se plaint; il paraît être affaissé, il avale difficilement.

La journée et la nuit suivantes sont plus mauvaises encore ; les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon ; le cou est gonflé, douloureux ; la tête s'incline de ce côté ; et le malade laisse échapper des cris de douleur ; il se lève, se recouche ; il a les yeux brillants et semble très abattu.

La tête est chaude et tout le côté droit très sensible au toucher ; le troisième jour, le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine, il est étendu, geint et pousse des cris par moments.

Les calmants, le sulfate de quinine, les sinapismes, n'arrivent pas à procurer le repos ; puis la torpeur devient continue, la somnolence difficile à vaincre, et les réponses sans suite : en réalité on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la 4<sup>e</sup> nuit on enlève le tampon postérieur ; on lave les fosses nasales et l'on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont couverts, sont baignés de pus jaune épais, d'odeur infecte, comme l'humeur qui coule du nez débarrassé du tampon.

L'oreille est sourde totalement à droite ; la région mastoïde rouge, chaude, douloureuse, et le pavillon saillant en avant. Il y a un léger torticolis à droite.

De plus le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée, affaissé toujours, mais conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer, depuis cette issue d'un flot de pus pendant la nuit.

En définitif le 3<sup>e</sup> jour et la 4<sup>e</sup> nuit, la situation a été des plus critiques.

Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus, et le coma succédant évidemment à la période d'agitation et de plaintes.

C'est à ce moment que la famille prévenue du danger me fait appeler, non comme auriste, puisque l'oreille n'a pas encore coulé, mais comme médecin autrefois bien connu d'elle, et j'arrive auprès du malade le matin du jour où l'issue du pus l'a sauvé, en même temps qu'elle a posé le diagnostic, et assez à temps pour expliquer la pathogénie de la grave complication otique, des accidents cérébraux, et pour constater une fois de plus les méfaits du tampon postérieur.

15 jours après, la suppuration est moins abondante ; le gonflement chaud de la région mastoïde a disparu ; le tympan est blanc rosé, la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé au dehors par le Politzer, qui siifie maintenant.

Le malade mange et ne souffre plus.

La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore ; la gorge

est bien ; l'engorgement du cou a disparu ; mais il reste un état fâcheux de faiblesse intellectuelle et de paresse des jambes.

Un mois plus tard, le malade peut venir me voir, et je trouve l'état général aussi satisfaisant que possible, et l'oreille en bonne voie de cicatrisation ; la montre est entendue à 5 à 6 centim. du côté de l'otite et la perception crânienne est revenue.

---

**NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CATARRHE DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE, ET EN PARTICULIER DE SA FORME CIRCONSCRITE DITE « ANGINE DE TORNWALDT »**

Par le Dr **Albert Ruault** (1).

---

L'apparition du mémoire de Tornwaldt (de Dantzig) en 1885, sur le « catarrhe de la bourse pharyngée », a été, comme on sait, l'occasion d'une assez longue série de travaux anatomiques et cliniques sur le même sujet. Il me suffira de rappeler que les résultats de ces recherches, tout en paraissant infirmer l'opinion de Tornwaldt sur le siège anatomique de l'affection qu'il a décrite, confirment en partie ses observations cliniques, en établissant l'existence d'une variété de catarrhe naso-pharyngien circonscrit présentant un certain nombre de caractères propres, rebelle aux moyens de traitement anciennement utilisés, et qui peut céder à une intervention localisée appliquée méthodiquement.

Cependant, tous les praticiens qui ont l'occasion d'observer de temps à autre l'angine de Tornwaldt sont à même de constater qu'en pareil cas les résultats de la thérapeutique locale la plus attentive sont très variables suivant les sujets. On est donc en droit de se demander si les cas rebelles ne

---

(1) Communication à la *Société de laryngologie de Paris*, séance du 4 décembre 1891.

doivent pas leur ténacité à quelque particularité anatomique encore inconnue, rendant le siège du mal plus difficilement abordable, dans toute son étendue, aux instruments et aux agents modificateurs. Cette hypothèse est d'autant plus légitime, que jusqu'ici le contrôle de l'autopsie a toujours manqué aux observations cliniques ; les recherches anatomiques poursuivies à ce propos par les divers auteurs ayant été faites sur des sujets quelconques dans les amphithéâtres de dissection. Je dois dire cependant que le point spécial d'anatomie pathologique dont l'observation sur un certain nombre de malades m'a conduit aux procédés opératoires que j'exposerai tout à l'heure, est déjà connu. On le trouve signalé dans un intéressant travail où M. Potiquet a exposé ses recherches sur l'anatomie de l'amygdale pharyngée. Notre collègue rapporte qu'il a disséqué un sujet sur lequel la soudure des bandelettes limitant le sillon médian de la tonsille pharyngienne, sur une certaine étendue de leurs bords, avait amené la formation d'une poche ou cul-de-sac *s'ouvrant en avant*. Or cette disposition, que les recherches d'amphithéâtre doivent faire considérer comme exceptionnelle, me semble au contraire être assez fréquente chez les malades présentant les signes de l'angine de Tornwaldt.

Mais, pour la constater sur le vivant, il est indispensable de prendre des précautions particulières. Le stylet nasopharyngien ordinaire ne permet pas d'y arriver, car, si en pareil cas, on porte son extrémité, sous le contrôle du miroir, dans l'orifice vulvaire du sillon médian visible à la rhinoscopie postérieure, cette extrémité, dirigée en haut, n'y pénètre pas et laisse croire à un simple récessus sans profondeur. Si, au contraire, on recourbe en Π l'extrémité de la portion naso-pharyngienne du stylet, de façon à lui donner la forme d'un crochet à petite branche regardant en bas et un peu en avant, sur une longueur de 5 à 6 millim. ; il devient possible, en suivant, sous le contrôle de la vue, la direction de l'instrument qu'on guide d'avant en arrière sur la voûte dans le plan médian, d'aborder l'orifice d'avant en arrière et de haut

en bas, et d'y faire pénétrer aisément dans toute sa longueur la petite branche recourbée.

On se rend compte alors, en exerçant une traction sur le stylet, que celui-ci est solidement accroché sur un repli solide, et l'on est étonné de la résistance opposée par la muqueuse, et de l'effort que nécessite la déchirure, ou pour mieux dire la *dissection* de la paroi antérieure de la cavité où l'instrument est engagé. Pour en donner une idée, il me suffira de dire que les stylets ordinaires en maillechort ne permettent pas d'y arriver avec certitude, parce que non seulement leur grande courbure s'allonge, mais que leur extrémité même se redresse en partie, et s'échappe souvent sans que les tissus aient cédé. Il est nécessaire d'employer un instrument plus rigide, en fer ou en acier, où la petite branche du crochet et sa concavité sont un peu plus coupantes et non tout à fait mousses. Il suffit alors d'appliquer le crochet d'une main ferme et de le porter vivement en avant et en bas (par rapport au malade), pour que la secousse amène la rupture de la paroi antérieure du cul-de-sac dans toute sa hauteur sans que le patient éprouve une douleur qui ne soit aisément supportable. Je m'explique malaisément la résistance très marquée que j'ai rencontrée presque constamment à ce niveau de la muqueuse pharyngienne ; alors que d'ordinaire le tissu de l'amygdale rétro-nasale en régression conserve ailleurs une friabilité relative. Je suis donc obligé de faire quelques réserves sur le siège exact de la poche où pénètre la courte branche du stylet, et je ne me hasarderais pas à affirmer que cette cavité soit bien toujours intra-amygdaliennes, comme dans le cas dont M. Potiquet a donné la description anatomique.

Quoi qu'il en soit, la dissection ainsi pratiquée, suivie d'un curetage de la poche et de l'abrasion de ses bords libres avec une curette tranchante analogue aux curettes utérines de Sims ou laryngiennes de Heryng, puis de cautérisations localisées avec une solution iodo-iodurée ou phéniquée forte, m'a donné des résultats thérapeutiques excellents et très

rapides, dans des cas où jusque-là je n'avais pu obtenir que des améliorations passagères. La dissection doit être pratiquée de la même façon, avec un crochet convenable, dans les cas où il existe un cul-de-sac à ouverture postéro-inférieure. Au bout d'une semaine environ, la région antérieurement malade présente l'apparence d'une large gouttière médiane où la muqueuse, rose pâle et humide, n'est plus recouverte de muco-pus ou d'une croûte comme auparavant.

Lorsque le catarrhe a des sièges multiples, la dissection du recessus médian ne suffit pas ; il faut de plus que l'opérateur s'astreigne à rompre, à l'aide de stylets naso-pharyngiens rigides à extrémités présentant des formes et des courbures appropriées, les tractus et les brides des régions latérales et autres de la tonsille pharyngée, et les parois des diverses anfractuosités qu'elle peut présenter. Une fois ce résultat obtenu, il devient facile, à l'aide de la curette tranchante sus-mentionnée, de détacher les débris n'adhérant plus que partiellement aux tissus sous-jacents ; on n'éprouve aucune difficulté à appliquer sur les points malades, sans qu'aucun d'eux y échappe, les topiques appropriés, et les formes les plus rebelles de l'affection subissent avec une grande rapidité des modifications tout à fait favorables.

On pouvait d'ailleurs s'attendre, avant toute expérience, à voir la dissection, appliquée au traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée, donner de bons résultats. Si, grâce à elle, le catarrhe lacunaire des tonsilles palatines guérit promptement et aisément, bien qu'à l'état normal ces organes soient creusés de cryptes profondes, à fortiori le catarrhe de l'amygdale rétro-nasale, localisé dans des cryptes, des anfractuosités, des culs-de-sac résultant d'adhérences pathologiques entre des surfaces qui, à l'état normal, limitent des sillons largement ouverts, doit-il bénéficier d'une intervention qui tend à rendre aux parties la forme qu'elles présentaient avant d'être malades, et à détruire les clapiers dont les parois sont manifestement le point de départ des sécrétions, muco-purulentes ou concrètes, caractéristiques de l'affec-

tion. Pratiqué seul et sans discussion préalable, le curetage manque souvent son but; et celui-ci est encore à mon sens difficile à atteindre avec le galvano-cautère et les caustiques chimiques. Après la discussion au contraire, les moyens complémentaires agissent sûrement et rapidement.

Je n'entends parler ici, bien entendu, que des cas où l'amygdale pharyngée en régression ne fait plus saillie: dans le cas contraire, il est clair que l'ablation des tumeurs est la première indication à remplir. Mais en dehors de ces conditions et lorsqu'il n'y a pas ou qu'il n'y a plus de tumeurs, je ne saurais, en dépit de la compétence indiscutée de l'auteur qui l'a émise, souscrire à l'opinion de M. Chatellier, qui recommande l'ablation radicale des parties malades avec la pince coupante. « Ces anfractuosités et ces brides, écrit-il, sont d'un rouge ordinairement vif; elles sont le siège d'une inflammation chronique impossible à guérir si on ne les détruit au moyen d'un coup de pince qui cure, pour ainsi dire, la surface pharyngienne. » Si j'en crois mon expérience, la chose n'est pas aussi simple; dans l'immense majorité des cas il faudra, si l'on veut tout détruire, que le premier coup de pince soit suivi de plusieurs autres; encore ne pourra-t-on pas éviter, avec quelque certitude, d'enlever trop peu dans certains points et trop au contraire dans d'autres; et enfin on s'exposera à des hémorragies post-opératoires, immédiates ou secondaires, dont il n'est jamais possible de prévoir l'imminence ou la gravité.

Je ne veux pas donner à cette note une plus grande étendue, en y ajoutant des observations à l'appui. D'ailleurs, si je suis actuellement en mesure de relater des guérisons rapides, je ne puis encore affirmer qu'elles seront définitives, faute d'une expérience assez longue; et mon but, en publiant ces quelques pages, est surtout d'engager mes collègues à contrôler par eux-mêmes les assertions qui y sont émises. J'insisterai, en terminant, sur la nécessité de ne pratiquer la discussion de l'amygdale pharyngée, et même autant que possible le curetage et les pansements consécutifs, que sous

le contrôle du miroir, et lorsque le malade sera capable de supporter le releveur palatin, d'abaisser lui-même sa langue, etc. Si l'on se contentait d'agir à l'aveugle ou en ne se guidant que sur des points de repère de fidélité douteuse, on ne serait nullement autorisé à attribuer l'insuffisance des résultats obtenus à l'inefficacité de la méthode sur laquelle la présente note a pour objet d'appeler l'attention.

---

**OBSERVATION D'UN PSEUDO-KYSTE SANGUIN RÉTRO-TYMPANIQUE DE L'OREILLE GAUCHE (1)**

Par le Dr **E. Ménière**.

---

En mars 1891, une dame vint réclamer mes soins pour un violent bourdonnement de l'oreille gauche, remontant à dix mois environ.

Voici l'observation, avec l'historique des antécédents, qui a une certaine importance.

**OBSERVATION.** — M<sup>me</sup> X..., 36 ans, constitution scrofuleuse, d'après certains indices, faciles à apprécier. Elle a eu, en 1888, une otite moyenne aiguë qui rapidement est devenue chronique. La malade a demandé des soins, pendant plusieurs mois, à un otologiste distingué de la grande ville de province qu'elle habite.

Au mois d'octobre 1890, l'écoulement parut tari, et le médecin lui assura que la cicatrisation du tympan était complète. Le mois suivant, M<sup>me</sup> X... commença à ressentir dans l'oreille gauche un bruit qui alla en augmentant. C'était un bourdonnement sourd, qu'elle remarqua battre à l'unisson du pouls.

Elle retourna voir l'otologiste qui l'avait soignée antérieurement, et celui-ci, après nouvel examen, déclara qu'il n'existant rien d'anormal, à la vue.

Pendant tout l'hiver, il cathétérisa la trompe trois fois par semaine, traitement qui ne fut suivi d'aucun résultat, pas plus du reste que l'emploi des moyens généraux, bromure de potassium, etc.

C'est alors que la malade vint à Paris.

(1) Travail lu à la Société d'otologie de Paris.

L'examen fait par moi, le premier jour, me laissa voir un tympan un peu épaissi et grisâtre. Un seul point attira mon attention. Dans le segment postéro-inférieur, la membrane paraissait plus épaisse au niveau de ce point que dans le reste de son étendue.

J'avoue très franchement qu'à ce moment-là, je n'attachai pas assez d'importance à cette particularité.

Le cathétérisme indiquait une trompe libre, et l'auscultation de la caisse ne présentait rien d'anormal. Pas le moindre sifflement à travers le tympan. La parole à voix haute était entendue entre quatre et cinq mètres.

La malade était fort affectée par ce bruit perpétuel, qui était beaucoup plus accentué la nuit, quand elle était couchée, ce qui, disait-elle, l'empêchait souvent de dormir. J'envisageai la question sous toutes ses faces, sans parvenir à me former une opinion sérieuse appuyée sur des certitudes.

Après quelques jours d'essais divers, je réexaminai avec plus de soin, la membrane tympanique. Mon œil était attiré vers le quadrant postéro-inférieur, où se voyait l'épaississement plus marqué, formant comme une tache ombrée.

Je touchai ce point avec un stylet fin, et j'eus une sensation de dureté. La malade accusait une sensibilité plus obtuse que sur les autres parties du tympan.

J'arrêtai mes investigations, et il me vint à l'idée de verser dans l'oreille six gouttes d'un mélange de glycérine et de coaltar, à 30 pour 5, après quoi je fermai le conduit.

Le lendemain, après avoir nettoyé l'oreille, je touchai de nouveau le point dont j'ai parlé plus haut. Il me parut d'un gris plus terne et un peu saillant.

Je pris alors un petit crochet mousse, et je cherchai à me rendre compte de ce qui existait. Tout en effectuant ces manœuvres avec beaucoup de douceur, je crus m'apercevoir que la partie touchée était légèrement mobile, en haut. Je fis une traction lente et continue et j'arrivai à faire basculer vers moi, de haut en bas, une petite masse dure et aplatie, plus adhérente à sa base.

Il s'écoula deux ou trois gouttes d'un sang rouge noir, assez épais. A ce moment, la malade poussa un léger cri et dit : « *Mon bruit a disparu.* » Je saisis alors cette espèce d'opercule avec des pinces, et je l'enlevai doucement. Il avait un peu plus de trois millimètres de hauteur sur deux de largeur et plus d'un millimètre d'épaisseur, au centre.

Après une abondante injection antiseptique, dont pas une goutte ne parut passer dans la caisse, je pratiquai le cathétérisme avec insufflations d'air, répétées plusieurs fois. Je ne perçus aucun sifflement.

J'examinai alors la plaie tympanique ; le stylet buttait sur un tissu de consistance granuleuse, saignant légèrement.

Je soumis M<sup>me</sup> X... à un traitement local très minutieux. Tous les cinq ou six jours, je touchais ces espèces de fongosités avec la solution saturée de chlorure de zinc, puis avec la glycérine phéniquée.

Enfin, après dix-huit jours de cette médication, en faisant une insufflation par la trompe, comme j'avais l'habitude de la pratiquer journellement, je sentis l'air passer à travers le tympan.

Au mois de juillet, le suintement de la caisse était à peine visible. La perforation tympanique persistait, ce qui me parut heureux pour la malade. L'audition était bonne : voix ordinaire entendue à plus de dix mètres.

Telle est l'observation à propos de laquelle je demande à faire quelques réflexions.

Le cas n'est pas très facile à élucider. Je crois que sous l'influence de l'emploi constant des poudres médicamenteuses, la perforation de la membrane a été bouchée presque complètement.

Il a dû se faire un épanchement sanguin par suintement provenant des vaisseaux tympaniques. Cet épanchement a formé un caillot qui s'est organisé et pour ainsi dire enkysté. La prolifération épidermique de la région a amené la formation de cet opercule que j'ai détaché, après l'avoir ramolli.

Si je me sers de la désignation, pseudo-kyste sanguin, c'est que je n'en vois pas d'autre plus juste.

Ce qui est étrange dans ce fait, c'est la durée de ces battements pulsatiles, isochrones au pouls, causés par une extravasation sanguine rétro-tympanique, qui ne donne lieu pendant plus de sept mois à aucun symptôme inflammatoire, du côté de la caisse.

J'apporte simplement à l'appui de mon opinion, la preuve de la cause du battement, puisqu'il a cessé dès que cette espèce de poche a été ouverte.

Je ferai remarquer en terminant, que pendant dix-huit jours, le passage de l'air de dedans en dehors n'était pas perceptible, et qu'il ne l'a été que lorsque les parois de ce pseudo-kyste ont été détruites

D'autres opinions sont peut-être admissibles, mais il serait trop long de les discuter ici.

Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru présenter un réel intérêt.

---

#### UN CAS D'ATROPHIE D'UNE TUMEUR LARYNGÉE CHEZ UNE ENFANT

Par le D<sup>r</sup> Max Thorner, de Cincinnati.

---

Les indications de l'intervention opératoire dans les tumeurs laryngées semblent généralement si bien comprises qu'il pourrait sembler superflu d'y ajouter quoi que ce soit. Et pourtant nous rencontrons parfois des cas, et spécialement chez les jeunes enfants, où les circonstances nous donnent le droit d'avoir des opinions différentes sur les mesures opératoires à prendre. Car s'il est généralement admis que les néoplasmes qui se développent dans la cavité laryngienne si étroite des enfants sont une menace constante pour la vie de ces jeunes malades et doivent, par conséquent, être enlevés aussitôt que possible, on voit, d'un autre côté, que chez l'enfant une opération quelle qu'elle soit est beaucoup plus sérieuse que chez l'adulte; aussi la plupart des auteurs sont-ils d'avis qu'on ne doive y recourir que dans les cas urgents. Le fait suivant que j'ai observé dans ma clientèle, montre bien à quel point il est difficile, dans certains cas et dans certaines conditions, de décider entre une opération ou une non-intervention opératoire.

Florence R..., âgée de trois ans et demi, fille du pasteur d'un petit village voisin, me fut adressée le 23 mars 1887

par le Dr W. Carvon, de Cincinnati. Son principal sujet de plainte était une aphonie complète qui avait pris un développement progressif depuis plus d'un an et demi; de fait on avait remarqué chez cette enfant un enrouement persistant depuis le moment où elle avait commencé à parler. Dernièrement, cependant, à la suite d'un froid, elle avait été prise d'une dyspnée alarmante et, depuis, son état était resté stationnaire, sans aggravation comme sans amélioration. L'enfant était bien développée pour son âge; la voix ne s'entendait pas du tout. Elle faisait entendre un fort bruit inspiratoire, et sa physionomie avait une vive expression d'anxiété due au degré considérable de la dyspnée.

L'examen laryngoscopique fut très difficile et, si je pus parvenir à le faire, ce fut surtout grâce à l'aide intelligente que me prêta le père de l'enfant. Après bien des essais infructueux, je finis par voir bien et distinctement. Il y avait dans tout le larynx de l'hyperhémie généralisée. Les bandes ventriculaires étaient légèrement gonflées, les cordes vocales fortement congestionnées. Sur le bord libre de la corde gauche, à sa partie moyenne environ, faisant saillie dans la lumière du larynx, on remarquait une petite tumeur triangulaire, blanchâtre, de la grosseur d'un pois cassé. Ce néoplasme n'était pas mobile, avait une surface lisse, et était attaché au corps de la corde vocale par une large base. Il avait toutes les apparences d'un fibrome. Il était facile de voir que cette tumeur, qui n'obstruait qu'en partie la fente glottique, était, comme de juste, la cause de l'aphonie, mais qu'elle ne pouvait être considérée comme étant à elle seule la cause de la dyspnée concomitante; celle-ci était surtout due à la laryngite aigüe qui existait en même temps. Il fut décidé après une consultation, qu'on ne traiterait pour le moment que l'inflammation catarrhale, le jeune âge de l'enfant ne permettant pas de pratiquer l'ablation de la tumeur par la voie endolaryngienne, et la trachéotomie n'étant pas absolument indiquée; de plus, l'enfant devait être surveillée de près au point de vue de la dyspnée. Dans le cas d'agra-

vation, on devait faire une opération immédiate : dans le cas contraire, on ne devait intervenir qu'à une date ultérieure pour enlever la tumeur.

La dyspnée disparut peu à peu sous l'influence du régime suivi, et pendant ces quatre dernières années l'enfant a toujours été bien ; je la voyais de temps en temps : il y a deux ans, les dimensions de la tumeur n'avaient pas augmenté, et l'aphonie complète du début avait disparu pour faire place à une voix enrouée au plus haut degré, mais que l'on pouvait néanmoins entendre. Il n'y eut jamais de dyspnée. Le père, à qui j'avais demandé des nouvelles, m'écrivait il y a trois mois : « Je suis heureux de pouvoir vous dire que, depuis que ma fille a eu la coqueluche il y a quinze mois, elle a présenté une amélioration constante de sa phonation, parlant parfois aussi clairement que les autres. De temps en temps sa voix résonne comme si elle avait pris un léger froid. Si l'amélioration continue, toute trace de la maladie aura disparu avant peu. Quand je la mènerai à Cincinnati, je serai heureux de la soumettre encore une fois à votre examen, quoique, à mon avis, une opération soit maintenant inutile ». J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion, et, j'ajouterais, le plaisir de revoir cette enfant. Sa voix est bonne, d'une pureté qui n'est peut-être pas toujours absolue, mais j'oserais à peine dire qu'elle est enrouée. A la place de la tumeur, on remarque une sorte d'épaississement fusiforme de la corde vocale.

Il s'est opéré dans cette tumeur, sans aucun doute possible, une dégénérescence et une absorption lente. Il est suffisamment prouvé que les tumeurs bénignes du larynx sont sujettes à la dégénérescence graisseuse ou amyloïde, voire même à l'expulsion spontanée. Il est bon de remarquer que, chez cette enfant, la voix a commencé à s'améliorer après une attaque de coqueluche, et l'on peut à bon droit admettre que des fragments de la tumeur ont été, après dégénérescence, rejetés pendant les quintes de toux.

La question intéressante, dans des cas semblables, me

paraît toutefois résider dans le parti que l'on prendra au point de vue du traitement.

Nous nous trouvions ici en présence d'une malade très jeune qui avait dans le larynx une tumeur bénigne, mais dont une dyspnée considérable avait subitement aggravé l'état. Dans ces conditions, on ne pouvait songer à une opération que par la voie extra-laryngienne. Ces moyens d'intervention auraient naturellement soulagé la dyspnée, mais, d'un autre côté, auraient laissé à la voix bien peu de chances de retrouver son intégrité. Si la dyspnée provoquée par la tumeur avait atteint un degré tel qu'elle fût devenue une menace sérieuse pour la vie de l'enfant, il était indiqué de faire la trachéotomie sans retard ; mais si l'on n'avait dû pratiquer cette opération qu'en raison même de l'existence d'un néoplasme dans la cavité laryngienne, il eût été bon de se rappeler les dangers auxquels exposent de pareilles interventions chez les jeunes enfants. Lefferts dit en effet avec raison à ce sujet : « S'il faut enlever la tumeur, c'est en général la voie extra-laryngienne que l'on choisit, et l'on doit s'attendre à rencontrer les dangers consécutifs qui accompagnent toute opération sérieuse, dangers qui sont une menace sérieuse pour la vie des petits malades » (1). Dans ce cas, la dyspnée était due en partie à la présence de la tumeur, mais surtout à la laryngite catarrhale aiguë ; nous étions donc bien placés pour surveiller les développements ultérieurs de la maladie, et voir, tout en surveillant l'enfant de près, si l'on ne pouvait pas, par les moyens ordinaires, faire disparaître la laryngite. Nous avons suivi la ligne de conduite habituelle dans le traitement de la laryngite aiguë chez les enfants : chez eux, la trachéotomie (et actuellement l'intubation) ne doit être pratiquée qu'en dernier ressort. Et cette opération ne devait à coup sûr pas être faite simplement parce qu'il y avait une tumeur dans le larynx, surtout si l'on considère que le néoplasme en question appartenait à

---

(1) Voir le *Manuel des sciences méd.*, vol. IV, p. 394.

cette classe de tumeurs qui se développent lentement, et qui sont fréquemment arrêtées dans leur croissance. Dans le cas où l'on aurait voulu enlever la tumeur pour rendre à la voix son intégrité, il était nettement indiqué de remettre l'opération à une date ultérieure, quoi qu'il fût impossible à ce moment de prévoir que la marche inattendue de l'affection laryngée rendrait inutile toute intervention.

## REVUE CRITIQUE

### LA « PARALYSIE DES ABDUCTEURS »

Par le Dr **Paul Raugé**, de Challes.

Lorsque Gerhardt publia la fameuse observation que tout le monde cite et qui est demeurée le prototype de l'état morbide dénommé depuis lors « paralysie des abducteurs », il sembla qu'il venait de découvrir une maladie nouvelle. On ne reconnaissait aucun type connu dans ce tableau dramatique et précis, où l'auteur avait peint des désordres respiratoires graves, uniquement causés par un excès d'adduction des cordes, sans la moindre altération matérielle de l'organe.

Jusqu'alors, toutes les fois qu'on observait des phénomènes de suffocation ayant leur point de départ dans le larynx, on se croyait obligé de découvrir, ou tout au moins d'imaginer, l'existence d'un obstacle matériel, tumeur, corps étranger ou gonflement de la muqueuse, obstruant, en tel ou tel point (glotte, région ventriculaire ou plis ary-épiglottiques), la lumière de ce conduit.

Or, ici, plus rien de semblable ; pas autre chose qu'une altération fonctionnelle, se révélant à l'examen par une simple déformation de la glotte et ne laissant d'autre indice apparent qu'une atrophie très inconstante, et le plus souvent contestable, de quelques fibres musculaires.

Quoique l'ensemble symptomatique décrit par Gerhardt représente, en somme, une éventualité rare — moins rare toutefois qu'on ne l'avait supposé tout d'abord, — il est difficile d'admettre qu'un état si net et si grave, un état qui met en question non plus la voix mais la vie du malade, ait pu passer inaperçu jusqu'en 1863. La chose est d'autant moins probable, que les symptômes éclatants par où l'affection s'exprime, n'étaient pas des troubles locaux, intéressants seulement pour les laryngologues, mais des accidents généraux redoutables, pour lesquels la question de la trachéotomie se posait presque toujours, et qui devaient nécessairement forcer l'attention du clinicien le plus indifférent.

Il suffit toutefois d'y réfléchir un peu, pour trouver la raison de ce paradoxe historique :

En réalité, le type décrit par Gerhardt n'était aucunement un état morbide inédit. Il avait simplement repris, le miroir à la main, et rapporté à sa formule laryngoscopique exacte, un ensemble symptomatique que ses prédécesseurs avaient parfaitement reconnu, mais dont ils avaient ignoré le mécanisme véritable : il n'avait fait, au demeurant, qu'interpréter pathogéniquement ce que d'autres avaient vu avant lui, mais vu d'une façon purement clinique, et, pour ainsi dire, superficielle.

Bien avant que le laryngoscope ne vint en expliquer les causes, on n'observait que trop souvent des accidents de suffocation formidables dont la cavité du larynx était évidemment le siège ; mais, privés qu'ils étaient des renseignements fournis par l'examen direct, ne trouvant plus d'ailleurs, à la table d'amphithéâtre, les désordres fonctionnels qui avaient existé pendant la vie, les auteurs de l'époque pré-laryngoscopique devaient fatallement méconnaître, presque toujours, la cause la plus ordinaire de ces accidents, j'entends les troubles éloignés qui frappent le larynx à distance, par l'intermédiaire de ses conducteurs nerveux.

Non qu'on ait toujours ignoré les désordres respiratoires que provoquent si fréquemment la compression du récurrent, les lésions du pneumo-gastrique ou les altérations du

bulbe : le mémoire de Legroux à l'Académie de médecine, celui de Gaubric à la Société anatomique et le commentaire qu'en fit M. Gosselin, la thèse d'Henri Gintrac, celles de Thellig et de Turgis, les nombreuses observations que M. Jolivet a patiemment colligées dans les écrits des anciens maîtres, les cas trop oubliés et pourtant si précis de Franck, de Huguier, de Judd, de Triquet, de Liégeois, de Luton, de Traube, de Potain, de Cruveilhier, les travaux d'Habershon et de Fonssagrives, démontrent surabondamment que les accidents dyspnéiques provoqués par les compressions nerveuses de toute origine n'avaient point échappé à la sagacité des bons cliniciens. Mais, pour l'immense majorité des observateurs, une physio-pathologie grossière, dont l'œdème des plis ary-épiglottiques faisait presque toujours les frais, suffisait, provisoirement, à l'interprétation approximative de ces suffocations laryngées.

Quand, d'aventure, on s'avisait, à l'exemple des auteurs que je viens de nommer, de reconnaître l'origine nerveuse des accidents, on en faisait invariablement un vague état de spasme laryngé, dont on attribuait confusément la cause à l'irritation compressive exercée sur les troncs nerveux : les très rares observateurs qui, sur la foi des expériences de Longet, commençaient à entrevoir, dans ces cas, la possibilité d'une paralysie, avaient toujours devant les yeux l'inertie glottique totale, telle que réalise la section complète du récurrent, et les accidents asphyxiques expérimentalement provoqués dans ces circonstances. On oubliait que Legallois, et Claude Bernard après lui, n'avaient réalisé ces phénomènes dyspnéiques que chez les jeunes animaux, alors que les sujets adultes paraissaient tolérer cette paralysie totale sans dommage apparent pour leur fonction respiratoire. Seul, peut-être, à cette époque, Trousseau, dans son immense clairvoyance clinique, sut déjà deviner l'influence possible de la paralysie circonscrite aux seuls dilatateurs, et expliquer par ce mécanisme les accidents tardifs de suffocation qu'on voit quelquefois survenir chez les trachéotomisés, par le seul fait du port prolongé de la canule.

Ce qui n'est pas douteux, et c'est à quoi je voulais en venir, c'est que la notion de paralysie, surtout celle de paralysie partielle, n'était aucunement dans les idées du temps, lorsqu'on tentait d'analyser l'origine des obstacles si variés que le larynx peut opposer à la fonction respiratoire.

L'explication que Gerhardt apportait différait tellement des notions courantes, elle montrait le symptôme ancien sous un jour pathogénique si nouveau qu'on ne put reconnaître, dans sa description, les anciennes formes morbides qu'elle remplaçait, ni retrouver, sous ce titre modernisé de « paralysie des abducteurs », le laryngisme de nos pères ou le vieil œdème glottique de Sestier et de Troussseau.

Je suis loin, certes, d'affirmer que les faits jadis rangés sous cette dernière désignation étaient toujours des troubles moteurs méconnus ; et je ne prétends pas corriger le langage, qui s'obstine, on ne sait pourquoi, à nommer « œdème de la glotte » l'infiltration des plis ary-épiglottiques. Je voulais seulement protester, après d'autres, contre l'abus qu'on fit naguère de ce vocable équivoque et mal fait.

Je n'affirme pas davantage que personne n'ait soupçonné, jusqu'à la découverte de Garcia, les formes variées des troubles laryngo-moteurs et les aspects glottiques anormaux qui devaient logiquement correspondre à chacun d'entre eux : j'accorde qu'on pouvait déjà avant même qu'aucun regard eût pénétré dans un larynx vivant, édifier sur la physiologie pure et sur l'anatomie normale, les probabilités de ces déformations ; mais toutes les déductions essayées dans ce sens restaient de simples vues de l'esprit : il manquait aux plus ingénieuses une consécration nécessaire : l'examen direct de l'organe.

Appliquant à l'une de ces formes morbides — la plus importante, parce qu'elle est la plus grave, — les renseignements du laryngoscope alors nouveau venu, analysant avec un sens clinique parfait un cas qu'il avait observé, Gerhardt fut le premier, incontestablement, à montrer clairement dans quel sens on devait, presque toujours, chercher la clef des dysp-

nées laryngées, lorsque aucun obstacle apparent n'était là pour les expliquer :

En regardant fonctionner le larynx de son malade, il s'aperçut que les cordes ne présentaient pas, au moment de l'inspiration, le degré d'écartement qu'elles offrent à l'état normal. Loin de diminuer sous l'influence des grands efforts inspiratoires, ainsi qu'on eût pu s'y attendre, le resserrement s'exagérait encore dans ces circonstances, réduisant la fente glottique à une ouverture presque mathématiquement linéaire et momentanément imperméable à la moindre quantité d'air inspiré. Par une opposition singulière, tous les mouvements d'adduction s'accomplissaient sans gêne aucune; les cordes, pendant la phonation, se juxtaposaient exactement, se tendaient d'une façon régulière, et la conservation relative de la voix contrastait curieusement avec la gravité des symptômes respiratoires.

Interprétant alors cette image anormale à l'aide des données un peu rudimentaires que la physiologie d'il y a trente ans possédait sur la mécanique musculaire de l'appareil vocal, il en fit naturellement ce qu'il était le plus simple d'en faire, une déchéance fonctionnelle exactement limitée aux muscles respiratoires, avec intégrité des muscles phonateurs. La paralysie des dilatateurs était créée : il ne s'agissait plus, désormais, d'une possibilité physio-pathologique ingénierusement imaginée, mais de l'explication très plausible d'une déformation glottique directement constatée sur le vivant.

Cette impotence des abducteurs interprétait si clairement et l'image laryngoscopique, et la spécialisation absolue du symptôme suffocation, qu'elle fut tout d'abord acceptée sans conteste; elle semblait alors plus que satisfaisante et resta longtemps presque indiscutée.

Un seul auteur, à cette époque, protesta vigoureusement contre la doctrine absolue de Gerhard, lui opposant très nettement cette théorie du spasme laryngé que M. Krause devait découvrir dix-huit ans plus tard. Ce fut un Français, Krishaber (Mém. de la Soc. de biologie, 1866, p. 132. Sur

*l'opportunité de la trachéotomie dans les cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte*) ; sa voix fut à peine entendue et la paralysie demeura pour longtemps maîtresse absolue du terrain. L'idée de Gerhardt et le mot qui l'exprimait étaient, comme dit Jelenffy, si bien entrés dans le langage, que par la suite on s'évita la peine de répéter dans les cas de ce genre, la description devenue banale : on disait simplement que le fait en question présentait le tableau connu de la « paralysie des dilatateurs. »

Si l'on concevait clairement la relation qui rattachait la déformation glottique observée au désordre musculaire qu'on lui donnait pour origine, il devenait plus malaisé de remonter de ce désordre même jusqu'à la lésion anatomique dont il n'était que l'expression secondaire. Quelle était la combinaison anatomo-pathologique capable de circonscrire ainsi ses effets aux muscles dilatateurs, sans toucher au groupe opposé, et d'accomplir, en sens inverse, la dissociation des deux fonctions laryngées que Claude Bernard avait réalisée par l'arrachement isolé du spinal ?

Tant que l'on supposa, comme Gerhardt l'avait admis dans son premier cas, et comme Mackenzie parut longtemps le croire, que l'affection était presque toujours une maladie primitive du muscle, on n'eut pas grand'peine à comprendre que les crico-aryténoidiens postérieurs fussent isolément frappés, voire même qu'ils fussent atteints plus facilement que les autres : leur situation superficielle, immédiatement au-dessous de la muqueuse, leur fâcheuse position à l'entrée du conduit œsophagien, juste sur le passage du bol alimentaire, les exposait apparemment plus que d'autres à l'injure directe de leur tissu.

Mais la limitation du mal à ces deux muscles isolés s'expliquait moins commodément quand la lésion primitive intéressait les troncs nerveux ou les centres : D'abord, on y vit seulement un de ces caprices de localisation, si fréquents en pathologie nerveuse, et communément observés pour d'autres groupes musculaires : on savait, en particulier, que les para-

lysies du larynx se montrent rarement totales d'emblée, qu'elles frappent le plus souvent les différentes parties de l'organe d'une façon fractionnée et successive, restant dans certains cas indéfiniment limitées à l'un ou à quelques-uns de ses muscles : mais les observations étaient encore trop peu nombreuses pour qu'on pût reconnaître une règle quelconque dans la marche de cette invasion ou dans ces occupations partielles : on était convaincu qu'elles s'accomplissaient sans ordre, et que le siège des troubles moteurs se montrait changeant et divers suivant les infinies variétés des lésions originelles. Ces paralysies de détail, qui précèdent le plus souvent l'anéantissement fonctionnel de tout l'organe, apparaissent, disait Ziemssen, « tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre muscle, » sans aucune prédisposition saisissable. Elles ne reconnaissent pas d'autre loi que l'imprévu des localisations et le hasard des formes anatomo-pathologiques.

Dès lors, quoi d'étonnant si les muscles dilatateurs étaient, dans certains cas, frappés les premiers ? C'était une chance mauvaise qu'ils subissaient à l'égal de leurs congénères, hasard pour eux plus malheureux sans doute, à cause de leur importance fonctionnelle, mais ce n'était rien de plus qu'un hasard : tandis que les altérations touchant au muscle même semblaient, comme nous l'avons vu, frapper le crico-aryténoïdien postérieur avec une facilité particulière, rien, jusqu'à là, ne laissait présager que les paralysies d'origine nerveuse eussent également pour ce groupe musculaire la fâcheuse préférence qu'on leur a reconnue depuis lors.

Pour supprimer isolément ce muscle, en laissant survivre les autres, il fallait supposer une coïncidence rare, et les lésions devaient être exceptionnelles, qui réalisaient cette double exigence. De fait, pendant les années qui suivirent la publication de Gerhardt, les observations confirmatives demeurèrent des cas d'exception : un cas, d'ailleurs assez douteux, de Turck, les exemples mieux démontrés de Hughlings-Jackson et de Mackenzie, enfin la première observation de

Riegel, tel est, d'après Semon, tout le bilan des faits certains durant cette première phase de l'histoire de la question. Il ne fallut pas moins de dix ans avant que Gerhardt lui-même pût rencontrer un second cas, qui lui permit de confirmer, par les renseignements de l'anatomie pathologique, les données purement cliniques de sa première observation : c'était précisément celui que publia Riegel.

Peu à peu, cependant, les cas se firent plus nombreux, si bien que, deux années plus tard, les documents devenaient assez abondants pour fournir à Riegel les éléments de sa belle monographie. Dans ce mémoire remarquable de précision et de clarté, cet auteur décrivait, d'une manière magistrale, la symptomatologie méthodique de ce qu'il appelait les «paralysies respiratoires», et exposait très nettement le mécanisme physio-pathologique reliant les dyspnées laryngées soit aux déformations de la glotte, d'où elles procèdent, soit à la paralysie limitée, qui explique tout le syndrome. Ce ne fut qu'à partir de cette époque, que la physionomie de l'affection fut définitivement fixée et que cette question difficile et séduisante devint le problème capital de la neuro-pathologie laryngée.

Cependant, les observations nouvelles allaient s'accumulant chaque jour : aux cas précédemment cités, à ceux que Riegel venait d'y joindre, s'ajoutaient des faits non moins concluants, parmi lesquels il faut citer ceux de P. Koch (de Luxembourg), de Penzoldt, de L. Weber, de Feith ; jusqu'au jour où Burow, rassemblant toutes les observations connues, parvint à présenter un total imposant de 35 cas, dont quelques-uns plus ou moins contestables. Ce fut précisément sur un nombre pareil que Mackenzie, l'année suivante, se basa pour établir la prétendue fréquence des paralysies purement myopathiques des crico-aryténoïdiens postérieurs. Pendant ce temps, les publications périodiques abondaient de faits analogues, les traités généraux consacraient un chapitre spécial à cette question désormais classique, et la « paralysie des abducteurs » devenait le sujet de monographies importantes.

Chaque observation nouvelle reproduisait avec une monotonie singulière, le tableau saisissant des accès dyspnéiques, avec intégrité de la voix, dont Gerhardt avait, vingt ans auparavant, esquissé largement les traits. Et à mesure que l'usage du laryngoscope se généralisait davantage, on retrouvait, dans toutes les descriptions, cette glotte caractéristique et continuellement rétrécie par l'attitude immuable des cordes en situation médiane.

Ainsi, cette forme morbide, qui passait autrefois pour une curiosité à peu près introuvable, devenait peu à peu une banalité clinique, dont il était presque de mode d'avoir publié pour le moins un cas.

De plus, on commençait à s'apercevoir que les altérations primitives du muscle, que l'on avait d'abord placées au premier plan, comme facteurs étiologiques de l'affection, en étaient au contraire la cause la plus exceptionnelle : dans la majorité des faits, on découvrait, à l'autopsie, des lésions, d'ailleurs très variables, atteignant les gros troncs nerveux ou les centres cérébro-bulbaires. C'était tantôt un anévrysme de l'aorte, tantôt une masse ganglionnaire enflammée ou dégénérée ; c'étaient des cancers de l'œsophage, des tubercules pulmonaires ou des tumeurs thyroïdiennes, qui comprimaient le récurrent ou le tronc du pneumogastrique ; on constatait, dans d'autres cas, une dégénérescence des noyaux bulbaires ou des origines nerveuses, qui retentissaient à distance sur l'équilibre musculaire du larynx, apportant un trouble toujours pareil dans la fonction respiratoire, sans compromettre, en apparence, le mécanisme vocal de la glotte (cas de Feith).

Ces lésions si différentes avaient donc en commun un privilège singulier, celui de pouvoir frapper en détail les éléments fonctionnellement distincts de l'appareil laryngo-moteur, avant de l'anéantir en masse, et de dissocier leurs effets avec une précision en quelque sorte expérimentale. Mais, chose bien plus étonnante, cette dissociation s'accomplissait toujours dans le même sens, toujours au détriment de la respiration ; on ne citait jamais un cas où les lésions précédentes

eussent compromis le larynx dans ses attributions phoniques.

Cependant, malgré la répétition du fait, personne, jusque-là, ne s'était avisé de hasarder une formule pour affirmer sa constance absolue. Si quelque observateur avait été frappé de cette partialité étrange, dont les muscles dilatateurs étaient invariablement victimes, alors que les constricteurs échappaient, il ne voyait là que l'effet inévitable d'une lésion circonscrite ou progressive, qui désorganisait isolément ou d'une façon successive, tels ou tels faisceaux du tronc nerveux, au hasard de ses rapports avec ce tronc, et suivant l'imprévu de ses progrès.

Pourtant, le même fait se répétait avec trop d'insistance pour qu'on ne finit pas par y voir autre chose qu'une coïncidence ou un pur caprice de série. Si c'était là, comme disait Riegel, un simple « jeu du hasard », c'était un jeu dont le hasard semblait tout au moins abuser, et cette innocente formule commençait à se montrer insuffisante.

La loi qu'on n'osait affirmer parut enfin se dégager des faits avec une évidence si pressante, elle était, comme on dit, tellement « dans l'air », qu'elle finit par recevoir, de deux directions différentes, et à quelques mois d'intervalle, son expression définitive, en termes presque identiques. Comme il arrive si souvent, MM. Rosenbach et Semon s'étaient rencontrés au même but, tout en ayant suivi des voies très différentes ; le premier formula presque d'intuition, un axiôme rigoureux dont il sentit d'emblée la portée générale ; l'autre, l'édifia sur la base solide et sûre de faits cliniques minutieusement contrôlés.

Je ne rappelle pas les débats éclatants qu'a soulevés, entre ces auteurs, la paternité de ce qu'ils ont nommé tous deux « la loi de plus grande vulnérabilité des fibres nerveuses destinées aux abducteurs ». Cette lutte un peu excessive, — que ralluma pendant des années l'apparition du moindre mémoire où le nom de l'un d'eux était par hasard oublié, — semble être depuis quelque temps entrée dans une phase plus calme, et je craindrais, en insistant, de rallumer ce foyer mal éteint.

En somme, — et c'est, je crois, le résumé très impartial de cette polémique, — si M. Rosenbach réclame à juste droit l'indéniable priorité des dates, on ne saurait contester d'autre part que M. Semon se soit fait, dans cette question, la place la plus importante, par l'énorme labeur qu'il y a apporté.

La conclusion très ferme à laquelle ils arrivaient tous deux, c'est que les paralysies organiques montrent une préférence malheureuse pour les fibres nerveuses destinées aux dilatateurs et que, dans toute affection des centres (Semon) ou des troncs nerveux, les abducteurs succombent avant les adducteurs, parfois même succombent seuls. Une altération matérielle quelconque de l'appareil nerveux laryngo-moteur ne peut avoir, d'après cela, que deux conséquences possibles : elle peut paralyser les abducteurs tant qu'elle reste partielle ; anéantir entièrement la motilité du larynx, dès qu'elle est devenue totale, équivalant alors, suivant la vigoureuse expression de Semon, à une section transversale du tronc nerveux. Quant à la paralysie isolée des adducteurs, elle reconnaît toujours une genèse différente et provient invariablement de causes purement fonctionnelles. Établissant cette formule sur l'analyse patiente de tous les cas actuellement connus, M. Semon en fondait la constance sur l'absence absolue de faits contradictoires : il affirmait ne pas connaître un seul exemple de paralysie des constricteurs par lésion organique partielle de l'appareil nerveux, depuis les noyaux d'origine jusqu'aux ramifications du récurrent.

Ainsi, cette paralysie des abducteurs, que l'on considérait naguère comme le produit accidentel et rare de combinaisons anatomiques exceptionnelles, était maintenant la règle, le résultat fatal et nécessaire des altérations les plus diverses.

Le fait clinique, ainsi posé, devenait, pour le coup, difficile à comprendre. Tant qu'il était admis que la paralysie des dilatateurs pouvait s'observer *quelquefois*, ni plus ni moins souvent que toute autre monoplégie laryngée, il paraissait tout naturel de la rencontrer à son tour. Mais voici que cette affection se présentait, non plus *quelquefois*, mais *toujours* :

il semblait que la cause morbide allât, comme à dessein, choisir, au milieu du tronc nerveux, les fibres des dilatateurs en épargnant tous les faisceaux voisins. Cette sorte de parti pris dans la répartition des lésions, cette inégalité de résistance entre les éléments d'un tronc d'apparence homogène soulevaient un problème qui n'a pas cessé depuis dix ans de passionner les laryngologistes et qui attend encore sa solution.

Les explications, toutefois, n'ont pas manqué, ainsi qu'il arrive toujours quand un fait est inexplicable. On a si souvent reproduit, pour les défendre ou les combattre, chacune de ces hypothèses qu'il serait au moins superflu d'en refaire ici l'énumération. Qu'il me suffise d'affirmer qu'aucune n'a donné la clef de cette loi mystérieuse qui semble dominer les paralysies du larynx et fixer imperturbablement le mode de leur dissociation.

Devant cette énigme insoluble, il n'est évidemment que deux partis à prendre : imiter la résignation de M. Semon et accepter le fait sans chercher la cause, ou supprimer ce fait gênant en renversant la formule classique et faisant de la paralysie des abducteurs un spasme des muscles laryngés.

Cette seconde façon de concevoir le mécanisme de l'adduction des cordes interprète, aussi bien que la paralysie, tous les détails du syndrome de Gerhardt ; mais elle échappe à la nécessité d'admettre, pour les expliquer, une lésion partielle arbitraire et improbable. Le spasme dont il est question, celui qu'admettait Jelenffy et celui que M. Krause accepte, est un spasme de tous les muscles ; la lésion qui le détermine est une lésion de tout le tronc nerveux.

Il ne s'agissait pas en effet, comme on s'est plu à le prétendre (Möser), d'opposer à la paralysie isolée des abducteurs, si gênante pour l'autre doctrine, la contracture non moins isolée des adducteurs, qu'on n'eût pas su mieux expliquer. C'aurait été, on le comprend, retourner simplement la difficulté, remplacer le mystère de la dissociation

paralytique par le mystère de la dissociation spasmique et dépouiller la théorie de ce qui fait, au fond, son réel avantage. Ses partisans n'en ont eu garde. Ils ont admis une contracture générale produite par l'irritation en masse du récurrent. L'adduction par où elle s'exprime n'est pas, comme on pourrait le croire, le résultat dissocié du seul effet des adducteurs ; elle est l'effet total produit par l'action combinée de tous les muscles. La tumeur qui comprime le récurrent, ou l'inflammation qui l'irrite, ne peuvent l'irriter ni le comprimer en détail, et si le nerf réagit en adduction, ce n'est pas que ses fibres adductrices soient seules atteintes ; c'est que l'adduction est pour lui la résultante inévitable de toute irritation d'ensemble. Il répond par ce mouvement aux irritations pathologiques comme il répond aux sollicitations expérimentales, comme le sciatique irrité répond invariablement par l'extension. Il répond dans ce sens parce que les muscles adducteurs l'emportent sur le groupe opposé, ou plutôt parce que tous ces muscles quand ils se contractent ensemble, s'entraident pour un but commun, lequel est, au fond, cette adduction même : il n'est pas jusqu'au crico-aryténoidien postérieur qui ne renonce alors au rôle d'abducteur, qu'il exerce quand il agit seul, pour concourir à l'action d'ensemble (changement du point d'appui du levier arytenoïdien) par suite de la contraction du crico-aryténoidien latéral ? Jelenffy).

Ainsi, dans cette conception nouvelle, pour fixer les cordes vocales en position médiane, la lésion anatomique n'a plus besoin de fractionner son influence ni de mieux choisir ses effets. Elle n'a, ce qui est beaucoup mieux dans son rôle, qu'à frapper aveuglément tout ce qu'elle rencontre autour d'elle, sans préférences ni ménagements.

Satisfaisante pour l'esprit autant que simple à concevoir, supprimant ce qui est inexplicable, et expliquant bien le fait observé, la notion de la contracture était trop séduisante pour ne pas réussir. Peu à peu chacun s'y rallie. Gerhardt lui-même commence à renier la doctrine dont il est le père et n'en reconnaît plus la portée générale. Les plus prudents

se font une opinion moyenne en admettant l'intervention possible de la contracture ou de la paralysie.

M. Semon pourtant défend le terrain pied à pied et garde encore des positions imposantes : aux arguments expérimentaux de M. Krause, il oppose les résultats de l'anatomie pathologique, la puissante objection tirée de l'atrophie presque constante des crico-aryténoidiens postérieurs et refuse de croire que la compression nerveuse qui fait, partout ailleurs, de la paralysie, produise de la contracture dès qu'elle s'adresse à l'appareil laryngé.

Plus on creuse cette question, et plus on hésite à prendre parti, car, à côté d'arguments séduisants, chacune des opinions rivales présente d'incontestables points faibles. Peut-être la lumière se fera-t-elle tout d'un coup, mais la question jusqu'à ce jour n'est pas beaucoup plus claire que lorsque M. Jolivet écrivait il y a près d'un quart de siècle cette phrase consolatrice : « Je crois qu'aujourd'hui il est sage d'attendre que de nouveaux travaux viennent éclairer la question, ce qu'ils ne manqueront pas de faire avec le laryngoscope. »

---

#### FAITS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DE LA RHINOLOGIE

Par le Dr **Luc.**

---

##### I. — Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intranasales.

(Communication à la Société médicale du VII<sup>e</sup> arrondissement.)

###### I

M. G..., notaire, vient nous consulter au mois de mai 1891 pour une anosmie dont il a commencé à éprouver les symptômes au mois de janvier dernier et dont il désire vivement être débarrassé, car depuis lors les plaisirs de la table auxquels il n'est pas insensible ont perdu pour lui presque tout leur charme, d'autant plus que chez lui la perte de l'odorat se complique d'une sensation de chair brûlée extrêmement désagréable.

Nous constatons que l'anosmie est réelle mais non absolue : ainsi

M. G... peut encore percevoir certaines odeurs fortes (essence de thym, éther...) mais les odeurs douces (fleurs, vin, rhum, cognac) ne peuvent plus être distinguées par lui.

Nous notons d'autre part que la sensibilité générale de la muqueuse nasale est intacte et que la sensibilité gustative de la muqueuse buccale (sensations salées, sucrées, amères) est également indemne.

Restait à déterminer la cause de ce trouble sensoriel. Or nous apprîmes du malade qu'il avait été traité par un de nos collègues en spécialité pour une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur de la fosse nasale droite, au moyen de cautérisations ignées faites avec le galvano-cautère; qu'il avait subi une première série de cautérisations, du mois d'octobre 1889 au mois de juin 1890 et une seconde de décembre 1890 à janvier 1891; qu'en tout le nombre des séances n'avait pas dû s'élever à moins d'une trentaine.

Or c'était immédiatement à la suite de ce traitement que le malade avait ressenti les premiers signes de son anosmie.

Bien que les cautérisations eussent porté exclusivement sur une région de la muqueuse nasale étrangère à la fonction olfactive et même dans une seule fosse nasale, nous pensâmes qu'il n'était pas irrational de voir ici l'effet d'une irritation réflexe prolongée, d'autres observateurs ayant vu le même trouble se produire à la suite de traumatismes s'exerçant dans des régions extrêmement distantes de l'appareil de l'olfaction (1).

La fonction de l'odorat chez notre malade étant simplement très affaiblie, mais non complètement abolie, nous jugeâmes qu'une tentative thérapeutique était indiquée et qu'une électrothérapie bien entendue pourrait peut-être ranimer la sensibilité olfactive. Dans cette pensée, nous engageâmes le malade à s'adresser à notre collègue et ami, le Dr Courtade, dont l'intervention était toute indiquée ici par sa grande compétence dans ce mode spécial de traitement.

Voici comment l'électrisation de la muqueuse nasale fut pratiquée.

Les courants continus étaient fournis par une pile de Chardin de 30 éléments au bisulfate de mercure avec collecteur. Un appareil de mesure, construit par Gaiffé, possédait un interrupteur, un renverseur, un galvanomètre d'intensité et un rhéostat permettant d'ajouter dans le

(1) Le Dr SIGMUND GOTTSCHALK, de Berlin, a publié dans le n° 26 du *Deutsch med. Wochenschr.* de cette année (1891) une observation d'anosmie consécutive à l'extirpation des deux ovaires, dont nous avons donné une analyse dans les *Archives internationales de laryngologie* (1891 p. 287).

courant une résistance supplémentaire. Les deux pôles étaient formés : 1<sup>o</sup> par une petite électrode métallique de la grosseur d'un petit pois, entourée d'un petit manchon d'ouate hydrophile et introduite le plus haut possible dans chacune des fosses nasales ; 2<sup>o</sup> par un disque de charbon recouvert de peau de chamois, mesurant 0,04 centim. de diamètre et appliquée au-dessus de la racine du nez. Les deux électrodes étaient humectées avec de l'eau légèrement salée.

Les courants continus étaient ainsi administrés : toutes les secondes, augmentation et diminution rapide de l'intensité, sans jamais dépasser 0,003 milliampères. Pour obtenir cette augmentation et cette diminution rapides sans produire d'éclairs, on ajouta dans le courant une résistance supplémentaire de 6,000 ohms. Le nombre d'éléments employés pour arriver à 0,003 était de 8 à 10. Les variations rapides d'intensité étaient suivies d'interruptions faites à la main, toutes les secondes et d'une valeur de 0,001 à 0,002 milliampères, de manière que les éclairs fussent modérés. Enfin chaque électrode était alternativement mise en communication avec le pôle positif et le pôle négatif.

La faradisation fut pratiquée au moyen d'une bobine induite à gros fils : on se servait d'un courant d'intensité juste assez fort pour qu'il fût perçu ; d'abord les intermittences étaient lentes, puis elles étaient rapides.

La séances d'électrisation furent pratiquées tous les 2 jours ; il y en eut onze en tout. La durée de chacune était de 20 minutes, à savoir : 10 minutes pour chaque fosse nasale, 5 minutes de courant galvanique et 5 minutes de courant faradique.

Ce traitement détermina une restauration progressive de la fonction olfactive. L'amélioration était sensible même après chaque séance considérée isolément ; il arriva en effet au malade de constater que telle odeur non perçue avant l'électrisation l'était immédiatement après.

Au bout des onze séances les odeurs les plus variées étaient distinguées et le malade avait notamment la satisfaction de reconnaître le bouquet des vins et l'odeur fine du cognac, satisfaction dont il avait été longtemps privé. Il se disait, en outre, débarrassé de la sensation d'odeur de chair brûlée, mentionnée plus haut.

Cette amélioration ne se maintint malheureusement pas. Au bout de quelques semaines M. G... constatait la perte du bénéfice momentanément obtenu, et le renouvellement des séances de faradisation et de courants continus n'amenait cette fois aucun résultat. L'emploi de l'électricité statique n'avait pas un meilleur effet.

## II

Notre deuxième observation concerne une jeune fille de 20 ans, M<sup>me</sup> M..., qui nous fut adressée le 9 septembre, par notre ami le Dr Meige de Boulogne-s.-Seine, pour une obstruction de la fosse nasale gauche. Je constatai par la rhinoscopie antérieure, que la gène à la respiration était causée par une grappe de polypes muqueux insérés tout en arrière de la fosse nasale et en grande partie masqués par un éperon de la cloison.

La saillie formée par ce dernier barrant complètement la route aux instruments d'avant en arrière et les polypes ne pouvant non plus être saisis par le pharynx nasal faute de dépasser les choanes, je me décidai à pratiquer avant tout l'excision de l'éperon au moyen de la scie de Bosworth après une forte cocaïnisation de la muqueuse correspondante. Cette opération fut laborieuse, la saillie ostéo-cartilagineuse se prolongeant plus loin en arrière que je me l'étais figuré, mais elle me donna le résultat attendu et l'ablation des polypes d'abord impraticable fut rendue par là des plus simples. Quelques jours après, M<sup>me</sup> M... vint me dire qu'elle respirait parfaitement bien par le nez, mais que, depuis mon intervention, elle avait complètement perdu l'odorat sans toutefois cesser de percevoir les sensations gustatives.

Je constatai, en effet, que tant par la fosse nasale non opérée que par l'autre, la malade n'était à même de distinguer les diverses substances odorantes que je plaçais sous ses narines, après lui avoir fait fermer les yeux (parfums de toilette, vinaigre, thé, café). Seule, l'odeur de l'éther continuait d'être perçue.

La malade ajouta qu'avant l'apparition des polypes elle était douée d'une extrême finesse d'odorat et que l'obstruction ultérieure de la fosse nasale gauche par les polypes avait seulement rendu ce sens un peu moins délicat.

J'adressai la jeune fille à mon ami, le Dr Courtade qui procéda comme dans le cas précédent, mais, cette fois, une seule séance suffit pour amener le résultat désiré. Immédiatement après, la malade fit la remarque qu'elle percevait certaines odeurs qu'elle ne pouvait apprécier auparavant, puis peu à peu, les jours suivants le retour de l'olfaction gagna en intensité et s'étendit à toutes les substances odorantes.

Nous ne nous dissimulons pas que les deux faits qui précédent se prêtent à une double interprétation : on peut en effet, dans chacun d'eux, attribuer la perte de l'odorat soit

au traumatisme soit à la cocaïnisation de la muqueuse. Nous avouons pour notre part pencher fortement vers la première de ces deux explications. Un médecin hollandais, Zwaardemaker (*Week-bl. van het Nederl. Tijdschr. voor gencesk.*, n° 15, 1889) a bien pu produire artificiellement une anosmie *tout à fait transitoire* chez des individus après avoir insufflé *dans la région olfactive de leurs fosses nasales* un mélange de poudre de cocaïne et d'amidon dans les proportions variées de 5, 10 ou 20 pour 100.

Comme on le voit, les conditions de ces expériences sont tout à fait distinctes de celles où se trouvèrent placés nos malades, puisque chez le premier la cocaïne fut exclusivement appliquée en solution sur la muqueuse du cornet inférieur et chez la seconde sur la muqueuse recouvrant l'éperon de la cloison. La région olfactive ayant été épargnée chez l'un et l'autre l'action à distance exercée sur le centre de l'olfaction nous paraît mieux s'expliquer par le choc d'un traumatisme violent (2<sup>e</sup> fait) ou répété un grand nombre de fois (1<sup>er</sup> fait).

Cette explication a le mérite d'être en harmonie avec nos connaissances cliniques, relatives à la pathogénie de l'anosmie, trouble que nous voyons survenir consécutivement à des chutes sur la tête ou même à la suite de traumatismes portant sur des points très éloignés de l'appareil de l'olfaction ainsi qu'il ressort du fait de Gottschalk signalé plus haut (1).

---

(1) L'article que l'on vient de lire était déjà imprimé quand notre ami et collègue le Dr Alfred Martin nous donna connaissance de deux faits de même ordre observés par lui et que nous tenons à reproduire ici, bien que le second infirme absolument notre façon de voir relativement à l'efficacité du traumatisme local dans la pathogénie de l'anosmie et tende plutôt à nous représenter l'action de la cocaïne comme la cause exclusive de l'accident en question.

OBSERVATION I. — En septembre 1886, je suis consulté par un homme de 30 ans, pour une diminution de l'ouïe du côté gauche. Après un examen rhino-pharyngien des deux côtés à l'aide de la cocaïne, je trouve du catarrhe tubaire à gauche et, du même côté, une obstruction nasale causée par une hypertrophie du cornet inférieur.

Je pratique une *vigoureuse* cautérisation ignée de ce cornet. Lorsque le

II. — **Deux cas d'empyème fétide du sinus maxillaire sans altération dentaire apparente.**

(Communication à la Société de laryngologie de Paris.)

Dans la revue critique que nous fîmes paraître, il y a deux ans (!) dans ces Archives, sur la question des abcès du sinus maxillaire, nous émettions l'opinion, basée d'ailleurs sur un grand nombre de cas, que presque toujours ces abcès étaient d'origine dentaire et que la dent qui est le point de départ de la suppuration se montre en général

malade revient me voir, il me dit que, depuis mon intervention, il a absolument perdu l'odorat. Je l'ai revu souvent (la dernière fois, il y a 3 mois) et l'odorat est toujours absent.

J'étais porté à rapporter ce trouble fonctionnel à l'opération pratiquée par moi, tout en m'expliquant mal comment une cautérisation unilatérale avait pu amener une anosmie bilatérale.

Sur ces entrefaites l'observation d'un second cas d'anosmie vint modifier ma première interprétation.

**OBSERVATION II.** — Le mois dernier, une dame de 40 ans environ, sœur du précédent malade, vient me consulter pour une diminution de l'ouïe des deux côtés. La perception osseuse est mauvaise ; la montre n'est entendue que presque au contact ; la voix parlée assez bien, la voix murmurée à peine. Elle a déjà été traitée sans amélioration. (Elle n'est pas le moins du monde hystérique.) L'emploi du spéculum de Siegle montre la membrane tympanique mobile et détermine une amélioration sensible. Voulant me rendre compte de l'état du pharynx, je pratique le redressement du voile après insufflation de poudre de cocaïne tant par le pharynx que par les fosses nasales. Cet examen est négatif et, comme le Siegle a donné une amélioration persistante, je renvoie la malade sans faire autre chose. Huit jours plus tard elle vient me dire que, depuis mon examen, elle a perdu le goût et l'odorat, ce dont je me convaincs par diverses expériences.

Ici le traumatisme ne peut être invoqué. Force est donc de considérer la cocaïnisation comme la cause de l'anosmie, la perte du goût s'expliquant d'ailleurs par le fait qu'une petite quantité de poudre est tombée sur la langue.

J'ai revu la malade, il y a 2 jours : le goût était un peu revenu ; l'odorat pas du tout.

Après cela, il nous semble que l'on ne pourrait logiquement parler d'une anosmie d'origine traumatique, que si l'on avait l'occasion d'observer cet accident à la suite d'une opération intra-nasale pratiquée sans cocaïnisation préalable.

(1) *Arch. de laryng.*, 1889, p. 145-204.

profondément détruite. Nous soutenions, cette année encore, la même thèse, à la Société française de laryngologie, contre nos collègues MM. Moure, Ruault et Gouguenheim. Or, depuis notre premier travail, nous avons eu l'occasion d'observer et de publier (1) un cas de suppuration du sinus complètement indépendant de toute carie dentaire et apparemment attribuable à une poussée antérieure d'érysipèle. Les deux nouveaux faits que nous publions aujourd'hui sont également en opposition avec notre première opinion, car nous y voyons la suppuration du sinus causée par une altération dentaire tellement légère qu'il était impossible de la soupçonner avant l'extraction de la dent.

## I

M<sup>me</sup> B... vint nous consulter, pour la première fois, il y a plus d'un an, pour des phénomènes anormaux ayant leur siège exclusif dans la fosse nasale droite et consistant en une sécrétion purulente abondante de ce côté, parfois accompagnée d'une sensation de fétidité. L'examen de cette fosse nasale m'ayant révélé dans le méat moyen la présence d'une nappe de pus crémeux, légèrement fétide, recouvrant des végétations poly-peuses, je songeai immédiatement à la possibilité d'un abcès du sinus, et mon attention se porta aussitôt sur les dents ; mais, à l'exception des deux premières grosses molaires inférieures droites qui manquaient, la dentition de la malade me parut en excellent état : les molaires supérieures notamment ne montraient pas la plus légère altération de leur substance et n'offraient pas la moindre sensibilité à la percussion.

Persuadé à cette époque que la possibilité d'une suppuration du sinus indépendante de la carie dentaire n'était rien moins que prouvée, je me contentai de prescrire des lavages nasaux boriqués et réservai provisoirement mon diagnostic.

Je ne revis la malade qu'un an plus tard (octobre 1891). Son état était identiquement le même que la première fois et ses lavages nasaux ne la débarrassaient que transitoirement de ses phénomènes d'enchiffrément et de sécrétion nasale fétide. Dans l'intervalle cependant nos idées s'étaient modifiées et je songeai à explorer cette fois le sinus à l'aide de l'éclairage électrique, moyen dont je ne disposais pas, la première fois que j'avais été consulté par la malade. Or le résultat de cette épreuve

---

(1) *Arch. de laryng.*, 1891, p. 73.

fut péremptoire. Exécutée dans une pièce complètement obscure elle nous montra la totalité de la région malaire gauche vivement éclairée jusqu'à la paupière inférieure, tandis que la même région formait comme une tache obscure à droite.

La présence du pus dans le sinus droit était donc un fait bien établi sans que je puisse tout d'abord m'en expliquer l'origine, car les dents supérieures n'étaient ni malades ni sensibles à la percussion. En revanche j'appris que deux ans auparavant, la malade avait été opérée par le Dr Ch. Walther de laparotomie avec ablation des annexes de l'utérus des deux côtés, pour une salpingite hémorragique remontant à 8 ans environ et ayant affecté une allure aiguë dans les 2 derniers mois et qu'une quinzaine de jours après l'opération elle avait éprouvé, pendant une semaine, dans la moitié droite de la face des douleurs névralgiques accompagnées d'une grande sensibilité des dents de ce côté, rendant la mastication très douloureuse (1).

Quoi qu'il en fût, l'opération s'imposait et je laissai à la malade le soin de décider entre l'ouverture par la fosse canine et celle par l'alvéole d'une molaire dont elle aurait à accepter le sacrifice. Cette dernière opération ayant été acceptée, je priai mon confrère M. le Dr Brochard de pratiquer l'extraction de la première grosse molaire dont les racines plongent comme on le sait, les plus près du plancher du sinus. En outre, la position assez reculée de cette dent devait rendre son absence moins visible que celle d'une des petites molaires. L'ouverture du sinus pratiquée après insensibilisation au moyen du bromure d'éthyle (7 octobre 1891) fut des plus simples et je pus recueillir au moyen d'une pipette de Pasteur introduite dans le trajet alvéolaire une quantité suffisante de pus, en vue d'une recherche bactériologique. Le reste du pus fut expulsé par la fosse nasale au moyen d'un lavage borqué, la canule de la seringue étant également introduite dans le trajet alvéolaire.

Le pus présentait la fétidité et les grumeaux habituellement observés dans les suppurations du sinus d'origine dentaire.

---

(1) Je dois ces renseignements à mon ami le Dr Charles Walther qui avait bien voulu m'adresser la malade. — Je me permets d'appeler l'attention sur le fait que l'abcès du sinus parut se développer ici à la suite d'accidents inflammatoires dans le petit bassin. J'en observe actuellement (avril 1892) un nouvel exemple sur une dame opérée en janvier dernier par le Dr Routier d'hystérectomie vaginale pour un vaste phlegmon pelvien post-puerpéral. Cette dame avait, il est vrai, subi, en juillet dernier, l'ablation de la première grosse molaire droite supérieure, mais les premiers signes de suppuration nasale ne se montrèrent qu'après l'intervention du Dr Routier.

Une observation ultérieure nous apprendra s'il y a lieu de tirer de ces deux faits isolés une conclusion générale.

L'examen bactériologique de ce pus pratiqué par mon ami le Dr Le-doux-Lebard y révéla la présence de filaments composés d'articles, les uns arrondis (cocci), les autres allongés et ovoïdes.

L'ensemencement du pus, en stries, sur agar, donna, à la température de 38°, de petites colonies punctiformes dans lesquelles on retrouva exclusivement les filaments articulés sus-indiqués.

L'ensemencement de ces colonies sur de la gélatine à 18 ou 20° resta stérile.

Un cobaye inoculé dans l'abdomen avec quelques gouttelettes de pus diluées dans de l'eau stérilisée survécut à l'expérience.

Nous n'insistons pas sur les soins consécutifs : nous suivimes exactement la méthode indiquée dans un précédent travail (1).

Il était intéressant de connaître l'avis du Dr Brochard relativement à l'état de la dent extraite. On sait, en effet, que la 1<sup>re</sup> grosse molaire est celle dont l'inflammation s'étend le plus volontiers à la muqueuse du sinus et, dans l'espèce, bien que le tissu de la dent parût absolument intact, le fait que cette dent était légèrement déchaussée pouvait faire soupçonner l'existence de lésions plus profondément situées. Effectivement, M. Brochard constata au niveau des racines des traces d'inflammation ancienne caractérisées par de l'épaississement de ses racines qui, au lieu de se terminer en pointe, présentaient des extrémités renflées en masse. Cette lésion rapprochée des commémoratifs sus-mentionnés permettait de reconstituer l'histoire pathogénique de l'empyème du sinus. Il était en effet assez naturel d'admettre que les douleurs éprouvées deux ans auparavant par la malade dans la moitié droite de la face et notamment au niveau des dents avaient été causées par une poussée de périostite alvéolo-dentaire dont nous retrouvions les traces au niveau des racines de la dent extirpée et que cette inflammation bientôt calmée au niveau de la dent elle-même s'était étendue à la muqueuse du sinus où elle avait abouti à une suppuration ne déterminant d'autres manifestations qu'un écoulement intermittent de pus par la fosse nasale correspondante.

## II

Presque simultanément j'avais l'occasion d'observer un second fait offrant avec le précédent la plus étroite analogie.

Il s'agissait cette fois d'un homme d'une cinquantaine d'années, originaire du Mexique, qui vint me consulter le 16 octobre dernier pour un

(1) *Arch. de laryng.*, 1891, p. 5. La suppuration trainant en longueur, la malade entra ultérieurement à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Walther qui pratiqua sur elle l'ouverture large du sinus par la fosse canine et le curetage des parois de la cavité.

écoulement fétide de la fosse nasale droite dont il faisait remonter le début à une dizaine d'années. Je trouvai, à la rhinoscopie antérieure, le méat moyen rempli de pus caséux et soupçonnai immédiatement un empyème de l'antre maxillaire correspondant, présomption qui fut aussitôt confirmée par l'éclairage électrique de la bouche.

Pourtant, malgré son âge, le malade avait toutes ses dents de la mâchoire supérieure en parfait état. La première grosse molaire droite offrait seulement au niveau du bord interne de sa couronne une petite encoche pouvant tout au plus loger un grain de millet et qui paraissait plus l'effet d'une brisure traumatique que d'un processus nécrotique. La dent n'était d'ailleurs nullement sensible à la percussion et le malade affirmait n'en avoir jamais souffert plus que des autres. Aussi eut-il quelque peine à se décider à son extraction. Cette dent enlevée, je constatai au niveau de l'extrémité de sa plus longue racine un renflement analogue à ceux mentionnés dans la précédente observation et indiquant une poussée antérieure de périostite qui n'aurait donné lieu à aucun symptôme subjectif.

Quand j'interrogeai le malade sur le début de son affection nasale, il me dit seulement qu'il lui avait semblé que la suppuration nasale avait débuté, une dizaine d'années auparavant, à la suite d'un accès de fièvre occasionné par un refroidissement. Il ajouta qu'il n'avait pas eu la syphilis.

La perforation de la paroi inférieure du sinus par l'alvéole de la molaire extraite, pratiquée le 21 octobre, après anesthésie avec le bromure d'éthyle, et suivie d'un lavage boriqué, permit, comme dans le cas précédent, d'expulser de cette cavité une grande quantité de pus fétide et grumeleux (1).

La conclusion pratique qui se dégage de ces deux faits c'est que, contrairement à notre première opinion, il n'est pas nécessaire qu'une molaire (et particulièrement la 1<sup>re</sup> grosse molaire) soit profondément cariée pour occasionner des complications vers le sinus. La lésion initiale de la suppuration de cette cavité peut consister simplement en une attaque de périostite alvéolo-dentaire pouvant elle-même ne s'accompagner d'aucune modification dans la por-

(1) Chez ce malade aussi la prolongation de la suppuration me détermina ultérieurement à pratiquer l'ouverture large par la fosse canine et le curetage des parois, opération qui donna au bout de quatre mois le résultat radical désiré.

tion visible de la dent et évoluer d'une façon absolument latente.

En pareil cas l'inspection la plus minutieuse de la dentition ne fournira aucun renseignement relativement à l'hypothèse d'un empyème de l'antre d'Highmore et seule la méthode d'éclairage électrique des cavités centrales de la face donnera la solution péremptoire du problème pathologique.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ

**Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen ? (Quand y a-t-il utilité à cautériser l'intérieur du nez ?)**  
par le Dr MAX BRESGEN.

L'auteur proteste contre l'usage intempestif de l'irrigation nasale et du galvano-cautère appliqué au juger au traitement des rhinites. Il insiste d'autre part sur la nécessité de faire des cautérisations profondes de la muqueuse lorsque celles-ci sont indiquées, les cautérisations superficielles pouvant être la cause de synéchies. Il recommande de compléter l'action du galvano-cautère par l'emploi de l'acide chromique : à cet effet, il fait suivre la cautérisation galvanique de l'application topique d'une solution d'acide chromique à 20 p. 100. De plus, comme traitement consécutif, il rejette l'irrigation nasale et conseille le traitement par les couleurs d'aniline. Les phénomènes réactionnels sont ainsi considérablement atténusés.

Lorsque la cautérisation doit être portée dans d'étroits diverticules comme le méat moyen ou le méat supérieur, l'acide chromique lui semble devoir être préféré au galvano-cautère qui expose davantage à la production de synéchies.

Pour l'extrémité postérieure hypertrophiée du cornet inférieur, il emploie l'anse, si cette extrémité se présente pédiculée ; sinon, il la traverse en plusieurs points avec un cautère pointu laissé chaque fois quelque temps en place.

POTIQUET.

**Ueber Reflexe von der Nasenschleimhaut auf die Bronchiallumina.**  
 (Sur des réflexes qui partent de la muqueuse nasale et aboutissent aux canaux bronchiques), par le Dr J. LAZARUS. *Separat Abzug aus Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1891.

L'auteur a entrepris sur des lapins une série d'expériences dans le but de déterminer l'action que peuvent exercer sur le calibre des bronches des excitations portées sur la muqueuse nasale. Ces expériences l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Des excitations d'ordre mécanique ou électrique portées sur la muqueuse nasale amènent une diminution du calibre des bronches.

La voie centrifuge de cette action réflexe suit le nerf pneumogastrique.

Il est extrêmement vraisemblable que la diminution du calibre des bronches doit être attribuée à une contraction des muscles bronchiques.

POTIQUET.

**De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrhée nasale**, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux. *Annales des mal. de l'oreille*, février 1892.

L'auteur considère l'empyème bilatéral comme plus fréquent qu'on ne le croit ; il l'a constaté 12 fois sur 40.

La blennorrhée fétide, l'examen électrique des sinus sont des symptômes insuffisants ou infidèles ; seul le lavage explorateur de l'antre permet toujours et surtout, dans l'empyème double, de poser le diagnostic.

Le lavage est fait en ponctionnant la paroi nasale de l'antre au niveau du méat inférieur avec un trocart droit, après nettoyage de la fosse nasale avec du coton, dans le trajet que doit suivre l'eau du lavage en sortant par l'orifice naturel du sinus.

L'auteur, partisan de l'origine nasale, explique les complications observées parfois dans le cours de l'empyème par la présence du streptocoque (érysipèle, péritonsillite).

Le pronostic est plus grave que dans l'empyème unilatéral. Traitement : méthode de Cooper, crayons antiseptiques.

DELPORTE.

**Zur Aetiology des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfs, der Lufttröhre und der Nase (Rhinoscleroma).** (Contribution à l'étiologie du sclérome du pharynx, du larynx, de la trachée et du nez), par le

Dr R. PALTAUF, de Vienne. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1891, 52 et 53, 1892, 1 et 2.

Voici d'abord les conclusions auxquelles aboutit l'auteur de ce travail très remarquable :

1) Les affections laryngiennes et trachéales dites sténoses primitives du larynx et de la trachée (chordite vocale inférieure hypertrophique de Gerhardt) qui accompagnent ou suivent le sclérome du nez ou qui, dans quelques cas rarement observés, le précédent sont des affections identiques au rhinosclérome. Le sclérome peut donc débuter non seulement par les fosses nasales, principalement par l'arrière-cavité, mais encore par le larynx et la trachée.

2) La présence constatée des bactéries du sclérome est d'une valeur diagnostique dans les cas douteux.

3) Les bactéries du sclérome se différencient en effet des bactéries pneumoniques de Friedländer avec lesquelles elles offrent, du reste, une affinité marquée. Les bactéries du sclérome se distinguent par l'atténuation de la virulence et de la faculté de fermentation dans les solutions sucrées, par la sensibilité marquée par rapport aux acides, enfin par leur manière de se comporter dans le lait et dans les vieilles cultures gélatineuses.

En outre, ce travail principalement bactériologique est d'un intérêt spécial pour le clinicien. Paltauf a eu l'occasion d'observer un malade admis dans son service à cause d'une chordite vocale inférieure hypertrophique nécessitant la trachéotomie et qui n'offrait rien du côté du nez ni du pharynx. Trois ans plus tard, ce malade fut affecté d'un sclérome de la face postérieure du voile du palais.

Les bactéries du sclérome se trouvent avec préférence dans les néo-formations décrites par Mikulicz sous le nom de « geblähte Zellen » (cellules enflées), grandes cellules à vacuoles contenant un liquide visqueux. En outre, la valeur diagnostique de la recherche bactériologique est établie dans les cas où les signes cliniques faisaient soupçonner un sclérome, la bactériologie donne un résultat négatif. Nous pourrions citer, par exemple, un cas de carcinome glandulaire de la lèvre supérieure, qui, au bout de plusieurs années, avait infiltré les ailes du nez, des cas de granulations dures d'origine syphilitique dans le méat nasal inférieur, enfin des cas de granulations tubéreuses de nature tuberculeuse de la cloison nasale. Jusqu'à présent l'infection expérimentale des animaux n'a pas réussi.

DREFFUSS (de Strasbourg).

## II. — LARYNX, TRACHÉE, CORPS THYROÏDE

**Der Gegenspiegel. (Le contre-miroir),** par le Dr G. KILLIAN, privat-docent. *Separatabdruck aus der Münchener medicin. Wochenschrift*, n° 38, 1891.

Le contre-miroir est destiné à démontrer à d'autres personnes les images fournies par le miroir laryngoscopique, otoscopique, ophtalmoscopique, etc. Plusieurs petits appareils particuliers ont été imaginés à cet effet.

L'auteur indique un moyen fort simple d'en fabriquer un, séance tenante : il consiste à adapter au réflecteur frontal un miroir laryngoscopique ordinaire en courbant sa tige de telle sorte qu'elle embrasse le réflecteur par un de ses bords : l'angle que forme le miroir avec la tige doit présenter une ouverture convenable.

Un moyen plus simple encore, moyen qui, dans les cours, permet au professeur de contrôler le résultat de l'examen d'un élève, consiste à appliquer en bonne place contre le réflecteur de celui-ci un miroir laryngoscopique ordinaire : il faut pour cela se placer à la gauche du malade, en face de l'élève. Des figures intercalées dans le texte indiquent la place que doit occuper le contre-miroir.

P.

**The treatment of laryngeal tuberculosis with lactic acid locally.**

(**Traitemennt de la tuberculose laryngée par les applications locales d'acide lactique**), par le Dr CH. R. WEED. In *N. Y. med. Journ.*, 9 janv. 1892, p. 44.

**OBSERVATION I.** — J. M..., âgé de 38 ans, se présente à la consultation, le 2 novembre 1887, atteint de tuberculose pulmonaire depuis deux ans ; il semble être à la dernière période de la maladie ; les accidents laryngés remontent à un an ; la dyspnée est considérable, la déglutition horriblement pénible. L'examen laryngoscopique montre une infiltration générale de la région arytenoïdienne, des bandes vasculaires : les cordes vocales sont à peine visibles, et l'on remarque sur le bord de la corde gauche une ulcération caractéristique de la tuberculose. Les applications locales d'acide lactique amenèrent une amélioration rapide aussi bien dans l'état général que dans l'état local ; au bout de quinze jours, la déglutition se faisait sans peine. Le traitement fut continué pendant 18 mois ; à ce mo-

ment la voix était meilleure, et le poids du malade avait augmenté de 16 livres. Se trouvant guéri, pour ainsi dire, le malade cessa le traitement et depuis il a été perdu de vue.

**OBSERVATION II.** — M<sup>me</sup> B..., âgée de 41 ans, est aphone depuis deux mois ; elle se plaint en outre d'une toux presque continue, de dysphagie, et de douleurs dans le larynx. L'examen des poumons donne un résultat négatif, mais les ulcéractions de l'épiglotte, l'œdème et l'infiltration du larynx ne laissent pas de doute sur la nature des lésions. Après deux mois de traitemont l'amélioration est considérable ; la dysphagie a disparu, la toux a beaucoup diminué, et les troubles de la voix commencent à s'amender.

**OBSERVATION III.** — M<sup>lle</sup> G. D..., âgée de 18 ans, phthisique, se plaint de ne pouvoir avaler depuis deux semaines ; l'aphonie est absolue. Dans le larynx, l'œdème et l'infiltration sont énormes, les ulcéractions multiples ; les cartilages sont en partie détruits. Très douloureuses au début, les applications d'acide lactique sont devenues peu à peu moins pénibles ; à l'heure actuelle la déglutition se fait sans peine.

Avant de s'adresser au Dr Weed, les malades qui font le sujet des observations précédentes avaient été soumis par les médecins qu'ils avaient consultés à tous les modes de traitement que l'on emploie d'ordinaire pour les lésions tuberculeuses laryngées, depuis le menthol, l'iodoforme, etc., jusqu'au nitrate d'argent. Les résultats que l'auteur a obtenus avec l'acide lactique lui font considérer ce médicament comme le remède *par excellence* des lésions tuberculeuses laryngées. Ces applications doivent être faites deux ou trois fois par semaine avec une solution à 60 0/0 et précédées de la cocainisation de toute la cavité laryngée. Le traitement général est, il est inutile de le dire, le complément nécessaire du traitement local.

GOULEY.

**A case of so-called laryngeal vertigo. (Un cas de vertige laryngé),**  
par le Dr J. ADLER. In *N. Y. med. Journ.*, 30 janvier 1892, p. 128.

Pour la première fois en 1879, Charcot appela l'attention sur le vertige laryngé, nom qu'il donna à un ensemble particulier de symptômes dont on discute encore aujourd'hui l'étiologie et la pathogénie, et qu'il considérait comme une maladie *sui generis*, analogue à ce qu'est la maladie de Ménière pour l'oreille. Les symptômes de cette affection ont été diversement interprétés par les auteurs ; le Dr Adler tend à considé-

rer le vertige épileptiforme résultant d'un trouble considérable et subit laryngé comme un vertige dans la circulation cérébrale.

L'observation suivante est très intéressante au point de vue de la marche de l'affection, du nombre sans cesse croissant des attaques de vertige jusqu'au jour où l'excision de la luette, cause possible de la maladie par suite des titillations constantes provoquées par sa longueur exacerbée, amena la suppression presque immédiate des accidents.

**OBSERVATION.** — M. J. E. H..., âgé de 53 ans, d'apparence robuste; pas de tare héréditaire; pas d'accidents spécifiques. Quoique d'une bonne santé habituelle, il prend froid facilement, et tousse souvent. Depuis quelques années il a eu de légères attaques de goutte et de rhumatisme musculaire. En novembre 1890, au cours d'une bronchite catarrhale accompagnée de violentes quintes de toux, il perd subitement connaissance durant une de ces quintes, sans que rien pût lui faire prévoir cet accident, sans cri initial, sans miction involontaire, sans convulsions. La syncope fut de très longue durée, et le malade ne s'en ressentit en aucune façon. On n'entendait à l'auscultation que quelques râles secs dans les grosses bronches; le pharynx et le larynx étaient légèrement hyperhémis, la luette très allongée. En août 1891, à la suite d'une attaque d'influenza, il conserve une toux opiniâtre qui résiste à tous les traitements (opiacés, bromures, iodures, etc.). Les quintes plus ou moins violentes devenaient de plus en plus fréquentes. Les attaques vertigineuses augmentaient également de fréquence: après en avoir eu une, puis deux, trois par semaine, le malade en avait tous les jours, puis cinq et six par vingt-quatre heures. Le traitement médical ne donnant aucun résultat, l'examen le plus attentif ne montrant d'autre cause possible aux attaques vertigineuses que les titillations incessantes provoquées par la luette, le Dr Adler excise la luette. Pendant 24 heures le malade n'eut pas d'attaques; puis il en eut deux qui se suivirent de près et depuis elles n'ont pas reparu. La toux persista cinq ou six jours et cessa ensuite complètement.

GOUZY.

**Inherited syphilis of the larynx. (Syphilis héréditaire du larynx), par le Dr S. G. DAMEY. In *Med. News.*, 10 octobre 1891, p. 426.**

M<sup>me</sup> B..., âgée de 16 ans, vient consulter pour un affaiblissement progressif de la voix ayant débuté un an auparavant à la suite d'une angine diptéritique et ayant sans cesse augmenté depuis.

La déglutition, la parole était très pénibles; la luette, très allongée,

présentait à sa face postérieure et inférieure une ulcération profonde. L'épiglotte était détruite dans un quart de son étendue et ce qu'il en restait était épaisse et nodulaire. On remarquait un épaississement semblable sur les replis ary-épiglottiques, et une ulcération profonde sur chacune des bandes ventriculaires. Il était impossible d'apercevoir les cordes vocales. La malade n'étant pas tuberculeuse, les preuves de syphilis acquise ne pouvant être établies en aucune façon, l'auteur conclut à la syphilis héréditaire en s'appuyant, pour établir son diagnostic, sur l'aspect caractéristique des dents du sujet, sur son facies, et sur les cicatrices cutanées qu'elle présentait. Le traitement spécifique joint aux applications locales de nitrate d'argent amenèrent une amélioration rapide.

M<sup>me</sup> B..., âgée de 17 ans, devient subitement sourde à 14 ans, elle est atteinte à la même époque d'inflammation diffuse de chaque cornée.

L'examen du pharynx et du larynx montre une longue perforation du pilier antérieur droit, une ulcération du pharynx, et une ulcération large et irrégulière sur la bande ventriculaire droite. Le traitement spécifique amena rapidement une amélioration sensible dans l'état de la malade.

GOUZY.

**A large varix of the left ary-epiglottic fold. (Grosse varice du repli ary-épiglottique gauche),** par JUFFINGER. In *Wiener. klin. Wochenschr.*, n° 42, 1891.

Juffinger rapporte le cas d'un homme de 60 ans, présentant les symptômes d'une laryngite catarrhale, chez lequel l'examen laryngoscopique montra l'existence d'une tumeur insérée par un court pédicule, près de la partie moyenne du bord libre du repli ary-épiglottique gauche. Cette tumeur, de couleur bleuâtre, à surface lisse et sphérique, se continuait inférieurement avec une grosse veine qui longeait la paroi latérale du larynx; elle fut enlevée à l'anse chaude. L'hémorragie consécutive fut légère et arrêtée par l'absorption de petits morceaux de glace. La tumeur était constituée par un amas de veines dilatées; ses dimensions étaient de 1/4 à 1/6 de pouce.

GOUZY.

**Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia Laryngis und Tuber-  
culose. (Des rapports entre la pachydermie du larynx de la tuber-  
culose),** par le Dr P. MICHELSON, de Königsberg. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, n° 7.

Il résulte des faits observés par l'auteur que ces rapports sont variés.

Il cite par exemple, avec dessins très nets à l'appui, deux observations d'individus porteurs de lésions tuberculeuses dans les poumons et dont le larynx offrait, au niveau des apophyses vocales, les modifications caractéristiques de la pachydermie décrite par Virchow. L'état stationnaire de ces dernières lésions et l'absence d'ulcérations établirent bien qu'elles n'étaient pas de nature tuberculeuse. Voici donc un premier groupe bien constitué : pachydermie laryngée sans tuberculose du même organe coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons.

Un type différent est représenté par un troisième malade cité par l'auteur. Il s'agit cette fois d'un tuberculeux pulmonaire dont le larynx offrait, au niveau du quart postérieur de chacune des cordes vocales, une ulcération incontestablement tuberculeuse dont le pourtour exubérant et végétant présentait les modifications épithéliales caractéristiques de la pachydermie. Ces différentes particularités furent nettement établies par l'examen microscopique des lésions après la mort.

Michelson s'occupe ensuite de la question du diagnostic différentiel entre les lésions pachydermiques et tuberculeuses du larynx.

En effet les modifications décrites par Virchow au niveau des apophyses vocales (saillie allongée, ovoïde présentant une dépression en son sommet) peuvent être confondues avec des ulcérations tuberculeuses. Michelson insiste sur l'absence de dépôt purulent à la surface de ces lésions et sur leur long état stationnaire, contrastant avec la tendance envahissante de la tuberculose. Il signale en terminant une lésion d'un aspect très particulier et qui appartient aussi bien à l'un des processus qu'à l'autre. Cette lésion consiste en un sillon allongé courant le long du bord de la corde vocale qui paraît ainsi dédoublée.

La considération de l'état des autres parties de l'organe et l'observation de la marche des lésions purent seules résoudre le problème clinique.

LUC.

**Casuistischer Beitrag zum Capitel der Laryngofissur. (Contribution à la question de la laryngo-fissure), par le Dr R. KOHLER. In Berl. klin. Wochenschr., 1892, n° 8, p. 161.**

Ce travail renferme l'observation d'un malade âgé de 54 ans et présentant les signes d'un cancer végétant intra-laryngé, occupant les deux cordes vocales. La conservation partielle des mouvements des cordes permettait de supposer que l'infiltration cancéreuse n'était pas très profonde. En pareil cas, l'auteur ayant à choisir entre la laryngo-fissure et l'extir-

pation totale du larynx, rejette systématiquement cette dernière opération en raison de la grande mortalité qu'elle implique. La laryngo-fissure fut donc pratiquée, et quatre mois plus tard, il n'y avait pas apparence de récidive.

Voici les règles adoptées par l'auteur pour cette opération : il exécute, dans la même séance, la trachéotomie supérieure et l'ouverture du larynx ; la trachée une fois ouverte, on y introduit une canule entourée d'une éponge, simplement en vue de s'assurer que son calibre correspond bien à celui du conduit aérien ; celle-ci est alors retirée et, la tête de l'opérée étant complètement inclinée en bas, le larynx est ouvert par prolongation supérieure de la plaie trachéale. Les bords de l'incision sont maintenus écartés au moyen d'écarteurs spéciaux qui ne dérapent point. Dans ces conditions, l'écoulement sanguin est assurément plus considérable que si la tête était relevée, mais il ne tombe pas une goutte de sang dans les voies respiratoires et l'opérateur n'est pas gêné par la présence de la canule, puisque celle-ci n'est réintroduite dans la trachée qu'à la fin de l'opération. Enfin, l'hémostase une fois obtenue avec la tête pendante, on n'a pas à craindre de retour de l'hémorragie, après que la tête a été replacée dans sa position normale.

LUC.

**Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques, par COLLET, interne des hôpitaux de Lyon. *Ann. mal. du larynx*, février 1892.**

La sclérose en plaques présente une série de troubles fonctionnels des muscles du larynx :

Voix monotone et scandée, brusque changement de ton, élévation croissante de la tonalité, impossibilité de maintenir longtemps une même note, inspiration éclatante interrompant le rire ou les pleurs, paralysies des cordes vocales, ou de quelques muscles du larynx, se traduisant par le coulage, la voix rauque, la voix de crêcelle, enfin le tremblement des cordes.

Ces divers phénomènes se succèdent, se combinent, coexistent.

Toutes ces manifestations laryngées sont banales et se retrouvent dans d'autres affections du système nerveux central.

Seul le tremblement des cordes, bien qu'observé en dehors de la sclérose, serait peut-être à peu près spécial à cette affection. Il présente une grande analogie avec le tremblement intentionnel des membres. Ce sont

des oscillations à peu près continues, se produisant lors de l'ouverture et de la fermeture de la glotte, pendant l'inspiration, l'expiration, pendant la parole.

DELPORTE.

**Note sur un cas de tuberculose primitive du larynx, par TREKAKI.**  
*Annales mal. du larynx, février 1892.*

Un syphilitique avéré présentait depuis 6 ans une dyspnée nocturne légère ; cette dyspnée devint continue depuis février 1891, sans paroxysmes, avec tirage sus et sous-sternal, voix voilée. L'examen laryngoscopique ne put être pratiqué. Aucun signe stéthoscopique pulmonaire. Mort rapide par asphyxie, trois semaines après l'entrée à l'hôpital du Midi.

*Autopsie.* — Tuberculose pulmonaire et trachéale ; tuberculose laryngée. Tandis que, dans les poumons, la tuberculose n'était représentée que par un semis de granulations grises de formation évidemment récentes, le larynx contenait un tuberculome sessile, implanté dans la corde vocale supérieure gauche et s'étendant jusqu'à la glotte, en laissant pour le passage de l'air un pertuis admettant à peine un stylet de troussé.

L'auteur considère cette observation comme un cas de tuberculose laryngée primitive et pense que la trachéotomie aurait été indiquée.

DELPORTE.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Ueber einige ohne Untersuchung zu stellende Wahrscheinlichkeitsdiagnosen bei Hals und Nasenkrankheiten. (Sur quelques diagnostics de vraisemblance qui peuvent être posés sans examen dans les maladies de la gorge et du nez), par le Dr G. AVELLIS (Francfort-sur-le-Main). In *Der ärztliche Praktiker*, 10 septembre 1891.**

Il est un certain nombre de signes fournis par l'habitus du malade et le son de sa voix qui, dans les maladies de la gorge et du nez, peuvent permettre au praticien de poser un diagnostic vraisemblable sans le secours d'une technique instrumentale qu'il est excusable d'ignorer. Ce sont ces signes que le Dr Avellis s'attache à mettre en relief par quelques exemples schématiques. Le diagnostic se fait en partie dans ces cas par exclusion.

C'est ainsi que, suivant l'auteur, le praticien pourra, d'après quelques

symptômes fournis par l'habitus du malade, son âge, le son de sa voix et d'autres signes fonctionnels, poser le diagnostic vraisemblable de végétations adénoïdes, d'empyème de l'antre d'Highmore, de paralysie du récurrent, de paralysie des muscles abducteurs de la glotte, d'angine syphilitique, etc.

Mais un diagnostic vraisemblable est une base peu solide pour instituer un traitement, et si le praticien ne peut approcher plus près de la certitude, il lui faudra adresser son malade au spécialiste. Cependant, même dans ce cas, celui-là lui saura gré d'avoir soupçonné le mal et sa nature.

POTIQUET.

**Purpura et érythème papulo-nouveux au cours d'une amygdalite à streptocoques**, par MM. LEGENDRE et CLAISSE. Société médicale des hôpitaux, d'après le *Bulletin médical*, 10 janvier 1892.

Dans le cours d'une amygdalite d'apparence polymorphe, d'abord cryptique, puis pultacée et enfin ulcèreuse, des poussées d'érythème papulo-nouveux et de purpura se produisirent pendant une vingtaine de jours. Cette amygdalite était due à des streptocoques. L'examen du sang pris au niveau des taches purpuriques, l'ensemencement des tubes de culture et les inoculations furent négatives quant à la présence de microbes. Il est probable que les micro-organismes existent dans des caillots fibrineux contenus dans l'intérieur des vaisseaux ; il faut pratiquer des coupes de la peau pour les y déceler.

En somme le purpura serait dû à des embolies microbiennes capillaires ou à l'action de toxines sur le sang ou sur les vaso-moteurs.

DELPORTE.

**Üeber die Erkrankungen der sogenannten Bursa pharyngea. (Sur les maladies de la bourse pharyngienne)**, par le professeur O. CHIARI. *Separatabdruck aus der Wiener klinische Wochenschrift*, n° 40, 1891.

Pour l'auteur, comme pour bien d'autres, la bourse pharyngienne n'a point l'existence propre que lui attribue Tornwaldt : elle n'est que le sillon médian de la tonsille pharyngienne plus ou moins déformé qui, comme les lacunes des tonsilles palatines peut s'enflammer soit isolément, soit concurremment avec le reste de la masse adénoïde. Si les inflammations qui s'y localisent opposent au traitement une grande résistance,

elles sont en cela logées à la même enseigne que toutes les inflammations étendues en profondeur, toujours plus difficiles à traiter que celles qui s'étalent en surface.

Comme Schaeffer, Chiari ne croit pas que les processus inflammatoires localisés au recessus pharyngien médian de l'amygdale pharyngienne soient aussi fréquents que l'estimait Tornwaldt : sur 3,000 sujets atteints d'affections du nez ou de la gorge, il n'en a observé que 8 cas.

Le traitement ne lui a pas paru non plus donner de résultats bien brillants. Parmi les 8 malades dont il relate l'observation, 2 ne retirèrent du traitement (curettage, cautérisation au galvano-cautère, etc.) aucun bénéfice ; les 6 autres éprouvèrent quelque soulagement, mais chez 2 d'entre eux il se produisit des récidives ; 3 ne donnèrent plus de leurs nouvelles et la pharyngite sèche du dernier ne fut influencée en rien par la guérison du kyste qui la compliquait.

POTIQUET.

#### IV. — OREILLES

**Kritische Bemerkungen ueber die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Orenheiterungen. (Observations critiques sur l'application du tétraborate de soude dans les suppurations chroniques de l'oreille)**, par le Dr EMANUEL MAX (Polyclinique Urban-tsitsch) de Vienne. *Intern. klin. Rundschau*, nos 2 et 3, 1892.

Max ne peut partager l'enthousiasme du Dr Kafemann, de Dantzig, qui par ce remède aurait obtenu des résultats remarquables dans le traitement des suppurations chroniques.

L'examen microscopique de cette tumeur, pratiqué par le Dr Brault, en établit nettement la nature tuberculeuse.

Le tétraborate de soude (parties égales d'acide borique, de borax et d'eau) recommandé par Iaenicke dans les Archives « für Ohrenheilkunde », tome XXXII, p. 14, en comparaison à l'acide borique ordinaire n'a que l'avantage d'une solubilité plus élevée ; mais, comme une partie du sel se sépare de la solution sous forme de cristaux aigus lésant la peau du conduit externe, une infection secondaire érysipélateuse peut se développer (comme dans un cas de l'auteur). Aussi est-il nécessaire de graisser le tampon d'ouate qui bouche l'oreille.

Comme antiseptique en poudre, le tétraborate (acide borique et borax à quantité égale) n'est donc pas supérieur à l'acide borique simple.

DREYFUSS (de Strasbourg).

**Complications auriculaires au cours de la leucocythémie**, par le Dr LANNOIS, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon. *Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1892.

Ces complications sont rares; une altération antérieure de l'oreille, sclérose, suppuration, semble nécessaire pour qu'elles se produisent.

Les symptômes sont parfois de la surdité uni ou bilatérale, avec ou sans bruits subjectifs, avec ou sans vertiges. Parfois on a le syndrome de Ménière complet.

La variabilité des lésions explique la variabilité des symptômes; parfois la caisse seule est altérée, ou bien le labyrinthe seul, ou la caisse et le labyrinthe à la fois.

Les altérations anatomiques peuvent être des néoformations leucémiques, comme dans un cas de Politzer où elles occupaient la rampe vestibulaire et les canaux demi-circulaires membraneux. Le plus souvent ce sont des hémorragies.

Dans trois cas (cas de Lannois, de Politzer, de Steinbrügge), il existait des néoformations osseuses dans les canaux demi-circulaires, mais il y avait d'anciennes lésions des oreilles moyennes et la propagation de ce processus inflammatoire au labyrinthe peut expliquer la production de ces amas osseux.

DELPORTE.

**New method of inflating (catheterising) the middle ear. (Nouvelle méthode d'insufflation (cathétérisme) de l'oreille moyenne)**, par le Dr J. M. BALL. In *The Journ. of the Amer. med. Association*, 19 décembre 1891, p. 948.

Appliquer le releveur du voile et faire le cathétérisme sous le contrôle du miroir, c'est-à-dire remplacer le toucher par la vue; au lieu d'un cathéter ordinaire employer une sonde en caoutchouc, tel est en deux mots le nouveau procédé de l'auteur. Le Dr Ball trouve à sa méthode d'opérer deux grands avantages: la certitude absolue que la sonde pénètre bien dans la trompe d'Eustache, et la suppression du danger de l'emphysème consécutif à l'insufflation d'air dans des tissus déchirés par le cathéter.

La méthode que préconise le Dr Ball est loin d'être nouvelle, et il n'est pas, croyons-nous, d'auriste qui dans les cas difficiles n'ait été obligé d'y avoir recours. Quant à l'appliquer toutes les fois que le cathétérisme de la trompe est nécessaire, nous doutons fort que les spécialistes

s'y résignent, car c'est compliquer sans raison une opération que l'on arrive le plus souvent à faire sûrement et sans danger quand on la pratique avec lenteur, patience et douceur. GOULY.

**Des suppurations anciennes des oreilles. Comment on peut arriver à les guérir absolument**, par le Dr JACQUEMART. In *Revue de laryngologie*, 1892, nos 4 et 5.

J. conseille de varier le traitement en se conformant strictement aux indications de chaque cas. L'antisepsie du foyer sera obtenue par des lavages pratiqués jusque dans la caisse et ses anfractuosités au moyen de canules recourbées *ad hoc*, et introduites à travers les perforations tympaniques. Les végétations seront enlevées ou détruites, etc. L'auteur insiste avec raison sur l'importance qu'il y a à ce que les soins locaux soient exclusivement donnés par le médecin spécialiste. Si cette condition n'est pas remplie, il y a grande chance pour que le traitement soit mal ou irrégulièrement appliqué et pour que la suppuration s'éternise.

LUC.

**Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel. (Nouvelles communications sur l'ouverture chirurgicale des cavités de l'oreille moyenne, après détachement du pavillon de l'oreille)**, par le Dr STACKE, d'Erfurt. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, no 4, p. 68.

Le procédé opératoire proposé par S. s'applique aux suppurations chroniques de l'oreille liées à des lésions (carie, cholestéatomes...) de la région supérieure de la caisse, qu'il existe ou non des signes de participation de l'autre mastoïdien au processus suppuratif.

Une longue incision est pratiquée le long de l'insertion du pavillon de l'oreille. Inférieurement cette incision doit être prolongée jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïdienne. Au-dessus du pavillon elle doit s'étendre assez loin d'arrière en avant, à la région temporale. Le plan osseux une fois atteint, le périoste du lambeau antérieur est décollé d'arrière en avant avec la rugine jusqu'à ce que le rebord postéro-supérieur du conduit auditif osseux soit mis au jour. De ce conduit osseux on voit sortir sous forme de doigt de gant le prolongement cutanéo-périostique du conduit membraneux. Le pavillon étant attiré en avant, ce doigt de gant est disséqué, séparé de l'os et enfin tranché obliquement le plus près possible de la membrane tympanique.

On a alors sous les yeux, à une faible profondeur, cette membrane et l'on peut sans difficulté pratiquer l'extraction du marteau. Le temps suivant de l'opération consiste à attaquer la paroi supérieure du conduit osseux, au moyen du maillet et d'une gouge (dont le tranchant est recourbé en arrière pour ne pas déraper), jusqu'à ce qu'elle soit de niveau avec la paroi supérieure de l'atticus. La même manœuvre appliquée en haut et en arrière met au jour l'aditus ad antrum et l'enclume peut être extrait à son tour. Les diverses cavités constituant l'oreille moyenne et qui, dans les conditions normales, se dérobent presque complètement à l'exploration, sont ainsi mises en large communication avec le conduit auditif et peuvent être minutieusement inspectées et nettoyées. Dans ces conditions on peut en outre facilement reconnaître avec la sonde si l'antre mastoïdien participe à la suppuration, participation fréquente d'après l'auteur, alors même qu'avant l'intervention on n'a pu constater aucun des signes classiques de la mastoïdite. Or, une fois cette participation établie, il suffit de donner quelques coups de gouge sur la paroi postérieure du conduit auditif pour ouvrir largement à son tour la cavité mastoïdienne.

Ce n'est qu'inférieurement que la caisse du tympan n'est pas de niveau avec le conduit auditif. Si on attaquait avec la gouge le rebord osseux qui marque la différence de hauteur des deux planchers, on s'exposerait presque à coup sûr à léser le facial, tandis que les temps opératoires que nous venons de décrire n'entraînent d'autres dégâts que la blessure (d'ailleurs sans importance) de la corde du tympan. Il résulte de là que les caries du plancher de la caisse, surtout quand elles siègent en arrière, sont aussi peu accessibles à l'intervention radicale que celles de la paroi tympano-labyrinthique.

Les temps terminaux de l'opération de S. ne sont pas moins intéressants que les précédents. Pour favoriser le développement d'un processus réparateur au niveau de la large brèche osseuse qui vient d'être pratiquée, l'auteur a imaginé de découper un lambeau quadrangulaire du doigt de gant cutanéo-périostique provenant des parties molles du conduit auditif et encore adhérents au pavillon et de le maintenir appliqué par sa face périostique (au moyen du tamponnement) contre la surface osseuse encore à vif. L'opération a dû être pratiquée avec les plus minutieuses précautions antiseptiques. L'ensemble des cavités ouvertes est tamponné avec de la gaze iodoformée. Le pavillon n'est suturé qu'au niveau de la paroi supérieure du conduit, afin d'éviter sa chute.

Le premier pansement n'est renouvelé qu'au bout de huit jours. On obtient ainsi une réunion par première intention et l'on constate un com-

mencement de formation de recouvrement épidermique des surfaces osseuses entaillées. On a soin ultérieurement de réprimer par des cautérisations énergiques, le développement de bourgeons qui tendrait à supprimer la large communication opératoirement réalisée entre le conduit auditif osseux et les diverses cavités de l'oreille moyenne. La cicatrisation complète a été obtenue par l'auteur au bout d'un temps variant entre 2 et 9 mois. La durée moyenne du délai exigé pour la guérison est de quatre mois. Ce délai tend d'ailleurs à diminuer depuis que l'auteur applique la méthode du bandeau cutanéo-périostique décrite plus haut.

Sur un total de 33 malades, 9 ont guéri, 2 ont été améliorés, 2 se sont soustraits à l'examen ultérieur, 9 sont encore en traitement. Il n'y a eu qu'un cas de mort : il s'agissait d'une diabétique. LUC.

## OUVRAGES REÇUS

1<sup>o</sup> *Nasal papillomata*, par le Dr JONATHAN WRIGHT, de Brooklyn.  
 2<sup>o</sup> *A case of primary lupus of the pharynx*, par le même.  
 3<sup>o</sup> *Subglottic neoplasms*, par le même.  
 4<sup>o</sup> *Apparecchio d'intubazione laringea per bambini et adulti*, par le Dr FRANCESCO EGIDI, de Rome.  
 5<sup>o</sup> *Benign tumors of the larynx*, par le Dr MAX THORNER, de Cincinnati.  
 6<sup>o</sup> *Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza*, par le même.  
 7<sup>o</sup> *De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore, etc.*, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux.  
 8<sup>o</sup> *L'otite grippale observée à Paris en 1891*, par le Dr LOEVENBERG.  
 9<sup>o</sup> *Statistique de 1,115 opérations de tumeurs adénoïdes*, par le Dr E. MÉNIÈRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

A PROPOS DE LA  
RARETÉ DES PARALYSIES LARYNGÉES CORTICALES

Par le Docteur **Paul Raugé** (de Challes)

Communiqué à la Soc. française de Laryngologie (session de mai 1892).

---

Dans la répartition topographique qui attribue à la mise en action de chaque fonction volontaire un point déterminé de l'écorce cérébrale, l'appareil de la phonation a été l'un des plus longtemps oubliés et le dernier peut-être à trouver sa place : encore celle qu'on lui accorde aujourd'hui reste-t-elle fort incertaine et passablement discutée.

Jusqu'à ces toutes dernières années — 1876 (Ferrier), 1877 (Duret), — on ne sembla pas se douter qu'on dût aller chercher dans les régions supérieures de l'encéphale le foyer exciteur d'aucun mouvement du larynx : il paraissait tout naturel, et complètement satisfaisant (1), de localiser dans le bulbe, à côté des réflexes purement végétatifs dont cet organe est le centre ordinaire, l'origine de la plus élevée, de la plus évidemment psychique parmi les fonctions animales, je veux dire l'acte phonateur, cet élément primitif et néces-

---

(1) MATHIAS DUVAL. Cours de physiologie, 6<sup>e</sup> édit., p. 478.

BEAUNIS. Physiologie humaine, p. 1302.

VULPIAN. Recherches expérimentales relatives aux effets des lésions du plancher du quatrième ventricule. *Gazette médicale de Paris*, 1862.

saire de la parole articulée, laquelle n'est, à tout prendre, qu'une transformation plus intellectuellement différenciée du son laryngé élémentaire.

La cause du malentendu résidait vraisemblablement dans une analyse incomplète des attributions laryngées : le fait qu'on avait négligé et qui, dans l'espèce, est capital, c'est que le larynx est un appareil à double fin, accomplissant alternativement deux fonctions différentes et, jusqu'à un certain point, antagonistes : l'une associe directement l'organe aux phénomènes mécaniques de la respiration : c'est la dilatation active qu'exercent incessamment ses muscles abducteurs sur la fente glottique durant la respiration silencieuse ; l'autre fait du larynx l'instrument par excellence de la phonation. Si la première, comme toutes les fonctions végétatives, provient incontestablement du bulbe, la nature éminemment consciente et manifestement voulue de la seconde devait suffire à priori pour affirmer son origine corticale. Et c'est précisément parce qu'il obéit tour à tour aux ordres du cerveau ou cède aux impulsions du bulbe, que le larynx est susceptible d'accommoder son appareil moteur alternativement à l'une ou à l'autre des deux fonctions contradictoires dont il est cumulativement chargé. C'est pour n'avoir pas pris souci de cette importante dissociation fonctionnelle que tous les physiologistes d'il y a quinze ans, et pas mal encore de ceux d'aujourd'hui, ont confondu dans la moelle allongée toutes les formes de l'activité du larynx, aussi bien les mouvements délicats qui réalisent les nuances infinies de la modulation vocale que le simple *tonus des abducteurs*, par où la béance est continuellement assurée au va-et-vient du courant respiratoire.

L'idée de rechercher dans les circonvolutions cérébrales un centre pour la phonation appartient à Ferrier (1) d'abord, qui ne fit, il est vrai, que vaguement l'apercevoir ; mais sur-

---

(1) FERRIER. Functions of the Brain, 1<sup>re</sup> édit., 1876, p. 150 ; 2<sup>e</sup> édit. p. 251-252.

tout à M. Duret (!), qui lui donna, l'année suivante, une forme moins indécise et un commencement de contrôle expérimental. Ni l'un ni l'autre toutefois ne réussit à établir d'une façon ferme la nouvelle localisation cérébrale dont tous deux entrevoyaient la nécessité. Mais s'ils n'ont pas trouvé le centre du larynx, ce fut pour la bonne raison que ce n'était pas lui, proprement, qu'ils cherchaient. Ce qu'ils avaient l'air de poursuivre — à lire le récit de leurs expériences, — ce n'est point en effet le centre d'origine de l'activité du larynx ou d'une forme circonscrite, la forme essentiellement vocale, de cette activité motrice : c'est un vague foyer d'impulsion cérébrale commandant à lui seul toute la fonction phonatrice, c'est à la lettre un centre vocal autonome et complet, non pas, je le répète, un centre purement laryngé, mais une région du cortex toute-puissante et seule puissante sur la totalité des actes mécaniques dont se compose le phénomène phonique. Pour répondre à l'attente de ces premiers expérimentateurs, il semblait que l'excitation de ce centre idéal devait suffire à réaliser de toute pièce l'acte phonateur, comme son ablation à le supprimer : tous deux paraissaient avoir oublié que la production des vibrations glottiques qui constituent la voix ne réclame pas seulement la mise en activité du larynx, mais l'intervention collective d'au moins deux actes musculaires : la contraction de la glotte sans doute, qui module et gradue les oscillations du courant aérien, mais avant tout l'effort expiratoire conscient, volontaire et rythmé qui est la source même de ce courant, partant de tout le phénomène. A ces deux actes synergiques, mais parfaitement dissociables, doivent forcément correspondre, à la surface du cerveau, deux centres associés fonctionnellement, mais anatomiquement distincts.

---

(2) DURET. Communication à la Société de biologie (1877). *Sur la circulation cérébrale comparée chez les animaux.*

Id. *Etude expérimentale et clinique sur les traumatismes cérébraux.*  
Thèse de Paris, 1878, p. 142 et 249-250.

Pour réaliser expérimentalement, ainsi que M. Duret pensait l'obtenir, l'acte total de la phonation, il fallait donc porter l'excitation non point uniquement sur le foyer moteur du larynx, mais mettre en action simultanément chacun des centres corticaux qui commandent le double élément mécanique de la fonction : c'était probablement un effet diffus de ce genre que déterminait la plaque de liège employée par M. Duret comme moyen d'excitation de la surface cérébrale. Poursuivant l'acte phonateur comme un fait indécomposable, et cherchant à ce phénomène complexe une représentation corticale unique, les expériences de M. Duret ne pouvaient évidemment le conduire à la découverte de la zone précise que ses successeurs ont nommée depuis « centre laryngé ». Aussi n'est-il pas étonnant que la localisation indiquée par lui ne corresponde aucunement au point qu'on regarde aujourd'hui comme le vrai foyer psycho-moteur du larynx.

Le mérite de M. Krause (1), celui de M. Masini (2) et de MM. Semon et Horsley (3) fut de séparer, dans l'acte d'ensem-

(1) H. KRAUSE. Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen. *Sitzungsberichte der Kgl. preussischen Akademie der Wissenschaften*, 1883, et *Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1884, p. 203. — Zur frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. *Berliner klinische Wochenschrift*, 23 juin 1890, n° 25, p. 556-559.

(2) GIULIO MASINI. Sui centri motori corticali della laringe. Studi sperimentali e clinici. (Laboratorio di fisiologia del R. Istituto di Studi superiori in Firenze, diretto dal Prof. L. Luciani), 12<sup>e</sup> Congresso dell' Associazione Medica Italiana, *Sezione di Laringologia e di Otologia* (Pavia, 19-26 sept. 1887). — *Académie de médecine de Turin*, 2 mars 1888. — *Gazzetta degli Osp.*, 14 mars 1888, n° 22, et *Archivii Italiani di Laringologia*, avril 1888, fasc. II, p. 45-87.

(3) FÉLIX SEMON et VICTOR HORSLEY. Communication provisoire sur l'innervation motrice centrale du larynx. *British medical Journal*, 21 déc. 1889 et *Berl. klin. Woch.*, 27 janv. 1890, n° 4, p. 82. Voir, à la suite de cette communication, la discussion de priorité soulevée par M. Krause contre MM. Semon et Horsley, dans les numéros du 27 janvier, du 3 et du 17 février 1890 de la *Berliner klinische Wochenschrift*. — Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs. *Internationales Centralblatt für Laryngologie*, févr. 1888, n° 6, p. 389-392. — Experimentelle Demonstration der

ble, la part qui revient en propre au larynx, pour l'étudier isolément : en même temps, ils introduisaient dans ces recherches une méthode rigoureuse et un manuel expérimental absolument précis. Comme faisait M. Duret, ils promènent à la surface du cerveau les excitations expérimentales ; mais, à la compression mécanique des régions explorées, moyen par excellence inconstant, aveugle et diffus, ils ont soin de substituer l'action circonscrite et mesurable d'un courant d'induction, dont la pointe d'une électrode limite exactement l'effet au point mathématiquement choisi de la substance grise. De plus, et ce fut là le grand progrès dans cet ordre de travaux, au lieu d'estimer les résultats de l'action expérimentale d'après les variations plus ou moins abstraites d'un phénomène acoustique impossible à analyser, ils interrogent directement, soit à l'aide du miroir, soit par l'observation immédiate du larynx partiellement extrait, les modifications subies par l'image glottique à chaque phase de l'expérience. Introduite fort ingénieusement par M. Krause dans la technique expérimentale, l'exploration laryngoscopique substitua d'une façon très heureuse la constatation visuelle d'un phénomène simple et précis à l'estimation toujours infidèle d'altérations phoniques pathogéniquement complexes et dont les désordres laryngés ne sont pas toujours ni uniquement responsables. A partir de ce moment, la recherche précise d'un centre cortical pour les mouvements vocaux du larynx, du larynx exclusivement, remplaça la notion confuse de centre phonateur, comprise dans le sens

---

centralen und peripheren motorischen Innervationsverhältnisse des Kehlkopfes und Darlegung einer Theorie der motorischen Innervation des Kehlkopfes. Congrès international de Berlin, 4-9 août 1889 (mémoire présenté successivement aux sections de physiologie, de neurologie et de laryngologie). — Ueber die beziehungen des Kehlkopfs zum motorischen Nervensystem. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1890, n° 31. — An experimental investigation of the central motor innervation of the Larynx. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, vol. 181, p. 187-211, 19 juin 1890.

beaucoup trop étendu que lui donnaient les anciens observateurs.

Une fois orientées dans cette direction, qui est évidemment la bonne, les recherches des physiologistes ne pouvaient manquer de porter leurs fruits. Après avoir établi les limites du centre laryngo-moteur volontaire dans les espèces inférieures (Krause), elles nous ont, un peu plus tard, (Semon et Horsley) indiqué la situation probable de ce même centre chez l'homme, en étendant l'expérimentation à l'espèce animale chez qui la topographie cérébrale se rapproche le plus de la nôtre, le singe. A moins d'expérimenter sur l'homme lui-même, c'était le plus que pouvait faire la physiologie pour la solution du problème.

Ce qu'il y a précisément d'étrange et de particulier dans ce chapitre encore très neuf des localisations cérébrales, c'est que le peu que nous savons de cette question difficile, nous le devons presque en entier à l'expérimentation sur l'animal. La pathologie humaine n'y a, pour ainsi dire, rien apporté : cette abstention singulière de la clinique sur ce point est d'autant plus faite pour nous surprendre, que, dans la recherche des autres foyers moteurs, c'est elle, elle à peu près seule, qui a tout fait. Lorsque Broca eut découvert son centre d'articulation verbale, les observations abondèrent presque aussitôt ; elles devinrent bientôt si nombreuses, que les faits d'aphasie motrice avec altération circonscrite du pied de la troisième frontale sont maintenant des banalités qu'on ne publie plus. Pour le centre phonateur du larynx, il en est allé bien différemment : depuis quinze ans qu'on les recherche, les observations se comptent encore ; elles se comptent tellement, que, dans le nombre assez considérable des cas publiés dans ce sens, ou peut, toute critique faite, en conserver tout juste trois qui soient à peu près utilisables pour contrôler les affirmations de la physiologie pure.

Cette impuissance de la clinique, ou cette indifférence, en face d'une question de pareille importance, ne prouve en aucune façon, comme on l'a prétendu, que la paralysie laryngée

de provenance corticale soit une fiction pathologique correspondant à une lésion cérébrale exceptionnelle ou même, a-t-on pu dire, absolument irréalisable. S'il existe, comme nous en sommes sûrs à présent, un point de l'écorce cérébrale exclusivement préposé à la direction des mouvements vocaux de la glotte; si, comme tout porte à le croire, il se trouve un centre pareil dans chacun des deux hémisphères; si, comme l'affirment MM. Semon et Horsley, ce foyer occupe, dans le pied de la frontale ascendante, une étendue pour le moins comparable à celle de la zone de Broca, dont il partage l'irrigation artérielle (branche de la sylvienne) et dont il semble continuer la substance, ce centre doit être aussi exposé que l'est la région motrice du langage parlé aux lésions vasculaires de son tissu; et l'on ne voit pas bien par quelle faveur spéciale il pourrait échapper plus qu'elle, ou plus que tout autre foyer moteur, aux altérations variées qui frappent indistinctement tous les départements de la substance grise. Logiquement, les paralysies laryngées d'origine cérébrale devraient être aussi fréquentes que les hémiplégies communes; elles devraient l'être deux fois plus que ne l'est l'aphasie motrice, puisqu'il n'existe qu'un centre de Broca et qu'il y a deux centres laryngés: double risque. Et pourtant, les hémiplégiques des membres et les aphasiques moteurs encombrent les services d'hôpitaux, pendant que la paralysie laryngée corticale reste un fruit rare de la clinique, que la laryngologie dispute à la pathologie nerveuse. C'est ce paradoxe étiologique dont il m'a paru intéressant de rechercher les causes.

Cette explication s'offrirait d'elle-même si l'on acceptait les idées que MM. Semon et Horsley professent sur le fonctionnement du centre laryngé. Ce centre, comme on sait, n'est pas, pour ces auteurs, représenté par une zone unique, unilatérale et asymétriquement placée dans l'un seulement des hémisphères cérébraux, comme il arrive par exemple pour les foyers du langage, qui, tous, moteurs ou sensoriels, sont disséminés à la surface de l'hémisphère gauche. Les

mouvements vocaux de la glotte sont au contraire représentés dans deux régions identiques occupant symétriquement, dans chaque moitié du cerveau, la partie la plus antérieure du pied de la frontale ascendante. Jusque là, rien à discuter : cliniciens et physiologistes sont à peu près d'accord sur la position topographique du centre laryngé ; sauf de très rares dissidences (Seguin) (1), ils le sont tout à fait sur sa bilatéralité.

Mais voici le point original, et à la fois le plus contestable, de la doctrine de M. Semon : chacun des deux centres laryngés ne limite pas son action au côté opposé de la glotte, à la façon des autres foyers psycho-moteurs symétriques ; il étend son pouvoir aux deux cordes vocales, si bien que chacune de ces deux régions motrices ne représente en somme que la répétition fonctionnelle, et pour ainsi dire la doublure de l'autre. Il résulte de là que l'acte phonateur est assuré de deux côtés contre les risques pathologiques, bien mieux que ne l'est, par exemple, la motilité des membres ou la conservation du langage. Supprimez, dans un seul hémisphère, le foyer ou les conducteurs de la motilité volontaire, il en résulte une hémiplégie simple ; détruisez le centre de Broca, vous annulez du coup toute la fonction qu'il résume et faites par là seul une aphasic motrice. Imaginez maintenant une lésion également asymétrique, portant sur l'un des centres laryngés : cette altération, fut-elle entièrement destructive, restera, au point de vue clinique, absolument inexpressive, et les mouvements de la glotte continueront à s'accomplir comme si rien n'était survenu : c'est qu'étant unilatérale, la lésion que nous supposons resté forcément sans effet sur l'activité du larynx : elle ne peut paralyser tout l'organe, puisque l'un des centres persiste, ni même en paralyser la moitié, puisque ce centre, qui survit, survit avec sa bilatéralité d'action. Voilà comment, pour MM. Horsley et Semon, le centre laryngé représente un foyer inattaquable

---

(1) SEGUIN. Transactions of the Neurological Association, 1877, p. 102.

au point de vue pathologique, et pourquoi ses altérations, restant toujours cliniquement muettes, échappent constamment à notre observation.

Il faudrait se garder d'ailleurs de voir dans cette affirmation, un peu paradoxale, une simple vue de l'esprit. Ses partisans l'édifient au contraire sur des expériences précises. Réalisant artificiellement l'hypothèse de tout à l'heure, ils montrent que les mouvements de la glotte persistent, et persistent des deux côtés, après la destruction totale de l'un des centres laryngés, voire même après l'ablation de tout uu hémisphère.

Cependant l'expérience clinique se montre ici en complet désaccord avec les résultats de la vivisection. Si la conception précédente était vraie, les paralysies cérébrales du larynx ne seraient pas seulement une exception, elles seraient une impossibilité pathologique, à moins de la coïncidence rare de deux lésions symétriques atteignant à la fois l'un et l'autre hémisphère. Or, nous connaissons aujourd'hui un petit nombre de faits bien observés (Garel) (1), (Déjerine) (2) et dignes de toute créance, dans lequel l'hémiplégie du larynx reconnaissait incontestablement pour cause une altération limitée de l'écorce. Malgré les lacunes qu'on y peut relever, ces observations sont convaincantes, et je ne puis partager sur leur compte le scepticisme un peu tenace de MM. Semon et Horsley : elles suffisent en tout cas, malgré

(1) GAREL. Centre cortical laryngé. Paralysies vocales d'origine cérébrale. *Société française d'otologie et de laryngologie*, 29 avril 1886; — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juin 1886, n° 6, p. 218-232; et *Revue mensuelle de laryngologie*, 1<sup>er</sup> mai 1886, n° 5, p. 248-252.

J. GAREL et LOUIS DOR. Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, avril 1890, n° 4, p. 209-235. Voir, dans les numéros suivants, la polémique soulevée par MM. Semon et Horsley à propos du mémoire précédent (*Ibid.*, n° 5 et 6).

(2) DÉJERINE. Deux cas d'aphasie motrice sous-corticale. *Société de Biologie*, 28 février 1891. *Comptes rendus hebdomadaires*, 6 mars 1891, 9<sup>e</sup> série. t. 111, n° 85.

leur rareté extrême, à faire matériellement la preuve de ce fait, que les altérations unilatérales du centre laryngé ne restent nullement latentes, mais s'expriment cliniquement par une hémiplégie portant sur la moitié opposée de la glotte.

Malgré son aspect séduisant, la doctrine de M. Semon ne semble donc pas l'explication vraie de la pénurie de faits cliniques que je déplorais tout à l'heure. Cette absence de documents reconnaît, à mon sens, une raison moins élevée, mais infiniment plus pratique et que je crois la seule exacte ; elle a tout simplement pour cause les conditions particulièrement obscures dans lesquelles le phénomène se présente et la difficulté qu'offre en ces circonstances l'observation des malades.

Si les hémiplégies laryngées corticales sont si exceptionnellement signalées, ce n'est aucunement parce qu'elles sont physiologiquement irréalisables ou plus difficilement réalisables que d'autres. C'est parce que nous ne savons pas les reconnaître et qu'elles se dérobent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent à l'observation clinique commune. Ce sont précisément ces difficultés particulières dont je me propose, en ce qui va suivre, d'analyser la nature et les causes : peut-être ainsi contribuerai-je à montrer de quelle façon ces cas doivent être cherchés et à les rendre plus nombreux dans l'avenir.

Le premier fait à signaler, c'est que les paralysies corticales du larynx ne se révèlent que par des troubles vocaux, jamais par des symptômes respiratoires. La part incontestablement active (tonus des dilatateurs) que prend l'orifice glottique aux phénomènes mécaniques de la respiration (1)

---

(1) H. KRAUSE. Ueber die Adductorencontractur (vulgo Posticus lähmung) der Stimmbänder. *Virchow's Archiv.*, Bd CII, p. 317-318.

H. KRAUSE. Experimentelle Untersuchungen und Studien ueber Contracturen der Stimmbandmuskeln ; *Virchow's Archiv.*, Bd XCIVIII, Separatabdruck, p. 38.

SEMON et HORSLEY. *Berl. klin. Woch.*, 27 janv. 1890, n° 4, p. 85.

F. SEMON. On the position of the vocal cords in quiet respiration in man

représente, comme nous l'avons vu, un acte éminemment bulbaire, parfaitement indépendant du centre cortical et pouvant fort bien se passer de lui. Aussi ne doit-on pas s'attendre à rencontrer jamais, dans cette forme de paralysie laryngée, ces phénomènes dyspnéiques éclatants, et forcément reconnaissables, qui caractérisent par exemple la compression du récurrent (anévrismes de l'aorte, tumeurs de l'œsophage, etc.) ou les altérations des noyaux bulbares (crises laryngées du tabes).

Mais les troubles vocaux eux-mêmes, qui manifestent seuls l'altération de l'écorce, peuvent ici passer inaperçus beaucoup plus aisément que dans les paralysies d'autre provenance, et cela pour plusieurs raisons :

La première et non pas la moins considérable, c'est l'unilatéralité constante de cette paralysie vocale. Il se passe, en ce cas, ce qui survient toujours dans les troubles moteurs à forme hémiplégique, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature ou la cause: le défaut d'adduction de la corde malade est bientôt compensé par le surcroit d'action que s'impose la corde saine, si bien que l'occlusion glottique arrivant à peu près à s'accomplir quand même, ce n'est plus de l'aphonie vraie qui se montre, mais une simple dysphonie déterminée surtout par le défaut de tension de la corde paralysée. Il ne s'agit plus désormais, comme dans le cas d'aphasie motrice, d'enregistrer un fait grossier, la suppression en bloc de la parole ou de la voix, mais d'une nuance à saisir; et cette nuance échappe aisément, sinon quant à son existence, du moins dans son interprétation, à l'oreille la plus attentive.

Elle échappe d'autant plus volontiers, que le trouble vocal ne se montre jamais ici à l'état isolé et simple. Dans presque tous les cas publiés, l'altération laryngée coïncidait avec

---

and on the reflex tonus of their abductor muscles. *From the Proceedings of the Royal Society*, vol. XLVIII, 12 juin 1890, p. 406-407 et 429-430.

M. SEMON et M. KRAUSE ont exprimé séparément, mais d'une façon presque identique, leurs idées respectives sur la nécessité de ce tonus réflexe des abducteurs, au Congrès international de Copenhague (1884).

des symptômes d'aphasie, ce qu'on peut comprendre sans peine si l'on songe que le centre laryngé confine exactement en avant au foyer des images motrices d'articulation. Il est superflu d'insister sur la difficulté qu'apporte cette complication symptomatique à l'appréciation du trouble vocal, et combien il est malaisé d'apprécier l'état de la voix chez un malade qui ne parle pas, de dégager le trouble d'intonation du trouble beaucoup plus saillant de l'articulation verbale.

Cette analyse serait sûrement impossible et le désordre laryngé resterait le plus souvent ignoré, perdu pour ainsi dire au milieu des troubles aphasiques, si l'on n'avait, pour révéler son existence, un indice autrement précis que les altérations plus ou moins saisissables de la modulation vocale. Ce signe, véritablement révélateur, pourvu qu'on songe à le chercher, c'est le désordre mécanique survenu dans les mouvements ou dans l'attitude des cordes, c'est la déformation de l'image glottique qui exprime, pour ainsi dire graphiquement, cette perturbation motrice : exécuté avec un peu d'adresse et interprété comme il convient, l'examen laryngoscopique ne prête, en pareil cas, ni à l'erreur ni à l'équivoque et met positivement sous les yeux le désordre moteur dont l'oreille ne pouvait percevoir que très confusément les conséquences acoustiques : c'est presque toujours, dans ces circonstances, le laryngoscope qui découvre la paralysie, et qui la découvre souvent dans des cas où nul signe extérieur ne la faisait pressentir ; c'est lui qui en reconnaît la nature, en précise le siège et la forme, et montre quelquefois l'une des cordes immobile, alors que tous les symptômes faisaient prévoir une paralysie de la corde opposée (cas de Garel).

Mais alors, rien de plus aisé que ces diagnostics si difficiles : il suffit, dira-t-on, d'examiner ses malades. Le fâcheux, justement, c'est qu'on ne les examine pas, — j'entends par là qu'on n'examine pas leur larynx, — à moins qu'ils ne tombent, ce qui est rare, entre les mains d'un laryngologue : comme l'état de leurs cordes vocales est le moindre de leurs soucis, comme cet état ne s'annonce par aucun symptôme

apparent, ou ne s'annonce que par des manifestations phoniques perdues au milieu d'accidents plus graves, les malades de cette espèce se rencontrent presque toujours dans des services de médecine, où le laryngoscope est plus ou moins dédaigné : ce sont d'ailleurs, nous l'avons vu, très fréquemment des hémiplégiques, parfois alités, toujours impotents comprenant peu, répondant mal ou point, se prêtant difficilement à l'exploration, réunissant en résumé toutes les conditions requises pour rendre un examen difficile et désagréable : aussi s'évite-t-on trop souvent cette tâche, même quand on est en état de la remplir, et que des troubles vocaux manifestes, parfois même une aphonie plus ou moins complète (cas d'Ange Duval (1), de Luys (2), de Seguin (3), semblent solliciter l'examen.

Supposons maintenant que cet examen ait été fait, qu'un observateur compétent ait constaté l'impotence vocale d'une corde, que la coexistence d'autres accidents cérébraux, l'absence de lésions périphériques ou de phénomènes bulbares fasse naître l'idée d'une lésion corticale. Va-t-on, sur ce simple soupçon, affirmer que cette lésion existe, et trancher cette grosse question de pathogénie avec des probabilités cliniques ? Évidemment non, et les faits avancés sur ces seules preuves (Lewin (4), première communication de Bryson-Delavan (5), Cartaz (6), les deux premiers cas de

(1) ANGE DUVAL. Observations d'aphémie pour servir à la détermination du siège de la faculté du langage (Mémoire présenté le 24 février 1864 à la Société de chirurgie, par Broca). La communication de Broca contenant les deux observations d'Ange Duval et les commentaires dont il les accompagne, est publiée sous le titre : Deux cas d'aphémie traumatique produite par des lésions de la troisième circonvolution frontale gauche. Diagnostic chirurgical. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1864, 2<sup>e</sup> sér., t. V, p. 51-63.

(2) LUYS. Hémiplégie du larynx coïncidant avec une hémiplégie d'origine cérébrale. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875.

(3) *Loc. cit.*

(4) LEWIN. Lähmung des linken Stimmbandes aus centraler Ursache. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1874, p. 10.

(5) D. BRYSON-DELAVAN. On the localization of the cortical motor center

Garel (1), ne peuvent être comptés comme acquis. Pour qu'une observation de ce genre constitue un document complet, il faut qu'une autopsie parfaite apporte au diagnostic clinique son contrôle matériel et sa consécration suprême.

Mais là nous attendent encore de nouvelles difficultés, et les autopsies de ce genre ne sont pas des autopsies ordinaires. Il ne suffit pas, en effet, de trouver une lésion de l'écorce, fût-elle exactement circonscrite au siège présumé du centre laryngé, pour que l'on puisse affirmer ferme que cette lésion corticale est la cause, et l'hémiplégie l'effet. Il s'agit de prouver encore que le trouble moteur observé ne venait pas d'une autre source, qu'il n'existait d'altération ni dans les fibres cortico-bulbaires (couche sous-corticale, capsule interne, pédoncules ou protubérance), ni dans les noyaux gris du bulbe, ni dans les racines du spinal ou du vague, ni dans les troncs nerveux, ni dans leurs branches terminales, ni dans les muscles laryngés eux-mêmes ou dans les articulations ary-cryoïdiennes. On voit quel labeur anatomique demande, pour être complet, cette espèce de contrôle négatif. Il n'exige pas seulement l'examen macroscopique de coupes en séries pratiquées dans tout l'appareil nerveux central et périphérique du larynx ; il nécessite encore l'étude microscopique de toutes les régions soupçonnées, seule façon d'éliminer ou de constater l'existence de foyers de dégénérescence histologique absolument inappréciables à l'œil nu. Pour comprendre le soin que réclame une autopsie de cette nature, il suffit de relire, dans leur texte même, les trop rares observations qu'on peut citer comme modèles du genre, celles de Bryson-Delavan, d'Eisenlohr, de Garel, de Déjerine. On se souvient que dans le cas célèbre du premier de ces auteurs,

---

of the human larynx. *Read before the Laryngological Section of the eighth International Medical Congress.* Copenhagen, August 14 1884, p. 70 des comptes rendus. — *Medical Record*, Feb. 14 1885.

(6) A. CARTAZ. Note sur les paralysies laryngées d'origine centrale. *France médicale*, n°s 134 et 135, t. II, 1885.

(1) *Loc. cit.*

la nécropsie trouva (1) dans un foyer bulinaire, l'explication inattendue d'une paralysie laryngée qu'on avait publiée (2), du vivant du malade, comme dans un cas de lésion corticale ; que, dans les cas d'Eisenlohr (3) et de Garel (4), l'altération siégeait dans la capsule interne ; qu'enfin, dans les deux faits tout récemment fournis par Déjerine (5), la lésion appartenait à la catégorie de celles que Lichtheim et Wernicke ont fait connaître sous le nom de foyers sous-corticaux.

La recherche d'une laryngoplégie corticale comporte, en résumé, d'après ce qui précède, deux difficultés d'ordre différent ; la trouver d'abord, la prouver ensuite. La première de ces difficultés est affaire de perspicacité clinique ; la seconde ne relève que de l'anatomie pathologique.

Or pour trouver une lésion de ce genre il faut, qu'on me passe cet aphorisme beaucoup moins naïf qu'il n'en a l'air, il faut avant tout la chercher, la chercher méthodiquement, avec une sorte de parti pris, et sans attendre qu'un trouble vocal en révèle extérieurement l'existence. Pour cela, on doit la poursuivre, le laryngoscope à la main, chaque fois qu'une altération corticale démontrée ou rendue probable par d'autres symptômes plus clairs, en fera soupçonner la possibilité. Le jour, où, dans les services de médecine générale, on examinera à ce point de vue tous les hémiplégiques, tous les apha-

---

(1) D. BRYSON DELAVAN. Further investigations as to the existence of a cortical motor center for the human larynx. *Read before the American Laryngological Association at its tenth annual meeting, September 19 1888. — New York Medical Journal for June 22 1889.*

(2) *Loc. cit.*

(3) C. EISENLOHR. Beiträge zur Hirnlocalisation (Aus dem Allgemeinen Krankenhouse zu Hamburg), Doppelseitige Herde in den Thalamis opticis und den Capsulae internae. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* I Band, 5-6 Heft. Leipzig, Vogel, 1891.

Voir aussi : C. EISENLOHR. Zur Pathologie der centralen Kehlkopflähmungen (Aus dem Allgemeinen Krankenhouse in Hamburg). *Archiv für Psychiatrie, Bd XIX. Heft 2.*

(4) *Loc. cit.*

(5) *Loc. cit.*

siques aphones ou non, tous les cérébraux de toute nature, le jour où le miroir laryngien sera, dans tous les cas de ce genre, appliqué d'une façon délibérée et pour ainsi dire systématique, alors même qu'aucune manifestation laryngée apparente ne semble réclamer son emploi, on recueillera plus de faits qu'il n'en faut pour asseoir sur des bases cliniques solides un chapitre de pathologie nerveuse pour lequel nous restons encore honteusement tributaires de la physiologie expérimentale.

Pour se diriger dans cette recherche, il importe de savoir d'avance quel doit être, en pareil cas, l'aspect probable de la glotte, quelle déformation et quel trouble moteur il faut s'attendre à rencontrer.

Et d'abord l'image glottique est-elle constante, est-elle caractéristique en l'espèce ? Peut-on, d'après la simple vue d'une corde vocale immobilisée dans telle ou telle attitude, d'un orifice glottique déformé ou dévié d'une certaine manière, affirmer le siège cortical de la lésion originelle ? L'affirmer, non, mais le soupçonner, sûrement. Je n'hésite pas, pour ma part, à déclarer que la paralysie corticale fournit une image laryngoscopique absolument personnelle, et qui, bien analysée, peut conduire tout au moins à un diagnostic de présomption très probable.

Les caractères de cette image anormale, le sens suivant lequel la glotte a perdu sa mobilité, vont se déduire très simplement des quelques considérations de physiologie sommaire dans lesquelles nous sommes entrés en commençant.

Les lésions de l'écorce cérébrale laissant parfaitement indemne l'effort inconscient et continu de dilatation qui répond au côté respiratoire de l'activité laryngée (tonicité bulbaire des abducteurs), on n'observe aucune déformation tant qu'on se borne à examiner la glotte à l'état de repos. Tout le désordre fonctionnel porte sur les puissances adductrices, exclusivement préposées, comme on sait, à la phonation et à l'effort. Aussi, lorsqu'on engage le sujet à produire un son, la corde saine se met seule en mouvement : la corde malade

reste passivement dans sa situation d'écartement respiratoire ; elle ne peut pas même s'approcher jusqu'à la position cadavérique, puisqu'elle n'a conservé aucune énergie adductrice capable de lutter contre le tonus des abducteurs. C'est donc, en somme, une immobilisation absolue de la corde, aussi bien dans la phase vocale que dans la phase respiratoire ; mais cette immobilisation en abduction respiratoire ne ressemble en aucune façon, comme pathogénie ni comme apparence, à l'immobilisation en position cadavérique qui caractérise la paralysie glottique totale.

C'est donc à tort que dans presque toutes, je crois même pouvoir dire dans toutes les observations de ce genre, on parle constamment de « position cadavérique ». Il y a là, certainement, une erreur d'interprétation physiologique, en même temps qu'une erreur d'appréciation laryngoscopique, qu'il n'est pas inutile de signaler. M. Déjerine lui-même y est tombé, et d'une façon d'autant plus étonnante, qu'après avoir indiqué, chez ses deux malades, cette attitude cadavérique, il ajoute plus loin cette proposition absolument contradictoire, que l'activité respiratoire était intégralement conservée, comme si l'expression « position cadavérique » ne voulait pas dire, rigoureusement et sans discussion possible, inertie de la glotte, aussi bien dans le sens respiratoire que dans le sens vocal.

On s'expliquerait malaisément comment les auteurs dont je parle ont pu confondre ainsi deux positions aussi visiblement différentes que le sont l'attitude cadavérique et l'abduction respiratoire, l'une correspondant à une très faible ouverture (5 millim., Semon)<sup>(1)</sup> de la glotte, l'autre à sa plus large bânce (13 millim. 5). Mais la cause de cette erreur est certainement contenue dans le fait que voici : la corde vocale restée saine, exagérant son excursion normale pour aller au devant de sa congénère immobile, dissimule en partie l'excès d'écartement de cette dernière ; elle ne réalise toutefois cette compen-

(1) SEMON. On the position of the vocal cords, etc., p. 415.

sation qu'au prix d'une certaine obliquité glottique, qui peut facilement échapper à l'attention, mais dont la constatation suffira toujours pour faire corriger l'illusion que je signale ; on évitera également cette erreur si l'on prend soin de s'assurer que, pendant la respiration silencieuse, les deux cordes restent parfaitement symétriques : il n'en serait évidemment pas ainsi, si comme on se plaît à le dire, la corde saine se trouvait alors dans sa position respiratoire normale, et la corde malade en position cadavérique.

Cette fixation permanente d'une corde en attitude respiratoire étant un fait laryngoscopique absolument particulier on voit que j'avais raison d'affirmer qu'elle peut suffire à caractériser la paralysie corticale. Elle ne s'observe, en effet, ni dans les paralysies bulbares, où l'on trouve au contraire un défaut d'abduction, ni dans les paralysies récurrentielles, qui produisent, suivant les cas, tantôt, quand elles sont complètement destructives, la position cadavérique vraie, tantôt l'adduction permanente alors qu'elles sont incomplètes (paralysies des abducteurs de Semon) (1) ou simplement irritatives (contracture totale, Krause) (2).

Il existe pourtant un seul état morbide où l'on rencontre, comme dans les lésions matérielles du centre laryngé, les cordes fixées en abduction extrême avec impotence absolue dans le sens de l'adduction : je veux parler des paralysies hystériques. Le fait n'a rien de surprenant si l'on songe que celles-ci sont aussi de provenance corticale. Mais ce qui les distingue toujours des paralysies organiques, c'est qu'étant par excellence des perturbations fonctionnelles, les troubles

---

(1) SEMON. Clinical remarks, etc. *Archives of Laryngology*, vol. II, n° 3, July 1881.

Id. Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (recurrens). *Berl. klin. Wochenschr.*, 1883, n° 46.

(2) KRAUSE. Experimentelle Untersuchungen und Studien ueber Contracturen der Stimmbandmuskeln. *Virchow's Archiv*. Bd XCVIII. — Ueber die Adductorencontractur (vulgo Posticuslähmung), der Stimmbänder. *Virchow's Archiv*. Bd CII.

moteurs hystériques sont constamment bilatéraux, alors que les lésions du centre laryngé, sauf le cas improbable où les deux côtés sont atteints, restent toujours rigoureusement hémiplégiques.

Cette unilatéralité des laryngoplégies corticales n'est certainement pas un caractère absolu et qui leur appartienne en propre : on trouve quelquefois la forme hémiplégique dans les lésions des troncs nerveux, quoique les deux récurrents ou les deux troncs pneumo-gastriques soient le plus souvent englobés ensemble dans la lésion originelle ; on la rencontre aussi, quoique plus rarement, dans les altérations du bulbe. Ce que je désirais seulement signaler, c'est que ce caractère d'asymétrie n'étant absolument constant que dans les lésions cérébrales, sa constatation pure et simple constitue déjà, dans une paralysie de provenance douteuse, un commencement de preuve en faveur de cette origine.

Qu'on ne s'y trompe pas : je suis loin d'affirmer qu'il existe une corrélation nécessaire entre la forme d'un trouble moteur et la cause anatomique qui le produit, ni que le simple examen de la glotte, dans un cas de paralysie, suffise pour en révéler la provenance. Pas plus que les symptômes extérieurs, le laryngoscope, en ce cas, n'apporte une décision sans appel : c'est tout au plus s'il rend probable le diagnostic étiologique que ces symptômes montraient comme simplement possible ; mais la certitude absolue ne se trouve qu'à la table d'amphithéâtre. J'ai trop insisté tout à l'heure sur la nécessité de cette contre-enquête anatomo-pathologique, pour qu'il soit besoin d'y revenir. Qu'il me suffise d'en rappeler l'extrême difficulté : c'est elle, beaucoup plus encore que l'ambiguïté des phénomènes cliniques, qui fait les cas de cette espèce si difficiles à observer et rend à leur sujet la critique si exigeante.

Comprend-on maintenant pourquoi les observations de ce genre — j'entends les bonnes observations — se montrent en si petit nombre ? Est-il besoin, pour l'expliquer, d'invoquer la rareté des faits et d'admettre une loi d'exception pour

cette forme de localisation cérébrale ? Ce qui manque le plus, je le répète encore, ce ne sont pas les cas eux-mêmes, mais les observateurs assez bien armés pour ne pas les laisser échapper et pour en tirer tout le parti qu'il faut ; ce sont les cliniciens assez heureux pour être initiés tout ensemble aux finesse du laryngoscope et aux difficultés de la neuro-pathologie, aux recherches délicates de l'histologie nerveuse et à la technique compliquée que réclame aujourd'hui la grosse anatomie pathologique des organes encéphaliques : ce cumul est indispensable pour assurer aux faits rencontrés la critique rigoureuse qui garantit leur authenticité documentaire.

---

#### NOTE SUR LA CONTRACTURE DU MUSCLE ARY-ARYTÉNOIDIEN

(ESSAI D'INTERPRÉTATION DES SIGNES LARYNGOSCOPIQUES ATTRIBUÉS PAR GERHARDT « A LA PARALYSIE BILATÉRALE ET COMPLÈTE DES MUSCLES CRICO-ARYTÉNOIDIENS POSTÉRIEURS »)

Par le Dr **Albert Ruault**.

---

Les recherches déjà anciennes de Longet, et celles, encore récentes, entreprises par Jeanselme et Lermoyez sur des larynx de cholériques, aussitôt après la mort, ont définitivement établi que l'action du muscle ary-aryténoidien est de rapprocher fortement, jusqu'au contact, les faces internes des cartilages arytenoïdes. Ces dernières expériences ont fait voir en outre que pendant sa contraction, les apophyses vocales suivent le mouvement des corps des cartilages et se rapprochent aussi l'une de l'autre, mais sans arriver tout à fait au contact, et en conservant une légère mobilité relative.

D'autre part, la structure et les fonctions des muscles crico-aryténoidiens postérieurs nous sont aujourd'hui assez

exactement connues. Les recherches de Rühlmann sur la constitution anatomique de ce muscle ont montré qu'il était en réalité composé de deux faisceaux distincts, dont l'un, externe, presque vertical, est plus large et plus volumineux que l'autre, interne, et dont les fibres sont plus horizontales. Celles de Hayes ont établi que les faisceaux externes ont pour action d'attirer les cartilages arytenoïdes en dehors et en bas, par un mouvement de translation, en ouvrant la glotte en forme de triangle (inspiration tranquille); tandis que les autres, lorsque leur action s'ajoute à celle des premiers, font pivoter les cartilages et portent les apophyses vocales en dehors, en transformant la glotte triangulaire en glotte pentagonale (inspiration forcée). Celles de Jelenffy, enfin, nous ont appris, qu'indépendamment de leur rôle respiratoire, les crico-arytenoïdiens postérieurs en jouent un autre non moins important, comme muscles vocaux, en assurant la fixation des cartilages arytenoïdes et la tension des cordes vocales pendant la phonation, lorsqu'ils agissent de concert avec les crico-arytenoïdiens latéraux, les thyro-arytenoïdiens et les crico-thyroïdiens.

Ces notions nous permettent de nous rendre un compte exact des conséquences qu'entraînerait, sur la respiration et la phonation, l'existence d'une contracture isolée du muscle ary-arytenoïdien.

Cette contracture amènerait l'occlusion complète de toute la partie postérieure de l'espace interarytenoïdien, tout en laissant un léger intervalle entre les deux lèvres de sa partie antérieure. Elle ferait de la glotte une fente légèrement fusiforme, atteignant une longueur égale aux trois quarts environ du diamètre antéro-postérieur de la cavité laryngienne à ce niveau, et présentant sa largeur maxima, de deux millimètres en moyenne, à la hauteur de l'extrémité des apophyses vocales. Celles-ci, conservant une certaine mobilité tant que l'action des adducteurs latéraux et des tenseurs ne se joint pas à celle de l'ary-arytenoïdien contracturé, seront soulevées et légèrement écartées l'une de l'autre par le cou-

rant d'air, à chaque expiration ; et au contraire, à chaque inspiration, elles s'abaisseront sous la pression de haut en bas de la colonne d'air attirée dans la poitrine. En effet, la contracture de l'ary-aryténoidien n'aurait pas seulement pour résultat d'annihiler l'action de ses muscles antagonistes, qui ne sont autres que les faisceaux externes des crico-aryténoidiens postérieurs ; elle s'opposerait en outre à l'accomplissement de la fonction respiratoire des faisceaux internes de ces mêmes muscles, qui ne peuvent faire pivoter les arytenoïdes et porter leurs apophyses vocales en dehors si les faisceaux externes n'ont pas commencé à écarter l'une de l'autre les faces internes des cartilages. Sans être absolument entravée, la respiration serait donc grandement compromise : l'espace glottique, bien que très étroit, permettrait le passage d'une quantité d'air suffisante pour assurer l'hématose, tant que le malade resterait au repos, mais à la moindre fatigue, au moindre effort, la dyspnée apparaît. Quant à la voix, elle ne serait nullement troublée ; le muscle contracturé se trouvant en position vocale, et les crico-aryténoidiens postérieurs étant en situation de remplir intégralement leurs fonctions en tant que muscles phonateurs.

Les signes laryngoscopiques et les symptômes fonctionnels, que les connaissances acquises sur l'anatomie et la physiologie des muscles postérieurs du larynx nous amènent à attribuer à la contracture isolée de l'ary-aryténoidien se présentent de temps à autre à l'observation clinique. Il n'est pas très rare de voir des malades qui ne présentent pas d'altération appréciable de la voix parlée, accuser des troubles dyspnéiques à peine sensibles au repos, mais s'accusant par du cornage au moindre effort, ou par des accès de suffocation survenant sous des influences diverses et souvent impossibles à déterminer. On peut constater à l'examen laryngoscopique, chez un grand nombre de ces sujets, que, pendant la respiration, les faces internes des arytenoïdes sont immobiles et en contact, et que les cordes vocales sont en position mé-

diane, mais assez flasques (en dehors des accès spasmodiques paroxistiques) pour être alternativement déprimées et soulevées par le courant d'air inspiratoire et expiratoire qui passe à travers un étroit espace fusiforme, dont la partie médiane semble un peu plus large au moment de l'expiration (1). Pendant la phonation, l'image laryngoscopique ne présente rien d'anormal.

Mais jusqu'ici cet état du larynx n'a pas encore été rattaché à la contracture isolée du muscle ary-aryténoidien, que je crois être sa véritable cause. Gerhardt, qui a été le premier à signaler cet aspect laryngoscopique et à indiquer les symptômes accusés par les malades qui le présentent, l'a attribué à une *paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoidiens postérieurs*. Krishaber au contraire pensait qu'en pareil cas, il s'agit d'un spasme unilatéral des adducteurs y compris l'ary-aryténoidien, muscle impair. Avec Morell Mackenzie, Semon et d'autres défendent encore l'opinion de Gerhardt, tout en admettant qu'à la paralysie des dilatateurs se joint une contracture secondaire des adducteurs. Krause, au contraire, adopte une opinion se rapprochant plus de celle de Krishaber : il attribue l'aspect du larynx à une contracture primitive des adducteurs, à laquelle viendrait s'ajouter secondairement, dans un certain nombre de cas, une paralysie myopathique des dilatateurs, une atrophie de ces muscles consécutive à leur inertie fonctionnelle. De nombreux auteurs (Gouguenheim et Tissier, Massei, Raugé, etc.) ont adopté cette dernière théorie.

Je ne pense pas qu'aucune de ces opinions, telles qu'elles sont aujourd'hui présentées par leurs défenseurs, puisse être justifiée par des arguments de nature à entraîner la con-

---

(1) Ces mouvements passifs des bords libres des cordes vocales, d'autant plus étendus qu'on les observe plus près de la région moyenne de ces bords libres, et qui ont pour effet de simuler un rapprochement des cordes vocales pendant l'inspiration, ne doivent pas être confondus, comme on l'a fait à tort, avec le rapprochement inspiratoire actif des apophyses vocales (type respiratoire inverse) qui s'observe dans d'autres conditions.

viction. D'une part, il n'est plus possible de concevoir une paralysie complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sans troubles de la voix, et sans que chaque effort de phonation soit marqué, pendant l'examen laryngoscopique, par un mouvement de translation et de bascule en avant des cartilages aryténoïdes. D'autre part, il est impossible d'admettre qu'il existe une contracture généralisée des adducteurs, lorsque l'on voit les processus vocaux suivre, pendant la respiration, les déplacements imprimés par le courant d'air aux cordes vocales relâchées et ne se fixer en position vocale sous l'action des crico-aryténoïdiens latéraux, qu'au moment des efforts de phonation. Enfin la symétrie parfaite des deux moitiés du larynx, tant pendant la respiration que pendant la phonation, n'est pas conciliable avec la théorie de Krishaber, applicable seulement au cas où la flaccidité respiratoire est bornée à une seule corde vocale.

Seule la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien peut donner l'explication de l'image laryngoscopique. Mais je n'entends pas dire qu'en pareil cas on se trouve en face d'une contracture primitive de ce muscle. Je crois au contraire qu'en dehors de l'hystérie cette contracture est presque toujours secondaire à une paralysie isolée de l'antagoniste, c'est-à-dire à une paralysie *ne frappant, au moins au début, que le faisceau externe* du crico-aryténoïdien postérieur, et laissant indemne le faisceau interne de ce muscle. Comme ces deux faisceaux constituent, en réalité, deux muscles distincts, plus encore physiologiquement qu'anatomiquement, rien ne défend d'admettre qu'ils puissent être atteints isolément.

Or, s'il en est ainsi, on s'explique aisément que cette paralysie n'entraîne pas de troubles de la phonation appréciables, puisque les fonctions vocales du muscle crico-aryténoïdien postérieur sont presque complètement dévolues à son faisceau interne ayant pour antagoniste le crico-aryténoïdien latéral. On comprend de même, sans difficulté, que la paralysie d'un seul muscle crico-aryténoïdien postéro-

externe, quelle que soit sa cause (tumeurs du médiastin, névrites périphériques tabétiques ou infectieuses, lésions des centres, etc.) puisse être suivie d'une contracture du muscle impair ary-aryténoïdien, donnant lieu aux mêmes signes et aux mêmes symptômes qui si la paralysie dont elle dérive était bilatérale.

#### OBSERVATION D'UN CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE

Par le Dr E. Ménière.

Que n'a-t-on pas dit et écrit à propos des corps étrangers du conduit auditif externe ? Et, cependant, il peut se présenter des cas curieux qui laissent encore le champ libre à des réflexions intéressantes sur ce sujet si rebattu.

Voici une nouvelle observation.

En avril 1891, une jeune personne de 22 ans, étrangère, me fut amenée par sa famille, pour me demander conseil, au sujet d'une surdité de moyenne intensité de l'oreille gauche, remontant au mois d'août 1890.

Pour des raisons de santé, cette jeune fille avait été passer l'été sur une des plages de la côte française. Étant très bonne nageuse, elle ne craignait pas de se baigner, lorsque la mer était forte et houleuse.

Un jour de bain, à marée montante, M<sup>lle</sup> X..., fut culbutée et roulée violemment par une vague qui la déposa un peu étourdie sur le sable de la plage. Elle se remit vite, s'habilla, et rentra chez elle.

Le soir, il lui sembla que son oreille gauche était un peu sourde, et que lorsqu'elle parlait, sa voix avait une légère résonance.

Elle en dit un mot, le lendemain, au médecin de la localité, qui conseilla des injections continuées six ou huit jours, sans résultat.

Puis toute la famille rentra dans son pays et, comme cette demi-surdité, qui n'était accompagnée d'aucun autre symptôme ne se passait pas, elle consulta son médecin. L'examen de l'oreille n'ayant rien fait découvrir, on conseilla de nouveau les injections, toujours sans effet.

La jeune fille fut alors adressée à un otologiste de son pays, qui ne vit

dans l'oreille qu'un épaississement insolite du tympan, et soumit la malade à un cathétérisme assez suivi, sans que les phénomènes de dyacousie fussent modifiés.

Enfin, par suite de je ne sais quelles obligations, la famille revint en France en avril 1891 et demanda mes soins.

Voici en quelques mots le résultat de mon examen.

Le fond de l'oreille m'apparut d'une concavité uniforme, et d'un blanc nacré brillant. Cet état nacré était comme étendu sur toute la surface. A première vue, je ne pouvais m'expliquer à quel genre de lésion pouvait correspondre cet aspect singulier. Pour me renseigner plus exactement, je touchai le fond de l'oreille avec un petit stylet mousse, et j'eus une sensation de dureté toute spéciale, sans que je pusse déterminer le moindre mouvement de ce pseudo-tympan.

En haut, vers la paroi postérieure, il y avait comme une ligne légèrement ombrée. Le stylet, promené sur toute la surface, me donnait la même sensation dure, sans mouvements de la masse. Pas la moindre parcelle de cérumen, pas de détritus épidermiques. Je me fis répéter avec détails, l'histoire du bain à la suite duquel était survenue la surdité, et après nouvel examen, je restai convaincu qu'il y avait un corps étranger, et que cela devait être un mince coquillage comme on en rencontre tant dans les sables du bord de la mer. Je remplis l'oreille de glycérine coal-tarisée, puis cinq minutes après, je pratiquai des irrigations avec la grande pompe de mon père. A la deuxième injection, le corps étranger tomba dans la cuvette. C'était bien un coquillage mince, nacré, d'une concavité uniforme, qu'on aurait dit modelé sur un tympan.

L'oreille examinée de suite après ne présentait rien d'anormal. Le tympan, sans la moindre lésion, laissait voir quelques stries rosées, le long du marteau; il n'existant pas la moindre écorchure de l'épiderme du conduit. L'audition était normale.

Cette observation perd malheureusement une grande partie de son intérêt, par l'impossibilité où je suis de mettre sous vos yeux le corps étranger. La malade en me quittant, manifesta le désir d'emporter le coquillage nacré qui était resté près de dix mois dans son oreille. Je ne pensai pas à insister pour qu'il me fût laissé. Le cas est cependant curieux. Le long séjour de ce coquillage dans le conduit auditif, n'a rien de surprenant par lui-même; mais,

la façon dont il s'est introduit dans l'oreille, sa position au fond du conduit, son aspect nacré, sa forme si particulièrement trompeuse, et enfin son accollement complet et exact sur le tympan, pouvant jusqu'à un certain point expliquer les erreurs de diagnostic, n'en restent pas moins des faits bizarres qu'il est bon de connaître et de joindre à tous ceux qui forment l'histoire des corps étrangers de l'oreille.

---

### SARCOME DE L'AMYGDALE. — DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Par le Dr **Luc.**

Communication à la Société française de laryngologie.

---

Au commencement d'avril de cette année je fus consulté par M. le comte de B..., homme de cinquante ans présentant toutes les apparences d'un bon état général, pour un gonflement de l'amygdale gauche qu'il faisait remonter à quelques mois.

En faisant ouvrir la bouche du malade je constatai qu'en effet l'amygdale était augmentée de volume, mais quelle était, en outre, le siège d'une ulcération à bords déchiquetés indurés, donnant l'impression d'une néoplasie de mauvaise nature. Le malade niait énergiquement tout antécédent syphilitique (1). Il n'existant à cette époque aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Quand M. de B..., m'eut appris que, quelques jours auparavant un autre spécialiste avait pratiqué la cautérisation ignée de l'amygdale, j'eus l'espoir que peut-être l'ulcération n'était que le résultat artificiel de cette intervention et je me proposais de laisser mon diagnostic en suspens jusqu'à la prochaine visite que devait me faire le malade, l'ulcération devant se montrer alors cicatrisée si elle était simplement d'origine traumatique. J'eus soin cependant, avant de congédier le malade, d'extraire, au moyen d'une pince coupante, un fragment de la région suspecte qui fut envoyé à un histologiste de mes amis.

---

(1) Le malade ayant consulté ultérieurement un de mes collègues, celui-ci le soumit pendant 15 jours à une dose quotidienne de 3 gr. d'iodure de potassium, médication qui n'eut d'autre effet que d'accélérer la marche envahissante du néoplasme.

Ce dernier me répondit bientôt que le fragment examiné par lui présentait simplement les caractères de l'hypertrophie amygdalienne, hypertrophie caractérisée par une abondance anormale des cellules lymphoïdes dans le réticulum de la glande. Cette réponse avait dissipé mes appréhensions ; aussi fus-je péniblement surpris, quand je revis M. de B..., au mois de juin, de trouver l'ulcération amygdalienne plus étendue que la première fois et de constater une induration ligneuse des bords, plaident plus que jamais en faveur de la malignité. Un nouveau fragment fut extrait et adressé à un second histologiste aussi renommé que le premier pour sa grande compétence en la matière. La réponse de ce dernier fut identique à la première.

De plus en plus perplexe, j'assignai au malade un nouveau délai.

Quand je le revis au mois d'août, aucune espèce de doute n'était plus possible : je constatai en effet outre les caractères objectifs de l'ulcération déjà signalée et de plus en plus prononcée dans le sens de la malignité un engorgement dur des ganglions de la région sous-maxillaire gauche. Le malade commençait en outre à accuser de la dysphagie et des douleurs lancinantes dans la région amygdalienne. Mon excellent maître et ami M. le Dr Lucas-Championnière qui voulut bien voir alors le malade en consultation avec moi partagea complètement mon opinion relativement à la nature cancéreuse de l'affection et jugea d'ailleurs le cas comme absolument inopérable.

Désireux d'éclaircir la contradiction qui existait ici entre les données de la clinique et celle de l'histologie, j'exposai le cas à l'une de nos plus grandes autorités en matière d'histologie, M. le Dr Gombaut, et le priai de vouloir bien me donner son opinion sur un troisième fragment que je mis à sa disposition. J'avais supposé pour mon compte qu'il s'agissait ici d'une variété de sarcome à petites cellules rondes difficile à distinguer, au moins à ses débuts, de l'amygdale hypertrophiée ou enflammée.

Comme on va le voir, cette présomption s'est trouvée à peu près confirmée par la réponse de M. Gombaut que je transcris littéralement :

«... Il s'agit sûrement d'une néoplasie du genre sarcome... à un grossissement moyen ce que l'on voit le mieux sur les coupes c'est que la constitution du tissu est très homogène et qu'il est formé, en majeure partie, sinon en totalité, de cellules de petites dimensions. Ces cellules sont ovalaires ou fusiformes et de plus elles sont cohérentes. Le pinceau ne mord guère sur le tissu et ne détache qu'un nombre très restreint de cellules.

Les cellules sont orientées de façon à former des travées plus ou moins larges, circonscrivant des espaces également cellulaires de forme variable.

Le centre des travées comme celui des espaces circonscrits est souvent occupé par un vaisseau, à cavité étroite, à parois épaisses exclusivement ou presque exclusivement cellulaires, se confondant avec le reste du tissu.

Ces détails suffisent, n'est-ce pas, pour éliminer complètement l'idée d'épithéliome, aussi bien du reste que l'idée de tumeur lymphatique pure, les éléments constituants sont plus gros, moins ronds, beaucoup plus cohérents que les cellules lymphatiques ou migratrices.

Cependant sur les points où la coupe est déchirée ou écrasée et sur les coupes traitées au pinceau. On constate que derrière les cellules ou entre elles existe, par places, un réticulum de fines fibrilles ayant bien le caractère du réticulum lymphatique, alors la question se pose de savoir si ce réticulum n'est que le reste du tissu préexistant, ou si au contraire il fait bien partie intégrante de nouvelle formation. Il ne me paraît pas permis de se prononcer absolument à cet égard.

J'incline à penser qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire pur, mais j'accepterai tout de même l'étiquette lympho-sarcome.

Maintenant, je crois que les histologistes autrefois consultés ont dû voir juste et qu'ils ont eu raison, dans leur réponse, de s'en tenir à ce qu'ils voyaient. Il est bien probable qu'à un moment donné du développement du néoplasme, les cellules migratrices ont été très abondantes dans l'amygdale. Ces cellules ont-elles pris part à l'organisation des tissus définitifs ? Ont-elles, au contraire, fait place graduellement aux cellules fixes du tissu conjonctif proliférant anormalement ? C'est là une question très intéressante mais que le fait actuel ne peut aider beaucoup à résoudre.

En fait, la structure des fragments que vous m'avez adressés est très analogue à celle du tissu conjonctif soumis à certaines causes d'irritation chronique et, en pareil cas, pour décider qu'il y a tumeur, c'est-à-dire développement d'éléments anatomiques en quelque sorte spontané, dépendant d'une évolution anormale, indépendant de toute cause extérieure surajoutée, il n'est que prudent de faire appel à toutes les sources de renseignements et de ne pas se fier à ceux que peut donner l'histologie laissée à ses propres ressources. »

Il nous reste peu de chose à ajouter aux judicieuses réflexions qu'on vient de lire; nous voulons seulement insister

sur le fait pratique qui se dégage de ce cas: la difficulté ou l'impossibilité de déterminer par le microscope la nature de certaines tumeurs malignes de l'amygdale. Diagnostiquée à une époque plus précoce cette tumeur amygdaliennes aurait-elle pu être opérée avec quelques chances de résultat radical? M. le Dr Lucas-Championnière a répondu négativement à cette question de notre part. On sait, en effet, le caractère généralement inopérable des cancers amygdaliens tenant à des particularités anatomiques de la région sur lesquels nous n'avons pas à insister ici: Cette considération ne nous permettait donc aucun regret relativement à l'époque tardive à laquelle un diagnostic ferme avait pu être porté et l'intérêt présenté par les diverses péripéties de cette histoire clinique devenait de ce fait, d'ordre purement spéculatif.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

---

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 5 février 1892.*

M. GELLÉ lit une observation d'hémianesthésie de la tête et des organes des sens dans le cours d'une otorrhée, observation recueillie par le Dr Roy, médecin aide-major. Il s'agit d'un soldat de 21 ans, rhumatisant, atteint d'un écoulement d'oreille. A la suite de 3 injections boriquées apparaît brusquement une hémianesthésie gauche du visage, de la tête, du cou, des joues et de la langue, avec sensation de voiles devant l'œil, rétrécissement du champ visuel et légère dilatation de la pupille. Comme il n'existe aucun trouble de l'équilibre, aucun vertige, aucun trouble cérébral, l'origine otique est indiscutable, c'est le choc traumatique produit par l'injection sur le plexus tympanique avec réper-

cussion sur le trijumeau qui a amené ces phénomènes d'hystéro-traumatisme.

*Discussion.* — M. HERMET : On pourrait ajouter au titre du mémoire : histoire d'une otorrhée chez un hystérique.

M. GELLÉ. — Auparavant il n'y avait pas de troubles hystériques.

**M. CHATELLIER. — Anatomie de l'oreille moyenne. Présentation de pièces. Coupes en série.**

L'auteur désire montrer le mode de cloisonnement qui sépare la partie du récessus épitympanique (atticus), située en avant du marteau, de la cavité inférieure de l'oreille moyenne ou caisse. La décalcification a été faite dans le liquide de Muller et dans l'acide formique ; l'inclusion dans le collodion et la coloration pour chaque coupe séparément à l'éosine hématoxylique. Ces organes de séparation sont, d'avant en arrière : le sourcil osseux séparant l'attique du conduit auditif ; la saillie de la marge tympanique, le ligament externe du marteau, le col du marteau, le tendon du muscle tenseur, nettement conoïde et dont la base correspond au bec de cuillère. L'orifice de communication a à peine un millimètre Carré chez l'homme dont l'oreille est normale.

*Discussion.* — M. GELLÉ. En enlevant la voûte on voit la séparation de la caisse et de l'attique sans couper en série, et on voit dans l'attique un méso-tendon. Chez les animaux on ne voit pas la tête des osselets, il faut ouvrir l'attique qui est entièrement séparée.

M. RUAULT présente **trois cas de papillomes du larynx chez des enfants.** (Sera publié.)

L'auteur préfère opérer par la méthode endolaryngée quand la chose est possible.

*Discussion.* — M. CARTAZ. La méthode endolaryngée est de choix, mais chez les enfants le procédé est difficile à cause de l'indocilité, de l'abaissement de l'épiglotte et de la difficulté d'action. Il me semble difficile de ne pas en arriver à la grande intervention.

M. RUAULT. — La difficulté est d'avoir un instrument approprié à la gorge du sujet. La méthode des interventions répétées permet d'arriver au but après un certain temps.

M. RUAULT présente les instruments suivants :

Un releveur de la luette (Modifications de l'instrument de Schmidt).

Un abaisse-langue tenant seul.

Des pinces emporte-pièce pour le nez.

Un serre-nœud écraseur pour le nez.

*Séance du 4 mars.*

M. CHATELLIER lit une communication intitulée : **Déviations non traumatiques de la cloison des fosses nasales** (publiée *in extenso*). **Classification. Embryologie. Règles générales du traitement.**

M. POTIQUET fait une communication ayant pour titre : **Étude sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale avec présentation d'une pièce anatomique.** (Déjà analysée dans les *Archives de Laryngologie*).

*Discussion.* — M. LÖEWENBERG, attendait dans l'un ou l'autre de ces ingénieux mémoires une classification des déviations si variées de la cloison. Il serait heureux de savoir si ses deux collègues adoptent une classification publiée par lui et comprenant deux grandes classes : 1<sup>o</sup> des déviations horizontales angulaires ; 2<sup>o</sup> des déviations verticales. M. Châtellier affirme la fréquence de ces déviations chez les sujets atteints de végétations adénoïdes, mais avant d'affirmer ce fait, il faudra de nouvelles recherches statistiques.

M. RUAULT pense qu'une perforation opératoire de la cloison n'a aucune importance. Si la déviation existe en haut il ne faut intervenir qu'en cas de réflexes ; si elle existe en bas il faut toujours opérer si le passage de l'air est gêné. M. Ruault fait remarquer, en passant, que les déviations obliques d'avant en arrière et de bas en haut, se prolongeant dans toute l'étendue des fosses nasales en forme de crêtes, sont la conséquence de la persistance et de l'hypertrophie du cartilage vomérien.

M. POTIQUET. Je suis de l'avis de M. Ruault au sujet de l'importance de la lame cartilagineuse dans ces déviations. La classification de M. Löwenberg en déviation horizontale et verticale est bonne à conserver. C'est remonter un peu loin de chercher au 4<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine, comme le fait M. Châtellier, la raison des déviations du septum qui ne s'accuse qu'après la seconde enfance. Quant à la variété de M. Châtellier dans laquelle la cloison vient faire saillie dans la cavité buccale, elle est purement théorique ; ce fait ne s'est jamais produit.

M. GARNAULT fait une communication sur l'**application thérapeutique des sels solubles de bismuth, en particulier dans les otorrhées.** — Il ne s'agit que de leur emploi comme topique.

Les sels de bismuth ont l'avantage de ne pas empêcher les réactions

dues aux ferment solubles. Ces substances ont semblé à l'auteur supérieures aux antiseptiques ordinaire : acide borique, résorcine, créoline, nitrate d'argent, etc. Le sel employé est l'iodure double de bismuth et de potassium dont on instille 5 à 6 gouttes tièdes dans l'oreille (après lavage) d'une solution à 10/0 additionnée d'un peu de glycérine et même étendue du quart d'eau en cas de réaction douloureuse.

M. LICHTWITZ fait une communication ayant pour titre :

**Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du larynx chez l'enfant, à l'aide d'une nouvelle méthode : l'intubation avec tube fenêtré.**

Dans l'ablation des tumeurs bénignes par voie endolaryngée, on se heurte chez l'enfant à des obstacles le plus souvent insurmontables et l'on est obligé de recourir à la laryngofissure, opération non exempte de dangers et dont les résultats phonétiques sont moins bons que ceux obtenus par l'intervention endolaryngée.

Chez une petite fille de 5 ans 1/2, atteinte d'une sténose du larynx des plus prononcées avec dyspnée considérable et aphonie complète par suite de papillomes multiples du larynx, j'ai réussi à éviter l'intervention par voie externe, qui semblait devoir s'imposer, en me servant d'une nouvelle méthode que j'appellerai : intubation avec tube fenêtré.

Cette méthode consiste à pratiquer l'intubation du larynx à l'aide de tubes percés d'une fenêtre exactement située au niveau du point où se trouve le néoplasme qui vient faire hernie par la fenêtre à l'intérieur du tube.

Lorsqu'on a placé le tube, dont la grosseur correspond à l'âge de l'enfant, on se rend compte à l'aide du laryngoscope de la place qu'occupe le néoplasme ; on regarde s'il apparaît par la fenêtre de la canule ; puis, sans autre guide que le doigt, on introduit dans le tube une pince ou un instrument laryngé quelconque, de petite dimension, pouvant couper ou cautériser et l'on enlève et l'on cautérise la portion de la tumeur qui fait saillie.

Des expériences sur des cadavres d'enfants m'ont renseigné sur la position définitive qu'occupe le tube dans le larynx et sur le point où l'on doit percer les fenêtres.

Grâce à cette méthode, j'ai enlevé à ma petite malade, en six séances, tous les papillomes du larynx (une trentaine de fragments environ) sans la moindre réaction inflammatoire locale ou générale. L'enfant respire parfaitement à présent et la voix, bien que rauque, est devenue très compréhensible.

Cette méthode a le grand avantage d'agir promptement, de n'offrir aucun danger ni pour la vie de l'enfant ni pour les parties saines du larynx qui sont protégées par le tube et de permettre l'extirpation des tumeurs sous-glottiques. Ce procédé pourra aussi être employé avantageusement chez l'adulte pour l'ablation des tumeurs sous-glottiques et la discussion des brides cicatricielles dans les cas de sténose chronique du larynx.

JURANVILLE.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ

**Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen-Hals-und ohrenleiden. (De l'emploi des couleurs d'aniline dans les maladies du nez, du cou et des oreilles.)** Communication faite à la réunion des naturalistes et médecins allemands en 1891, par BRESGEN.

L'auteur affirme que le bleu de méthyle empêche la formation de la membrane croupale ou tout au moins la gène et fait rapidement disparaître la douleur. La couleur du bleu de méthyle disparaît rapidement, et il se produit à la surface de la plaie une sécrétion visqueuse d'un blanc jaunâtre. L'absorption du bleu de méthyle n'a aucune conséquence fâcheuse, cette substance s'élimine rapidement par l'urine sous la forme d'une matière colorante d'un bleu vert sombre. L'auteur a employé le violet d'hexéthyle ; dans le lupus, dans l'ozène, il s'est servi de bleu de méthyle, 3 parties pour 10 d'iodol ; dans les laryngites récentes il a employé le violet d'hexéthyle à 0,2 pour 25 en attouchements ; pour la tuberculose du larynx il s'est servi de la même substance après cocaïnisation préalable.

Dans les otites purulentes, trois fois, l'action fut très rapide, les autres fois, bonne, sans être cependant meilleure que celle de l'acide borique.

Il est important que la préparation soit faite avec soin et avec de bons produits.

GARNAULT.

**Le traitement de l'ozène, par SOLIS-COHEN.** In *Med. News et Petersb. Wschr.*, 1892, n° 10 (d'après le *Therapeutische Monatshefte*).

Solis-Cohen recommande les applications locales de bromoforme. Il emploie la même substance dans la tuberculose et les autres ulcérations du larynx. Il fait précéder l'application d'un lavage à l'eau oxygénée. Le bromoforme agit comme désinfectant et comme analgésique. Cette substance est volatile et son action est fugace, c'est pour cela que Solis Cohen recommande de faire, immédiatement après, une application d'iodoforme.

GARNAULT.

**Statistique de 1,115 opérations de tumeurs adénoïdes.** (Travail lu à l'Académie de médecine le 1<sup>er</sup> décembre 1891), par le Dr E. MÉNIÈRE. (Séance de l'Acad. de méd., 1<sup>er</sup> septembre 1891.)

Rencontrées chez des sujets lymphatiques, les tumeurs adénoïdes sont très souvent héréditaires.

Chez les jeunes sujets, le diagnostic se fait plutôt par le toucher que par la rhinoscopie postérieure. Ces tumeurs entraînent des modifications : 1<sup>o</sup> du squelette (déformations de la cage thoracique de la colonne vertébrale, voûte palatine ogivale, etc.); du facies (bouche constamment ouverte, air hébété); de l'oreille (otite chronique et sclérose de l'oreille); de la constitution générale (les enfants dorment mal, ronflent, manquent d'entrain et de mémoire).

Traitemen : ablation par les pinces, et injections antiseptiques. On opère, soit en plusieurs séances, soit en une seule. Éviter le chloroforme. Sur les 1,115 opérations qu'a faites l'auteur, 1,109 ont été faites en plusieurs séances. M. Ménière a vu deux cas d'hémorragie. Il y a quelquefois un peu de mal de gorge et de fièvre à la suite de l'opération. Éviter le froid après l'intervention.

Vers 18 ou 20 ans le tissu adénoïde subit une régression marquée ; l'auteur n'a pas constaté de récidives.

JURANVILLE.

**Cyst of the middle turbinated bone. (Kyste du cornet moyen),** par le Dr CH. H. KNIGHT. In *the N. Y. Med. Journ.*, 19 mars 1892, p. 309.

Observation d'une femme dont la narine droite était entièrement obstruée par une masse ayant à première vue l'aspect d'un myxome ; mais

cette idée fut vite abandonnée, après que le palper eut démontré la dureté et la résistance de la tumeur : la muqueuse ne présentait pas la moindre trace de polypes : la cloison était légèrement déviée à gauche. La malade se plaignait d'anosmie et de céphalalgie persistante ; la respiration nasale était très difficile. On enleva avec l'anse froide les 2/3 à peu près de la tumeur ; la partie ainsi enlevée mesurait un pouce 1/4 de diamètre antéro-postérieur, 1/2 pouce de diamètre vertical, 1/2 pouce de diamètre latéral. Le reste de la tumeur fut enlevé à la pince coupante. Les suites de l'opération furent excellentes, et le soulagement apporté à la malade très grand. L'examen microscopique montra que la tumeur se composait de dehors en dedans, d'une couche d'épithélium stratifié, d'une couche de tissu connectif, vasculaire, et rempli de cellules, d'une couche de tissu connectif rappelant la structure du tissu myxomateux, enfin d'une couche d'épithélium à cils vibratiles.

Relativement fréquents, ces kystes se rencontrent le plus souvent chez les malades déjà porteurs de myxomes vrais. Ils sont dus soit à une ostéite raréfiant comme celle que l'on rencontre dans les os longs, soit, d'après une théorie récente de Macdonald, à une prolifération du bord libre du cornet qui se replie jusqu'au moment où il adhère au corps de l'os, formant ainsi une cavité close dont le contenu peut être de l'air ou du liquide muqueux ou purulent. Le kyste peut être multiloculaire ; ses cavités sont quelquefois traversées par des bandes de tissu membraneux ou de tissu osseux.

Les indications du traitement varient avec les symptômes auxquels donne lieu la présence du kyste. Ces tumeurs sont importantes à reconnaître, car elles peuvent être le point de départ d'abcès du sinus maxillaire ou des sinus voisins.

GOUZY.

**The result of treatment of the upper air passages in producing permanent relief in asthma. (Soulagement permanent de l'asthme par le traitement des voies aériennes supérieures)**, par le Dr FRANCKE H. BOSWORTH. In *The N. Y. med. Journ.*, 24 mars 1893, p. 346.

Les crises paroxystiques de l'asthme sont dues, d'après l'auteur, à trois causes : le nervosisme habituel du sujet, un état pathologique de la muqueuse nasale, et l'influence de l'état atmosphérique ; il est donc rationnel d'admettre qu'au traitement dirigé contre la muqueuse nasale, c'est-à-dire contre la principale cause de la maladie amènera une amélioration durable dans l'état du sujet.

Une première statistique, portant sur 80 malades, avait donné d'excel-

lents résultats immédiats, mais la plupart des sujets ayant été perdus de vue, le Dr Bosworth ne peut juger le bien-fondé de sa méthode sur cette tentative.

Depuis, il a traité 88 autres cas d'asthme, tant d'asthme des foins que d'asthme véritable, dont 42 furent guéris, 33 améliorés, deux restèrent sans résultat ; on ne peut parler des 11 autres, les malades ayant été perdus de vue. Dans la grande majorité des cas, les lésions nasales étaient des polypes, des déviations de la cloison ou de la rhinite hypertrophique.

Il est évident que le traitement local doit être complété par le traitement général, et que l'on trouvera des adjuvants précieux dans les précautions hygiéniques et la médication interne.

GOULEY.

**Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par MM. BERGONIÉ et MOURE. In *Archives de chirurgie de Bordeaux*, nos 3 et 4, 1892.**

Ce travail très important fixe, croyons-nous, d'une manière à peu près définitive le mode d'application de l'électrolyse dans les déviations et éperons de la cloison du nez. La partie physique du travail, de beaucoup la plus importante, y est traitée avec une grande compétence par le professeur Bergonié, et remplace par une doctrine très précise les indications un peu hésitantes de ceux qui, déjà, auparavant, avaient employé ce mode de traitement.

B. et M. étudient rapidement les déviations de la cloison ; ils exposent et critiquent les divers procédés opératoires proposés jusqu'ici (résections, opérations à la gouge, par la scie, par le drill) et arrivent enfin à l'électrolyse.

Les auteurs qui l'ont employée ne sont pas nombreux. B. et M. ne nous donnent à retenir que les noms de Miot et de Garel. Miot dont la priorité n'est pas contestée a employé les méthodes unipolaire et bipolaire, mais il préfère la méthode monopolaire avec électrode indifférente dans la narine opposée. Garel se sert de la méthode monopolaire avec une ou plusieurs aiguilles réunies en quantité. Ces méthodes ne doivent pas être conservées, elles donnent lieu à des sensations très désagréables et aboutissent souvent à des perforations de la cloison. B. et M. emploient uniquement la méthode bipolaire et les considérations qu'ils présentent, tirées de l'étude des lois de propagation des courants, sont absolument rationnelles.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'exposition de ces considérations, mais on comprend très bien que l'on désire obtenir une concentration de lignes de flux le plus grande possible suivant la ligne par laquelle doit passer la section; on comprend aussi qu'on arrive bien mieux à ce résultat en plongeant deux aiguilles dans le plan de la tumeur sur lequel doit porter la section qu'en employant un électrode indifférent; on évite aussi, dans une très large mesure, des phénomènes d'irradiation très gênants et souvent douloureux. Le procédé de Miot qui consiste à se servir d'un électrode indifférent aboutit évidemment aux perforations de la cloison, puisque toutes les lignes de flux traversent cette paroi ce qui n'arrive jamais avec la méthode bipolaire. Il est juste de dire que Garel (cité par Thilly) emploie aujourd'hui ce procédé. B. et M. font remarquer incidemment avec raison que la nature exacte des deux escharas n'est pas encore exactement connue, malgré les affirmations de Tripier. B. et M. regrettent l'emploi des aiguilles d'or et de platine; ils ont employé des aiguilles d'acier, des aiguilles de voiliers isolées par des tubes de caoutchouc ou des sondes et reliées aux rhéophores par des serres-fines. Les intensités de 18 à 20 milliampères semblent devoir être employées de préférence.

L'électrolyse des éperons et déviations de la cloison est certainement le procédé de choix (je ne serai probablement contredit que par les inventeurs d'instruments spéciaux) et pour produire cette électrolyse la méthode bipolaire avec une ou plusieurs aiguilles pour chaque pôle doit être employée dans tous les cas.

Dr GARNAUT.

**The loss of smell. (L'anosmie), par GHISLANI DURANT. In New York med. Journ., 1892, n° 23, p. 634.**

Ce travail renferme une observation d'anosmie passagère chez une femme goutteuse. En l'absence de lésions nasales, l'auteur croit devoir faire intervenir ici la goutte comme facteur étiologique, opinion déjà émise par le Dr Constantin Paul. (Bull. et mém. de la Soc. de thérapeutique, 1885).

Luc.

## II. — LARYNX, TRACHÉE

**Zwei Fälle von Pachydermia verrucosa Laryngis. (Deux cas de pachydermie verruqueuse du larynx), par le Dr EDM. MEYER, de Berlin. In Berl. klin. Wochenschr., 9 mai 1892, p. 454.**

Le second cas est classique : saillies végétantes fermes de la muqueuse

pré-aryténoïdienne, saillies de la région des apophyses vocales s'emboîtant l'une dans l'autre. Là, le diagnostic ne présentait pas de difficultés spéciales.

Il n'en était pas de même du premier cas concernant un homme de 53 ans, indemne de syphilis et de tuberculose chez lequel le laryngoscope montrait une tumeur mamelonnée, de couleur crayeuse, de consistance dure, paraissant tirer son origine de la cavité ventriculaire droite et remplissant la plus grande partie de la glotte au point de déterminer du cornage.

Les présomptions semblaient ici en faveur d'une tumeur maligne. Cependant l'examen histologique de fragments extirpés n'y ayant rien révélé de suspect, le néoplasme fut excisé par les voies naturelles au moyen de pinces coupantes. Une récidive s'étant reproduite un mois après, la tumeur fut de nouveau extraite et cette fois ne se reproduisit plus.

L'examen histologique montra un stroma de tissu conjonctif émettant sur la surface des prolongements papilliformes recouverts de nombreuses couches de cellules épithéliales dont les plus superficielles affectaient la disposition aplatie et l'aspect corné.

LUC.

**Ueber die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Du diagnostic et du traitement du cancer laryngé),** par le professeur GOTTSSTEIN, de Breslau. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 12 mai 1892, p. 421.

L'auteur insiste sur les grandes difficultés du diagnostic dans certains cas. Il cite l'histoire d'un malade de ses amis, âgé de 53 ans, chez qui le cancer débute par une infiltration en masse de la corde vocale droite qui demeura à peu près stationnaire pendant 3 années, simulant une infiltration tuberculeuse. Ce n'est qu'au bout de ce temps que l'envahissement des parties voisines commença à se produire.

L'immobilité de la corde vocale peut manquer : elle peut d'ailleurs se montrer dans le cours de la tuberculose et de la syphilis.

Souvent, dans les cas difficiles, le diagnostic ne peut être fait que par exclusion.

Le résultat de l'examen histologique de fragments extirpés n'a guère de valeur que lorsqu'il est positif.

L'intervention doit être précoce et aussi radicale que possible.

L'extirpation par voie endolaryngée doit être limitée aux tumeurs

saillantes et bien limitées et aux sarcomes. G. cite un cas de cette dernière affection qu'il a réussi à opérer radicalement par les voies naturelles.

LUC.

**Ueber primäre Entzündungen in und am Crico-arytänoidal Gelenk.**

(Des arthrites et péri-arthrites crico-aryténoïdiennes primitives),  
par le Dr GRÜNWALD, de Munich. In *Berl. klin. Wochenschr.*,  
16 mai 1892, p. 481.

L'auteur a réuni cinq faits qu'il considère comme des cas d'endo-arthrites crico-aryténoïdiennes pures et dont la symptomatologie diffère sensiblement, ainsi qu'on va le voir, de celle présentée par les auteurs (Charazac, de la Sota, Cartaz, Lacoarret, Luc) qui se sont antérieurement occupés de la question. Ces auteurs donnent en effet comme les meilleurs signes objectifs de l'arthropathie en question le gonflement de la région correspondante du larynx et l'immobilité mécanique de la corde vocale du même côté. Pour Grünwald ces signes ne prouvent pas que les lésions ne siègent pas tout simplement dans les parties molles périarticulaires.

Voici en revanche les symptômes qu'il a relevés chez ses malades et qu'il considère comme établissant une bien plus grande probabilité en faveur du siège de la phlegmasie dans la cavité articulaire.

1<sup>o</sup> Une sensation pénible toute spéciale ayant son siège sur l'un des côtés ou des deux côtés du cou, irradiant vers l'angle maxillaire, l'os hyoïde ou l'amygdale est particulièrement éprouvée pendant la déglutition.

2<sup>o</sup> Possibilité d'éveiller cette sensation en exerçant une pression sur la région crico-aryténoïdienne du côté correspondant, par l'intermédiaire du cartilage thyroïde, à sa partie postérieure et supérieure et à la faveur de sa flexibilité.

3<sup>o</sup> Possibilité de provoquer par la même manœuvre une légère crépitation sensible au toucher et parfois à l'ouïe.

4<sup>o</sup> Accroissement de la sensation pénible lorsque le malade est couché sur le dos, surtout s'il avale dans cette position qui a pour effet de faire peser toute la partie antérieure du larynx sur l'articulation malade, tandis que la déglutition tendant à s'accompagner du rapprochement des cordes vocales provoque des déplacements douloureux des surfaces articulaires.

5<sup>o</sup> Possibilité, tandis que l'on produit la crépitation sus-mentionnée en

pressant sur la région articulaire, de constater par le miroir que réellement, à ce moment, l'aryténoïde est déplacé vers la ligne médiane.

6<sup>e</sup> Possibilité enfin de réveiller la même sensation douloureuse en exerçant une pression sur l'articulation enflammée au moyen d'une sonde engagée dans l'œsophage.

Comme on le voit, ce qu'il y a de plus original dans le travail de Grünwald, c'est la constatation d'une crépitation ayant son siège au centre même de l'articulation crico-aryténoïdienne et résultant de l'état dépoli des surfaces articulaires. Aussi l'auteur va-t-il au-devant des objections qu'on pourrait lui adresser à ce propos et recommande-t-il, quand on cherche à le produire, de fixer préalablement le larynx afin de ne pas s'exposer à prendre pour une crépitation articulaire le bruit rugueux auquel donne fréquemment lieu, chez les sujets âgés, le frottement du larynx en masse au-devant des vertèbres cervicales. On évitera en outre en recherchant le *point douloureux articulaire* d'exercer la pression investigatrice trop en avant, au niveau du point de pénétration du nerf laryngé supérieur dans le larynx.

Grünwald cite ensuite, à titre d'opposition, plusieurs cas de pseudo-arthrites crico-aryténoïdiennes où les symptômes observés sont attribuables soit à une péribronchite diffuse, soit à de la péri-arthrite, soit à l'hypochondrie du malade.

Citons enfin l'observation d'un de ses malades qui, à la suite d'un refroidissement contracté pendant la guerre de 1870, présentait de brusques arrêts de la voix. Le laryngoscope montra qu'à ce moment l'une des cordes vocales s'arrêtait brusquement en abduction puis, se dégageant tout à coup comme si elle se fût déclenchée, revenait avec la même brusquerie en adduction. Grünwald suppose qu'il s'agissait là d'un trouble mécanique résultant d'un état d'irrégularité et d'aspérité des surfaces articulaires, à la suite d'une vieille phlegmasie articulaire.

LUC.

**Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. (Des fibres centripètes du récurrent et de la position médiane pathologique de la corde vocale), par le professeur H. KRAUSE, de Berlin. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 16 mai 1892, p. 479.**

Sur un certain nombre d'animaux (2 lapins, 3 chats et 4 chiens), l'auteur a sectionné l'un des récurrents et obtenu, par l'électrisation du

bout central, l'adduction de la corde vocale du côté opposé. Il en conclut que le tronc du nerf récurrent contient, outre des fibres motrices, une certaine proportion de fibres sensitives, centripètes, susceptibles d'engendrer des phénomènes réflexes, à l'occasion d'une excitation quelconque.

On s'explique ainsi tout naturellement la position médiane prise par les cordes vocales, lorsque l'un des récurrents est simplement irrité mais non complètement détruit par un processus pathologique. La conséquence de cette irritation n'est pas une paralysie limitée aux dilatateurs de la glotte (limitation inexplicable), mais bien un spasme phonatoire auquel les crico-aryténoïdiens eux-mêmes prennent part, à titre d'antagonistes, de même que, dans les conditions normales, ils participent (toujours comme antagonistes) à la production des sons vocaux.

LUC.

**Contributo sperimentale allo studio della fisio-pathologia del nervo ricorrente. (Contribution à l'étude de la physio-pathologie du nerf récurrent),** par le Dr IGNACIO DIONISIO, de Turin. In *Archiv. italiano. di Laring.*, 1892, fasc. I, p. 1.

L'auteur a cherché, dans ce travail, à trancher expérimentalement la question si longtemps débattue de savoir si la position d'adduction prise par les cordes vocales à la suite d'une compression partielle d'un récurrent, est le résultat de la paralysie des muscles abducteurs ou de la contracture des adducteurs. Pour cela, il a imaginé un moyen de mesurer, pour ainsi dire mathématiquement, la force adductrice des cordes, d'une façon comparative, pendant l'expiration physiologique et pendant la compression modérée du tronc nerveux.

Les expériences ont porté sur 7 chiens dont 5 ont été anesthésiés par la chloroformisation précédée d'une injection sous-cutanée de morphine, tandis que les deux autres n'ont pas été insensibilisés.

La trachée est dénudée et incisée, et la respiration assurée au moyen d'une canule. L'incision de la membrane thyro-hyoïdienne permet d'observer l'épiglotte et l'intérieur du larynx.

Les récurrents sont isolés au moyen d'un lien élastique. Cela fait, on introduit de haut en bas, à travers la glotte, un petit sac cylindrique, en caoutchouc, fermé inférieurement par une ligature que l'on fixe à la canule. Supérieurement, le sac communique d'une part avec une poire permettant de le remplir d'eau, d'autre part, avec un manomètre à eau.

Les parois de la portion inférieure du sac comprise dans le larynx, sont très minces et sensibles par conséquent à la moindre pression.

Le sac une fois rempli d'eau et mis en communication avec le manomètre, on constate sur celui-ci des oscillations du niveau du liquide qui s'élève pendant l'expiration et s'abaisse pendant l'inspiration. Si alors on excite électriquement les deux récurrents ou l'un d'eux, on voit le niveau du liquide dépasser de plusieurs centimètres le niveau correspondant aux plus fortes expirations. On exerce ensuite sur l'un des récurrents une compression régulièrement progressive au moyen d'une ligature serrée graduellement. Or, au fur et à mesure qu'est produite cette striction on voit les oscillations diminuer et le niveau correspondant à l'oscillation expiratoire s'abaisser peu à peu de plusieurs centimètres.

Applique-t-on alors l'excitateur électrique sur le tronc nerveux, au-dessus du point comprimé on obtient bien une légère élévation du niveau du liquide, mais notablement inférieure à celle primitivement obtenue. Au-dessous du point comprimé, l'excitation électrique ne détermine aucune oscillation.

De ces diverses expériences, l'auteur conclut que la compression graduelle et continue exercée sur le nerf laryngé inférieur, au lieu d'augmenter la force adductrice de la corde vocale, la diminue, et que la force avec laquelle la corde se place en adduction, sous l'influence de stimulations électriques du nerf à peine capables de déterminer une légère contraction de tout l'appareil musculaire avec prédominance des adducteurs, est de beaucoup supérieure à celle que déploie la corde durant la compression du nerf.

Il est donc, ajoute l'auteur, légitime de conclure que l'adduction n'est pas le résultat d'une contracture tonique, car, s'il en était ainsi, la corde devrait déployer une force adductrice supérieure à celle qui se manifeste pendant les légers mouvements d'adduction respiratoire ; or, c'est le contraire qui a lieu.

Dionisio se rallie donc à la vieille théorie de Semon et de Rosenbach et admet comme ces auteurs que, par suite de la position périphérique des fibres abductrices dans le tronc du récurrent les compressions modérées exercées sur ces nerfs entraînent la paralysie exclusive des muscles abducteurs.

LUC.

**Meine Erfolge mit der O'Dwyer'sche Intubation. (Mes résultats avec le tubage de O'Dwyer), par S. BOKAI. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, XXXIII, 3.**

Du mois d'août 1890 à janvier 1891, les sténoses laryngées que l'a-

teur rencontra à l'hôpital des enfants, furent les unes tubées, les autres trachéotomisées sans que l'on eût fait aucun choix parmi elles; depuis le mois de janvier 1891 on n'eut recours qu'à ce simple tubage, qui fut fait 109 fois avec 37 guérisons, soit 34 0/0. La trachéotomie avait été faite 45 fois. Le pourcentage des guérisons par la trachéotomie n'atteignait que 16 0/0. La plupart des enfants arrivaient à avaler au bout de 1 à 2 jours, mais dans plusieurs cas il fut nécessaire d'enlever le tube. Dans les derniers cas on enlevait le tube de temps en temps pour permettre l'alimentation et pour empêcher le *décubitus*; le tube était enlevé 24 heures après l'opération et on le remettait lorsque la respiration devenait difficile.

On n'observa le *Canulendecubitus* que dans 18 cas et 16 fois à un degré à peine perceptible, il se produisit deux fois cependant assez intense chez un enfant de 7 ans tubé, qui avait gardé la canule 86 heures et chez un enfant de 2 ans 1/2 qui avait gardé le tube 89 heures dans le larynx. Dans d'autres cas au contraire où on avait fait 5 à 7 intubations et où la canule était restée 126 à 184 heures en place, il n'y avait aucune trace de décubitus.

La broncho-pneumonie fut souvent la cause de la mort, mais on ne peut guère la considérer comme une conséquence du tubage, car on l'observe chez les opérés de la trachéotomie ainsi que chez ceux qui n'ont subi aucun traitement.

Il est nécessaire de ne pas perdre les malades de vue, de telle sorte que si le tubage est supérieur à la trachéotomie à l'hôpital, il lui devient inférieur en ville.

Dr GARNAUT.

**Tracheal syphilis, with a report of two cases. (Syphilis trachéale, avec deux observations),** par le Dr G. WRIGHT. In *the N. Y. Med. Journal*, 13 juin 1891.

Les deux observations rapportées par l'auteur mettent bien en lumière la difficulté du diagnostic de la syphilis trachéale. Dans les deux cas, les malades considérés comme tuberculeux avaient été traités comme tels jusqu'au moment où la dyspnée croissante avait rendu la trachéotomie nécessaire; malgré l'opération, la mort était survenue, dans un cas, deux jours, dans l'autre, trois mois après, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on avait pu reconnaître la nature véritable des lésions.

On peut avec Gerhardt distinguer dans la marche de la syphilis trachéale trois phases qui correspondent aux changements pathologiques:

- 1<sup>o</sup> Irritation ou ulcération ;
- 2<sup>o</sup> Dyspnée ou cicatrisation ;
- 3<sup>o</sup> Suffocation ou sténose permanente.

Les symptômes marquants sont, d'après Mauriac, la toux, l'expectoration muco-purulente, souvent sanguinolente, la douleur le long de la trachée, l'intégrité de la voix et l'abaissement du larynx. Mais tous ces symptômes ne sont pas toujours réunis et le diagnostic devient très difficile quand les lésions trachéales sont masquées par des lésions laryngées ou pulmonaires ; c'est alors au traitement général qu'on aura recours, et l'on trouvera des adjuvants précieux dans les antécédents des malades, l'examen histologique des crachats, la coexistence, sur d'autres points de l'économie, de lésions spécifiques, et surtout dans l'iodure de potassium administré à doses variables, quelquefois minimes. Quant au traitement local, la trachéotomie est nécessaire ; la dilatation avec les tubes de O'Dwyer rendra parfois de bons services.

Il est à remarquer que des maladies aiguës intercurrentes, rougeole, scarlatine, érysipèle, ont soulagé notablement et même quelquefois guéri des malades atteints de syphilis trachéale.

GOUZY.

**A case of tracheotomy for multiple neoplasms of the larynx.** (Un cas de trachéotomie pour des néoplasmes multiples du larynx), par le Dr J. SOLIS-COHEN. In *Internat. Clin.*, janvier 1892.

Un jeune homme de 22 ans souffrait depuis quelque temps d'une raucité de la voix qui aboutit vite à une aphonie complète. A la suite de deux violentes attaques de spasme laryngé, le malade est adressé à l'auteur qui après examen laryngoscopique, trouve dans le larynx des tumeurs multiples au niveau des cordes vocales, et se décide, en présence des menaces constantes d'asphyxie, à faire une trachéotomie préventive. L'opération est faite d'après la méthode du Dr Cohen, c'est-à-dire sans anesthésie générale, et le malade assis. Les suites de l'opération furent excellentes, et quelques jours après on extirpait assez facilement du larynx par la voie buccale une grosse masse que l'examen histologique révéla n'être que du tissu inflammatoire. A l'heure actuelle le cas prend rapidement l'aspect clinique de la tuberculose aiguë avec non cicatrisation des tissus au niveau de l'extirpation des tumeurs.

GOUZY.

**Papillomes du larynx chez l'enfant,** par M. le Dr PÉRIER. (Séance de l'Académie de médecine du 15 mars 1892.)

M. Périer présente un enfant de 6 ans atteint, depuis un an, d'une aphonie

nie produite par un papillome du larynx et chez lequel on a pratiqué d'abord la trachéotomie sans succès. M. Périer a fait alors deux fois la thyrotomie pour extraire les papillomes qui se reproduisaient très vite. Depuis la seconde opération la guérison paraît définitive.

JURANVILLE.

**A case of intrinsic epithelioma of the larynx.** (Un cas d'épithélioma intrinsèque du larynx), par le Dr MORRIS. J. ARCH. In *The N. Y. med. Journ.*, 27 février 1892.

Observation d'un cancer intrinsèque chez un homme de 70 ans qui pendant longtemps ne souffrit que de la raucité de sa voix. Deux examens laryngoscopiques pratiqués à une année d'intervalle ne révélèrent que les lésions d'une laryngite hypertrophique chronique.

La persistance de l'inflammation, le peu d'amélioration apporté par le traitement faisaient craindre à M. Arch une tumeur maligne et le doute ne fut plus possible lorsque, deux ans après le début des accidents, l'aphonie, la dyspnée croissante, l'amaigrissement du malade rendirent le diagnostic évident. A ce moment, la lumière du larynx était presque entièrement fermée par un gonflement irrégulier des bandes ventriculaires ; il n'y avait pas trace d'ulcération. Les accidents prirent rapidement une intensité telle qu'il fallut faire la trachéotomie. L'opération procura au malade un soulagement notable ; mais, deux mois après, il succombait après un accès de suffocation provoqué par une violente attaque d'influenza.

A l'autopsie, on trouva la maladie limitée aux bandes ventriculaires et au larynx ; les cordes vocales étaient épaissies ; il n'y avait ni érosion, ni tumeur au-dessous du niveau de la plaie trachéale.

Pour l'auteur, les cancers intrinsèques se développent beaucoup plus lentement que les cancers extrinsèques : moins actifs, ils sont moins sujets à la récidive après extirpation. Dans le cas présent, la trachéotomie que l'on avait été obligé de faire d'urgence, avait semblé, vu l'âge du malade, devoir être une opération suffisante. GOUZY.

**Observations on paralysis of the external tensors of the vocal bands.** (Remarques sur la paralysie des tenseurs externes des cordes vocales), par le Dr G. W. MAJOR. In *The N. Y. med. Journ.*, 20 février 1892, p. 209.

A la suite d'un froid violent auquel il est resté exposé plusieurs heures,

G. G..., âgé de 25 ans, devient subitement aphone, en même temps qu'il ressent une douleur légère à la partie antérieure du larynx. La respiration est bruyante, mais il n'existe pas de dyspnée. On constate à l'examen laryngoscopique que les bords libres des cordes vocales ont un contour onduleux, convexe pendant l'expiration, leur face supérieure étant légèrement concave pendant l'inspiration. Pendant les efforts de phonation les cordes vocales semblaient relâchées et ne se rapprochaient que d'une façon inconstante. Quelques jours après survint une inflammation aiguë de la glande thyroïde accompagnée d'un peu de dyspnée, mais qui céda vite à un traitement approprié. Un mois plus tard, le malade partait pour l'Angleterre n'éprouvant plus la moindre douleur, respirant normalement, mais toujours aphone. Depuis ce moment il a été perdu de vue.

La paralysie des tenseurs externes est une affection rare, et il est exceptionnel de la rencontrer, comme dans le cas présent, accompagnée de tous les signes qui la font reconnaître à coup sûr. Il est intéressant de noter la respiration bruyante et l'absence de dyspnée. La difficulté de la respiration survenue pendant l'inflammation de la glande thyroïde, sans qu'il y eût de changements dans l'image laryngoscopique, doit être attribuée à un peu de compression de la trachée.

GOULEY.

**A case of total extirpation of the larynx; recovery with a useful voice, occurring in the practice of M. Greville Mac Donald, London.**

**(Un cas d'extirpation totale du larynx : guérison avec une voie utile : survenu dans la clientèle du Dr Greville Mac Donald, de Londres),**  
par le Dr A. G. ROOT. *In The N. Y. med. Journ.*, 17 octobre 1891,  
p. 431.

J. M. B., âgé de 41 ans, vient consulter pour une aphonie dont le début remonte à six mois, et qui depuis a toujours été en augmentant. Le malade jouit d'une excellente santé, et ne présente aucune trace de tare spécifique héréditaire ou acquise. Le nez et le pharynx ne présentent rien d'anormal. L'examen laryngoscopique montre l'existence d'une large masse grisâtre, irrégulière, remplissant la moitié antérieure de la fente glottique et masquant les trois quarts antérieurs des cordes vocales. A la face postérieure de la tumeur existait une petite ulcération superficielle. La seule partie visible de la corde gauche était épaissie et congestionnée. Le malade ayant refusé l'opération radicale qui lui était proposée, on se

contente d'enlever avec la pince des fragments de la tumeur : cette intervention procure à M. B..., un soulagement notable mais qui dure peu. Quelque temps après les troubles de la phonation réapparaissent plus accusés et plus douloureux. La tumeur avait pris une extension notable, mais, le néoplasme paraissant limité à la corde vocale gauche, on propose l'extirpation partielle du larynx qui est acceptée et pratiquée quelques jours plus tard. L'opération, faite avec toutes les précautions antiseptiques, réussit on ne peut mieux, et, trois semaines après, le malade quittait l'hôpital, parlant distinctement, d'une voix pleine, quoique un peu rauque. Un mois après survint une dyspnée croissante qui ramena M. B... à l'hôpital : l'examen du larynx montra que le néoplasme avait gagné le côté droit, et la rapidité avec laquelle se développait cette nouvelle tumeur rendit nécessaire l'extirpation de la seconde moitié du larynx. Cette seconde opération réussit aussi bien que la première. Restait à résoudre le problème de donner au malade les moyens de parler. Après avoir essayé un larynx artificiel qui ne donna aucun résultat, on adapta à la partie supérieure d'une canule ordinaire de Durham un tube dont l'extrémité supérieure était très rétrécie ; on espérait ainsi produire la vibration des tissus et obtenir un son ; le résultat fut conforme aux prévisions, et aujourd'hui le malade parle : sa voix est rauque mais non monotone. Le son est produit par la vibration de la membrane muqueuse du pharynx. Pendant les repas, le tube supérieur est remplacé par un tube semblable mais dont l'orifice supérieur est fermé.

GOUZY.

**The troublesome symptoms caused by enlargements of the epiglottis, and the advisability of reducing the size of this cartilage by operative measures. (Des symptômes pénibles causés par l'augmentation de volume de l'épiglotte, et de l'utilité de réduire les dimensions de ce cartilage par une opération), par le Dr CL. RICE. In *The N. Y. Med. Journ.*, 9 avril 1892, p. 393.**

Lorsque l'épiglotte subit un changement de forme, une augmentation de volume, que ces modifications soient dues à une malformatiun congénitale, ou à une influence pathologique, elle peut provoquer des symptômes pénibles dont l'origine est souvent méconnue, et qui disparaissent vite lorsque leur cause première, le cartilage hypertrophié est ramené à ses dimensions normales. Tous ces accidents, sensation de corps étranger, déglutition constante, toux persistante suivie parfois de vomissements, de spasme de la glotte, irritation laryngée, faiblesse de la voix, sont provo-

qués par l'hypertrophie de l'épiglotte : l'entrée du larynx n'a plus ses dimensions normales, le pharynx s'enflamme par suite du frottement constant des bords de l'épiglotte au moyen du galvano-cautère, l'auteur a renoncé à ce moyen à cause de la violente inflammation qui suivait son application, et il se contente d'enlever avec des ciseaux courbes une partie des bords hypertrophiés. L'opération est suffisante pour amener la rétraction des tissus et faire disparaître les accidents. GOULY.

**Zur Ätiologie des primären Larynx croup. (De l'étiologie du croup d'emblée),** par le Dr EUG. FRÄNKEL. In *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 24, p. 564.

Dans quatre cas de croup d'emblée observés et autopsiés par lui, l'auteur a constaté que les fausses membranes renfermaient le bacille de la diphtérie. Il a en outre noté de la tuméfaction de la rate, des capsules surrénales et des follicules intestinaux.

Ces faits sont donc en opposition avec l'opinion émise par Henoch, que le croup d'emblée serait une maladie différente de la diphtérie proprement dite et indépendante du bacille Klebs-Loeffler.

— LUC.

### III. — PHARYNX

**Ueber Pharynxblutungen. (Des hémorragies pharyngées),** par le Dr CARL ROSENTHAL, de Berlin. In *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 21, p. 474.

Étude sémiologique des conditions diverses dans lesquelles cet accident peut se présenter. Il peut être d'origine traumatique (corps étrangers, opérations...) ou de cause générale. Le sang s'écoule habituellement à la surface de la muqueuse, mais il peut aussi s'accumuler au-dessous d'elle et former un hématome susceptible d'aboutir à la gangrène, ainsi que B. Fränkel en a rapporté un fait.

En cas d'hémorragie suite d'amygdalotomie, R. considère une lésion carotidienne comme exceptionnelle, il croit plutôt à une section de la branche amygdalienne de la ptérido-palatine au niveau de la capsule tonsillaire (circonstance qui empêche le vaisseau de se rétracter) ou à l'influence de l'hémophilie.

R. termine son travail par la relation d'un fait observé par lui, où, à la suite d'un violent effort, se produisit chez un homme fort et bien portant, une petite érosion à l'angle d'union des deux piliers palatins, qui

donna lieu à une hémorragie non abondante mais prolongée et difficile à arrêter.

LUC.

**L'insuffisance vélo-palatine**, par le Dr MARCEL LERMOYEZ, médecin des hôpitaux. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1892.

L'auteur dans cette étude approfondie et fort intéressante réserve la dénomination d'insuffisance vélo-palatine à un trouble congénital : le voile semble trop court et ne peut affleurer le pharynx ; en réalité, le raccourcissement n'est pas celui du voile, mais celui de la voûte osseuse, malformation rare mais définie et entraînant le syndrome nasillement sans fissure apparente. Les symptômes sont de deux ordres : il y a des troubles de déglutition, assez rares ; des troubles de phonation. Les malades présentent le type de *rhinolalie ouverte* de Kussmaul. Ils ne peuvent siffler et ne soufflent que faiblement. A l'examen direct les lèvres sont normales, les incisives supérieures mal implantées, la voûte tantôt normale, tantôt ogivale ; la muqueuse présente quelquefois un raphé médian antéro-postérieur, blanchâtre et, quand il existe, une dépression ovalaire au point de jonction de la voûte avec le voile. Le toucher montre une brièveté anormale de la voûte et au lieu du bord lisse postérieur de la voûte une profonde échancrure triangulaire observée dans tous les cas. Le voile n'est ni altéré, ni raccourci. Dans tous les cas la luette est bifide. L'espace naso-pharyngien offre deux ordres de modifications. Pendant la contraction la plus exagérée du voile, son orifice inférieur reste béant, ce qui produit le nasillement. Pendant le repos, son diamètre antéro-postérieur présente une exagération notable qui peut même sauter aux yeux, mais, en général, il faut recourir à la mensuration et à la rhinoscopie postérieure, qu'on peut dans ce cas, faire avec un grand miroir laryngien et même quand le malade fait des efforts de vomissements. Quant aux cavités nasales, elles présentent une obliquité du bord postérieur du vomer dont l'extrémité inférieure est reportée très en avant par suite du raccourcissement de la voûte. Le timbre nasillard, qui a toujours existé, diminue à la longue, le voile tendant à exagérer ses contractions.

L'étiologie est l'hérédité directe ou indirecte le plus souvent. La pathogénie peut s'expliquer par une seule hypothèse : l'insuffisance vélo-palatine est la seconde phase d'une incomplète évolution du palais caractérisée par une fissure complète de la voûte et du voile, et qui, à un moment donné, se seraient réunis imparfaitement, laissant persister l'échancrure postérieure avec atrophie du plan osseux et bifidité de la

luette, ce moment donné pouvant se rencontrer avant ou après la naissance.

Aucun traitement médical ne convient. Peu de chose à attendre du traitement orthophonique. Un appareil prothétique s'appuyant sur les bords de la fissure du palais donne un meilleur résultat. L'opération devant obtenir l'occlusion partielle du pharynx tout en laissant le passage de l'air par les narines, serait l'idéal. C'est ce qu'a tenté Passavant par plusieurs procédés, mais les résultats furent souvent insuffisants. Mieux vaut donc laisser les malades nasiller que de les exposer à la suppression de la respiration nasale qui presque toujours accompagne l'opération.

Suivent les observations, une personnelle, et le résumé de celles de Roux, Demarquay, Passavant, Trélat, Notta, Ehrmann, Wolf et Kayser.

Dans l'historique l'auteur rappelle les faits de ces auteurs et ceux de Gayrand et Langenbeck. Le nom de Luc ne figure pas sur la liste bien qu'il eût déjà employé le nom d'insuffisance du voile du palais et rapporté deux observations dans les *Archives générales de médecine* (juin 1887). Toutefois cette omission s'explique d'elle-même, car ces deux observations sont consignées dans une revue critique sur les perfectionnements apportés dans les procédés d'exploration du pharynx nasal, ce qui ne devait naturellement pas attirer l'attention au point de vue du sujet qui nous occupe.

JURANVILLE.

**Malignant diseases of the tonsils, with ten illustrative cases : the statistics and the bibliography of the subject. (Affection maligne des amygdales, avec dix observations ; statistique et bibliographie du sujet),** par le Dr NEWMAN. In *The Amer. Journ. of the med. sciences*, mai 1892, p. 487.

Considérées par la plupart des auteurs comme une maladie très rare, les tumeurs malignes des amygdales sont, d'après l'auteur de ce très intéressant mémoire, une manifestation morbide qui est loin d'être exceptionnelle puisque en quelques années il a eu l'occasion d'en observer dix cas.

Il est d'autant plus important de pouvoir les reconnaître de bonne heure que leur développement très rapide dans certains cas, l'engorgement ganglionnaire qui les accompagne, les hémorragies auxquelles elles peuvent donner lieu, sont des complications très graves et parfois mortnelles. La tumeur maligne des amygdales se présente sous des formes variées, mais le plus souvent c'est un épithéliome ou un sarcome et, dans ce dernier cas, c'est le lympho-sarcome que l'on rencontre plus fréquem-

ment. Les autres formes de cancer sont beaucoup plus rares. Enfin, dans quelques circonstances, on rencontre dans une même tumeur différentes variétés de cancer, ce qui rend le diagnostic impossible au point de vue de la véritable nature de l'affection.

Après un début insidieux qui souvent fait se méprendre sur l'existence et le caractère de la maladie, la tumeur maligne se développe plus ou moins rapidement selon qu'elle est libre ou encapsulée : la maladie s'étend peu à peu, attaque les piliers, le pharynx, la base de la langue ; les ganglions se prennent à leur tour ; la déglutition et la parole deviennent difficiles et douloureuses, l'haleine est fétide ; les hémorragies sont fréquentes et abondantes, et la mort survient par épuisement, par suffocation, par septicémie, ou par ces trois causes réunies.

Le traitement des tumeurs malignes des amygdales est une question délicate et difficile à résoudre. Dans bien des cas, 88 sur 144, d'après la statistique de l'auteur, il a été impossible d'intervenir en raison du développement rapide de la tumeur et de l'épuisement des malades. Quand une opération est possible, quelle est celle qu'il faut choisir ? Le Dr Newman rejette absolument l'intervention par les caustiques, l'écraseur, le tonsillotome, l'électrolyse. D'après lui, on ne doit hésiter qu'entre deux méthodes : l'opération par la bouche où l'opération par les voies extérieures, et dans tous les cas où l'intervention peut se faire par la voie buccale, c'est à ce procédé qu'il faut donner la préférence ; quant au traitement palliatif, il doit consister surtout dans l'antisepsie de la bouche ; les douleurs seront calmées par la cocaïne, la teinture de belladone, la morphine. Il sera parfois nécessaire de faire la trachéotomie pour remédier à la difficulté de la respiration.

Une bibliographie très complète termine ce mémoire dont nous n'avons pu donner ici qu'un faible résumé.

GOUZY.

**Contribution à l'étude des rapports des tumeurs adénoïdes naso-pharygiennes avec l'otite moyenne purulente chronique**, par le Dr WAGNIER, de Lille, *Revue de laryngologie*, 15 août 1891.

L'auteur croit que l'otite moyenne purulente est relativement peu fréquente chez les sujets porteurs de grosses végétations adénoïdes. S'il y a coïncidence des deux affections, l'otite moyenne suppurée chronique résiste plus au traitement que dans la plupart des cas en dehors de cette complication.

Après l'adénotomie, les cas rebelles eux-mêmes guérissent très vite, probablement par l'amélioration de l'état de la trompe, par suite de la

disparition de l'obstacle mécanique et surtout par la diminution de l'hyperrhémie et du catarrhe tubaire entretenus par l'hypertrophie de l'amygdales pharyngée.

Les observations de l'auteur se rapportent à des otorrhées très anciennes où l'amélioration fut produite très vite après l'adénotomie, même dans des cas où la gène respiratoire était peu marquée.

En principe, il faudrait examiner le naso-pharynx dans toutes les otorrhées et opérer toujours, même si les végétations sont peu volumineuses.

DELPORTE.

#### IV. — OREILLES

**De l'otite grippale observée à Paris en 1891, par le Dr LOEWENBERG, 1892.**

Dans cette monographie l'auteur constate que les otites grippales ont été moins nombreuses que dans l'épidémie précédente.

L'auteur signale des otites moyennes aiguës, observées surtout dans l'enfance, à début très brusque, avec fièvre et qui guérissent instantanément par la douche d'air. Il conclut à l'utilité de la douche d'air dès le début de toute otite moyenne aiguë.

Le Dr Leewenberg a observé aussi deux cas d'otites moyennes suppurées qui se terminèrent par la production d'une perforation piriforme, située derrière le manche du marteau. Dans le premier cas survenu chez une femme en bonne santé, la perforation avait été précédée d'un écoulement sanguinolent. Dans le second cas il s'agissait d'un jeune garçon syphilitique héréditaire qui avait été déjà atteint d'otites suppuratives dont les perforations s'étaient cicatrisées. Cette forme en poire des perforations, dont la queue est le long du manche du marteau serait due à ce que les fibres circulaires qui une fois rompues, par leur élasticité reviennent sur elles-mêmes, n'existent pas en ce point. Ces deux cas furent compliqués de mastoïdite et les perforations n'étaient pas encore cicatrisées lors de la rédaction de ce mémoire.

L'auteur pense que la gravité de ces cas est due à l'action de la grippe et se demande si cette perforation piriforme est propre à l'otite grippale.

DELPORTE.

**Pyémie d'origine auriculaire traitée avec succès par l'ablation d'un thrombus putride dans la veine jugulaire et le sinus latéral, par le**

Dr PARKER, de Liverpool. In *Brit. med. Journ.*, 26 mai 1892  
(d'après le *Bulletin médical*).

Le malade, atteint d'une otite chronique depuis l'âge de 14 ans, avait été reçu à l'hôpital le 18 août 1891 ; il avait de violentes douleurs dans l'oreille malade depuis une semaine environ. Depuis trois jours, il avait de continuels frissons et des vomissements ; l'insomnie était complète. La température était de 40°,5 le jour de l'entrée ; elle tomba le lendemain à 38°,8.

Dès que le malade voulait se lever, il était pris de vertiges ; dans le lit, il était dans un état continual d'assoupissement avec de courts moments de délire.

L'oreille gauche laissait écouler un pus fétide. On constatait un gonflement douloureux dans la région du cou au niveau de l'extrémité supérieure de la veine jugulaire interne ; la région mastoïdienne paraissait intacte. En présence de ces symptômes, M. Parker pensa à une oblitération de la jugulaire par un thrombus qui devait s'étendre jusqu'au sinus latéral. Les symptômes observés devaient être mis sur le compte de la phlébite des sinus.

Les signes de pyémie (frissons intenses, élévation de la température) allèrent en augmentant et le 21 août, M. Parker résolut de tenter la seule opération qui put amener la guérison, l'enlèvement des thrombus.

Il fit sous le chloroforme une incision de quinze centimètres environ le long de la veine jugulaire gauche et de l'apophyse mastoïde. La jugulaire était oblitérée par un caillot depuis son entrée dans le crâne jusqu'à l'embouchure de la faciale également thrombosée sur une étendue de trois centimètres. M. Parker réséqua toutes les parties thrombosées et enleva en même temps quelques ganglions malades qui causaient en partie la tuméfaction du cou. L'apophyse mastoïde fut trépanée ; le sinus latéral ainsi mis à nu laissait échapper une odeur fétide ; il était désorganisé et envahi par une masse purulente grisâtre. M. Parker incisa le sinus et le gratta. Toutes les parties ainsi mises à nu furent soigneusement lavées avec une solution de sublimé. Une sonde introduite dans le sinus latéral rétablit sa perméabilité à la partie supérieure et le sang qui s'écoula fut arrêté par la compression à l'aide d'un tampon de cire antiseptique.

Le malade lisait son journal le lendemain matin dans son lit comme s'il n'avait jamais rien eu et resta ainsi pendant deux jours. Au bout de ce temps, la région mastoïdienne se tuméfia à nouveau, la température s'éleva à 39°. Le malade fut de nouveau endormi ; derrière le tampon de cire il y avait du pus qui fut évacué. De plus, l'antre de l'apophyse mas-

toïde dans lequel on n'avait pas pénétré lors de la première opération fut ouvert, vidé et lavé au sublimé ; il contenait une certaine quantité de matière grisâtre.

Les jours suivants la température redevint normale ; mais on dut faire le pansement plusieurs fois par jour pour éviter une élévation thermique. Au bout de 16 jours le malade quitta son lit. On laissa un tampon d'ouate antiseptique pendant trois mois dans l'apophyse mastoïde. La plaie se ferma aussitôt que le tampon fut enlevé.

Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

**Ueber die Behandlung chronischer Ohreneiterungen. (Le traitement des otites purulentes chroniques)**, par KATZ. In *Therapeutische monatshefte*, mai 1892.

L'auteur présente quelques observations sur le traitement de l'otite purulente chronique à propos de la communication de Kafemann.

La partie intéressante à retenir de ce travail, est celle qui concerne l'action des solutions boriquées. L'acide borique est un agent précieux en ce sens qu'il ne produit aucune irritation, mais il est peu soluble et dans les conditions ordinaires son pouvoir antiseptique est très faible. Ce corps peut même devenir dangereux si l'on emploie des solutions qui contiennent de l'acide en excès, le dépôt pulvérulent peut fermer les orifices des cellules mastoïdiennes et déterminer de violents abcès par rétention, comme l'a observé Schwartz. Jönicke a introduit dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, des solutions qui contiennent 60 0/0 et qui sont de puissants microbicides sans avoir de propriétés toxiques : le sodium tétraborique neutre, qui se développe en chauffant ensemble des parties égales de borax, d'acide borique et d'eau, et le sodium tétraborique alcalin, mélange de 5 parties d'acide borique et 10 parties 1/2 de borax à chaud. Katz a obtenu d'excellents résultats avec ces deux substances.

GARNAULT.

**Beitrag zur Sinus thrombose. (Contribution à la question de la thrombose des sinus)**, par le Dr HANSBERG, de Dortmund. In *Monatsschr. f. Ohrenheil.*, 1891, n° 1, p. 1.

Un jeune homme de 16 ans, est pris, dans le cours d'une otorrhée chronique gauche, de fortes douleurs dans l'oreille, de fièvre intense et de frissons répétés. Il existe une très large perforation tympanique d'où s'écoule du pus fétide. La région mastoïdienne ne présente ni gonflement,

ni rougeur de la peau, ni sensibilité à la pression. La région rétro-maxillaire est sensible mais non gonflée. Bien que le diagnostic reste en suspens entre une ostéite mastoïdienne, une méningo-encéphalite et une phlébite d'un sinus, l'auteur propose l'ouverture de l'antre mastoïdien. Cette opération n'est acceptée et exécutée que 11 jours après le début des accidents : incision le long de l'insertion du pavillon qui est attiré et maintenu en avant, ouverture de l'antre et excision avec la gouge de la paroi postérieure du conduit auditif osseux, introduction d'une sonde de Hartmann dans la cavité tympanique par l'antre, puis large excision de la paroi externe de l'atticus établissant une facile communication entre la caisse et l'antre. Extraction de l'enclume. Constatation sur la face externe de l'apophyse mastoïde en haut et en arrière d'une zone décolorée qui attaquée avec la gouge livre passage à un jet abondant et pulsatile de liquide sanieux venant manifestement du sinus latéral. Tamponnement iodoformé de la large brèche osseuse ainsi produite.

Grande amélioration pendant les 3 jours suivants, chute de la température, retour de l'appétit; mais, le 4<sup>e</sup> jour, réapparition de la fièvre, douleurs abdominales, puis manifestations pleuro-pneumoniques à gauche; mort au bout d'un mois, avec conservation de la connaissance, au milieu de manifestations pyohémiques disséminées.

L'autopsie du crâne est seule permise : elle établit l'existence d'une thrombose occupant non seulement toute l'étendue du sinus latéral gauche, mais encore le sinus pétreux supérieur, le sinus transverse et la totalité du sinus longitudinal supérieur.

L'auteur insiste sur l'absence de signes du côté de la veine jugulaire, sur l'absence de symptômes mastoïdiens et sur l'amélioration considérable observée à la suite d'une intervention malheureusement tardive qui, pratiquée plus tôt, aurait vraisemblablement sauvé le malade.

LUC.

Über operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie won affectionen des Kopfes und der Ohren, Schwindel, veranlasst durch chronischen catarrh des Trommelfells. (Des opérations destinées à améliorer non seulement la surdité mais encore certains symptômes oto-céphaliques tels que le vertige causés par le catarrhe chronique de l'oreille moyenne), par SAMUEL SEXTON, de New-York. In Zeitschr. f. Ohrenheilk., juin 1891, p. 110.

Tout travail d'un auteur conscientieux donnant l'espoir d'obtenir quelque amélioration d'une affection aussi rebelle que le catarrhe sec de l'oreille moyenne.

reille moyenne, offre évidemment un grand intérêt. C'est donc avec curiosité que nous avons lu l'article sus-mentionné, mais nous devons ajouter que cette lecture ne nous a pas pleinement satisfait.

S. nous y donne la relation de 7 faits concernant des sujets encore jeunes atteints pour la plupart de surdité bilatérale remontant à quelques années et accompagnée de symptômes subjectifs pénibles au milieu desquels prédominaient les bourdonnements.

Sur ces malades, l'auteur a pratiqué soit des deux côtés, soit seulement du côté le plus malade la résection de la membrane tympanique avec ablation du marteau seul ou du marteau et de l'enclume. A la suite de cette intervention : amélioration notable de l'ouïe et diminution ou cessation des phénomènes subjectifs. Voilà assurément de fort beaux résultats qui malheureusement se trouvent passablement en désaccord avec les données de l'expérience de la plupart des auteurs.

Aussi serait-on heureux de trouver dans chacune de ces observations un diagnostic précis indiquant exactement à quelle forme de surdité s'attaquait l'opérateur.

Or, cela nous paraît être le point faible, la lacune de l'article en question. Dans le 6<sup>e</sup> fait, l'aspect du tympan n'est même pas décrit. Nulle part il n'est fait mention des antécédents des malades, de leur constitution. Il eût pourtant été intéressant de savoir si les cas améliorés appartenaient à cette forme d'otite sèche propre à la diathèse goutteuse ou arthritique et dont nous connaissons trop la marche inévitablement progressive. Dans deux cas il s'agissait de lésions consécutives à une otite moyenne suppurée (obs. I et III) et ici le succès opératoire se comprend même.

Quoi qu'il en soit le *modus faciendi* de l'auteur nous paraît offrir quelques points nouveaux dignes d'être mentionnés.

Son but principal semble avoir été d'établir une brèche permanente au niveau de la membrane tympanique. Or l'on sait la tendance que présente cette membrane à se régénérer après qu'on en a pratiqué l'excision.

L'auteur ne s'est pas préoccupé d'enlever avec la membrane le rebord osseux sur lequel elle prend son insertion, procédé qui avait été considéré jusqu'ici comme le meilleur moyen de s'opposer à cette régénération. Il soumet son opéré à un régime spécial d'où la viande est exclue. Si malgré cette précaution la membrane se régénère, il en pratique l'excision à nouveau une ou deux fois et prétend qu'on arrive ainsi à épuiser la tendance régénératrice.

Quand il se propose d'opérer l'ablation de l'enclume, il enlève cet osselet avant le marteau et croit mieux éviter ainsi la blessure de la corde du tympan, une fois que l'on a sectionné l'attache de la grande branche de l'enclume avec l'étrier, le premier de ces osselets s'abaisse de lui-même et est saisi sans trop de difficulté.

Comme agent anesthésique, l'auteur emploie le mélange suivant :

Alcool.....	1
Chloroforme.....	2
Éther.....	3
	Luc.

**Un cas d'ostéome de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe**, par le Dr LICHENBERG, de Budapest. *Revue de laryngologie*, 15 août 1891.

Le seul point intéressant est que, contrairement à la règle, cet ostéome s'était développé aux dépens du conduit cartilagineux. Après l'opération, il y eut un rétrécissement du tiers antérieur du conduit par collapsus de la paroi opérée, dû soit à l'atrophie du point d'insertion soit au manque d'appui de cette partie du conduit.

DELPORTE.

## BIBLIOGRAPHIE

**Maladies de la bouche et du pharynx**, par A. RUAULT. Extrait du *Traité de médecine* publié sous la direction de MM. Charcot, Boucharde et Brissaud.

Nous retrouvons dans cet excellent livre les qualités de clarté et de précision auxquelles l'auteur nous avait habitués dans ses précédents écrits.

L'ouvrage est divisé en deux parties : maladies de la cavité buccale ; maladies du pharynx et de ses annexes.

Dans la première partie, nous signalerons la question de contagiosité du diabète par la gingivite diabétique, que l'auteur pose d'après le travail de M. Fouquet (du Caire) ; la question de l'origine bovine de la

stomatite aphtheuse, l'exposé des travaux de MM. Roux et Linossier sur la culture des saccharomyces. Enfin cette première partie contient encore l'étude de l'eczéma de la langue et de la leucoplasie, deux affections bucales dont la nature n'est pas encore connue et qui ont été étudiées jusqu'ici surtout par les dermatologistes.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Ruault est la plus importante, c'est l'étude des maladies de la gorge. Après avoir passé en revue les troubles nerveux et circulatoires du pharynx, chapitre dans lequel nous recommandons l'exposé de l'urticaire œdémateux du pharynx et de l'œdème angioneurotique, M. Ruault arrive à l'étude des angines. Celles-ci sont divisées en spécifiques et non spécifiques. Les angines spécifiques n'ont qu'un représentant, la diphthérie, à laquelle l'auteur consacre un soin et une étendue bien dignes de son importance.

Les angines non spécifiques, aiguës et chroniques, sont davantage du ressort du spécialiste qui trouvera dans ce travail, exposé clairement, l'état actuel de nos connaissances sur toutes les questions dont il a à s'occuper journellement.

Dans les chapitres consacrés à l'étude des angines aiguës, on lira avec fruit l'étude de leur nature et de leur étiologie, ainsi que l'exposé des théories de la phagocytose. Parmi les angines chroniques, nous ne pouvons que signaler, après une excellente étude générale de la question, les chapitres consacrés à l'amygdalite lacunaire caséeuse, à l'hypertrophie amygdalienne, aux végétations adénoïdes, aux maladies de l'amygdale pharyngée, à la pathologie de l'amygdale linguale, et aux granulations du pharynx.

Nous croyons qu'on appréciera surtout dans cet ouvrage, le soin avec lequel M. Ruault a tenu à rattacher à la pathologie générale des maladies qui ne sont souvent locales qu'en apparence.

Quant à la thérapeutique spéciale, elle n'est qu'indiquée, puisque l'ouvrage s'adresse, non pas uniquement au spécialistes, mais au public médical tout entier.

M.

**De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, par le Dr CHABORY.**

Le travail de M. Chabory est rempli d'observations fort intéressantes dont quelques-unes sont personnelles.

L'auteur conclut à l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire par action réflexe : asthme, asthme des foins, toux, éternuement,

laryngite, etc. Toutefois, souvent on se trouve en présence des manifestations d'une diathèse qui évoluent simultanément et sans avoir entre elles des rapports de cause à effet.

Dans certains cas l'appareil respiratoire est atteint par la propagation du processus pathologique dont la muqueuse nasale est le point de départ.

La suppression de la voie nasale peut amener l'inflammation de la muqueuse respiratoire et des phénomènes spasmodiques.

Comme accidents éloignés, l'auteur signale l'emphysème pulmonaire et les déformations thoraciques.

JURANVILLE.

**Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale,  
par le Dr POTIQUET.**

Ces déformations sont fréquentes et se montrent surtout à partir de la 7<sup>e</sup> année. Elles se présentent sous forme de courbures avec ou sans épaissement et très variables comme degré. L'auteur insiste sur ce fait que le septum est primitivement une lame cartilagineuse qui, à mesure que l'ossification l'envahit en arrière et en bas pour constituer le vomer, en arrière et en haut pour former la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, continue néanmoins à se développer. Toute déviation du vomer ou de la lame perpendiculaire a été à l'origine une déviation de la lame cartilagineuse, et, plus tard les parties osseuses qui se substituent à la lame cartilagineuse ne font que suivre une direction imposée. Il semble même que le vomer tende à niveler les inégalités de la lame cartilagineuse. Les incurvations sont dues à ce que cette lame s'adapte imparfaitement aux changements de rapports du cadre osseux qui se modifie avec la croissance.

Les opinions sont très variées pour expliquer ces déformations. On a invoqué la pression du tissu érectile des cornets, la scrofule, la syphilis, les végétations adénoïdes, mais deux seulement sont à retenir : Le traumatisme, et le manque d'harmonie entre le développement de la cloison et celui du cadre osseux qui l'enchâsse.

L'anatomie comparée peut jeter la lumière sur ces problèmes de l'anatomie humaine. D'abord, la symétrie des organes est d'autant moins parfaite qu'on s'élève du singe anthropoïde à l'homme, et surtout l'Européen. Celui-ci n'est jamais symétrique et cette asymétrie va s'accentuant à mesure que le sujet se développe. L'incurvation de la cloison suivra donc la loi générale et s'incurvera à mesure que l'homme avancera en âge. Mais, il y a une inflexion normale que subit le septum de la

naissance à l'âge adulte ; c'est une inflexion antéro-postérieure, une sorte de mouvement de rotation que cette lame décrit autour du corps du sphénoïde pris comme centre. Ce mouvement tient à ce que le maxillaire supérieur s'accroît proportionnellement beaucoup plus dans le sens vertical que dans le sens transversal. Il est admissible que la lame cartilagineuse éprouve de la difficulté à s'adapter à ce mouvement d'inflexion antéro-postérieur et que par suite elle doit s'incurver latéralement. L'auteur élucidera ce point dans une étude ultérieure.

JURANVILLE.

**Estudios clinicos sobre Laryngologia, Otologia y Rinologia, su practica y enseñanza actual en Europa. (Études cliniques sur la pratique et l'enseignement de la laryngologie, de l'otologie et de la rhinologie en Europe)**, par le Dr RICARDO BOTEY, de Barcelone.

Dans un court préambule, l'auteur nous apprend que désirant, après l'achèvement de ses études générales de médecine, se consacrer spécialement à la laryngologie et à l'otologie, il a entrepris un voyage dans tous les pays d'Europe où cette spécialité est enseignée officiellement ou non. Dans ce but, il s'est arrêté longuement dans notre pays, non seulement à Paris, mais à Lyon et à Bordeaux, employant la plus grande partie de son temps à fréquenter les cliniques laryngologiques les plus réputées. La brochure que notre distingué collègue de Barcelone vient de nous adresser a trait exclusivement à l'enseignement français ; elle représente les impressions de l'auteur sur l'état actuel de cette branche spéciale de la médecine dans notre pays, et c'est avec un vif intérêt que nous avons pris connaissance de ce travail éminemment consciencieux et parsemé de réflexions et de critiques judicieuses et partant fort dignes d'être mises à profit par nous.

Après une description très exacte des diverses cliniques qu'il a visitées et suivies chez nous et des particularités par lesquelles chacune d'elles se distingue plus ou moins des autres, l'auteur envisageant d'un coup d'œil d'ensemble l'organisation de la laryngologie et de l'otologie en France s'étonne (et c'est le sentiment assez communément exprimé par les médecins étrangers qui nous rendent visite) que cette branche importante de la médecine n'ait pas encore reçu chez nous la consécration d'une chaire officielle.

Voici comment il s'exprime à ce sujet, à propos de la faculté de Lyon. Ce qu'il dit fort judicieusement de cette ville s'appliquerait peut-être bien aussi à d'autres villes de France.

« Ainsi que nous le savons, dit notre collègue, pas plus à Lyon, « seconde capitale de la France, que dans toutes les autres facultés de la « république, notre voisine, la laryngologie et l'otologie n'existent en « tant qu'enseignement officiel. Si singulière que puisse paraître cette « lacune, elle est une réalité et une réalité d'autant plus regrettable que « ce ne sont ni les hommes de valeur, ni les éléments de travail qui « manquent à Lyon. A un pareil état de choses je ne puis trouver que « deux raisons explicatives: sa seigneurie l'inepte mais toute puissante « *routine* et le *dédain suprême* avec lequel on considère dans la « ville en question ce que l'on est convenu d'appeler les spécialités et les « spécialistes; ou au moins *certaines* spécialités...

« Ainsi, à Lyon, la dermatologie et la syphiligraphie, branches pour- « tant bien spéciales de la médecine, de même que la gynécologie et « l'ophtalmologie sont tenues en haute estime et figurent, comme elles « le méritent, au programme des cours, tandis que jusqu'ici les affections « de l'ouïe, du larynx et des fosses nasales ont été considérées comme un « sujet d'étude d'une importance quelque peu inférieure. J'oseraï même « avancer, sans craindre de me tromper beaucoup, qu'aux yeux de bon « nombre de médecins, otologistes et laryngologues sont des sortes de « médecins incomplets, tournant dans un cercle étroit et à qui il ne reste « plus rien à apprendre, une fois qu'ils savent convenablement pratiquer « le cathétérisme de la trompe d'Eustache, ou cueillir un polype sur une « corde vocale ; en somme *quelque chose de plus qu'un dentiste* « *mais quelque chose de bien inférieur à un chirurgien*.

« Cet état de choses est dû en grande partie à l'idée erronée que l'on « se fait généralement des études oto-rhino-laryngologiques. La plupart « des médecins sont portés à croire (surtout quand ils n'en ont pas fait « l'essai) qu'ils seront toujours à même d'examiner suffisamment un nez, « une oreille, un larynx ; que ce sont ici choses qui s'apprennent toutes « seules, ou même qui ne s'apprennent pas du tout. On ne se figure pas « le moins du monde qu'il s'agit ici d'explorations *difficiles, demandant à être enseignées pour être connues* et que cette chirurgie « locale est bien plus délicate que celle qui consiste à amputer des membres, « sans compter qu'elle est d'une pratique bien plus journalière. Il résulte « de là que ceux même qui acceptent ces spécialités n'admettent pas « qu'elles exigent un enseignement régulier ni une chaire spéciale, les « regardant à peine comme une branche de la médecine et de la chirur- « gie ; et comme le professeur de pathologie a bien soin de ne pas s'ayen- « tur sur ce terrain périlleux pour lui, faute de lui être famillier, il

« s'ensuit que ses auditeurs n'entendent jamais parler des maladies en question.

« Et voilà pourquoi les « spécialités » continuent d'être reléguées dans la catégorie DES CHOSES QU'IL EST OFFICIELLEMENT PERMIS D'IGNORER ; voilà pourquoi nombre de médecins exercent leur art sans connaître autrement que par ouï dire l'aspect d'une corde vocale ou l'image d'une perforation tympanique. Assurément un examinateur sera sans pitié pour le candidat qui se montrera nul sur la question de la résection du coude ou de la ligature de l'iliaque interne et pourtant ce sont là des opérations qu'il n'aura guère l'occasion de pratiquer dans toute sa carrière tandis qu'il aura chance d'être consulté, chaque jour de sa vie, pour des affections de l'oreille et de la gorge. »

On nous pardonnera cette longue citation. Nous ne saurions en effet trop connaître ce que les étrangers pensent de nous, surtout quand il s'agit de critiques aussi justes et aussi exemptes d'animosité que celles que l'on vient de lire.

Luc.

**Stricture of the larynx. (Rétrécissement du larynx), par le Dr SOLIS-COHEN, de Philadelphie.**

Chez un enfant de 5 ans, une grave attaque de diptéria suivie de l'apparition de papillomes multiples dans le larynx rend la trachéotomie nécessaire : à trois reprises différentes, à un intervalle de quelques mois, on est obligé de rouvrir la plaie laryngée pour enlever les papillomes qui se reproduisaient constamment. A la suite de ces opérations répétées il se produisit dans le larynx un rétrécissement de forme irrégulière qui rendit nécessaire le port incessant de la canule trachéale. Pendant 8 ans des tentatives de dilatation du larynx furent faites à intervalles plus ou moins éloignés mais sans résultat appréciable. L'enfant a aujourd'hui 13 ans, sa glotte est déformée, le rétrécissement du larynx empêche les cordes vocales de se réunir : mais ce rétrécissement étant survenu petit à petit, les craintes de suffocation sont moins à craindre, le malade ayant peu à peu pris l'habitude de respirer avec un volume d'air moindre. Après avoir habitué le sujet à rester un temps de plus en plus long sans sa canule, la dilatation du larynx fut faite progressivement avec les dilatateurs de Schrotter et le dilatateur de l'auteur. Sept semaines après le début du traitement, l'enfant respirait très librement sans la canule et les résultats obtenus au point de vue de la dilatation étaient très favorables.

GOUZY

**Tafel des menschlichen Gehörorganes in Farbendruck mit erklärenden**

**Text.** (Planche coloriée représentant l'organe auditif humain; avec texte explicatif), par le Dr G. SANDMANN, chez von Boas et Hesse, à Berlin.

Cette planche assez grande pour figurer à un cours donne les détails essentiels de configuration de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et du labyrinthe.

**OUVRAGES REÇUS**

1<sup>o</sup> *A case of tracheotomy for multiple neoplasms of the larynx*, par le professeur J. SOLIS-COHEN, de Philadelphie.

2<sup>o</sup> *Stricture of the larynx*, par le même.

3<sup>o</sup> *The symptoms and pathological changes in the upper Air Passages in Influenza*, par le même.

4<sup>o</sup> *A very irregular foreign body in the alimentary tract safely voided under the « potato » treatment*, par le même.

5<sup>o</sup> *Cyst of the middle turbinated bone*, par Ch. H. KINGHT, de New-York.

6<sup>o</sup> *Un grosso tumor cistico del etmoide*, par le Dr G. STRAZZA, de Gênes.

7<sup>o</sup> *Traitemenr de l'hypertrophie des amygdales*, par le Dr MOURE, de Bordeaux.

8<sup>o</sup> *De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire*, par le Dr FÉLIX CHABORY, du Mont-Dore.

9<sup>o</sup> *Extirpation, par voie naturelle, des papillomes multiples du larynx chez l'enfant*, à l'aide d'une nouvelle méthode : l'intubation avec tube fenêtré, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux.

10<sup>o</sup> *Contribution au traitement des sténoses nasales*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

11<sup>o</sup> *Esposizione clinica della chirurgica dei sani nasali*, par le professeur V. COZZOLINO, de Naples.

12<sup>o</sup> *New method of inflating (catheterising) the middle ear*, par J.-M. BALL, de Keokuk.

13<sup>o</sup> *Sur les résultats du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore*, par le professeur CHIARI, de Vienne.

*Le Gérant: G. STEINHEIL.*

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX

---

QUELQUES OBSERVATIONS  
RELATIVES A L'ÉRYSIPÈLE DU LARYNX

Par le Dr **Sokolowski**, médecin en chef de l'hôpital du Saint-Esprit, à  
Varsovie.

---

Au commencement de cette année, j'eus l'occasion d'observer, dans ma clientèle privée aussi bien qu'à l'hôpital, quelques cas très rares et très intéressants d'érysipèle du larynx ; les quelques symptômes caractéristiques que j'y ai relevés, ainsi que la rareté de l'affection, ne peuvent manquer, je pense, de rendre intéressantes les observations qui vont suivre.

Le 27 février dernier, je fus appelé auprès d'une jeune personne, au service de M<sup>me</sup> C..., qui était déjà venue me consulter, quelque temps auparavant, au sujet d'une bronchite à répétition, aggravée par une localisation dans un des sommets. Mon collègue, le Dr Wionewski, qui avait jusqu'alors soigné la malade, eut la bonté de m'informer que, huit jours auparavant, elle avait été prise subitement de violents frissons qui s'étaient répétés plusieurs fois les deux jours suivants et avaient déterminé une faiblesse générale et une sensation d'abattement profond. Ce n'est que le quatrième jour que se firent sentir de vives douleurs dans le cou et une dysphagie accentuée, accompagnée d'une fièvre persistante de 39° et de frissons incessants ; le même jour la fièvre atteignit 40° ; la déglutition était devenue impossible, l'affaiblissement considérable.

Le Dr Wionewski, appelé le 25 février, constate l'état suivant : La ma-

lade se plaint de violents frissons et de vives douleurs dans le cou, ainsi que d'une dysphagie complète; la température du corps est de 40°; le pouls marque 120 pulsations; la langue est très chargée et la muqueuse du pharynx entier, fortement congestionnée. L'amygdale gauche, ainsi que la moitié gauche de la voûte palatine, est légèrement gonflée. Les ganglions lymphatiques des deux côtés du cou sont considérablement tuméfiés et douloureux à la pression; la voix est restée tout à fait claire. La douleur ressentie à la pression sur la région du larynx est insignifiante. Les organes de la poitrine ne présentent pas de modification notable. La rate est augmentée de volume et se sent distinctement au toucher. Le 26 février, la température du corps est de 40°,6, le matin; de 41°, le soir. La malade se plaint de continuels frissons. Le Dr Wionewski et le Dr Chetchowski constatent dans les lacunes de l'amygdale gauche quelques taches jaunes peu considérables présentant les signes caractéristiques d'une angine lacunaire (folliculaire). Le soir du même jour, la voix devient fortement enrouée.

C'est le 27 février que je vois la malade la première fois. Elle se plaint de violents frissons, ainsi que de vives douleurs pendant la déglutition. La voix est très enrouée. Les ganglions lymphatiques du cou et ceux de la région submaxillaire sont gonflés de l'un et de l'autre côté et sensibles à la pression. La muqueuse du pharynx est fortement congestionnée; on ne découvre aucun enduit. L'examen au laryngoscope donne les résultats suivants: la paroi postérieure du larynx et surtout la région aryténoïde droite est fortement rouge et hyperhémie; la rougeur et l'hyperhémie gagnent, au côté droit, le ligament aryépiglottique; les fausses cordes sont rougies, hyperhémies et œdémateuses; les vraies cordes vocales ne sont pas visibles.

L'examen était douloureux par suite d'une très forte hyperhémie de la langue; à part une tuméfaction de la rate, rien d'anormal à constater dans les autres organes.

Je diagnostiquai une laryngite phlegmoneuse aiguë. J'ordonnai des sanguins, de la glace à avaler et des toniques. Le soir du même jour, il y eut, en même temps qu'une fièvre persistante de 40°,8, une forte déperdition de forces, des vomissements, des selles involontaires et la malade se trouvait presque dans un état de collapsus.

Le lendemain, il n'y avait pas de changement, ni dans l'état local du larynx, ni dans l'état général de la malade; la température, qui était, le matin, de 40°,5, atteignit, le soir, 41°; la malade rendit tout ce qu'elle avait pris, tomba dans un état d'affaiblissement rapidement progressif et,

de temps à autre, fut prise de délire. Le 1<sup>er</sup> mars, la température était, le matin, de 39°,3 ; la malade put avaler un peu de liquide. En examinant le larynx, je constatai que l'hyperhémie de la paroi postérieure était moindre que la veille ; l'enrouement avait également diminué. La malade toussait moins fréquemment et expectorait une petite quantité de pus séreux présentant quelques traces de sang. L'examen des organes de la poitrine n'y amena la découverte d'aucune lésion. La température était, le soir, de 40°,7 ; il survenait encore, de temps à autre, du délire.

La malade se sent mieux subjectivement, bien que la température atteigne, le matin, 40°,7 ; elle a la voix enrouée ; elle avale et parle sans difficulté. La paroi postérieure du larynx est moins hyperhémiee ; les vraies cordes vocales sont déjà visibles. Le soir, la température est de 40°,2. Amélioration obtenue sans trouble ; l'état général n'est pas particulièrement bon ; la malade tousse d'une façon continue.

Comme les symptômes de gonflement inflammatoire du larynx, qui pouvaient expliquer la température élevée et l'état grave de la malade, avaient rapidement diminué, le cas nous parut énigmatique et je me vis obligé, en raison de la persistance d'une fièvre aussi forte, de supposer l'existence d'un processus dans une région plus profonde. En présence de la toux persistante et des traces de sang relevées dans des crachats, je me demandais s'ils n'existaient pas dans les poumons un processus catarrhal ou tuberculeux. Mais l'examen minutieux des crachats, fait le même jour dans mon laboratoire, n'amena aucune découverte, ni de bacilles de la tuberculose, ni d'autres agents pathogènes spécifiques.

Ce n'est que le 29 février que j'eus l'explication de la persistance de la fièvre ; l'aile nasale gauche commença à rougir et à s'hyperhémier, et, en même temps, se développaient rapidement les symptômes typiques d'un érysipèle de la face.

Je n'ai pas besoin de relater la marche ultérieure de la maladie ; je ferai seulement cette remarque que la guérison de cet érysipèle de la face fut longue et difficile. La fièvre se maintenait à 40° et ce n'est que le 12 mars que la température redevint normale. Au bout de quelques jours, cependant, la rougeur s'étendit au tronc, pendant que les frissons revenaient, et que la fièvre redevenait intense comme auparavant. Cette récurrence ne dura pas longtemps ; la température retomba à l'état normal et le processus ne s'étendit pas davantage. La malade, bien que très affaiblie, s'est rétablie entièrement, quoique très lentement.

Dans le présent cas, j'avais affaire à un processus phleg-

moneux grave du larynx (phlegmon du larynx, laryngite phlegmoneuse), qui se manifeste, comme l'on sait, principalement sous deux formes cliniques : la première, et la plus fréquente dans mon pays, a été décrite par moi, en 1888, dans un article intitulé : « *Laryngitis phlegmonosa (submu-cosa) idiopatica* » publié dans la *Gazeta Lekarska* et qui comportait, outre la description détaillée de cette forme d'affection, toute une série d'observations faites par les malades. Ce processus, bénin au fond, se déclare le plus souvent sans accompagnement de fièvre. Il est caractérisé par une hyperhémie plus ou moins forte de la paroi postérieure du larynx, qu'il attaque à l'exclusion de toute autre partie, mais s'étendant aussi parfois à l'épiglotte, il détermine une sensation subjective de dysphagie plus ou moins prononcée. Dans la majeure partie des cas, la durée n'en est que de quelques jours et l'issue en est presque toujours heureuse ; ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il peut se produire des symptômes d'un rétrécissement de la glotte, nécessitant parfois l'opération de la trachéotomie.

La deuxième forme, extrêmement rare dans nos pays, a été signalée la première fois, en 1886, par le professeur Massei, de Naples, qui nous en a donné la description dans un travail intitulé : « *L'érysipèle primitif du larynx* » et qui renferme la relation de 13 cas d'inflammation phlegmoneuse grave qu'il s'est efforcé de ranger sous ce titre. Dans tous les cas de Massei, l'affection s'est déclarée subitement, avec accompagnement de fièvre intense, de dyspnée forte, de dysphagie accentuée et d'enrouement. L'examen au laryngoscope révélait un fort gonflement œdémateux de l'épiglotte, de la paroi postérieure et des ligaments aryépiglottiques, et qui rendait impossible l'examen de l'intérieur du larynx. Il y eut guérison dans quelques-uns de ces cas, mais il y eut mort dans d'autres cas où, comme dit Massei, « le processus érysipélateux avait gagné les poumons ». Dans aucun des cas de Massei le processus ne s'est étendu au visage et aucun, non plus, n'a été

l'objet d'un examen bactériologique. Le tableau clinique de Massei, malgré ces lacunes, n'en présente pas moins des symptômes pathologiques classiques dont l'ensemble est suffisant pour nous autoriser à établir une forme distincte dans les affections nosologiques. Le cas que je viens de décrire est un exemple typique du tableau de la maladie décrite par Massei, avec cette différence, toutefois, que l'apparition d'un érysipèle consécutif de la face, a fait connaître clairement, même sans l'aide d'un examen bactériologique, le facteur étiologique de l'affection, c'est-à-dire l'infection par l'érysipèle.

La justesse des vues de Massei a été confirmée par d'autres auteurs ; c'est ainsi que, par exemple, Fazano, de Naples, a démontré, en 1887, l'existence, dans un cas mortel, de coccus spécifiques de l'érysipèle, que l'examen bactériologique y avait relevés. Des observations analogues ont été faites et publiées, la même année, par Schech, de Munich, Semon, Bryson-Delavan et d'autres. Dans ces derniers temps, c'est Gerling, de St-Louis (dans la *Centralblatt für Laryngologie*, 1890) qui nous a donné la relation d'un cas d'érysipèle du larynx, observé chez trois enfants de la même famille, qui sont morts en présentant des symptômes d'œdème et de rétrécissement de la glotte et dont l'un était, en outre, affecté simultanément d'un érysipèle de la face.

Quant à l'étiologie de l'affection en question, il n'y a pas de doute que les gonflements œdémateux graves du larynx ne dépendent d'une infection érysipélateuse. Cependant, dans le cas que j'ai observé et décrit, le processus a commencé dans le pharynx, et le Dr Chetchowski y a constaté, dès les premiers jours, l'image typique de l'angine lacunaire où l'on peut reconnaître, dans les lacunes des amygdales, attaquées par le processus pathologique, de nombreux streptococcus et des diplococcus rappelant des pneumococcus, ainsi qu'il résulte des recherches anatomiques exécutées de concert avec le Dr Dmochowski (voir mon article : Contribution à la pathologie et la thérapeutique des processus inflamma-

toires des amygdales). Dans ce travail, qui avait pour but exclusif des recherches pathologico-anatomiques, nous n'avions pas, il est vrai, fait de recherches bactériologiques basées sur des cultures, mais, dans ces derniers temps, Sentdner, de Munich (v. « *Contribution à l'étiologie de l'angine folliculaire* », *Münch. Med. Wochens.*, n° 26, 1891) en faisant de l'angine folliculaire l'objet de minutieuses recherches bactériologiques, a constaté, dans cette affection, la présence de streptococcus pyogènes et de streptococcus de l'érysipèle et en a tiré cette conclusion, qu'un érysipèle peut se développer à la suite d'une angine lacunaire. Même dans notre cas, le processus primaire avait, selon toute vraisemblance, son siège dans l'amygdale et était, au début, à vrai dire, une angine lacunaire. Ce n'est que dans la suite que l'affection s'est étendue d'un côté, le long des ganglions lymphatiques, au larynx et même, paraît-il, aux poumons (toux opiniâtre, crachement de sang), puis, de l'autre côté, elle est remontée jusqu'aux fosses nasales (obstruction et saignement du nez) et a fini par gagner la peau du visage.

Dans ces derniers temps, j'ai eu l'occasion d'observer un cas dont la marche avait plusieurs points de ressemblance avec le précédent et dont l'issue a été fatale.

Mme V..., âgée de 60 ans, vint me consulter à l'hôpital, le 27 mai dernier; elle se plaignait d'un enrourlement, de douleurs dans le cou et d'une dysphagie qui s'était déclarés, deux jours auparavant, me dit-elle, en ajoutant qu'elle n'avait jamais été malade. Elle a une forte fièvre (plus de 39°). L'hyperhémie de la langue rend très difficile l'examen du cou qui présente une très forte rougeur de la muqueuse du pharynx et surtout du voile du palais : la luette est œdématisée et de couleur pourpre (1) et sa surface postéro-inférieure est recouverte d'un enduit jaunâtre insignifiant. L'examen laryngoscopique amène la découverte d'une forte hyperhémie de la paroi postérieure, des ligaments ary-

(1) J'ai observé une coloration pourpre de la muqueuse analogue dans un cas d'érysipèle primaire que j'ai décrit, en 1881, dans la *Gazeta Lekarska*. La coloration, dans le cas mentionné ci-dessus, était si caractéristique qu'elle me rappela aussitôt celle du cas observé dix ans auparavant.

épiglottiques et de l'épiglotte ; celle-ci est gonflée de façon à ne pas permettre l'inspection de l'intérieur du larynx. La malade respire librement ; il n'existe pas de symptômes de sténose. Rien d'anormal à constater dans les autres organes. La malade était dans un état si grave qu'elle dut être admise immédiatement dans le service de mon collègue, le Dr Pawinsky, à l'obligeance de qui je dois d'avoir pu continuer à l'observer. Pendant les cinq jours qu'elle passa à l'hôpital, son état s'améliora peu ; la fièvre se maintenait entre 37° et 40° ; l'examen du larynx fut fait à plusieurs reprises.

Le 2 juin, la température du corps monta à 40°,6 ; un érysipèle se déclara sur la joue gauche. Le lendemain, la malade mourut.

L'autopsie faite par mon collègue, le Dr E. Zielenski, donna les résultats suivants : la voûte palatine est hyperhémie et présente des replis fortement rougis et ayant une épaisseur de 3 à 4 millim. ; la luette est également hyperhémie, rougie et présente des replis ; à la surface postérieure, l'on voit une tumeur de 3 ou 4 millim. de diamètre, en forme d'ile, à contours rongés et abrupts et dont la base est d'un gris jaunâtre ; l'enduit pénètre dans la profondeur et ne peut être enlevé par le raclage. La muqueuse du pharynx, de l'épiglotte et du larynx est rougie jusqu'aux vraies cordes vocales, boursouflée et tuméfiée ; à la surface antérieure de l'épiglotte, surtout au bord supérieur et à gauche, la rougeur est beaucoup plus vive (pourpre), un peu plus élevée et porte, au centre, un point gris ; la section pratiquée dans le tissu sous-muqueux le montre infiltré de pus d'un jaune gris. A la surface postérieure de l'épiglotte, également à gauche, à 3/4 de cent. au-dessus des vraies cordes vocales et à 2 ou 4 millim. de la ligne médiane, on voit un nodule d'un vert jaunâtre et de la grosseur d'un grain de millet, duquel s'échappe, quand on comprime le tissu environnant, un pus liquide, épais, d'un jaune verdâtre ; le tissu sous-muqueux est infiltré de pus au côté gauche de l'épiglotte. Les vraies cordes vocales sont légèrement attaquées. La muqueuse de l'œsophage et de la trachée ne présente rien d'anormal. Les poumons adhèrent d'une façon insignifiante, crépitent, sont pâles, secs, sans piment (albinisme). Le cœur est en diastole ; le muscle cardiaque est dur à la section, un peu pâle ; la valvule aortique gauche est calcifiée. La rate est un peu augmentée de volume et molle. A la section, le foie paraît un peu décoloré : la vésicule biliaire est remplie de 47 calculs blanchâtres tétraèdres ; la muqueuse et les muscles de l'estomac sont hypertrophiés ; les reins sont un peu congestionnés ; la muqueuse intestinale est anémiée. L'utérus paraît prolongé ; la muqueuse en est normale ; sur la lèvre postérieure sont situés deux œufs de Naboth.

Ce cas extrêmement typique d'inflammation phlegmoneuse grave du larynx qu'est venu compliquer, à la fin, un érysipèle de la face, nous devons le considérer également comme un cas typique de ce que Massei entendait érysipèle grave de la face. L'examen post-mortem a révélé une infiltration purulente du larynx, infiltration qui se produit aussi dans les cas graves d'érysipèle (érysipèle phlegmoneux) et qui, déterminant probablement une infection générale, a provoqué la mort dans le cas qui nous occupe. Dans le premier des deux cas cités, bien qu'il fût également grave, l'exsudation est restée séreuse, et c'est pourquoi il n'y a pas eu d'issue fatale. Dans le même cas, c'est le pharynx qui doit être considéré comme le point de départ de l'affection ; je ne puis dire, d'une façon certaine, si, dans les premiers jours de la maladie, il y a eu un enduit sur les amygdales, mais il est très possible que l'enduit de la luette, qui avait l'apparence diptéritique, ait formé le point de départ du processus tout entier.

Les cas graves susdits s'observent très rarement dans mon pays, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer ; mais il paraît que la façon de voir de Sendtner se trouve confirmée par toute une série de cas de la première forme, c'est-à-dire, d'œdème léger du larynx ayant son point de départ dans une angine lacunaire. Cette opinion, je pus la vérifier et me convaincre de sa justesse dans les deux cas suivants, que j'eus l'occasion d'observer chez deux personnes de la clientèle spéciale.

Le 20 avril dernier, je fus appelé près d'une femme mariée, âgée de 30 ans et qui, parfaitement bien portante jusque-là, avait ressenti, dans la nuit, des frissons et se plaignait d'un abattement général et de douleurs dans le cou. J'examine la malade : les deux amygdales, la gauche surtout, sont recouvertes d'un enduit distinct, d'un blanc jaune, formant des îlots localisés notamment dans les orifices folliculaires ; la température est d'environ 38°,5 ; les pulsations sont au nombre de 100 ; la voix est pure. J'ordonne des gargarismes au thymol.

Le 25, la malade va mieux et n'a plus de fièvre ; la déglutition se fait dans les conditions normales. Le 27, je vais voir la malade pour la troi-

sième fois ; l'état général est satisfaisant ; la déglutition se fait sans difficulté, l'enduit a disparu.

Le 29, dans la nuit, les frissons reviennent, assez forts ; la dysphagie est assez prononcée et se fait sentir surtout au côté gauche. L'examen du pharynx n'amène la découverte d'aucune modification. Ce n'est qu'à l'examen au laryngoscope que je puis constater une forte hyperhémie des deux cartilages aryténoïdes, du droit surtout, une hyperhémie œdémateuse du ligament ary-épiglottique droit et un œdème insignifiant de l'épiglotte, particulièrement de la moitié droite. Les cordes vocales sont intactes, la voix n'est pas changée ; de fièvre point. J'ordonne des sanguines et une friction, avec de l'onguent gris, à la région du larynx. Le lendemain, 30 avril, l'œdème est plus développé et la dysphagie est presque complète ; l'état général de la malade est néanmoins très satisfaisant ; la fièvre est toujours absente. Pendant les 3 jours qui suivent, l'œdème commence à disparaître, la déglutition se fait plus facilement et, peu de temps après, la malade est tout à fait guérie.

Il n'y a pas de doute qu'il y ait, dans ce cas, un processus œdémateux aigu dans le larynx, en connexion intime avec une inflammation localisée dans les amygdales et plus spécialement dans les follicules et présentant tous les caractères d'un processus diphtéritique.

Le deuxième cas, très analogue au précédent, est celui de M<sup>me</sup> N..., âgée d'environ 40 ans et chez laquelle je fus appelé, le 19 mars dernier, pour cause de douleurs dans le cou, ressenties depuis deux jours. La malade est secouée par de violents frissons ; la température atteint environ 39 degrés. En l'examinant, je découvre sur les deux amygdales des enduits d'un jaune blanc, localisés en majeure partie dans les follicules. Dans le courant d'une semaine, pendant laquelle je rends plusieurs visites à la malade, le processus disparaît entièrement, la déglutition se fait sans difficulté aucune et la malade se sent bien. Ce n'est qu'au bout de dix jours que la déglutition devient peu à peu plus difficile pour aboutir, les deux jours suivants, à une dysphagie complète, qui inquiète beaucoup la malade. L'examen que je fis, le 12 avril, avec l'assistance de plusieurs de mes collègues, nous révéla l'existence d'une très forte hyperhémie œdémateuse de la paroi postérieure du larynx et des ligaments ary-épiglottiques et qui gagna le lendemain l'épiglotte elle-même ; de fièvre, point. Le traitement employé fut le même que dans le cas précédent (c'est -à-dire

des sanguines, des frictions avec de l'onguent gris). Au bout de trois jours, la malade était guérie.

Je crois que, dans ce cas aussi, il doit y avoir eu connexion entre l'hyperhémie œdémateuse et les enduits du pharynx ; seulement, dans ce dernier cas, l'œdème du larynx s'est manifesté beaucoup plus tard que dans le premier. Les deux ont ceci de commun que le processus primaire du pharynx n'a été que relativement bénin, aussi bien dans son aspect que dans sa marche et qu'on eût pu le prendre très facilement pour une angine lacunaire ou folliculaire. C'est pourquoi il est très possible que même les inflammations œdémateuses du larynx, à marche bénigne, ne soient pas autre chose qu'une légère infection par les streptococcus et que nous n'ayons à les considérer que comme des cas bénins d'érysipèle du larynx.

Il va sans dire que cette hypothèse demande à être confirmée par de sérieuses recherches bactériologiques, que je me réserve, d'ailleurs, de faire à la première occasion qui se présentera.

---

#### DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS REBELLES DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux.

---

Si l'on consulte la liste déjà longue des observations publiées d'abcès du sinus maxillaire, on constate, qu'à côté des cas très simples et guéris rapidement par l'intervention chirurgicale, il en est un bon nombre où l'amélioration est rapide, mais la guérison complète fort tardive. Tel de ces cas a demandé plusieurs mois, plusieurs années pour aboutir à la suppression de toute suppuration.

Le diagnostic avait été cependant bien établi ; l'opération, ponction par les fosses nasales, perforation de l'alvéole dentaire avait démontré, par l'écoulement du pus, le facile net-

toyage de la cavité et la suppression partielle et temporaire de la suppuration nasale, l'existence avérée d'un abcès ayant son foyer dans l'antre d'Highmore. Mais, que le malade vint à cesser les lavages, que, pour une raison ou une autre, le tube à drainage fût enlevé trop vite, que l'orifice évacuateur fût oblitéré, aussitôt on voyait reparaître l'écoulement par le nez et tous les symptômes amendés par l'opération surgir comme par le passé.

J'ai observé, et sans doute plusieurs de mes confrères ont eu l'occasion de constater des faits semblables, plusieurs cas où la suppuration ne remontait pas à un temps bien éloigné, où tout semblait indiquer une cure facile et prompte, et pourtant je me voyais dans la nécessité de maintenir pendant de longs mois la fistule opératoire. Est-il donc possible, avant toute intervention, de pronostiquer le degré de curabilité plus ou moins rapide de ces abcès ? Est-il possible d'expliquer, en dehors des examens nécropsiques fort rares pour une lésion de ce genre, la cause de ces différences entre des cas en apparence tout à fait analogues ?

Il est un premier symptôme qui permettra, d'une façon relative il est vrai, d'établir un pronostic plus réservé : c'est la longue durée de la suppuration au moment où le malade vient réclamer nos soins. Que depuis des mois, des années, il existe par le nez un écoulement purulent, et que cet écoulement ait son origine dans le sinus maxillaire, il y a gros à parier qu'il ne s'agit plus d'une rétention simple, d'une inflammation superficielle. La muqueuse, si elle est seule atteinte, doit être profondément modifiée, le squelette sous-jacent peut être également atteint. Malheureusement nous n'avons guère de symptômes propres à nous renseigner sur l'étendue de ces lésions, sur le degré de l'inflammation pas plus que sur sa nature.

L'éclairage par transparence avec la lampe électrique, indiqué par Voltolini, Hering, est à coup sûr un procédé de diagnostic excellent; mais il n'est pas, à vrai dire, absolu. J'ai constaté dans la grande majorité des cas que les rensei-

gnements fournis par ce procédé étaient absolument nets et j'ai, pour ma part, la plus grande confiance dans les indications qu'on en peut tirer. Je n'ai jamais fait de ponction d'un sinus dont les parois ne devenaient pas translucides avec l'éclairage, sans constater la présence de pus ; inversement dans trois cas, où malgré la translucidité je me suis cru autorisé à perforer le sinus, guidé par le siège des traînées purulentes sur le cornet moyen, sur la présence d'amas caséieux et purulents au voisinage de l'orifice nasal du sinus, dans ces trois cas, je n'ai rien retiré. Je ne contredis pas aux assertions de ceux qui ont eu des résultats contraires et qui n'ont pas trouvé dans ce procédé tout ce qu'ils étaient en droit d'en attendre. Il faudrait peut-être savoir si les conditions réclamées par les promoteurs de ce moyen diagnostique ont été bien remplies ; si l'on s'accorde sur le degré fictif ou réel de la transparence. En tous cas, les variétés de conformation du sinus et d'épaisseur des os, variables suivant les sujets, ne peuvent absolument pas, s'il s'agit de conditions physiologiques normales, modifier les résultats de cet examen. Qu'il s'agisse d'un adulte, d'un vieillard ; que l'on prenne un maxillaire avec saillie molaire plus ou moins proéminente, s'il n'existe pas de lésions des tissus, de lésion des os, la transparence apparaîtra très nettement, si l'on se place dans les conditions voulues.

Cette translucidité a des degrés quand la muqueuse est enflammée, quand la couche de pus est plus ou moins abondante, et c'est là peut-être tout le secret des divergences qui semblent exister entre les rhinologistes au sujet de la valeur de ce moyen. Si je me place à ce point de vue, je serai d'accord avec ceux qui critiquent, en disant que l'éclairage ne renseigne pas (dans certains cas bien entendu) sur la quantité plus ou moins grande de liquide contenu dans l'antre, sur l'épaississement de la muqueuse ou sur d'autres lésions concomitantes. Sans m'étendre plus longuement sur ce point, je dirai donc que l'éclairage par transparence nous indique, par l'opacité des parois, la présence du pus

dans le sinus, sans nous permettre toujours de préciser si l'abcès se présente dans des conditions de curabilité plus ou moins faciles. Il va sans dire que je ne m'occupe pas ici du diagnostic avec d'autres lésions du sinus, tumeurs, etc.

Je reviens, après cette digression, à mon sujet. L'ancienneté de la suppuration peut donner à supposer, qu'une fois drainé, le sinus ne guérira peut-être pas aussi facilement qu'on le supposait.

Une autre cause peut être admise : c'est la multiplicité de dents malades. Si une seule carie dentaire, portant sur la racine, déterminant de la périostite alvéolaire peut provoquer par la suite une inflammation de la cavité d'Highmore, il est légitime de supposer que si plusieurs dents sont dans d'aussi mauvaises conditions, et j'ai en vue ici les dents qui sont d'ordinaire l'origine de ces abcès, prémolaires et premières grosses molaires, il est légitime de supposer que, même avec l'extraction de la plus malade il pourra persister un foyer d'irritation et une continuation de la suppuration, du fait des dents voisines.

Quoi qu'il en soit, il me paraît fort difficile d'établir par l'examen le plus minutieux, les conditions pathologiques de l'antre d'Highmore et partant, de poser un pronostic bien net sur le terme de la suppuration. Si on se reporte en effet à quelques examens nécropsiques ou aux résultats donnés par des opérations plus radicales, on constate qu'il existe parfois dans l'intérieur du sinus des cloisonnements fibro-cartilagineux formant de véritables loges qui peuvent constituer autant de foyers que le drainage par la fosse nasale ou l'alvéole ne vide qu'incomplètement. A la suite de ces suppurations prolongées on a signalé des ostéites véritables qui résistent à de simples lavages antiseptiques.

Dans une revue critique sur les abcès du sinus maxillaire, notre collègue Luc a signalé des guérisons obtenues après l'ablation de fongosités épaisses, de séquestrés plus ou moins volumineux.

Les malades avaient été traités de longs mois sans aucun

succès, si ce n'est la suppression temporaire de l'écoulement après chaque irrigation, jusqu'au jour où on put supprimer la cause même de cette suppuration et provoquer la fermeture définitive de la fistule.

En présence de cas semblables, quelle conduite doit-on tenir ? Lorsque dans un cas d'abcès du sinus, la perforation alvéolaire avec lavages antiseptiques bien faits, n'aura pas suffi, après un long temps à amener la suppression de l'écoulement, il est difficile de compter sur la guérison sans une intervention plus complète. Rien ne presse, cela est évident et il serait peu sage de vouloir agir trop vite. Mais le malade réclamera lui-même une thérapeutique plus énergique, quand il ne verra survenir aucun changement après plusieurs mois de soins assidus.

Comme premier moyen, il sera indiqué de modifier l'agent antiseptique servant aux lavages, de faire, en tenant compte de la tolérance des muqueuses, des irrigations avec les solutions phéniquées à 2 et 3 pour 100, les solutions un peu concentrées de sulfate d'alumine et de potasse, les insufflations d'iodoforme, d'aristol. Si ces divers pansements ne donnent pas le résultat désiré, je recours à une injection au chlorure de zinc au dixième, en ayant soin de ne lancer qu'une quantité de liquide suffisante pour remplir la cavité de l'antre. Je la laisse, suivant le degré de réaction, six à huit minutes et je lave avec une solution boriquée. Je me suis servi dans un cas de la liqueur de Villatte, mais la réaction a été assez vive. Après une recrudescence de la suppuration et quelques troubles névralgiques passagers, l'abcès a été définitivement guéri.

Si les injections irritantes et caustiques n'ont donné aucun résultat, je suis d'avis de recourir à l'ouverture du sinus par la fosse canine et de pratiquer par cette ouverture, un véritable curetage de la cavité. L'opération n'est guère plus compliquée que la perforation de l'alvéole; elle ménage un orifice plus large et permet même un éclairage direct de l'intérieur de l'antre par la lampe électrique.

Les deux faits suivants montreront que ce procédé était le seul qui put être efficace, étant donné l'état pathologique de la cavité.

OBS. I. — M<sup>me</sup> X..., âgée de 37 ans, bien portante a été prise à la suite de l'influenza, en janvier 1890, d'un coryza chronique.

Insignifiant au début, l'écoulement est devenu peu à peu assez abondant, d'une odeur assez pénétrante pour gêner considérablement la malade. Les lavages du nez qui lui furent tout d'abord conseillés amenèrent un soulagement marqué mais dès que les lavages étaient supprimés, l'écoulement reparaissait aussi tenace et aussi abondant, presque exclusivement par la narine droite.

Pendant un séjour en Suisse, un médecin reconnut l'existence d'une suppuration du sinus maxillaire et conseilla l'ablation de la petite molaire et l'ouverture du sinus par l'alvéole. La malade refusa cette opération.

On fit alors une ponction par le nez ; il est difficile d'obtenir de la malade des renseignements précis et l'examen des fosses nasales ne révèle pas grand'chose sur le siège de cette soi-disant ponction.

Comme on a extirpé quelques petits polypes et brûlé la muqueuse au galvano-cautère, je suppose que la ponction a été faite par l'ouverture agrandie du sinus dans le nez.

Pendant quelques mois l'écoulement resta peu marqué.

Avec un seul lavage par jour, M<sup>me</sup> X... obtenait une liberté du nez suffisante pour éviter de moucher ou de renifler.

Vers les premiers mois de 1891, à la suite, pense-t-elle, de refroidissement, le coryza reparut aussi intense que l'année précédente et l'écoulement fétide revenait de nouveau. C'est quelque temps après le début de cette rechute que la malade me fit l'honneur de me consulter.

La fosse nasale droite présente une muqueuse d'un rouge foncé sans tuméfaction considérable et partant sans obstruction nasale même partielle. Sur la queue du cornet moyen, trainée de flocons purulents ; au niveau de l'orifice nasal du sinus, petit amas de pus caséux. Pharynx rouge avec saillies hypertrophiques du tissu adénoïde de la paroi postérieure.

La fosse nasale gauche ne présente rien d'anormal ; aucune suppuration.

La deuxième petite molaire droite est le siège d'un petit point de carie au niveau du rebord alvéolaire.

La malade n'accuse aucune douleur à ce niveau et n'a jamais eu de

névralgie d'origine dentaire. Ses dents sont du reste très belles et en parfait état.

A l'éclairage par la lampe électrique portée dans la cavité buccale, le sinus du côté gauche est absolument transparent. A droite, la transparence est bien moindre et est à peu près nulle dans le tiers supérieur, au niveau du rebord sous-orbitaire.

La malade, en dehors de l'écoulement nasal, de l'odeur, ne se plaint d'aucun malaise. Un peu de gêne douloureuse du côté de la joue, comme si, me dit-elle, elle avait pris un coup d'air. L'odorat n'est pas modifié.

L'existence d'un abcès du sinus ne faisait aucun doute. Je proposai à la malade ce qu'on lui avait déjà conseillé, l'ablation de la dent et la perforation de l'alvéole. Elle ne voulut pas en entendre parler et demandait cependant une opération radicale, pour en finir avec cette « infirmité insupportable ».

Je proposai l'ouverture par la fosse canine, mais en établissant des réserves, croyant fermement qu'il faudrait un jour ou l'autre faire le sacrifice de la dent si la malade ne voulait pas être exposée à des récidives.

L'opération fut faite avec l'aide d'un simple badigeonnage avec la solution concentrée de cocaïne. Je fis une ouverture d'un centimètre et demi et retirai environ un bon verre à liqueur de pus grumeleux, pas très fétide. Après avoir lavé avec soin la cavité, je portai dans l'intérieur une très petite lampe électrique dont je me sers pour l'éclairage des fosses nasales (1) et je constatai que les parois étaient en quelque sorte tapissées par une sorte de pseudo-membrane granuleuse qui ressemblait à ce que les anciens décrivaient sous le nom de membrane pyogénique. La muqueuse était épaisse, transformée et je doute fort que dans ce cas de simples lavages eussent suffi pour la modifia. Guidé par cet éclairage je pus, avec de fines curettes, gratter avec précaution la plus grande partie des parois; je dis la plus grande partie, car même avec une ouverture assez large on n'est pas assuré d'atteindre toutes les anfractuosités. Puis je fis à trois reprises, espacées de quatre jours, une injection au chlorure de zinc. La plaie était fermée par un épais bouchon d'ouate iodoformée ne laissant passer qu'un petit drain. J'eus la satisfaction de voir l'écoulement vite supprimé. Au bout de trois semaines je laissai se cicatriser l'orifice et depuis un an, à peu près, que l'opération a été faite, la malade n'a pas eu de récidives.

---

(1) Modèle construit sur mes indications par M. Trouvé.

La seconde observation est encore plus démonstrative pour la thèse que je viens d'exposer, car le malade avait eu le sinus drainé et bien lavé par une ouverture alvéolaire.

OBS. II — M. X..., 45 ans, bonne santé, quoique rhumatisant. N'avait jamais eu de maux de gorge sérieux, bien qu'il soit grand fumeur. Il y a quatre ans, pendant un voyage en Afrique, il dut camper, prit froid, s'enrhuma et eut un coryza assez violent. C'est à cet incident de son voyage qu'il faut, d'après lui, faire remonter l'origine de l'affection qui le tourmente depuis cette époque.

Sans insister sur des détails oiseux, je dirai qu'à la suite se développa une rhinite purulente, qu'il fut pendant 15 mois traité pour cette rhinite par des irrigations nasales, des insufflations de poudre, des cautérisations de la muqueuse.

A New-York, dans le cours d'un de ses voyages, un médecin reconnaît l'existence d'une suppuration du sinus, fait enlever les dents malades et pratique la perforation alvéolaire. Le soulagement fut énorme et le malade se crut définitivement guéri. Son illusion fut, paraît-il, de courte durée. Les lavages enlevaient toutes les mucosités, nettoyaient le nez, la gorge, pour un temps plus long qu'auparavant ; mais dès qu'il cessait pendant un jour ou deux, il était repris de douleurs orbitaires et frontales et du même écoulement. Le malade me dit avoir tout essayé, solutions anti-septiques de tout genre, injections plus ou moins irritantes ; on lui a même fait deux injections iodées qui ont eu pour résultat le plus clair de provoquer des accidents d'iodisme assez intenses.

Lorsque je le vis pour la première fois il y a dix-huit mois, je ne sus guère que lui conseiller. Les médicaments de toutes sortes avaient été essayés sans résultats. Il ne restait pas de dents malades capable d'expliquer cette prolongation de la suppuration. Il n'existant aucun signe indiquant une suppuration du sinus frontal ou ethmoïdal. Je soumis à nouveau (il l'avait été une fois déjà il y a un an) le malade au traitement spécifique car il accusait la syphilis à l'âge de 25 ans. Je fis, comme mes confrères, de nouvelles injections irritantes, sans aucun résultat. C'est à peu près à ce moment que je soignais la malade précédente. Je proposai alors la même opération qui fut acceptée d'emblée et faite dans des conditions très simples.

Je pus me rendre compte alors de l'insuccès de toutes les tentatives faites jusqu'ici. La cavité était divisée en trois loges par des cloisons fibro-cartilagineuses, en partie détruites à la partie supérieure, mais cloi-

sonnant absolument le fond de l'antre. L'une de ces loges, qui communiquait directement avec l'orifice alvéolaire, était absolument vide. Les deux autres contenaient une cuillerée à café de pus verdâtre, et dans la plus interne, je sentis avec le doigt et je vis à la lumière électrique portée directement dans la cavité un amas de fongosités que j'eus beaucoup de peine à détacher en raison de leur siège difficile à atteindre avec la curette. Je brisé toutes les cloisons avec les pinces emporte-pièces pour le nez, avec les ciseaux et je pus en trois séances arriver au nettoyage à peu près absolu de la cavité. Je fis à la suite quelques injections modifiantes et j'ai pu amener chez ce malade une guérison complète.

D'après ces deux faits, les seuls dans lesquels j'aie eu recours à l'ouverture par la fosse canine, on peut voir qu'il existe un certain nombre de cas où la suppuration est maintenue par une disposition particulière de la cavité, par des modifications profondes de la muqueuse que les lavages ne suffisent pas à transformer. Il sera toujours difficile de juger par avance de l'étendue et de l'importance de ces lésions ; aussi l'opération par cette voie ne peut-elle être conseillée que dans ces cas spéciaux, quand les moyens ordinaires auront été impuissants à amener la guérison. Je les crois moins rares qu'on ne pourrait le supposer ; c'est à ce titre que j'ai pensé qu'il était intéressant de publier cette courte note. Il me paraît inutile d'insister sur l'opération elle-même qui se trouve décrite depuis longtemps dans les traités de chirurgie.

---

UN CAS DE BLESSURE DE LA COLONNE CERVICALE  
ÉTUDE DES RAPPORTS DU LARYNX AVEC LA COLONNE VERTÉBRALE

Par le Dr **Max Schefer**, ancien assistant du service chirurgical.

Communication faite à la Société de laryngologie de Berlin.

---

L'importance anatomique et chirurgicale des rapports du larynx avec la colonne vertébrale ressort suffisamment de la discussion qui suivit, il y a 3 ans, à la Société de médecine

de Berlin, la communication de Sonnenburg (1) sur les fractures de la colonne cervicale et leur traitement. Si l'on consulte à ce sujet les grands traités d'anatomie, on reconnaît bientôt que leurs auteurs donnent les indications les plus diverses à propos des parties de la colonne qui sont en rapport avec le larynx.

D'après Luschka (2), le larynx correspond au corps de la 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbre cervicale, et le commencement de la trachée répond au corps de la 5<sup>e</sup>.

Heitzmann (3) place un peu plus haut la situation relative du larynx. On peut voir sur une coupe médiane que l'entrée du larynx répond à la 3<sup>e</sup> vertèbre cervicale, et que le commencement de la trachée correspond à la partie moyenne du corps de la 5<sup>e</sup> vertèbre.

De même Henle (4) place l'extrémité supérieure de la trachée au niveau de la 5<sup>e</sup> vertèbre. D'après Henke (5), le cri-coïde se trouve, dans la position ordinaire du cadavre, vis-à-vis du ligament intervertébral qui sépare la 6<sup>e</sup> vertèbre de la 7<sup>e</sup>.

Pour Gegenbauer (6), le larynx, dans la situation de repos, s'étend de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> vertèbre, de sorte que la limite entre le larynx et la trachée répond au bord inférieur de la 6<sup>e</sup> cervicale. Chez le nouveau-né, la situation du larynx se trouve plus élevée. Sa limite inférieure répond alors à la partie moyenne du corps de la 4<sup>e</sup> vertèbre. Le passage de l'état infantile à l'état adulte s'opère grâce au développement de haut en bas des parties constitutantes du visage et de la tête et aussi par la formation de l'appareil dentaire dans les deux mâchoires.

(1) SONNENBURG. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1889, n° 4, p. 61.

(2) LUSCHKA. *Anatomie des menschlichen Halses*. Tübingen, 1862, p. 237 et 287.

(3) HEITZMANN. *Die descriptive Anatomie des Menschen*. Wien, 1875. Bd II, p. 4.

(4) HENLE. *Grundriss der Anatomie des Menschen*. Braunschweig, 1880.

(5) HENKE. *Topographische Anatomie des Menschen*, 1884, p. 145.

(6) GEGENBAUER. *Lehrbuch der Anatomie*. Leipzig, 1888, p. 525.

Tandis que d'après Tillaux (1) le 4<sup>e</sup> corps vertébral répond toujours à l'orifice supérieur du larynx, on trouve dans le grand ouvrage de Sappey (2) des indications différentes; pour Watt (3), le cartilage arytenoïde correspondrait au corps de la 5<sup>e</sup> cervicale.

C. Demme (4), d'après ses très intéressantes recherches sur l'accessibilité des vertèbres cervicales par la bouche, recherches poursuivies sur 24 cadavres différents, donne les résultats suivants : l'os hyoïde s'est trouvé une fois situé en face de la partie supérieure du troisième corps vertébral, trois fois au niveau de la partie supérieure du 4<sup>e</sup>; l'épiglotte répondit trois fois à la partie supérieure de la 4<sup>e</sup>, et deux fois à la partie supérieure de la 5<sup>e</sup>; le cartilage arytenoïde répondit six fois à la 5<sup>e</sup> cervicale, une fois à la 6<sup>e</sup>; le cricoïde, quatre fois à la 6<sup>e</sup>, une fois à la 7<sup>e</sup>; enfin l'orifice trachéal correspondit une fois à la 6<sup>e</sup>, une fois à la 7<sup>e</sup>. Demme conclut enfin que l'épiglotte se trouve le plus souvent située en face de la 4<sup>e</sup> vertèbre, et que l'arytenoïde répond le plus souvent à la 5<sup>e</sup>, contrairement à d'autres auteurs. Il ajoute que peut-être le nombre de ses recherches est trop restreint pour trancher définitivement cette question.

Mais il reste à savoir si, sur le vivant, les différentes parties du larynx affectent avec la colonne cervicale les rapports constatés par Demme sur le cadavre. Or, nous avons eu l'occasion, dans le service chirurgical de l'hôpital d'Urban à Berlin, service dirigé par le Dr Köste, de contrôler chez le vivant, la justesse des résultats de Demme.

Le 2 avril 1891, le sieur K..., charpentier, âgé de 30 ans, était amené à l'hôpital; il venait de tomber d'un échafaudage haut de vingt mètres. Le malade était sans connaissance : son pouls était à peine sensible. Après plusieurs injections camphrées, la connaissance reparut, et l'on

(1) TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*, t. I.

(2) SAPPEY. *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1889, Bd IV, p. 33.

(3) WATT. *Anatomie-chirurgic. Views of the nose, mouth, larynx*. London, 1889. Tafel III.

(4) DEMME. Inaug. Dissert. Berlin, 1890.

put constater une paralysie complète des deux membres inférieurs et du bras droit, ainsi qu'une anesthésie complète de la peau des deux jambes, de l'abdomen et du côté externe de l'avant-bras droit.

On diagnostiqua une lésion de la colonne cervicale, très vraisemblablement fracture ou luxation de la 4<sup>e</sup> ou de la 5<sup>e</sup> vertèbre. Par précaution, le malade fut placé dans un lit suspendu, et on lui appliqua l'appareil à extension de Volkmann, au moyen duquel sa tête et son cou qu'on protégeait en outre latéralement au moyen de sacs de sable, furent placés dans l'attitude du repos absolu. Dès le second jour, on observa une paralysie complète des extrémités supérieures, et l'anesthésie cutanée s'étendit en haut jusqu'à la troisième côte, en ligne droite de chaque côté. On ne constata la sensibilité normale qu'au visage, au cou, à la partie supérieure des bras et à la poitrine. La respiration était très superficielle et en raison de la paralysie des muscles thoraciques et abdominaux, exclusivement diaphragmatique. Dysphagie : le malade ne pouvait avaler que les liquides. Grande soif. La peau du visage était fortement colorée. Priapisme. Jusqu'au troisième jour, pas de défécation ; rétention d'urine, et le malade dut être sondé plusieurs fois par jour, puis il s'établit une incontinence d'urine, et des émissions involontaires des matières. Malgré de grandes précautions, il se déclara plus tard un violent catarrhe vésical, ainsi qu'une eschare sacrée.

Enfin, le douzième jour, survint un œdème pulmonaire, qui emporta le malade.

A l'autopsie, après avoir enlevé la langue et les autres parties molles, on put noter une saillie de la colonne cervicale. Le ligament longitudinal antérieur entre la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> vertèbre était rompu. Le corps de la 5<sup>e</sup> vertèbre, encore en rapport avec les vertèbres supérieures, était luxé en avant et en bas, à tel point que le bord postérieur de sa face inférieure correspondait presque exactement au bord antérieur de la face supérieure de la 6<sup>e</sup> vertèbre, et qu'en avant, la moitié supérieure de la face antérieure du corps de cette dernière n'était pas visible. Les apophyses transverses de la 6<sup>e</sup> vertèbre étaient fracturées des deux côtés, ainsi que l'apophyse épineuse de la 5<sup>e</sup>.

Les téguments du cou sont détachés avec soin de la colonne vertébrale et le canal rachidien est ouvert par derrière. Par un examen soigneux de la préparation, on se rend compte que la cinquième vertèbre dépasse d'au moins un centimètre le corps de la sixième. Le disque intervertébral qui sépare les deux vertèbres est réduit à un petit vestige, et le corps de la sixième vertèbre soumis à une compression de haut en bas.

Le ligament longitudinal postérieur est intact et ne se trouve séparé que de la surface postérieure du corps de la cinquième vertèbre et tendu sur le corps de la sixième. La luxation n'est d'ailleurs pas complète. La surface articulaire de l'apophyse articulaire inférieure de la cinquième vertèbre a abandonné la surface correspondante de l'apophyse articulaire supérieure de la sixième; cependant, le bord de l'apophyse articulaire inférieure repose encore sur le bord supérieur de l'apophyse de la sixième. Les ligaments articulaires sont un peu déchirés.

Sur la pièce ainsi préparée, on peut se rendre compte que la réduction s'obtient complètement à l'aide d'une pression sur la face antérieure de la cinquième vertèbre, mais, si la pression cesse, cette dernière glisse de nouveau en situation pathologique. Enfin, si l'on produit l'extension de la partie supérieure de la colonne vertébrale, on ne peut réduire la déformation. Donc, dans ce cas, une pression constante exercée d'avant en arrière sur le corps de la cinquième vertèbre aurait pu maintenir la réduction, mais cette pression était tout à fait impossible à produire pendant la vie. Le bandage extensif n'a pas atteint son but propre, à savoir la réduction de la vertèbre luxée, mais son usage a du moins obligé le malade à tenir sa tête immobile. Et si l'extension n'avait pas été imposée, le corps de la cinquième vertèbre aurait glissé davantage en avant au moindre mouvement de la tête, comme on peut s'en rendre compte sur la préparation, et la moelle épinière aurait pu être complètement écrasée.

Dans le canal vertébral lui-même, on ne trouve aucune suffusion sanguine, mais entre les faces postérieures des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres d'une part et le ligament longitudinal postérieur d'autre part, se trouve un dépôt sanguin gros comme une pièce d'un franc. A la hauteur de la cinquième vertèbre, se trouve à droite une déchirure de la pie-mère longue de deux centimètres, par où la moelle faisait hernie. La moelle paraît grisâtre, et de consistance gélatineuse. A la coupe, les détails de la section transversale de la moelle sont confus.

A l'incision de l'œsophage et du pharynx, on observe sur la paroi postérieure du pharynx, directement au niveau de la face postérieure du cartilage cricoïde, une perte de substance de couleur jaune gris, et de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, arrondie, et creusée à son centre. Si l'on place devant une lumière la paroi postérieure du pharynx, on voit que la perte de substance occupe presque toute l'épaisseur de la paroi, notamment au centre de l'ulcération. La concavité de cette perte de substance correspond exactement à la convexité de la face posté-

rieure du cartilage cricoïde; enfin, au niveau du cartilage même, la muqueuse pharyngée est colorée en jaune, de sorte que ces deux points paraissent s'être comprimés l'un l'autre. L'ulcération de la paroi postérieure du pharynx est plus grande que celle de la paroi antérieure et répond exactement à la saillie de la colonne vertébrale. On peut donc parfaitement admettre que les ulcérations sont dues à la pression exercée par la cinquième vertèbre luxée sur la face postérieure du cartilage cricoïde.

Maintenant, si l'on replace la cinquième vertèbre cervicale dans sa position normale, de sorte qu'elle dépasse plus le plan de la sixième, on obtient les résultats suivants en ce qui concerne les rapports du larynx avec la colonne vertébrale. L'extrémité inférieure du cartilage arytenoïde correspond exactement à l'articulation de la 6<sup>e</sup> et de la 7<sup>e</sup> vertèbre. Le cricoïde répond au corps de la sixième et à la partie inférieure du corps de la cinquième cervicale. La pointe supérieure de l'arytenoïde est située à la hauteur de la moitié supérieure de la cinquième vertèbre, enfin l'épiglotte dressée verticalement atteint à peu près le bord supérieur de la troisième cervicale.

M. le professeur Waldeyer, qui a eu la grande amabilité d'examiner la préparation, a confirmé nos données sur les rapports topographiques du larynx avec la colonne vertébrale; elles concordent d'ailleurs exactement avec celles qu'il a obtenues sur des pièces congelées.

Il ressort encore de notre observation que le cartilage arytenoïde répond à la cinquième vertèbre cervicale, et enfin, fait sur lequel personne n'a encore insisté, que, en cas de lésion de la colonne cervicale (fracture, luxation, diastase) si l'on peut chez le vivant, palper l'arytenoïde, on peut penser être au niveau exact de la cinquième cervicale. A chaque tentative de palpation de l'intérieur du larynx, cet organe présente un mouvement d'ascension réflexe, si tant est que les mouvements de vomissements n'aient été supprimés par des applications locales de cocaïne ou par le sommeil chloroformique. Ce n'est que grâce à ce soulèvement produit par le vomissement que nous avons eu fréquemment l'occasion, au cours de nos fréquentes intubations par la méthode d'O'Dwyer, de toucher les cordes vocales elles-mêmes de la façon la plus nette et même, dans quelques

cas, la partie supérieure du chaton du cartilage cricoïde.

Chez notre malade, nous pûmes le 7<sup>e</sup> jour, par une exploration prudente, palper l'entrée du larynx, et nous crûmes percevoir une proéminence, mais l'autopsie nous démontra qu'il nous avait été impossible de rien sentir. Pour pouvoir sentir la saillie que faisait la cinquième vertèbre sur la sixième, le doigt aurait dû être amené au niveau de ces deux vertèbres ; or la longueur de l'index ne le permet pas. Sur ce point, les observations cadavériques précédentes nous ont confirmé l'opinion du professeur Waldeyer, sur l'impossibilité d'atteindre la cinquième cervicale.

En conséquence, dans les cas de lésion de la colonne cervicale, les résultats de l'exploration digitale du pharynx, ne doivent être acceptés qu'avec réserve.

Pour les vertèbres supérieures, on pourra percevoir des saillies, pourvu qu'elles soient suffisamment accentuées, à peu près jusqu'à la quatrième vertèbre. A partir de la cinquième, une protubérance sera difficilement perçue, ou même sera impossible à percevoir, comme dans notre cas, quoiqu'elle fût fort saillante. Ajoutons enfin que si l'exploration par le pharynx ne fait percevoir aucune saillie vertébrale, on ne sera pas autorisé à conclure à l'absence de lésion.

Mais notre observation n'est pas seulement intéressante par les déductions sur les rapports du larynx et de la colonne vertébrale ; elle l'est encore par la présence des ulcérations pharyngées que nous avons signalées. Une telle complication n'a jamais été signalée, que je sache, à la suite d'une lésion de la colonne vertébrale ; elle est encore très rare, abstraction faite de la cause. On ne trouve ces ulcérations que chez des malades très affaiblis, et alités depuis longtemps ; on note aussi chez eux des ulcérations de même nature du revêtement cutané, notamment au sacrum et au grand trochanter. L'explication de ce fait est donnée par Ziemssen (1) ; dans le décubitus dorsal, par suite de l'atonie

---

(1) ZIEMSSEN. *Handbuch der Speziellen Pathologie*. Band VII, 1 Heft, p. 157.

musculaire généralisée, le larynx obéissant à la pesanteur, pèse sur les tissus sous-jacents : c'est ainsi que la face postérieure du cartilage cricoïde s'appliquant sur les corps vertébraux presse sur la muqueuse qui le sépare de ces derniers. Chez ces malades, dont la circulation est ralentie au plus haut degré, la pression en question est suffisante pour arrêter le cours du sang dans les points comprimés de la muqueuse et pour y produire la nécrose. D'après Dittrich (1) les conditions favorables à la production de ces ulcérations seraient une plus ou moins grande sécheresse de la muqueuse, une longue immobilité du larynx, qui n'accomplit plus que rarement des mouvements d'élévation et d'abaissement, puis dans les derniers temps, la rareté des déglutitions due à la perte de l'appétit, et au coma. Pour notre malade, il est surprenant que des ulcérations aussi profondes aient pu se former chez un homme robuste, de bonne santé avant son accident et cela dans un court espace de temps. Néanmoins on peut se rappeler que pendant toute sa maladie, notre blessé avait dû maintenir son larynx dans une immobilité presque complète, d'abord à cause de l'appareil à extension qui ne permettait que peu de mouvements de la tête et du cou, enfin parce que, du fait de la respiration superficielle de notre malade et de son alimentation purement liquide, l'organe vocal n'était soumis qu'à bien peu de mouvements. Ajoutons à cela que la protubérance de la colonne vertébrale qui pressait sur le cricoïde, était assez volumineuse et présentait un bord saillant.

En terminant, je désire rappeler que Hamburger (2) a publié un cas dans lequel le larynx était comme raccourci et poussé en arrière par une tumeur volumineuse du cou, tandis que les parois antérieure et postérieure du pharynx se trouvaient perforées par le cartilage cricoïde pressé contre la vertèbre vertébrale.

(1) DITTRICH. *Vierteljahrsschrift für pract. Heilkunde*. Prag, 1858, III Bd, p. 117.

(2) HAMBURGER. *Ziemssen's Handbuch*, Bd VII, 1 Heft, p. 112.

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE ET A L'EMBRYOLOGIE  
DE L'OREILLE MOYENNE ET DE LA MEMBRANE TYM-  
PANIQUE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES MAMMIFÈRES  
(NOTE PRÉLIMINAIRE)

Par le Dr **Robert Dreyfuss** (de Strasbourg).

Je désire dans le présent travail initier sommairement les lecteurs de ces « Archives » à une série de recherches auxquelles je me suis livré à l'Institut anatomique de l'université de Strasbourg, comptant faire bientôt paraître sur le même sujet un travail détaillé accompagné d'un grand nombre de dessins lithographiques (1).

Je me suis servi pour mes recherches d'embryons humains variant dans leur âge du commencement du 3<sup>e</sup> mois à la fin du 6<sup>e</sup> mois; mais bientôt j'acquis la conviction que ces stades étaient trop avancés pour la solution de la question en litige et comme, pour la même raison, les embryons de moutons dont je disposais ne pouvaient me suffire, je fis couvrir des femelles de lapins et de cochons d'Inde que je tuai à des jours déterminés de leur grossesse. Les états embryologiques que je constatais, je les comparais avec les oreilles d'animaux adultes (de moutons, de lapins, de cochons d'Inde, de souris). Immersion dans la celloïdine ou la paraffine, coloration au carmin aluné ou au carmin boraté; méthode des coupes en série.

Le résultat de mes recherches peut se résumer dans les propositions suivantes.

1) Le marteau et l'enclume sont des dérivés du 1<sup>er</sup> arc viscéral et en représentent l'extrémité proximale. Ces deux osselets de l'ouïe ne forment à l'origine qu'une simple baguette sans apophyse.

2) Le blastème de l'extrémité proximale du 1<sup>er</sup> arc viscéral est contigu au blastème de l'anneau de l'étrier.

(1) *Morphologische Arbeiten, herausgegeben, von professeur Dr SCHWALBE, Iéna, 1892.*

J'entends par blastème un tissu qui se trouve dans un stade de développement moins avancé que celui que Rabl (1) a désigné sous le nom de « chondroblastème » et Grade-nigo (2), sous celui de « préchondre ». Du blastème se développeront non seulement le cartilage et le périchondre, mais il peut encore donner naissance à des muscles, os (os de recouvrement) et au tissu conjonctif. Le stade de développement subséquent, je l'appelle « chondroblastème » ou préchondre, parce que c'est de ce tissu que se développent *ordinairement* le cartilage et le périchondre ; je dis *ordinairement*, parce que, par suite de résorptions et d'involutions, le chondroblastème peut se transformer en tissu conjonctif ou en masse ligamenteuse, c'est-à-dire qu'il peut disparaître entièrement. Examiné au microscope, le chondroblastème ou préchondre se distingue du blastème par le groupement plus serré et la coloration particulière des cellules et en outre par la présence qu'on y a souvent constatée de noyaux de conformation irrégulière et qui échangent parfois leur forme ronde ou ovale contre une autre, fusiforme. Il ne se trouve point de substance intercellulaire du tout dans ce que j'appelle « préchondre ». Dès qu'il y entre de la substance intercellulaire, je l'appelle « néochondre ». Le stade subséquent est celui du cartilage mûr.

3) Plus tard, le blastème de l'extrémité proximale du 1<sup>er</sup> arc viscéral se transforme en tissu conjonctif fœtal de la cavité du tympan. Ce blastème n'a donc rien de commun avec l'extrémité de la branche inférieure de l'enclume.

4) C'est ainsi que naît un stade où l'extrémité préchondrale du 1<sup>er</sup> arc viscéral est située à une certaine distance de l'anneau de l'étrier.

5) Le manche du marteau et la branche inférieure de l'en-

---

(1) RABL. Ueber das Gebiet des N. Facialis. *Anatomischer Anzeiger*, II, 1886.

(2) GRADENIGO. Die embryonale Anlage des Mittelohres; die morphol. Bedeutung der Gehörknöchelchen. *Med Centralbl.*, 1886, et *Wiener med. Jahrbücher*, 1887.

clume se développent simultanément de la baguette commune du squelette du 1<sup>er</sup> arc viscéral. Les deux se portent parallèlement en avant, en dedans et en bas.

6) La branche supérieure de l'enclume ne se développe que plus tard.

7) Avant que la branche supérieure de l'enclume se développe et s'appose à la capsule des canaux demi-circulaires, l'extrémité proximale du 1<sup>er</sup> arc viscéral n'est en contact, de quelque façon que ce soit, ni avec la capsule des canaux demi-circulaires, ni avec le crâne primordial.

8) Avant de développer les apophyses mentionnées au n° 5, le corps commun au marteau et à l'enclume se divise et présente, dans son aspect, la forme d'un prolongement intermédiaire (1).

9) Ce prolongement intermédiaire situé entre le marteau et l'enclume sépare complètement ces formations dès une époque très avancée. La venue du prolongement intermédiaire fait cesser toute connexion continue entre le marteau et l'enclume.

10) L'anneau de l'étrier se trouve, à l'origine, à l'état libre dans le tissu conjonctif mésodermal et n'entre que plus tard en contact avec la capsule périostique.

11) L'anneau de l'étrier, dès son apparition qui se reconnaît à l'agglomération des cellules groupées concentriquement autour d'un petit vaisseau, est situé entre le blastème proximal du 1<sup>er</sup> et le blastème proximal du 2<sup>e</sup> arc viscéral. Il se distingue dans la forme rudimentaire assez facilement de ces deux blastèmes par la disposition concentrique des couches et doit être considéré, en attendant, comme une formation indépendante.

12) Il n'est pas prudent, à mon sens, d'attribuer dès à présent l'anneau de l'étrier des mammifères d'une façon précise soit à l'un, soit à l'autre arc viscéral ; avant de pouvoir se

---

(1) Observé pour la première fois par HENKE et REGHER dans le développement du squelette des extrémités. *Sitzungsberichte der R. Akademie zu Wien*, vol. LXX, 1875.

prononcer sur ce sujet, il est nécessaire de faire des recherches sur les embryons des autres vertébrés.

13) Dans la capsule préchondrale du labyrinthe se forment de bonne heure deux zones nettement délimitées ; une lame ovale, la lame de la fenêtre ovale et une lame ronde, la future membrane de la fenêtre ronde.

15) Le préchondre de la fenêtre ronde se transforme directement en tissu conjonctif.

16) Le préchondre de la fenêtre ovale présente des caractères différents dans les diverses espèces d'animaux.

Chez le lapin et le cochon d'Inde, il se transforme en tissu conjonctif, puis disparaît ; chez le mouton, il donne naissance à une formation qui est d'une structure presque néochondrale et qui, plus tard, devient également une mince lamelle de tissu conjonctif ; chez l'homme, enfin, il se forme même un tissu néochondral vrai, qui persiste quelque temps dans l'état foetal, mais qui se transforme plus tard en tissu conjonctif et finit par être résorbé.

17) Le ligament orbiculaire de la base de l'étrier est formé principalement du préchondre mentionné au n° 16, et de cellules de tissu conjonctif qui, partant du périchondre de la surface tympanique de la capsule du vestibule, y pénètrent.

18) L'anneau de l'étrier forme à lui tout seul le futur étrier. La lamelle préchondrale primaire de la fenêtre ovale est une formation transitoire et ne se transforme pas en la future base de l'étrier.

19) L'articulation entre la branche inférieure de l'enclume et l'étrier ne se présente pas sous la forme d'un prolongement intermédiaire, puisque la branche inférieure de l'enclume ne fait encore que se développer dans la direction de l'anneau de l'étrier et que les deux formations ne sont, à l'origine, nullement continues.

20) L'apophyse lenticulaire de l'enclume n'est pas une formation indépendante, mais seulement la pointe extrême, de la branche inférieure de l'enclume qui se développe en dernier lieu.

21) Après la résorption du blastème proximal terminal du 2<sup>e</sup> arc viscéral, il n'existe pas, pendant un certain temps, de communication entre la capsule des canaux demi-circulaires et l'extrémité proximale du 2<sup>e</sup> arc viscéral préchondral.

22) La communication entre l'extrémité du cartilage de Reichert et la capsule des canaux demi-circulaires s'établit au moyen d'une pièce intercalaire qui entre en jeu.

23) Dans le cours du développement fœtal (chez l'homme, le 4<sup>e</sup> mois) s'opère la fusion du cartilage de Reichert, de la pièce intercalaire et la capsule des canaux demi-circulaires limitrophe.

24) L'apophyse styloïde de Politzer (1) se compose de l'extrémité proximale du cartilage de Reichert, de la pièce intercalaire et de la zone limitrophe, ultérieurement ossifiée, de la capsule des canaux demi-circulaires.

25) La saillie pyramidale n'est pas, à l'origine, de nature cartilagineuse, mais naît de l'ossification du tissu conjonctif qui revêt le muscle de l'étrier.

26) Le tympan est situé à la place du premier sillon branchial et se compose, dès l'origine, de trois couches, à savoir : l'épithélium interne, la couche mésodermale et l'épithélium externe.

27) La couche moyenne du tympan est une partie non ossifiée de l'anneau tympanique.

28) Le conduit auditif externe se forme par le développement d'un repli ; le tympan est, à l'origine, une partie de la paroi faciale.

29) Au tissu des os de recouvrement appartiennent l'écaille temporale de l'anneau tympanique et celle de la saillie grêle du marteau.

30) La saillie grêle du marteau se soude chez l'homme, le 6<sup>e</sup> mois de la vie fœtale, avec le col osseux du marteau.

31) La partie supérieure de la future cavité tympanique est

---

(1) POLITZER. Zur Anatomie des Gehörorgans. *Archiv. für Ohrenheilkunde*, vol. IX, 1874.

remplie, dans le fœtus, de tissu muqueux. Dans ce tissu sont enveloppés les osselets de l'ouïe, dont il n'existe aucun dans la cavité libre.

32) Le manche du marteau se développe de très bonne heure en dehors, par une lacune comprise entre la place occupée par l'écailla temporale et celle occupée par l'anneau tympanique et vient se placer en dehors de la membrane propre du tympan (entre celle-ci et la peau du tympan).

33) L'incisure de Rivinus et la membrane flaccide de Shrapnell marquent le point de sortie du manche du marteau de la cavité supérieure du tympan.

L'incisure de Rivinus est due à ce fait que l'opposition du manche contre le point de l'insertion fibreuse de l'anneau tympanique empêche à cet endroit l'ossification de l'anneau tympanique. C'est, je crois, pour la même raison que les fibres de la membrane propre manquent dans la membrane flaccide.

34) L'incisure de Rivinus n'existe à aucune époque de la vie intra ou extra-utérine.

35) C'est dans les embryons humains de 3 ou de 4 mois que la rapport particulier entre le manche du marteau et la membrane propre se reconnaît le plus facilement. Dès le 5<sup>e</sup> mois, le revêtement périchondral latéral, au moyen des faisceaux de tissu conjonctif, entre diversement en communication avec la membrane propre; le manche du marteau, de son côté, exécute un mouvement de rotation tel que le rapport établi dès lors entre le manche du marteau et le tympan ne se distingue plus de celui qui s'observe chez les adultes.

Avant de terminer cette note, je voudrais dire quelques mots de ce fait particulier que le manche du marteau est situé en dehors de la membrane propre du tympan.

Quand mes recherches histologiques m'eurent amené à constater ce fait, j'en tirai les conclusions suivantes :

Si mon hypothèse de la sortie du manche du marteau est juste, si c'est à la sortie du manche du marteau qu'est due

l'incisure de Rivinus, il faut que l'anneau tympanique représente un anneau *fermé* dans tous les cas où il n'existe pas de manche du marteau, ce qui peut avoir lieu :

- 1<sup>o</sup> Dans les malformations;
- 2<sup>o</sup> Dans certaines classes de mammifères.

Pour éclaircir le premier point, j'ai consulté les principaux traités d'anatomie pathologique de l'oreille, ou plutôt les publications que j'y ai trouvées citées. Pour ce qui concerne la partie négative de ma démonstration, je puis dire qu'il n'existe pas de description de malformations dans lesquelles le manche du marteau soit complètement développé et l'anneau tympanique représenté par un anneau fermé. Je n'ai trouvé qu'un seul cas qui soit venu confirmer mon hypothèse dans un sens positif. C'est le cas de Meyer (1), où l'anneau tympanique représentait un anneau parfait, où les osselets de l'ouïe n'existaient qu'à l'état rudimentaire et où le manche du marteau faisait absolument défaut.

Ma seconde hypothèse a été également confirmée. En effet, les phoques qui n'ont pas d'oreilles, possèdent, d'après Hyrtl (2) et Doran (3), un anneau tympanique ovale ; la membrane flaccide de Shrapnell fait défaut et la membrane de Malle ou manque totalement ou n'existe qu'à l'état de faible proéminence.

L'ossification des osselets de l'ouïe dans ses stades ultérieurs se trouve étudiée et exposée en détail dans l'ouvrage qui est à la veille de paraître et auquel je me permets de renvoyer le lecteur.

---

(1) MEYER. *Langenbeck's Archiv. für klinische Chirurgie*, vol. XXIX, p. 501.

(2) HYRTL. *Vergl. anatom. Untersuchungen über das innere Gehörorgan der Säugetiere*. Prag., 1845.

(3) DORAN. *Proceed. Roy. Soc. London*, 1876, et *Transactions Linnean Soc. London*, 1879.

**DE QUELQUES SYMPTOMES DUS A L'HYPERTROPHIE  
DE LA QUATRIÈME AMYGDALE (AMYGDALE DE LA  
LANGUE)**

Par M. le Dr **Cl. Chauveau.**

Un confrère de province m'adressait, au mois d'août dernier, un malade avec son observation détaillée dont voici le résumé :

Il s'agissait d'un homme de 40 ans, cordonnier, d'aspect robuste. Son père qui a 70 ans, a été atteint de rhumatisme articulaire aigu et présente de l'athérome et de la couperose de la face. Rien à noter sur sa mère, âgée de 66 ans. Son frère est mort à 44 ans, après de nombreuses attaques de coliques hépatiques, avec de l'ictère, sans œdème.

Comme antécédents personnels : une fièvre typhoïde vers 4 ans, des hémorroïdes à 18 ans, qui n'ont jamais donné du sang, mais qui persistent encore et causent de temps en temps du prurit anal ; acné de la face et de tout le corps, ayant amené un certain degré de sclérose de la peau du visage.

Le malade se plaignait de crises caractérisées par une douleur subite, très vive, pungitive, siégeant à son dire, au niveau de la grande corne gauche de l'os hyoïde, douleur accompagnée d'une sensation de constriction de toute la gorge, avec irradiation vers la joue, l'oreille, la région sternale et pectorale gauches. Une abondante sécrétion de salive filante survenant comme un flot et inondant la moitié gauche de la bouche suivait presque instantanément l'apparition de la crise, et s'arrêtait, d'ordinaire, avant la fin de l'accès. A ce moment son membre supérieur et inférieur gauches, quoique n'étant le siège d'aucune douleur, paraissaient secoués comme d'un tremblement précipité et le côté gauche de la face était contracté.

L'accès était court : sa durée moyenne était d'une demi-minute environ.

Rarement la crise survenait spontanément. D'ordinaire, elle était provoquée par la déglutition, quelquefois aussi par une inspiration d'air froid.

Ces douleurs avaient commencé, il y a 10 ans environ. Mais elles étaient peu intenses, rares et même longues. Depuis 3 ou 4 ans environ, intensité, fréquence et durée s'étaient accentuées, cela progressivement,

mais, durant les derniers mois, très vite. Quand j'ai vu le malade, les accès étaient très rapprochés, une dizaine par heure. Ils survenaient presque chaque fois que le malade avalait quelque chose, même sa salive.

Par suite, il lui était presque impossible de s'alimenter; la crise se produisait toutefois plus facilement par la déglutition des aliments solides que par celle des liquides. Sa santé s'altérait ainsi rapidement et la vie lui devenait intolérable.

Mon confrère avait remarqué, l'hiver dernier, durant 2 ou 3 semaines, une accalmie complète pendant les grands froids secs. Il avait noté également que durant les jours ou les semaines où le malade était en proie à ces douleurs, la région sous-maxillaire gauche était le siège d'un gonflement modéré, douloureux à la pression et sans rougeur.

A l'examen, je ne trouvai dans le larynx et dans le pharynx rien d'anormal, sinon une hypertrophie d'ailleurs moyenne de l'amygdale linguale, hypertrophie tout aussi prononcée à droite qu'à gauche.

On sait que l'on désigne sous le nom d'amygdale de la langue, les glandes lymphoïdes isolées ou groupées, disposées en couches sur la partie postérieure du dos de la langue, entre les papilles caliciformes et l'épiglotte.

Au laryngoscope, cette couche paraissait avoir subi un épaississement général, plus accentué cependant sur les côtés. Elle avait un aspect framboisé, avec quelques grains plus volumineux; cet état n'existant pas d'une façon spéciale du côté de l'épiglotte, plutôt, je le répète, latéralement.

Ces hypertrophies moyennes sont assez fréquentes, et souvent, même le plus souvent, ne donnent lieu à aucun phénomène particulier. Toutefois, dans les divers cas que j'ai observés, il m'a été facile de constater que, contrairement à l'avis de Gleitsmann et conformément à celui de Ruault, les symptômes ne sont pas en rapport avec l'importance des lésions, mais avec le degré d'impressionnabilité du malade.

D'autre part, le malade avait été soumis, sans résultat, à toutes sortes de traitements antispasmodiques et autres. Même, un confrère parisien lui avait fait des séances d'électricité. D'après la description des appareils, je crois avoir reconnu l'électricité statique, la faradisation, et la galvanisation continue. Cela toujours sans effet profitable.

Enfin, il n'y avait pas d'autres lésions que cette hypertrophie et les crises étaient provoquées surtout par la déglutition. Je commençais donc à supposer qu'il pouvait y avoir relation de cause à effet entre ces crises douloureuses et l'hypertrophie de la tonsille. Ce qui me fortifia dans cette

pensée c'est que, touchant alors avec un porte-caustique laryngien divers points du pharynx ou de l'épiglotte ou de la partie antérieure de la langue, je ne réussis pas à provoquer d'accès. Je n'en provoquais pas davantage en touchant la partie postérieure droite de la langue hypertrophiée cependant à peu près également. Le contact du porte-caustique avec la partie postérieure gauche déterminait fréquemment des accès, pas toujours toutefois ; mais enfin ce contact n'en déterminait que là. Il se passait ce qu'on rencontre souvent dans les cas de tic douloureux de la face, où la crise ne survient que si l'on excite un point bien déterminé qui seul paraît posséder cette propriété. Ici le point était situé dans le territoire innervé par le nerf glosso-pharyngien.

Je pris donc le parti de détruire au galvano-cautère la tonsille hypertrophiée. Dès le lendemain, l'amélioration fut sensible non pas comme intensité des douleurs, mais comme fréquence et durée. Je fis une nouvelle séance d'ignipuncture ; nouvelle amélioration. Les 2 jours qui suivirent, les symptômes allèrent s'amendant. Au laryngoscope, je ne distinguais plus guère alors que des escharas ; je jugeai mon intervention suffisante, et renvoyai le malade, lui conseillant de revenir si, dans une quinzaine, les douleurs n'avaient pas disparu.

Au bout de la quinzaine, mon confrère m'écrivait : Depuis la cautérisation, quelques douleurs encore, mais très passagères et ne constituant jamais de crise. Je revis le malade au bout de 3 semaines ; mes cautérisations avaient été incomplètes ; je fis une autre séance. Le lendemain toute douleur avait disparu, et depuis — j'ai eu de ses nouvelles, il y a quelques semaines — rien n'a reparu.

Les phénomènes que j'ai relatés plus haut ne sont pas le cortège symptomatique ordinaire de l'hypertrophie de la tonsille linguale. Les malades se plaignent habituellement d'une sensation de corps étranger à la gorge, souvent d'un besoin fréquent d'avaler ou d'une sensation de constriction à la gorge ; tous phénomènes qui d'ordinaire se trouvent momentanément atténués au moment des repas.

Depuis le travail d'Européan (1877), les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont signalé une série de symptômes plus rares. Stöerk (1877) (*Archiv. für Anatomie und Physiologie*, vol. 48, p. 211) décrit des troubles respiratoires « et un cas d'asphyxie ». Lennox-Brown (1880, Congrès de laryngologie de Milan, et 1887, *Journal of Americ. Assoc.*, 29 octobre)

des accidents dyspeptiques ; Heymann (1880, *Berliner klinische Wochenschrift*, p. 393) des cas de dyspnée inspiratoire qu'il est porté à considérer comme un reste de spasme réflexe ; Curtis (1884, *New-York medical Journal*) des altérations de la voix chantée.

Parmi les observations de Swain (1886, *Deutsch Archiv. für klinische medicin*) on en trouve où les douleurs avaient des irradiations du côté des oreilles avec une sensation de pression douloureuse le long de l'œsophage, entre les épaules, à l'entrée de l'estomac, au larynx et à la trachée. Une de ses malades présentait des bourdonnements d'oreille et des vertiges. Price (*Medical record* 1<sup>er</sup> mai 1886) signale la toux comme un symptôme de l'hypertrophie de l'amygdale linguale ; elle serait due selon lui à l'irritation des bronches laryngées inférieures et pharyngées du pneumogastrique. Cette toux se présentait sous deux formes différentes : tantôt violente, spasmodique, presque incessante, tantôt quinteuse. Siefert (1886, *Sitz. d. phys. med. Gesellschaft*, in Wurzburg, juillet, et 1887, *Berliner klinische Wochenschrift*, mai) rapporte l'observation d'une jeune femme présentant des accès d'asthme et celle d'un jeune homme qui avait de la céphalalgie et des fourmillements dans les mains.

Dans les publications de Mac-Bride (1887, *Edinburg med. journal*, 17 sept. et *Medical record*, 17 décembre) on trouve notée l'inégalité de la voix, des intermittences et la fatigue facile ; et, selon lui, la forme spasmodique de la toux, la moins fréquente, se montrerait en règle générale lorsque les glandes hypertrophiées empiètent sur l'épiglotte, rendant ainsi les frottements faciles.

Les auteurs suivants : Gleitsmann, Beverley-Robinson, Ruault, Hagen, Balm, Spicer, Farlow, Laugniard, Herzog, Teulière, en tant que symptomalogie n'apportent pas de faits nouveaux.

En sorte que les symptômes de l'hypertrophie de l'amygdale linguale peuvent être, avec Mac-Bride et Gleitsmann, rangés dans le tableau suivant :

- 1) Sensation de corps étranger et de pression à la gorge;
- 2) Altération de la parole et du chant;
- 3) Douleurs quand il existe une inflammation subaiguë ou aiguë des glandes ;
- 4) Douleurs irradiées ;
- 5) Toux ;
- 6) Accès d'asthme.

De ces symptômes, les uns sont le produit de la gêne mécanique ou de l'irritation des organes voisins ; les autres sont vraisemblablement d'ordre réflexe, semblables à ceux que causent les lésions du nez, du pharynx ou des amygdales palatines.

Je n'ai pas connaissance d'observations relatant des phénomènes analogues à ceux de mon malade. Je crois cependant devoir les rattacher à l'hypertrophie de l'amygdale linguale, d'abord pour les raisons données plus haut, et puis, la destruction de la lésion ayant fait disparaître les symptômes jusqu'ici rebelles à tout traitement, je crois être autorisé à établir une relation de cause à effet entre les symptômes et la lésion. Quant à l'observation, son intérêt consiste dans le type que revêtaient les douleurs, leur intensité, le cortège des phénomènes concomitants, la gêne considérable apportée à la déglutition et le retentissement sur la santé générale.

Il y aurait là comme une excitation du glosso-pharyngien avec phénomènes réflexes, dont l'origine serait due à l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

#### DES AFFECTIONS INTRAOCULAIRES CONSÉCUTIVES AUX MALADIES DU NEZ

Par le Dr **Ziem** (de Dantzig).

Parmi les nombreuses observations dans lesquelles j'ai constaté la grande importance des affections nasales, au point de vue du développement de beaucoup de maladies des yeux, la suivante me semble être une des plus remarquables.

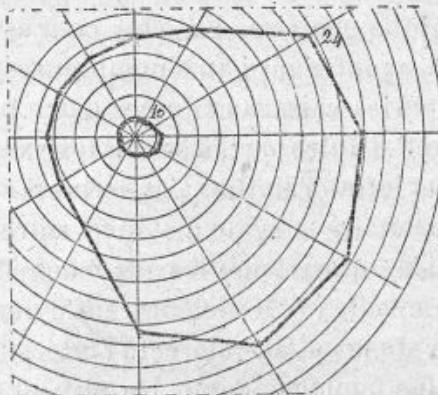
Un homme, âgé de 65 ans, forgeron, vient me consulter, le 16 juin 1890, à cause de douleurs atroces qu'il éprouve dans le globe de l'œil gauche. A première vue on constate qu'il s'agit d'une tumeur ; la paupière supérieure est gonflée, abaissée et presque immobile, le globe est poussé en avant et en bas et presque absolument fixé dans cette position, de sorte que sa mobilité est à peu près complètement abolie. Les vaisseaux de la conjonctive sont injectés, la pupille est dilatée et sans réaction. Il y a amaurose absolue. L'œil droit présente, avec un verre convexe de 2,0 dioptries, une acuité visuelle équivalente à 5/9 de la normale. Le nez est obstrué des deux côtés, mais principalement du côté gauche. Dans la fosse nasale gauche se trouve une tumeur à surface irrégulière et bosselée ayant envahi la cavité naso-pharyngienne. Le toucher de cette région pratiqué immédiatement montre sa moitié gauche remplie par un néoplasme de consistance dure et à surface mamelonnée. Dans la fosse nasale droite, il y a seulement un gonflement prononcé de la muqueuse des cornets. Les parois osseuses de l'antre d'Highmore gauche ne paraissent faire saillie ni vers la paroi faciale, ni vers la voûte palatine. Les glandes lymphatiques sous-maxillaires et cervicales du côté gauche sont fortement infiltrées ou plutôt transformées en des paquets volumineux et bosselés.

L'examen ophtalmoscopique révèle une extrême congestion veineuse de la papille optique gauche et de son pourtour ; une assez forte hyperhémie veineuse de la papille droite et une disposition serpentine des veines rétinien-nes.

A l'instant où le malade entra dans mon cabinet, je fus frappé tout de suite par son regard fixe et pour ainsi dire scrutateur : c'est pourquoi je fis aussi l'examen du champ visuel de l'œil droit, qui se montra extrêmement rétréci, de sorte que l'impuissance qu'éprouvait le malade à s'orienter promptement, s'expliquait facilement (voyez le dessin).

Le malade, qui était venu dans l'intention de se faire énucléer l'œil gauche, fut instruit que l'affection était beaucoup

trop avancée pour laisser la moindre chance à une opération, qu'il s'agit de l'énucléation de l'œil ou de l'extirpation de la tumeur ayant envahi la cavité naso-pharyngienne, la fosse nasale, l'orbite et les glandes régionales. Pour lui donner cependant, autant que possible, un peu de soulagement et diminuer l'hypertension de l'œil et la céphalée qui le tourmentait, je fis une injection dans le nez avec de l'eau salée et à l'aide de la pompe à pression du Dr Mayer, avec laquelle on obtient un courant d'eau plus égal et plus continu, ayant en outre l'avantage de ne pas être interrompu ni de se produire par soubresauts, comme cela a lieu avec les seringues ordinaires ; lorsqu'à la suite de cette manœuvre, une grande quantité de mucosités purulentes et très fétides eut été expulsée du nez, jusque-là inaccessible à la rhinoscopie antérieure, le malade se sentit beaucoup soulagé. En conti-



nuant ce traitement purement palliatif, je fus très étonné de voir, les jours suivants, le champ visuel droit s'agrandir de plus en plus, de sorte qu'au bout de *huit* jours, le 24 juin, il avait acquis une étendue presque normale (v. la fig.). Que le malade ait fini par succomber aux progrès de sa tumeur maligne au bout de huit à dix semaines environ, cela ne saurait surprendre, mais l'élargissement du champ visuel à la suite d'une aussi simple manipulation, cela constituera pour beaucoup de mes confrères, un fait si étrange, qu'il me semble

nécessaire de chercher à l'expliquer en quelques mots.

Après avoir examiné le malade la première fois je me crus autorisé à l'hypothèse : 1<sup>o</sup> que la tumeur se propageant de la fosse nasale en haut et en arrière avait envahi le sinus sphénoïdal non seulement du côté gauche, mais aussi du côté droit; 2<sup>o</sup> que le rétrécissement du champ visuel droit s'expliquait soit par une sorte d'étranglement exercé par la tumeur sur le nerf optique (séparé seulement, comme on le sait, du sinus sphénoïdal par une lame osseuse souvent bien mince) (1), soit par une hyperhémie veineuse collatérale s'étendant du sinus sphénoïdal au nerf optique, c'est-à-dire par une névrite rétro-bulbaire. Mais l'effet du traitement institué a démenti cette opinion et a montré clairement qu'il s'agissait encore ici, comme dans plusieurs cas publiés antérieurement par moi (2), d'une fluxion ou plutôt d'une stase collatérale, cheminant des vaisseaux hyperhémisés du nez vers l'intérieur du globe oculaire. En effet, cela est bien facile à comprendre en ayant égard aux nombreuses anastomoses qui existent entre les vaisseaux du nez d'une part et ceux de l'orbite et de l'œil d'autre part, à savoir les *vasa ethmoidalia*, *nasofrontalia* et *infra-orbitalia*. Ces derniers sont logés dans le canal sous-orbitaire à égale distance entre l'orbite et la cavité maxillaire, ainsi que les planches d'anatomie de Kirschfeld et Leveillé (3) le démontrent d'une manière péremptoire. Une stase collatérale vers l'intérieur du globe se fera d'autant plus facilement que les plis du corps ciliaire, les procès ciliaires sont formés d'un tissu érectile et bien dilatable, ce qui a été reconnu déjà par L. Fick (4) et Ch. Rouget (5) et prouvé dernièrement par moi à l'aide d'observations et d'arguments empruntés à l'anatomie et à la physiologie comparées (6). En rétablissant alors la respiration nasale et en augmentant par là la puissance aspiratoire des poumons, on dégage la circulation dans les vaisseaux de tout le corps et naturellement aussi dans ceux du nez, et de toutes les parties voisines (procès ciliaires, rétine, etc.), comme nous l'avons vu dans le cas précédent. De cette manière il

n'est point nécessaire d'avoir recours avec M. Emile Berger à des phénomènes réflexes partant d'une irritation présumée des organes terminaux du trijumeau nasal et se produisant dans le plancher du quatrième ventricule du cerveau, à l'origine des nerfs vaso-moteurs (7).

Quoi qu'il en soit, dans des cas semblables, plus fréquents d'ailleurs qu'on ne le croit d'ordinaire, il ne faut pas supposer tout de suite une affection des sinus sphénoïdaux, surtout sans avoir préalablement exclu d'une manière absolue une affection ou du nez lui-même ou des autres cavités, principalement de l'autre maxillaire (8).

Le malade a été soumis trop tard à mon observation pour pouvoir obtenir plus qu'un soulagement passager. Du reste, il n'avait pas négligé de consulter avant moi d'autres médecins, même un oculiste assez renommé, mais, chose singulière, aucun de mes confrères n'a pratiqué l'examen rhinoscopique ni le toucher du pharynx nasal, de sorte qu'évidemment on ne put se rendre compte du véritable mécanisme des phénomènes observés.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Braune.** — *Topograf. anatomisch. Atlas*, 1875, Taf. 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 29<sup>a</sup>.
- (2) **B. Fränkel.** — *Gefrier durchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle*. Berlin, 1891. Taf. 1.
- (3) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1885, p. 260; 1886, n° 4, p. 137; 1889, nos 7-8. *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1887, p. 131. *Internat. Klin. Rundschau*. Wien, 1888, nos 10-11. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 37; 1889, n° 38. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1889, n° 5.
- (4) *Lehrbuch der Anatom. von QUAIN-HOFFMANN*. Erlangen, 1872. II Band, p. 851-973.
- (5) *F. Müller's Archiv.*, 1853, p. 449.
- (6) *Virchow's Archiv.*, 1891, CXXVI. Bd, p. 467.
- (7) *Compt. rend. de l'Académie des sciences*. Paris, 1856, t. XLII, p. 937.
- (8) *La chirurgie du sinus sphénoïdal*. Paris, 1890, p. 56.

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES FRACTURES DES CARTILAGES DU LARYNX**

Par le Dr **Paul Heymann** (de Berlin).

En 1885, Arbuthnot Lane démontra, par des recherches entreprises sur des cadavres provenant de l'hôpital de Guy, que les fractures des cartilages laryngés étaient plus fréquentes et d'un pronostic moins sombre qu'on ne le pense généralement. Le hasard de ses recherches lui donna sur cent cadavres, neuf cas de fractures de cartilages laryngés guéris en partie ; dans le nombre, il nota des cas de fracture du cricoïde, lésion considérée jusque-là comme absolument mortelle. En conséquence, Lane pensa qu'une partie de ces cas n'avait donné lieu qu'à des symptômes nuls ou insignifiants et qu'ils avaient échappé ainsi à l'examen médical. Depuis ce temps, les cas publiés de fracture du larynx — et ils ne sont pas nombreux — n'ont rien donné qui puisse expliquer ou confirmer l'opinion de Lane. Les fractures furent toutes accompagnées de lésions assez graves pour nécessiter une intervention chirurgicale, et ce n'est que dans de rares cas, qu'on put jeter un coup d'œil dans l'intérieur du larynx (1). Dans ces dernières semaines, j'ai eu l'occasion d'observer un cas de fracture du larynx, depuis l'accident lui-même jusqu'à la complète guérison. Ce cas donna lieu à des symptômes tellement insignifiants, qu'il eût pu facilement passer inaperçu.

(1) L'examen laryngoscopique n'a été jusqu'à présent pratiqué que fort rarement dans les cas de fracture du larynx. Déjà, il y a quelques années, j'eus l'occasion d'examiner et de traiter un cas semblable. En 1879, M le Dr Brieger, alors assistant à la clinique du professeur Frerichs, me consulta pour un malade de cette clinique, et par des scarifications soigneuses et répétées, je pus éviter la trachéotomie. Je renvoie, pour ce qui concerne ce cas à l'article publié par M. le Dr Brieger dans le *Zeitschrift f. klinische Medicin*, III, Heft 1 et à la Dissertation de M. le Dr Seltzer, Berlin, 1880. L'état du larynx, ainsi que l'exposé du traitement dans ces deux publications, a été développé par moi.

Le sieur S..., peintre, âgé de 37 ans, bien portant et robuste, rentrait une nuit chez lui, portant un léger fardeau sur les bras. Dans l'obscurité, il trébucha contre un objet qui se trouvait sur sa route. Son cou porta contre un des pieds de son lit.

Selon lui, ce fut la région cervicale antérieure droite qui fut la plus atteinte. Il ressentit une douleur assez forte, qui augmenta le lendemain, et à laquelle s'ajoutèrent de la dysphagie, un peu de dyspnée et de l'enrouement. A peu près huit heures après l'accident, il vint à ma polyclinique pour y demander des soins. Les symptômes mentionnés étaient assez peu intenses pour qu'il eût déjà pu faire deux courses à pied et accomplir son travail ; ce ne fut que sur mon conseil pressant qu'il se décida à cesser ses occupations pendant quelques jours.

A l'examen extérieur du cou, on ne trouvait que peu de chose. Le larynx facilement mobile, était un peu plus sensible que d'habitude, notamment lorsque, de mon doigt placé du côté droit, je cherchais à énoucler le larynx. Mais c'était tout. Pas de crépitation anormale.

L'examen du pharynx, en dehors d'un léger catarrhe, ne présenta rien de particulier. A l'examen laryngoscopique, l'aryténioïde droit atteint le volume d'une noisette, il est œdématisé. Sur ce cartilage, on découvre une suffusion sanguine qui s'étend en arrière assez loin dans l'entrée du pharynx, et s'étend en bas jusqu'au cartilage thyroïde.

Le gonflement de l'aryténioïde était plus intense sur la partie postérieure, et englobait le revêtement postérieur du chaton cricoïdien. Toutes ces parties présentaient au contact de la sonde une sensibilité inaccoutumée, tandis que les autres régions du larynx se montraient parfaitement tolérantes.

Les cordes vocales n'étaient que peu cachées par ce gonflement, et en plaçant le malade en situation favorable, on pouvait les examiner dans toute leur étendue. La corde droite se tenait immobile, à peu près en position cadavérique ; les deux cordes se montraient fortement épaissies, rouges, surtout la droite, et un peu érodées à leur surface.

Le diagnostic me parut être limité à deux hypothèses. Il n'était pas douteux qu'il ne s'agit d'une lésion du larynx, et, bien vraisemblablement, cette lésion avait pour cause la chute qui remontait à quelques heures.

Il pouvait être question — et la chute récente était susceptible de donner lieu au deux lésions — ou d'une déchirure de la capsule de l'articulation arytenoïdienne ou d'une fracture du chaton cricoïdien. La marche de la maladie rendit la seconde hypothèse plus probable.

En raison du peu de dyspnée présenté par le malade, je crus pouvoir ne pas pratiquer de trachéotomie préalable, car je n'avais noté aucun grand désordre ; mais, les jours suivants, je me tins téléphoniquement à la portée du malade, pour le cas où il se serait produit quelque chose d'imprévu. Je lui fis prendre de la morphine et de petits morceaux de glace. Grâce à cette médication, l'immobilité de la corde vocale droite avait cessé peu à peu au bout d'un jour et demi ; enfin, le 6<sup>e</sup> jour, cette immobilité avait complètement disparu, circonstance qui ne s'accordait pas avec l'hypothèse de déchirure de la capsule articulaire. De même, l'œdème de l'aryténioïde diminua peu à peu, de sorte qu'au bout de huit jours cette région était presque normale. Grâce à la diminution progressive de l'œdème, on put voir distinctement que les deux faces du chaton cricoïdien avaient été atteintes et que le revêtement de la face postérieure avait été surtout lésé.

En ce point aussi, la suffusion sanguine était plus intense et plus durable. Ce fut précisément cette infiltration sanguine qui, de tous les symptômes, se maintint le plus longtemps. Au bout d'environ 12 jours, on pouvait constater la *restitutio ad integrum* ; seule une teinte noir bleuâtre subsistait.

Je crois qu'il s'est agi ici d'une fracture du chaton cricoïdien, qui peut-être s'est étendue jusqu'à la région de l'aryténioïde droit. Quant à savoir si l'on a eu affaire à une véritable fracture ou à une simple fissure, c'est là une question forcément insoluble autrement que par l'autopsie.

Ce cas est le premier où, sur le vivant, on ait pu, en présence de symptômes légers, et au moyen du laryngoscope, diagnostiquer une fracture d'un cartilage du larynx. M. Bernard Fränkel auquel j'ai présenté le cas vers la fin de la maladie a confirmé mon diagnostic. Ce cas est aussi la première confirmation, sur le vivant, des observations cadavériques de Lane.

Quant à ce qui concerne le mécanisme de la fracture, M. Scheier a eu la bonté de me communiquer le résultat de ses expériences cadavériques (l'article qu'il a écrit à ce sujet attend en ce moment l'impression dans les cartons de la *Deutsche med. Woch.*). Pour cet auteur, une force qui agit d'avant en arrière sur le larynx, comme dans notre obser-

vation, produit très facilement une fracture du chaton cri-  
coïdien, tandis qu'une compression latérale, comme par  
exemple dans l'étranglement, lésera plutôt les faces du  
cartilage thyroïde et ses cornes supérieures.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ.

**Sur les résultats du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore,**  
par le professeur CHIARI, de Vienne. In *Ann. des mal. de l'or.*,  
1892, n° 6, p. 395.

Des 21 observations, contenues dans ce travail et des sept cas publiés  
antérieurement par lui, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Dans des cas très rares d'empyème causé par une périostite de la  
racine, le malade peut être guéri par l'extraction de la racine (1).

2<sup>o</sup> De fréquentes irrigations nasales peuvent amener une amélioration  
notable (4 cas).

3<sup>o</sup> Les injections de l'antre, bien que pratiquées régulièrement et assi-  
dûment, n'amènent souvent aucune guérison, quoique d'habitude elles  
améliorent. Dans l'observation XVIII, on constata au contraire, l'aug-  
mentation de la suppuration.

4<sup>o</sup> C'est seulement dans le cas de suppurations récentes survenues à la  
suite de périostite de la racine qu'un petit nombre d'injections amènent  
ordinairement la guérison.

5<sup>o</sup> Les injections pratiquées avec succès à travers l'ouverture nasale  
du sinus maxillaire, de façon que le pus s'écoule vraiment avec le liquide  
injecté, ne m'ont réussi que dans le 10<sup>e</sup> cas.

6<sup>o</sup> Les injections systématiques ne se font facilement et commodément  
que par l'opération alvéolaire ; leur pratique par le méat inférieur, donne  
beaucoup de mal et est très difficile à exécuter par les malades eux-  
mêmes.

7<sup>o</sup> L'insufflation d'iodoforme pulvérisé ne donne pas de résultat cer-  
tain.

8<sup>o</sup> Pendant toutes ces manœuvres thérapeutiques, l'antre doit être  
fermé du côté de la bouche.

9<sup>o</sup> Les résultats les plus sûrs sont obtenus par le tamponnement avec

la gaze iodoformée, parce qu'il tarit très rapidement la suppuration, qu'il n'a besoin d'être pratiqué qu'une fois par semaine, qu'il peut être employé aisément par tous les médecins et qu'il obstrue sûrement l'antre du côté de la bouche.

10<sup>e</sup> Pour effectuer le tamponnement, on pratique d'ordinaire une ouverture large de 4 à 6 millimètres dans un alvéole. On n'ouvre par la fosse canine que par des percées déjà faites, ou sur le refus du malade de sacrifier une dent, ou quand on veut entreprendre un raclage important de la cavité. Toutefois le tamponnement par la fosse canine est toujours fatigant et douloureux.

**Die electrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen, ein sicheres Hilfsmittel für die Diagnose des Empyema antri Highmori unter Berücksichtigung der Form des harten Gaumens.** (L'éclairage électrique par transparence des os de la face, moyen auxiliaire sûr pour reconnaître l'empyème de l'antre d'Highmore, considération étant prise de la forme de la voûte osseuse du palais), par le Dr H. DAVIDSOHN, de Berlin. In. *Berl. klin. Wochenschr.*, 4 et 11 juillet 1892, p. 665 et 697.

L'auteur a remarqué que, dans les conditions normales, si l'on vient, en pleine obscurité, à introduire une lampe électrique dans la bouche du sujet, suivant la méthode Vohsen-Heryng, non seulement on obtient l'éclairage de la joue, mais le globe oculaire lui-même offre une rougeur incandescente entourée d'une zone circulaire sombre.

D'après l'auteur, cet éclairage de l'œil déjà signalé par Vohsen exclut absolument toute trace de pus dans le sinus maxillaire; en effet les rayons lumineux pour pénétrer dans l'orbite doivent traverser la paroi inférieure du sinus sur laquelle ne manque pas de s'étendre la moindre quantité de pus contenue dans cette cavité.

Au contraire la joue est éclairée par les rayons qui ont pénétré dans la fosse nasale correspondante; elle peut donc se montrer lumineuse alors que le sinus ne renferme qu'une faible proportion de pus. Elle peut, en revanche, rester sombre, le sinus étant vide, par suite d'une hypertrophie des cornets s'opposant à la réflexion des rayons lumineux. L'auteur a pu reproduire artificiellement ce phénomène en tamponnant la fosse nasale d'un sujet dont la joue s'était montrée lumineuse à l'éclairage électrique: elle restait sombre après l'introduction du tampon.

L'impossibilité d'obtenir l'éclairage de l'œil, pas plus que celle d'obtenir l'éclairage de la joue ne permet pas de conclure à l'empyème, surtout

quand il existe une disposition ogivale de la voûte osseuse du palais ; l'auteur montre en effet par des schémas annexés à son travail que, dans ces conditions, les rayons lumineux éprouvent une difficulté toute spéciale à traverser les cavités osseuses de la face.

LUC.

**On posterior hypertrophies of the middle and inferior turbinated bones. (Des hypertrophies postérieures des cornets moyens et inférieurs)**, par HARRISON ALLEN. In *Transact. of the americ. laryng. Associat.*, 1890, p. 116.

L'auteur pense que l'état hypertrophique de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs est fréquemment entretenu par des lésions de voisinage (végétations adénoïdes, éperons de la cloison) qui donnent lieu à une circulation défectueuse de la muqueuse nasale et que, ces lésions une fois supprimées, on voit souvent le cornet revenir à des dimensions normales. On doit donc commencer par s'attaquer à ces lésions de voisinage et ne pas se presser d'opérer les cornets.

Quant à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets moyens, elle aurait une signification clinique différente et coïnciderait généralement avec une dégénérescence myxomateuse de l'extrémité antérieure de ces mêmes replis.

LUC.

**Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. (Les polypes du nez au-dessous de 16 ans)**, par le Dr HOPMANN, de Cologne. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, n° 32, p. 801.

L'auteur s'appuie sur son expérience personnelle et aussi sur les statistiques de Heymann et de Schœffer pour émettre l'opinion que les polypes muqueux des fosses nasales au-dessous de 16 ans sont loin d'être aussi rares qu'on le prétend généralement et que l'a avancé encore récemment le Dr Natier dans un travail spécialement consacré à cette question.

LUC.

## II. — LARYNX, TRACHÉE

**Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen. (Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques)**, par le Dr E. SCHMIEGELOW, de Copenhague. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1892.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

L'intubation doit être pratiquée :

1<sup>o</sup> Dans les sténoses aiguës du larynx de nature non diptérique, par

exemple dans celles qui dépendent d'un œdème aigu de la muqueuse de l'organe (tuberculose, périchondrite syphilitique, érysipèle, etc.).

2<sup>o</sup> Dans les sténoses aiguës du larynx qui sont de nature diphtérique, mais où l'asphyxie menaçante fait craindre que l'on n'ait pas le temps de pratiquer la trachéotomie.

3<sup>o</sup> Dans les cas de sténose de nature diphtérique où la famille du malade n'accepte pas la trachéotomie.

4<sup>o</sup> Dans les sténoses laryngées aiguës causées soit par une paralysie bilatérale des abducteurs ou par un spasme bilatéral des adducteurs.

5<sup>o</sup> Dans les sténoses aiguës causées par des corps étrangers, lorsque le temps manque pour pratiquer la trachéotomie. Dans ces cas, il faut autant que possible employer les tubes spéciaux d'O'Dwyer à fort calibre.

6<sup>o</sup> Dans les sténoses aiguës causées par une thyroïdite aigüë ou développées au cours d'opérations dirigées contre des néoplasmes adhérant aux parois trachéales.

7<sup>o</sup> Dans les sténoses chroniques du larynx et de la portion supérieure de la trachée.

L'intubation peut être pratiquée :

8<sup>o</sup> Dans toute sténose laryngée aiguë de nature syphilitique.

LUC.

**Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. (De la conduction centripète du récurrent et de la position médiane pathologique de la corde vocale),** par le Dr H. BURGER, d'Amsterdam. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 25 juillet 1892, p. 746.

B. combat dans ce travail la théorie présentée par Krause dans ce même journal (16 mai 1892), théorie tendant à faire du récurrent un nerf mixte dont le bout central, après section, pourrait être le point de départ de mouvements réflexes dans la corde opposée.

Retenant les expériences de Krause, B. a sectionné le nerf récurrent sur quatre animaux (2 chats, une chienne ratière et un lapin). Sur aucun de ces animaux, l'incitation du bout central n'a donné lieu à des manifestations réflexes. B. a constaté en revanche que les muscles adducteurs conservaient plus longtemps leur pouvoir de réaction électrique que les abducteurs. Aussi se rallie-t-il complètement à l'opinion de Semon, d'après laquelle le groupe musculaire abducteur des cordes vocales serait physiologiquement et nerveusement indépendant et distinct du groupe adducteur et plus facilement que ce dernier frappé de paralysie. LUC.

**Kehlkopfmuskel-lähmung bei Tabes dorsalis. (Paralysie laryngée chez un tabétique),** par le Dr GRABOMER, de Berlin. In *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892, p. 633.

L'observation contenue dans cet article est un bel exemple de paralysie limitée à l'un des crico-aryténoïdiens postérieurs sans contracture des adducteurs.

Il s'agit d'un homme de 35 ans offrant des symptômes multiples d'ataxie locomotrice et sujet à des crises laryngées.

L'examen laryngoscopique permettait de constater les particularités suivantes : pns de lésions inflammatoires ou catarrhales ; la corde vocale gauche se maintient pendant la respiration tranquille au voisinage de la position cadavérique mais sensiblement en dedans d'elle ; elle paraît relâchée et offre, au niveau de son bord libre, une concavité tournée en dedans qui s'efface pendant la phonation. Lorsque le malade respire très profondément, on constate que cette corde exécute de légers mouvements de trémulation débordant très faiblement en dehors le niveau de la position cadavérique, tandis que la corde droite se porte à la limite externe de son côté et dépasse fortement les limites de la position cadavérique.

Peudant la phonation, la corde gauche jusque-là flasque et relâchée se tend manifestement, son bord libre de concave qu'il était devient rectiligne et s'adapte exactement au bord libre de la corde vocale opposée, ce qui permet la production de sons hauts et clairs. Dès que la phonation a cessé, la corde gauche retourne à sa position voisine de la cadavérique, tandis que la droite concourt normalement à l'inspiration.

LUC.

**Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. (Les troubles du langage et de la phonation dans la paralysie agitante),** par le Dr A. ROSENBERG, de Berlin. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1<sup>er</sup> août 1892, p. 771.

R. a publié ce travail à l'occasion d'un malade présenté par lui à la Société de laryngologie de Berlin. Outre la plupart des symptômes classiques de la paralysie agitante, ce malade offrait des troubles de même ordre portant sur le langage et la phonation.

1<sup>o</sup> *Troubles du langage.* Indépendamment du caractère tremblé et saccadé du langage, dû aux mouvements de la tête, on constatait, des arrêts, des pauses séparant non seulement les mots d'une même phrase mais encore les syllabes d'un même mot. La parole était en

outre rendue confuse par des bruits, des sons anormaux, résultant de mouvements désordonnés, ayant leur siège non seulement dans l'appareil musculaire, présidant à l'articulation des mots, mais encore dans le voile du palais et de l'épiglotte, ainsi que l'examen direct permettait de le constater.

2<sup>o</sup> *Troubles de la phonation.* Ces troubles se manifestaient : 1<sup>o</sup> subjectivement par l'impossibilité d'émettre un son prolongé et surtout par l'impossibilité de maintenir un son à sa tonalité initiale, la voix tendant toujours à baisser ; 2<sup>o</sup> objectivement par l'examen laryngoscopique révélant les particularités suivantes :

Au moment où la malade commence à émettre un son, on voit les cordes vocales se rapprocher promptement, mais ne pas se maintenir longtemps dans cette position. D'autre part les cordes paraissent ne pas obéir immédiatement à la volonté, car il s'écoule toujours un long intervalle entre le commandement et le commencement de l'adduction. En outre, elles laissent entre elles une mince fente elliptique dont la largeur augmente et diminue d'une façon rythmique selon des mouvements isochrones à ceux de la tête et du membre supérieur gauche. Ces mouvements sont plus manifestes sur la corde gauche que sur la droite. Enfin on constate, sur chaque corde considérée isolément et encore avec une prédominance marquée sur la gauche, des sortes de sursauts, de tressaillements également isochrones au tremblement des autres parties du corps.

Dans la dernière partie de son travail, R. cherche à marquer les traits qui distinguent ces troubles de ceux qui sont propres à la sclérose en plaques, à la chorée, etc.

LUC.

**Ein durch halbseitige Exirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. (Un cas de cancer laryngé jusqu'ici maintenu guéri, à la suite de l'hémi-extirpation de l'organe), par les Drs KULENKAMPF et H. NOLTENIUS. Berl. klin. Wochenschr., 5 septembre 1892.**

Ce fait montre bien la faible importance qu'il faut attacher à l'examen histologique des fragments de tumeur extirpés sur le vivant, quand le résultat en est négatif. Dans ce cas particulier, en effet, la corde vocale droite du sujet (homme de 59 ans) présentait une tuméfaction qui, en raison de l'âge du sujet et du caractère absolument unilatéral de l'affection éveilla, de bonne heure, le soupçon d'un cancer. Pourtant, de petits fragments du néoplasme enlevés avec la pince coupante ayant été soumis à l'examen histologique, on n'y constata que des lésions simplement inflammatoires.

matoires ; mais, ultérieurement, le professeur Krause, à qui le malade avait été adressé, réussit à extraire un fragment plus volumineux où le microscope décela la présence de nids épithéliaux, isolés de l'épithélium normal par une couche de tissu conjonctif.

A cette époque, la corde vocale commençait à s'immobiliser, mais l'affection était encore nettement limitée à la moitié droite de l'organe. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. On put donc se borner à pratiquer l'hémi-extirpation de l'organe, en conservant même une portion de la moitié droite du cartilage thyroïde, comprenant la grande corne et le bord supérieur.

L'opération eut lieu, le 19 octobre 1891.

Le malade put être congédié, le 18<sup>e</sup> jour.

Le 15 août de cette année, son état était encore parfaitement satisfaisant.

LUC.

**Sarcome fuso-cellulaire inter-aryténoïdien. (Opération par les voies naturelles. Guérison pendant huit mois. Récidive. Trachéotomie),** par le Dr DÉLIE (d'Ypres). In *Rev. de laryngologie*, 1892, n° 12, p. 379.

Le titre indique suffisamment les points essentiels de cette observation. Nous ferons toutefois remarquer que la tumeur était pédiculée et très mobile, ce qui est plutôt l'exception pour les tumeurs malignes et ce qui, dans l'espèce, en facilita l'extraction pour les voies naturelles.

LUC.

**The condition known as « chorditis tuberosa » (De l'affection connue sous le nom de chordite tubéreuse),** par CLARENCE C. RICE. In *Transact. of the americ. laryng. Assoc.*, 1890, p. 100.

L'auteur entend par « chorditis tuberosa » nos nodules des chanteurs.

Il a observé cette affection sur huit malades : dont six femmes, toutes chanteuses, et possédant une voix de soprano. Les deux hommes, bien que non adonnés au chant, n'en fatiguaient pas moins leur voix, du fait de leur profession. Tous ces sujets étaient de jeunes adultes.

L'auteur pense qu'un frottement immoderé du bord des cordes vocales est la cause première de la lésion qui offre, du fait de sa pathogénie et de sa structure, les plus grandes analogies avec un durillon. Si le malade continue à fatiguer son larynx, le nodule ne tarde pas à provoquer, en face de lui, sur la corde opposée, la formation d'une encoche à laquelle ne tarde pas à succéder un second nodule ; puis se développent des lésions congestives et inflammatoires et le malade est obligé de surmener l'appareil

musculaire de ses cordes vocales pour chercher à réaliser la juxtaposition de leurs bords, à laquelle la présence des nodules oppose un obstacle mécanique.

Comme traitement, l'auteur conseille, avant tout autre moyen, le repos de la voix et, si cela ne suffit pas, l'excision du nodule, au moyen d'une petite guillotine, suivie de cautérisations avec une solution de chlorure de zinc.

LUC.

**Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose (Etat du larynx dans la névrose traumatique),** par le Dr BENNO HOLZ, de Berlin. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 15 août 1892.

On sait qu'Oppenheim a décrit, il y a 5 ans, sous le nom de névrose traumatique, un ensemble de troubles nerveux apparaissant à la suite de certains traumatismes et distincts, d'après lui, de l'hystérie et de la neuro-rasthénie. Quelques personnes ont objecté à cette façon de voir que peut-être, chez les malades en question, il s'agissait simplement d'une simulation habile; aussi H. croit-il intéressant de rapporter deux observations de cette névrose dans lesquelles on constata des particularités laryngoscopiques permettant d'écartier tout soupçon de simulation.

Le premier malade, homme de 25 ans, avait reçu, pendant un accident de chemin de fer, une contusion à la poitrine. On constata chez lui, à la suite de cet accident, outre une diminution concentrique du champ visuel des 2 côtés et un affaiblissement des membres du côté gauche, les particularités laryngoscopiques suivantes : pendant la respiration, la position des cordes vocales est normale, seulement leur bord libre est concave, les arytenoïdes présentent en outre des mouvements convulsifs qui les rapprochent et les éloignent; pendant la phonation, il y a adossement des arytenoïdes et des apophyses vocales, mais il reste entre les cordes vocales un intervalle de 2 millimètres, à la partie moyenne, par suite de la forme concave de leur bord. Cet état n'est pas modifié par les courants constants. Ils s'agit donc ici d'une parésie du thyro-arytenoïdien.

Le second malade, un homme de 47 ans, éprouve dans une collision de trains, une contusion des dernières vertèbres dorsales. Il présente consécutivement des troubles nerveux multiples et disséminés sur lesquels nous ne pouvons insister ici, mais il subit en outre une modification de la voix qui amène les constatations laryngoscopiques suivantes :

Pendant la phonation, les cordes vocales ne se touchent que par leurs apophyses vocales : en avant de ces apophyses, elles sont séparées par un intervalle elliptique (paralysie des thyro-arytenoïdiens) et, en arrière par un espace triangulaire (paralysie de l'ary-arytenoïdien).

Pendant la respiration les cordes vocales restent en contact (paralysie des crico-aryténoïdiens latéraux) ; il n'existe qu'un léger intervalle entre les aryténoïdes, intervalle variant de forme, par suite de ce fait, que tantôt les deux aryténoïdes s'écartent l'un de l'autre, tantôt le droit s'écarte seul, tantôt c'est le gauche qui est seul à s'éloigner de la ligne médiane. Il semble donc que, dans ce deuxième fait, l'appareil musculaire intrinsèque du larynx ait souffert dans sa motilité à l'exception des crico-aryténoïdiens latéraux.

LUC.

**Notes on an interesting case of aneurysm. (Notes sur un cas intéressant d'anévrysme)**, par G. W. MAJOR. In *Transact. of the americ. laryng. Associat.*, 1890.

Un homme de 34 ans fut pris brusquement d'une dyspnée intense qui nécessita l'intubation. Cette opération calma la gêne respiratoire sans toutefois la supprimer totalement. On peut cependant au bout de quelques jours retirer le tube et pratiquer un examen laryngoscopique. On constata l'immobilisation de la corde vocale gauche en adduction tandis que la corde droite, tout en ayant conservé sa mobilité, était agitée de mouvements spasmodiques.

Le malade ayant succombé à des phénomènes syncopaux, on constata à l'autopsie l'existence d'un anévrysme de la portion descendante de la crosse aortique. Le sac anévrysmal comprimait presque complètement la bronche gauche, ce qui explique le soulagement incomplet apporté par l'intubation. Il comprimait en outre le récurrent gauche et le tronc même du pneumogastrique du même côté. A la compression du récurrent l'auteur attribue la paralysie de l'abducteur notée pendant la vie et à la compression du pneumo-gastrique lui-même les phénomènes spasmodiques observés sur la corde droite.

L'auteur insiste en outre sur cette particularité qu'il n'observa pas pendant la vie le phénomène dit : *tugging of the trachea* consistant en des tiraillements de haut en bas de la trachée, synchrones aux battements cardiaques et qui se produisent quand un anévrysme siège exactement au-dessus de l'une des bronches ; or, ici, la poche anévrysmale était exactement placée en avant de la bronche gauche.

LUC.

**Tracheal Polype. (Polype de la trachée)**, par le Dr G. AVELLIS, de Francfort-sur-le-Mein. In *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1892, p. 195.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, affecté d'une paralysie de la corde vocale gauche, due à un engorgement tuberculeux des ganglions du médias-

tin comprimant le récurrent. L'examen laryngoscopique fit découvrir un polype de la trachée. Le malade ayant succombé à une pneumonie, l'autopsie montra que le polype nettement pédiculé s'insérait au niveau du 7<sup>e</sup> et du 8<sup>e</sup> anneau de la trachée. Il n'est pas question d'examen histologique.

LUC.

**Unilateral paralysis of the lateral crico-arytenoid muscle. (Paralysie unilatérale du crico-aryténoïdien latéral)**, par E. FLETCHER INGALS. In *Transact. of the americ. laryng. Associat.*, 1890, p. 66.

Il s'agit de deux jeunes filles, l'une âgée de 22 et l'autre de 19 ans. Chez la première, à la suite de l'extraction de plusieurs dents, chez la seconde, à la suite de la résection de l'amygdale de Luschka, se produisit une altération de la voix dont le laryngoscope fournit l'explication en montrant la corde vocale droite immobilisée en abduction.

Dans les deux cas, la guérison de cette paralysie fut obtenue à la suite de quelques séances de faradisation intra-laryngée. LUC.

**Du laryngospasme unilatéral intermittent**, par MM. GAREL et COLLET, de Lyon. In *Ann. des mal. de l'or.*, juillet 1892, p. 504.

Les auteurs rapportent cinq faits dans lesquels ils notèrent l'immobilisation passagère de l'une des cordes vocales en adduction. Quatre fois, il s'agissait de la corde droite. Le phénomène était passager, mais, même après qu'il avait cessé, les mouvements d'abduction de la corde, se montraient plus limités que ceux de la corde opposée, tantôt ce trouble parut se produire à l'occasion d'une attaque de laryngite, tantôt il parut dépendre d'un état névropathique marqué, dans plusieurs cas, il y eut coexistence de ces deux influences. Pour les malades, cet état pathologique se traduisait simplement par un voile léger de la voix.

Les auteurs croient à un spasme des adducteurs, plutôt qu'à une parésie de l'abducteur, étant donnés le caractère passager du phénomène et les bons effets de la cocaïne. LUC.

**On the early diagnosis of malignant disease of the larynx. (Sur le diagnostic précoce du cancer laryngé)**, par le Dr BRYSON DELAVAN. In *Transact. of the americ. laryng. Associat.*, 1890, p. 87.

L'auteur rapporte plusieurs observations destinées à montrer les difficultés du diagnostic précoce du cancer du larynx, dans certains cas, et aussi les difficultés que l'on éprouve parfois à distinguer cette affection de la syphilis et de la tuberculose du même organe.

Dans le premier cas, le cancer, de nature épithéliale, occupait la région sous-glottique et se dissimulait complètement sous la corde vocale droite. L'auteur pense que, dans des cas semblables, l'examen du larynx, après éclairage par transparence, pourrait être utile.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'un homme de 60 ans chez qui l'une des moitiés du larynx offrait trois petites saillies papillomateuses, sans aucune apparence de malignité. Ce n'est qu'ultérieurement que l'examen microscopique révéla la nature cancéreuse du mal.

La quatrième observation est un exemple de coïncidence de cancer laryngé avec une tuberculose pulmonaire.

Dans la cinquième, nous voyons une tumeur maligne diffuse se développer à la base de la langue et à l'entrée du larynx chez un homme porteur de vieilles lésions syphilitiques tertiaires cicatrisées de l'isthme du gosier.

Dans la sixième enfin, un cancer se présente sous l'aspect d'une tumeur arrondie, parfaitement lisse, sortant du ventricule droit, non entourée d'une zone rouge inflammatoire, sans tuméfaction ni défaut de mobilité de la région arytenoïdienne correspondante, sans engorgement ganglionnaire.

LUC.

**Beitrag zur Intubation des Larynx. (Contribution à l'intubation du larynx)**, par le Dr PETERSEN, de Wurzbourg. In *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 1892, n° 9, p. 186.

Après une très intéressante revue de tous les cas connus dans lesquels l'intubation a présenté des difficultés particulières d'exécution ou suivie d'accidents, ou simplement n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, l'auteur rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans, affectée d'une dyspnée que l'on put, grâce à l'examen laryngoscopique pratiqué sous le chloroforme, rapporter à la présence de papillomes dans la cavité laryngée. L'intubation, exécutée sans difficultés d'ailleurs, n'eut d'autre résultat que d'accroître la dyspnée d'une façon alarmante, au point, qu'à la suite de plusieurs tentatives, on dut y renoncer et pratiquer la trachéotomie.

L'enfant ayant succombé à une broncho-pneumonie, l'autopsie révéla les particularités suivantes : à la face interne de la moitié droite du larynx siégeaient plusieurs papillomes à large base d'implantation mais ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'épingle. Sur la fausse corde droite, était inséré un papillome beaucoup plus gros, à base large mais mobile, s'interposant comme une soupape entre les lèvres de la glotte. C'est ce même néoplasme qui bouchait également, à la façon d'une soupape, l'ori-

fice supérieur du tube, au point que la présence de ce dernier dans le larynx ne faisait qu'accroître la dyspnée au lieu de l'atténuer.

LUC.

**Ueber primäres Kehlkopferysipel. (De l'érysipèle primitif du larynx),**  
par le Dr OSCAR SAMTER, de Koenigsberg. In *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 25 août 1892, p. 769.

Un homme de 37 ans est pris brusquement de frisson, de fièvre et de dysphagie. On constate de la rougeur et du gonflement de l'épiglotte et de la muqueuse avoisinante. En arrière de cet opercule, on observe un soulèvement de la muqueuse avec teinte jaunâtre due évidemment à une petite collection de pus. Quelques heures plus tard, l'apparition de deux nouveaux symptômes : aphonie et dyspnée, annonce que l'affection s'est étendue aux cordes vocales. On pratique la trachéotomie supérieure, la trachéotomie inférieure étant rendue impraticable par suite d'une cyphose vertébrale. L'inspection du larynx montre alors que la totalité de la muqueuse est le siège d'un gonflement avec rougeur sombre, bleuâtre, sauf un certain nombre de points où elle est soulevée par une petite collection purulente qui lui donne une teinte jaunâtre. On réussit à ponctionner avec une seringue de Pravaz la petite collection de pus siégeant à la base de l'épiglotte et l'examen, sur lamelles, des quelques gouttes de pus extraites y révèle un grand nombre de streptocoques.

Cependant, dès le soir du jour de l'opération, se montre, au pourtour de la plaie, une rougeur érysipélateuse, sans que cette complication soit annoncée par de nouveaux phénomènes réactionnels, généraux. Cette rougeur envahit rapidement la presque totalité du tronc et s'accompagne sur plusieurs points de petites collections purulentes. L'examen de ce pus sur lamelles y révèle la présence du streptocoque de l'érysipèle et du staphylocoque pyogène citrin. Guérison au bout de quelques jours.

LUC.

### III. — PHARYNX

**Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. (Pharyngite infectieuse phlegmoneuse aiguë),** par le Dr MAX SCHAEFFER, de Brême. In *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1892, p. 197.

Le malade, homme de 45 ans, fut pris, consécutivement à un refroidissement contracté au milieu de libations copieuses, de phénomènes angi-neux fébriles, avec dyspnée modérée. L'examen pharyngo-laryngoscopique

ne révéla d'autre lésion qu'un gonflement considérable de l'épiglotte s'étendant jusqu'aux arytenoïdes. Impossible de voir les cordes vocales ; d'ailleurs, pas de modifications de la voix. Des incisions répétées au niveau de l'épiglotte amènent du sang mais pas de pus.

Le malade ayant succombé brusquement, l'autopsie révéla une dégénérescence graisseuse des parois cardiaques (pas d'examen histologique). L'auteur attribue la mort à une paralysie cardiaque.

Le larynx était perméable. Le tissu sous-muqueux, autour de l'entrée de l'œsophage et au voisinage des sinus pyriformes, était infiltré de petits foyers purulents disséminés.

LUC.

**A case of myxoma of the naso-pharynx in a child six years old. (Un cas de myxome du naso-pharynx chez un enfant de six ans), par ALEXANDER W. MAC COY. In *Transact. of the americ. laryng. Associat.*, 1890, p. 32.**

La tumeur était insérée sur le bord postérieur du vomer. Elle fut extraite, après insensibilisation avec l'éther, au moyen de l'anse galvano-caustique.

LUC.

**Two cases of retro-pharyngeal abcesses in children. (Deux cas d'abcès rétro-pharyngiens chez l'enfant), par le Dr BROOK. In *Lancet*, 13 août 1892.**

Le point le plus intéressant de ces deux faits c'est que l'auteur voulant maintenir le foyer aseptique, après son ouverture, le vida par l'extérieur, en pratiquant une incision le long du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Guérison dans les deux cas.

LUC.

**Traitemennt des fibro-myxomes naso-pharyngiens, par le Dr WAGNIER (de Lille). In *Rev. de laryngologie*, 1892, n° 12, p. 382.**

W. distingue les fibro-myxomes naso-pharyngiens des fibromes envahissants de la même région, propres au sexe masculin et à l'adolescence. Parmi les fibro-myxomes proprement dits il distingue en outre deux formes : « dans l'une d'elles, il s'agit de tumeurs arrondies, lisses, sans prolongement, assez dures et s'insérant par un pédicule mince... au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales ». A côté de cette variété, W. en admet une seconde que sa structure et son aspect rapprochent davantage des polypes muqueux du nez et qui s'insèrent le plus souvent

à l'extrémité postérieure du cornet moyen. Ces néoplasmes présentent parfois un volume tel que l'on peut éprouver d'insurmontables difficultés pour les engager dans l'anse métallique destinée à en effectuer l' extraction. W. est parvenu plusieurs fois à en réduire notablement le volume en les repoussant dans la fosse nasale correspondante à l'aide du doigt, puis les laissant retomber dans la cavité pharyngienne pour les engager de nouveau dans la fosse nasale et ainsi de suite à plusieurs reprises. Il a obtenu de la sorte une telle réduction de volume des tumeurs que l'anse a pu être placée autour d'elles sans difficultés.

LUC.

**A case of myxoma of the epiglottis. (Un cas de myxome de l'épiglotte),** par S. O. VAN DER POEL. In *Trans. of the americ. laryng. Associat.*, 1890, p. 22.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, chez lequel un myxome volumineux implanté sur la face linguale de l'épiglotte gênait la respiration et la déglutition, au point que le malade réduit à se nourrir exclusivement de bouillies était tombé dans un profond état de marasme et d'anémie. La tumeur fut extirpée au moyen de l'anse galvano-caustique et soumise à l'examen histologique qui confirma sa nature bénigne. Cependant les forces du malade ne se relevèrent pas. La numération globulaire du sang y révélait seulement un million de globules rouges, au lieu de cinq millions par millimètre cube. En revanche la proportion des globules blancs était normale.

Le malade ayant succombé, deux mois après l'opération, on fit son autopsie sans trouver trace de cancer en aucun de ses organes, aussi l'auteur attribue-t-il la mort à une anémie pernicieuse. LUC.

**Ein Fall der sogennanten « Angina ulcerosa benigna » (Heryng).** (Un cas de la maladie dite : angine ulcéreuse bénigne d'Heryng), par le Dr JOHANN LEDZCAK, de Varsovie. In *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1892, p. 199.

Un homme de 44 ans, absolument indemne de syphilis et de tuberculose, mais faisant un usage immoderé du tabac (environ 50 cigarettes par jour !) fut pris de dysphagie et d'un sentiment de faiblesse générale.

Il prétendait avoir éprouvé les mêmes symptômes, un an auparavant. Cette fois, l'examen local révéla la présence, sur les deux piliers palatins postérieurs, de deux ulcérations, symétriquement placées à une distance de 1 centimètre de la base de la luette, de forme ovale, à bords nettement détachés de la muqueuse environnante qui se montrait légèrement rouge

et gonflée. Elles étaient recouvertes d'un enduit grisâtre adhérent ; elles n'étaient pas douloureuses et ne saignaient pas aux attouchements.

On prescrit de simples gargarismes boriqués et la quinine à l'intérieur. Guérison au bout de huit jours.

L'auteur rapproche ce fait de ceux d'Heryng, bien que cet auteur ait constamment noté la présence des ulcérations sur les piliers antérieurs. A part cette différence, il y a d'ailleurs une grande analogie entre les descriptions des deux auteurs, notamment pour ce qui a trait à l'examen bactériologique du dépôt qui recouvrait les ulcérations. L. a apporté le plus grand soin à cet examen qui lui a révélé la présence de nombreux coccis, les uns isolés, d'autres accouplés (diplocoques), d'autres groupés en chaînettes (streptocoques), d'autres enfin formant des amas (zooglées). L'auteur a pu cultiver ces bactéries et les montrer au Dr Bujwid, qui, s'étant chargé antérieurement des cultures des cas de Heryng a pu se rendre compte de la parfaite analogie des unes et des autres.

L'auteur, tout en attribuant à ces agents une part pathogénique prédominante, pense que l'irritation de la muqueuse pharyngée par le tabac a pu jouer ici un rôle prédisposant dont il y a lieu de tenir compte.

LUC.

#### IV. — OREILLES

**Weitere Mittheilungen über die Hammer-Ambossextraction mit besonderer Rücksicht auf die Diagnose der Ambosscaries. (Nouvelles communications sur l'extraction du marteau et de l'enclume avec une étude spéciale de la question du diagnostic de la carie de l'enclume),** par le Dr GRUNERT, de Halle. in *Arch. f. Ohrenheilk.*, 15 juillet 1892, p. 207.

Cet intéressant et substantiel travail est basé sur 28 observations accompagnées de dessins schématiques facilitant beaucoup la compréhension de chaque cas.

Dans la plupart de ces faits, il s'agissait d'une otorrhée rebelle, d'origine indéterminée, remontant à l'enfance. Dans les cas où la cause fut déterminable, la suppuration était due le plus souvent à la scarlatine. Les résultats se répartissent de la façon suivante : 13 fois, guérison ; 13 fois non guérison ; 2 malades encore en traitement. Dans la plupart des cas, l'opération n'exerça pas d'influence notable sur l'audition ; il n'y eut d'ailleurs jamais d'aggravation sérieuse de la diminution de l'ouïe, même chez un malade dont l'étrier fut extrait involontairement. En revanche, chez un autre malade chez qui la carie des osselets était compliquée

d'une ankylose du marteau et de l'enclume, la distance auditive monta de 50 centimètres à 3 mètres.

Pour ce qui est des lésions constatées, le marteau se montra sain 13 fois et l'enclume 3 fois seulement. Ces deux osselets furent trouvés simultanément sains dans deux cas et simultanément cariés chez 14 malades.

Dans tous les cas de carie isolée de l'enclume, l'articulation de cet osselet avec le marteau se montra intacte. Considérée isolément sur l'enclume, la carie parut montrer une prédisposition marquée pour la grande branche de cet osselet qui ne se révéla intacte que six fois sur les 28 malades traités.

Comme l'indique le titre de cet article, l'auteur s'est surtout attaché à déterminer les signes objectifs propres à la carie de l'enclume. Pour résoudre cette question, il a tout spécialement étudié les faits dans lesquels la guérison fut obtenue après l'extraction du marteau et de l'enclume et où le dernier de ces osselets seul se montrait carié, la guérison obtenue excluant l'hypothèse d'une carie simultanée des parois osseuses de la caisse. Or l'aspect otoscopique a présenté dans ces conditions deux types différents : tantôt une vaste perforation plus ou moins réniforme, circummalléaire, avec cette particularité qu'on voyait sourdre du pus à sa limite postéro-supérieure (région de l'enclume), avec ou sans granulation dans cette même région, tantôt une petite perforation siégeant en arrière et un peu au-dessus de la petite apophyse du marteau.

L'auteur préfère l'opération par le conduit à l'opération proposée par Stacke (décollement du pavillon et abatage à la gouge de la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit).

D'après lui, l'opération est inoffensive. Jamais elle n'a été suivie de mort et les paralysies faciales parfois observées consécutivement n'ont jamais manqué de céder à d'électrisation appliquée pendant quelques semaines ou quelques mois.

LUC.

**Ein neuer Katheter für die Tuba Eustachii. (Un nouveau cathéter pour la trompe d'Eustache),** par le Dr. J. HERZFELD, de Berlin. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, p. 247.

Il s'agit d'une sonde en métal qui peut être introduite rectiligne dans la fosse nasale et, grâce à un mécanisme spécial, ne reçoit sa courbure spéciale qu'une fois que son extrémité a pénétré dans le pharynx, ce qui permet son introduction dans des cavités nasales étroites ou mal conformées.

LUC.

**Beitrag zur Tuberkulose des Labyrinths. (Contribution à la tuberculose du labyrinthe),** par le Dr ERNST COHNSTADT, d'Erfurt. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, mai 1892.

Une fillette de 11 ans présentait, depuis l'âge de 4 ans, un écoulement de l'oreille droite qui, à deux reprises s'était compliqué d'abcès pré-mastoïdien. Au moment où C. la vit pour la première fois, l'enfant se plaignait de vives douleurs dans toute la moitié droite de la tête. Elle avait une forte fièvre (40°,2). L'examen otoscopique révélait une destruction complète du tympan et des osselets et les diverses épreuves de l'audition indiquaient une surdité labyrinthique complète. Il y avait en outre de la paralysie faciale. L'examen du pus enfin y révélait une grande quantité de bacilles de Koch. Malgré l'absence de symptômes mastoïdiens, l'auteur se décida à pratiquer l'ouverture de l'antre qui se montra, ainsi qu'il l'avait présumé, rempli de pus liquide et caséux et de fongosités. Curetage énergique suivi de tamponnement iodoformé. D'abord, grande amélioration, mais, quelques jours plus tard, apparition de symptômes méningitiques mortels.

A l'autopsie, on constate une ostéite fongueuse et caséuse étendue du rocher, avec destruction totale des diverses parties de l'oreille interne. Méningite suppurée de la base et abcès de l'hémisphère droit du cervelet.

L'auteur ajoute, en terminant son travail, qu'il a l'habitude de pratiquer l'examen bactériologique du pus dans tous les cas d'otite suppurée chronique et que chez tous les sujets scrofuleux cet examen lui a révélé la présence du bacille de Koch. Il insiste sur la rapidité avec laquelle cette variété d'otite s'étend à l'os et notamment aux cavités mastoïdiennes, sans que cette complication soit révélée par de la douleur ou de la tuméfaction mastoïdiennes ; aussi a-t-il pour principe de ne pas attendre l'apparition de ces symptômes locaux pour pratiquer la trépanation. Toujours, dans ces conditions, il a trouvé les cavités mastoïdiennes envahies par la tuberculose.

LUC.

**Zur Frage der Regeneration der substantia propria in Trommelfell-Narben. (De la régénération de la substance propre dans les cicatrices de la membrane tympanique),** par le Dr B. GOMPERZ, de Vienne. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, avril 1892.

G. rapporte dans cet article le résultat de l'examen histologique d'une membrane cicatricielle développée à la place du tympan détruit dans sa presque totalité, ainsi que le manche du marteau, à la suite d'un travail suppuratif. Cette membrane présentait une épaisseur de 0 millim. 4

au lieu de 0 millim. 13 qui représente l'épaisseur normale du tympan. En outre, les 3/4 de cette épaisseur étaient occupés par la substance propre, sous forme de fibres radiées, les fibres circulaires faisant au contraire complètement défaut. Cette constatation est donc en opposition avec l'opinion de Politzer, Gruber, Schwartze et Zautal, d'après laquelle, la substance propre ne se régénérerait que dans les perforations traumatiques, mais jamais dans les perforations suppuratives. — LUC.

**Zur Technick der Knochenleitungs-Prufung. (De la technique de l'épreuve de la conductibilité sonore des os),** par le Dr R. KAYSER. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1892, mars, p. 66.

L'auteur s'occupe, dans ce travail, de la méthode consistant à mesurer comparativement chez le malade et chez un sujet sain, le temps pendant lequel un diapason appliqué en vibration sur le crâne donne une impression sonore.

Cette méthode est possible de 4 objections :

- 1<sup>o</sup> Inégalité des percussions imprimées au diapason ;
- 2<sup>o</sup> Inégalité de pression de l'instrument contre le crâne ;
- 3<sup>o</sup> Perte de temps causée par l'examen successif du malade et du sujet sain ;
- 4<sup>o</sup> Difficulté de saisir l'instant où cesse l'impression sonore.

Au moyen d'une très heureuse modification du procédé, K. a supprimé les 3 premiers inconvénients.

Son appareil se compose, en effet, d'une barre en bois qui est appliquée par deux surfaces concaves fixées à ses extrémités sur la région mastoïdienne du sujet sain et du malade et maintenue pressée entre leurs deux têtes. Le diapason est fixé à la partie moyenne de cette barre. Le sujet sain et le malade sont donc simultanément soumis à l'épreuve. — LUC.

**Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyaemie bei Mittelohrkrankungen. (Contribution à la guérison des accidents pyohémiques métastatiques),** par le Dr O. HECKE, de Breslau. In *Archiv. f. Ohrenheilk.*, 31 mars 1892, p. 141.

Histoire de deux malades qui, dans le cours d'une otite moyenne suppurée, présentèrent, outre des signes de suppuration mastoïdienne, de grands frissons et des phénomènes d'arthrite suppurée dans des articulations éloignées (l'articulation sterno-claviculaire gauche dans un cas et le coude droit dans l'autre). On pratiqua la trépanation mastoïdienne et l'ouverture des jointures malades. La guérison fut obtenue dans les deux cas. — LUC.

## VARIA

Dans le dernier numéro des *Archives de laryngologie*, nous faisions paraître (p. 245) l'analyse d'une étude de notre collègue le Dr Ricardo Botey, de Barcelone, sur l'enseignement de notre spécialité en France.

« L'auteur s'étonne, disons-nous, dans cet article (et c'est le sentiment assez communément exprimé par les médecins étrangers qui nous rendent visite), que cette branche importante de la médecine (la laryngologie) n'ait pas encore reçu chez nous la consécration d'une chaire officielle... »

Quelques-uns de nos lecteurs se sont justement étonnés de trouver cette phrase dans un numéro de notre journal postérieur de plusieurs mois à la création de la chaire de laryngologie de Bordeaux, si brillamment occupée depuis par notre collègue le Dr Moure. La raison en est que notre analyse depuis longtemps rédigée n'avait pu encore, pour des raisons de mise en page, trouver sa place dans les numéros antérieurs. Nous regrettons de n'avoir pas songé à combler de nous-même cette lacune, au moment de la correction des épreuves, mais nous nous faisons un plaisir de réparer aujourd'hui cet oubli et de saluer, bien qu'un peu tardivement, l'acte de la Faculté de Bordeaux comme un pas décisif dans la voie des réformes si justement réclamées par notre collègue de Barcelone.

LUC.

## BIBLIOGRAPHIE

**Atlas der Kehlkopfkrankheiten**, par le Dr ROBERT KRIEG (de Stuttgart) (1).

Nous ne saurions trop recommander à nos collègues en laryngologie, ainsi qu'aux étudiants, ce magnifique ouvrage, renfermant 345 figures coloriées, réparties en 37 planches et 25 dessins.

Toutes les figures ont été peintes d'après nature par l'auteur. Elles sont accompagnées d'un texte explicatif.

Nous pouvons dire que l'anatomie pathologique du larynx se trouve exposée et figurée dans cet atlas de la façon la plus complète et avec

(1) Chez Ferdinand Enke, éditeur à Stuttgart.

toutes les variétés de détails offertes par la clinique journalière.

Les étudiants pourront, en le feuilletant, faire la connaissance d'une foule d'images laryngées avec lesquelles ils ne se seraient familiarisés qu'après bien du temps passé au milieu des malades.

Un semblable ouvrage nous semble d'ailleurs un excellent complément de la clinique.

S'il n'offre pas, comme elle, l'immense avantage d'habituer les élèves au maniement des malades, il leur permet en revanche d'examiner à loisir et de se fixer dans la mémoire certains aspects laryngoscopiques qui, le plus souvent, n'ont été qu'entrevus par eux, à l'aide du miroir.

LUC.

## OUVRAGES REÇUS

1<sup>o</sup> *Die Störungen der Sprache and Stimme bei Paralysie agitans*, par le Dr A. ROSENBERG, de Berlin.

2<sup>o</sup> *Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen-und Halskrankheiten*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

3<sup>o</sup> *A propos des rapports des maladies du nez avec les maladies des yeux*, par le même.

4<sup>o</sup> *Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes*, par le Dr H. BURGER, d'Amsterdam.

5<sup>o</sup> *Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez*, par J. BERGONIÉ et le professeur E. J. MOURE, de Bordeaux.

6<sup>o</sup> *Zur Tuberculose des hinteren Larynxwaud*. Inaug. Dis., von RUDOLF KELLER, aus Freiburg-i.-Br.

7<sup>o</sup> *Ueber gutartige Geschwülste des Highmorshöhle*, von Dr PAUL HEYMANN, in Berlin.

8<sup>o</sup> *Zur Symptomatologie der Tuberculose*, von Dr P. HEYMANN. Communication à la Société de médecine de Berlin, 17 février 1892.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
ET  
D'OTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INTUBATION DU LARYNX

Par le Dr **Max Scheler** (de Berlin).

Mémoire présenté à la Société de laryngologie de Berlin.

Il est assez singulier que dans notre Société, on n'ait jamais parlé, autant que je m'en souvienne, de l'intubation du larynx. C'est pourtant une méthode de traitement qui dans les maladies chroniques du larynx peut donner des succès plus grands et plus rapides qu'aucun autre moyen. Une fois seulement notre collègue M. le Dr Rosenberg nous a fait part de son expérience personnelle, à la suite d'une communication du Dr Schwalbe à la Société de médecine de Berlin, expérience basée sur quelques cas de sténose chronique du larynx et sur un cas de pseudo-croup.

Sur les conseils de M. le directeur Körte, je désire vous présenter une vue d'ensemble des cas que nous avons traités l'année dernière par l'intubation d'O'Dwyer, dans le service de l'hôpital municipal d'Urban et vous soumettre les résultats de notre expérience. Je vous exposerai d'abord nos cas de sténose aiguë par diphtérie pour passer ensuite aux sténoses chroniques.

Nous avons employé en tout l'intubation dans 20 cas de diphtérie. Cependant 16 cas seulement peuvent nous ren-

seigner sur la valeur de l'intubation dans la sténose laryngée aiguë diptéritique, car, dans les autres, l'intubation ne fut employée qu'après la trachéotomie préalable.

Dans un cas seulement, l'intubation ne donna pas les résultats souhaités et la trachéotomie dut être faite.

Sur les 16 cas de diptérite aiguë traités par l'intubation, trois ont guéri. Je dois vous faire remarquer que l'épidémie berlinoise en novembre et décembre 1891 fut très intense, à ce point qu'on en voit rarement de pareille à notre hôpital. C'est ainsi que les enfants arrivaient à l'hôpital avec les symptômes les plus menaçants et, qu'aussitôt après leur admission, une intervention était urgente. L'un des cas suivis de guérison, doit cependant être considéré comme léger.

Il s'agissait d'une robuste enfant de 4 ans, reçue pendant la nuit du 19 décembre et qui la veille même était encore en bonne santé. Vers le soir, brusquement, elle avait présenté de la gêne respiratoire, suivie de plusieurs accès de suffocation. Les amygdales n'étaient que médiocrement gonflées et, ainsi qu'on put le voir le lendemain matin, elles étaient recouvertes d'un mince enduit grisâtre dont l'examen microscopique et bactériologique démontre la nature diptéritique. Il y avait en outre du tirage, de la toux croupale et de la cyanose de la face. Je pratiquai l'intubation qui put être faite facilement et rapidement.

La respiration redevint libre et l'enfant s'endormit. Le tube fut supporté pendant vingt heures et ce ne fut que par une maladresse de l'infirmière chargée de nettoyer la bouche de l'enfant, que le fil de sûreté, fixé à l'oreille gauche, fut attiré au dehors avec le tube. La respiration resta facile et le tube ne fut pas réintroduit. Le lendemain, le gonflement des amygdales augmenta un peu; néanmoins, la voix devint plus claire vers le cinquième jour. Quelques jours après, l'enfant guérie put être renvoyée.

L'autre cas de guérison, au sujet duquel je désirerais entrer dans quelques détails, concerne un enfant d'un an, assez robuste, qui fut admis à l'hôpital, le 27 décembre. Il présentait une grande gêne respiratoire et une cyanose intense de la face. On constata une forte diptérite pharyngée. Je ne pus tout d'abord introduire le tube; en effet, l'épiglotte était si petite et si élastique qu'il me fut impossible de la repousser contre la base

de la langue et que j'introduisis à la première tentative le tube entre l'épiglotte et la langue. Comme la cyanose augmentait, je dus alors enlever l'introducteur. Une seconde tentative réussit, mais ne put mettre fin à l'angoisse respiratoire. Néanmoins, après quelques minutes, l'enfant rejeta plusieurs masses purulentes, le tirage cessa et la respiration redevint libre. Au début, l'enfant ne pouvait prendre un peu de vin sans tousser, plus tard, la gêne de la déglutition disparut quand on ne lui donna plus à prendre que des liquides par petites quantités (cuillerées à café) et des aliments mous.

Au bout de quatre heures et dans un violent accès de toux, le tube fut de nouveau expulsé. La respiration resta libre pendant deux heures et le tube fut provisoirement laissé de côté. Cependant vers le soir, des symptômes de sténose se représentèrent et le tube fut réintroduit. Mais, dix heures après, l'enfant tira lui-même le fil de sûreté et rejeta son tube; quatre heures plus tard un accès d'asphyxie en nécessita une nouvelle application. Le lendemain, à plusieurs reprises, des accès de toux expulsèrent le tube et chaque fois (en tout six fois), il dut être réintroduit. Le 1<sup>er</sup> et le 2 janvier, le tube demeura continuellement dans le larynx. Mais enfin, un accès de toux l'ayant expulsé, la respiration demeura libre. En résumé, l'enfant avait gardé son tube pendant six jours, avec quelques interruptions. Il fut encore atteint de bronchopneumonie, et le 1<sup>er</sup> février put être renvoyé guéri.

Dans ce cas, il s'est agi d'une diphtérie grave. De plus, l'enfant n'était âgé que d'un an, âge auquel la mortalité après trachéotomie est très grande. Et même, de nombreux opérateurs refusent d'opérer les enfants au-dessous de deux ans.

Dans notre troisième cas de guérison, qui concerne une fillette de six ans, l'intubation n'eut qu'un succès passager. Le tube était resté huit heures dans le larynx, lorsque brusquement l'enfant éprouva une forte angoisse respiratoire. Je retirai aussitôt le tube et un accès de toux rejeta une membrane cylindrique, longue de cinq centimètres. Comme la respiration ne devenait pas plus facile et comme une nouvelle intubation augmentait la dyspnée, la trachéotomie inférieure fut pratiquée et l'enfant expulsa alors par la canule des lambeaux de membranes. Par la suite, la maladie évolua simplement. La canule put être enlevée le cinquième jour et trois semaines après, l'enfant quitta l'hôpital en bonne santé.

Dans tous les autres cas, 13 environ, les malades meurent. Dans les 13 cas, l'intubation ne suffisant pas, la

trachéotomie dut être faite, sauf chez un enfant de quatre ans, où le tubage fut seul employé. Chez ce dernier, l'intubation avait rétabli la respiration et le tube fut gardé pendant 2 jours et demi. La mort survint subitement par paralysie cardiaque.

L'âge des malades qui ont succombé était :

pour 4 enfants, 2 ans
— 3 — 4 —
— 3 — 6 —
— 1 — 7 —
— 2 — 8 —
— 1 — 18 —

Les causes de mort ont été pour la plupart la bronchite fibrineuse, et la pneumonie.

Pour la pratique de l'intubation nous nous conformâmes aux règles suivantes : l'intubation du tube fut effectuée exactement d'après les prescriptions d'O'Dwyer; ordinairement une infirmière maintenait l'enfant sur ses genoux; dans chaque cas, la bouche et surtout les amygdales et la luette étaient badigeonnés avec une solution de thymol à 1 p. 1000 ou avec la solution suivante, très employée à l'hôpital :

Acide salicylique. ....	3 grammes
Acide borique.....	30 —
Eau distillée.....	1.000 —

Les membranes détachées étaient enlevées, car elles auraient pu être refoulées dans le larynx. Dans les cas où la gêne respiratoire n'était pas trop grande, on pratiquait rapidement l'examen laryngoscopique, de façon à ne pas effectuer l'intubation dans le cas où la dyspnée n'aurait dépendu que d'un gonflement de l'épiglotte ou des ligaments ary-épiglottiques. Nous n'introduisions pas complètement le tube dans le larynx, au moyen de l'introducteur; mais, aussitôt que l'extrémité inférieure du tube avait dépassé la glotte, l'introducteur et l'obturateur étaient retirés; à ce moment, l'index gauche repoussant fortement en avant l'épiglotte, le tube était introduit dans la trachée, jusqu'à ce que l'extrémité inférieure du tube se trouvât au niveau des ventricules du larynx. La

position de l'épiglotte rend quelquefois l'opération difficile, notamment chez les enfants au-dessous de deux ans, dont l'opercule est très souvent incliné fortement en arrière.

Le fil de sûreté fixé au tube est attaché à l'oreille droite. Nous avons eu rarement l'occasion de nous servir de l'extracteur, qui peut être quelquefois assez dangereux en produisant des lésions de la muqueuse.

Le maintien du fil est d'une grande importance et peut faciliter dans quelques cas le traitement ultérieur, déjà si difficile ; de ce maintien dépend même souvent la vie du malade. Il peut se faire bien souvent que le tube soit brusquement obstrué : l'enfant se cyanose et peut périr asphyxié avant l'arrivée du médecin. Dans ces cas d'urgence, l'infirmière était chargée d'extraire le tube en tirant sur le fil. Il va sans dire qu'on doit disposer d'un personnel suffisamment exercé, condition encore plus nécessaire dans les cas d'intubation que dans ceux de trachéotomie.

Le tube enlevé, la dyspnée diminue ordinairement et en peu de temps, — 5 à 10 minutes à l'hôpital, un peu plus en clientèle, — le médecin peut arriver et donner les soins nécessaires. Nous n'avons pas eu heureusement à enregistrer de mort par cette cause. Le fil doit être situé sur le côté de l'épiglotte, et ne pas toucher la face laryngée de cet opercule, détail important sur lequel a également insisté M. Rosenberg. Dans les cas où les enfants tentaient d'extraire leur tube, ce que nous n'avons observé que dans trois cas, nous fûmes obligés de leur lier les mains, bien entendu sans entraver leur respiration.

Dans quelques cas, l'introduction du tube rétablit la respiration, la cyanose disparaît et la physionomie redevient calme. Mais, le plus souvent, pendant les premières minutes, l'enfant expulse par le tube des mucosités et des débris membraneux ; après quoi la respiration se rétablit. Si la dyspnée ne cesse pas immédiatement, ou après quelques minutes, si au contraire elle augmente ainsi que la cyanose, on doit enlever le tube. Dans trois observations, nous pûmes

constater à l'extrémité inférieure du tube, ou dans sa cavité même, des fausses membranes cylindriques ; dans un cas, la fausse membrane avait une longueur de 5 centimètres. Mais, on n'a pas toujours la chance d'extraire la fausse membrane avec le tube. Ainsi, nous essayâmes de pratiquer l'intubation chez une jeune fille de 18 ans, mais sans pouvoir y réussir et la trachéotomie effectuée immédiatement nous montra que, dans ce cas, l'intubation, loin de diminuer la dyspnée, ne pouvait que produire une apnée complète. Nous pûmes en effet extraire de la plaie trachéale une fausse membrane, longue de 10 centimètres, épaisse, cylindrique et ramifiée en très fines branches.

Dans un autre cas, l'intubation augmenta encore la dyspnée et nous fûmes obligés de recourir à la trachéotomie : l'autopsie nous permit de voir que l'épiglotte et les ligaments ary-épiglottiques étaient si tuméfiés et à tel point recouverts de dépôts d'un jaune verdâtre que l'orifice laryngé en était obturé. Dans des cas de ce genre, on comprend que l'intubation soit inefficace et, à plus forte raison, dans les cas où la dyspnée est amenée par une violente diptérite du nez et du pharynx et, où la luette et les amygdales ferment complètement l'orifice du pharynx.

Mais l'intubation faite et la respiration rétablie, nous avons pu noter souvent dans nos observations que cet état ne durait pas longtemps et que la dyspnée et la cyanose ne tardaient pas à se reproduire. Le tube enlevé ne montre que peu de mucosités et l'enfant n'expulse rien. Une nouvelle intubation ne modifie en rien la triste situation. C'est que le processus a gagné des organes plus profonds.

Dans ces cas, on n'a plus qu'à faire la trachéotomie, ce qui dans notre statistique est noté 9 fois. Dans celles des autres auteurs, cette opération ne fut pas nécessaire aussi souvent. Ainsi, sur 65 malades, Ranke ne dut faire cette trachéotomie secondaire que 4 fois. Schwalbe rapporte que, sur 10 cas d'intubation, il n'eut à faire la trachéotomie que dans un seul cas, au treizième jour du traitement, à cause,

d'une dyspnée menaçante. Au contraire, Baginsky, sur 15 cas d'intubation, eut à pratiquer 7 fois la trachéotomie. Selon Baginsky, les enfants qui ont subi l'intubation présentent vis-à-vis de la trachéotomie une bien moindre résistance, fait que j'ai pu constater chez nos malades ; car, une seule fois, la trachéotomie put sauver le patient.

Un accident très désagréable dans le traitement par l'intubation est le rejet fréquent du tube, dans un accès de toux. Nous avons vu des enfants rejeter leur tube jusqu'à trois ou quatre fois et plus dans une journée. Dans ces cas, le médecin traitant doit se tenir presque continuellement auprès du malade et Thiersch dit très justement : « Le médecin qui se décide à faire l'intubation est tenu de savoir que le patient doit être surveillé avec le plus grand soin. Il peut installer un médecin de garde ». Au début, je crus trouver la cause du rejet fréquent du tube par la toux, dans ce fait que j'avais choisi un tube trop petit. Mais la cause principale de cet accident est, que la lumière du tube se remplit de mucus visqueux, souvent même solidifié et de fausses membranes, et ce n'est que rarement que le tube est rejeté au moment de la déglutition. Comme nos tubes étaient toujours munis de fil de sûreté, ils n'ont jamais pu être avalés.

Nous avons pu également observer, qu'après le rejet du tube par un accès de toux, la dyspnée ne se reproduisait pas immédiatement et encore moins si avec le tube l'enfant rejettait des fausses membranes. La respiration se rétablissait alors pendant quelque temps, parfois pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'une nouvelle formation de fausses membranes amenât la dyspnée et nécessitât la réintroduction du tube. D'eux-mêmes les petits enfants la réclamaient. Je vis une fois un enfant de quatre ans, en proie à une violente dyspnée, saisir lui-même son tube sur la table de nuit et tenter de se l'introduire.

Quelquefois, le rejet du tube par la toux s'effectue au bout de trois heures, ou plus. Dans deux cas, le tube fut supporté sans interruption pendant deux jours, et ne fut extrait

que par crainte de la production d'eschare trachéale par frottement. Dans d'autres cas où l'intubation n'avait pas été faite pour de la diphtérie aiguë, mais pour remédier à des difficultés d'extraction de canule trachéale ou pour parer à des sténoses laryngées chroniques, le rejet du tube par la toux fut rare.

Dans quelques-uns de nos cas d'intubation, de même qu'après la trachéotomie, nous tentâmes les inhalations d'acide lactique au moyen du spray à vapeur contre les fausses membranes, et les inhalations de sel marin et d'alun dans les cas caractérisés par une sécrétion plus muqueuse. Nous n'avons noté aucun résultat de cette médication, nous avons même constaté une tendance plus forte à rejeter le tube par la toux, à cause de l'excitation locale produite par la vapeur d'eau.

J'arrive maintenant à un point très important, à la nutrition des malades porteurs du tube. La plupart des auteurs ont insisté sur les difficultés de l'alimentation ; suivant eux les enfants devraient même être nourris artificiellement par la sonde œsophagienne ou les lavements nutritifs. Je dois reconnaître que chez nos malades les difficultés de la nutrition n'ont pas été excessives et si, lors des premières tentatives d'alimentation, nos malades avaient de fréquents accès de toux, les tentatives ultérieures réussissaient. Il est vrai que nous ne donnions à nos malades que des aliments mous et toujours en petites quantités ; le vin et le cognac étaient pris avec de l'eau et par cuillerées à thé.

Dans trois cas seulement, les difficultés de l'alimentation furent telles qu'à chaque tentative, le tube était expulsé ; mais nous ne fûmes obligés d'employer la sonde œsophagienne que dans un seul cas.

D'ailleurs nous avons pu nous rendre compte, chez des malades guéris de leur diphtérie aiguë, ou chez des malades intubés pour d'autres causes, que le tube n'était pas seul responsable des difficultés de la déglutition et qu'il fallait en accuser encore l'état inflammatoire de l'orifice laryngé et surtout de l'épiglotte.

Je puis donc dire, messieurs, que nous avons eu moins à lutter que d'autres contre les difficultés de la nutrition chez nos malades. Peut-être nos tubes étaient-ils mieux construits. Nous employons les tubes d'O'Dwyer, modifiés par Bleyer (catalogue de Windler. Berlin, 1892, page 105).

Quant aux ulcérations laryngées, produites par la pression de l'extrémité inférieure du tube, nous n'en avons noté que dans deux cas et encore, à un faible degré. Chez un malade auquel nous pratiquâmes l'intubation pour une sténose due à des granulations, on put constater au sixième jour, en enlevant le tube, une forte rougeur au milieu de la corde vocale gauche. Je dois cependant reconnaître que chez les enfants intubés l'enrouement fut plus long à disparaître, pendant la convalescence, que chez les enfants trachéotomisés.

Nous n'avons pas employé l'intubation uniquement dans la diphtérie aiguë, mais encore pour combattre les rétrécissements du larynx observés après la trachéotomie. Et dans ces cas, l'intubation nous a donné des succès sérieux.

Dans un cas, une plaie trachéale trop étroite avait rendu fort difficile l'extraction définitive de la canule. En effet, si l'incision de la trachée a été trop petite, le frottement de la canule contre l'angle supérieur de la plaie trachéale amène la formation d'une sorte d'éperon. Au bout de quelques jours, après extraction de la canule, on peut se rendre compte, au moyen d'un réflecteur, de l'existence d'un septum dirigé d'avant en arrière. Dans notre cas, il s'agissait d'un enfant de deux ans, assez faible, qui avait été atteint de diphtérie et amené à l'hôpital avec cinq de ses frères et sœurs. L'enfant trachéotomisé avait dû porter la canule pendant douze jours ; mais, à chaque tentative d'extraction de cette canule, surveillaient de violents accès de dyspnée. Ici, l'intubation amena en peu de temps une parfaite guérison.

Une autre cause de rétrécissement du larynx est la formation de tumeurs granuleuses. Les granulations peuvent siéger au bord inférieur ou au bord supérieur de l'incision trachéale. Le plus souvent, ces granulations sont déjà dévelop-

pées au moment où l'on veut enlever la canule ; dans d'autres cas, elles atteignent des dimensions dangereuses, longtemps après l'extraction de la canule et la guérison de la plaie trachéale.

Nous avons observé ce dernier cas chez un garçon de dix ans nommé Wend, quatre semaines après la trachéotomie. La canule avait été extraite depuis huit jours et la plaie était réduite à une petite fistule, lorsque subitement une violente dyspnée se déclara. L'examen laryngoscopique nous révéla, un peu au-dessous des cordes vocales, à la paroi trachéale antérieure, l'existence d'une tumeur gris-rouge, de consistance assez ferme et qui obstruait complètement la trachée. Dans l'espace de 14 jours, les granulations furent réprimées par la vigoureuse et constante pression du tube, et l'enfant put être renvoyé guéri.

Le cas suivant est un des plus intéressants parmi ceux que nous avons traités par l'intubation.

La jeune W..., âgée de sept ans, dut être trachéotomisée immédiatement après son entrée à l'hôpital, pour une sténose laryngée diphétique. Quatre jours après l'opération, sans que jusqu'à ce moment la canule externe eût été enlevée, la fillette eut une très forte hémorragie par la plaie, après un violent accès de toux. L'infirmière affirma que l'enfant avait rendu un demi-litre de sang environ. Le lit jusqu'aux matelas était absolument imbibé de sang. Cinq minutes après le début de l'hémorragie, je fus près de la malade. L'hémorragie était encore assez forte, et l'enfant rendait par la trachée d'épais caillots sanguins : le pouls était petit et presque imperceptible. J'enlevai rapidement la canule, je comprimai les bords de la plaie et j'aspirai le sang que je fis sortir ainsi des organes de la respiration. Peu à peu l'hémorragie cessa et je pus me rendre compte que le sang ne venait pas de l'intérieur du tube aérien, mais du bord gauche de la plaie cutanée, très probablement d'un vaisseau superficiel. Comme je ne me rappelais pas avoir ouvert de veine en pratiquant la trachéotomie inférieure, et que l'hémorragie pendant l'opération avait été insignifiante, je pensai qu'une veine avait été ulcérée par la diphthérie de la plaie, car déjà, le jour précédent, cette plaie s'était recouverte d'un enduit sale. Au moyen de pinces, je pus arrêter complètement l'hémorragie et l'enfant revint à elle. Je cautérisai la plaie avec un thermo-

cautère de Paquelin, j'introduisis la canule et je pratiquai un tamponnement iodoformé. Le lendemain, je me trouvais au pavillon lorsque la même hémorragie reparut brusquement. Cette seconde perte de sang fut moins abondante que la première et je pus me rendre compte que le sang ne provenait pas seulement des bords de la plaie, mais aussi de l'intérieur du tube aérien, de haut en bas. Après avoir mis fin à l'hémorragie au moyen du thermo-cautère, je pus découvrir au niveau de l'angle supérieur de la plaie trachéale une granulation du volume d'un haricot. Dans ce cas, nous pratiquâmes l'intubation à cause de la granulation trachéale d'une part et, d'autre part, parce que la canule pressant sur les bords d'une plaie atteinte par la diphtérie ne pouvait que l'irriter. L'intubation fut très facile. Quant à la plaie, elle fut lavée avec une solution de chlorure de zinc et recouverte d'un pansement complet à l'iodoforme. Le lendemain, le tube fut extrait pour être nettoyé, mais on dut le réintroduire au bout de quelques secondes, car la dyspnée reparaissait. Enfin, l'enfant supporta le tube pendant six jours de suite ; elle put boire et manger sans aucune gêne. La plaie changea bientôt d'aspect pour devenir granuleuse et la petite malade put être renvoyée guérie, au bout de trois semaines.

Nous pratiquâmes l'intubation encore une autre fois dans un cas de diphtérie de la plaie consécutive à la trachéotomie. Cette opération avait dû être pratiquée pour une diphtérie laryngée, comme dans le cas précédent, mais la diphtérie cutanée était ici plus grave.

En résumé, je pense que dans ces cas de diphtérie cutanée, l'intubation est indiquée ; mais nous n'avons eu l'occasion d'observer cette complication que 10 fois sur 260 trachéotomies pour cause de diphtérie.

La diphtérie de la plaie fut quelquefois assez violente pour attaquer l'incision trachéale et la prolonger vers la partie inférieure, presque jusqu'à la poignée du sternum, et la trachée était dénudée de chaque côté, comme dans une préparation anatomique.

Dans ces cas, la plaie est irritée par la canule et l'expectoration ; la toux sépare brusquement ses bords déjà soudés et la trachée peut ainsi se déchirer. Tous ces inconvénients peuvent être évités en partie par l'intubation ; on panse

ensuite la plaie à la gaze iodoformée, de manière à la mettre complètement à l'abri de l'air.

Un petit garçon de 4 ans fut atteint après la trachéotomie d'une violente diphtérie de sa plaie et d'une nécrose profonde des cartilages. L'intubation rendit à la plaie une meilleure apparence et arrêta les progrès de la nécrose; mais l'enfant mourut d'une pneumonie.

Pour résumer brièvement notre opinion à l'égard de l'intubation dans la diphtérie laryngée, nous dirons que l'intubation ne supplantera jamais complètement la trachéotomie et que les deux opérations doivent se compléter mutuellement pour le plus grand bénéfice des malades.

Si contre les sténoses aiguës diphtériques, l'intubation peut être souveraine dans les cas appropriés, et ne peut jamais remplacer absolument la trachéotomie, dans toute une série de sténoses laryngées chroniques, l'intubation est supérieure à tous les autres moyens de traitement. En outre, si dans la diphtérie aiguë, le traitement par l'intubation s'accompagne de tant d'inconvénients que le médecin doit toujours se trouver à proximité de son malade, il en est tout autrement dans le traitement des sténoses chroniques. J'ai déjà dit que l'expulsion fréquente du tube par la toux, les difficultés de la déglutition, etc., ne proviennent pas de la méthode, mais, pour la plupart, dépendent de la gravité même de la maladie et de l'état inflammatoire de la muqueuse du larynx.

Dans les sténoses chroniques, nous sommes en présence d'un processus terminé. La muqueuse n'est pas enflammée et peut tolérer le tube pendant des jours, des semaines et des mois, sans que le patient accuse la moindre gêne. Dans ces cas, ni le dilatateur de Mackenzie et Navratil, qui se compose de trois ou quatre branches et s'introduit fermé dans la bouche pour pénétrer dans le larynx, ni le procédé de dilatation de Schrötter au moyen de bougies d'étain, lequel suppose la trachéotomie, ne peuvent amener en aussi peu de temps des résultats aussi favorables que l'intubation d'O'Dwyer.

Il importe beaucoup, avant chaque intubation, de faire

l'examen laryngoscopique pour se rendre compte de la constitution du rétrécissement. Ce n'est que dans de rares cas que nous fûmes obligés d'employer la cocaïne.

Le premier malade que nous avons traité surtout par l'intubation présentait une sténose laryngée, suite d'une fracture du cartilage thyroïde et du cricoïde. La rareté des fractures du larynx m'engage à entrer dans quelques détails au sujet de ce cas.

Il s'agit d'un forgeron de 28 ans, nommé H..., qui, en ferrant un cheval, fut frappé d'une ruade, de telle sorte qu'un crochet du sabot vint l'atteindre directement dans la région du larynx, tandis que l'autre le frappa au menton. Immédiatement après l'accident, il fut conduit sans connaissance à l'hôpital : c'était le 27 novembre de l'année dernière. On diagnostiqua une fracture de la base du crâne et une fracture des cartilages thyroïde et cricoïde. La dyspnée violente du malade fit pratiquer la trachéotomie et l'on introduisit de bas en haut dans le larynx des bandes de gaze iodoformée pour panser les parties dilacérées. Quatre semaines après la trachéotomie, on tenta d'enlever la canule ; mais on dut la replacer, car le malade ne pouvait respirer. L'examen du larynx donna les résultats suivants : A la partie antérieure du cou, on sentait la moitié droite du thyroïde plus élevée et située plus en avant que la moitié gauche. Cette dernière paraissait comme attirée en dedans. A l'aide du miroir, on voyait au niveau des fausses cordes deux tumeurs recouvertes par la muqueuse congestionnée, et situées en face l'une de l'autre ; elles remplissaient à tel point l'intérieur du larynx qu'entre ces tumeurs et la paroi postérieure du larynx il n'existe plus pour le passage de l'air qu'une fissure du diamètre d'un pois. L'aryténoïde droit était situé plus profondément et plus en avant que son congénère. Ces deux cartilages ne se mouvaient aucunement pendant la respiration. Les cordes vocales étaient invisibles.

La paroi postérieure du larynx paraissait fortement tuméfiée. La dilatation de la sténose fut aussitôt tentée par la plaie de trachéotomie, au moyen des bougies de Dupuis, recommandées par Körte dans le 24<sup>e</sup> volume des Archives de Langenbeck. Aussitôt que la lumière du larynx fut suffisante pour admettre le plus petit tube de l'arsenal d'O'Dwyer, nous fîmes l'intubation. Au début, cette opération fut difficile par suite de l'obliquité générale et d'un coude présenté par le trajet. Pour cette raison, le malade ne put d'abord conserver le tube plus d'une heure. Le succès fut complet cependant après six semaines de traitement. La lumière du

larynx est devenue aujourd'hui assez large pour que notre malade puisse exécuter des travaux corporels pénibles sans ressentir la moindre dyspnée.

L'aryténoïde droit qui avant le traitement était complètement immobilisé est devenu mobile et atteint la ligne médiane pendant la phonation, en se plaçant au-dessus de son congénère; quant à la voix, elle est enrouée, mais parfaitement distincte.

Pour les fractures récentes du larynx, je ne crois l'intubation indiquée que dans les cas où la dislocation des fragments n'est pas assez grosse pour s'opposer à l'introduction du tube. Dans les autres cas, cette dislocation n'en serait qu'augmentée, et des fragments de cartilages pourraient être repoussés dans la trachée.

La cause la plus fréquente des sténoses chroniques du larynx est la syphilis. Dans deux cas, nous avons employé l'intubation.

L'un de ces cas concerne une femme de 36 ans, infectée depuis 7 ans par son mari. Elle présentait différentes lésions à la cloison nasale et sur le palais; dans le larynx, on notait, au-dessous des cordes vocales dont la gauche était presque entièrement détruite, une membrane rougeâtre, en forme de diaphragme, à surface inégale, qui se continuait en arrière avec une surface assez oblique, pour se terminer là par un bord lisse, concave, situé à 5 millim. environ au-dessous des cordes vocales. Il ne restait pour le passage de l'air qu'une ouverture du calibre d'une plume d'oie. Les cordes elles-mêmes ne se dilataient que peu. Nous tentâmes de faire l'intubation pendant quelque temps, mais sans y réussir: la membrane solide et épaisse ne cédait pas. Une intervention endolaryngée n'eut pas plus de succès; aussi, après avoir pratiqué la trachéotomie inférieure, M. le directeur Körte fit la laryngo-fissure et la membrane, plus large qu'on ne pensait, fut excisée au moyen de la pince et des ciseaux, ainsi que sa base. On introduisit alors par la bouche dans le larynx une bougie d'étain de Schroetter, dont le fil de sûreté fut fixé au visage. Après la cicatrisation du cartilage thyroïde, l'intubation fut de nouveau tentée et réussit complètement. Malheureusement, il paraît que cette femme est morte de pneumonie au bout de quelque temps.

Dès le début du traitement des sténoses syphilitiques du larynx, on se trouve aux prises avec les plus grosses diffi-

cultés et l'on doit combiner les traitements les plus divers. Même dans le cas où après thyrotomie préalable on a complètement enlevé le tissu cicatriciel, on voit toujours se reformer après coup des granulations et des brides cicatricielles, ayant leur point de départ au niveau de la plaie opératoire. Dans ces conditions, l'intubation constitue le meilleur traitement, car la pression constante du tube sur la muqueuse laryngée prévient la formation d'une nouvelle sténose.

Nous appliquâmes le même traitement à une autre malade qui présentait une sténose syphilitique du larynx presque complète.

Une autre indication de l'intubation est fournie par la contracture inspiratoire de la glotte, donnant lieu à des accès dyspnéiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer cette maladie assez peu fréquente, chez une femme M..., âgée de 36 ans, qui s'était présentée à l'hôpital d'Urban pour une ulcération de la jambe. Après un séjour de quatre semaines à l'hôpital, elle fut atteinte brusquement d'une forte dyspnée et d'accès de suffocation. On pouvait entendre dans toute la salle un violent cornage inspiratoire. Sous l'influence de la morphine, la malade put s'endormir tranquillement. La patiente est névropathe, mais présente un bon état général. L'examen laryngoscopique dénote un trouble assez particulier ; les cordes vocales, au lieu de s'écartier l'une de l'autre pendant l'inspiration, se rapprochent ; elles se dilatent au contraire pendant l'expiration. Plus la malade respire profondément, plus sa dyspnée est marquée et plus les cordes se rapprochent, mais seulement dans leur partie antérieure, tandis que la glotte cartilagineuse présente une ouverture triangulaire. Il existe donc, à côté du mouvement paradoxal des cordes vocales, une paralysie du muscle arytenoïdien. Pendant la phonation, il y a occlusion des cordes, sauf au niveau de la partie postérieure. La voix est claire, mais affaiblie. Après avoir prononcé quelques mots, la malade fait une pause, afin d'inspirer, et reprend de nouveau. Il faut donc exclure ici une paralysie des dilatateurs de la glotte, puisque les cordes vocales s'écartent fortement, non toujours, mais quelquefois au delà de la position cadavérique. La cause de ce trouble est très vraisemblablement l'hystérie. Dans ce cas, la dyspnée fut un jour assez violente pour nécessiter la trachéotomie. Nous entreprimes ensuite

l'intubation et l'introduction du tube présenta de grandes difficultés. La malade cherchait à aspirer de l'air et les cordes ne s'en contractaient que plus violemment. Nous finimes cependant par vaincre leur résistance. Le lendemain, le tube fut retiré et la dyspnée cessa. L'état du larynx est encore le même que précédemment.

Cette très intéressante observation est relatée plus longuement par moi dans un travail qui doit paraître prochainement dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift*. J'ajouterai que l'état de la malade resta le même pendant deux mois et que, sans aucune autre médication, les cordes vocales reprirent leurs fonctions normales. Cependant la respiration ne demeura libre que quelques semaines, durant lesquelles la glotte se dilatait complètement pendant l'inspiration pour se fermer pendant l'expiration. Mais subitement notre malade fut reprise de ses accès de suffocation, accompagnés des mêmes troubles de coordination qu'auparavant.

Enfin, je vous citerai encore un cas dans lequel nous avons employé l'intubation.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, atteinte d'une chordite vocale inférieure et qui se présenta à l'hôpital à l'époque de la grande épidémie d'influenza. Déjà chez elle, elle avait eu des accès de suffocation ; ces accès se représentèrent à l'hôpital. L'examen laryngoscopique nous montra au-dessous des cordes congestionnées, deux tumeurs d'un gris rougeâtre, s'avancant fortement vers la ligne médiane, et ne laissant, pour le passage de l'air, qu'une petite ouverture. Par instants, la tuméfaction diminuait et l'on pouvait voir dans la trachée des croûtes jaunes et épaisses. Le second jour après son entrée à l'hôpital, elle eut un violent accès de suffocation, avec cyanose très prononcée de la face. L'intubation lui rendit immédiatement la respiration. Quelques heures après, la malade expulsait son tube dans un accès de toux. La réintroduction du tube fut encore nécessaire à deux reprises. Au bout de 14 jours, la malade fut renvoyée guérie.

J'adresse ici mes plus sincères remerciements à M. le Dr Körte qui a bien voulu m'aider de ses conseils dans l'exécution de ce travail, et me procurer les documents nécessaires.

**DES ÉPAISSEMENTS DE LA PORTION ANTÉRO-INFÉRIEURE DE LA CLOISON NASALE. RÔLE DES OS SOUS-VOMÉRIENS ET DES CARTILAGES DE JACOBSON**Par le Dr **Potiquet** (1).

L'immense majorité des épaississements du septum nasal peuvent, abstraction faite du tubercule de la cloison, être divisés en deux catégories suivant la région qu'ils occupent. « Ces épaississements sont d'une part, avons-nous dit ailleurs (2), les renflements presque toujours bilatéraux, volontiers symétriques, qui occupent la portion antéro-inférieure du septum, et dont assez souvent la base de la cloison cartilagineuse, flanquée de part et d'autre des cartilages de Jacobson, fait presque tous les frais » ; d'autre part « la crête latérale du vomer qui, prolongeant souvent d'un côté en arrière et en haut l'un de ces renflements, répond au prolongement caudal (3) du cartilage quadrilatère ou à son voisinage ». « Ces épaississements, lorsque les saillies latérales qu'ils forment ne proéminent que modérément, peuvent, ajoutons-nous, être considérés comme normaux. »

L'origine de l'épaississement dont le sommet répond à la crête latérale du vomer réside surtout dans l'infexion de la lame cartilagineuse fondamentale, aux frais de laquelle se développent le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, infexion dont témoigne dans ce cas la position excentrique du prolongement caudal, lorsqu'il subsiste (Voy. la fig. 3 de l'Atlas de M. A. Hartmann (4)). L'incurvation plus ou moins brusque de la lame cartilagineuse fondamentale entraîne le

(1) Communication à la *Société de Laryngologie de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> juillet 1892.

(2) Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale. *Médecine moderne*, 17 et 24 mars 1892.

(3) Synonymes : processus sphénoïdal, prolongement intra-vomérien, etc.

(4) *Normale und pathologische Anatomie der Nase*. Berlin, 1890.

dépôt irrégulier de la substance osseuse sur chacune de ses faces, d'où la formation d'épaississements osseux. Cette formation, généralement en nappe assez uniforme du côté concave, est plus accidentée du côté convexe. Ici, elle donne lieu assez fréquemment à des saillies, à des crêtes qui nous ont semblé surtout marquées au pourtour des lacunes de la gaine osseuse qui renferme le prolongement caudal. Cette classe d'épaississements est surtout, nous l'avons dit, sous la dépendance de l'infexion de la lame cartilagineuse fondamentale, et nous n'y insisterons pas davantage.

Quant aux épaississements et aux déviations de la portion antéro-inférieure de la cloison, ils ont été décrits et figurés maintes fois. Leur siège, à peu de distance au-dessus du plancher des fosses nasales, leur forme, tantôt arquée, tantôt allongée dans le sens antéro-postérieur et souvent légèrement ascendante, leur symétrie fréquente, leur étiologie, la gène qu'ils apportent parfois à la respiration par le nez ou au cathétérisme de la trompe d'Eustache, les procédés à employer pour débarrasser de leur masse incommode la voie qu'ils interceptent, tout cela a été étudié, agité, discuté dans d'innombrables mémoires.

On a aussi voulu pénétrer dans le détail de leur structure, et on a communément fixé ainsi qu'il suit les parties qui les composent : crête incisive et extrémité du vomer d'une part, cartilage quadrilatère d'autre part. Il ne nous semble pas sans intérêt de pousser plus loin cet inventaire, et d'essayer de déterminer plus spécialement la part prise par les os sous-vomériens et par les cartilages de Jacobson dans la formation de ces épaississements. Mieux connaître leur anatomie, n'est-ce pas se préparer à mieux juger leur étiologie ? Aussi bien, le rôle joué par les os sous-vomériens n'est, que nous sachions, indiqué nulle part (1), et celui des cartilages de Jacobson semble avoir fixé davantage l'attention des ana-

---

(1) Nous y avons fait allusion dans une discussion à la *Société de Laryngologie de Paris*, séance du 4 mars 1892. Voyez *Bulletins et Mémoires de cette Société*, page 96, année 1892.

tomistes (A. Kœlliker (1), Th. Kœlliker (2), Schwalbe (3), Zuckerkandl (4), Merkel (5) ) que celui des pathologistes. Parmi ceux-ci, nous ne voyons que M. Sandmann et peut-être M. Lœwe et M. Onodi qui y aient fait allusion. M. Lœwe, dont nous regrettons de ne connaître la communication au Congrès de Berlin (6) que par un résumé un peu obscur, ne semble avoir eu en vue que les exostoses de la cloison dans leurs rapports avec l'organe de Jacobson, et M. Onodi, dans la discussion qui suivit cette communication, rappela qu'il avait dès 1887 soulevé la question d'une relation causale entre l'organe de Jacobson et les crêtes de la cloison. M. Sandmann, plus explicite, dit « croire que les saillies horizontales allongées qui occupent la base du septum proviennent du cartilage de l'organe de Jacobson ».

La cloison présente, on le sait, presque constamment à l'état normal, chez l'adulte, un renflement au niveau de sa portion antéro-inférieure. Ce renflement, plus ou moins marqué suivant les sujets, se traduit sur chaque face par une saillie allongée d'avant en arrière qui s'offre immédiatement aux regards dès qu'on a écarté les valves du spéculum. Celle-ci, dans sa forme la plus régulière, qu'on rencontre surtout chez l'adolescent et chez la femme, se présente sous l'aspect d'un bourrelet arqué, effilé à ses deux extrémités, à concavité dirigée en bas, et figure assez bien une sorte de petit porche dominant l'entrée de l'infundibulum incisif (7) qu'il semble abriter. Ce bourrelet se continue assez souvent par son

(1) *Ueber die Jacobson'schen Organe des Menschen, etc.*, 1877.

(2) *Ueber das Os intermaxillare des Menschen*, 1882.

(3) *Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane*, 1887.

(4) *Real-Encyclopædie der gesammten Heilkunde*, 2<sup>e</sup> édition, 1888. Article Nasenhöhle.

(5) *Handbuch der topographischen Anatomie*, 1887.

(6) *Congrès international de Berlin*, 1890.

(7) L'infundibulum incisif n'est autre que le canal incisif tapissé et obturé en partie par la muqueuse. Il est plus ou moins marqué suivant les sujets ; il peut manquer totalement par suite de l'obturation complète du canal incisif.

extrémité postérieure dans une des cavités nasales avec une saillie obliquement ascendante dirigée en arrière et en haut, qui répond au prolongement intra-vomérien du cartilage quadrilatère. Observé successivement d'un côté, puis de l'autre, il offre parfois une symétrie qu'on pourrait dire parfaite. Mais le plus souvent, il est très inégalement développé à droite et à gauche et peut même manquer complètement d'un côté, surtout lorsque cette portion de la cloison se montre infléchie dès sa base vers le côté opposé. Et même les accidents de développement peuvent bouleverser cette région au point qu'on ne puisse s'y orienter qu'à grand'peine, et y deviner sous son relief tourmenté ses parties constituantes. Il va sans dire que, dans l'immense majorité des cas, il ne faut point voir dans ce renflement d'une physionomie si diverse l'œuvre d'un traumatisme, encore moins le produit de la scrofule ou de la syphilis ; ce n'est qu'une particularité anatomique à configuration extrêmement variée.

Les pièces qui, par leur réunion ou leur soudure, constituent le squelette ostéo-cartilagineux de cette portion antéro-inférieure de la cloison sont nombreuses : il n'est pas de région du squelette où l'on compte tant de pièces rassemblées sur un si petit espace.

Pour le squelette osseux, ce sont, en procédant d'avant en arrière : les deux saillies verticales qui surmontent le bord interne du corps de la portion incisive du maxillaire supérieur, saillies qui par leur réunion forment ce qu'on peut désigner sous le nom de crête incisive proprement dite (fig. 1, H D), le col et la tête des deux os sous-vomériens (fig. 1, H A C), que surmonte et auxquels s'appuie l'extrémité antérieure du vomer (fig. 1, I J) ; et pour le squelette cartilagineux auquel le squelette osseux sert de base, l'extrémité antérieure du cartilage quadrilatère, que flanquent de chaque côté les lames cartilagineuses de Jacobson ou cartilages accessoires de M. Sappey.

## I

Considérons d'abord le squelette osseux.

La crête qui surmonte le bord interne de l'apophyse horizontale ou palatine du maxillaire supérieur offre, on le voit sur la figure ci-dessous (fig. 1), une configuration toute différente dans sa portion postérieure et dans sa portion antérieure. En arrière, elle fait simplement suite à la crête similaire qui hérisse l'apophyse horizontale du palatin et limite assez souvent avec celle du côté opposé une gouttière très peu profonde qui reçoit le bord inférieur du vomer. Cette portion postérieure, modérément saillante, dépend du maxillaire supérieur proprement dit (B C).

Tout autre est la portion antérieure (AD) qui se distingue de la précédente non seulement par sa hauteur, son épaisseur et sa forme, mais encore par son origine embryogénique et par son importance au point de vue tout spécial qui nous occupe. Henle (1) lui donnait le nom de crête incisive ; mais un simple coup d'œil jeté sur la face interne de certains maxillaires désarticulés ou même sur certaines figures (voy. la planche V de l'ouvrage de Th. Soemmering (2), la figure 49 de l'anatomie de M. Sappey), en montrant la direction toute différente qu'affectent les travées osseuses en arrière et en avant, suffit pour convaincre du peu d'homogénéité de la crête incisive de Henle et du petit massif osseux qui la supporte. En arrière, en effet, les travées osseuses sont dirigées de haut en bas et d'arrière en avant, et cela dans un espace de forme à peu près triangulaire dont l'un des sommets, dirigé en avant et en bas, est contigu à l'extrémité inférieure du canal palatin antérieur ; en avant, elles affectent une direction transversale dans un espace dont les contours rappellent avec plus ou moins de netteté le segment excentrique d'un cercle. Il y a plus : il existe le plus souvent en haut

(1) *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, 1<sup>er</sup> volume, 1871.

(2) *Abbildungen der menschlichen Organe des Geruches*, 1809.

une certaine différence entre le niveau de la portion antérieure et celui de la portion postérieure de la crête incisive, celui-là se trouvant en léger contre-bas. Cette différence de niveau, peu marquée sur la pièce ici représentée, l'est beaucoup plus sur la figure déjà citée de l'Anatomie de M. Sappey. Ces différences de structure et de configuration trahissent une diversité d'origine: en avant, en effet, on a sous les yeux la face interne du corps de l'os incisif, os incisif dont la sou-

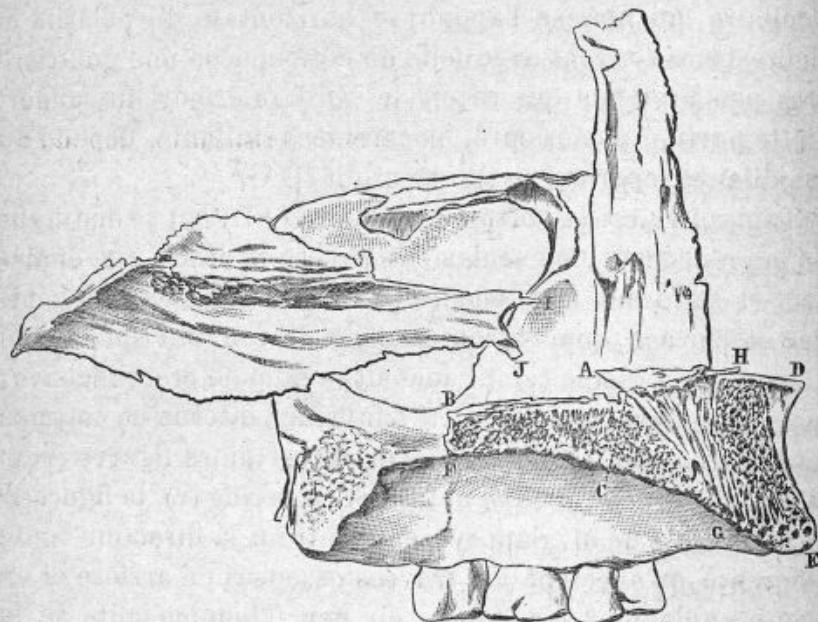


FIG. 1. — *Maxillaire supérieur gauche, vu par sa face interne. Vomer éloigné de ses connexions osseuses et vu par son côté droit.*

B D E F, face interne de l'apophyse palatine. — B C G F, portion répondant au maxillaire supérieur proprement dit. — A D G E, portion répondant à l'os intermaxillaire ou incisif. — H D E G, portion répondant au corps de l'os intermaxillaire. — A H G, face interne de l'os sous-vomérien gauche. — I, pointe du vomer. — J, extrémité antérieure du bord inférieur du vomer

dure avec le maxillaire supérieur est si précoce chez l'homme que les livres d'anatomie humaine ne l'en distinguent pas, en avant la face interne de l'un des os décrits par MM. Rambaud et Renaut sous le nom d'os sous-vomériens.

L'os sous-vomérien avait déjà fixé l'attention de Himly (1), qui le considérait comme le rudiment de l'os intermaxillaire, et de Leuckart (2), avant que MM. Rambaud et Renaut (3) le décrivissent d'une façon complète chez le fœtus et le nouveau-né. A. Kœlliker (4) lui accorde une certaine importance dans le développement du maxillaire supérieur : de tous les points osseux qu'on attribue communément au maxillaire supérieur, le point correspondant à l'os sous-vomérien est en effet le seul, comme le dit M. A. Broca (5), « dont A. Kœlliker considère l'existence comme ayant peut-être une certaine importance morphologique », les autres appartenant plus probablement « à la catégorie des points d'ossification aberrants, si fréquents dans les os de revêtement ». M. Th. Kœlliker (6), qui en a étudié avec soin le développement chez l'embryon, le décrit sous le nom d'apophyse de Sténon, en raison de la grande part qu'il prend à la formation du conduit du même nom ou canal palatin antérieur ; M. Testut (7) sous le nom de pièce sous-vomérienne.

Cette apophyse peut donc, en raison de son histoire embryogénique, de l'indépendance relative dont jouissent ses travées osseuses au milieu de celles du maxillaire supérieur, et aussi à cause du rôle important qu'elle joue dans les épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison, mériter une place à part dans la description du squelette ostéo-cartilagineux du septum nasal.

Au nombre de deux, un droit, un gauche, les os sous-vomériens forment par leur réunion une sorte de clou osseux, suivant la comparaison de MM. Rambaud et Renaut, en-

(1) *Beiträge zur Anatomie und Physiologie*, 1829. Cité par M. Th. KŒLLIKER.

(2) *Untersuchungen über das Zwischenkieferbein des Menschen, etc.*, 1840. Cité par M. Th. KŒLLIKER.

(3) *Origine et développement des os*. Paris, 1863.

(4) *Embryologie*, ouvrage traduit par A. SCHNEIDER, 1882.

(5) *Le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure*, 1887.

(6) *Ueber das Os intermaxillare des Menschen*. Halle, 1882.

(7) *Traité d'anatomie humaine*, tome I, 1889.

clavé dans l'espace laissé libre entre l'apophyse horizontale des maxillaires supérieurs proprement dits et le bord alvéolaire dépendant à ce niveau de l'os incisif. « Dans le cours de la première année, lisons-nous dans l'ouvrage de MM. Rambaud et Renaut, dont nous ne pouvons mieux faire que de citer la description, chacun d'eux est composé d'une branche montante verticale lisse par la face externe, présentant sur sa face interne des saillies et des anfractuosités plus ou moins nombreuses qui s'engrènent avec des saillies et des anfractuosités de la face correspondante de celui du côté opposé ; la lame horizontale est surmontée d'une crête très mince, à arête tranchante n'occupant que la lèvre externe de cette lame, de sorte que, quand les deux pièces sont articulées, les deux crêtes forment les côtés d'une gouttière dans laquelle est reçue la partie du vomer qui est en avant de la lame horizontale de cet os. L'os sous-vomérien est donc à la fois un coin, enfoncé par son triangle vertical entre la pièce incisive et la pièce palatine, et la moitié d'une gouttière qui fait suite antérieurement à celle du vomer. Si l'on fait attention au trou palatin antérieur, on voit, quand on l'examine par en bas, qu'il est formé par la réunion de deux gouttières, dont chacune appartient à chacun des maxillaires, tandis qu'en haut ces deux gouttières sont converties en deux trous par l'interposition des deux sous-vomériens entre les maxillaires. Nous avons rencontré plusieurs fois, sur des sujets de 15, 18 et 20 ans, des os sous-vomériens non-soudés qui avaient un centimètre et demi de hauteur. »

Avec les années, les os sous-vomériens se développent, mais leur croissance n'est pas régulière et uniforme. Les os sous-vomériens de l'adulte ne représentent pas simplement le type foetal agrandi dans ses dimensions : chez l'adulte, leur forme diffère sensiblement de celle qu'elle affe-  
tait à la naissance.

C'est surtout à partir du début de la seconde dentition, date importante dans la genèse des inflexions de la cloison (Zuckerkandl), que la tête des os sous-vomériens s'élève,

que leur col se dégage, grâce en partie à leur croissance propre, en partie à un phénomène fort important, indiqué en passant par M. Zuckerkandl (1), mais qui n'a pas, que je sache, fixé jusqu'ici l'attention des rhinologistes, à savoir l'abaissement du plancher incisif (2) consécutif à l'éruption des incisives médianes permanentes.

Sur un crâne de nouveau-né, le plancher incisif, réduit à un sillon assez étroit, se continue avec le plancher maxillaire proprement dit, occupant sensiblement le même niveau ou se relevant légèrement en avant. Peu à peu, avec les années, à mesure que s'agrandit l'alvéole qui contient la couronne de l'incisive médiane permanente en voie de développement, le plancher incisif osseux se soulève en même temps qu'il s'élargit. Vers la septième année, l'intermaxillaire loge tout ensemble à ce niveau et la racine de l'incisive médiane transitoire et la couronne bien développée de l'incisive médiane permanente. A ce moment, on voit le plus souvent le plancher incisif dominer sensiblement le plancher maxillaire proprement dit. Aussi, considéré à cette époque dans l'ensemble de son profil antéro-postérieur, le plancher osseux de la cavité nasale forme-t-il fréquemment comme deux étages réunis par une pente douce, l'un surélevé, répondant au corps de l'intermaxillaire, l'autre en contrebas, répondant aux apophyses horizontales du maxillaire supérieur proprement dit et du palatin.

L'incisive médiane permanente sortie, le plancher incisif s'affaisse peu à peu par suite du lent retrait qu'éprouve la paroi supérieure de l'alvéole. Cet abaissement de niveau ne s'étend pas, sur le squelette, à toute la face supérieure du plancher incisif; il en respecte le bord antérieur qui, avec les années, s'avive en une crête tranchante (3). Il est loin

(1) *Zur Morphologie des Gesichtsschädel*, 1877.

(2) Pour la commodité de la description, nous désignons sous le nom de plancher incisif cette portion du plancher des fosses nasales constitué par la face supérieure de l'os incisif.

(3) Cet abaissement de niveau est moins marqué dans les races inférieures,

aussi de l'affecter toujours uniformément dans toute sa largeur ; surtout chez les sujets à cavités nasales étroites et très développées dans le sens vertical, il s'accuse davantage en dedans qu'en dehors : le plancher incisif figure alors, non une surface sensiblement horizontale ou en gouttière, mais un plan fortement incliné vers la cloison. Le degré de cet abaissement de niveau varie du reste suivant les sujets, et d'un côté à l'autre chez un même sujet (Welcker) (1).

Le plancher incisif, se dérobant ainsi lentement dans le cours de la seconde enfance, de l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte, laisse le renflement jacobsonien et avec lui la tête des os sous-vomériens de plus en plus isolés, et c'est ainsi qu'on voit sur le vivant, dans les années qui suivent le début de la seconde dentition, s'élever au-dessus de l'infundibulum incisif un bourrelet antéro-postérieur qui plus tard pourra, qu'il y ait ou non inflexion de la cloison à ce niveau, se transformer en une saillie gênante, saillie désignée sous le nom d'éperon de la cloison.

Mais cette ascension de la tête des os sous-vomériens, ainsi apparente et réelle à la fois, réelle puisque ces os ont une croissance propre, met en péril la symétrie et la régularité de leur forme. En arrière d'eux en effet et sur eux presse et pèse obliquement l'extrémité antérieure du vomer arcubouté au corps du sphénoïde. Sous cet effort obstiné, qui a surtout sa raison dans le défaut d'accommodation dont nous avons parlé ailleurs (2), tête et col souvent résistent et, tout

---

probablement à cause du volume plus considérable que prennent chez elles les incisives médianes permanentes. Il en résulte chez elles, à l'âge adulte, une différence de niveau souvent assez sensible entre le plancher incisif et le plancher maxillaire proprement dit (voy. pièce , vitrine 1, musée Orfila), différence qui rappelle celle si marquée qu'on observe chez le gorille ; comme conséquence, le bord inférieur de l'ouverture pyriforme se montre chez elles moins élevé, moins tranchant : ce bord inférieur peut même rester remarquablement mousse.

(1) *Die Asymmetrien der Nase*, 1882.

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de Laryngologie de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> juillet 1892.

en s'accroissant, se maintiennent sensiblement droits et réguliers ; fréquemment alors c'est le vomer ou, plus exactement, ainsi que nous l'avons dit (1), la lame cartilagineuse fondamentale qui cède vers la ligne qui répond au bord supérieur de ce dernier os, c'est-à-dire au lieu de la déviation maîtresse. Mais tantôt tête et col fléchissent, et alors ils se déjettent d'un côté ou de l'autre, ou se contournent ou s'écrasent, finalement se déforment. Et non seulement ils se déforment (fig. 2), mais dans cette sorte de lutte sur

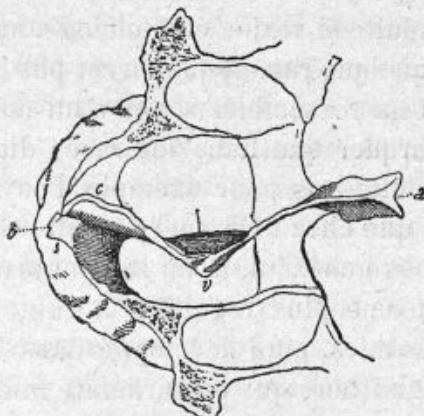


FIG. 2. — *Déviation du vomer et de la crête incisive (Welcker).*

*a*, ailes du vomer. — *v*, crête latérale du vomer déviée à gauche. — *c*, extrémité antérieure du vomer et portion de la crête incisive déviée à droite. — *s*, épine nasale dirigée à gauche.

un étroit espace, ils finissent le plus souvent par confondre leur profil plus ou moins tourmenté avec la crête incisive proprement dite en avant, avec l'extrémité du vomer en arrière, et par ne plus former avec ces voisins qu'une même masse dans laquelle on retrouve à grand'peine quelque léger vestige des lignes primitives de séparation.

En tout cas, l'examen comparatif de crânes désarticulés ou non d'adultes montre combien peu le plus souvent les os sous-vomériens de l'adulte, même restés distincts des os voisins, rappellent par leurs formes ceux du tout jeune en-

(1) Mémoire cité au début de ce travail.

fant. Il en est qui s'étirent en lame verticale, à bords supérieurs à peine renflés (1). D'autres, au contraire, épais et trapus, sont comme ramassés sur eux-mêmes (2). Il en est de figure assez élégante, au col dégagé, dont la tête amincie, renversée en dehors, se prolonge en arrière, formant avec le voisin une sorte de fer de lance bifurqué à pointe dirigée en avant (3). D'autres, qui dans leur développement ont plus particulièrement senti la gêne, offrent un profil tourmenté et contourné (4).

Somme toute, la phisyonomie de l'os sous-vomérien se montre chez l'adulte si variée et si changeante, qu'on pourrait dire avec quelque raison qu'il n'est pas d'os qui puisse d'un sujet à l'autre ressembler si peu à lui-même.

Il est à remarquer que dans les races dites inférieures, chez le nègre adulte pris pour exemple, l'os sous-vomérien s'éloigne moins que chez l'Européen adulte du type fœtal : nous l'avons trouvé chez lui, là où ses limites étaient reconnaissables, de forme plus régulière, à contours plus aisément reconnaissables, plus développé dans le sens transversal, avec la gouttière qui le surmonte mieux conservée, et faisant au-dessus du plancher des fosses nasales une saillie moindre.

La phisyonomie si changeante qu'offrent les apophyses de Sténon d'un sujet à l'autre, surtout dans les races européennes, semble bien tenir surtout aux conditions dans lesquelles elles s'accroissent, au plus ou moins de liberté dont elles jouissent dans leur expansion, aux résistances qu'elles éprouvent, aux pressions qu'elles subissent. Telle est du moins l'impression que nous ont laissée l'examen attentif des crânes du musée de Clamart et la vue de ceux que ren-

---

(1) Exemple : squelette qui fait face à l'entrée du musée Orfila. Voyez aussi le n° 55 de la vitrine 2 sur lequel l'apophyse de Sténon est remarquable par sa hauteur.

(2) Ex : pièce 8 de la vitrine 59 du musée Orfila.

(3) Ex : pièce 4 de la vitrine 59 du musée Orfila.

(4) Ex : pièce 18 de la vitrine 1 du musée Orfila.

ferment d'autres musées (musée Orfila, collection anthropologique du Muséum d'histoire naturelle, musée Broca). D'une manière générale, lisons-nous dans nos notes, moins le petit massif osseux dont les os sous-vomériens occupent le centre est dévié ou contourné, plus on a de chances de retrouver les détails primitifs de sa structure, les lignes de séparation des os qui le constituent, et plus le bord qui le surmonte tend à conserver sa forme originelle en gouttière.

Le rôle prépondérant que jouent les os sous-vomériens dans les épaissements osseux de la portion antéro-inférieure de la cloison, ils le doivent simplement au volume de leur masse qui l'emporte en puissance sur la crête incisive proprement dite et sur l'extrémité antérieure du vomer.

Qu'ils puissent, unis à leurs voisins, et plus ou moins de connivence avec le cartilage quadrilatère et les cartilages de Jacobson, s'épaissir ou se dévier au point d'obstruer en partie le méat inférieur, l'examen rhinoscopique, aidé d'un stylet mousse ou pointu, le prouve. Que parfois leur saillie soit assez audacieuse pour mériter une intervention chirurgicale, quelques observations, celles en particulier de M. Allen Harrison (1), l'attestent. On savait un peu tout cela de reste. Mais, malgré tous ces méfaits, les os sous-vomériens avaient pu jusqu'ici garder l'anonyme : jusqu'ici nul n'avait, à ce propos, prononcé leur nom ni tenté de définir leur rôle.

Cependant quelques points restent obscurs. Qu'est en somme cet os sous-vomérien ? Que représente-t-il ? A première vue, à considérer la direction de ses travées osseuses, on ne lui voit guère d'analogie dans la série des mammifères. Quoique distinct en apparence de l'os incisif, n'en serait-il cependant qu'une dépendance ? Ou serait-ce là, comme l'avance M. Topinard (2), un vestige de l'organe de Jacobson ? De plus, d'où vient qu'il prend, en se développant, une physionomie si changeante suivant les sujets, et pour

(1) *Medical News*, 23 août 1890.

(2) *L'Anthropologie*, 2<sup>e</sup> édition, 1877, p. 129.

quelle raison son profil se montre-t-il si souvent tourmenté, contourné ou violemment projeté de côté?

Autant de questions qui sollicitent une réponse.

Et d'abord, quant à la signification morphologique de la pièce sous-vomérienne, aucune analogie de tissu ou de structure, ni même de siège, si on considère les mammifères les plus voisins de l'homme, n'autorise à y voir un débris de l'organe de Jacobson, organe constitué essentiellement, on le sait, par un étui ou une lame de cartilage et par un conduit membrano-muqueux contenant des ramifications de l'olfactif. Certes, il existe chez l'homme des débris de l'organe de Jacobson, et cela au voisinage de la pièce sous-vomérienne (!), mais celle-ci est elle-même mieux que le vestige d'un organe déchu.

Comme le dit Quain (2), et comme l'a montré notamment M. Biondi (3), l'os sous-vomérien est l'homologue de l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire des mammifères. Comme elle, il limite en dedans le trou incisif, et, comme

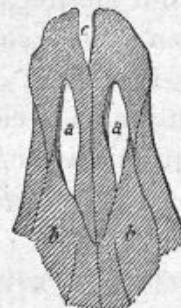


FIG. 3. — *Intermaxillaire du mouton* (Cleland).

*a*, trou incisif. — *b*, portion du maxillaire supérieur. — *c*, espace qui reçoit l'extrémité antérieure du cartilage de la cloison.

elle, il affecte avec l'extrémité du vomer et la cloison cartilagineuse des rapports qui ici et là sont sensiblement les

(1) Voy. notre mémoire : Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant, etc. *Revue de Laryngologie*, 15 déc. 1891.

(2) *Quain's Anatomy*, 9<sup>e</sup> édition.

(3) *Archiv für pathologische Anatomie*, etc. 1888.

mêmes. Les trabécules osseuses prennent, il est vrai, une direction toute différente de celle qu'elles affectent chez les ruminants ou les carnassiers par exemple (fig. 3). Mais cette direction même est sous la dépendance d'un grand fait d'évolution que nous avons signalé ailleurs et qu'il nous faut rappeler ici en quelques mots.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 6 mai 1892.*

M. GELLÉ fait une communication ayant pour titre : **Le signe auriculaire dans un cas de paralysie croisée.**

Il résulte des faits cliniques rapportés par l'auteur de ce travail, que la présence ou l'absence du réflexe auriculaire pourrait servir d'élément de diagnostic différentiel entre les lésions protubérantielles et celles des hémisphères cérébraux. En effet lorsqu'une lésion cérébrale s'accompagne de surdité, ce réflexe persiste. On constaterait au contraire sa disparition en cas de lésion de la protubérance et cette disparition pourrait s'observer alors que l'audition n'a pas été atteinte.

M. LOEWENBERG donne communication d'un nouveau procédé pour cathéteriser la trompe d'Eustache. Cette méthode a pour but de triompher des difficultés que l'on éprouve quelquefois, après avoir franchi la fosse nasale, à amener le bec de la sonde en face de l'orifice de la trompe. Il suffit de faire exécuter au sujet des mouvements de déglutition pour provoquer un soulèvement du voile du palais se communiquant à la sonde avec une forte oscillation quand celle-ci a été portée très en arrière de la choane, tandis que le déplacement est très léger si l'instrument a à peine franchi les limites du palais osseux.

M. Löwenberg conseille en outre d'avoir un cathéter pour chaque malade et, quand l'instrument a été bien engagé dans la trompe, de tracer une empreinte à l'endroit qui correspond alors à l'orifice de la

narine. On possède ainsi pour chaque malade un infaillible point de repère qui permet d'éviter les tâtonnements ultérieurs.

M. MÉNIÈRE lit une **observation de corps étranger de l'oreille**. (A été publiée in extenso.)

*Séance du 3 juin.*

**Observation de végétations adénoïdes chez un enfant de six semaines,**  
par le Dr ASTIER.

On sait aujourd'hui qu'on trouve des végétations adénoïdes à toutes les phases de l'enfance et qu'elles ne sont pas l'apanage de l'enfance moyenne. J'ai eu l'occasion, rare cependant, de voir un enfant de six semaines présentant des végétations et qu'on avait amené à ma clinique avec le diagnostic de croup. Il y avait du cornage et une respiration bruyante, mais pas de tirage, pas de fausses membranes dans la gorge, pas de ganglions ni de fièvre. Des mucosités épaisses obstruaient les narines. J'introduisis dans le naso-pharynx une petite pince à végétations et je retirai des fragments nombreux de végétations adénoïdes. Injections boriquées, l'enfant reprend le sein. Sept jours après, on le ramène avec fièvre et dyspnée. Je vis la muqueuse du pharynx tuméfiée et couverte de mucosités. En voulant les enlever avec une pince, je vis paraître du pus. J'incisai au bistouri sur la ligne médiane, l'enfant rendit un vrai flot de pus. Soulagement immédiat. Quinze jours après, l'enfant était en parfait état. Je suppose que l'abcès rétro-pharyngien a été déterminé par l'introduction du doigt à plusieurs reprises et de pinces de différents calibres.

*Discussion :*

M. GELLÉ demande quelle était la dimension de ces pinces.

M. ASTIER. — Je les ai prises au hasard et ne puis le dire exactement.

M. GELLÉ. — N'y a-t-il pas eu erreur de diagnostic au début ? et l'abcès rétro-pharyngien n'existe-t-il pas tout d'abord. Le petit malade avait-il de l'otorrhée ?

M. ASTIER. — Avant l'opération, il n'y avait ni infection ni otorrhée et après l'opération la respiration devint bonne et le cri net.

M. RUAULT. — Chez les tout jeunes enfants les végétations amènent des réflexes laryngés multiples, spasme de la glotte, pseudo-laryngite striduleuse. J'ai opéré récemment un enfant de 8 mois qui avait des végétations et des accès spasmodiques d'étouffements. Il n'y eut aucun phénomène inflammatoire et les accès spasmodiques disparurent.

M. LOEWENBERG. — On peut se servir du petit doigt pour faire le diagnostic.

M. RUAULT. — L'index passe le plus souvent.

M. ASTIER. — J'ai vu l'introduction de l'index amener l'étouffement.

M. MÉNIÈRE. — Je n'ai pas opéré d'enfants aussi jeunes, mais chez des enfants de 10 à 18 mois, j'ai préféré à la pince la boucle métallique double qui passe plus facilement. Je me demande si l'abcès dont parle M. Astier est dû à la pince ou s'il s'est produit en dehors du traumatisme. Quel était son siège exact ?

M. ASTIER. — Il bombait sur la ligne médiane au point où je l'ai incisé.

M. GELLÉ. — Avez-vous fait des irrigations nasales après les grattages et avez-vous eu des accidents auriculaires ?

M. ASTIER. — Je fais toujours des irrigations nasales et je n'ai jamais eu d'accidents.

M. MÉNIÈRE. — Sur 1,300 opérés soumis aux irrigations j'ai eu la chance de n'avoir jamais d'accidents du côté de l'oreille.

**Quelques cas de syphilis pharyngo-laryngée, par le Dr CARTAZ.**

J'ai réuni quelques cas de syphilis des voies aériennes supérieures ; pour ceux qui ont trait à des chancres (3 de l'amygdale et 1 du voile du palais) la contamination n'a pu être reconnue. Cependant dans un des chancres de l'amygdale la contamination paraît avoir eu lieu par un instrument appartenant à un sujet suspect et dont le malade s'est servi pour enlever des masses caséuses de l'amygdale. Dans le cas du chancre du voile, le malade avait fumé la pipe d'un ami qu'il sut plus tard être syphilitique. Dans la première observation de gommes du pharynx, la lésion ressemblait à s'y méprendre à un abcès froid et si la guérison n'avait pas été si rapide, grâce au traitement spécifique, j'aurais quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic. Dans la seconde observation, à une tumeur pharyngée d'apparence gommeuse s'ajointaient des troubles laryngés, puis plus tard une tumeur crânienne. Malgré le traitement spécifique, les désordres allaient augmentant et l'hypothèse que j'émettais d'un sarcome, étant donné l'insuccès du traitement, était confirmée par un chirurgien des plus compétents. Le premier diagnostic était cependant exact. Un de nos confrères étrangers obtint une guérison complète par les injections de mercure. Il faut admettre donc, et c'est à ce titre que l'observation est curieuse, que le traitement fut insuffisant, bien que le malade prit 2 cuillerées de sirop de Gibert et 5 grammes d'iodure par

24 heures, et que la médication hypodermique offre une grande supériorité sur le traitement interne.

La dernière observation a trait à une syphilis laryngée avec production d'une tumeur fibreuse sous-glottique, ayant pris naissance sur le tissu sclérosé. Les formes végétantes de la syphilis sont assez rares. Dans le cas qui nous intéresse, le processus ulcéreux était terminé depuis long-temps ; le larynx ne formait plus qu'un tissu sclérosé où l'on reconnaissait assez mal les diverses parties constituantes. Dans la partie antérieure du larynx, au niveau de la commissure et de la partie inférieure de la corde vocale, partait une tumeur volumineuse qui amenait des troubles respiratoires sérieux et que j'ai pu enlever, malgré l'impossibilité d'anesthésier le larynx par la cocaïne, le malade ayant une sialorée intense à chaque badigeonnage. L'examen de cette pièce, fait au laboratoire du professeur Hayem, a montré qu'elle était formée en majeure partie par du tissu fibreux au sein duquel on rencontrait des tubes adénomateux. Pas de bacilles ni dans la tumeur ni dans les crachats. Les troubles respiratoires furent supprimés du coup, mais la voix ne revint pas à cause de leur transformation en tissu scléreux.

#### Discussion :

M. GOUGUENHEIM. — A côté de ces cas intéressants de M. Cartaz, je vous citerai les faits suivants recueillis à ma clinique :

1<sup>o</sup> Un accident primitif sous forme d'ulcération indurée de la partie supérieure de l'amygdale avec adénopathie.

2<sup>o</sup> Dans un 2<sup>e</sup> cas, chez une femme, il y eut œdème de l'amygdale et adénopathie sans ulcération.

3<sup>o</sup> Une femme ayant une tumeur grosse comme une pomme sur la tête et de la syphilis pharyngée. Elle guérit de tous les accidents.

Chez les syphilitiques les accidents sont constitués par une hypertrophie des tissus normaux, formation de tumeurs réfractaires au traitement. J'ai vu trois cas suivis de guérison, mais quelquefois la trachéotomie fut nécessaire.

Les tumeurs polypeuses sont rares dans le pharynx et le larynx des syphilitiques.

#### Le brightisme auriculaire, par le Dr BONNIER.

A côté des troubles cochléaires déjà signalés dans la maladie de Bright, il convient de rechercher les symptômes labyrinthiques ; la réunion de ces 2 ordres de symptômes constitue le *syndrome de Ménière*, qu'on

peut très souvent considérer comme un signe de brightisme au milieu des symptômes généraux.

Les lésions auriculaires, trop exclusivement incriminées dans le *syndrome de Ménière*, interviennent par une compression continue sur les parties molles de la paroi labyrinthique. Elles placent l'organe dans l'impossibilité de compenser, par l'élasticité des membranes, un excès de tension des liquides de l'oreille. Le caractère paroxystique des phénomènes vertigineux du mal de Bright dépend des congestions, des crises neuro-vasculaires urémiques, des lésions de la paroi artérielle, déterminant des œdèmes, des suintements hématiques ou des inondations hémorragiques que l'oreille interne, devenue manomètre délicat par la rupture de compensation, traduit en des symptômes auriculaires associés ou distincts, selon le siège de la lésion.

On peut aussi invoquer la compression des rameaux nerveux par œdème ou hémorragie. En l'absence de paroxysmes et en face de dissociation formelle, il faut songer à des dépôts localisés sur le neuro-épithélium sensoriel et analogues à ceux de la rétinite brightique.

Le vertige peut être le symptôme initial du mal de Bright et disparaître dès le début du traitement.

L'origine brightique du syndrome de Ménière doit toujours être recherchée et l'attention portée sur ce point fera se multiplier les observations.

**Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngomycoses, par MM. de NABIAS et SABRAZÈS.**

Les auteurs ont montré l'action du chlorure de zinc sur le *leptothrix buccalis*. Ce parasite tend à se multiplier sur les amygdales ; son existence est facilitée par le catarrhe, la mauvaise dentition, l'hypertrophie des amygdales.

Les auteurs ont étudié ces pharyngomycoses en ensemencant le tartre dans les deux milieux de culture habituels et à une température de 20°. Après 4 jours, les cultures étaient abondantes. L'alcalinité de la bouche est un milieu favorable au *leptothrix*. Le réactif qui colore le *leptothrix* en bleu foncé est un mélange composé de chlorure de zinc, 95 gr. ; iodure de potassium, 140 gr. ; iodé, 7 gr. 50, et eau distillée, 50 gr. Après coloration, le *leptothrix* se décolore par l'hyposulfite de soude. Il ne se décolore pas par les alcalis concentrés.

Le réactif indiqué dénote la présence du parasite sur les dents où il contribue à former le tartre dentaire, car il abonde au niveau du liséré gingival. On le retrouve sur les dents de cadavres déjà anciens.

Le chloro-iodure de zinc est donc le topique indiqué dans le traitement des pharyngo-mycoses.

**Présentation d'instruments pour l'intubation avec tube fenêtré, par le Dr LICHTWITZ.**

Le docteur PERCEPIED fait une communication sur les indications de la douche nasale.

Il s'élève contre l'abus qui a été fait de cette méthode qui, mal appliquée, occasionne trop souvent des otites moyennes suppurées. D'après lui, son emploi doit être réservé aux cas d'ozène où l'expulsion des croûtes fétides ne peut être obtenue autrement.

*Discussion :*

M. HERMET. — Je m'associe aux conclusions du Dr Percepied. Je crois même la douche nasale dangereuse dans l'ozène. J'obtiens d'excellents résultats avec le traitement du Dr Potiquet, les applications d'acéto-tartrate d'alumine.

M. LOEWENBERG. — La douche à faible pression est sans dommage. Le malade ne doit pas se moucher immédiatement après, car la pression augmentée au niveau de la trompe pousse le liquide dans l'oreille et détermine les accidents qu'on impute à la douche.

M. GELLÉ. — J'évite les accidents de pression en me servant d'un tube de gomme que l'introduis dans la narine en la laissant bêante.

M. RUAULT. — La douche ne doit pas être proscrite dans l'ozène, surtout pour enlever les croûtes.

M. HERMET. — Je dis que la douche est presque toujours dangereuse et que je préfère le traitement à l'acéto-tartrate d'alumine quand on emploie pour détacher les croûtes des tampons d'ouate imprégnés de vaseline.

M. POTIQUET. — M. Percepied a raison d'affirmer qu'on abuse de la douche nasale. Les douches ne sont utiles dans l'ozène que dans les premiers temps. Je suis partisan de l'acéto-tartrate, mais je reconnaiss qu'il cause quelquefois de violents maux de tête.

M. CARTAZ. — Il faut, pour éviter les accidents, bien indiquer au malade la façon de prendre la douche.

M. PERCEPIED. — Je termine la discussion, en affirmant que mon but n'est pas de laisser de côté la douche nasale, mais de la proscrire dans les cas où elle n'est pas indiquée.

**Note statistique sur les suppurations de l'oreille moyenne compliquées d'inflammation mastoïdienne**, par le Dr HAMON DU FOUGERAY, du Mans.

L'auteur a vu 32 fois, pendant le cours d'une suppuration chronique, l'apophyse mastoïde devenir douloureuse. Ces symptômes ont été constatés plusieurs fois chez le même malade quand, par négligence, il suspendait le traitement. Dans 10 autres cas, la nature avait opéré elle-même et laissé des trajets fistuleux. Comme traitement : irrigations au sublimé, séchement à l'ouate hydrophile et applications de naphtol camphré. Quand il y a des polypes, les extirper. Dans les cas où l'apophyse mastoïde présentait un trajet fistuleux s'ouvrant au dehors, les opérations précédentes, irrigation et injection de naphtol camphré étaient faites au moyen d'un drain introduit par la fistule et les liquides sortaient par le conduit anditif. La guérison a toujours été obtenue après un traitement d'un ou deux mois.

**Note sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien**, par le Dr ALBERT RUAULT.

A été publié in extenso.

JURANVILLE.

## ANALYSES ET COMPTES RENDUS

### I. — NEZ

**Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle. (Des tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore)**, par le Dr PAUL HEYMANN, de Berlin. In *Virchow's Archiv für pathol. Anat.*, etc... Vol. 129, 1892.

L'intérêt de ce travail est limité à l'anatomie pathologique. Les lésions qui y sont décrites sont effectivement des *trouvailles cadavériques* faites sur des sujets destinés aux travaux anatomiques et dont l'histoire clinique fait défaut. Il est d'ailleurs certain que ces lésions n'avaient été pour rien dans la mort des individus qui en étaient porteurs et il est plus que probable qu'elles avaient été complètement méconnues pendant la vie.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 250 cadavres et par conséquent sur 500 sinus. Sur 27 sujets, l'un des sinus était occupé par un

de plusieurs néoplasmes bénins. Dans quatre cas, les lésions étaient bilatérales. L'auteur en conclut qu'un individu, sur neuf ou dix, serait porteur de tumeurs bénignes de cette région et il fait remarquer que cette fréquence est de nature à surprendre, si l'on songe que la muqueuse de la cavité en question est moins que toute autre exposée à des causes d'irritation. Nous ne partageons qu'à demi cette dernière proposition, étant donnés les rapports étroits de voisinage qui existent entre la muqueuse du sinus et les racines des molaires.

Les néoplasmes rencontrés par Heymann, au cours de ses recherches, se décomposent dans les quatre variétés suivantes :

Kystes dentaires ;

Ostéomes ;

Polypes ;

Kystes de la muqueuse.

Il n'a pas rencontré les fibromes décrits par Zuckerkandl.

Le kyste dentaire observé par Heymann remplissait la totalité du sinus, sauf un léger intervalle en haut et en arrière. Il avait déterminé par usure la formation d'une lacune osseuse, au niveau de la paroi antérieure de la cavité. Il adhérait intimement à sa paroi inférieure. Sa surface antérieure était recouverte par un épithélium vibratile, tandis que sa surface interne, dépourvue de tout épithélium, offrait tous les caractères d'une membrane pyogénique. Le contenu du kyste, formé par un liquide trouble, brunâtre, ne fut pas examiné. Les molaires affétaient des rapports étroits avec le kyste. La 2<sup>e</sup> grosse molaire notamment, qui était cariée, pénétrait par toutes ses racines dans l'épaisseur de la paroi fibreuse du kyste. En contact avec la racine interne de la première petite molaire, également cariée, on constatait un second kyste à parois épaisses dont les dimensions ne dépassaient pas celles d'un pois.

L'auteur donne plus loin la description de trois cas d'ostéomes. Il s'agissait de petites tumeurs formées de tissu compact et faisant corps avec la paroi osseuse du sinus. Heymann n'a pas rencontré de production osseuse développée dans la fibro-muqueuse et libre, par rapport à cette paroi. Dans le troisième cas, la principale néoformation osseuse recouvrait les racines de la seconde, de la troisième et de la quatrième molaire.

Heymann n'a pas rencontré moins de 14 polypes sur ses 250 cadavres. Dans trois cas, le polype était situé au voisinage de l'*ostium maxillare* dont il déterminait l'occlusion à la façon d'une soupape.

Les tumeurs polypeuses rencontrées par H. dans ses autopsies se

présentaient sous deux aspects : les unes arrondies, solitaires, rappelant les polypes muqueux des fosses nasales, les autres, plus ou moins nombreuses, aplatis en forme de replis (falten-förmig) mais se distinguant des tumeurs en replis (Faltenbildungen) décrites par Hyrtl et Zuckerkandl, en ce qu'elles ne s'inséraient pas comme ces dernières aux parois opposées du sinus, mais flottaient au contraire dans sa cavité par une de leurs extrémités libres. L'auteur pense qu'il pourrait bien s'agir là de polypes habituels, encore à l'état rudimentaire.

Sous le terme *tumeur branchiale*, Heymann décrit une lésion dont il a observé un seul spécimen et dont il n'a d'ailleurs pas rencontré d'autre exemple dans ses recherches bibliographiques.

Au moment où l'on ouvrit le sinus, on le trouva rempli par une bouillie présentant, à l'examen microscopique, des éléments granulo-graissieux, des leucocytes et des cellules rappelant l'épithélium des glandes muqueuses. Après avoir expulsé cette masse au moyen de lavages énergiques, on trouva la cavité du sinus occupée par un système de prolongements fibreux, les uns libres, les autres sous forme de travées fibreuses allant de l'une de ses parois à la paroi opposée, se divisant et se subdivisant en travées de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ordre, de façon à délimiter un nombre infini de logettes qui servaient de contenant à la bouillie sus-mentionnée.

L'examen des travées y révéla de petites cavités kystiques, tapissées d'endothélium et paraissant formées par des dilatations lymphatiques. À côté de ces kystes on en observait d'autres qui, à en juger par leur contenu épithéial, pouvaient être considérés comme provenant d'élargissements glandulaires. Il est remarquable que la cavité de chacun de ces derniers kystes était sillonnée par des prolongements polypiformes et par des trabécules reproduisant en miniature la disposition aréolaire décrite pour la cavité du sinus considéré dans son ensemble. Il semble qu'il se soit agi là d'une sorte de kyste à parois végétantes, rappelant de loin certains des caractères décrits par Malassez à propos de la structure et du mode de formation des kystes végétants multiloculaires de l'ovaire.

Heymann a enfin observé plusieurs exemples de la lésion décrite par Zuckerkandl sous le nom de gonflement œdémateux avec ramollissement (ödematöse Quellung und Auflockerung) de la muqueuse du sinus. Trois fois cette lésion s'étendait à la totalité de la muqueuse. Une fois elle n'en occupait qu'un district limité.

Le travail de Heymann, enrichi de vingt-cinq figures, peut être en somme considéré comme une précieuse contribution à nos connaissances

encore si rudimentaires sur l'anatomie pathologique du sinus maxillaire et comme la plus importante étude parue sur ce sujet, depuis la publication du livre classique de ZUCKERKANDL.

LUC.

**The treatment of nasal stenosis by means of a new intranasal tube.**

(**Traitemennt de la sténose nasale par un nouveau tube intranasal**),  
par le Dr J. GIBBONS, de New-York. In *N. Y. med. Journ.*, 9 juillet 1892, p. 36.

L'instrument du Dr Gibbons a pour but de remédier à la sténose nasale, que celle-ci soit intrinsèque, ou qu'elle continue à se produire malgré la suppression des causes auxquelles on pouvait l'attribuer : tumeurs, malformations, etc... Il se compose d'un tube en métal, argent, aluminium, ou or, ouvert à ses deux extrémités, et dont les parois sont percées d'une infinité de petits trous qui permettent ainsi à l'air de se trouver, comme dans l'état normal, en contact constant avec la muqueuse nasale. Ces tubes sont ou plats ou en forme de croissant : ils ont quinze dimensions différentes ; leurs formes et leurs dimensions sont les mêmes que celles des bougies nasales de Sajous. Ils peuvent être bouchés à l'une ou l'autre de leurs extrémités au moyen de petits capuchons perforés.

Leur application est facile quoique pénible les premières fois ; mais en ayant soin d'anesthésier les fosses nasales avec de la cocaïne on supprime vite cet inconvénient.

Ces tubes rendent de grands services dans les cas d'asthme des foins : ils sont également très utiles pour le traitement des épistaxis ; dans ce dernier cas on les entoure d'un manchon de caoutchouc que l'on dilate ensuite avec de l'air ou de l'eau, et qui sert de tampon permanent, tout en laissant libre la respiration nasale.

GOULEY.

**Les perforations de la cloison du nez**, par le Dr HAJEK, de Vienne.

(Leçon recueillie par le Dr M. Lermoyez), in *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, oct. 1892.

De toutes les parties du nez la cloison est plus prédisposée aux perforations en raison de sa structure anatomique de même qu'au point de vue physiologique. Ces perforations résultent de divers processus dont les types cliniques le plus fréquemment observés sont l'*ulcère perforant*, la *tuberculose*, la *syphilis*.

L'*ulcère perforant* n'est pas très rare (1,40 0/0). La phase initiale

est presque toujours constituée par des épistaxis à répétition qui laissent à leur suite une ulcération de plus en plus profonde ; quand la perte de substance a mis à nu le périchondre il se produit une périchondrite à évolution rapide. Le cartilage se nécrose, mais, avant son élimination qui est très lente, les microbes creusent le centre de la partie morte du cartilage et le perforent. La perforation dans la grande majorité des cas commence à la fois des deux côtés.

A ce moment le travail morbide s'arrête : jamais il n'envahit la partie osseuse de la cloison. La maladie marche vers la guérison après l'élimination du cartilage nécrosé et les bords de la perforation se cicatrisent de façon si parfaite que l'on ne trouve pas en ce point la moindre trace de tissu cicatriciel. La muqueuse nasale présente des caractères normaux.

La *tuberculose primitive* est très difficile à reconnaître à cause de sa ressemblance avec les tumeurs malignes. Elle débute par une infiltration sous-muqueuse bilatérale. Puis, à travers la muqueuse ulcérée, fait hernie un tissu fongueux qui ne tarde pas à remplir les fosses nasales. A ce moment, le septum cartilagineux est détruit ; la perforation présente des bords en forme de bourrelets saillants formés de tissu fongueux.

Dans la *tuberculose secondaire* l'ulcération se forme d'emblée et ne s'entoure jamais d'un bourrelet saillant. Elle peut affecter toutes les régions du nez, tandis que la tuberculose primitive se cantonne toujours au septum cartilagineux. L'abondance extrême des bacilles dans le jetage nasal, la coexistence constante d'affections tuberculeuses en d'autres points de l'économie en rendent le diagnostic facile.

La *tuberculose miliaire aiguë* est une forme rare qui se développe le plus souvent autour d'un ulcère tuberculeux préexistant ; il ne faut pas confondre ces tubercules miliaires avec les nodules lymphoïdes des sujets scrofuleux ; ces derniers persistent indéfiniment dans leur forme tandis que les tubercules miliaires subissent en peu de temps la fonte caséuse.

C'est seulement à la période tertiaire que la *syphilis* peut perforent le septum. Le mal débute par une tuméfaction sous-muqueuse bilatérale au niveau du tubercule de la cloison. Le ramollissement de la masse infiltrée est d'abord central puis à marche excentrique. La perforation envahit neuf fois sur dix le septum osseux, présente dans certains cas des dimensions énormes. Il existe en même temps une rhinite purulente intense généralisée ; le traitement spécifique amène assez rapidement la guérison, mais il reste souvent une large perte de substance et une déformation consécutive du nez due à la puissante rétractilité des cicatrices consécutives aux lésions syphilitiques.

GOUZY.

## II. — LARYNX, TRACHÉE

**Extraction of a safety pin from the larynx with Mackenzie's forceps.**

(*Extraction d'une épingle de sûreté du larynx avec la pince de Mackenzie*), par le Dr F. L. PARKER. In *Med. Rec.*, 20 août 1892, p. 214.

Un enfant de cinq ans, avale par mégarde une épingle de sûreté qui pénètre dans le larynx et provoque aussitôt de graves accidents d'asphyxie. Un vomitif administré immédiatement fait cesser la dyspnée, mais le corps étranger n'ayant pas été rejeté, il subsiste une aphonie complète. Deux jours après, l'état était le même, la respiration était stri-duleuse ; l'examen laryngoscopique n'ayant pu être fait malgré la cocaïnisation préalable des parties, vu l'indocilité de l'enfant, on donne le chloroforme et le corps étranger une fois reconnu dans le larynx, on cherche à l'extraire avec la pince de Mackenzie. Deux fois les tentatives sont inutiles malgré les changements de direction apportés dans la traction. Les symptômes d'asphyxie devenaient si menaçants que l'on se préparait à faire la trachéotomie lorsqu'une troisième tentative fut suivie de succès. L'épingle avait un pouce de long.

Il n'y eut pas de complications consécutives, et l'enfant retrouva l'intégrité de sa voix au bout d'un mois.

D'après les expériences faites sur le cadavre pour expliquer la difficulté d'extraction de ce corps étranger, l'auteur croit pouvoir affirmer que la tête de l'épingle était sous la corde vocale gauche et butait contre elle.

**GOUZY.****The treatment of acute œdema of the larynx. (Traitement de l'œdème aigu du larynx)**, par le Dr AUG. RHU. In *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 20 août 1892, p. 245.

AYANT EU L'OCCASION D'OBSERVER COUP SUR COUP TROIS CAS D'ŒDÈME AIGU DU LARYNX DONT DEUX SE TERMINERENT FAVORABLEMENT, L'AUTEUR FAIT À CE SUJET UNE COMMUNICATION DANS LAQUELLE, LAISSANT DE CÔTÉ LA QUESTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET DU DIAGNOSTIC, IL S'ATTACHE SURTOUT AU TRAITEMENT. LES TROIS CAS ONT DÉBUTÉ PAR DE LA PHARYNGITE ; LE LARYNX NE FUT PRIS QUE SECONDAIREEMENT. CHEZ LE MALADE QUI SUCCOMBA IL Y AVAIT COMPLICATION D'ŒDÈME SOUS-GLOTTIQUE.

L'ŒDÈME AIGU DU LARYNX EST UNE MALADIE D'AUTANT PLUS DANGEREUSE QUE

la soudaineté des accidents qu'elle provoque rend souvent toute intervention impossible, et la statistique de mortalité (35 0/0) montre bien combien il est important pour le praticien d'agir vite et énergiquement. L'auteur n'est pas partisan de la trachéotomie; quant au repos absolu du pharynx, aux gargarismes, aux inhalations, aux scarifications des parties œdémateuses, il les considère surtout comme des adjuvants. Pour lui, le vrai remède, le seul qui donne des résultats rapides et heureux, c'est la pilocarpine administrée par la voie hypodermique. C'est en agissant ainsi qu'il a sauvé ses deux malades, et il croit pouvoir affirmer qu'en présence d'un malade atteint d'œdème aigu du larynx, on est, avec la pilocarpine, certain de le soulager rapidement, avec grandes chances de le guérir.

GOULEY.

**Cases of supposed peripheral neuritis of laryngeal nerves. (Cas de névrite périphérique supposée des nerfs laryngés), par PROCTER S. HUTCHINSON. In *Brit. med. Journal*, 18 juillet 1891.**

L'histoire clinique des cinq malades sur lesquels est édifié ce travail est à peu près identique. Nous y voyons une paralysie récurrentielle (2 fois à droite, 3 fois à gauche) se montrer subitement, chez les quatre premiers, à la suite d'un refroidissement, chez le dernier, consécutivement à des fatigues vocales. La première et la troisième observation se rapportent à des femmes.

L'auteur croit qu'il s'est agi dans ces différents cas de *paralysie par névrite rhumatismale*. Plusieurs de ces malades présentaient effectivement des antécédents rhumatismaux et, chez aucun, on n'avait pu découvrir de cause de compression récurrentielle; cependant, la guérison n'ayant été obtenue dans aucun de ces cas, après plusieurs mois d'observation, on ne peut se défendre, en l'absence du contrôle de l'autopsie, du soupçon, qu'il se soit agi, du moins chez les malades dont la paralysie siégeait à gauche, de quelque tumeur latente du médiastin. L'existence d'une syphilis antérieure, chez deux de ces derniers, vient encore diminuer la solidité du diagnostic porté par l'auteur, d'autant plus que la prétendue soudaineté de la paralysie ne s'appuie que sur le dire des malades. Or, nous connaissons la tendance de ces derniers à faire dater de quelque circonstance soudaine (froid, traumatisme...) le début d'affections essentiellement insidieuses et progressives. Aussi ne saurions-nous trop approuver l'épithète *supposed* dont l'auteur a eu soin de faire précéder son diagnostic de *névrite périphérique*.

LUC.

**Beitrag zur Intubation der Larynx.** (Contribution à l'intubation du larynx), par le Dr PETERSEN. Travail émanant de la clinique de Seifert (Würsbourg). *Deutsche med. Wochenschrift*, no 9, 1892.

Seifert pratiqua le tubage sur un enfant de trois ans qui suffoquait par suite de la présence de papillomes dans le larynx.

La saillie des néoplasmes dans le tube ayant fait échouer cette tentative, on dut recourir à la trachéotomie, mais l'enfant mourut de pneumonie et de gangrène de la plaie.

GARNAULT.

**Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Cantharidinsauren.** (Le traitement par les cantharidates), par DEMME. *Therapeutische Monatshefte*, mars 1892.

Demme a observé 30 malades de la clinique de Fränkel, traités par des injections de cantharidate de potasse et de soude pour une tuberculose laryngo-pulmonaire. Ces injections furent bien supportées. On donnait à la fois 0,0001 de cantharidate de potasse. Demme a obtenu d'excellents résultats ; mais cette substance doit être maniée avec précaution. Il n'a pu observer aucune action sur la tuberculose pulmonaire. Dans la tuberculose laryngée, l'œdème, surtout celui de la région arytenoïdienne, a diminué, ou même a disparu complètement ; les ulcérations ont montré une tendance à la guérison. Quelques cas ont été améliorés et auraient peut-être guéri complètement si l'on n'avait dû suspendre le traitement par crainte de l'albuminurie ; deux cas ont présenté des améliorations suivies de rechute.

GARNAULT.

**Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge,** par le Dr J. GAREL, de Lyon. Extrait du *Lyon médical*, 1892.

Les nombreux cas de dysphagie que l'auteur a observés chez des syphilitiques aux différentes périodes de la maladie lui font émettre cet axiome : doit être considéré comme syphilitique tout malade éprouvant de la dysphagie au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge depuis trois semaines au moins. Cette assertion, trop rigoureuse au dire même de l'auteur, est cependant exacte dans la grande majorité des cas. La dysphagie de l'arrière-gorge est celle que les malades accusent soit au niveau des amygdales, soit au niveau des piliers, du voile ou du pharynx

et qu'ils savent parfaitement distinguer de la dysphagie laryngée. Dans ce dernier cas, du reste, il existe toujours d'autres symptômes qui éclaireront le praticien sur la nature du mal. Le caractère propre de la dysphagie de l'arrière-gorge est sa durée, qui peut varier de trois semaines à cinq mois ; aussi, sans prétendre que la dysphagie prolongée indique exclusivement la syphilis, M. Garel soutient-il que dans les cas où le diagnostic est difficile et incertain, et cela à l'une quelconque des trois périodes de la syphilis, on doit pour ainsi dire affirmer l'existence de la spécificité chez le malade qui accuse de la dysphagie datant de plus de trois semaines.

L'auteur termine son travail en établissant un diagnostic différentiel entre la syphilis et les autres affections (hypertrophie des amygdales, abcès enkystés, tuberculose, cancer, etc.), qui peuvent donner lieu à de la dysphagie prolongée.

GOUZY.

**Étude sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement, par A. GUILLEMAIN, interne des hôpitaux. In Archives d'ophthalmologie, 1891, n°s 1 et 2.**

Inconnu chez l'enfant, l'empyème des sinus frontaux est une affection de l'adulte que l'on observe le plus souvent entre 25 et 30 ans. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et atteint plus ordinairement le sinus du côté gauche. Les causes qui déterminent la suppuration des sinus frontaux peuvent être rangées sous trois chefs :

- 1<sup>o</sup> Maladies générales prédisposant l'organisme à la suppuration, érysipèle, fièvre typhoïde, scarlatine, etc. ;
- 2<sup>o</sup> Traumatismes et corps étrangers irritant la muqueuse des sinus ;
- 3<sup>o</sup> Inflammation des fosses nasales.

Les abcès du sinus frontal s'annoncent rarement comme une maladie aiguë avec frisson, fièvre, etc. ; leur allure est chronique d'emblée ; ils surviennent en général chez des malades qui ont depuis de longues années un écoulement purulent de l'une des narines ; cet écoulement cesse, l'infundibulum s'oblitére et les phénomènes de rétention éclatent. La douleur est la règle ; elle a son maximum d'intensité au lieu d'émergence des nerfs frontaux, mais s'irradie souvent au front, à la tempe et jusqu'à la nuque. La rétention du pus amène la distension des parois qui s'amincissent à la longue et se perforent.

Le pus est d'ordinaire évacué par l'infundibulum, la cloison ou l'une des trois parois du sinus, la paroi orbitaire le plus souvent.

D'un diagnostic difficile, d'un pronostic sérieux tant à cause de sa durée que de l'établissement possible d'une fistule intarissable, l'abcès du sinus frontal réclame un traitement énergique qui consiste à l'ouvrir extérieurement, le drainer et y pousser des injections antiseptiques et modifiantes. Trois moyens sont à la disposition du chirurgien : il faut, après l'opération, bourrer la cavité à la gaze antiseptique, ou faire le drainage orbitaire, ou le drainage fronto-nasal. Cette dernière méthode paraît être la méthode de choix.

GOUZY.

**Ueber die Centripetale Leitung im Nervus vagus und speciell im Nervus laryngeus inferior. (A propos de la présence de fibres centripètes dans le nerf vague et spécialement dans le nerf laryngé inférieur),** par le Dr R. BURKART, de Bonn. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 26 septembre 1892, p. 973.

Il résulte des expériences de l'auteur que l'excitation électrique du bout central (après section) tant du nerf laryngé supérieur, que du nerf laryngé inférieur et du nerf vague (au-dessous de l'émergence du laryngé supérieur) détermine la position expiratoire du diaphragme; mais il est remarquable que, tandis que ce phénomène se produit indifféremment par l'excitation du laryngé supérieur, que l'animal soit ou non sous l'influence des narcotiques, l'action de ces derniers empêche le même résultat d'avoir lieu quand l'excitation porte sur le nerf vague ou sur le récurrent. L'auteur rappelle à ce propos l'expérience de Rosenthal consistant à exciter successivement le laryngé supérieur et le laryngé inférieur, après extirpation des hémisphères cérébraux. Dans ces conditions, l'excitation du laryngé supérieur seul continue de produire la position expiratoire du diaphragme.

Burkart conclut de là que le vague contient deux ordres de fibres expiratoires, les unes provenant du laryngé supérieur et atteignant le centre respiratoire, sans affecter aucun rapport avec les hémisphères cérébraux, les autres contenues dans le vague, au-dessous de sa jonction avec le laryngé supérieur et n'influencant la respiration que par l'intermédiaire de centres situés dans les hémisphères. Il attribue d'autre part les résultats négatifs de Burger, dans ses recherches sur la présence de fibres centripètes dans le récurrent, à ce fait, que les animaux qui ont servi à ses expériences avaient tous été narcotisés.

LUG.

**Papilloma multiple en un niño de diez años. Estenosis laryngea.**  
Operacion sin traqueotomia previa. (Papillomas multiples chez un enfant de dix ans. Sténose laryngée. Opération sans trachéotomie préalable), par le Dr J. ROQUER CASADESUS, de Barcelone. In *Revista de laryng.*, juillet 1892.

Grâce à la docilité de l'enfant, l'opération put être exécutée, en plusieurs séances, par voie buccale, après un simple badigeonnage à la cocaïne, par arrachement, au moyen des pinces à ressort non coupantes de Mackenzie. La dyspnée fut supprimée. L'aphonie persista. LUC.

**Notes on a case of laryngeal vertigo. (Note sur un cas de vertige laryngé),** par JAMES E. NEWCOMB. In *N. Y. med. Journ.*, 10 sept. 1892.

La lecture attentive de cette observation ne nous a pas convaincu qu'il se soit véritablement agi ici de *vertige laryngé*.

Nous voyons un homme de 40 ans, présenter, à la suite d'un refroidissement, des signes de catarrhe laryngo-bronchique, accompagné de quintes de toux extrêmement violentes, qui aboutissent au rejet de mucosités visqueuses. Ces quintes sont d'abord provoquées par les tentatives d'examen laryngoscopique, puis surviennent spontanément. Elles débutent par une sensation de chatouillement dans le larynx. Au dire du malade, il aurait, une fois, été projeté hors de son lit par la violence de la toux; son visage était tout bleu et il aurait eu un moment d'inconscience. Deux autres fois il se mordit la pointe de la langue. Ces crises ne se reproduisirent pas au delà d'un mois.

Nous nous refusons, pour notre part, à voir dans cette histoire autre chose qu'une laryngite à frigore chez un individu nerveux, ayant donné lieu, à la faveur de ce nervosisme, à des attaques de toux particulièrement violentes. Les phénomènes vertigineux notés une seule fois paraissent avoir été la conséquence de l'asphyxie momentanément occasionnée par la toux, puisque le visage était *tout bleu*. Quant aux morsures de la langue, elles pourraient bien avoir été tout simplement l'effet mécanique de cette toux sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir ici un élément épileptiforme. LUC.

**Deux cas de lupus du larynx, l'un primitif l'autre secondaire,** par GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon. *Bulletin médical*, 4 mai 1892.

Le lupus secondaire du larynx, par propagation directe ou à distance,

se rencontre dans la proportion de 20-0/0, quand on examine tous les malades porteurs d'un lupus cutané ou des muqueuses ; son diagnostic est alors facile.

On a cité un certain nombre d'observations de lupus laryngé dans lesquelles le larynx est envahi concurremment avec le voile du palais ; il s'agit alors d'un lupus primitif des muqueuses nasales, pharyngées etc. ; parfois la peau est envahie consécutivement. En somme le lupus primitif des muqueuses est assez fréquent et la peau n'est envahie que secondairement dans ces cas.

Le lupus laryngé primitif localisé à cet organe seul est exceptionnel. Aux 5 cas de Marty, l'auteur en ajoute un, tiré de sa pratique. Dans ce cas, l'épiglotte était volumineuse, pâle, grisâtre, mamelonnée irrégulièrement, avec un nodule de la grosseur d'un petit pois sur le bord libre. Replis ary-épiglottiques et éminences arytenoïdes mamelonnés, cylindriques. En somme un véritable bourrelet en couronne, dur, à la partie supérieure du larynx.

Le diagnostic fut confirmé par l'histologie.

Amélioration par le galvano-cautère et l'acide lactique.

Le deuxième cas concerne un lupus laryngé secondaire à un lupus cutané et qui fut très amélioré à la suite d'un érysipèle de la face.

DELPORTE.

### III. — PHARYNX.

**A second case of so-called angina ulcerosa benigna (Heryng).** (Un second cas d'angine ulcéreuse bénigne de Heryng), par le Dr J. SEDZIAK, de Varsovie. In *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otol.*, août 1892, p. 335.

S..., âgé de 30 ans, vient consulter l'auteur pour une dysphagie légère, datant d'une semaine environ, et pour des taches de la gorge. Le malade a eu la rougeole à six ans, la syphilis à vingt, l'influenza il y a six mois. A l'examen on constate un léger catarrhe nasal et un éperon de la cloison ; un peu de pharyngite granuleuse. Rien dans le larynx, rien dans les oreilles. Sur les deux piliers antérieurs on remarque deux ulcérations symétriques, celle de gauche plus petite et plus ronde que celle de droite. Ces ulcérations sont couvertes d'une sécrétion gris blanchâtre, elles saignent un peu quand on les touche avec le stylet, mais sont peu douloureuses. Le malade guérit en 15 jours avec des gargarismes antiseptiques (acide borique, salol) et les ulcérations disparurent sans laisser de cicatrices.

L'examen bactériologique ne révéla point dans ce cas la présence des

micro-organismes que Heryng considère comme la caractéristique de cette forme d'angine et qu'il a nommés *streptococcus monomorphus et variegatus*. L'auteur attribue ce résultat négatif au retard qu'il mit à faire ses recherches bactériologiques.

GOUZY.

#### IV. — OREILLES

**Cocaïne in the treatment of acute inflammations of the ear. (De la cocaïne dans le traitement des inflammations aiguës de l'oreille),** par le Dr J. WOLFENSTEIN. In *N. Y. med. Journ.*, 5 novembre 1892, p. 515.

Les inflammations aiguës de l'oreille s'accompagnent de douleurs extrêmement pénibles que Wolfenstein a tenté avec succès de calmer au moyen d'instillations de cocaïne dans le conduit auditif. Il a obtenu de très bons résultats dans le traitement des otites moyennes aiguës et, 90 fois sur 100 cas, a pu éviter la suppuration. La réussite du traitement dépend beaucoup du moment où il est commencé ; quand on peut comme Wolfenstein, qui est à la tête d'un hôpital d'enfants malades, examiner l'oreille au moment même où le malade se plaint et faire la première instillation de cocaïne dès le début de l'inflammation, on peut être à peu près certain du succès, et la statistique de l'auteur prouve la vérité de ses allégations. Les instillations sont faites avec une solution à 5 0/0 ; dans les cas graves on emploie une solution plus concentrée ; il n'est pas en général nécessaire d'en faire plus de trois par jour, mais on pourrait les répéter plus souvent si la douleur persistait ; dans la plupart des cas la guérison a été obtenue en deux ou trois jours. L'auteur n'a jamais constaté d'effets toxiques à la suite des instillations.

GOUZY.

**Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites infectieuses,** par le Dr FR. ORGOGOZO, de Montevideo. In *Annales des mal. de l'or., du larynx*, novembre 1892, p. 821.

Les divergences d'opinions émises par les auteurs au sujet de l'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdiennes, dans les cas d'otite suppurée aiguë, infectieuse, ont inspiré au Dr Orgogozo cet intéressant article dans lequel il discute point par point les arguments des partisans et des adversaires de l'intervention chirurgicale tardive ou précoce, et dont nous résumons ici les conclusions :

Dans les otites aiguës infectieuses en général l'ouverture de l'apophyse mastoïde déduit son opportunité :

1<sup>o</sup> De la notion de l'état épidémique, de la nature infectieuse de la lésion.

2<sup>e</sup> De l'intensité des symptômes de l'otite aiguë suppurative, de leur persistance à une époque où il y a d'ordinaire diminution de la suppuration.

3<sup>e</sup> Quand, après une accalmie, il y a retour brusque des douleurs intenses, mastoïdes et fixes, de l'écoulement purulent, abondant.

4<sup>e</sup> Quand, dans une otite suppurée arrivée au 15<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> jour, apparaissent des signes cérébraux : à plus forte raison, s'il s'y ajoute les signes de l'engorgement mastoïdien.

5<sup>e</sup> En cas d'ascension subite de la température, au cours d'une otite aiguë suppurée ou non, d'affections aiguës compliquées d'otite, et de toute maladie infectieuse.

6<sup>e</sup> Quand, dans les cas de gonflement de la région mastoïdienne avec fluctuation profonde, l'incision de Wilde n'amène pas la suppression de la fièvre, la diminution de l'écoulement purulent, l'atténuation des douleurs mastoïdiennes.

GOULEY.

**Eine continuirliche Tonreihe als HörprüfungsmitteL** (Emploi d'une série non interrompue de sons pour faire l'épreuve de l'oreille), par BEZOLD. *Münch. med. Woch.*, 20 septembre 1892.

On n'emploie généralement qu'un seul diapason, pour faire l'épreuve de l'oreille; or cela est insuffisant, car si l'œil ne perçoit qu'un demi-octave de couleurs, l'oreille perçoit onze octaves de sons.

Il est certain que bien souvent les malades présentent de véritables scotomes du champ auditif; il est rare que ce soit le médecin qui les découvre, c'est plutôt le malade, lorsqu'il est musicien. De là l'importance qu'il y a à faire l'épreuve de chaque oreille séparément, par une série de sons simples. Il est difficile d'impressionner une seule oreille avec les sons les plus aigus, parce qu'ils sont facilement perçus par les deux oreilles. On ne peut employer les instruments de musique, à cause de la difficulté qu'il y a à les faire entendre par une seule oreille et parce qu'ils renferment de nombreux sons harmoniques.

D'après Helmholtz il n'y a que deux instruments qui donnent des sons simples : les diapasons et les tuyaux d'orgues.

Il faut employer, pour obtenir des résultats complets, 9 diapasons, 2 tuyaux d'orgue et le sifflet de Galton. B. a fait construire des diapasons qui donnent des sons perceptibles, encore plus élevés que le sifflet de Galton ; le plus haut de ces diapasons donne 54,616 vibrations.

B. entre dans beaucoup de détails sur les instruments employés et la manière de s'en servir.

On observe surtout les lacunes partielles aux deux extrémités de

l'échelle des sons perceptibles; il n'est pas rare de trouver d'autres lacunes dans les régions intermédiaires.

Il y a beaucoup de sourds-muets chez lesquels on observe la conservation de nombreux *îlots* sensibles.

Un examen attentif montre que beaucoup de ces lacunes ne sont pas produites par des altérations du limaçon.

Les maladies de l'oreille moyenne déterminent des lacunes au bas de l'échelle; mais seulement lorsque la transmission se fait par l'air et non par les os.

Les otites suppurées graves, survenant dans le cours de la fièvre scarlatine et de la tuberculose pulmonaire avancée, font apparaître de ces lacunes, ou bien l'audition se trouve réduite à des *îlots*, probablement à la suite de lésions du limaçon.

GARNAULT.

**Beitrag zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen.** (Contribution au traitement chirurgical de la surdité consécutive à des lésions de l'appareil de transmission), par le Dr STETTER de Koenigsberg. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, août 1899.

Le traitement proposé par l'auteur s'applique aux otites moyennes scléreuses dans lesquelles la chaîne des osselets immobilisée dans une position vicieuse par le processus adhésif exerce une pression anormale sur la fenêtre ovale, sans que toutefois il existe d'ankylose de la lame de l'étrier. Il importe donc que tout d'abord cette dernière lésion soit éliminée au moyen de l'épreuve de Bing.

L'opération consiste à pratiquer une incision de la membrane du tympan à 1 millim. en arrière du manche du marteau et parallèlement à lui. Un petit crochet est alors engagé derrière le marteau sur lequel on aura une série de mouvements de traction de dedans en dehors.

L'auteur a ainsi obtenu une augmentation de la perception auditive par les os ou par l'air. Les bruits subjectifs disparaissaient sur le moment et s'ils se montraient de nouveau ultérieurement, c'était sous une forme atténuée. Il y avait d'ailleurs souvent intérêt à répéter l'opération un certain nombre de fois.

LUC.

**Druck und Drucksteigerung im Labyrinth.** (Pression et augmentation de pression dans le labyrinthe), par le Dr OSTMANN, de Koenigsberg. In *Archiv. f. Ohrenheilk.*, 1892, p. 35.

Le travail se termine par les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Si l'endolymphé était soumise à une pression supérieure à celle de

la périlymph, l'équilibre serait rétabli par la distension élastique des parois du labyrinthe membraneux, ce qui ne serait pas sans nuire fortement à la transmission des ondes sonores à l'organe de Corti.

2<sup>o</sup> Il y a lieu d'admettre que l'endolymph et la périlymph supportent une pression égale, quelque peu inférieure à la tension intra-crânienne.

3<sup>o</sup> Les oscillations causées par la respiration et le pouls dans la tension du liquide céphalo-rachidien ne se transmettent pas au labyrinthe.

4<sup>o</sup> Toute sortie de la périlymph ou de l'endolymph causée par une augmentation de la pression exercée sur le labyrinthe se produit simultanément pour les deux liquides.

5<sup>o</sup> La cessation de la perception des notes élevées, en cas de lésion des rameaux terminaux de l'acoustique consécutive à de fortes oscillations de la pression labyrinthique, s'explique par une augmentation et une prolongation de la pression de l'endolymph sur les organes contenus dans la première spirale du limaçon et sur les fibres nerveuses de l'appareil de Corti.

LUC.

#### V. — THÉRAPEUTIQUE

**Deux cas d'empoisonnement par le bromure d'éthyle**, par le Dr JENDRITZA, de Berlin. In *Therapeutische monatshesle*, mars 1892, et le Dr GLEICH, de Berlin. In *Wien. med. Wochenschr.*, 1892, n° 12.

Les avantages que présente ce narcotique ont conduit les médecins à en abuser peut-être un peu. Il est bon de montrer que son emploi peut présenter quelques inconvénients.

Jendritza fut appelé près d'une jeune fille vigoureuse, ne présentant aucun signe d'épilepsie, qui était restée plusieurs heures sans connaissance. Elle avait été endormie la veille au bromure d'éthyle pour l'extraction d'une dent. Je pense que dans ce cas le bromure d'éthyle doit être incriminé.

Le cas de Gleich est le suivant. Un malade de 48 ans fut endormi pour faire l'incision d'un furoncle. Il était un peu ictérique, son pouls était fréquent. On cessa l'administration du bromure d'éthyle au bout de deux minutes. Le malade se cyanosa ; la respiration et le cœur s'arrêtèrent. La respiration artificielle ne donna pas de résultat.

À l'autopsie, on constata une dégénérescence graisseuse du foie et du cœur. Il est probable que dans ces conditions la mort se serait produite avec n'importe quel narcotique.

GARNAULT.

## BIBLIOGRAPHIE

**Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen der Sieb, und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung, mit Abbildungen. (Étude sur les suppurations nasales et particulièrement sur les maladies de l'ethmoïde et du sphénoïde, avec cinq figures),** par le Dr LUDWIG GRUNWALD (de Munich). Munich et Leipzig, 1893.

Ce travail s'est inspiré des importantes études de Ziem sur la question. Grünwald nous présente dans son livre une foule de nouveaux faits ; aussi demanderai-je la permission de m'étendre un peu sur cette monographie.

Après une courte description des suppurations de l'entrée des narines, du septum, et des suppurations catarrhales aiguës des fosses nasales et du rhino-pharynx, l'auteur arrive aux suppurations chroniques. D'après Grünwald, ces dernières ne proviennent pas seulement du catarrhe purulent de la muqueuse, mais bien plus de la carie des os qui forment la charpente du nez. Grünwald attache une importance toute spéciale à l'examen pratiqué à fond avec la sonde, cet instrument pouvant seul mettre en évidence l'origine souvent purement locale de la suppuration. Notre expérience personnelle nous range ici à l'avis de Grünwald.

L'auteur parle ensuite de l'ozène et il appelle ainsi toute maladie se révélant par la formation de croûtes fétides. Dans une série de cas d'ozène, il croit découvrir comme causes de la maladie des empyèmes des cavités voisines, surtout des cavités de l'ethmoïde et du sphénoïde, avec ou sans carie osseuse. Nous trouvons ici une confirmation partielle des idées théoriques émises par Michel (de Cologne), dès 1876. Grünwald montre la fausseté complète des théories de Krause et de Schuchardt.

Une partie très intéressante de ce travail est représentée par l'examen complet des malades atteints de polypes et d'empyème.

Sur 70 cas de maladie des cavités voisines, Grunwald a noté 29 cas de polypes du nez ; sur 33 cas de polypes, 29 fois les cavités annexes étaient affectées. Ces chiffres éclairent un peu la genèse si obscure des polypes des fosses nasales. De même, l'hypertrophie de la muqueuse des cornets est bien souvent causée par un empyème latent. (L'auteur de cette analyse peut confirmer cette assertion par son expérience personnelle.)

Les symptômes de l'empyème latent sont l'objet d'une étude particulièrement approfondie. Outre ceux qu'on a déjà cités (suppuration, fêti-

dité, polypes, épistaxis, hypertrophies), on trouve encore l'anosmie, le rétrécissement concentrique du champ visuel (et sur ce point Grünwald est arrivé à des résultats différents de ceux de Ziem), des symptômes d'asthénopie, maux de tête, altération de l'intelligence et du caractère. Je conteste seulement cette assertion, que le vertige accompagne souvent les autres symptômes. Grünwald passe ensuite aux complications de l'empyème, telles que, par exemple, les abcès de la face et de la bouche, les affections du conduit lacrymal et de l'orbite, la thrombose des sinus et la méningite.

Je passerai rapidement sur le diagnostic spécial des empyèmes latents, sujet qui dans ces derniers temps a constitué l'intérêt dominant de la rhinologie.

Je dirai seulement que Grünwald, ainsi qu'une série d'auteurs, n'accorde pas une grande importance à l'éclairage du sinus. Pour le sinus maxillaire, il donne la préférence à la ponction exploratrice par le méat inférieur.

La partie thérapeutique doit être exposée plus longuement. Grünwald ouvre l'antre d'Highmore largement. Dans tous les cas où la guérison n'est pas promptement obtenue par les lavages, il pratique l'ouverture large par la fosse canine. C'est là la dernière méthode proposée par Kuster : ablation au ciseau d'une lamelle osseuse quadrilatère, grattage, tamponnement à l'iodoforme ou au dermatol. Grünwald a vu peu de succès par le traitement sec, c'est-à-dire par l'insufflation de poudres; il préfère l'introduction dans la cavité d'éther iodoformé, au moyen du spray.

L'auteur traite l'empyème des cellules ethmoïdales par le grattage étendu, au moyen d'une grande cuiller tranchante, et par l'ablation des portions osseuses malades, ainsi que d'un grand nombre de parties saines. Il donne une reproduction de la pince à os spécialement construite pour ces cas, et de différents modèles de recharge.

Cette opération est pratiquée sous le chloroforme (l'hémorragie abondante rend nécessaire un solide tamponnement).

Les empyèmes sphénoïdaux sont traités de la même manière. Pour les sinus frontaux, Grünwald préfère l'ouverture par le front à la méthode intra-nasale, étant donnés les graves dangers auxquels expose en pareil cas l'intervention intra-nasale, par suite de la minceur de la lame criblée.

Par cette analyse le lecteur peut voir que le livre de Grünwald offre un grand intérêt, et on peut dire sans exagérer que ce travail est d'une haute importance pour la science rhinologique. Ce livre mérite donc d'être largement répandu, et sa grande valeur ne saurait être méconnue.

DREYFUSS (de Strasbourg).

**Die Krankheiten der oberen Luftwege.** (Les maladies des voies respiratoires supérieures. 3<sup>e</sup> partie. Les maladies du larynx et de la trachée), par le Dr A. JURASZ. Heidelberg, Carl Winter, 1892.

Ce fascicule vient terminer le Traité des maladies des voies respiratoires supérieures publié par Jurasz. Il renferme un grand nombre d'observations originales ; on y trouve marquée, à chaque chapitre, l'empreinte personnelle de l'auteur.

J. affirme, contrairement à l'opinion de Virchow, l'existence d'ulcéra-  
tions parfois profondes dans la laryngite aiguë.

Dans le traitement de la laryngite aiguë, il a employé avec succès les solutions faibles de chlorure de zinc de 1 à 2 0/0 ; dans les formes chro-  
niques, les solutions de 2 à 5 0/0.

Il n'a constaté dans le faux croup aucune tuméfaction de la muqueuse du larynx.

Il a observé un cas de périchondrite primitive du cartilage arytenoïde qui s'étendait aux anneaux de la trachée.

Il pense que pour faire le diagnostic des tumeurs malignes, il faut tou-  
jours faire l'analyse histologique des tumeurs.

Dans l'atonie et les paralysies hystériques des cordes, J. a employé avec succès la teinture de noix vomique combinée soit au fer, soit à la teinture de valériane.

J. n'a jamais obtenu de bons résultats de l'application endolaryngée de l'électricité ; les injections hypodermiques de strychnine lui ont donné au contraire de très brillants résultats dans des cas graves.

Dans la paralysie du récurrent, J. n'admet pas comme Krause que l'immobilité des cordes soit due à un spasme. Contre le spasme des cor-  
des il emploie les badigeonnages à la cocaïne.

Le traité de Jurasz est certainement l'un des plus originaux qui aient été publiés dans ces derniers temps.

GARNAULT.

## OUVRAGES REÇUS

1<sup>o</sup> *Higiene y enfermedades de la nariz al alcance de todos*,  
par le Dr W. TELLO, de Buenos-Aires.

2<sup>o</sup> *Ueber Palpation des oberen und unteren Bachenraumes sowie der Kehlkopfhöhle*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

3<sup>o</sup> *Ueber Zungensarcom*, par le Dr MAX. SCHEIER, de Berlin.

4<sup>o</sup> *The hygiene of the ear*, par le Dr V. COZZOLINO, de Naples.

5<sup>o</sup> *Eine continuirliche Toureihe als Hörprüfungsmittel*, par le professeur BEZOLD.

6<sup>o</sup> *Poisoning by Creosote*, par le Dr W. FREUDENTHAL, de New-York.

7<sup>o</sup> *Translumination of the Larynx and of the Antrum of Highmore, with Demonstrations*, par le même.

8<sup>o</sup> *Die chronischen Erkrankungen der oberen Luftwege*, par le même.

9<sup>o</sup> *Expériences relatives à la ponction exploratrice et au lavage explorateur de l'antre d'Highmore*, par le professeur CHIARI, de Vienne.

10<sup>o</sup> *Ueber das Vorkommen von Drüsen in Polypen und Knöten der Stimmbänder*, par le même.

11<sup>o</sup> *Ueber Massage, Vibrations und Schleimhautmassage der oberen Luftwege nach M. Braun und Laker*, par le même.

12<sup>o</sup> *Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge*, par le Dr GAREL, de Lyon.

13<sup>o</sup> *Note sur le pityriasis de l'oreille*, par le Dr ALBESPY, de Rodez.

14<sup>o</sup> *De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes*, par le Dr PAUL HELOT.

15<sup>o</sup> *Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen*, par le Dr MAXIMILIAN BRESGEN, de Francfort-sur-Mein. Chez Jungkäss, édit., Wiesbaden.

16<sup>o</sup> *Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen*, par le même.

17<sup>o</sup> *Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle*, par le Dr PAUL HEYMANN, de Berlin.

18<sup>o</sup> *Wann treten nach Operationen in der Nase und im Nasenrachenraume leicht Entzündungen des Ohres oder anderer benachbarter Theile auf?* par le Dr MAX. BRESGEN, de Francfort-sur-Mein.

19<sup>o</sup> *Croup*, par le même.

20<sup>o</sup> *Diphtherie*, par le même.

21<sup>o</sup> *Epiglottis cysten, Epiglottis Geschwülste*, par le même.

22<sup>o</sup> *Étude sur les abcès des sinus frontaux*, par le Dr GUILLEMAIN.

---

Le Gérant : G. STEINHEIL.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE