Bibliothèque numérique
medic@

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie

tome 10, 1897. - Paris : Maloine, 1897.
Cote : 91610

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91610x1897x10

TOME X. — N° 1. JANVIER-FÉVRIER 1897

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

Fondées par les Docteurs A. RUAULT et H. LUC

Directeur : F. HELME

Secrétaire de la Rédaction : Georges GELLÉ

AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les Drs Bonnier, Cartaz, Chatellier, Colin, Cuvillier, Danet, Delporte, Didsbury, Furet, Gellé, Gouly, Grossard, Herck, Jouslain, Lacroix, Lubet-Barbon, Luc, Malherbe, Mandelstamm, Martin, Mendel, Ménière, Mounier, Potiquet, Ruault, Saint-Hilaire, Sarremone, Weismann, Douglas Aigre (Boulogne-sur-Mer), Aubert (Alger), Bonain (Brest), Collet, professeur agrégé de la Faculté de Lyon, Forestier (Aix-les-Bains), Hélot (Rouen), Labit (Tours), de Lavarenne (Luchon), Molinié (Marseille), Panné (Nevers), Raoult (Nancy), Raugé (Challes), Rivière (Lyon), Texier (Nantes), Vacher (Orléans), Brieger (Breslau), Brunetti (Venise), Bryson-Delavan (New-York), Delie (Ypres), Dreyfuss (Strasbourg), Dundas-Grant (Londres), Ferreri (Rome), Paul Heymann (Berlin), Max Khan (Wurzbourg), Lambert (Canada), Lennox-Browne (Londres), Mermod (Yverdon), Masini (Gênes), Okuneff (Saint-Pétersbourg), Podwissozki (Kiew), Putelli (Venise), Max Scheier (Berlin), Moritz Schmidt (Francfort-sur-Mein), Professeur Shrotter (Vienne), S. Sexton (New-York), Sokolowski (Varsovie), de Stein (Moscou), Max Thorner (Cincinnati).

AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs Bouchard, Cornil, Raymond, Strauss, Terrier, Tillaux
Docteurs Laborde, membre de l'Académie de Médecine,
Barth, Bazy, Béclère, Brissaud, Broca, Chaput, Comby, Gaucher, Gérard-Marchant, Hallopeau, Huchard, Jalaguier, Lecorché, Le Gendre, Letulle, Marfan, Michaud, Moizard, Picqué, Ricard, Richardière, Rendu, Talamon, Tapret, médecins et chirurgiens des hôpitaux, Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

Les Archives internationales de Laryngologie paraissent tous les deux mois
Abonnement : **8** fr. pour la France ; **10** fr. pour l'Etranger.

Prix du Numéro : 2 francs.

B 16 10

PARIS
MALOINE, ÉDITEUR
21, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21
1897

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Dr F. HELME, 43, rue de Rome, ou à M. le Dr Georges GELLÉ, 33, rue du Rocher.

VIN NOURRY

IODOTANÉ

Exactement titré à : 0.05 d'Iode ; 0.10 de Tanin, par cuillerée à soupe.

LE MEILLEUR MOYEN D'ADMINISTRER L'IODE

Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue.

LYMPHATISME, ANÉMIE, AMÉNORRHÉE, AFFECTIONS PULMONAIRES

PARIS, 28, Rue Saint-Claude et toutes les Pharmacies.

ANTISEPSIE DES MUQUEUSES

BORICINE MEISSONNIER

Désinfectante, Microbicide
Cicatrisante

MALADIES DES YEUX
DES OREILLES
DU NEZ, DU LARYNX

ni Toxique, ni Caustique
ni Irritante

MALADIES DES ORGANES
GÉNITO-URINAIRES
PLAIES, BRÛLURES, BLESSURES

La BORICINE s'emploie en Poudre ou en Solution

LA BOITE : 2 FRANCS. — DÉPOT : 17, Place Cadet, PARIS ET PRINCIPALES PHARMACIES.

BROMURE D'ETHYLE MITIGÉ

de J. ROBERT

Entièrement dépourvu d'odeur alliacée.
N'occasionnant pas de *Contracture des mâchoires.*

RENFERMÉ EN AMPOULES SCELLÉES A LA LAMPE, DE 15 ET 30 GRAMMES

PRODUITS ASEPTIQUES ET ANTISEPTIQUES

Mèches de gaze iodoformée déroulable en étui aseptique pour les Pansements d'oreilles.

Pharmacie ROBERT, 49, rue de Bourgogne, PARIS

TOME X. — N° 1 JANVIER-FÉVRIER 1897.

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

BULLETIN

On reproche en général aux spécialités d'offrir un champ d'études trop limité à ceux qui y consacrent leur vie. Ce n'est point le cas pour la nôtre heureusement. Si l'on veut jeter un coup d'œil en arrière, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que le chemin parcouru par nous depuis dix ans est déjà considérable, bien qu'il reste cependant beaucoup à faire.

Ayant franchi rapidement l'étape qui suivit la découverte de Meyer, on sembla vouloir s'attarder un peu à des questions de détail. Mais, emportée par le grand courant chirurgical de ce temps, l'Otologie devait bientôt conquérir de nouveaux domaines. Grâce à elle, les interventions sur le rocher n'ont pas tardé à devenir classiques. Si les chirurgiens les pratiquent couramment aujourd'hui, n'est-ce pas un peu parce que les otologistes avaient pris soin de leur indiquer la voie?

Du côté des sinus la marche a été peut-être plus lente; mais là cependant des résultats appréciables ont été obtenus. Sans parler des méthodes nouvelles de traitement des sinusites frontales, on commence à voir clair dans les complications cérébrales de ces affections. Ainsi chaque jour, se démembre l'antique domaine jadis si vaste des méningites tuberculeuses.

Les observations de méningites dues à l'infection des sinus frontaux ne sont pas encore aussi fréquentes que celles qui ont trait aux complications cérébrales des otites. Toutefois les faits recueillis un peu partout montrent l'importance capitale de ces suppurations auxquelles nul ne faisait attention, il y a seulement quelques années.

Enfin, et surtout, on commence à mieux apprécier le rôle des sinusites combinées dans la persistance de la suppuration des cavités de la face. Si les sinusites maxillaires sont intarissables, n'est-ce pas parce que sans cesse l'antre d'Highmore est infecté par le pus qui coule du sinus frontal? L'inverse ne peut-il pas se produire sous l'influence des lavages ? Enfin les sinusites ethmoïdales ne sont-elles pas la conséquence de l'infection d'autres territoires voisins ? Telles sont les questions qui se posent aujourd'hui. Certes, bien des points restent obscurs, mais n'est-ce pas déjà beaucoup que le problème soit soulevé, et ne peut-on pas espérer qu'à bref délai une solution intervienne ?

Reste l'otite sèche qui, elle non plus, n'a pas échappé à l'enthousiasme chirurgical dont nous sommes envahis. Il semble, du train dont vont les choses, que bientôt le traitement de certaines surdités se bornera à la chirurgie des fenêtres ovale ou ronde. Mais ici il ne suffit pas de remettre en honneur, à la faveur de méthodes heureuses et hardies, l'ancienne mobilisation de l'étrier; il faut encore préciser mieux et davantage les indications de l'intervention. Sans doute, la question est plus complexe que pour l'otorrhée, où l'on n'a, suivant une expression consacrée, qu'à marcher au pus comme les soldats au canon. Il n'en est pas moins vrai que si nous voulons faire accepter la chirurgie de l'otite sèche il faut l'asseoir sur des bases solides. C'est donc le chapitre des indications opératoires qui reste ouvert et qui s'offre aux investigations de chacun. Il serait puéril de dissimuler que, de ce côté, il y a beaucoup à faire, bien peu se trouvant d'accord sur l'interprétation de l'examen de l'audition.

F. HELME.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DE LA CONSERVATION DE L'AUDITION

MALGRÉ L'ANKYLOSE DE L'ÉTRIER

Par **M. le Dr GELLÉ**

La physiologie nous enseigne que la platine de l'étrier est l'organe qui transmet au liquide intra-labyrinthique les vibrations de l'appareil conducteur (chaîne des osselets) et de la membrane du tympan.

La propagation des sons, des plaques et des membranes aux liquides et aux solides, est démontrée depuis les expériences classiques de SAVART et J. MULLER, et de CHLADNI, etc.; cette propagation est intégrale.

Pourvu que la plaquette soit mince, le son solidien la traverse; et les fluides (air ou liquide) à son contact sont envahis par le courant vibratoire. Le rôle de la platine de l'étrier est à cet égard passif, et en tout semblable à celui de la plaque des expériences de laboratoire.

Mais l'étrier est mobile par glissement dans la fenêtre ovale sur une étendue de 1/10e à un 1/14e de millimètre (Helmoltz), et non pas fixe. Il en résulte qu'il possède des amplitudes de vibrations particulières, qui favorisent l'intensité de la sensation.

Ses déplacements en dedans et en dehors sont associés aux mouvements de tout l'appareil de conduction, du tympan, du marteau et de l'enclume, dont la branche verticale descen-

dante les communique à la tête de l'étrier; celui-ci transmet donc des vibrations et des mouvements.

On sait que, grâce à ces dispositions, la tension de l'ensemble des parties conductrices est opérée par la contraction réflexe du muscle tenseur tympanique, sous l'influence de l'excitation sonore d'éveil, et qu'ainsi sont assurées, soit l'adaptation de l'organe auditif, soit sa défense; cette rigidité n'aide pas à la transmission des vibrations et limite les mouvements. Cependant une légère tension accroît l'audition et semble être la condition de l'attention auditive; par ce fait, en effet, elle resserre les contacts des anneaux mobiles de la chaîne brisée constituée par les osselets.

De plus, les deux muscles tympaniques antagonistes, le muscle interne du marteau (qui attire en dedans le tympan et avec lui toute la chaîne jusqu'à l'étrier) et le stapédius muscle qui dégage l'étrier, et s'oppose à l'enfoncement exagéré de sa platine vers le labyrinthe) entrent simultanément en action et mettent l'élasticité musculaire au service de la transmission; par cette unification, cette cohésion des parties, ils établissent une tension égale dans tout l'organe, du tympan à la fenêtre ronde; par conséquent égale dans l'oreille moyenne et dans l'oreille interne. Mais celle-ci est soumise à la première : c'est l'origine des troubles auditifs, observés dans l'otite moyenne et dans l'hémiplégie faciale.

Cet état de contraction et d'action antagoniste des moteurs tympaniques facilite leur intervention tutélaire, dans le cas où des vibrations trop amples, des sons trop éclatants deviendraient nuisibles; et c'est alors que la mobilité de l'étrier montre sa fonction, et est utilisée pour la protection de l'organe sensoriel. Voici comment :

J'ai fait voir expérimentalement, au moyen des *pressions centripètes*, qu'on peut refouler en dedans avec le tympan et les osselets la platine de l'étrier, et que, par suite, l'on presse pour un instant la fenêtre ronde; le résultat est un abaissement de l'audition, temporaire, qui cesse avec la pression, grâce à l'élasticité des parties. Ce mouvement général, en dedans, de l'appareil de conduction auriculaire est provoqué à volonté; il a pour effet constant, mettant l'étrier dans l'immobilité et la fenêtre ronde en tension anormale, un affaiblisse-

ment immédiat du courant sonore, arrêté en partie au passage. C'est en réalité la reproduction artificielle de ce qui se produit dans l'acte de défense de l'oreille, en présence d'un bruit irritant ou dangereux; et c'est ainsi qu'agissent les lésions tympaniques également. Mais on remarquera qu'il y a dans l'expérience seulement une forte atténuation du son, à l'état sain, et non l'extinction de la sensation (cas pathologique); celle-ci persiste par les deux voies de pénétration aérienne et solidienne, malgré la *pression centripète*. L'étrier immobilisé, fixé, transitoirement, il est vrai, peut donc encore permettre le passage des vibrations, et les conduire au labyrinthe.

Il est alors absolument comparable à la plaquette vibrante des physiciens; sa liberté est perdue, mais, condition physique supérieure, sa minceur lui reste; et la transmission bien qu'affaiblie persiste; l'ampleur des vibrations est seule diminuée.

Cette constatation est importante. La mobilité de la platine de l'étrier sert en effet à une fonction différente, opposée même, de la conduction; elle est utilisée pour la protection de l'organe; et les osselets et leurs moteurs sont les agents de l'action frénatrice réflexe, protectrice efficace par la tension produite dans tout l'appareil. Conduction, accommodation, protection sont donc remises aux mains des mêmes agents. C'est affaire de mesure dans l'action. On sait que l'on obtient les mêmes effets par la déglutition le nez pincé, qui fait l'aspiration de l'air inclus dans la caisse tympanique, et amène ainsi l'enfoncement du tympan et de la platine de l'étrier. Par une action opposée, par le Valsalva, ou par le Politzer, chez l'homme sain, on obtient le même résultat, l'affaiblissement par tension, c'est-à-dire qu'on produit un assourdissement relatif et non total. Le mécanisme de ces actes est le même que celui des pressions centripètes; l'avantage de celles-ci, c'est qu'elles sont placées dans la main de l'observateur; c'est une véritable expérience clinique. La maladie, chez le sourd, a souvent opéré de même, en déprimant l'étrier. Cette mobilité physiologique de l'étrier joue donc également, au point de vue auditif, un rôle d'une grande valeur; une plaque libre vibre avec des amplitudes plus grandes qu'une plaque encas-

trée, comme l'est la base de l'étrier quand une lésion scléreuse l'a fixée; et l'intensité de la sensation s'en ressent vivement; l'oreille n'est plus, comme la feuille, agitée au moindre souffle; l'instabilité nécessaire de l'appareil de transmission a disparu et fait place à la rigidité totale. Ainsi, au point de vue de l'acuité auditive, la mobilité de l'étrier est une condition de premier ordre, mais non pas *sine qua non*; avec elle, disparaît la fonction tutélaire et cesse l'adaptation de l'oreille. La perte de cette mobilité dans les affections otiques a pour résultat d'abaisser la portée de l'ouïe dans une proportion sérieuse; mais l'observation rencontre, non rarement, des cas où, les deux étriers étant ankylosés, l'oreille n'offrant d'ailleurs aucune autre lésion appréciable, la fixité de la base de l'osselet dans la fenêtre ovale n'a pas amené une surdité complète. Je dirai plus, la clinique démontre que l'audition de la parole reste possible, d'une façon très suffisante pour les besoins de la vie ordinaire, et pour la conversation en petit nombre.

Tant que l'épaississement de la fenêtre ronde, ou l'ensevelissement de la fenêtre ovale sous des exsudats ou sous la muqueuse sclérosée, épaissie, n'a pas transformé la platine en une masse n'ayant plus rien de la minceur de plaquette indispensable à la propagation des vibrations de l'air au liquide labyrinthique; et tant que les forces nerveuses du sujet ne sont point affaiblies par la sénilité ou la maladie, la parole sera bien entendue.

C'est dans certaines ankyloses bilatérales, héréditaires, goutteuses, que j'ai surtout observé ces faits, dont l'étude au moyen des délicats procédés actuels d'exploration m'a conduit à cette appréciation nouvelle de l'effet de la fixité des deux étriers sur l'audition : cette fixité, cette immobilisation causent l'affaiblissement évident de l'ouïe, mais non la surdité totale, comme cela est classiquement admis ; et je m'inscris contre cette opinion que l'expérimentation et la clinique infirment également.

Ainsi une première conclusion de cette analyse, c'est que l'audition de la parole est conservée et suffisante, longtemps, malgré l'ankylose de l'étrier, quand cette altération otique est isolée. On sait du reste, que la fenêtre ronde subit toute ten-

sion supportée par l'étrier ; ce contre-coup est inévitable.

Comme déduction logique de ce qui précède, les conclusions suivantes me paraissent pouvoir être posées :

A. — Au point de vue de la THÉORIE PHYSIOLOGIQUE de l'audition, qui depuis Helmoltz admet que la transmission du courant vibratoire, vu la petitesse des parties en jeu, a lieu par un mouvement en totalité, *oscillation totale*, de l'appareil de conduction (et de la base de l'étrier, par suite, laquelle s'enfonce dans la fenêtre ovale), théorie qui explique l'excitation labyrinthique par le choc, et non par la propagation de l'ébranlement vibratoire moléculaire de l'organe transmetteur ; la persistance de l'audition de la parole étant démontrée alors que le jeu de la platine est nul, quand l'osselet est fixé dans son cadre ovale, lui enlève toute valeur, à mon sens.

Le choc n'a lieu que lorsque l'étrier s'enfonce pour adapter et protéger l'organe, et dans les grandes amplitudes (sons graves). En définitive, le fait clinique est là ; la soudure affaiblit, mais n'abolit pas l'audition.

B. — Au point de vue de l'OTIATRIQUE cette constatation a de même une importance sérieuse ; en effet, si le sourd, qui vient consulter a perdu la plus grande partie de l'ouïe, et cela depuis longtemps, et qu'à l'examen on lui trouve une ankylose de l'étrier, d'après ce que j'ai dit précédemment de la conservation de l'audition malgré l'ankylose de l'étrier, le médecin auriste, qui se déciderait à mobiliser ou à extraire cet osselet fixé, dans l'espoir de rétablir la fonction, doit craindre d'avoir devant lui autre chose qu'une lésion de l'étrier ; il se trouverait en face d'un labyrinthe devenu incapable, sénile, paralysé ou atrophié; car, si l'individu est un sourd avéré, une lésion labyrinthique ou cérébrale doit, sans doute, s'être ajoutée à la lésion stapédienne, insuffisante à causer seule une surdité aussi prononcée.

J'élimine ici, à dessein et pour plus de clarté, les altérations de la fenêtre ronde, dont le diagnostic se fait difficilement, et seulement si la douche de Politzer provoque du vertige, les pressions centripètes restant négatives, c'est-à-dire dénonçant une fixité stapédienne.

L'audition reste possible et le diapason en effet longtemps

perçu, sur l'apophyse mastoïde, tant que le labyrinthe reste accessible par ce deuxième tympan. Dans ces conditions, j'ai maintes fois constaté le retour d'une certaine audition par l'air, très faible assurément, à la suite du désenchatonnement de l'étrier, alors que la fenêtre ronde paraissait inaccessible ou comblée. Quand le tympan existe, c'est par la chaîne des osselets que se fait la meilleure transmission des vibrations du crâne au labyrinthe; et par suite à travers l'étrier, dont les mouvements et les lésions, du reste, commandent la tension de la fenêtre ronde : le tympan disparu ou désorganisé, c'est par la fenêtre ovale libre ou non que la propagation solidienne a lieu.

Pour avoir ignoré la possibilité d'une conservation très prolongée de l'audition avec l'étrier soudé par ses bords, mais libre sur ses faces, le praticien a pu faire une erreur de pathogénie, en attribuant à la lésion stapédienne seule la surdité reconnue ; de là des déconvenues et des insuccès opératoires, des déceptions. La notion nouvelle de la persistance de l'audition de la parole, l'étrier soudé, fondée sur les études expérimentales et cliniques, conduit à une tout autre interprétation des faits, et servira de base à une sélection plus parfaite des surdités scléreuses amendables chirurgicalement.

En tous cas, la mobilité facile du tympan améliore l'audition, en supprimant toute perte attribuable à une tension anormale (massage, raréfaction).

Mais on ne saurait trop s'élever ici contre l'abus des douches de Politzer, capables de provoquer la disconnexion des osselets conducteurs du courant sonore.

La surdité peut être faible, le tympan, les osselets ayant disparu, si l'étrier est mobile par les pressions centripètes sans provoquer de vertige; ce qui prouve que l'élasticité de la fenêtre ronde est conservée.

Mais, dans les conditions opposées, l'étrier abordable, les pressions causant du vertige, ou immobilisé, enchatonné, l'audition est perdue et peu amendable, même en découvrant l'osselet, tant que la fenêtre ronde reste enlisée et fixe ; c'est l'observation clinique qui fait la base de ces conclusions.

Les vibrations de l'air, celles que la parole excite et fait

naitre sont impuissantes à remuer de véritables murailles ; il faut l'interposition d'une membrane pour que la transmission ait lieu de l'air aux solides dans des conditions qui permettent l'audition.

Il faudrait pouvoir rétablir une membrane sans provoquer d'irritation labyrinthique. La solution de ce problème appartient à l'avenir.

II

DE L'EMPLOI DES RAYONS X ET DES ÉCRANS FLUORESCENTS

DANS LES RÉGIONS NASALES ET PHARYNGIENNES

Par **John MACINTYRE**, de Glasgow.

Les dessins ci-joints sont destinés à donner une idée des méthodes employées pour obtenir l'image des détails anatomi-

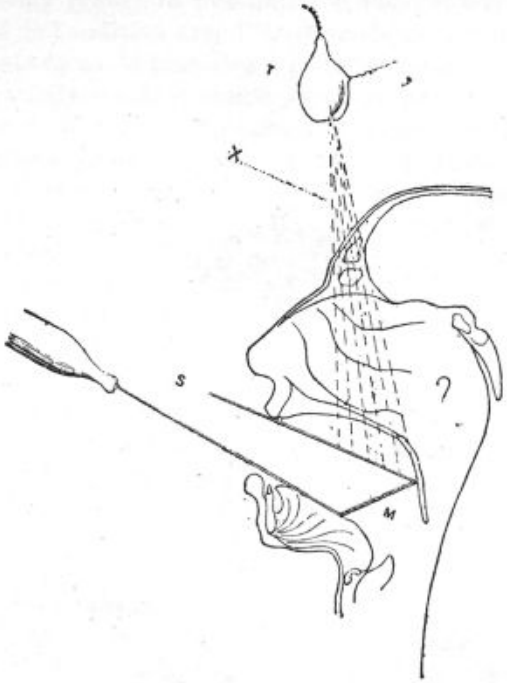


FIG. 1.

Méthode d'examen du nez, du cavum, de la bouche, etc.

T. Tube de Crookes.
M. Miroir laryngien.
X. Rayons.
S. Ecran fluorescent.

ques des fosses nasales et de la gorge, ou des corps étrangers

qui y séjournent. Le foyer d'où proviennent les rayons X est placé dans une position convenable. Le petit écran fluorescent consiste simplement en un abaisse-langue en verre ou en caoutchouc durci, recouvert, sur une de ses faces, d'une petite couche de platino-cyanure de baryum ou de potassium. Quand les rayons tombent sur cet écran, il s'illumine et fournit sur sa face non recouverte par le sel une image des tissus compris entre lui et le tube.

Ce résultat est obtenu à l'aide d'un éclairage ordinaire et peut être réalisé avec un simple miroir laryngé, ainsi qu'il

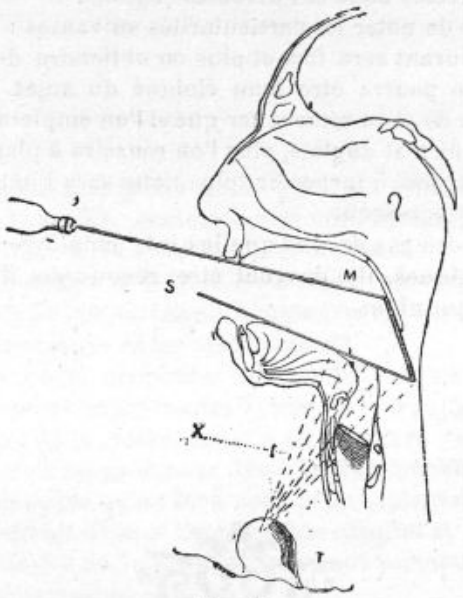


FIG. 2.

Méthode pour examiner la langue, la région du maxillaire inférieur, le larynx, etc.

T. Tube de Crookes laryngien. *S*. Ecran fluorescent.
X. Rayons. *M* Miroir.

ressort clairement de nos croquis. Si l'on voulait examiner le nez ou le squelette de la tête, dans la région de l'antre d'Highmore, il faudrait disposer le tube en haut et introduire l'écran fluorescent dans la bouche, en dirigeant en haut sa face recou-

verte par le platino-cyanure de baryum. On obtiendra ainsi une image de la région en question et même sans l'aide d'un miroir laryngé pourvu que la tête soit bien rejetée en arrière. Si cette dernière condition ne pouvait être réalisée, un miroir laryngé ordinaire serait introduit dans la bouche, sa surface réfléchissante tournée en haut. Si l'on désirait faire porter l'examen sur la région maxillaire inférieure, on devrait tourner la surface de l'écran recouverte par le sel en bas, tandis que le tube serait placé sous le cou, à une distance convenable. Par le même mécanisme on mettra en évidence des corps étrangers arrêtés dans ces diverses régions.

Il importe de noter les particularités suivantes :

Plus le courant sera fort et plus on obtiendra de rayons X, plus le tube pourra être tenu éloigné du sujet. Or il est à peine besoin de faire remarquer que si l'on emploie un tube de Crookes de format anglais, plus l'on réussira à placer le foyer loin de la région à inspecter, plus nette sera l'image obtenue sur l'écran fluorescent.

On ne perdra pas de vue que les sels employés étant extrêmement toxiques, ils devront être recouverts d'une mince couche d'aluminium.

III

UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABLATION

DU MUR DE LA LOGETTE

Par le Dr **MOUNIER**.

I

Abattre même une partie de la paroi externe de l'attique comprenait jusqu'ici, comme temps préliminaire, le décollement du pavillon et du conduit membraneux.

On a bien songé à utiliser, pour cette opération, la voie tout indiquée du conduit auditif, mais l'instrumentation a toujours été défectueuse et les résultats nuls.

Toutes les pinces coupantes construites jusqu'à ce jour ont été complètement impuissantes à créer un jour suffisant dans le rideau osseux de la caisse, aussi a-t-on préféré employer de suite les grands moyens pour avoir le résultat cherché.

Nous avons pensé qu'en bien des cas une intervention moins sanglante pouvait donner un aussi bon résultat et nous avons cherché et trouvé un instrument qui peut permettre d'opérer sans le décollement du pavillon.

C'est surtout dans les interventions chirurgicales au point de vue de l'audition proprement dite, où l'étrier a besoin d'être complètement dégagé, qu'un instrument comme celui que nous présentons permet d'intervenir par les voies naturelles en traumatisant le moins possible l'oreille.

Il est le résultat de nos recherches multiples sur le cadavre, où nous avons toujours pu, avec notre *protecteur-gouge* (sans léser la paroi interne de la caisse), enlever rapidement par le conduit, non atrésié, une hauteur suffisante d'os, pour nous

mettre à même de voir à notre aise, et de mobiliser, ou encore d'extraire l'étrier.

Les résultats sur les malades ont été les mêmes.

II

LE PROTECTEUR-GOUGE

Cet instrument se compose de deux parties:

1° Un protecteur dans le genre de celui de Stacke :

2° Une gouge, pouvant s'engager dans les deux glissières dont est muni le protecteur, de manière à ne plus se déplacer que parallèlement à ce dernier.

Fig. 1.

Le *protecteur*, qui présente une portion horizontale et une autre verticale, est une sorte de stylet aplati, à extrémité libre recourbée de bas en haut. Il est coudé vers son milieu à peu près à angle droit, la portion verticale formant le manche.

Il a 7 centimètres de longueur dans sa portion horizontale, large seulement de 3 et 3,5 millimètres.

Le bout recourbé de cette partie de l'instrument a 2,5 millimètres de hauteur, et la gouge qui vient frapper l'os en coulant dans les glissières fait à chaque coup de maillet un fragment d'os de 2 millimètres de hauteur environ.

La gouge a sensiblement la même largeur que la portion horizontale du protecteur, et 9 centimètres de longueur totale. Son extrémité postérieure, destinée à recevoir les chocs du maillet, est plus volumineuse que le corps; l'extrémité antérieure est fortement trempée et coupante; à 5 centimètres de cette dernière partie se trouve de chaque côté un arrêt destiné à buter sur la dernière glissière du protecteur.

Cette disposition a pour but de limiter la course de la gouge et d'empêcher son tranchant de venir s'émousser sur l'extrémité recourbée du protecteur après avoir coupé l'os.

L'hémorragie produite par la section osseuse est peu abondante, et ne masque même pas le champ opératoire dès le premier coup de gouge. Du reste, un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur un stylet et appliqué fortement quelques secondes sur le point saignant arrête le suintement; une pointe de galvano-cautère, au rouge sombre, donne le même résultat.

Avec cet instrument, le mur de la logette des osselets ne peut être attaqué qu'à petits coups et certainement l'opération est plus longue que si l'on enlève cette portion d'os à la gouge et au maillet après décollement du pavillon et du conduit membraneux. Toutefois on nous concédera sans peine que cette intervention par le conduit produit un traumatisme bien moindre et surtout une immobilisation beaucoup plus courte du patient.

Le lendemain (si le chloroforme n'a pas rendu trop malade l'opéré) ou le surlendemain au plus tard, ce dernier peut aller et venir avec un bon pansement antiseptique obturant le méat, car la douleur consécutive est nulle.

Le décollement du conduit, même avec suture immédiate de la peau, nécessite au contraire un grand pansement de tête et une présence de plusieurs jours à la chambre.

Avec ce protecteur-gouge on opère donc (à l'espace près)

de la même manière qu'on le ferait avec une gouge ordinaire et le protecteur de Stacke.

Du reste, dans les cas où après décollement complet de l'oreille et du conduit pour se donner du jour, on voudrait ménager plus sûrement l'étrier qui est souvent brisé par le bec du protecteur ordinaire, on peut parfaitement employer notre instrument qui a l'avantage d'être en entier entre les mains de l'opérateur. Le protecteur ordinaire a en effet besoin d'être tenu par un aide ; c'est le chirurgien qui fait tout avec le protecteur-gouge.

La seule précaution que doit avoir l'opérateur quand il a mis en place le protecteur, c'est de bien *accrocher* avec le bec de l'instrument, et en *tirant à lui*, la portion de la paroi externe de l'attique qu'il a l'intention d'attaquer. De la sorte le protecteur est *fixé* et on peut alors, sans même regarder dans le conduit, pousser la gouge dans les deux glissières et frapper un à deux légers coups de maillet sur son talon. On entend un craquement et en retirant l'instrument on trouve la concavité de la gouge remplie par la portion d'os, recouverte de son périoste, qu'elle vient de couper. Il n'y a qu'à remettre en place le protecteur et à continuer par petits coups l'opération en enlevant de proche en proche des copeaux dans tout ce rideau osseux qui nous masque l'attique. Il arrive quelquefois qu'un éclat osseux pend à l'entrée de la caisse suspendu à une languette périosto-cutanée du revêtement du conduit; on extirpe ce fragment par arrachement à la pince ou par section avec des ciseaux ou le bistouri. On observe ce cas lorsque le mur de la logette est mince; ici, la gouge, malgré le point d'appui qu'offre en arrière le protecteur, brisera l'os plutôt qu'elle le sectionnera. La fracture est toujours limitée au point d'application de la gouge.

III

OPÉRATION

1er *temps*. — Le protecteur tenu de la main gauche est introduit par le conduit dans la caisse (le tympan étant enlevé ainsi que le marteau), puis porté en haut et retiré jusqu'à accrocher le mur de la logette en un point donné.

2e *temps*. — On engage de la main droite la gouge dans les glissières et on la pousse à fond. Elle vient buter sur la portion d'os qui la sépare de l'extrémité recourbée du protecteur.

3e *temps*. — Il ne reste plus qu'à frapper quelques légers coups sur le talon de la gouge, à l'aide d'un maillet, pour enlever la portion d'os qui lui est opposée.

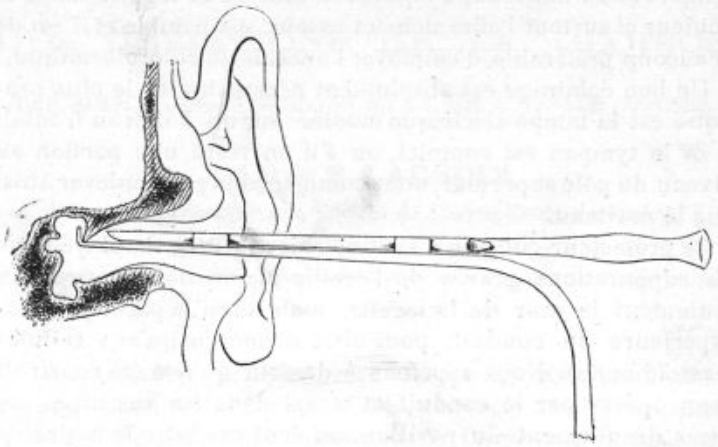


Fig 2. — Schéma montrant l'emploi du Protecteur-gouge.

L'échancrure ainsi produite dans le bord libre du mur de la logette donne la forme d'une demi-circonférence à convexité supérieure ; le morceau est enlevé comme à l'emporte-pièce.

IV

En faisant construire cet instrument, nous n'avons pas eu la prétention de croire qu'il pouvait être employé dans tous les cas, et que le décollement du pavillon pour le Stacke deviendrait une chose rare. Il est clair que la première condition de l'emploi efficace de ce protecteur-gouge est une largeur suffisante du conduit pour qu'on puisse voir à son aise la caisse. Les dimensions de notre instrument ont été combinées de telle sorte qu'il pourra être utilement employé toutes les fois qu'il

serait ou qu'il aura été possible d'enlever le tympan et les osselets, par le conduit, sans décollement du pavillon.

Nous ajouterons que pour faciliter les manœuvres, nous nous servons d'un spéculum, aussi large que possible comme lumière, mais très court, sa longueur totale ne dépassant pas deux centimètres 1/2.

Nous avons essayé, sous cocaïne, comme pour l'ablation du tympan et du marteau, d'abattre le mur de la logette, mais la douleur et surtout l'ébranlement osseux est pénible et il est de beaucoup préférable d'employer l'anesthésie chloroformique.

Un bon éclairage est absolument nécessaire, et le plus pratique est la lampe électrique montée sur un bandeau frontal.

Si le tympan est complet, ou s'il en reste une portion au niveau du pôle supérieur, nous commençons par l'enlever ainsi que le marteau.

Ce protecteur-gouge n'a aucune raison d'être employé dans les suppurations graves de l'oreille où on doit abattre non seulement le mur de la logette, mais aussi la paroi postéro-supérieure du conduit, pour aller même jusqu'aux cellules mastoïdiennes. Nous répétons à dessein qu'il a été construit pour opérer par le conduit et aussi dans les cas où même après décollement du pavillon, on veut produire le moins de traumatisme possible surtout vis-à-vis de l'étrier, pour sauvegarder l'audition. C'est ainsi que nous avons employé cet instrument dans la carie limitée à la paroi externe de l'attique et lorsque nous voulions abattre une partie du mur après ablation du tympan et du marteau pour mieux voir et dégager l'étrier enclavé dans les cas de surdité avec épaississement du tympan et perte des mouvements de la chaîne des osselets.

Les avantages de ce protecteur-gouge sont les suivants :

1° Il permet d'abattre le mur de la logette sans décollement du pavillon.

2° Il évite à coup sûr le danger de blesser le promontoire, la gouge étant intimement liée au protecteur.

3° Il donne à l'opérateur la facilité de tout conduire lui-même, ce qui est de la plus grande importance quand on veut ménager l'étrier.

IV

DU REDRESSEMENT SPONTANÉ
DES DÉVIATIONS DE LA CLOISON
PAR SIMPLE DÉSOBSTRUCTION DE LA FOSSE NASALE OPPOSÉE

Par le Dr **P. LACROIX**.

(Communication lue à la Société de Laryngologie de Paris.)

Dans certaines circonstances on peut, sans toucher en aucune façon à la partie déviée, observer le redressement spontané de déviations anciennes de la cloison en agissant simplement sur l'autre fosse nasale, en détruisant par exemple tout ce qui, dans cette dernière, est susceptible de refouler le septum ou d'entraver son développement normal, tels les éperons, polypes et hypertrophies des cornets.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de ce genre, très net, et intéressant en ce qu'il éclaire certains points de la thérapeutique et aussi peut-être de la pathogénie de cette affection. En voici l'observation :

Il s'agit d'un patient chez lequel les deux fosses nasales étaient l'une et l'autre presque imperméables à l'air.

Du côté gauche, déviation très accusée de la cloison se présentant sous l'aspect d'une large saillie convexe et globuleuse. A droite, l'obstruction et due, en bas à un éperon s'enfonçant dans le cornet inférieur hypertrophié, et, en haut, à des polypes muqueux, hypertrophies polypoïdes des cornets, qui remplissent la concavité angulaire du septum dévié.

Nous enlevons successivement polypes, hypertrophies, puis enfin l'éperon qui est volumineux. La fosse nasale droite, alors, présente une très large brèche.

Le malade vient se faire panser tous les deux jours et on voit peu à peu la brèche se rétrécir; il semble dès l'abord que l'éperon repousse progressivement. Il n'en est rien toutefois, et en examinant le côté opposé on aperçoit la déviation beaucoup moins accentuée qu'auparavant : c'est la cloison qui, spontanément, s'est redressée, profitant de l'espace devenu libre pour corriger sa courbure et tendre vers la verticale.

Comme résultat fonctionnel le malade respire bien par la fosse nasale gauche où je n'ai absolument rien fait.

Dans cette observation le redressement a été, en somme, assez considérable, mais le même résultat, seulement moins accusé, peut être obtenu lorsque les lésions de l'autre fosse nasale sont moins importantes. Cette opinion nous a été confirmée par un cas tout récent où la destruction d'un petit éperon avec hypertrophie du cornet inférieur correspondant a permis le passage d'un cathéter tubaire dans l'autre fosse nasale. Or, auparavant, le trop grand développement de la déviation du septum rendait impossible le cathétérisme. Ici, la courbure pathologique de la cloison persiste encore, mais elle a diminué et les observations de cette nature ne doivent pas être exceptionnelles.

Laissant de côté toute considération de pathogénie, nous désirons seulement asseoir quelques conclusions cliniques et thérapeutiques :

En présence d'une déviation de la cloison, il est bon de s'enquérir de l'état des différentes parties constituantes de la fosse nasale opposée. On notera soigneusement l'existence de tout ce qui peut refouler le septum ou influencer sa courbure, tels les épaississements et éperons [1], l'hypertrophie des cornets s'appuyant sur la cloison. On ne dédaignera pas ces lésions alors même qu'elles seraient légères. Suivant leur importance et

1. L'éperon, placé à la partie inférieure, semble jouer le rôle le plus important. C'est une sorte de pilier résistant contre lequel l'élasticité de la cloison, courbée plus haut, paraît lutter en vain.

dans bien des cas, on peut espérer par leur destruction obtenir un redressement, petit ou grand, de l'inflexion pathologique de l'organe. Même faible, il peut être suffisant pour atteindre le but que l'on se propose. On évitera alors les interventions chirurgicales qui ne sont pas toujours simples.

V

ABAISSE-LANGUE A CONTRE-PRESSION

Par le Dr **A. COURTADE**

(Communication lue à la Société de Laryngologie de Paris).

Il est des malades chez lesquels le simple acte de déprimer et immobiliser la langue constitue une petite opération assez laborieuse et qui exige une certaine patience. Quand on applique l'abaisse-langue, le sujet, soit par crainte, soit par sensibilité exagérée, imprime à l'organe des mouvements désordonnés qui en rendent la fixation difficile ; si on presse davantage l'instrument, pour obtenir par la force ce que devrait donner la douceur, le sujet suit le sens de la pression en inclinant la tête en avant. On arrive à empêcher ce mouvement en plaçant l'index tendu sous le menton de façon à immobiliser le maxillaire inférieur.

Malgré leurs variétés de forme, de courbure, de dimension, aucun des abaisse-langues, au moins à notre connaissance, ne fournit un plan résistant qui puisse remplacer le petit tour de main que nous venons de mentionner.

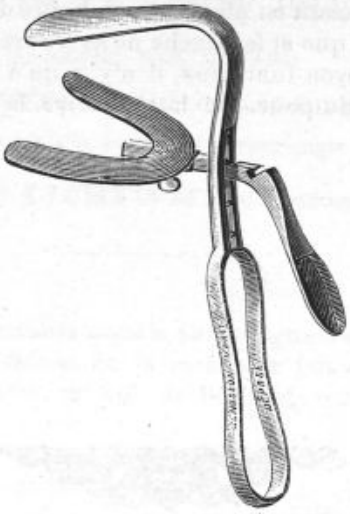
L'abaisse-langue que nous avons l'honneur de vous présenter remplit précisément ce desideratum.

Il se compose de trois parties, l'abaisse-langue ordinaire à manche fenêtré, un levier et un croissant.

La platine de l'abaisse-langue est concave transversalement de façon à s'appliquer exactement sur l'organe et empêcher les parties latérales de se relever. Le manche présente une échancrure de 4 centimètres de haut destinée à recevoir et à fixer le levier à des hauteurs variables, pour s'adapter aux

dimensions du maxillaire inférieur dépendantes de l'âge du sujet.

Le levier coudé est ainsi fixé au manche soit par une goupille, soit encore par une échancrure qui embrasse des crans placés à diverses hauteurs sur le manche.



Le croissant, comme l'indique son nom, embrasse le bord inférieur du maxillaire dont il présente le contour ; il est matelassé par une épaisse lame de caoutchouc et se trouve fixé au levier par une coulisse munie d'une vis.

On peut ainsi l'avancer ou l'éloigner du manche suivant la conformation du sujet.

Le démontage de l'instrument se fait en quelques secondes et l'antisepsie de la partie souillée par la langue peut être réalisée comme pour les abaisse-langues ordinaires.

Le maniement est d'une facilité extrême : le manche tenu par les quatre derniers doigts et le pouce sur le levier, on applique l'abaisse-langue comme d'habitude et aussitôt, pressant sur le levier, le croissant embrasse le bord inférieur du maxillaire ; la langue est donc pressée entre deux plans résistants ; on se rend ainsi maître de l'organe le plus indocile.

On comprend l'avantage que donne notre abaisse-langue toutes les fois qu'on a besoin de maintenir solidement la langue comme pour les opérations portant sur les amygdales ou le pharynx supérieur ; la rhinoscopie postérieure est aussi rendue plus facile quand les difficultés ne proviennent que de la mobilité de la langue.

L'instrument étant en place, on est maître de la direction de la tête, de sorte que si la bouche ne se trouve pas exactement dans l'axe du rayon lumineux, il n'y a qu'à tourner la main dans le sens voulu pour que la tête suive la direction qui lui est imprimée.

VI

EXOSTOSE DE LA VOUTE PHARYNGÉE

ENLEVÉE PAR HASARD

AVEC DES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES

(Communication lue à la Société de Laryngologie de Paris).

Par le Dr **LICHTWITZ**, de Bordeaux.

L'observation suivante nous a paru digne d'être rapportée, non seulement en raison de la rareté du fait qu'elle signale, mais encore au point de vue de l'importance pratique qui peut en découler.

Le 31 janvier 1895 se présente à nous une jeune fille de 11 ans qui offrait tous les signes probables de végétations adénoïdes. L'hyperesthésie pharyngée et l'indocilité de la malade ne nous permettant pas de faire l'examen rhinoscopique postérieur, nous pratiquons le toucher digital. Cet examen nous fait reconnaître la présence de végétations de grosseur moyenne, dont nous conseillons l'ablation. Celle-ci est pratiquée dans les premiers jours de février, sous le bromure d'éthyle, avec le pharyngotonsillotome de Schültz. En faisant jouer le couperet de l'instrument, nous percevons un grincement, et nous sommes arrêtés par une résistance anormale que nous ne pouvons vaincre qu'avec grand effort. La lame et les tiges conductrices de l'instrument sont retirées faussées. A l'examen de la masse adénoïde enlevée, nous pensions trouver un calcul tel qu'on en rencontre parfois dans les amygdales palatines. Mais nous vîmes englobée au milieu des végétations une crête osseuse triangulaire, longue de 1 centimètre, large de 5 millimètres dont la base se trouvait au niveau de la section de la glande de Luschka.

Les suites opératoires furent bonnes, il n'y eut pas d'hémorragie secondaire. La respiration nasale redevint libre. La rhinoscopie postérieure ne fut pas plus possible qu'auparavant.

L'examen microscopique de la petite crête, fait au laboratoire des cliniques par M. le professeur agrégé Sabrazès, a donné les résultats suivants :

« Le débris osseux a l'aspect d'un triangle isocèle. Il traverse les végétations adénoïdes sans y adhérer. Il mesure un centimètre de long sur un demi-centimètre de large. A l'examen histologique, après ramollissement dans l'acide picrique concentré, on voit qu'il est constitué en totalité par de l'os vrai, spongieux, sans trace de cartilage ni de substratum fibreux. On ne trouve en aucun point dans l'intimité de cet os de traces de végétations adénoïdes. »

Les recherches que nous fîmes à ce moment ne nous permirent pas de retrouver de cas semblables dans la littérature. Seule une observation de *Zuckerkandl*[1] semblait se rapprocher de notre cas.

« La saillie observée, est immobile et siège au niveau des deux vertèbres supérieures. Elle proémine dans le pharynx dont la muqueuse est légèrement mobile sur elle. La saillie est située de telle façon qu'une moitié est située au-dessus du voile du palais, l'autre au-dessous. Cette proéminence des vertèbres a la forme d'une colline peu élevée, longue de 3 centimètres, large de 14 millimètres, et haute de 12 millimètres. Son diamètre longitudinal a une direction verticale. Si on refoule le voile du palais en haut, on voit que la tumeur s'effile sur son extrémité supérieure et qu'elle est limitée latéralement par une rainure distante de 7 millimètres de la ligne médiane. La moitié supérieure de la saillie a une dureté osseuse, tandis que la moitié inférieure présente une certaine élasticité au toucher.

En disséquant la préparation, on voit que la saillie décrite est physiologique... »

Après avoir donné des conclusions sur lesquelles nous aurons à revenir, l'auteur fait remarquer qu'il n'a trouvé

1. ZUCKERKANDL. *Anatomie normale et pathologie des fosses nasales*, traduit par Lichtwitz et Garnault. Paris, 1895, p. 603-605.

qu'un seul cas se rapprochant du sien, celui de *G. Scheff*[1] observé sur le vivant : « La tumeur siège sur le corps de la deuxième vertèbre cervicale, elle a un diamètre transversal de 13 millimètres, un diamètre longitudinal de 2 centimètres et demi et une hauteur de 6 millimètres ; elle est dure comme une pierre et sa surface est lisse. Le néoplasme a une forme conique et s'unit au corps de la vertèbre, sans limite précise ou palpable. La muqueuse est lisse et luisante. »

Tels étaient les seuls cas que nous pûmes rapprocher du nôtre, lorsque quelques mois plus tard, *Helme*[2] fit la courte communication suivante, à l'occasion des hémorragies consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes : « J'ai observé trois cas d'hémorragies secondaires. Dans le premier, l'hémorragie survint quinze heures après l'opération. On avait ramené avec la curette une petite crête osseuse triangulaire à bords mousses. Il ne s'agissait évidemment pas du cornet, la curette n'étant pas remontée jusque-là. Dans la deuxième observation, le même fait se produisit, si bien que la troisième fois on put prédire l'hémorragie qui se produisit, en effet, dans la nuit qui suivit l'intervention. Nous avons de concert avec M. Lermoyez entrepris des recherches sur le cadavre pour reconnaître le siège de cette saillie anormale de la voûte pharyngée. S'agit-il du tubercule pharyngien ayant atteint un développement exagéré, ou bien se trouve-t-on en présence d'une anomalie de la cloison ? Celle-ci se prolonge chez les ruminants jusque dans le cavum (Luschka) qu'elle divise en deux parties. A-t-on affaire ici à un vestige d'une cloison se prolongeant anormalement en arrière ? C'est ce que les recherches sur le cadavre pourront seules montrer. En tous cas l'hémorragie s'explique d'elle-même ici, l'hémostase des plaies osseuses étant toujours difficile à réaliser. »

Enfin ces jours derniers *Roth*[3] a présenté à la Société de Laryngologie de Vienne (séance du 3 décembre 1896) une préparation de végétations adénoïdes enlevées à un enfant de 10 ans.

1. G. SCHEFF. Retropharyngeal exostose (*Allg. Wien. med. Zig.* 1881, n° 23).

2. HELME. Société française de Laryngologie, 1-4 mai 1895, (*in Médecine moderne*, n° 36, 4 mai 1895).

3. ROTH. Wiener laryngologische Gesellschaft, Séance du 3 décembre 1896 (in *Wiener Klin. Wochensch*, n° 52, 1896).

Au milieu de la masse adénoïde se trouvait un fragment de cartilage gros comme un petit haricot. L'auteur dit n'avoir pas vu citer de faits analogues dans la littérature et émet l'hypothèse d'une ecchondrose développée sur le cartilage qui réunit le sphénoïde avec la partie basilaire de l'occipital. L'examen microscopique, dit l'auteur, sera publié plus tard avec le résultat de la rhinoscopie postérieure, impossible après l'opération.

L'intervention fut suivie dans la journée d'une hémorragie assez abondante.

Dans la discussion qui suivit cette présentation, Chiari fut d'avis que le cartilage enlevé provenait de la trompe.

En somme les cas observés sont rares.

Faisant abstraction de celui de Zuckerkandl qui a rapport au cadavre et de celui de Scheff qui, par la situation de l'exostose (deuxième vertèbre cervicale) s'éloigne par trop du nôtre, il ne reste que les cas de Helme et celui de Roth.

La provenance et le point d'implantation de ces exostoses difficiles à préciser sur le vivant, trouvent leur explication dans l'observation de Zuckerkandl qui a dû passer inaperçue. A la fin de son observation, cet auteur, après avoir donné la description de Luschka sur les deux premières vertèbres, dit : « Je n'ai rien à ajouter à cette description, si ce n'est que le tubercule antérieur de l'atlas ainsi que la crête de l'axis sont variables, tantôt ils sont fortement développés, tantôt à peine esquissés.... » Et plus loin : « Des formations physiologiques peuvent simuler une tumeur sur la paroi postérieure du pharynx et si l'on aperçoit à l'avenir une saillie sans augmentation de volume au niveau des deux vertèbres cervicales, analogue à celle que nous avons signalée, on aura affaire à une production physiologique, quoique anormale. »

Cependant, dans les cas de Helme et Roth, et dans le nôtre, où la crête était au milieu de la masse adénoïde, nous ne croyons pas que le point d'implantation ait été au niveau du tubercule antérieur de l'atlas, ainsi que dans le cas de Zuckerkandl. Nous pensons plutôt que le tubercule pharyngé est ici en cause et qu'il a présenté les mêmes anomalies que Zuckerkandl a rencontrées sur le tubercule antérieur de l'atlas.

VII

QUELQUES CAS DE PHLÉBITES DU SINUS

ET DE SEPTICO-PYOHÉMIE D'ORIGINE OTITIQUE

Par le Dr **A. RIVIÈRE**,
Moniteur de clinique chirurgicale,

et **R. ETIÉVANT**,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Si la technique opératoire des complications intra-craniennes de l'otite moyenne purulente est désormais bien établie (quelques discussions de détails mises à part) grâce aux nombreux travaux qui ont paru sur la question, il n'en est pas de même pour leur diagnostic précis qui laisse encore beaucoup à désirer; il serait donc à souhaiter que chaque nouveau cas fût publié.

Telle est l'opinion que le professeur Gradenigo émettait il y a peu de temps, et à cet effet il rapportait trois nouveaux cas d'infection purulente due à une thrombose du sinus d'origine otitique[1]; il y en avait un notamment où les seuls symptômes observés avaient été une élévation de température et de la rigidité de la nuque sans frissons, sans aucune différence de réplétion des veines superficielles du cou. L'opinion du professeur Gradenigo est celle de bien des auristes, et ayant été témoins de l'évolution de quatre cas d'infection purulente d'origine otitique, typique, nous avons cru bon de les rapporter[2].

1. *Archivio ital. d'otol.*, etc., 1895. Sur la thrombose du sinus transverse d'origine otitique.

2. Ces quatre observations ont été présentées au dernier congrès de chirurgie, 96. — Phlébites du sinus et septicopyohémies d'origine otitique (A. Rivière et R. Etiévant).

Observation I. — C..., Louis, âgé de dix-neuf ans, entre le 31 juillet 1896 dans le service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. le professeur agrégé Rollet, pour des phénomènes qui font porter le diagnostic de mastoïdite.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, la scarlatine à l'âge de dix ans et la rougeole un an après. Pendant le cours de sa scarlatine il aurait été pris d'une suppuration de l'oreille droite, sans allure bien aiguë, sans phénomènes douloureux. Depuis il présente du côté de cette oreille des alternatives de suppuration et d'assèchement sans phénomènes douloureux, et depuis cette époque, alors que l'oreille gauche est normale au point de vue de l'acuité auditive, la droite ne laisse entendre que des sons vagues au lieu de mots articulés, à moins toutefois que ces derniers ne soient émis d'une voix forte.

Il y a huit ou dix jours, sous l'influence du froid, d'après le malade, il ressentit des douleurs assez intenses dans cette oreille, avec irradiations dans la moitié droite du crâne et un point particulièrement douloureux au niveau de la mastoïde. En même temps il ressentait une fièvre assez violente, et au moment où il arrive dans le service il a une température de 39°8.

A l'inspection, il ne présente que très peu de rougeur des téguments au niveau de la mastoïde, ainsi qu'un très léger empâtement ; mais la pression y est très douloureuse.

Du côté du tympan, vieille perforation, un peu en avant du manche du marteau.

Légère dyspnée, abattement, attitude douloureuse de la tête, avec un peu de torticolis.

Rien du côté de la jugulaire. Au moment de l'opération le malade se plaint de souffrir du côté droit. Rien à une auscultation rapide (sur la table d'opération).

31 *juillet.* — Trépanation à la gouge et au maillet, au lieu d'élection : quelques petites fongosités se présentent avec des parcelles de pus concret. On poursuit jusque dans l'antre d'où il ne s'écoule pas de pus, mais dont le canal est également obstrué par des fongosités.

Hémorragie assez abondante. Détail important : au moment où l'on commence l'anesthésie, pendant la toilette du pavillon, il se produit une hémorragie abondante par le conduit auditif; le sang y a un aspect presque artériel; on l'arrête par un tamponnement serré du conduit.

Après l'opération : pansement à la gaze iodoformée. Glace sur la tête. Chloral. Antipyrine. Soir : T. 40°8. Diminution presque complète des douleurs.

1er *août.* Pansement. Dans le fond de la cavité formée par la trépanation se collecte une petite quantité de sang, animé de battements artériels synchrones avec ceux du pouls, et dont le volume n'augmente pas.

Soir : point de côté; dyspnée, submatité à la *base droite*, frottements inspiratoires et expiratoires. Rien à l'auscultation de la voix et de la toux. A gauche, râles fins répartis en plusieurs foyers.

2 *août*. — T. 40°. La dyspnée s'accroit subitement dans l'après-midi, soixante inspirations à la minute. Crachats hémoptoïques.

Mort quatre heures après.

AUTOPSIE (36 heures après la mort).

État de décomposition assez avancé.

Poumons. Côté droit : fausses membranes localisées à la plèvre diaphragmatique et à la portion de la plèvre costale voisine de la base du même côté. A ce niveau le poumon présente de la congestion et de l'œdème, mais un morceau détaché surnage sur l'eau. Exsudat légèrement purulent.

Côté gauche. Plèvre : rien.

Poumons : à la base plusieurs points ramollis où le tissu est entièrement désorganisé et forme des cavités remplies d'une matière gris brunâtre, d'odeur infecte ; en d'autres points, dont quelques-uns au sommet, le processus est à une période plus avancée, la cavité a des contours plus nets, le contenu en est presque purulent.

Donc pleurésie purulente (au début) de la base droite et abcès métastatiques à gauche.

Cœur. Péricarde : rien.

Myocarde : couleur feuille morte, pas de caillots *ante mortem* ; quelques végétations fibrineuses peu adhérentes au niveau des piliers et des valvules mitrale et tricuspide.

Endocardite infectieuse ?

Rate. Très volumineuse, très diffluente, bouillie brun rouge.

Reins. Rien.

Foie infectieux. Pas d'abcès.

Rien du côté des autres viscères.

Cerveau. Rien sur les coupes de Pitres.

Rien aux méninges. Pas d'abcès sous-dural.

Cervelet. Rien.

Du côté du *rocher* : le sinus latéral droit est trouvé remplacé par un cordon plus volumineux que normalement, d'une consistance mollasse, ne se vidant pas par la pression, ne contenant pas de pus dans son intérieur, et paraissant constitué par un seul caillot.

Cette thrombose du sinus latéral s'étend d'un point voisin de son origine jusqu'au golfe de la jugulaire.

En décollant le sinus de sa gouttière avec précaution, on constate sur la paroi une perforation de la largeur d'un grain de millet, dont les bords grisâtres irréguliers correspondent à ceux d'une perforation osseuse, un peu plus large, siégeant sur le bord antérieur de la gouttière du sinus, un peu au-dessous du bord postéro-supérieur du rocher.

Cette perforation osseuse, qui communique avec l'antre mastoïdien, paraît être de date assez ancienne, étant donnés ses bords rongés et fongueux.

De plus on reconnait sur la face supérieure du rocher que le cloaque mastoïdien n'est plus séparé de la cavité cranienne que par une très

mince lame osseuse transparente, à travers laquelle on aperçoit facilement un stylet introduit par l'orifice de la trépanation.

En somme, il existe au centre de la portion mastoïdienne du temporal un vaste cloaque communiquant d'une part avec le conduit auditif, d'autre part avec la perforation pathologique de la gouttière du sinus latéral et l'ouverture opératoire.

Cette cavité est séparée par une mince lame de la fosse cérébrale moyenne. Répétons cependant que les méninges sont absolument saines à ce niveau, qu'il n'existe pas d'abcès, et par conséquent, dans ce cas particulier, en raison de la perforation de la gouttière du sinus, c'était surtout du côté du lobe droit du cervelet que l'infection aurait pu se propager de proche en proche et former un abcès.

Les autres sinus veineux paraissent sains.

Obs. II. — *Mastoïdite. Trépanation de la mastoïde. Ouverture du sinus latéral* (séquestre osseux). *Phlébite du sinus. Infection purulente. Arthrite suppurée du genou.*

M..., Félix, cinquante-trois ans. — Rien de particulier comme antécédents héréditaires. De même pour les antécédents personnels. Pas d'otorrhée en temps habituel.

Le début de l'affection pour laquelle il entre dans le service de M. le professeur agrégé Vallas remonte à un mois et demi environ. A cette époque le malade ressentit dans l'oreille gauche des douleurs assez intenses qui s'irradiaient dans toute la moitié gauche de la face, en même temps qu'il se sentait atteint d'une surdité à peu près complète. Quelques jours après, issue par le conduit auditif d'une petite quantité de liquide purulent, en même temps que les douleurs diminuaient d'intensité.

Depuis : état stationnaire, la surdité persiste, ainsi que l'écoulement purulent du conduit. Les douleurs ne se font plus ressentir que la nuit, et de plus il est sujet au vertige dans la station debout.

Lorsque le malade se mouche ou éternue, il entend un sifflement, en même temps qu'il lui semble que tous les objets placés autour de lui tournent avec une rapidité vertigineuse. Il se plaint également de ce que son acuité visuelle a fortement diminué.

A l'inspection, on constate d'abord l'écoulement purulent du conduit. En arrière du pavillon, on constate une légère tuméfaction sans modification bien appréciable de la coloration des téguments ; il y a un peu d'empâtement à ce niveau. Le pavillon n'est pas déplacé. La pression est douloureuse au niveau de la mastoïde, surtout au sommet. Le tic tac d'une montre n'est pas perçu par le malade, à moins qu'on ne l'applique directement contre le temporal.

Large perforation de la membrane du tympan. T. 37°9.

Urines : contiennent une petite quantité de sucre.

4 *novembre* 1895. — Intervention : trépanation de la mastoïde. Le pus apparaît presque aussitôt après l'incision du périoste ; on retire trois ou quatre petits séquestres peu volumineux, puis un autre un peu plus volumineux dont l'ablation met à nu le sinus latéral, dont la paroi

est fongueuse, et se laisse percer d'un coup de sonde cannelée manœuvrée dans le voisinage. Hémorragie très abondante. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Soir. Pas de température. Bon état général.

10 *novembre.* — Courbe de température de la pyohémie. Matin 37°5. Soir 40°. Pas de signes de méningite. Douleurs dans la moitié gauche de la tête. Légers frissons au moment de l'ascension thermique.

24 *novembre.* — Mêmes phénomènes. Délire la nuit.

Pas d'œdème de la papille à l'examen ophtalmoscopique.

29 *novembre.* — Hyperesthésie généralisée. Rougeur des téguments au niveau du genou droit.

En quarante-huit heures une collection purulente se forme dans l'articulation.

Arthrotomie. Drainage.

6 *décembre.* — Mort dans le coma. Deux heures avant la mort contractures généralisées.

AUTOPSIE (48 heures après) :

Poumons, cœur, organes abdominaux : rien, pas d'abcès métastatiques.

Méninges. Congestionnées surtout du côté gauche. Adhérences très marquées (plus que normalement), de la dure-mère avec la voûte.

L'arachnoïde contient un exsudat épais, assez abondant.

La pie-mère est congestionnée, et présente, en plusieurs points du côté gauche, un petit semis analogue à la nébuleuse classique, ainsi que des adhérences avec la substance cérébrale, assez marquées en différents endroits.

Du côté du *rocher* : la cavité du *sinus latéral* gauche est comblée dans toute sa longueur par un liquide purulent, assez épais. Les parois du sinus ne sont pas sensiblement modifiées. Du côté du pressoir d'Hérophile se trouve un caillot noirâtre, d'un centimètre environ de longueur, semblant obstruer complètement sa lumière.

Rien du côté de la jugulaire.

Un stylet introduit dans la plaie opératoire pénètre directement dans le sinus latéral (en détruisant le tissu nouveau).

Examen du bulbe, du cervelet : négatif.

Rien sur les coupes de Pitres.

OBSERVATION III. — *Diagnostic : Mastoïdite.—Trépanation de la mastoïde. Infection purulente. Abcès cérébral douteux. Trépanation. Pleurésie purulente. Mort.*

B..., Louis, âgé de vingt-neuf ans, entre le 24 janvier 1896 dans le service de M. le Professeur agrégé Jaboulay.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents *personnels* : Rougeole dans le bas âge.

Fièvre typhoïde à vingt-deux ans. Paludisme à la suite d'un séjour en Afrique.

Depuis l'enfance (peut-être depuis la rougeole) il aurait un écoule-

ment intermittent du conduit auditif gauche, avec diminution de l'acuité auditive de ce côté.

Il y a quinze jours, sans cause appréciable, douleurs assez intenses en avant du tragus, à caractère lancinant. Un médecin consulté par lui lui ordonne des lavages à l'eau boriquée, lui cautérise le tympan, et lui fait appliquer un vésicatoire derrière l'oreille.

Il y a cinq jours, douleurs atroces généralisées à toute la tête, lancinantes et térébrantes.

Au moment où il arrive dans le service de M. Jaboulay, ces douleurs ont les mêmes caractères; elles existent dans tout le côté gauche de la tête, ne dépassent pas la ligne médiane,et ont leur maximum d'intensité au niveau du front et du sommet.

Le tic tac d'une montre n'est absolument pas entendu par l'oreille gauche.

Perforation ancienne du tympan.

Pas de modifications extérieures des téguments au niveau de la mastoïde; mais cette apophyse est douloureuse à la pression, surtout au sommet.

Rien du côté des papilles.

Rien du côté de la vision et de l'accommodation.

Rien du côté des membres, ni paralysies, ni contractures. T. 38°.

28 *janvier*.—Anesthésie à l'éther. Trépanation de la mastoïde au lieu d'élection avec la gouge et le maillet.

Rien du côté du périoste. Quelques fongosités dans les cellules mastoïdiennes. Petit écoulement purulent au moment où on pénètre dans l'antre; la communication est largement ouverte entre la caisse et l'antre.

Hémorragie peu importante. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Soir. — Diminution notable des douleurs. T. 38°9.

29 *janvier*. — Accès de fièvre avec les trois stades : frissons, chaleur, sueurs. T. 40° au moment de l'accès.

Un autre accès plus léger dans la nuit.

30 *janvier*. — Nouvel accès dans la nuit, 40°5.

31 *janvier*. — Un accès dans la nuit également.

Courbe typique d'infection purulente avec accès de temps en temps. Céphalée temporale persistante. Trépanation au-dessus du conduit. On ne trouve rien.

14 *février*. — Point de côté. Dyspnée. Obscurité de la base droite avec diminution des vibrations.

20 *février*.— Souffle tubaire très net à la partie moyenne du poumon droit, obscurité de la base.

Matité jusqu'à l'épine de l'omoplate. T. 39°5

Ponction : 600 grammes de pus fétide.

Mort quarante-huit heures après. L'autopsie ne put être pratiquée.

Nous joignons à ces trois faits une observation inédite qui

nous a été communiquée par M. le Professeur Polosson et notre ami Bérard, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, alité à la salle Saint-Joseph, depuis plusieurs mois; c'est un tuberculeux pulmonaire porteur depuis plusieurs années d'une otite suppurée double. L'écoulement, tari à droite, continue à gauche. Il y a quelques mois, fistule spontanée derrière le pavillon de l'oreille gauche, fistule qui continue à donner. Douleur fixe temporale et surtout rétro-mastoïdienne. Aucun trouble cérébral, ni vomissements: pas d'œdème de la face et du cou.

Intervention fin juin 1895.

Après l'incision du tégument on trouve une trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde. L'orifice est agrandi largement et on est conduit par des fongosités de plus en plus abondantes vers le bord postérieur du temporal. On reconnaît alors que l'on se trouve dans la gouttière du sinus latéral oblitérée par des masses fibro-caséeuses remplissant l'espace occupé par le sinus. On les curette et on est ainsi amené à étendre la trépanation à environ 2 centimètres en arrière, toujours en enlevant ces mêmes fongosités. A ce moment, se produit un léger suintement sanguin, arrêté facilement par un tamponnement modéré.

On panse à plat.

Un mois après le malade part pour l'hospice des convalescents de Longchêne.

L'état local est excellent: mais les lésions pulmonaires ont évolué pendant le séjour à l'hôpital et le malade part avec de la fièvre.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude complète et synthétique de la phlébite du sinus, sujet que l'on se décide à approfondir en France depuis les travaux de Broca[1] et qui a fait l'objet de si nombreuses études à l'étranger[2], nous désirons simplement appuyer sur les quelques considérations auxquelles se prêtent les cas observés par nous, renvoyant pour plus de détails à notre Revue Générale.

Au point de vue étiologique, on sait que la phlébite est une complication fréquente, sans qu'on puisse cependant dire avec Poulsen et Bryan qu'elle est constante (nécropsiquement peut-être); mais l'une de nos observations corrobore bien l'assertion, devenue classique, que les complications infectieuses

1. Broca et Maubrac. *Traité de chirurgie cérébrale*, Paris, 96.
2. Hessler. Die Otogene Pyämie-Iena, 1895.
3. Voir : Complications intracraniennes des otites. *Archives de Lar.*, etc., Novemb.-Déc., 96, n° 6.

sont particulièrement fréquentes et graves chez les diabétiques (*Observation II*); une autre est un exemple de phlébite tuberculeuse du sinus.

Si d'autre part nous voulons tirer une conclusion générale des faits observés par nous au point de vue symptomatologique, nous dirons que les signes les plus manifestes nous ont paru être : les douleurs limitées à la moitié de la tête, l'hyperthermie, la gravité de l'état général, la raideur de la nuque; les phénomènes cérébraux sont plus rares, vomissements, délire, vertige, coma, convulsions, œdème de la papille ; il en est de même des phénomènes locaux du côté de la région angulo-maxillaire et du cou, et dans tous nos cas l'exploration de la jugulaire n'a décelé ni cordon, ni tuméfaction, ni douleurs, et nous n'avons pas eu l'occasion d'observer cette catégorie spéciale d'abcès du cou étudiée par Hamon du Fougeray au dernier congrès de chirurgie.

Ainsi donc, on ne saurait espérer avoir dans tous les cas les vertiges, la céphalalgie, le torticolis, l'œdème de la papille, l'œdème du cou, le cordon de la jugulaire; non, c'est surtout le type de la fièvre avec sédations matinales et exacerbations vespérales qui fera ouvrir les yeux et on en sera souvent réduit à faire son diagnostic sur les seuls symptômes de la pyohémie, aboutissant de la phlébite et avec laquelle cette dernière se confond insensiblement, pour présenter alors des accès de fièvre typiques avec leurs trois stades, des complications pulmonaires ou articulaires. — C'est là encore une nouvelle cause d'erreurs, puisque Körner a décrit à part, une septico-pyohémie d'origine auriculaire sans thrombose. — Pour nous, nous désirons mettre à part, en vedette, un signe pathognomonique mais rare : c'est l'hémorragie très abondante par le conduit auditif qui peut survenir brusquement, décelant ainsi une large communication tympano-antro-sinusienne. — Tel le cas de l'observation I vérifié à l'autopsie; tel est encore notre second malade, chez lequel, en admettant qu'on eût retardé l'intervention, il se serait produit un fait analogue.

Quoi qu'il en soit, lorsque le tableau symptomatique permet de faire le diagnostic de phlébite, il est presque certain que la septico-pyohémie est déjà en train d'évoluer, les localisations

métastatiques sont proches et c'est pourquoi, à notre avis, même avec des interventions comme le drainage du sinus et la ligature de la jugulaire, les résultats sont si peu satisfaisants; le chirurgien est appelé trop tard, et les statistiques contredisent formellement l'opinion de Chauvel [1] sur la bénignité même relative des septico-pyohémies d'origine otitique. — Cette bénignité n'existe même pas pour ces cas de pyohémie sans phlébite dont nous avons parlé précédemment (Körner-Kauffmann [2], Schwabach [3]).

Au point de vue du traitement chirurgical, il est inutile de dire qu'il doit comprendre avant tout la trépanation complète de l'apophyse et de la caisse; ce premier temps a suffi à Knapp [4]; et pour lui la thrombose suppurée du sinus guérit quand la source de la suppuration est tarie. — Ce premier point établi, on peut se contenter d'ouvrir le sinus et de le tamponner (observation IV) [5] ou alors recourir au drainage du sinus avec ligature de la jugulaire pour couper la route aux embolies, opération préconisée ou pratiquée par Zaufal, Lane, Ballance, Salzer, Mac Ewen, Broca et Maubrac, Moss, et qui leur a donné des cas de guérison.

1. Chauvel. Société de chirurgie, 92.
2. Kauffmann. Société autrichienne d'otologie, 1896.
3. Schwabach. *Deutsch med. Woch.*, 94.
4. Knapp. *Arch. of. Otol.*, 1893.
5. Hoffmann a eu un succès par tamponnement du sinus non ouvert (*Deutsch Zeits. f. chir.* Leipzig, 1888).

VIII

RELIEF ET ORIENTATION

RÉPONSE A M. PIERRE BONNIER

Par le **Dr PAUL RAUGÉ**

Je regrette d'avoir à revenir sur un sujet un peu ardu. Mais l'article que j'y ai consacré ici même [1] a inspiré à M. Bonnier [2] quelques réflexions critiques que je ne puis laisser sans réponse.

M. Bonnier proclame tout d'abord cet axiome incontestable qu'il convient de donner toujours « une grande fixité de signification aux termes que l'on emploie ». C'est me dire assez clairement qu'il n'a pas rencontré dans mes termes à moi cette fixité qu'il réclame. Si j'étais tenté d'en douter, M. Bonnier prend soin de m'enlever toute illusion en me répétant, à quatre reprises, que j'ai constamment confondu la notion de direction et la notion de relief. Même il me traduit sa pensée en une comparaison familière : « Viser dans une direction donnée et régler son tir pour une distance donnée sont deux opérations distinctes. » En somme, M. Bonnier parait croire que les idées de profondeur, d'orientation angulaire, de plan, de direction, d'incidence ont pour moi un sens un peu vague. Je le vois bien à la peine qu'il prend pour m'en enseigner la différence.

Cet arrêt m'a été sensible et j'avoue qu'il me déplairait

1. Le relief acoustique et l'audition bi-auriculaire, *Archives de Laryngologie*, 1896, n° 4, page 345.

2. L'audition stéréacousique. *Archives de Laryngologie*, 1896, n° 6, p. 642.

qu'on se fît sur la précision de mon langage l'opinion peu favorable que semble en avoir M. Bonnier. Aussi je tiens à déclarer que je n'ai absolument rien confondu, que je fais une différence entre les mots *relief* et *direction*, et que si j'ai le regret d'être en désaccord avec M. Bonnier sur l'existence de l'orientation uni-auriculaire, j'ai du moins la ferme conscience de n'avoir offensé, comme il le croit, ni la physiologie, ni le langage. Je ne puis mieux faire, pour qu'on en juge, que de rappeler ce que j'ai dit. Le voici très exactement :

Pour acquérir au moyen de la vue l'idée de la profondeur de l'espace (relief), nous employons certain moyen qui consiste à nous servir de nos deux yeux. Pour obtenir à l'aide de l'ouïe la notion de la provenance des sons (direction), nous employons un moyen analogue qui consiste à nous servir de nos deux oreilles. Ce sont là, bien évidemment, deux opérations très distinctes et je comprends que M. Bonnier ne souffre pas qu'on les confonde. Aussi ne les ai-je point confondues. Je les ai comparées simplement, ce qui n'est pas la même chose, et je les ai uniquement comparées au point de vue de leur mécanisme. Or, je ne vois pas, je l'avoue, ce qu'il y a d'illégitime dans un parallèle de ce genre, si différents qu'en soient les termes. Ne rapproche-t-on pas tous les jours, en physiologie et en physique, des choses tout aussi dissemblables? Il est vulgaire, par exemple, de comparer les phénomènes électriques à des phénomènes hydrauliques qui leur sont plus ou moins analogues, et cela sans courir le risque d'être soupçonné de les confondre. Ces rapprochements sont si reçus, qu'ils se reflètent bien souvent jusque dans la terminologie même. N'emploie-t-on pas communément, pour désigner le potentiel, le terme *niveau électrique*, qui est une expression fort impropre, mais qui donne une idée très claire d'une notion un peu abstraite et qui serait difficile à saisir autrement que par comparaison avec une notion mieux connue? Accusera-t-on ceux qui se servent de cette locution incorrecte et commode de ne pas savoir distinguer l'idée de potentiel électrique et celle de niveau liquide? Et je ne vois pas, à tout prendre, ce que le mot relief acoustique, appliqué à l'orientation, peut avoir de plus offensant pour une oreille délicate que celui de niveau électrique désignant le potentiel.

II

Je sais bien ce que M. Bonnier va me répondre : c'est qu'il n'admet pas, comme moi, le moindre rapport de mécanisme entre le relief optique, qui s'obtient avec les deux yeux, et l'orientation auditive, qui s'obtient suivant lui avec une seule oreille ; c'est que par conséquent, lors même que je ne les aurais pas confondues, j'ai encore eu tort de comparer deux opérations qui, pour lui, sont aussi différentes par leur procédé d'exécution que par leur nature elle-même.

M. Bonnier est convaincu que l'orientation angulaire auditive ne nécessite aucunement l'intervention des deux oreilles, pas plus que l'orientation angulaire visuelle n'exige la participation des deux yeux, et qu'un seul organe auditif est aussi parfaitement capable d'apprécier isolément l'incidence d'un ébranlement sonore qu'un seul œil est capable de juger la direction d'un rayon lumineux. Je renvoie ici à M. Bonnier un reproche qu'il m'a fait, parmi beaucoup d'autres : c'est qu'il force un peu les analogies et qu'on ne saurait comparer en ce cas ce qui se passe pour la vue et ce qui se produit pour l'oreille. Si l'œil apprécie facilement la provenance des rayons lumineux, c'est qu'il possède un système dioptrique qui concentre et réunit ces rayons de façon que chaque point de l'objet vienne faire isolément foyer en un point déterminé de la rétine : c'est la disposition relative des différents points de l'image rétinienne qui définit l'écartement angulaire des points correspondants de l'objet. Rien de semblable pour l'oreille, dans laquelle les rayons sonores ne subissent aucune convergence et gardent leur parallélisme : il en résulte que les ébranlements émanés d'un point de l'espace ne viennent aucunement converger en un point de la surface sensible, mais l'atteignent pour ainsi dire en bloc ; si bien qu'il paraît difficile de concevoir comment l'organe peut tirer de cette impression diffuse des indications utilisables sur la provenance des sons.

Je sais bien que les partisans de l'orientation uni-auriculaire ne sont pas empêchés pour si peu et qu'ils ont trouvé à ce problème plusieurs solutions différentes ; tandis que les uns,

comme Weber, ont accordé à la sensibilité tactile du pavillon la faculté de définir l'incidence des rayons sonores, d'autres l'ont attribuée au tympan. M. Bonnier[1] a poussé plus profond l'analyse du phénomène. Voici comment il le comprend.

Le tympan n'éprouve pas seulement l'oscillation de dehors en dedans qu'on se borne généralement à lui reconnaître. Il complique cette oscillation d'une déviation latérale, qui dépend de l'incidence des ébranlements sonores. Cette déviation latérale se transmet par les osselets jusqu'à la platine de l'étrier, laquelle se présente ainsi à la surface du liquide labyrinthique avec des inclinaisons variables. Et comme l'ébranlement transmis à ce liquide exerce son action maxima suivant une perpendiculaire au plan du piston stapédien, on comprend que, suivant la présentation de la base de l'étrier, l'ébranlement atteint avec son maximun de force la membrane sacculaire sous-jacente selon tel ou tel pôle de sa convexité et tombe diamétralement sur tel ou tel point de la rétine sacculaire.

Encore qu'elle ne soit pas très simple, cette interprétation est assurément séduisante. Mais j'avoue qu'elle ne m'a point convaincu. Je trouve un peu bien compliqué le chemin tracé par M. Bonnier pour conduire sa déviation latérale de la membrane tympanique jusqu'à la surface sacculaire ; bien compliqué, également, le mécanisme de transmission [2] de cette oscillation latérale à travers la chaine des osselets. Sans parler de la difficulté manifeste que M. Bonnier éprouve à combiner cette opération d'orientation exécutée, par la papille sacculaire, avec l'audition, proprement dite, qui est exclusivement cochléaire. Pour expliquer comment ces deux fonctions connexes, bien qu'isolées à la périphérie, s'associent dans les centres nerveux, il est obligé de recourir à une hypothèse ingénieuse, mais subtile : il admet que chaque fibre nerveuse sacculaire définit une certaine orientation, un certain département de l'espace, et que cette fibre aboutit, au niveau des centres nerveux, à un amas nucléaire d'où partent d'autres fibres plus fines pour toute la papille cochléaire.

1. L'oreille. *Encyclopédie Léauté*. Tome III, p. 68 et suiv.
2. L'oreille. Tome II, pag. 167 et suiv.

Le centre d'association se trouverait représenté par une série de ces amas nucléaires dont chacun recevrait à la fois, d'une part une grosse fibre sacculaire servant à la localisation objective, d'autre part un grand nombre de fibres fines servant à l'analyse tonale et se distribuant à toute l'étendue de la papille spirale. Chacun de ces petits centres partiels répond donc à un point de l'espace et pourrait percevoir tous les sons qui lui parviennent de ce point.

III

La difficulté, dans toutes les théories uni-auriculaires de l'orientation objective, est de comprendre comment une oreille peut apprécier des incidences, comment une surface sensible, impressionnée par un ébranlement, peut se rendre compte de l'angle suivant lequel cet ébranlement lui parvient. Avec la théorie bi-auriculaire, cette difficulté disparaît : l'oreille cette fois n'a plus à mesurer des angles, mais à estimer des intensités, ce qui est beaucoup mieux dans son rôle et bien plus facile à concevoir.

Qu'il existe une relation entre la position d'une source sonore et la quantité différente de rayons, qu'elle envoie respectivement à chaque oreille ; que l'appréciation de cette différence puisse servir de mesure à la direction de ces rayons c'est là, une chose évidente et sur laquelle j'ai trop insisté [1] pour avoir besoin d'y revenir. Il y a mieux : on a établi entre ces éléments, une relation mathématique et je n'apprendrai certainement pas à M. Bonnier que Steinhauser a fixé cette loi en une formule relativement simple :

$$\text{tg. } \theta = \frac{q - q'}{q + q'} \text{ tg. } \varphi$$

dans laquelle θ représente l'angle formé par les rayons incidents avec le plan de symétrie, φ l'inclinaison du pavillon

1. *Loc. cit.* p. 350 et suiv.

sur la surface céphalique, q et q′ les intensités des impressions auditives respectivement perçues par chaque oreille.

La valeur de l'angle φ étant constante chez un même sujet, on conçoit que pour estimer la grandeur de l'angle θ, qui définit l'orientation de la source sonore, les oreilles n'ont qu'à comparer les valeurs de q et de q′, c'est-à-dire les intensités sonores que perçoit isolément chacune d'elles.

En maintenant contre M. Bonnier mes préférences convaincues pour la théorie bi-auriculaire de l'orientation auditive, je n'ai certes pas l'espérance de lui faire partager mon avis : je pense qu'il gardera son opinion comme je conserve la mienne. Cela est d'autant plus probable que notre désaccord théorique se complique d'un désaccord de faits. J'ai dit en effet, et je le répète, que les malades récemment privés d'une oreille méconnaissent la direction des sons et que, chez tous les sujets que j'ai observés dans ce sens, ce symptôme ne m'a jamais fait défaut. A cela M. Bonnier répond qu'il a observé tout le contraire et que l'orientation demeure intacte dans le champ sensoriel conservé. On comprend qu'il soit difficile de répondre quoi que ce soit à une contradiction aussi formelle. C'est une question d'observation que chacun peut contrôler aisément : je laisse à la clinique le soin de la trancher.

IV

Voilà donc un point établi, et qui ne prête à aucune équivoque : j'ai admis un rapport de mécanisme entre deux unités physiologiques très différentes de nature, mais je l'ai fait avec pleine connaissance de cause, et non dans une ignorance coupable de la propriété des mots. C'est pour indiquer ce rapport que j'ai appliqué à l'oreille le mot relief acoustique et nullement pour exprimer que les deux phénomènes sont identiques. Personne ne s'y est mépris. M. Bonnier, plus exigeant, a pris ce mot de relief tout à fait au pied de la lettre. Il me dit qu'effectivement il existe un relief acoustique, mais que ce relief est tout autre chose que la simple orientation dont j'ai parlé. Il part de là pour m'expliquer de quelle façon il faut comprendre le mécanisme du relief optique et quel est le phéno-

mène auditif qu'il convient de lui comparer. Voici, si je l'ai bien compris, comment M. Bonnier conçoit ce parallèle :

La principale cause du relief optique, c'est la variabilité de convergence des deux regards. Comme cette convergence est d'autant plus forte que l'objet est plus rapproché, nous jugeons de l'éloignement de cet objet d'après l'angle plus ou moins grand que font les axes visuels pour se croiser au point fixé. M. Bonnier s'efforce alors d'imaginer un phénomène auditif identique à ce phénomène optique. Il est évident, comme il en convient, qu'il ne saurait être question de convergence des axes auditifs, puisque ces axes sont fixes et de plus divergents. Aussi M. Bonnier fait-il intervenir la convergence des deux lignes d'incidence perçues respectivement par chaque oreille.

En appréciant, comme l'admet M. Bonnier, l'incidence des ébranlements émanés d'une source sonore, une oreille, prise isolément, ne détermine qu'une ligne, une direction. Le corps sonore peut être situé en un point quelconque de cette ligne, sans que l'oreille en question puisse aucunement se rendre compte de la distance de ce corps. Mais si l'autre oreille intervient, elle détermine à son tour une seconde ligne d'incidence, et l'entre-croisement de cette ligne avec la première suffit à définir un point: ce point représente exactement la position du corps sonore, comme tout à l'heure l'intersection des axes visuels déterminait la position d'un point visible. L'audition stéréacousique résulterait donc, pour M. Bonnier, de la double orientation angulaire, comme la vision stéréoscopique résulte de la double orientation des axes visuels.

Ce parallèle est ingénieux, mais il me paraît un peu théorique. Je crois d'abord que M. Bonnier se fait du relief optique une idée qui n'est pas exacte lorsqu'il dit que ce phénomène est lié à la variabilité de convergence des deux regards. Ce n'est certainement pas là que réside la cause principale du relief. Je n'en veux donner qu'une preuve. Lorsqu'un photographe prend une vue stéréoscopique, les deux objectifs de l'appareil ne varient pas leur convergence. Ils ne convergent même pas du tout, puisque leurs axes demeurent parallèles et regardent toujours droit devant eux. Et pourtant l'appareil voit les objets en relief, puisqu'il donne deux images planes dont la combinaison fournit l'impression stéréoscopique. La seule

cause de cette impression, c'est que les images sont dissemblables, et cette dissimilitude est absolument indépendante de la direction plus ou moins convergente de ce qu'on pourrait appeler l'axe visuel des objectifs : elle n'est due qu'à leur écartement, de même que la vision stéréoscopique directe est due à l'écartement des yeux. Il se peut que la convergence des axes nous donne plus ou moins l'idée de l'éloignement absolu. Mais le relief proprement dit, c'est-à-dire la notion de l'éloignement relatif, de la superposition des objets, me paraît exclusivement dû à la dissemblance des images que recueillent individuellement les deux yeux.

Quant à admettre pour l'audition l'existence d'un phénomène exactement superposable au relief proprement dit, c'est une idée qui, pour ma part, me semble éminemment contestable. La seule notion que nos oreilles puissent directement nous fournir est celle de la direction : c'est dans ce sens, uniquement, que j'ai parlé de relief acoustique. Il est bien certain qu'en pratique, nous pouvons aussi nous rendre compte, avec une précision relative, de l'éloignement d'un corps sonore. Mais cette appréciation résulte d'un véritable raisonnement qui se base exclusivement sur une estimation d'intensité. Nous en jugeons par le rapport entre l'intensité relative, qui répond à la sensation perçue, et l'intensité absolue du son, sur laquelle nous sommes plus ou moins renseignés par l'expérience. Aussi, lorsqu'il s'agit d'évaluer la distance d'une source sonore dont nous ignorons l'intensité absolue, sommes-nous parfaitement incapables d'estimer cet éloignement. Au point de vue de l'appréciation des distances, l'oreille ne peut évidemment être comparée avec l'œil, et en lui accordant la faculté du relief dans le sens rigoureux du mot, M. Bonnier l'a certainement trop flattée.

V

Les critiques de M. Bonnier ne s'adressent pas seulement au fond même de mon mémoire ; il lui fait aussi, chemin faisant, quelques querelles de détail, que je tiens à relever une à une.

Voici, par exemple, une phrase qui lui a visiblement déplu : c'est lorsque je dis, fort innocemment, que la bilatéralité des organes sensoriels est une loi si générale qu'elle semble devoir répondre à *une disposition intentionnelle et voulue*. Après avoir reproduit ce passage en italiques éloquentes, M. Bonnier semble inquiet de savoir si c'est là autre chose qu'une simple façon de parler. Je ne vois pas très clairement ce qui, dans ces deux adjectifs, peut affliger M. Bonnier, à moins qu'il n'y sente peut-être je ne sais quelle manifestation finalière. Si c'est ce qui le préoccupe, je puis le rassurer tout à fait. Ce n'est bien là, comme il l'a deviné, qu'une pure et simple formule, d'ailleurs universellement reçue, pour exprimer brièvement cette idée que les organes, en se transformant, s'approprient à un but déterminé et s'adaptent à leur fonction.

Plus loin, lorsque je me demande quelle peut être la raison de cette disposition bilatérale, M. Bonnier paraît surpris que je me pose cette question. « Vous n'ignorez pas cependant, me dit-il, non sans quelque commisération bienveillante, que l'immense majorité des êtres organisés le sont par rapport à un plan de symétrie et qu'il n'y a guère d'organe qui ne soit au moins primitivement double. » Certes, je ne l'ignore pas, puisque c'est de quoi je m'inquiète, et c'est justement parce que je le sais que j'en voudrais chercher la cause. Sans doute M. Bonnier veut dire que je me pose là une question inutile et que la recherche des causes n'est pas un procédé scientifique : il m'accuse, pour la seconde fois, du finalisme le plus noir. Mais alors, pourquoi, lui aussi, donne-t-il, quelques lignes plus bas, à cette même question, une réponse qui, sans doute, est différente de la mienne, mais qui n'est pas moins une réponse. Ne nous dit-il pas, en effet, que si les organes des sens sont doubles, c'est qu'un seul serait hors d'état d'analyser la partie du champ sensoriel pour laquelle le corps fait écran et que l'analyse totale exige cette bilatéralité ?

Enfin M. Bonnier me reproche de voir, dans cette multiplication d'organes, une libéralité excessive. Mais c'est justement le contraire que j'ai voulu dire et que j'ai dit. Voici textuellement ma phrase. « Pour s'imposer ce surcroît de dépense, pour montrer une libéralité dont elle est si peu coutumière, il faut que la nature économe y ait été absolument contrainte

par quelque nécessité physiologique qu'elle n'a pu satisfaire à moins de frais » Je ne vois pas qu'il soit possible de trouver là une autre idée que celle d'une sage parcimonie. Il me semble que si la nature — que M. Bonnier me pardonne cette métaphore — peut se plaindre qu'en ce passage je lui ai reproché quelque chose, c'est de s'être montrée généreuse parce qu'elle ne pouvait pas faire autrement, ce qui n'a jamais, j'imagine, passé pour un excès de prodigalité.

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

Séance du vendredi 8 janvier 1897.

Compte rendu par le Dr GEORGES GELLÉ.

Présidence de M. MARTIN, *président.*

M. Martin, *président*: Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence et je tâcherai de m'en rendre digne comme ceux qui m'ont précédé. (*Applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle le vote sur les candidatures nouvelles des membres désireux de faire partie de la Société, et dont les noms suivent:

MM. GLOVER, présenté par MM. Courtade et Saint-Hilaire.
GROSSARD, présenté par MM. Helme et Saint-Hilaire.
LERMOYEZ, présenté par MM. Luc et Lubet-Barbon.

Ces candidats étant admis par acclamation, on procède à l'*élection de la Commission de vérification des Comptes*, conformément à l'article 7 du Règlement.

Sont nommés: MM. Weismann, Furet et Lacroix (P.)

Le trésorier rappelle qu'à la prochaine réunion de la Société, le 9 avril 1897, il recevra les cotisations des membres présents pour l'année 1896 et l'année 1897.

Du redressement spontané des déviations de la cloison nasale par simple désobstruction de la fosse nasale opposée.

M. Lacroix. (Voir le mémoire de M. Lacroix, page 19.)

Discussion.

M. Martin. — Je pense que dans ces cas, il s'agit seulement de déviations de la partie antérieure de la cloison nasale.

M. Lacroix. — Oui, la cloison n'était pas déviée en totalité.

Accidents cérébraux (pseudo-méningite) au cours d'une otorrhée chronique, guéris par la trépanation de la mastoïde.

M. Georges Gellé.— (Le mémoire de M. Gellé, paraîtra dans le prochain numéro des Archives.)

Discussion.

M. Luc. — Je désire mentionner ici brièvement deux faits que j'ai observés tout récemment et que je me propose de publier ultérieurement avec tous les détails qu'ils comportent.

Le premier établit, comme celui de notre collègue G. Gellé, la possibilité de l'apparition d'accidents manifestement cérébraux dans le cours de lésions n'intéressant pas directement les organes intra-craniens. Il s'agit d'un jeune homme chez qui j'avais pratiqué l'opération de Stacke étendue à l'antre mastoïdien pour une vieille suppuration de Schrapnell ayant résisté à un long et minutieux traitement par le conduit. Au cours de l'opération, l'exiguïté du champ opératoire osseux et la situation profonde de l'antre m'avaient mis dans la nécessité de me donner du jour vers la paroi supérieure du conduit et de dénuder la dure-mère sur une petite étendue. Le foyer curetté et cautérisé avait été tamponné au moyen d'une mèche de gaze iodoformée sèche, dont l'extrémité ressortait par l'extrémité inférieure de la plaie suturée sur le reste de son étendue.

Au cinquième jour post-opératoire, sans qu'aucune élévation thermique supérieure à 37°5 eût pu faire présager aucun accident de rétention purulente, le jeune homme fut pris d'une grande attaque d'éclampsie généralisée, avec coma et toujours sans fièvre. (Il n'était ni épileptique, ni albuminurique.)

Quand les convulsions cessèrent (au bout de deux heures seulement), le coma persistant toujours, je défis le pansement enlevai les sutures et trouvai du pus fétide baignant le foyer et emprisonné sous la gaze iodoformée convertie en une carapace rigide par le sang coagulé.

Le foyer avait donc été insuffisamment désinfecté au cours de a suppuration. Je me contentai de le laver avec une solution de sublimé et d'y appliquer un pansement humide, me réservant d'inciser la dure-mère, le lendemain, si le coma persistait.

Je n'eus pas cette peine : je trouvai, le lendemain matin, le jeune homme en pleine connaissance et n'ayant conservé aucun souvenir de ses accidents de la veille.

Mon deuxième fait constitue un argument irréfutable contre l'arrêt de mortalité fatale, communément porté à l'égard de la méningite suppurée se développant dans le cours d'une suppuration péri-cranienne. Il s'agit d'une jeune femme qui, quelques jours après avoir été opérée par moi d'une sinusite frontale suppurée développée dans le cours d'un sarcome fronto-orbitaire du côté droit, fut prise de céphalée puis tomba dans un état de somnolence suivi de coma. Le jour même où la malade perdit connaissance, je rouvris le sinus, puis sa paroi postérieure. La dure-mère mise à nu sur l'étendue d'une pièce d'un franc était intacte. J'incisai alors cette membrane et trouvai une petite nappe de pus isolée à la surface de la pie-mère. Une inspection minutieuse de cette dernière membrane, à la suite de l'agrandissement de la brèche osseuse et de la plaie dure-mérienne, établit qu'il n'existait pas d'autres nappes purulentes dans le voisinage.

Lavage au sublimé. — Ponction du lobe frontal en trois points sans résultat.

Pansement humide. Dès le lendemain, la température de 39° était tombée à 37°, et la connaissance était complètement revenue.

Les jours suivants, le rétablissement de la malade fut entravé par une attaque de broncho-pneumonie, actuellement en résolution.

La malade ne présente aujourd'hui ni fièvre, ni aucune manifestation méningitique. La précocité de mon intervention m'a donc permis de saisir la méningite tout à fait à son début et de l'enrayer.

Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes.

M. Lichtwitz, de Bordeaux. — (Voir le mémoire de M. Litchtwitz, page 25.)

Discussion.

M. Lermoyez. — Dans le cas que j'ai vu et que cite notre confrère, il ne s'agissait pas d'une exostose, mais d'une simple exagération physiologique du rostrum de la partie antéro-inférieure du sphénoïde. Dans le second cas, nous ne ramenâmes

point de particule osseuse, mais notre curette fut arrêtée par un obstacle et par analogie nous en conclûmes à l'existence de la même particularité que dans le premier cas. Mais, je le répète, dans aucun cas il ne s'agissait d'exostose.

Présentation d'un nouvel abaisse-langue.

M. Courtade. — (Voir la description de l'instrument de M. Courtade, page 22.)

La prochaine réunion de la Société aura lieu le 9 avril 1897.

ACTUALITÉS

I. — Le Jubilé de M. le professeur Fränkel, de Berlin. — *De re publica laryngologica*, par M. le professeur Semon, de Londres. — II. A propos d'un article de M. le Dr Lermoyez, sur l'autonomie de l'otologie. — III. Mémoires et travaux à consulter.

I

On a célébré, il y a quelque temps, à Berlin le Jubilé de M. le prof. Fränkel. Quand je dis « célébré », c'est une façon de parler car j'ignore si cet anniversaire a donné lieu à la moindre fête. En tous cas il ne semble pas y avoir eu là rien qui pût rappeler les grandes apothéoses dont Pasteur fut chez nous le triomphateur, et chez nos voisins Virchow. Ce n'est pas que, toutes proportions gardées, M. Fränkel n'eût été un « jubilar » digne, lui aussi, de solennels hommages. Son œuvre est considérable. S'il s'est limité au domaine restreint de notre spécialité, il a su du moins en tirer une ample et riche moisson. Sans cesse acharné à son labeur, il n'est pas de questions où il n'ait exercé la sagacité de son esprit et la profondeur de ses vues.

Je suis très à mon aise pour dire tout le bien que je pense de cet homme éminent. C'est son œuvre seule qui m'a séduit et je ne saurais être accusé de la trouver belle parce que je la juge à travers celui qui l'a produite. Je ne connais pas M. le prof. Fränkel et mon appréciation ne saurait donc être obscurcie en rien par la valeur morale du maitre. D'autre part, étant de ceux qui pensent que si la science n'a pas de patrie, le savant en a une, je ne peux être suspect en rendant hommage comme il convient à notre confrère allemand.

Si ce Jubilé n'a pas mené grand bruit dans le monde, du moins — et nous devons en remercier M. Fränkel — il n'aura pas été sans profit pour nous. Dédaigneux sans doute des manifestations

bruyantes, il n'a pas voulu que cet anniversaire ressemblât à ces fêtes sans lendemain desquelles on peut dire que tout est oublié dès que les lampions sont éteints. En effet, par une attention délicate les collaborateurs de M. Fränkel, auxquels se sont joints des laryngologistes de tous les pays, ont tenu à nous apporter chacun un travail sur la spécialité. Cela a été comme une gerbe où l'on voit, à côté des fleurs d'Allemagne, celles d'Autriche, de France et d'Italie ; M. Gouguenheim et M. le prof. Massei représentaient ces deux derniers pays. Chacun, suivant son tempérament ou ses études antérieures, a fourni un mémoire, et il est sorti de cette collaboration internationale un faisceau d'études bien digne de celui qu'on voulait honorer [1].

On trouvera, dans ce numéro et dans le prochain, des analyses de ces travaux ; je les ai fait faire aussi complètes que possible.

Je ne veux vous parler ici que de l'envoi de M. Semon. Le maître anglais avait choisi un sujet d'ordre général : *De re publica laryngologica*, tel est le titre de cette dissertation. J'aurais voulu vous donner *in extenso* ces belles pages. A regret je dois me borner à de trop courts extraits. J'ai pensé qu'il y aurait intérêt et profit pour tous à lire cette étude de psychologie sur les écrits de la spécialité. M. Semon y juge les choses de haut. C'est pourquoi, avec beaucoup d'humour et un talent d'analyse remarquable, il ne craint pas de dire à chacun son fait.

Pour M. Semon, la littérature laryngologique des différents pays présente les mêmes caractères distinctifs, on pourrait dire spécifiques, que la littérature de chacun de ces pays.

Ainsi les travaux écrits par les Allemands sur la spécialité comportent en général les mêmes qualités d'examen approfondi, de recherche de détail que les autres œuvres de la littérature germanique. Par contre, on y rencontre fréquemment les mêmes défauts de disproportion excessive entre l'importance du sujet et le développement de l'étude ou du mémoire où il est traité.

La littérature spéciale anglaise se distingue par la grande sobriété du style, la sécheresse de la description, et aussi par l'accentuation du côté pratique.

La littérature laryngologique de la France, — vous allez voir qu'on n'est pas plus aimable, — qui jusqu'en ces derniers temps a suivi son chemin propre sans se laisser influencer par les spécialistes des autres nations, brille par la clarté et l'élégance de la description.

1. *Archiv. für Laryngologie*, de Fränkel, V, 1896.

Les Américains sont à l'affût de toutes les théories étrangères. Avec leur *go ahead* ! national ils se les assimilent rapidement. Ils se laissent même facilement entrainer à les pousser plus loin, et ils en tirent souvent des conclusions plus hardies.

Les Italiens enfin échappent mal à leur goût pour la rhétorique et se plaisent à envelopper de fantaisie le sérieux de la science.

Il est bien entendu, ajoute M. Semon, que ces caractéristiques ne doivent se prendre que dans un sens très général. Comme toujours, les esprits supérieurs de chaque nation se plient mal à la règle commune. Ils savent parfaitement s'approprier ce qui fait la valeur distinctive de la littérature d'un autre pays, sans perdre pour cela les qualités et la tournure d'esprit de leur race. Après ce passage de pschychologie internationale, M. Semon vient à parler de la nécessité où l'on se trouve à l'heure actuelle de connaître à fond ce qu'ont fait les autres si l'on veut à son tour publier un travail vraiment scientifique. Eh bien, là encore se marque l'empreinte du génie de chaque peuple

Les Américains ont sans conteste la palme, — et leurs ouvrages en font foi — quand il s'agit d'utiliser la littérature internationale. Après eux viennent les Allemands, mais combien différents ! Ces derniers méconnaissent trop facilement la valeur de leur vieux proverbe; ils oublient « qu'il y a aussi des habitants derrière la montagne », et ils se citent les uns les autres sans sortir de leurs frontières. Ils ne paraissent d'ailleurs pas se douter le moins du monde du tort que leur fait cet exclusivisme dans l'esprit de leurs collègues étrangers qui, eux, les étudient et les citent à l'envi.

Pour ce qui est des autres pays, on peut dire que les auteurs français commencent — ceci soit dit à leur honneur — à témoigner plus d'intérêt que jadis à ce qui se fait au dehors. En Italie on semble aussi s'intéresser davantage aux travaux des étrangers ; c'est du moins ce qui ressort des notes bibliographiques qu'on trouve souvent à la fin des mémoires publiés dans ce pays.

Quant aux Anglais, ils paraissent dans l'ensemble se soucier fort peu de la littérature spéciale, au sens historique et documentaire du mot. Trop d'étendue donnée à la bibliographie répugne au lecteur, qui soupçonnerait volontiers un auteur fertile en citations de chercher simplement à tirer à la ligne. Du reste, quand les Anglais se laissent aller à faire des citations ils se bornent en général à mentionner des auteurs qui écrivent dans la même langue qu'eux. Ceci doit avoir sans doute pour causes principales les difficultés linguistiques.

Ne croyez pas au moins, que M. Semon soit ennemi de la bibliographie. Bien au contraire; elle a, suivant lui, une grande valeur éducatrice.

D'abord elle élargit l'esprit du chercheur; ensuite elle lui enseigne la modestie. Quand on rencontre chez les autres des idées qu'on croyait avoir fait jaillir de son propre fonds, des vues qu'on croyait originales, on est bien obligé, si l'on avait eu la moindre velléité de présomption, de l'abandonner aussitôt. Il est superflu en outre de montrer comment la lecture des œuvres d'autrui nous amène à suivre les mêmes étapes progressives, par lesquelles a passé la pensée de celui dont on lit le travail. De même elle sert à confirmer, ébranler ou réfuter nos propres conclusions.

Mais ce qui précède montre surabondamment combien il est inutile de bourrer un ouvrage de citations et d'extraits, simplement pour l'amour d'être complet ou pour faire montre d'érudition. Qui tombe dans ce travers expose l'infortuné lecteur à être ballotté dans un flot d'opinions contradictoires. Peut-être est-il plus habile de l'y laisser se débattre que de chercher à l'en retirer; on ne risque pas ainsi de se compromettre. Cependant il faut reconnaitre que le procédé est peut-être un peu cruel.

Mais, continue M. Semon, les meilleures choses ont leur pire destin. Chacun ayant admis la nécessité d'une bibliographie bien faite, on est tombé, — et cela n'a rien de spécial à la laryngologie, mais peut s'appliquer à toutes les autres sciences, — dans l'erreur suivante. On ne se contente plus comme autrefois de citer les ouvrages utilisés en mentionnant le nom de l'auteur, la page du livre, etc., tout cela inséré modestement au bas de chaque page. Non. On a voulu faire mieux. Chaque travail est précédé ou suivi d'une Bibliographie aussi complète que possible de tout ce qui a été écrit sur le même sujet. Certains index sont chronologiques, d'autres alphabétiques. Il en est de raisonnés, mais tous à l'envi cherchent à être des plus compendieux; comme si l'on devait conclure de l'étendue de la bibliographie à la science de l'auteur.

Dans ces conditions, il n'est pas rare que ces énumérations de travaux soient faites pour ainsi dire sur commande, sans aucun contrôle de la part de l'auteur, d'où masse énorme d'erreurs de toute espèce, et par conséquent perte de temps considérable. Si l'on ne remédie pas à cette tendance, les mémoires et les travaux ne seront plus bientôt que l'appendice de la bibliographie. Il faut donc revenir au vieux système de nos pères; il était autrement

commode. Il n'était pas nécessaire alors de perdre son temps à feuilleter de gros bouquins. On donnait le passage cité et la phrase à laquelle il se rapportait, presque en regard, sur la même page. Ainsi on pouvait de suite voir de quoi il retournait de l'un et de l'autre côté. Enfin, cette façon de procéder offrait la seule garantie réelle que l'ouvrage avait été bien consulté par l'auteur qui le citait. Nous dirons que c'est bien ici que le bât blesse et que c'est ce qui retardera peut-être la réforme demandée par M. Semon. Il est toujours facile de faire montre d'érudition, ou simplement de conscience, en copiant une indication bibliographique dans un mémoire précédemment paru; aller puiser soi-même à la vraie source dans l'ouvrage mentionné, c'est une autre affaire.

Mais voici un point plus délicat. Il s'agit de la question de priorité. Nous savons tous et dans tous les pays, — car les hommes sont les mêmes partout, — les inimitiés qu'a fait naître cette nouvelle pomme de discorde. A quelles discussions sans fin, à quelles contestations stériles cette question n'a-t-elle pas donné lieu! M. Semon aurait pu nous dire lui-même, puisqu'il jugeait, nous l'avons dit, les choses de très haut, ce qu'il en pensait. Avec une modestie dont on le doit louer, il a préféré s'abriter derrière la haute autorité de la philosophie, et il cite Shopenhauer.

Il est vrai, dit Shopenhauer, que toute grande vérité est précédée par une sorte de pressentiment qui donne d'abord d'elle-même un tableau indécis, nuageux, inspirant un vain effort pour la saisir. De là les prétentions isolées de découvertes. Mais, seul, celui qui reconnaît une vérité dans ses racines et ses conséquences, qui la développe, appréciant en pleine conscience son étendue, sa valeur et son importance, qui l'expose d'une manière logique, celui-là seul peut prétendre à l'honneur de l'avoir découverte..... De même que ce n'est pas celui qui a ramassé un objet et le rejette, qui peut prétendre l'avoir trouvé, mais bien celui qui, l'ayant ramassé, le conserve, en ayant reconnu la valeur. C'est Christophe Colomb qui a découvert l'Amérique, ce n'est pas le premier naufragé qui a pu être jeté sur ses côtes.

Un auteur français, que je m'en voudrais de ne pas citer, a exprimé la même pensée sous une forme plus concrète et peut-être plus hardie : « Un fait enfonce toujours sa racine dans un fait antérieur qui lui sert de base. S'il s'épanouit en frondaisons ombreuses, c'est que nos pères avaient fumé le sol » (1).

1. *La Thérapeutique des vieux maîtres*, par le Dr M. Fiessinger d'Oyonnax, à Paris, à la Société des Éditions scientifiques.

Enfin M. Semon, qui vient de présider, avec tout l'éclat que l'on sait, la Société des Laryngologistes de Londres, a tenu à exprimer son sentiment sur ces sortes de réunions.

Sans doute, dit-il, elles offrent des avantages qui ne sont pas à dédaigner pour les diagnostics, etc. Mais elles comportent un danger, et c'est l'isolement absolu de la spécialité. Virchow l'a dit, aucune spécialité ne peut prospérer si elle se détache entièrement du corps de la science, aucune ne peut se développer d'une manière active et féconde, si elle ne puise pas constamment à la source commune. Si elle cesse de marcher du même pas que les autres parties de la science, si elle ne s'emploie pas à les aider et à être aidée par elles, son effort est stérile, car il faut avant tout conserver l'unité de doctrine. Celle-ci n'est pas toujours nécessaire dans la pratique du métier, elle est toujours essentielle pour la science.

Cette réflexion de M. Semon est des plus justes. M. Bouchard, chez nous, n'a pas dit mieux dans une leçon célèbre, où il préconisait l'unité de l'effort et l'unité de doctrine, seules capables de produire les résultats féconds.

A Londres, continue M. Semon, les Sociétés de Laryngologie ont pris un grand développement. Par suite, le nombre des mémoires présentés aux Sociétés générales de médecins est tombé à son minimum. Et c'est pourquoi il a jugé cet avertissement utile. Il résulte en effet de cet état de choses que les médecins non spécialistes risquent de prendre à l'avenir moins d'intérêt aux efforts de la spécialité et aux progrès réalisés par elle.

Tel est dans ses grandes lignes le travail de M. Semon. Nous avons, non pas traduit littéralement, mais tâché de faire une adaptation de certains passages de cette remarquable étude, remplie d'idées générales et d'aperçus originaux. Nous n'aurons qu'à faire notre profit des sages remarques de M. Semon. Je tiens à le dire en terminant, jamais travail ne fut plus digne que celui-là de l'homme éminent qu'il avait pour but de fêter.

II

Je voudrais vous parler maintenant d'un récent article de M. Lermoyez Tandis que M. Semon dissertait *de re publica laryn-*

gologica, notre confrère traitait ailleurs *de re publica otologica* Cet article a pour titre : L'Autonomie de l'Otologie (1). En même temps qu'il se recommande par sa forme élégante et verveuse, il peut encore servir à fixer l'état de l'Otologie en ce moment.

A la vérité peut-être trouvera-t-on que M. Lermoyez, médecin des Hôpitaux, prêche un peu pour son saint quand il réclame pour les auristes le droit de recourir directement au bistouri sans faire appel au chirurgien. Il y a déjà quelque temps que les spécialistes ont su prouver qu'ils ne reculaient devant aucune intervention utile. C'est là pour nous chose jugée. Il n'en est pas de même pour le public médical. C'est pourquoi, en dehors de l'agrément que nous avons eu à lire son article, M. Lermoyez a bien fait de revendiquer le droit aux opérations chirurgicales. Avec une grande largeur de vues et une indépendance parfaite, il montre, non-seulement les services que nous pouvons rendre, mais il tend à prouver surtout que, seuls, nous pouvons les rendre.

Au début un petit tableau de genre qui peint bien les idées que l'on se fait couramment sur l'Otologie.

L'otologie, mais qui donc en a cure? Vraiment ses aspirations sont trop vastes. Qu'elle reste donc l'art de se faire six mille livres de rentes en enlevant des bouchons de cérumen; car, n'est-ce pas, c'est bien là tout son bagage? En un tour de main ce talent s'acquiert, et une semaine, un mois à la rigueur suffit pour faire, de qui veut s'en donner la peine, un auriste accompli. Savoir correctement vidanger un conduit auditif, au besoin souffler un peu dans une trompe, est-ce vraiment chose qui tant mérite qu'on s'y arrête? Et puis, voyons, entre nous : est-ce qu'un auriste a jamais guéri un sourd pour de bon? Envoyez donc à l'essai à qui s'en osera vanter un de ces vieux porteurs d'otite sèche qui, depuis quelque vingt ans, promène dans le monde son cornet acoustique, et voyez ce qu'il en fera. Rien, n'est-ce pas : alors, à quoi bon? Il est vrai que nous n'avons pas encore reproché aux oculistes de ne pas donner la vue aux yeux de verre, ni aux chirurgiens de ne savoir pas faire proliférer un moignon d'amputation en un membre jeune et neuf; mais n'importe!

Donc de l'otologie il vaudrait certes mieux ne pas parler. Mais voilà, il y a le public, ce diable de public sans lequel Brichanteau eût été le premier comédien du monde; et notre public à nous, ce sont les patients, la longue théorie fluente des otorrhéiques.

1. *L'autonomie de l'Otologie*, par M. le Dr Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, *Presse médicale*, 2 janvier 1897, n° 1, chez Carré, à Paris.

C'est qu'ils ne pensent pas tout à fait comme nous, ces pauvres gens! Leur histoire est d'une banalité lamentable. Cela commence, à peu de chose près, toujours de même. En un jour d'hiver, mouillant les pieds sous la pluie, un rhume de cerveau a commencé, insignifiant; puis quelques jours plus tard, en se mouchant, ç'a été un claquement dans l'oreille, suivi d'une douleur atroce, qui, depuis cinq à six jours, dure sans trêve, empêchant tout sommeil et résistant à notre thérapeutique classique ; cependant, nous avons bien fait tout ce qu'il y avait à faire, inondé le conduit auditif de baume tranquille, prescrit un pédiluve, avec beaucoup de moutarde et mis des sangsues un peu partout. Heureusement notre persévérance va porter ses fruits; voici l'abcès de l'oreille qui s'est enfin crevé, le pus coule, la douleur cesse, tout va s'arranger pour le mieux. Et cependant l'oreille suppure longtemps encore, toujours, pendant des mois et des années, et le patient s'inquiète. Mais n'ayez crainte, lui dirons-nous. Ce n'est pas, à tout prendre, une si mauvaise chose ; en somme c'est un exutoire ; là où nous n'aurions pas osé, comme nos pères, abriter au bras un cautère sous une feuille de lierre, la nature a mis un écoulement d'oreille : autre moyen, même but. Pourtant, ne vous imaginez pas qu'il y aurait danger à ce que cet écoulement cessât : il y a beau temps que nous ne croyons plus à la rentrée des humeurs. Mais pour le tarir, voyez-vous, c'est affaire de traitement général ; il faut avant tout modifier votre tempérament, qui est trop lymphatique. Localement, si vous voulez, faites quelques injections d'eau boriquée, l'eau à tout faire; mais, surtout, buvez beaucoup d'huile de foie de morue...

Or, voici qu'un beau matin, notre malade se réveille tout mal à son aise, engourdi. Depuis quelques semaines, il se plaignait de maux de tête; il avait eu plusieurs vomissements, sans fièvre, une indigestion sans doute; et ce malaise devint somnolence, et la somnolence, coma; et le coma mort. « Mais, docteur, insinue quelque membre indiscret de la famille, est-ce que si l'on avait mieux soigné l'oreille, ce malheur n'eût pu être évité? Peut-être le pus a-t-il eu le temps de remonter au cerveau. — Erreur, cher monsieur : pourquoi aller chercher midi à quatorze heures et faire ici intervenir l'oreille qui n'a rien à y faire? Croyez-moi, c'est tout simplement un cas de méningite tuberculeuse comme il y en a tant; du reste, le pauvre homme y était manifestement prédisposé par son hérédité : l'oncle de sa mère avait, paraît-il, la poitrine très délicate. Et d'ailleurs, un abcès du cerveau, une méningite purulente d'origine otique, cela se décrit dans les livres : mais dans ma pratique, et elle est déjà longue, jamais je n'en ai vu. »

Et cependant, ajoute M. Lermoyez, ces accidents existent. Et

il n'a point de peine à en donner des exemples, soit qu'il les tire de sa pratique très active, soit de la statistique de Korner que nous avons publiée nous-même dans ces Archives.

Décidément, conclut-il, l'Otologie est plus vaste que nous ne le pensons. Elle commence bien aux bouchons de cérumen, mais elle s'étend jusqu'aux abcès encéphaliques inclus. Il n'y a pas seulement des heureux qui vivent des premiers, il y a aussi des malheureux qui meurent des seconds. Et décemment, de ceux-ci, il y en a trop chez nous, à l'hôpital !

La vraie, la seule raison en est celle-ci : Dans les cliniques allemandes, il y a des maîtres qui font de l'otologie, par profession et non pas accessoirement, comme art d'agrément. Dans nos hôpitaux de Paris, il n'y a pas d'auristes purs, et il ne pourra pas y en avoir tant qu'il y aura des médecins et des chirurgiens.

Ah ! ah ! attention. C'est ici que gît le lièvre. Nous sommes un peu misonéistes en France, et nous avons du mal à nous figurer un médecin faisant de la chirurgie. On oublie trop volontiers les nombreuses révolutions qui ont bouleversé notre art, et l'on imagine aisément les médecins divisés en deux grandes classes, ceux qui percutent, auscultent et rédigent des ordonnances, et ceux qui coupent et trépanent. Mais cette dichotomie, dans le bon sens du mot, comme le dit M. Lermoyez, pouvait exister autrefois ; elle n'est plus de mise aujourd'hui. Nous ne sommes plus à l'époque des barbiers, personnages peu instruits et propres aux besognes brutales et purement manuelles. La chirurgie, si elle était dédaignée autrefois, a largement pris sa revanche, et à son tour elle menace de prendre le pas sur la médecine. Cela est fort juste, d'ailleurs, mais il ne faudrait pas cependant que les chirurgiens, oublieux du passé, allassent ressusciter contre nous ces mêmes querelles d'attributions dont ils eurent tant à souffrir jadis.

Quoi qu'il en soit, la profonde division qui avait existé entre les deux parties de notre art n'a pu disparaître complètement des mœurs. N'est-ce pas Montesquieu qui a dit : « Lorsque les choses se sont mises dans une certaine situation, il est presque toujours de la prudence de les y laisser, parce que les raisons souvent compliquées et inconnues, qui font qu'un pareil état a subsisté, font qu'il se maintiendra encore. »

Dans ce cas, dit M. Lermoyez, où aller ? Dans la médecine ? Par tradition cela s'impose. Ne sont-ce pas des médecins, Itard, Deleau, Menière, qui l'ont dégagée du chaos, pour en construire les principales pièces que l'École allemande n'eut plus tard que la peine d'assembler, tandis que, dans le même temps, les chirurgiens de la première moitié du siècle prenaient à tâche de la discréditer, en ouvrant l'apophyse mastoïde sous les plus divers prétextes... Mais tout passe, tout change. Et j'entends à la cantonade une voix qui me crie avec l'accent tudesque : « L'otologie sera chirurgicale ou ne sera pas ! » Tant pis pour la médecine qui l'a semée, mais qui n'a su en faire la récolte. *Sic vos non vobis*... Et comme les auristes avant tout tiennent à être, résolument ils endossent la blouse antiseptique et passent dans les camps des opérateurs. D'ailleurs, est-ce que les médecins, des gens doux, qui mettent le commencement de leur sagesse plutôt dans la peur du sang que dans la crainte des microbes, sont hommes à trépaner une mastoïde, à évider un rocher, à cheminer au besoin à travers la dure-mère vers le cerveau ou le cervelet ? Non, n'est-ce-pas ?

Donc, l'otologie sera chirurgicale, et rien que chirurgicale. Le bistouri et le grand jour vont nous révéler les mystères de l'oreille moyenne, bien plus commodément que spéculums et photophores. Ainsi, nous obtiendrons en quelques mois la cure radicale de cette otorrhée qui, tout comme une hernie, rend infirmes ceux qui la portent et qui, elle aussi, a ses étranglements toujours menaçants, méningite et encéphalite. Au seringage indéfini et impuissant, elle substitue l'évidement brillant, qui vite guérit.

Cela serait parfait si toute l'otologie tenait dans l'otorrhée. Mais la pratique de la clientèle montre qu'il en est tout autrement. Sur cent maladies d'oreilles que je prends, au hasard dans mes notes de ville, je trouve seulement vingt-cinq otorrhéiques : sur cent cas, l'otologie chirurgicale ne peut donc réclamer comme sienne qu'une proportion d'un quart. C'est peu. Mais que sont donc les autres malades ? Des gens dont l'ouïe baisse, dont l'oreille bourdonne, dont la tête tourne, toutes choses dont il faut souvent rechercher le pourquoi très loin de l'appareil digestif. Or, est-ce bien la besogne des chirurgiens que d'ausculter le cœur, que d'aller découvrir la cause d'un bourdonnement dans les petits signes du brightisme ou l'analyse de troubles gastriques, de dépister derrière un vertige le tabès commençant ? Si oui, pourquoi donc leur laisser le droit de brandir le sthétoscope, si on refuse aux médecins celui de manier le bistouri ? Il s'en faut donc de beaucoup que l'otologie soit chirurgicale, puisque 75 pour 100 de ses victimes relèvent de la médecine.

Mais même pour le quart qui reste au compte de la pathologie externe, ce n'est guère plus l'affaire du chirurgien que celle du médecin

d'intervenir. Par tempérament, le chirurgien se complaît aux débridements larges, aux pénétrations hardies, chose qu'en cette région périlleuse de la mastoïde, le facial et le sinus latéral tolèrent malaisément ; curetter une caisse sous le photophore, abattre un pan de mur de la logette, extraire correctement les osselets, c'est pour eux une besogne trop mièvre : les charpentiers font mal l'ébénisterie. D'ailleurs beaucoup d'entre eux ne s'en donnent pas la peine : ils en restent à la trépanation de nos pères, à cette bonne trépanation 1830 qui mène aussi souvent au sinus qu'à la guérison. Révérence parler, ils tueraient volontiers une mouche d'un coup de pavé.

Exemple : dans un traité de thérapeutique chirurgicale très remarquable il est dit ceci : que tout corps étranger du conduit auditif, qui ne sort pas aux lavages, impose d'urgence la résection temporaire du pavillon et du conduit ; ce qui équivaut à peu près à pratiquer la laparotomie chez tout constipé après échec du premier lavement.

Alors que faire ?

Il y a bien un moyen de sortir d'embarras, c'est de faire de l'otologie deux parts. Au rayon de l'otologie médicale nous adresserons les scléreux, gens de passage, avec leurs bourdonnements, leurs vertiges, leur surdité incurable ; et le comptoir de l'otologie chirurgicale tiendrait l'article de rapport pour otorrhéiques. Mais vous tous qui criez haro sur les spécialités et supputez avec inquiétude leur nombre croissant, en laisserez-vous faire deux d'une ? D'ailleurs, ce jugement de Salomon a été appliqué à la gynécologie : et le résultat n'est pas tel que nous ayons à nous en féliciter. Ainsi, actuellement, il est convenu qu'il existe une gynécologie médicale et une gynécologie chirurgicale : sœurs jumelles qui vivraient très unies, s'il ne se glissait entre elles un petit sujet de discorde : c'est que chacune entend tout prendre pour elle.

Une femme a-t-elle à se plaindre de son utérus, au point que la vie à deux devienne intolérable ? On lui offre deux moyens de sortir d'embarras. Est-elle d'un naturel décidé, préfère-t-elle aux hasards d'un raccommodement, toujours fécond en surprises, la situation nette et stérile d'une séparation définitive ? Vite elle frappera à cette porte où elle sait que sans formalités, sur un simple oui, comme à Gretna-Green, le divorce sera prononcé et l'utérus « descendu » définitivement ; on lui affirme, du reste, que c'est le seul parti qu'elle ait à prendre. Mais plus timide, préfère-t-elle transiger ? elle sonne en face : là, elle le sait, tout est à la conciliation ; c'est comme une justice de paix gynécologique où l'on cherche avant tout l'accord des parties ; et, le temps y aidant, avec beaucoup d'huile dans les gonds et de glycérine dans les cols, peu à peu on arrive, sans hâte ni brusquerie, à obtenir un

concordat très suffisant ; et là encore on lui assure qu'elle a pris le meilleur parti.

L'Otologie ne peut être logée « dans une maison à deux issues ». Les malades auraient trop à en souffrir. L'otologie n'est ni médecine, ni chirurgie, parce qu'elle est à la fois l'une et l'autre, et plus encore.

L'auriste ne doit plus être, à l'heure actuelle, cet obscur spécialiste confiné dans son domaine, ignorant des alentours, « unilatéral », comme on dit à Vienne, dont la tradition nous a transmis le portrait. Écoutez plutôt ce qu'en dit Knapp. Ce doit être à la fois un spécialiste rompu à sa technique particulière ; un médecin sachant interroger le cœur, les reins, capable de reconstituer avec un stigmate tout un passé de syphilis, ou un présent de brightisme ; un neuro-pathologiste pouvant préciser le siège d'une lésion cérébrale, et surtout un chirurgien habile à l'atteindre ; en un mot, un homme complet en sa partie, ne devant compter qu'avec ses propres forces, et qui, comme le savetier, doit savoir faire tout ce qui concerne son état.

Un administrateur unique pour chacun de nos organes et capable de satisfaire seul à tous leurs besoins : voilà l'avenir de la répartition du territoire humain, bien autrement fécond que l'antique division de notre corps entre médecins et chirurgiens, voulant régner sur tout son ensemble, et s'en disputant des régions.

Ainsi comprise, l'otologie mérite de posséder son autonomie nosocomiale, son indépendance à la fois vis-à-vis de la médecine et de la chirurgie ; elle réclame les mêmes droits que la dermatologie et l'ophtalmologie.

On ne peut pas mieux dire. D'ailleurs M. Lermoyez est en bonne compagnie lorsqu'il demande à celui qui traite un malade de n'avoir pas besoin d'intermédiaire quand il s'agit de s'armer du bistouri. N'est-ce pas M. le prof. Bouchard qui proclamait, il y a quelques années, tout le regret qu'il avait de ne pouvoir, dans certains cas, traiter complètement ses malades, faute d'une pratique chirurgicale suffisante ? La question est donc entendue. Ceux qui s'adressent à nous ont tout intérêt à ce que nous sachions leur rendre le plus de services possibles. Aussi bien, puisque M. Lermoyez a cité Brichanteau comédien au début de son article, il me permettra de dire que, sans comparaison, tout ce que le public peut nous demander, c'est ce qu'il demandait à Brichanteau, à savoir que quelle que soit la scène sur laquelle l'auriste est appelé à évoluer, il tienne parfaitement sa place et joue sûrement son rôle.

III

Je n'ai pu, à mon grand regret, donner place cette fois à une rubrique que je réservais aux ouvrages récemment parus chez nous. C'est ainsi que je remets au numéro suivant les notes sur le fascicule du *Traité de thérapeutique appliquée d'Albert Robin* pour lequel MM. Gouguenheim, Garel, Lermoyez, ont écrit les chapitres qui ont trait au larynx.

De même je n'ai pu encore vous entretenir, faute de place, du Traité de thérapeutique des fosses nasales de Lermoyez. Ce sera pour la prochaine fois.

Je vous donnerai également quelques notes sur les thèses qui m'ont paru le plus dignes d'attention et parmi lesquelles je cite les suivantes : Des moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne, par le Dr Piaget ; sur la bactériologie des végétations adénoïdes, par le Dr Gourc ; la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique, par le Dr Pague ; l'otite moyenne aiguë chez les scléreux, par le Dr Lemariey, de Rouen ; la sérothérapie de l'ozène, par le Dr Lautman. Ce dernier mémoire est surtout intéressant parce qu'il offre l'étude complète et impartiale d'une méthode de traitement encore très discutée aujourd'hui. C'est je crois, le premier travail d'ensemble publié en France sur la question. J'aurai donc l'occasion d'y revenir en même temps que sur d'autres ouvrages dont on annonce la publication.

F. H.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. le Dr Raugé la lettre suivante :

A Monsieur le Professeur Politzer.

Mon cher confrère,

Votre lettre ne m'a point surpris, ni vos courtoises doléances, ni vos doux, oh ! très doux reproches si joliment enguirlandés de compliments un peu narquois. C'est une vérité reconnue que nos portraits les plus flatteurs ne nous plaisent jamais qu'à demi. Le plus indulgent des modèles s'y sent toujours un peu trahi. Même s'il convient poliment que la copie est supportable, il n'en pense pas moins, au fond, que l'original est encore mieux ; et tel que nous jugeons exact quand il peint la tête d'autrui, nous paraît éminemment contestable dès qu'il peint notre tête à nous.

Et je comprends cela très bien : du moment qu'il s'agit, en somme, d'un sujet cher à notre cœur et que nul ne connaît mieux que nous, nous avons bien le droit d'être un peu difficiles et de désirer que l'auteur nous pare de tous nos attraits.

Vous n'êtes point assurément, cher confrère, de ces modèles exigeants pour qui leur portrait, quoi qu'on fasse, n'est jamais peint assez en rose. Vous vous affligez, au contraire, que le vôtre soit trop flatté, en quoi vous voudrez bien me permettre de n'être point de votre avis; car je pense, je vous assure, tout le bien que j'ai dit de vous.

Vous m'accordez que la figure, les accessoires, l'entourage, enfin tout ce qui m'a séduit, est assez fidèlement rendu. Quelque chose, pourtant, vous déplaît, qui vous gâte, je crains bien, tout le reste. Ce quelque chose, ce n'est rien et c'est beaucoup : c'est le costume. Je vous ai présenté en robe de professeur, au lieu de vous avoir revêtu de l'attirail belliqueux du chirurgien. Et voilà ce qui vous chagrine ; et je sens bien que, malgré vous, vous me tenez un peu rigueur de ne vous avoir point montré dans le rôle qui vous plaît le mieux. Il est clair que vous trouvez moins brillant celui que je vous ai choisi. Et

cependant, c'est celui-là par où vous m'avez, cher confrère, charmé et conquis tout d'abord ; et vous restez si bien pour moi le professeur par excellence, qu'il m'était, autant dire, impossible de vous voir et de vous peindre autrement.

Maintenant, voulez-vous savoir quel est, parmi tous vos griefs, celui qui m'est le plus à cœur, celui même qui, pour tout dire, m'a décidé à vous répondre? C'est que vous ayez supposé que j'aie pu, — comment vous dirai-je? — que j'aie pu « blaguer » méchamment ce que vous appelez avec mélancolie « votre pauvre petite salle de clinique ». Je crains cette fois, cher confrère, que vous ne m'ayez pas compris. Relisez, je vous prie, le passage où j'ai essayé d'esquisser le décor de votre enseignement, et vous serez bien difficile si vous y trouvez, — fût-ce entre les lignes, — un grain de malveillance ou d'ironie. Je n'ai pu donner, assurément, votre modeste sanctuaire comme le dernier mot de la modernité ; mais je serais d'autant moins pardonnable d'avoir, comme vous semblez le croire, fait de l'esprit à ses dépens, que j'aime infiniment tel qu'il est, peut-être parce qu'il est ainsi, ce petit coin hospitalier et travailleur. C'est justement parce que je l'aime que je me suis, non sans plaisir, attardé un peu à le décrire. Il se peut que certains détails, d'une précision trop réaliste, aient égratigné à mon insu votre amour-propre de propriétaire. Mais vous auriez grand tort d'y voir une plaisanterie douteuse sur la simplicité du cadre et la pauvreté du logis où l'on m'a si gracieusement reçu.

Agréez, je vous prie, cher confrère, mes très respectueux souvenirs.

PAUL RAUGÉ

ANALYSES

I. — OREILLES

Was können wir von der operativen Entfernung des Steigbugels bei Steigbügel-Vorhofankylose zum Zweck der Hörverbesserung erhoffen? — Que sommes-nous en droit d'attendre de l'extraction de l'étrier, au point de vue d'une amélioration de l'ouie, en cas d'ankylose de cet osselet avec la paroi vestibulaire? par le Dr GRUNERT (de Halle), (*Archiv. für Ohrenheilk.*, vol. 41, p. 294).

L'auteur pense que la réponse faite à la question qui forme le titre de son travail doit être basée : 1° sur nos connaissances relatives à la physiologie de l'appareil de transmission; 2° sur le résultat de l'expérimentation sur les animaux; 3° sur les lésions anatomiques qui président à l'immobilisation de l'étrier dans la fenêtre ovale ou qui l'accompagnent. Il lui paraît hors de doute que l'ankylose de l'étrier constitue à elle seule une lésion capable de diminuer l'audition. En effet, dans les conditions normales, les ondes sonores qui ébranlent la membrane tympanique communiquent à l'étrier, par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, une succession de déplacements ou de vibrations en masse, lesquelles sont transmises au liquide labyrinthique, à la condition que la membrane fermant la fenêtre ronde ait elle-même conservé sa mobilité, une succession d'ondes se produisant de la première de ces fenêtres vers la seconde. Que l'étrier vienne à être immobilisé, il ne peut plus être question dès lors de vibrations par déplacement en masse de l'osselet; les vibrations sont alors simplement moléculaires, c'est-à-dire qu'elles se réduisent à des alternatives rapides d'expansion et de condensation du tissu osseux.

La fenêtre ronde ne peut, d'autre part, compenser, dans ces circonstances, le rôle de la fenêtre ovale. Tout d'abord, en supposant que par un renversement du rôle respectif de ces deux orifices, ce soit la fenêtre ronde qui transmette au liquide labyrinthique les vibrations tympaniques qui lui sont communiquées par l'air de la caisse, l'immobilisation de la platine de l'étrier l'empêcherait de jouer le rôle d'échappement dévolu, dans les condi-

tions normales, à la membrane de la fenêtre ronde. Et en supposant même que cette dernière membrane pût transmettre au labyrinthe les ondes sonores, elle ne le ferait pas avec le pouvoir multiplicateur qui, d'après Helmholtz, caractérise le fonctionnement de la membrane de la fenêtre ovale. Il résulte en effet des recherches de cet auteur que les vibrations tympaniques sont transmises, dans leur intégrité, à la membrane de la fenêtre ovale. Or, cette dernière membrane étant quinze ou vingt fois plus petite que la membrane tympanique, il en résulte que chacun des points de sa surface vibre avec une force quinze ou vingt fois plus forte que les divers points de la surface tympanique.

Grunert se demande ensuite comment pourra s'opérer la transmission des ondes sonores vers le labyrinthe, après que l'étrier extirpé aura été remplacé par une membrane cicatricielle. Dans ces conditions la différence de force vibratoire entre les deux membranes (fenêtre ovale et fenêtre ronde), qui est la condition *sine qua non* de vibrations en masse et de déplacements du liquide labyrinthique, pourra encore être réalisée, en raison de la supériorité d'étendue de la fenêtre ovale sur la fenêtre ronde et grâce à sa situation plus favorable pour la transmission de ces vibrations. Les conditions nouvelles réalisées par l'extraction de l'étrier seront donc moins désavantageuses pour l'audition que celles créées par l'ankylose de cet osselet. Il pourra par conséquent y avoir diminution de la surdité, mais non restauration intégrale de la fonction, car, du fait de la disparition de la chaîne des osselets, la membrane de la fenêtre ovale perd le pouvoir multiplicateur mentionné plus haut, sans compter la suppression fonctionnelle du muscle de l'étrier considéré par Kessel comme l'agent régulateur de la pression labyrinthique.

Les considérations théoriques qui précèdent sont donc favorables à l'opération, puisqu'il ne peut en résulter qu'un bénéfice, si mince qu'il soit, pour l'audition. L'auteur trouve un autre argument tendant à la même conclusion dans les faits connus d'élimination spontanée de l'étrier au cours de suppurations de l'oreille, cette élimination n'ayant jamais été suivie ni de suppuration du labyrinthe, ni de méningite, ni d'abolition totale de l'ouïe, cette fonction ayant même présenté, dans le cas cité par Wolf, une amélioration marquée.

Les données de l'expérimentation sur les animaux plaident dans le même sens. Il en résulte en effet: 1° que l'extraction des deux étriers pratiquée sur des chiens, des lapins, des poules et des pigeons ne serait pas suivie d'une diminution appréciable de l'ouïe ; 2° que l'osselet extirpé est remplacé par une membrane à

concavité tournée vers le tympan ; 3° que consécutivement l'examen microscopique de l'appareil labyrinthique n'y révèle pas d'altération.

Quant à l'extraction involontaire de l'étrier, telle qu'elle a été parfois pratiquée par certains opérateurs, au cours d'ouvertures larges de l'oreille, les effets en ont été variables : il y a eu tantôt aggravation, tantôt diminution de la surdité, mais jamais perte complète de l'ouïe.

L'auteur passe ensuite à l'étude des lésions anatomiques qui accompagnent l'immobilisation de l'étrier, et il étudie successivement ces lésions dans l'otite sèche et consécutivement aux processus suppuratifs.

L'étude de ces lésions dans l'otite sèche n'est guère encourageante. Elles sont en effet extrêmement variées, l'ankylose pouvant être externe, c'est-à-dire intra-tympanique, ou interne, c'est-à-dire vestibulaire, constituée par de simples brides ou par du tissu osseux au milieu duquel l'étrier disparaît complètement, d'autre part, la fenêtre ronde pouvant rester intacte ou être au contraire englobée dans les modifications générales des tissus de la caisse, enfin les lésions pouvant être limitées à la caisse ou s'étendre au labyrinthe. On conçoit combien les chances de succès opératoire varient suivant ces diverses éventualités qu'il est malheureusement, la plupart du temps, impossible de soupçonner à l'avance ; et l'auteur arrive à cette conclusion que, pratiquée dans ces conditions, l'extraction de l'étrier ne saurait être considérée autrement que comme une *tentative* plus ou moins aventureuse, mais qui trouve toutefois son excuse dans le pronostic inexorable de l'affection abandonnée à elle-même.

Toutes différentes sont les conditions, quand l'ankylose de l'étrier est la conséquence d'une suppuration antérieure de l'oreille. Ici les chances de succès sont bien plus grandes, pour les trois raisons suivantes : 1° les adhérences sont presque toujours externes, c'est-à-dire qu'elles occupent la face tympanique de la fenêtre ovale ; 2° elles sont bien plus souvent fibreuses qu'osseuses, elles sont donc facilement sectionnables ; 3° la fenêtre ronde est habituellement respectée, et, quant au labyrinthe, s'il est le siège de quelques lésions, celles-ci ne tendent pas à évoluer ni à s'aggraver après l'opération.

Dans la dernière partie de son travail, Grunert fait l'examen critique des faits jusqu'ici publiés d'extraction de l'étrier, laissant volontairement de côté les simples tentatives de mobilisation de cet osselet qu'il considère comme incapables de donner des résultats durables et comme pouvant exercer une influence

aiguillonnante sur la marche ultérieure des lésions scléreuses.

Il ressort des faits d'extraction de l'étrier connus jusqu'ici et passés en revue par l'auteur que cette opération pratiquée, il est vrai, trop souvent sans un examen préalable suffisant de l'appareil auditif et en dehors d'indications précises, a donné des résultats disparates, tantôt favorables, tantôt défavorables, tantôt nuls. Grunert a lui-même pratiqué trois fois cette opération dans des cas d'otite sèche accompagnée de conservation de la perception osseuse. Le résultat fut nul au point de vue de l'audition; dans un seul, il parut y avoir une légère diminution des bruits subjectifs qui tourmentaient le malade.

En résumé, tout en reconnaissant que l'opération en question ne saurait être considérée que comme une tentative dont les effets ne peuvent être prévus avec quelque certitude, étant données les nombreuses inconnues du problème pathologique, et tout particulièrement notre ignorance de l'état de la fenêtre ronde, l'auteur est d'avis qu'il ne faut pas la rejeter, mais y recourir au contraire, après un examen minutieux de l'appareil auditif, en la réservant aux cas où le labyrinthe ne paraît pas atteint. Il s'élève avec force contre les opérateurs qui négligent de s'entourer de cette précaution indispensable et qui risquent par là de discréditer la méthode en question, comme fut discréditée jadis la trépanation mastoïdienne par le fait même de son abus.

Au point de vue du manuel opératoire il préfère à l'extraction pratiquée par le conduit, opération incertaine dans son exécution et inapplicable à la totalité des faits, l'extirpation de l'osselet par une brèche osseuse pratiquée en arrière du pavillon, suivant les principes de Stacke, et en regard de la marche inexorable de la maladie abandonnée à elle-même, il fait valoir cette considération, que l'opération présente un certain nombre de chances d'améliorer le sort du malade et que, jusqu'ici, elle n'a jamais été suivie ni de mort, ni de perte complète de l'ouïe.

LUC.

Végétations adénoïdes chez les sourds-muets, avec quelques considérations sur l'étiologie de la surdi-mutité, par O. FRANKENBERGER (*Monatsschrift f. Ohr.*, etc., octobre 1896).

Dans cet excellent travail, l'auteur s'efforce de mettre en relief le rôle des végétations adénoïdes dans l'étiologie de la surdi-mutité.

Après LEMCKE, ALDRICH, et WROBLEWSKY, l'auteur publie sa statistique. Il a examiné les 158 pensionnaires de l'Institut des sourds-muets de Prague (93 garçons et 65 filles) âgés de 6 ans 1/2 à 16 ans. Chez 94 (56 garçons et 38 filles) le toucher rhino-pharyngien ou la rhinoscopie postérieure lui ont permis de constater l'existence de végétations adénoïdes. Il n'a tenu compte que des cas où la tonsille hypertrophiée recouvrait la partie supérieure des choanes, ou de la cloison, négligeant les cas où le tissu lymphoïde s'élevait simplement au-dessus du niveau du reste de la muqueuse.

La constatation de cette fréquence énorme des végétations adénoïdes chez les sourds-muets conduit l'auteur à conclure qu'elles sont souvent la cause de la surdi-mutité en favorisant l'envahissement de l'oreille moyenne et du labyrinthe au cours d'une maladie infectieuse ayant touché les fosses nasales et la gorge.

Si l'on surveillait davantage le cavum des jeunes enfants, et si l'on intervenait en temps utile, on pourrait donc non seulement s'opposer au développement de la surdi-mutité, mais en outre arrêter la marche de l'affection déjà déclarée.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses lésions trouvées à l'autopsie des sourds-muets et montre que le plus souvent les causes de la surdi-mutité sont des lésions inflammatoires de l'organe de l'ouïe, bien plus que des anomalies de développement. La surdi-mutité est donc plutôt acquise que congénitale et une thérapeutique précoce pourrait seule diminuer le nombre des sourds-muets. L'auteur termine en rappellant la théorie de GELLÉ sur le développement de l'oreille moyenne à la naissance et la disparition du bouchon gélatineux dès que l'air pénètre dans la caisse avec la respiration pulmonaire. Que cette substance ne se résorbe pas, qu'elle s'enflamme et suppure, et l'oreille interne pourra être touchée secondairement, d'où surdi-mutité diagnostiquée souvent comme congénitale, mais surdi-mutité acquise en réalité.

MANDELSTAMM.

Le traitement chirurgical de la surdité; par GARNAULT (*Médecine moderne*, 30 décembre 1896).

L'auteur expose les résultats de sa pratique du traitement de la surdité chronique, par l'excision du tympan, l'ablation du marteau et de l'enclume, la mobilisation de l'étrier ou son extraction pratiquées par voie mastoïdienne.

Suivant l'auteur, sont opérables tous les cas de surdité chro-

nique, chez lesquels on peut affirmer, ou tout au moins supposer avec grande vraisemblance, que la cause de la surdité est due uniquement ou principalement à des altérations de l'appareil de transmission.

Nous posons, en principe, dit l'auteur, que tout malade atteint de surdité chronique chez lequel le signe de Rinne est très nettement positif ne doit pas être opéré; que tout sourd chronique chez lequel le signe de Rinne est négatif doit être opéré.

Mode opératoire. — Désinfection préalable du conduit et de la région mastoïdienne.

1er *Temps*. — Incision semi-circulaire des téguments à 3-5 millimètres en arrière du pavillon, s'arrêtant en haut et en avant à 2 millimètres en avant de l'insertion du pavillon, en arrière et en bas à 5-7 millimètres au-dessus de la pointe de la mastoïde. — Décollement du conduit membraneux; section du conduit membraneux aussi bas que possible. Incision de l'aponévrose temporale suivant la ligne temporale, décollement et relèvement du muscle temporal dans sa loge fibreuse.

2e *Temps*. — Excavation en demi-cercle du conduit osseux par l'évidement des parois postérieure et supérieure, au moyen de gouges courbées sur leur face ventrale, descendant en arrière jusqu'à la limite des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur de la paroi postérieure du conduit. Hémostase rigoureuse au besoin par le galvano. Arrivé à une profondeur de 7-8 millimètres, on abandonnera la partie postérieure, on attaquera la partie antérieure en s'arrêtant juste en arrière du marteau.

Section de la membrane, sauf dans le secteur inférieur. Section du muscle du marteau. Extraction avec la pince des deux gros osselets. Tamponnement serré pendant quelques minutes.

3e *Temps*. — Mise à jour de l'étrier, par l'évidement de la paroi postérieure du conduit, au moyen de la gouge. Curettage de l'étrier au moyen de curettes minuscules. Cautérisation à l'acide trichloracétique. Dans le cas d'otite sèche, on doit faire sauter la platine avec un excavateur dentaire oblique de Ash. S'il y a seulement ankylose, on peut se contenter de le mobiliser, sans l'extraire.

Si l'étrier est mobile, mais entouré de synéchies ou si la niche est remplie par la muqueuse, on doit libérer avec le couteau et faire une application d'acide trichloracétique. — Pansement. — Durée de la chloroformisation : trente-cinq à quarante minutes.

Résultats. — C'est chez les sourds dont les oreilles ont coulé et où l'appareil de perception est intact, que l'opération donnera les meilleurs résultats.

Dans l'état actuel de ses observations, en dehors des cas de surdité liée à des otites suppurées où l'opération a toujours donné de bons résultats, l'auteur estime à plus de moitié, les sourds qui ont retiré un bénéfice de l'opération et à 15-20 0/0 le nombre de ceux chez lesquels elle a donné un résultat vraiment très satisfaisant.

Des indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes aiguës ou subaiguës, par FÉLIX COHN (*New-York Medical Journal*, 8 août 1896).

L'intervention opératoire dans les otites moyennes aiguës ou subaiguës, doit être basée sur plusieurs éléments d'appréciation, dont les complications sont le principal.

Celles-ci se succèdent dans un ordre régulier qui permet de les classer en immédiates et secondaires. Les complications immédiates sont la congestion de l'apophyse et des cellules mastoïdiennes, puis l'ostéite mastoïde, puis la périostite mastoïde, puis encore l'empyème mastoïdien ; les complications secondaires sont les abcès sous-méningés, la méningite séreuse ou purulente, la phlébite du sinus, la thrombose, la lymphangite, l'adéno-lymphite, les abcès sous-cutanés, la pyémie et la septicémie. La congestion de l'apophyse et des cellules mastoïdiennes, accusée par la douleur à la pression, n'est pas une indication pour opérer ; elle cède au traitement habituel antiphlogistique.

Mais si la douleur persiste et s'accompagne de rougeur à la peau avec empâtement notable, il y a ostéite et en ce cas il faut opérer. On devra faire le diagnostic différenciel avec une otite externe qui peut produire à peu près les mêmes phénomènes.

L'auteur étudie les divers symptômes qui permettent de diagnostiquer la périostite et l'ostéite mastoïdienne et l'empyème de l'antre mastoïdien.

L'aspect du tympan offre un renseignement important. Si la perforation siège en un point ne permettant pas un bon drainage, il y a induction à opérer hâtivement.

La qualité et la quantité de l'écoulement doivent être soigneusement prises en considération.

Si dans le cours d'une otite aiguë l'écoulement devient mucopurulent ou purulent et abondant, il y a empyème de l'antre. Il faut noter que le pus est souvent d'aspect muqueux.

Si la température du malade s'élève brusquement dans le cours

d'une otite, il y a là un signe de résorption purulente et une indication d'opérer.

Si les symptômes ne permettent pas d'établir le diagnostic précis de la complication survenue, il vaut mieux opérer qu'attendre. L'intervention est sans inconvénients.

En résumé, il y a indication d'opérer :

— quand l'ostéite mastoïdienne a résisté au traitement et n'a pas de tendance à la guérison;

— quand il y a empyème de l'antre avec rétention du pus même partielle;

— dans le cas d'une otite avec écoulement abondant se prolongeant;

— quand il s'agit d'une otite aiguë avec menace de résorption en raison de l'impossibilité du drainage;

— dans tous les cas d'otite muco-purulente entretenue par une lésion de l'apophyse mastoïde;

— dans les cas de mastoïdite ou d'otite compliquée de lymphite ou de lymphadénite avec menaces d'abcès;

— dans le cas d'otite prolongée avec complications secondaires et menaces de complications cérébrales;

— dans les cas d'otite aiguë où le conduit auditif externe empêche l'écoulement du pus.

H. FORESTIER (d'Aix-les-Bains).

II.— NEZ ET SINUS

La résection du cornet dans les rétrécissements des fosses nasales. Analyse de 66 cas, par M. ABERCROMBIE (Glasgow) (*Journal of Laryng. Rhin. and Otology*, octobre 1896).

La résection du cornet inférieur a été pratiquée dans 66 cas par M. Carmalt Jones au moyen d'une fraise coupante spéciale de son invention.

Sur ce nombre, 62 cas ont été améliorés ; 4 seulement ne l'ont pas été ; ce qui représente 94 0/0 de succès plus ou moins complet.

En ce qui concerne les 62 cas heureux l'amélioration obtenue par l'opération a été considérable dans 24, notamment dans 4. Dans 14 il y eut une amélioration très nette et dans 27 elle fut légère seulement.

Au point de vue du sexe, les opérés se répartissent en 41 hommes et 25 femmes.

Le plus âgé avait 71 ans, et chez lui, le résultat fut des plus satisfaisants.

Le plus jeune était une petite fille âgée de 6 ans, chez qui l'amélioration fut légère. Le plus grand nombre des malades étaient des adultes jeunes.

La cause du rétrécissement était dans tous les cas la rhinite hypertrophique. En outre : dans 8 cas il y avait *éperon de la cloison* ; dans 3, déviation de celle-ci ; dans 10 des polypes ; dans 7 des amygdales hypertrophiées avec végétations adénoïdes ; dans 8 otite moyenne sèche ; dans 4 des végétations adénoïdes seules ; dans 6 suppuration chronique de l'oreille moyenne.

La plupart des malades se plaignaient d'avoir le nez « bouché » et respiraient par la bouche. 14 d'entre eux avaient des troubles de l'ouïe. Dans 17 cas l'opération a porté sur un seul côté et sur les 2 côtés dans les 49 autres.

La *résection des cornets* seule a généralement suffi. Dans quelques cas il a fallu en outre enlever les amygdales ou gratter les végétations adénoïdes.

L'emploi de l'anesthésie pour l'opération a été : dans 5 cas le protoxyde d'azote, avec excellent résultat ; dans 31 cas la solution de Chl. de Cocaïne à 10 0/0 appliquée localement, mais sans suppression complète de la douleur.

Dans les 30 autres cas aucun anesthésique local ou général ne fut employé. Les malades accusèrent une douleur très violente mais passagère.

Chaque opération a été accompagnée de saignement assez abondant, mais sans hémorragie. L'écoulement de sang s'est prolongé quelques jours encore. Chez un homme il y eut une hémorragie 14 jours après l'opération, il dut rentrer à l'hôpital 2 semaines.

La plupart des opérés rentrèrent chez eux le jour même de l'opération, quelques uns à pied. Bon nombre durent garder le lit ou la chambre les jours suivants. Quelques-uns reprirent leur travail de suite. Des maux de tête plus ou moins intenses survinrent chez la plupart des opérés.

Du gonflement autour du nez et des yeux se produisit.

Dans aucun cas il n'y a eu de rhinite atrophique. Deux opérés, quelque temps après l'opération, présentèrent un certain état de pharyngite sèche. Or, M. Vingrave sur 200 examens microscopiques de pièces enlevées par la résection des cornets, ayant trouvé quelquefois le processus atrophique, il serait possible que les

2 cas en question aient été de la rhinite atrophique au début. Cette affection a été signalée comme un des inconvénients de la résection des cornets. Aucune déformation du nez n'a été observée. Après la résection des cornets, la muqueuse du cornet inférieur peut se reproduire plus ou moins complètement, comme cela a été observé. M. Vingrave a eu l'occasion d'examiner au microscope un morceau du nouveau cornet d'un opéré et a constaté que la muqueuse était normale, ni atrophiée, ni hypertrophiée.

L'effet immédiat de la résection du cornet est d'établir un passage libre à l'air à travers les narines.

Quant aux résultats éloignés de l'opération ils sont les suivants: la respiration se fait par le nez facilement, naturellement; les muscles respiratoires, le diaphragme et les intercostaux ne se fatiguent pas : l'oxygénation du sang se fait mieux ; le nez, grâce au rétablissement de sa fonction, reprend son développement et sa forme normale.

Chez plusieurs des opérés il y a eu disparition de troubles auditifs.

En résumé, dans les cas favorables, la résection du cornet est une excellente opération; et les résultats témoignent que c'est une opération rationnelle à conseiller dans bien des cas.

H. FORESTIER, d'Aix-les-Bains.

Le traitement des empyèmes du sinus maxillaire par l'ouverture large, par H. RIPAULT, de Dijon (*Ann. des malad. de l'or.*, p. 429, nov. 1896).

Ayant eu l'occasion de pratiquer six fois l'opération de Desault (ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine) dans le service de son maître le Dr Gouguenheim, et les résultats lui ayant paru très satisfaisants, l'auteur en profite pour rappeler en détail le procédé opératoire et ses indications.

L'opération, très douloureuse, nécessite l'anesthésie générale ; rappelons que M. Lermoyez recommande que la chloroformisation ne soit pas complète, le malade doit être dans une demi-narcose, conservant ses réflexes qui vont lui permettre de cracher le sang, qui sans cela pourrait pénétrer dans les voies aériennes.

GEORGES GELLÉ.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmæssigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der elektrisch getriebenen Sægen. (**Nouvelles recherches sur le traitement des irrégularités de la cloison du nez, au moyen de scies actionnées par l'électricité**), par le professeur MORITZ SCHMIDT. (*Arch. f. Laryng.* v. 1896. — *N° du Jubilé du Prof. Frænkel.*)

On reconnaît de plus en plus l'importance de la maxime de Catlin, sur la nécessité de respirer uniquement par le nez, et, lorsque l'homme ne le fait pas naturellement, de le lui apprendre. Il est certainement possible à la longue de faire disparaître de cette manière de simples hypertrophies de la muqueuse, des restes de végétations, mais dans les cas où l'on a affaire à des saillies osseuses ou cartilagineuses, il est impossible d'y arriver de cette manière. On a donc cherché des moyens pratiques de faire disparaître ces obstacles à la respiration et l'auteur lui-même a recommandé l'électrolyse comme le meilleur procédé quand il est employé convenablement. D'autre part, cette méthode est très lente et demande souvent plus de dix séances pour faire disparaître une protubérance de la cloison. D'autre part, les opérations ordinaires au bistouri sont douloureuses et l'écoulement de sang gêne considérablement l'opérateur, et l'oblige souvent à interrompre l'opération.

On a donc cherché une autre méthode, et celle que l'auteur veut recommander lui paraît réaliser un progrès réel.

Les scies mues par l'électricité sont connues depuis 1881 et sont maintenant en usage général dans ce pays; depuis le travail de Spiess dans *Archiv für Laryngol.* leur emploi tend à s'étendre en Allemagne.

Cette méthode a l'avantage d'être très rapide et de ne pas causer de douleur; il suffit de quelques secondes pour enlever une irrégularité assez importante.

Entre 1893 et 1896 l'auteur a exécuté cent cinquante opérations avec ces instruments et les résultats ont été des plus satisfaisants.

Pour opérer sans douleur, il est nécessaire de faire usage de la cocaïne; l'auteur applique un tampon d'ouate trempé dans une solution à 20 0/0 sur la place à opérer, et badigeonne l'autre côté de la cloison avec la même solution; il est important d'étendre l'anesthésie jusque derrière l'obstacle, ce qui se fait facilement avec une sonde recourbée.

On choisit l'instrument d'après la consistance et la grosseur de

l'obstacle. L'auteur emploie le trépan pour les personnes au-dessus de 25 ans, car il faut s'attendre, dans ce cas, à ce que l'obstacle soit ossifié, et aussi dans le cas de patients plus jeunes mais chez qui l'obstacle se trouve très reculé; il emploie la scie pour les cas où l'obstacle est probablement encore cartilagineux et quand l'irrégularité n'intéresse que la partie antérieure du septum, c'est-à-dire quand elle se trouve dans la portion cartilagineuse; dans le doute il préfère le trépan. La scie a l'avantage de permettre une grande rapidité dans les cas ordinaires, mais quand il s'agit d'obstacles très importants ou très reculés, le trépan est préférable. Il en est de même dans les cas de tumeurs s'étendant si profondément dans les cavités nasales qu'on ne peut faire pénétrer la scie jusqu'à l'obstacle à enlever.

Quand on se sert de la scie, il est bon d'employer un écarteur pour donner accès à la vue d'une manière aussi parfaite que possible; avec le trépan, il est nécessaire de protéger les plans inférieurs, et dans ce cas l'auteur emploie l'instrument de Spiess.

Il est nécessaire de tenir compte de la rapidité considérable de la scie afin de ne pas attaquer les muscles intermédiaires ou la peau des narines; l'opération dure en tout à peu près deux ou trois secondes. Il ne faut pas craindre, dit l'auteur, de pratiquer un trou dans la cloison; cela vaut mieux que de ne pas enlever suffisamment de l'obstacle; le seul inconvénient est de rendre la cicatrisation un peu plus lente.

Avec le trépan, la chose la plus importante est de l'assurer immédiatement, autrement la grande force de rotation qui lui est imprimée le fait facilement dévier. Il est souvent nécessaire de donner plusieurs coups de trépan, dans ce cas il vaut mieux, à cause de l'épanchement de sang, commencer par en bas. En moyenne le trépan avance d'un centimètre par seconde; il faut donc avoir l'instrument bien en main.

Quand le malade est bien cocaïnisé, l'opération ne cause presque aucune douleur, à moins que l'on ait négligé d'anesthésier également l'autre côté de la cloison. Seules, les secousses imprimées à la tête du malade par le mouvement de la scie lui causent une impression désagréable, mais cependant bien préférable à celle causée par la scie à main ou le bistouri.

L'opération ne cause qu'une hémorragie très légère et qui dure au plus quelques minutes. Quand elle cesse, l'auteur nettoie le champ de l'opération avec de l'eau oxygénée et fait un tamponnement antiseptique.

L'auteur recommande de faire attendre le malade une heure

environ avant de le congédier, dans le cas où il se produirait des hémorragies secondaires, après que le rétrécissement des vaisseaux, causé par la cocaïne, a cessé ; mais le cas se produit rarement.

Pour passer aux désavantages de cette méthode, le premier est le prix toujours croissant des instruments. (Accumulateur 120 marks, en tout environ 250 marks ou 300 francs.) Le second inconvénient consiste dans les hémorragies, mais nous avons appris à mieux les combattre, et le danger une fois connu, il est facile d'y remédier.

Dans plus de la moitié des cas que l'auteur a traités, on avait cherché au préalable à rendre les voies nasales d'accès plus facile au moyen de cautérisations de la muqueuse ; mais dans la plupart des cas le succès de ces cautérisations avait été insuffisant et l'auteur recommande en général à ses malades de se décider de suite à l'enlèvement de l'obstacle.

Dans trois cas, l'opération avait été entreprise pour cause d'asthme, et chaque fois avait été suivie de succès. De plus en plus l'auteur a pu se convaincre de la justesse du principe de *Bostworth*, à savoir que dans l'asthme le principal est d'assurer avant tout la respiration nasale, puis de traiter la neurasthénie.

Comme contre-indication à l'opération, l'auteur mentionne les inflammations du nez, les affections de la peau de l'entrée des narines, qu'il faut guérir préalablement.

E. COUPEY.

Une nouvelle méthode pour le traitement des suppurations des cavités accessoires du nez, par le Dr SPIESS, de Francfort (*Arch. für Laryng., Ve vol.*, 1896, Berlin ; *Numéro du Jubilé du professeur Frænkel.*)

Le Dr Spiess, frappé du peu de succès obtenu dans le traitement de ces suppurations, soit par la méthode chirurgicale, soit par la méthode médicale, a été amené à essayer un traitement qu'il appelle « électro-chimique ».

Si l'on remplit d'une solution de Cl Na à 5° un vase dont la paroi est reliée au pôle négatif d'un courant constant, le pôle positif étant formé par l'extrémité d'un fil de cuivre plongeant dans la solution, la paroi du vase se recouvre par électrolyse d'un dépôt de chlorure de cuivre.

Voici comment le Dr Spiess adapte ce dispositif dans son traitement des suppurations :

Il introduit un tube en caoutchouc dans la cavité de l'antre d'Highmore, par l'alvéole, la fosse canine ou l'orifice inférieur du nez. Ce tube est relié par un irrigateur nasal à un vase contenant une solution de chlorure de sodium et sert à en remplir les cavités. A l'intérieur du tube en caoutchouc passe un fil de cuivre qui forme le pôle positif ; l'autre pôle est sur les parois de la cavité. On évite autant que possible que le courant ne vienne traverser le système nerveux central.

On insère un milliampèremètre pour vérifier si la solution réunit bien les deux pôles et quelle est la force du courant, qu'on règle au moyen d'un rhéostat. On fait monter le courant graduellement jusqu'à ce qu'il atteigne 10 à 15 milliampères. Les séances durent une dizaine de minutes ; pendant 5 minutes le pôle positif exerce sur la paroi de la cavité son action bactéricide, puis, en renversant le courant, on procède à l'électrolyse. Dans l'intervalle on continue les lavages antiseptiques ordinaires.

La méthode qu'indique Spiess n'est encore qu'à l'état embryonnaire. Cependant les résultats obtenus lui ont paru justifier de nouveaux essais.

E. COUPEY.

III. — LARYNX ET TRACHÉE

Y a-t-il une laryngite hémorragique ? par le Dr S. SALZBURG de Berlin. (*Arch. f. Laryng.* v. 1896.) *Numéro du Jubilé du Prof. Frænkel.*

La désignation, sous le nom de *laryngite hémorragique*, d'une affection du larynx accompagnée de pertes de sang, a été souvent déclarée inadmissible, sous prétexte que ces hémorragies ont un caractère purement symptomatique. Ceci est certainement exact, mais on peut en dire autant de bien d'autres affections ; l'ulcère du ventricule, par exemple, n'est parfois qu'une suite de la chlorose ; et le nom même de Laryngite sèche serait à rejeter sous prétexte que ses manifestations caractéristiques sont purement symptomatiques. L'auteur ne voit pas pourquoi la nomenclature omettrait des hémorragies qui constituent parfois des complications graves et exigeant une médication énergique ; mais, avec GLEITMANN et STRUBING, il incline à réserver ce terme de laryngite hémorragique aux seules hémorragies qui se produisent à la surface ou au-dessous de la muqueuse restée intacte.

Il admet que certains auteurs ont dû exagérer la fréquence des hémorragies du larynx. GLEITMANN lui-même, après avoir affirmé cette fréquence, rapporte pourtant que 13 laryngologistes sur 22 lui ont déclaré n'en avoir jamais constaté. Sur 3557 cas de laryngite observés à la Polyclinique universelle de Berlin, on n'a relevé que 10 cas de laryngite hémorragique.

D'autre part, il faudrait se garder d'appliquer ce terme à toutes les hémorragies du larynx, même quand la muqueuse est intacte. Le terme « laryngite » suppose d'ailleurs une inflammation du larynx; il exclut donc les hémorragies d'origine traumatique, variqueuse, neurotique, hystérique, etc., qui sont simplement à désigner sous le nom d'hémorragie du larynx.

L'auteur cite les opinions émises par RÉTHI, BŒCKER, SCHROETTER, GOTTSTEIN, FRÆNKEL, NAVRATIL, etc., et, se fondant sur ses observations personnelles, se rallie à l'opinion de Réthi, qui attribue la laryngite hémorragique à l'hyperplasie de la muqueuse, à l'agrandissement des vaisseaux et à la diminution de résistance de leurs parois ; et il se résume en disant que le terme de laryngite hémorragique est certainement légitime, malgré la rareté des cas, et qu'il peut être donné à tout catarrhe du larynx accompagné de pertes de sang et qui se produit sur la muqueuse, ou dans la muqueuse, celle-ci restant intacte.

Sur l'innervation vaso-motrice du larynx, par E. HÉDON. (*Presse médicale*, 28 novembre 1896.)

La littérature médicale est fort pauvre sur ce sujet ; on ne trouve, en effet, qu'un travail de G. SPIESS (*Arch. f. physiol. de Dubois-Reymond*, p. 503 ; 1894) ; or, cet auteur n'ayant obtenu que des résultats négatifs dans ses tentatives expérimentales, on peut dire qu'il n'a apporté aucun éclaircissement à la question.

E. HÉDON, en exécutant un certain nombre d'expériences sur ce sujet, a pu se convaincre que les résultats négatifs de Spiess devaient tenir en partie à un défaut de technique. En tous cas, l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur n'est pas, contrairement à ce qu'il affirme « dépourvue de conséquence », car elle produit la rubéfaction de la muqueuse laryngée du côté correspondant au nerf excité, d'une façon constante et suffisamment nette pour qu'il n'y ait aucun doute sur la qualité vaso-motrice de ce tronc nerveux; cette même excitation provoque simultanément la sécrétion des petites glandes muqueuses du larynx. Le laryngé supérieur doit donc être considéré comme un

nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx.

Pour mettre ce phénomène en évidence, il faut opérer sur un animal curarisé et soumis à la respiration artificielle. Or, Spiess immobilisa ses animaux en les soumettant à la narcose par l'atropo-morphine, selon la méthode de Dastre. L'emploi de la morphine suffit pour expliquer son insuccès ; ce poison n'est point favorable à l'étude des actions vaso-motrices ; d'autre part l'intoxication de l'animal par l'atropine avait évidemment pour résultat d'abolir toute action excito-sécrétoire.

L'auteur décrit avec soin sa méthode opératoire, et son mode d'observation. Si l'on excite chez le chien le bout périphérique d'un des nerfs laryngés avec un courant faradique de moyenne intensité, on constate que la muqueuse qui revêt le cartilage aryténoïde et la région interaryténoïdienne rougit aussitôt notablement du côté correspondant au côté excité. Les cordes vocales restent blanches ; l'épiglotte participe à la vaso-dilatation.

Lorsqu'on cesse l'excitation, les vaisseaux reprennent leur calibre primitif et on peut répéter un certain nombre de fois l'expérience.

La découverte de ce nouveau nerf vaso-dilatateur et sécrétoire est fort intéressante ; en effet, le nombre des vaso-dilatateurs connus est très restreint : le *lingual* pour la glande sous-maxillaire (Cl. Bernard) et les deux tiers antérieurs de la langue (Vulpian) ; le *glosso-pharyngien* pour la muqueuse de la base de la langue (Vulpian); le *maxillaire supérieur* et le *nerf buccal* du maxillaire inférieur pour les muqueuses nasale, buccale, gingivale et labiale (Jolyet et Laffont), ces dernières fibres vaso-dilatatrices étant contenues aussi dans le sympathique cervical (Dastre et Morat) ; les nerfs *érecteurs* pour les corps caverneux et le gland (Eckardt).

Poncet, Doyon ont en outre signalé la présence dans le *sympathique cervical* de fibres vaso-dilatatrices pour la rétine ; et Fr. Franck tend à considérer le *pneumogastrique* comme un nerf vaso-dilatateur pour le pancréas.

Il faudrait donc, d'après Hédon, ajouter à cette liste le *nerf laryngé supérieur*.

Georges Gellé.

L'eucaïne comme anesthésique local en oto-rhinologie, par W. Jobson Horne et Macleod Yearsley (*British medical Journal*, 16 janvier 1897).

Nos lecteurs connaissent l'eucaïne que nous leur avons présentée l'an dernier dès son apparition ; nous terminions même notre

article (voir : *Arch. int.*, n° 4, page 395, 1896) en déclarant que c'était un anesthésique local à essayer à l'occasion, dans notre domaine spécial.

HAL FOSTER a récemment publié (*Langsdale's Lancet*, août 1896) quelques notes sur l'emploi de l'eucaïne en oto-rhinologie. Il s'en était servi avec succès dans diverses opérations courantes en rhinologie.

JOBSON HORNE et M. YEARSLEY ont employé l'eucaïne trente-deux fois soit pour l'examen, soit dans diverses opérations auriculaires, nasales et pharyngiennes.

La solution à 2 0/0 est suffisante pour anesthésier les parties lors d'une exploration, d'une rhinoscopie postérieure, d'une laryngoscopie. Pour les opérations mieux vaut se servir d'une solution à 5 et même à 8 0/0.

On l'emploie soit en bains d'oreille soit en badigeonnages pharyngiens ou nasaux.

L'action anesthésique demande de 5 à 10 minutes pour se produire, elle est donc plus lente qu'avec la cocaïne, mais elle dure le même temps de 10 à 20, 15 minutes en moyenne ; en outre, elle serait plus étendue.

Localement, l'ischémie, quand elle se produit, n'est en rien comparable à celle de la cocaïne. La sécrétion salivaire est parfois notablement augmentée.

GEORGES GELLÉ.

Traitement des maladies de la trachée, des bronches et des poumons par les injections intra-trachéales, par J. LINDLEY BARTON, de New York (*Medical Record*, 5 août 1896). — Bonne revue de la question des injections trachéales, un peu délaissées aujourd'hui.

Il est établi, dit L... B..., que la toux est produite par une irritation directe soit des nerfs de la trachée, soit de leurs branches, soit de la muqueuse innervée par eux. La clinique prouve que de même la toux peut être influencée par une médication appliquée à la surface de cette muqueuse. C'est Horace Green, de New York, qui eut le premier, en 1838, l'idée de cette médication qu'il tâcha de vulgariser dans la suite. Récemment le Dr Bergeron (Ass. franç. pour l'Avanc. des Sc., Rouen) a fait une étude expérimentale de la question. La méthode des injections intra-trachéales a été largement appliquée par le Dr Joseph Muir (New-York) qui en a fixé la technique. Il emploie une seringue, munie d'un tube laryngien, imaginé par lui, de la contenance de 4 grammes. Le larynx ayant

été pulvérisé avec une solution de cocaïne à 2 0/0, tandis que le patient tire sa langue avec la main et penche la tête en arrière, l'opérateur, tenant le miroir d'une main, la seringue de l'autre, introduit celle-ci à travers la glotte et la vide. Si on réussit à ne pas toucher les replis glosso-épiglottiques ou aryténo-épiglottiques ce qui provoque la toux, on est étonné de la facilité de la manœuvre.

Les substances médicamenteuses doivent avoir un véhicule non irritant : huile d'olive, de foie de morue, glycérine ; mucilage, les huiles de pétrole dont la meilleure est le benzoïnol. L'auteur a employé l'*europhène* à 1 0/0 ou 2 1/2 0/0; le *gaïacol* à 2 0/0, le *menthol* à 1 ou 15 0/0 suivant les cas. Chaque injection se fait de 2 à 4 gr. environ, et on peut injecter dans une même séance jusqu'à 8 et 15 gr. Parmi les avantages de cette méthode, il y a ceux d'avoir une absorption et une action rapide du médicament, modifiant de suite les symptômes en ménageant l'estomac.

L'auteur a traité l'hiver dernier 25 cas, ceux (dont 10 sont relatés) de laryngo-trachéite et bronchite ont été très rapidement guéris ; ceux de tuberculose remarquablement améliorés ; ceux d'asthme très améliorés aussi.

H. FORESTIER (d'Aix-les-Bains).

IV. — PHARYNX

Torticolis consécutif à des végétations adénoïdes et à l'hypertrophie des amygdales, par ARTHUR GILLETTE. M. D. Saint-Paul Minnesota. (*New-York Medical Journal*, 1er août, 1896).

A côté des torticolis de cause connue : rhumatismal, traumatique, etc., il y a lieu d'en distinguer une variété peu étudiée, celle consécutive aux végétations adénoïdes et à l'hypertrophie des amygdales, dont on connait bien l'influence sur les déformations du thorax et de la face.

L'auteur a observé plusieurs cas qui montrent bien cette pathogénie spéciale, et qui auraient pu être classés comme *torticolis congénital.*

Le premier cas concerne un enfant de sept ans, bien portant, sans hérédité pathologique. Le sterno-mastoïdien est contracté au point que l'oreille touche presque l'épaule. La tête et la face sont asymétriques. La mère a remarqué dès le dixième jour après

la naissance que l'enfant avait la tête penchée et ne pouvait la redresser. L'accouchement avait nécessité l'application du forceps ; mais après, le travail avait été normal et il n'y avait pas eu de traumatisme. Comme l'enfant respirait par la bouche, et que rien n'expliquait l'origine du torticolis, l'idée vint que des végétations adénoïdes pourraient en être la cause. L'examen fait par un laryngologiste fit reconnaître une hypertrophie des amygdales avec un rétrécissement complet des fosses nasales. Ablation des amygdales. — L'enfant présentant une amélioration considérable de la face, le Dr Gillette l'opère, il sectionne (sous l'anesthésie) le sterno-mastoïdien, redresse facilement la tête et place un appareil de Sayre. — Six mois après, la face est devenue symétrique et le cou normal.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de seize mois. — Torticolis à gauche ; sterno-mastoïdien gauche rétracté ; asymétrie de la face ; thorax un peu déformé. — Bonne santé antérieure. Pas d'hérédité pathologique. L'examen montre qu'il y a des végétations adénoïdes comblant le pharynx. — Opération. Disparition progressive et rapide du torticolis et de l'asymétrie de la face.

Dans le troisième cas, il s'agit de torticolis développé, non pas congénitalement comme les deux premiers, mais seulement à l'âge de trois ans. Antérieurement l'enfant avait été soigné par le Dr Gillette pour le rachitisme, dont il l'avait guéri totalement. Le torticolis s'établit sans qu'on en pût déterminer la cause. L'exploration du pharynx montra le cavum rempli de végétations adénoïdes. L'ablation en fut faite et quelques jours après le torticolis avait entièrement disparu.

H. FORESTIER (d'Aix-les-Bains).

L'autoscopie du rhinopharynx, par le Dr J. KATZENSTEIN, de Berlin. (*Arch. f. Laryng.* v. 1896.) *Numéro du Jubilé de M. le professeur Frænkel.*

L'examen du cavum s'est fait jusqu'à présent : 1° par la rhinoscopie postérieure ; 2° par éclairage direct (tube de Zaufal, ou électroscope de Trautmann) ; 3° par le toucher. L'auteur a recherché de nouveaux moyens d'autoscopie du cavum ; il décrit ainsi sa méthode :

Le patient étant couché sur le dos, la tête fortement rejetée en arrière, l'opérateur saisit la langue et ordonne au malade de respirer tranquillement. Il introduit alors dans le cavum un crochet semblable à celui de Desmares et soumet le voile du palais à une

traction lente, mais de plus en plus énergique, L'œil peut alors apercevoir directement toute la surface du rhinopharynx.

La position du malade cache naturellement à l'œil la cloison et les choanes. Malgré cela, cette méthode réalise un progrès important. En effet elle donne :

1° La possibilité d'opérer directement, sans se servir du miroir, les tumeurs rhino-pharyngiennes ; 2° possibilité de cathétériser la trompe d'Eustache à l'aide de la vision directe par la voie rhinopharyngienne.

Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes des amygdales par D. NEWMAN, de Glasgow (*British medical Journal*, 2 janvier 1897).

Dans ce travail, l'auteur discute l'opportunité et les indications des divers modes opératoires : opération au galvanocautère à travers les voies naturelles — ligature de la carotide externe — division de la mâchoire inférieure — pharyngotomie latérale — trachéotomie préliminaire.

Il termine par quelques réflexions sur l'importance d'un diagnostic précoce. Dans le cas où le moindre doute concernant la nature d'une tumeur amygdalienne viendrait à naître dans l'esprit du médecin il ne doit plus se contenter du toucher, ni de la vue, mais avoir recours au plus vite à l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur suspecte En prélevant ce fragment on doit prendre grand soin de l'enlever dans une portion de tissu de nouvelle formation et non pas à une partie du tissu amygdalien dans laquelle la tumeur est enfouie.

GEORGES GELLÉ.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

(ANGLAIS ET AMÉRICAINS)

I. — **OREILLES.** — *Phono et pneumo-massage dans les otites moyennes suppurées,* par le Dr **J. Lantenbach**, de Philadelphie. (*The medical and surgical Reporter*, 18 juillet 1896.) — Dans les otites moyennes suppurées, aiguës ou chroniques, il est nécessaire de nettoyer les cavités aussi profondément que possible. Les pansements humides ou secs n'arrivent pas à ce but. C'est pour l'atteindre que l'auteur emploie le *pneumo-massage*, concurremment avec les moyens ordinaires de pansement. La toilette de l'oreille étant faite, il enlève le pus au moyen d'un *aspirateur*. En outre du pneumo-massage qui maintient les cavités de l'oreille en activité normale, il y a le *phono-massage* qui stimule l'oreille interne et le nerf auditif. Celui-ci se pratique au moyen d'un sifflet métallique à sons très aigus, fonctionnant pendant 30, 40 minutes.

Les avantages de cette méthode de traitement sont : 1° Le *pneumo-massage* contribue à empêcher l'extension de l'inflammation; 2° En débarrassant l'oreille moyenne de la suppuration, il prévient l'augmentation de la tension des liquides et ainsi la propagation du mal à l'oreille interne et aux cellules mastoïdiennes; 3° Il préserve d'altérations les organes transmetteurs du son.

Le *phono-massage*, par l'excitation physiologique qu'il produit, maintient l'appareil de l'audition en bon état.

Hématome de l'oreille, par le Dr W. **F. Robertson**, d'Edimbourg. (*British med.* 26 sept. 96.)

L'auteur étudie l'histologie pathologique de l'hématome de l'oreille d'après des préparations microscopiques. On y voit très bien les altérations dégénératives du cartilage préparant l'hémorragie. Dans l'une des préparations, celle-ci a dû résulter des vaisseaux de nouvelle formation développés dans la paroi d'une cavité kystique intra-cartilagineuse. Ces vaisseaux étaient altérés et susceptibles d'être rompus par le moindre choc. Le sang épanché dans le kyste élargissait la paroi de celui-ci en décollant le périchondre.

Quelques récentes modifications au traitement chirurgical des maladies des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse mastoïde, par le Dr **Adolph Bronner**, de Bradford. (*British Med Journ.*, 17 oct. 1896.)

L'opération de Schwartze (de Halle) avait été universellement adoptée et pratiquée jusqu'en 1889.

Depuis, l'expérience a montré que si elle réussissait dans les cas aigus elle échouait dans les cas chroniques dans lesquels l'affection réapparaissait après plusieurs mois.

En 1889, *Kustner* recommanda de faire l'ablation de toute la paroi postérieure du conduit auditif externe.

La même année, *Bergmann* conseilla d'enlever en outre la paroi supérieure, et *Lucæ* préconisa ce même procédé.

En 1892, *Stacke* étendit considérablement l'opération de Schwartze et son procédé est actuellement employé dans tous les cas chroniques.

Une longue incision est faite derrière l'oreille ; le pavillon est détaché avec la partie cartilagineuse du conduit auditif et abaissé. On enlève les osselets et les débris du tympan, un protecteur est introduit dans les cellules et on enlève au ciseau la paroi inféro-externe. Puis de même on enlève la paroi supéro-externe du conduit auditif, et la lamelle externe de l'antre mastoïdien. On obtient ainsi une large cavité comprenant l'oreille moyenne, les cellules, et l'antre mastoïdien. *Macewen* et *Horsley* prolongent l'incision en haut de la partie supérieure de l'oreille et abaissent celle-ci.

Cette opération de *Stacke* permet d'explorer complètement la région malade, d'enlever totalement les parties altérées, et de surveiller la marche de la guérison. Grâce à elle, pas de rétention de pus dans les cellules mastoïdiennes ou l'oreille moyenne.

Mais l'opération est souvent difficile parce que le niveau et la position de l'antre mastoïde et des cellules, le plancher de la fosse cérébrale moyenne, la position du sinus latéral et du trajet du nerf facial sont sujets à varier beaucoup suivant les cas. Il y a souvent hémorragie d'une branche de l'artère stylo-mastoïdienne, incluse dans la paroi postérieure du conduit auditif externe.

L'auteur a pour habitude de panser la plaie tous les jours au début, puis tous les deux ou trois jours ensuite, suivant la suppuration et l'état de la température.

Habituellement il garde la plaie ouverte aussi longtemps que la suppuration existe.

La gravité des complications qui peuvent survenir à la suite de l'inflammation des cellules mastoïdiennes, exige un diagnostic précoce et une intervention rapide. En cas de doute, il faut faire une trépanation exploratrice aussi rationnelle en l'espèce, que l'incision exploratrice de l'abdomen.

Les indications de l'intervention peuvent être avec Schwartze ainsi précisées :

1° Dans les inflammations primitives ou secondaires de l'apophyse mastoïde, qui ne s'améliorent pas rapidement ;
2° Dans l'inflammation chronique avec réapparition du gonflement ;
3° Dans les fistules de l'apophyse mastoïde ou de son voisinage ;
4° Dans l'inflammation chronique de l'oreille moyenne, s'il y a de la

rétention du pus, des signes d'ostéite, ou des signes de cholestéatome;

5° Dans les douleurs opiniâtres de l'apophyse mastoïde;

6° Dans l'otorrhée chronique dès qu'on soupçonne que l'inflammation s'est propagée hors de l'oreille moyenne.

Valeur de l'examen ophtalmoscopique pour aider dans les otites moyennes suppurées au diagnostic des complications cérébrales, par **Th.-R. Pooley** (de New-York. (*Medical Record*, 15 août 1896.) — C'est le Dr Kipp de Newast qui a le premier attiré l'attention sur ce point. Après lui Abbott, Zaufal, publièrent des cas d'otite moyenne suppurée avec névrite optique concomitante. L'auteur rapporte trois observations de J.-A. *Andrews*, une de *Kipp* et une tirée de sa pratique. Dans ces cas d'otite moyenne suppurée, l'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'une névrite optique, au moment où l'affection s'aggravait et décida de l'opération. Deux de ces malades succombèrent aux complications cérébrales, deux furent sauvés et leur vision se rétablit normale. Le cas rapporté par l'auteur est le suivant: Garçon de 12 ans; écoulement purulent de l'oreille depuis plusieurs années. Une périostite mastoïdienne se déclare à gauche. Opération de Wilde, puis de Schwartze quelques jours après, en raison de la mastoïdite interne. Puis les complications cérébrales apparaissent. Mort. L'examen ophtalmoscopique avait auparavant montré le papille gauche engorgée. A l'autopsie : abcès du cerveau, tuberculose du sinus latéral, méningite et *névrite optique*.

Conclusions : L'examen ophtalmoscopique est utile pour reconnaître l'imminence de complications cérébrales, soit pour confirmer leur existence. Si on trouve de la névrite optique dans un cas d'otite moyenne suppurée, c'est le signe certain de complications cérébrales. Cette névrite optique est caractérisée par l'engorgement ou l'œdème de la papille et s'accuse surtout du côté de l'otite. On le rencontre plus souvent dans les otites moyennes chroniques, que dans les aiguës. Quant à l'indication de l'opération, comme celle-ci est d'une complète innocuité, elle existe du moment qu'on constate l'engorgement ou l'œdème de la papille.

Importance du diagnostic et du traitement précoces dans l'otite moyenne, par **J. Henry Fruitnight**, M. D. de New-York. (*New York Med. Journal*, 12 sept.) — L'auteur insiste longuement sur la gravité des complications des otites moyennes, dont beaucoup de médecins méconnaissent les premiers symptômes.

L'otite moyenne complique un grand nombre des maladies communes : la rougeole, la diphtérie, la grippe, d'où nécessité pour le médecin de surveiller l'oreille.

C'est du naso-pharynx que vient l'infection. Comme traitement tout à fait au début, instillations de cocaïne à 5 ou 10 pour 100 pour calmer la douleur. Pas de liquides huileux. Du coton simplement à l'entrée du conduit auditif. — Dans les cas aigus : sangsues. S'il y a otorrhée

séreuse ou purulente, *irrigations* antiseptiques. Pas d'insufflation de poudres.

II. — NEZ, SINUS. — *Un cas de perte de la vue à la suite d'une affection des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux*, par **Howard F. Hansell**, de Philadelphie. (*The medical and surgical Reporter*, 25 juillet 1896.) — Jeune homme de 17 ans; se réveille un matin avec une violente céphalalgie et une perte à peu près complète de la vue. L'examen de l'œil montre que les paupières sont insensibles à la lumière; opacité du corps vitré; papille pâle, mais point œdématiée; c'est à peine si le malade perçoit la lumière. Pas de douleur oculaire. Urines normales. En raison de la difficulté du diagnostic, on explore les fosses nasales. Elles sont obstruées par un énorme gonflement des cornets, et du pus s'écoule des choanes.

L'exploration des sinus frontaux et maxillaires étant négative, on conclut que le pus vient du sinus sphénoïdal gauche et des cellules ethmoïdales.

Le voisinage du chiasma des nerfs optiques expliquait les troubles de la vision. — Traitement. — Amélioration rapide. Mais la vision ne se rétablit pas complètement.

Note sur deux cas de sarcome des fosses nasales et des sinus, par le Dr **Arthur Ames Bliss**, de Philadelphie. (*New York med. Journ.*, 25 juillet 1896.) — Les deux cas en question concernant, le premier, un enfant de 4 ans, le second, un enfant de 9 ans, sont intéressants en raison du rapide développement des tumeurs et de la jeunesse des malades.

Le premier malade accusa d'abord une douleur compressive dans la narine gauche, puis de la difficulté à respirer; ensuite survinrent des douleurs dans l'oreille gauche et de l'otorrhée; enfin l'exophtalmie apparut. Le deuxième malade présenta les mêmes phénomènes, mais la marche fut plus rapide.

L'auteur croit que les tumeurs ont eu pour origine le cornet moyen gauche ou le sinus ethmoïdal.

Le premier cas fut opéré, mais le sujet mourut cachectique quelques mois après. Le second cas était trop avancé pour qu'on pût intervenir.

La résection du maxillaire supérieur et du nez n'aurait pas donné, dans le premier cas, de résultat meilleur que l'opération plus simple qui fut pratiquée, à savoir : ouverture du sinus maxillaire, ablation de la paroi de la fosse nasale correspondante et du cornet moyen.

Epistaxis et luxation de la mâchoire, par **C. G. Cowle**. (*British Med. Journ.*, 19 septembre 1896.) — A propos d'un cas d'épistaxis, publié par *Danscher*, où l'écoulement du sang se faisait par le canal lacrymal, l'auteur cite le suivant observé par lui.

Il s'agit d'un homme agé de 65 ans, rhumatisant, ayant les amygdales grosses, présentant un cœur irrégulier avec souffle aortique et mitral, chez qui un saignement de la narine gauche dure depuis trois heures. Le médecin arrête l'épistaxis au moyen de tampons antérieurs, etc. Six heures après il est rappelé auprès du malade et trouve le bord de la paupière inférieure gauche rempli de sang, qui sort par le point lacrymal inférieur et coule sur la joue. Il enlève les tampons antérieurs et se met en devoir de tamponner l'orifice postérieur des fosses nasales. Au moment où il touche les amygdales, le malade fait un si violent effort pour vomir qu'il se luxe la mâchoire des deux côtés. Le sang continuant à couler, il réduit la luxation et cherche à placer des tampons plus petits. Le même accident se reproduit. Alors il introduit des tampons par l'orifice antérieur, les pousse au moyen d'une sonde. Le lendemain matin il trouve l'hémorragie arrêtée et peut enlever les tampons trente-six heures après.

Or, rien d'anormal n'a été constaté par lui ni dans le nez, ni dans le canal lacrymal.

Sarcome nasal guéri par l'opération, par le Dr **G. Melville Black**. (*New-York Med. Journ.*, 15 août.) — Il s'agit d'une tumeur lobulée occupant la fosse nasale droite, débordant dans le pharynx nasal, et ayant envahi le cornet moyen, qui fut enlevée chez une femme de 38 ans. L'examen montra que c'était du sarcome. Or, il n'y eut pas de récidive et l'opération date de deux ans.

Traitement de la rhinite atrophique, par le Dr **P. Porcher**, de Charlestown. (*New-York Med. Journ.*, 29 août 1896.) — Cette affection, dont l'étiologie et la pathogénie sont très discutées, n'est pas une entité morbide spéciale, mais la suite de toute inflammation aiguë ou chronique, spécifique ou non spécifique. Elle peut être causée par l'exposition au froid, ou le séjour prolongé dans une atmosphère de poussière ou de vapeur, etc. Tous les traitements échouent habituellement. Dans un cas, l'auteur a obtenu l'amélioration par l'emploi d'une solution d'iodure de potassium, d'iode et de glycérine. Des tampons d'ouate imbibée de la solution étaient tous les jours placés dans la partie supérieure des fosses nasales et laissés vingt-quatre heures en place.

Traitement des affections du nez et de l'oreille par l'oxygène, par le Dr **G. Stoker**, de Londres. (*New-York Med. Journ.*, 29 août 1896.) — L'auteur après avoir découvert il y a quelques années les effets curatifs du gaz oxygène sur les plaies, ulcères, foyers purulents, a été naturellement amené à l'essayer dans les affections du nez et de l'oreille. Il a traité ainsi des cas d'ozène et d'otite moyenne suppurée au moyen d'un appareil simple et commode. L'oxygène est employé mélangé à parties égales avec l'air. L'opération dure six heures par jour, avec interruption toutes les demi-heures pour les applications

nasales à cause du mal de tête qui survient. Un cas d'ozène syphilitique, un autre d'ozène chlorotique (?), deux cas d'otite moyenne suppurée ont été traités avec succès par cette méthode.

Rapports des affections aiguës du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion, par le Dr **Moreau R. Brown**, de Chicago. (*New-York Med. Journ* , 29 août.) — Ces rapports, quoique peu étudiés, ont été signalés déjà par *Bosworth* et *Lander Brunton*. L'auteur a observé plusieurs cas de pharyngo-laryngite et de coryza aigus coïncidant avec de la dyspepsie et disparaissant avec elle. Il cite les faits relatés du même genre. La pathogénie de ces phénomènes est assez difficile à éclaircir. L'œdème du larynx consécutif à des abus d'alcool s'explique bien par les troubles de la circulation porte. Mais dans les cas ordinaires de dyspepsie l'explication est embarrassante. On a autrefois accepté la théorie des *réflexes*. Aujourd'hui on peut rationnellement admettre qu'il y a une auto-infection microbienne, développée dans le naso-pharynx grâce à son irritation par les sécrétions liquides ou gazeuses de l'estomac malade.

Etiologie des déviations, éperons, crêtes de la cloison, par le Dr **John O. Roe**, de Rochester. (*New York Med. Journ.*, 10 octobre.) Deux ordres de causes prédisposantes, la diathèse et la race dominent cette étiologie.

Le côté de la diathèse est un fait acquis (syphilis, scrofules, tuberculose, rachitisme, crétinisme même). Le rôle de la race est fort intéressant à étudier. Dans les races civilisées on rencontre beaucoup plus souvent les déviations de la cloison, ce qui peut dépendre du développement de l'angle facial et du croisement des diverses nationalités. La rareté de la déviation chez les races inférieures tient à ce qu'elles ne sont pas mélangées. Il paraît démontré (Potiquet) que la fréquence de la déviation est en rapport direct avec le degré de mélange de la race.

Les causes déterminantes de l'affection sont internes et externes.

Le vice de développement des deux os qui composent la cloison, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer est un facteur important. L'ossification tardive de la partie antérieure du vomer explique la localisation de la déformation en ce point. Suivant que les deux lames du vomer se développent également ou non, la déviation se produit de tel ou tel côté.

Les maladies de la cloison, de la muqueuse qui la tapisse peuvent retentir sur l'os sous-jacent et amener un trouble de la nutrition. C'est de là surtout que résultent les *éperons* et les *crêtes* consécutivement à l'hyperplasie du tissu osseux.

Les autres maladies du nez, telles que l'hypertrophie du cornet inférieur, l'obstruction de la partie antérieure d'une fosse nasale interviennent aussi.

Parmi les *causes externes* le traumatisme joue le plus grand rôle : luxation du cartilage-triangulaire.

Les épistaxis fréquentes peuvent être l'occasion de pressions qui déforment la cloison.

Deux cas intéressants d'affection du nez par le Dr **Ellwood Matlack**, de Philadelphie. (*New York Med. Journal*, 10 octobre 1896.) — L'un est un chancre syphilitique situé à l'extrémité antérieure du cornet inférieur ; l'autre est une tumeur kystique multiloculaire qui n'était pas le polype ordinaire, Elle siégeait à l'extrémité postérieure du cornet moyen. Il y eut récidive après l'opération.

Influence de l'obstruction des fosses nasales sur l'accommodation, par **P. W. Maxwell**, de Dublin (*British med.*, 26 sept. 96).

L'auteur rapporte 5 cas d'obstruction des fosses nasales par des tumeurs adénoïdes ou l'hypertrophie des cornets, dans lesquels il y a eu *asthénopie accommodative*, améliorée ou guérie à la suite du traitement de l'affection nasale.

Dans deux cas il s'agissait de végétations adénoïdes, et dans trois d'hypertrophie des cornets.

Les malades accusaient de l'asthénopie accommodative, laquelle chez un d'entre eux n'était pas corrigée par les verres.

L'ablation des tumeurs adénoïdes d'une part, les lavages salés une ou deux fois par jour d'autre part, constituèrent le traitement, à la suite duquel l'asthénopie accommodative disparut.

De l'importance du diagnostic précoce et du traitement des obstructions du nez chez l'enfant, par **Adolphe Bronner**, de Bradford, (*British med. Journal*, 12 septembre 1896.) — L'auteur rappelle que le catarrhe nasal est la cause la plus fréquente de l'obstruction du nez, parce que le cornet inférieur, qui est relativement plus développé chez l'enfant que chez l'adulte, arrive vite à obstruer la fosse nasale si sa muqueuse est enflammée. Chez les enfants plus âgés l'obstruction résulte des végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Les effets de l'obstruction du nez sont de deux ordres :

1° Effet sur l'état général et la croissance ;

2° Effet sur les organes circonvoisins.

Le plus désastreux est l'arrêt de développement des poumons et du thorax. L'enfant respire par la bouche, ce qui lui donne un aspect si particulier.

En outre l'enfant est plus exposé aux infections, parce que normalement l'air se dépouille de ses germes, en passant dans les fosses nasales dont la muqueuse fixe les particules en suspension dans l'air. Ainsi peut plus facilement se produire l'éclosion de certaines maladies : diphtérie, tuberculose, scarlatine, rougeole, coqueluche.

Toutes les fois donc que les enfants présentent des ganglions cervicaux volumineux, il faut examiner le pharynx et faire l'ablation des végétations adénoïdes. Il faut observer comment les enfants respirent, s'ils dorment la bouche ouverte.

Localement l'obstruction du nez détermine un relâchement des muscles de la face et de la mâchoire; des déformations de la cloison, de la voûte du palais; parmi beaucoup d'autres conséquences, il faut encore signaler l'asthme, etc.....

Inflammation aiguë du naso-pharynx, par **J. Lewis-Smith**, New-York. (*Medical News*, 29 août.) Cette affection serait plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois par le fait de la grippe, devenue une maladie d'une grande fréquence. Le microbe de la grippe se rencontre sur tous les points des voies respiratoires.

Les symptômes principaux sont, avec une intensité variable suivant les cas, fièvre, céphalalgie frontale, éternuements, gêne de la respiration nasale qui devient bruyante, sensation de plénitude, de sécheresse du nez, sécrétion séreuse, plus tard muco-purulente.

Quelquefois l'inflammation naso-pharyngée est de nature diphtéritique.

Le traitement consiste en pulvérisations ou inhalations antiseptiques, etc.

III. LARYNX. — *Les derniers progrès dans le traitement chirurgical des tumeurs malignes du larynx*, par le Dr **Bryson Delavan**. (*New-York Med. Journ.*, 5 septembre.) — Jusqu'ici le traitement de l'épithélioma du larynx s'est fait sans succès. Les interventions opératoires ont plutôt abrégé la vie des malades. Cependant, depuis quelque temps, on a publié des cas de guérison à la suite des opérations suivantes : Thyroidotomie avec ou sans laryngectomie partielle; laryngectomie complète suivant le procédé de Solis-Cohen; laryngectomie totale avec l'extirpation des ganglions malades.

La première de ces opérations (Butlin Semon) est précédée de la trachéotomie et du placement de la canule-tampon. Le cartilage thyroïde est ouvert. Le chirurgien éclaire avec une lampe frontale l'intérieur du larynx. Il a soin de badigeonner la muqueuse avec la cocaïne à cinq pour cent pour éviter l'hémorragie.

Tous les tissus altérés sont enlevés et avec eux une zone de tissu sain. *Clinton Wagner* a eu cinq succès définitifs sur quinze opérations de ce genre.

La deuxième opération est celle du Dr Solis-Cohen, de Philadelphie. Cet auteur enlève totalement le larynx, sépare l'extrémité supérieure de la trachée et la fixe à l'extrémité supérieure de l'incision du cou, ce qui coupe toute communication entre les voies respiratoires et le pharynx. Les avantages de ce procédé sont de diminuer les chances de la pneumonie et de permettre la déglutition.

De l'intubation chez l'adulte, par le Dr **Casselberry**, Chicago. (*New York med. Journal*, 5 septembre.) — On cite peu de cas d'intubation dans l'obstruction aiguë du larynx chez l'adulte. L'auteur en a

eu 4 cas dans sa pratique : trois fois pour de la diphtérie laryngée, une fois pour un œdème du larynx. Deux nouveaux cas lui ont été communiqués, l'un pour une diphtérie laryngée ; l'autre pour une affection indéterminée (?).

L'intubation serait préférable à la trachéotomie dans la diphtérie laryngée de l'adulte. Quand il s'agit d'œdème du larynx, l'opération est faisable quand il n'y a pas de complication. Mais s'il y a contracture de la mâchoire ou gonflement du pharynx, tel que le tube serait obstrué, il y a contre-indication.

Un cas de tumeur du larynx rare par son siège au niveau du ventricule, par le Dr **J.-W. Gleitsmann**, (*New York med. Journal*, 30 octobre 1896.) — Il s'agit d'un homme de 33 ans, affecté d'enrouement, n'accusant aucun autre symptôme, chez qui l'examen laryngoscopique décelait une tumeur occupant le ventricule (entre les cordes vocales droites), présentant une couleur blanche. Rien au cartilage aryténoïde. — Le sujet fut présenté à l'Académie de médecine de New-York, et personne ne parla du diagnostic. — L'excision d'un fragment de la tumeur permit son examen histologique. Elle fut définie *papillome dur du larynx*.

Les nouvelles médications locales dans le traitement de la tuberculose laryngée : bromoforme, formaldéhyde, gaïacol et protonucléine, par **S.-Solis-Cohen**, de Philadelphie (*New-York medical Journal*, 24 août.) — La solution d'aldéhyde formique a donné des résultats très remarquables dans les formes infiltrées, ulcérantes et végétantes.

Cette solution se trouve dans le commerce à 40 pour 100, sous le nom de *formol, formoline*. L'auteur l'emploie diluée de 1 à 10 pour 100. Il cocaïnise préalablement, car la formaldéhyde détermine à la gorge une sensation intense de brûlure. L'application se fait de la même façon que celle de l'acide lactique. La solution à 10 pour 100 est la plus forte qu'il utilise. — Après, il fait une insufflation de protonucléine. Il opère deux fois par semaine, et dans l'intervalle fait des pulvérisations d'une solution de bioxyde d'hydrogène, suivie d'une insufflation d'iodoforme une ou deux fois par jour.

Quant aux autres médications, l'auteur les a peu pratiquées. Il n'a employé avec un certain succès le *gaïacol* que quelquefois sous forme de solution à 25 pour 100 dans l'huile d'olives. *Le bromoforme* lui a donné satisfaction comme anesthésique local et a favorisé des guérisons.

IV. PHARYNX. — *Remarques sur l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale*, par le Dr **H.-L. Swain**, de New Haven, Connecticut. (*New York med. J.*, 25 juin 1896.) — L'amygdale linguale n'est connue que depuis 1884, et si dès le début on a signalé l'hypertrophie dont elle peut être atteinte chroniquement, on a peu

parlé de son inflammation aiguë. De rares observations en ont été rapportées dans ces dernières années, par *Seifert* et *Simonowski*.

L'auteur a depuis 1886 porté son attention sur cette affection et l'a observée assez fréquemment pour en compter 20 cas l'hiver dernier.

Il fait un long exposé de l'anatomie de l'amygdale linguale, comparée à l'amygdale pharyngée, et discute la pathogénie de ses inflammations.

Trois formes cliniques existent : la *forme simple* dans laquelle l'amygdale linguale hypertrophiée devient rapidement tuméfiée, rouge, douloureuse; la *forme folliculaire* dans laquelle, en même temps qu'une amygdalite pharyngée ou isolément, ces symptômes s'aggravent et s'accompagnent de la formation de productions de mucus, donnant à l'accasion lieu à des exsudats membraneux; la *forme péritonsillaire* où les tissus profonds sont le siège de l'inflammation et deviennent le foyer d'abcès. L'auteur décrit longuement la symptomatologie de ces formes.

Le traitement *général* est celui suivi habituellement pour l'amygdalite proprement dite.

Le traitement *local* consiste au début en l'administration de petits morceaux de glace; en gargarismes, toutes les 2 ou 3 heures, avec du lait et de l'eau additionnée de borate de soude et de chlorate de potasse.

Corps étranger dans le pharynx d'un enfant, par le Dr **Mc Cullagh**, de Bedford. (*British Med. Journ.*, 24 oct. 1896.) — Un enfant d'un an lui est apporté comme atteint de croup. Il examine la gorge et voit l'extrémité d'une épingle de sûreté située à la base de la langue. L'épingle était ouverte et sa pointe implantée dans la paroi gauche de l'isthme du gosier.

Au moyen d'une pince à forcipressure, il enleva l'épingle en lui faisant subir un mouvement de torsion.

Erysipèle primitif du pharynx, par le Dr **William Porter**, Saint-Louis. (*New-York Med. Journ.*, 15 août 1896.) — Les cas observés d'érysipèle primitif du pharynx sont rares dans la littérature médicale. On n'a guère cité que ceux qui avaient eu leur point de départ à la face. Peut-être y a-t-il un certain nombre de laryngites ou pharyngites aiguës qui sont de l'érysipèle et qui sont méconnues.

L'auteur a observé trois cas d'érysipèle primitif du pharynx. Dans les deux premiers l'œdème du larynx consécutif nécessita la trachéotomie.

On devra soupçonner l'érysipèle dans une inflammation aiguë du pharynx ou du larynx quand on constatera un gonflement considérable, de l'œdème, avec état fébrile.

Sinusite maxillaire séro-purulente dans le saturnisme chronique, par le Dr **H. Lewis Wagner**, San-Francisco. (*New-York*

Med. Journ., 15 août.) — L'observation très intéressante d'un homme de 32 ans, peintre en voitures, souffrant depuis trois ans d'une névralgie sus-orbitraire à droite, rebelle à tout traitement. L'examen fait reconnaître à l'entrée de l'hiatus semi-lunaire un écoulement séro-purulent. Pas de liseré plombique. Une ponction est faite à travers la voûte du palais dans le sinus, et une injection fait sortir par la narine droite un liquide séro-purulent. Alors une trépanation est faite par la fosse canine. La muqueuse de l'antre, de couleur bleu-gris, est hypertrophiée. L'ablation en est faite. Le malade n'est pas soulagé. Après un examen négatif de l'urine, l'auteur fait pratiquer l'examen chimique d'un lambeau de la muqueuse de l'antre. La réaction caractéristique du plomb est décelée. De suite le malade est mis au traitement ioduré et en quelques jours la douleur a cédé et l'écoulement séro-purulent a disparu. Depuis la guérison s'est maintenue.

Le plomb déposé sous forme d'albuminate aurait été ici la cause de la sinusite et de la névrite.

Contrôle de l'hémorragie dans quelques opérations sur le nez et la gorge, par le Dr **A. Coolidge**, de Boston. (*New York med. Journal*, 12 septembre.) — Dans les opérations avec anesthésie intéressant la partie supérieure des voies respiratoires, il faut d'abord empêcher l'hémorragie de menacer la respiration et ensuite être prêt à contrôler l'hémorragie localement.

Pour remplir le premier desideratum on fait prendre au malade une position convenable, suivant la région à opérer. L'auteur examine ces diverses positions : couché, position de Trendelenbourg, etc.

Pour satisfaire au second desideratum : le contrôle de l'hémorragie, si le vaisseau qui saigne ne peut être pincé, il faut faire la compression.

L'abondance du sang ne dépend pas tant du calibre et du nombre des vaisseaux sectionnés, que de la structure des tissus qui les englobe et les rend plus ou moins rétractiles.

Pour éclaircir cette question, l'auteur a pratiqué des coupes sur le pédicule des diverses tumeurs enlevées, et a pu ainsi étudier la disposition des vaisseaux à leur point d'entrée dans la tumeur. Les préparations microscopiques qu'il a faites montrent : dans les végétations adénoïdes les vaisseaux sont nombreux, mais parallèles aux fibres du tissu interstitiel et, par conséquent, ils peuvent facilement se rétracter ; dans le fibrome, vaisseaux peu nombreux, mais à parois épaisses adhérentes à un tissu résistant empêchant leur rétraction.

Fibromatose naso-pharyngée, par le Dr **Ch. Shields**, de Richmond, (*New York med. Journal*, 12 septembre 1896.) — Il s'agit de deux cas de fibrome, dont l'un est particulièrement intéressant, parce qu'il a été observé chez une femme de 48 ans, et que celle-ci était une négresse ; fait unique, la tumeur occupait le naso-pharynx seul. Elle fut traitée par l'électrolyse. Le traitement électrolytique semble préférable à l'intervention sanglante.

Rapport des maladies chroniques du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion, par le Dr **Th.-R. French**, Brooklyn. (*New York med. Journ.*, 12 sept. 1896.) — Les relations des affections chroniques de la gorge, du nez, de l'oreille avec les troubles de l'appareil digestif ont été peu observées. Or, le catarrhe pharyngien et la pharyngite granuleuse coexistent presque toujours avec la dyspepsie. Si le catarrhe naso-pharyngien est si fréquent aux États-Unis, c'est que la dyspepsie y est fréquente chez les hommes d'affaires. Chez 50 étudiants de l'hôpital de Long-Island, l'examen a montré la présence d'un catarrhe pharyngien plus ou moins accusé. Tous, sauf trois, avaient de la dyspepsie.

Pour serrer la question de plus près, l'auteur fit pratiquer l'analyse du suc gastrique chez 23 malades dont il examina la gorge. Plus de la moitié avaient de la dyspepsie nerveuse, et les autres du catarrhe gastrique. Chez tous il y avait du catarrhe pharyngien.

Quant à la pathogénie de ces phénomènes, elle peut s'expliquer par une irritation vaso-motrice réflexe. *Beverley Robinson* a signalé que le muco-pus d'une affection des voies respiratoires supérieures peut déterminer des troubles gastriques.

Pour ce qui est des affections de l'oreille, leur relation avec les troubles gastriques vient de ce qu'elles dépendent elles-mêmes de l'affection pharyngienne.

Un cas de blessure du pharynx par arme à feu, par le Dr **Rankin**, d'Alleghemy. (*New York med. Journal*, 12 septembre 1896.) — Il s'agit d'une blessure remontant à 1847. Les cicatrices siégeant symétriquement de chaque côté du cou, à 3 centimètres environ au-dessus du lobule de l'oreille, témoignent que la balle a traversé de part en part. Dans le pharynx on voit également deux cicatrices situées en arrière et un peu au-dessous des amygdales, elles sont réunies par une cicatrice linéaire occupant la paroi postérieure du pharynx. Par un heureux hasard aucun vaisseau ne fut intéressé. Guérison en deux mois.

Epithéliome du voile du palais détruit par la solution de potasse, par le Dr **Th. Hubbard**, de Toledo, Ohio. (*New York med. Journal*, 12 septembre 1896.) Homme de 50 ans. Une tumeur étalée, de la dimension d'une pièce de nickel, d'une épaisseur double, se développe sur le voile du palais et le pilier antérieur droit. Douleurs violentes. Cocainomanie. Le traitement par des injections intra-parenchymateuses de solution potassique est institué. En trois jours l'escarre est formée et la tumeur se détache, laissant une large plaie de bon aspect. La cicatrisation se fait. Quelques masses papillomateuses se reformant, on les détruit. Guérison. Le malade était guéri depuis plus d'une année, quand il mourut d'affection cardio-rénale.

L'autopsie montra que l'épithéliome n'avait pas récidivé.

H. FORESTIER (d'Aix-les-Bains).

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

I. — **OREILLES**. — **M. Dahlgren** (*Semaine méd.*, 9 déc. 1896) rapporte l'observation de 3 *cas de thrombose du sinus transverse consécutive à une otite moyenne; opération; guérison.* Ce qui fait l'intérêt de ce mémoire, c'est que l'évacuation du foyer morbide fut combinée avec la ligature de la veine jugulaire interne, que les trois malades ont guéri et que la ligature n'a été suivie, dans aucun cas, des accidents fâcheux signalés par quelques opérateurs. (*Arch. f. Klin. Chir.*, LII, 3.)

Rud. Haug : *Sur la production d'exsudat dans la partie supérieure de la caisse au cours de l'influenza* (*Presse médicale*, 19 déc. 1896). L'auteur, sur 214 cas d'otites grippales, a vu 64 fois l'inflammation se localiser à la région épitympanique. L'exsudat s'accumulait tantôt dans la région antérieure de la coupole, tantôt dans la postérieure, plus rarement dans toute la coupole.

La limitation de l'exsudat à la partie antérieure de l'attique se traduisait par la saillie de la membrane de Schrapnell, refoulée en dehors. La paroi antéro-supérieure du conduit était ordinairement rouge. Les douleurs étaient modérées, peu d'affaiblissement de l'ouie, mais bruits subjectifs accusés. La paracentèse du tympan faisait non seulement cesser les douleurs, mais l'exsudat (liquide hémorragique, parfois mélangé de pus) ne se reproduisait plus. Point de vertiges, point d'excitation cérébrale, point de participation de la mastoïde.

Dans les cas où l'exsudat siégeait dans la moitié postérieure de l'attique, le quadrant postéro-supérieur de la membrane était rouge, infecté, ainsi que la région voisine du conduit; il était en outre refoulé en dehors par l'exsudat, parfois petites ecchymoses. Douleurs violentes; souvent du vertige, impossibilité de la station debout, démarche titubante, baisse rapide de l'audition, bruits subjectifs intenses. Enfin, les cellules mastoïdiennes étaient souvent prises; dès les premiers jours, la région apophysaire était sensible à la pression, et, souvent il y avait véritable mastoïdite (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. XL, nos 3 et 4, 1896).

M. Ed. Rist (*Presse méd.*, 6 janv. 1897) fait une revue sur les *Abcès du cervelet d'origine otique*, complication non rare des otites purulentes chroniques. Livrés à eux-mêmes, ces abcès conduisent invariablement à la mort; il y a donc un grand intérêt à savoir les reconnaître pour essayer d'une intervention chirurgicale.

Dans son étude, l'auteur met largement à contribution le travail de

Th. Acland et Ch. Ballance (analysé par M. Luc dans ces Archives p. 528, 1896).

II. — NEZ, SINUS. — M. Planchu, interne de M. Jaboulay, de Lyon, rapporte (*Lyon médical*, p. 433, 29 nov. 1896) deux observations d'*Abcès du cerveau consécutif, l'un à une otite suppurée, l'autre à une ostéite fronto-ethmoïdale et à une sinusite frontale*; et cherche à établir les points sur lesquels M. Jaboulay a l'habitude de se baser pour diagnostiquer ces abcès et pour les évacuer.

— Penser le plus souvent à l'abcès encéphalique, chez tout malade porteur d'une suppuration chronique des os du crâne, et présentant au cours de ces affections des symptômes cérébraux : céphalalgie, nausées, excitation cérébrale ou parésies diverses. — Le diagnostic posé, se décider aussitôt à trépaner sans attendre que le malade soit dans le coma. — Choisir de préférence, comme lieu d'élection, la région primitivement lésée, à moins de contre-indication, et traiter du même coup l'ostéite causale. — Le crâne une fois ouvert, ne pas se laisser arrêter, ni par l'existence des battements du cerveau, ni par l'absence de méningite, ni par l'intégrité de la substance cérébrale, en contact avec le foyer d'ostéite, l'abcès siégeant le plus souvent dans la profondeur et à distance, séparé des lésions osseuses par une lame généralement épaisse de substance cérébrale. — Choisir un trocart de moyen volume et ne pas se laisser décourager par l'insuccès des premières ponctions, le cerveau supportant bien ces traumatismes, sauf dans la zone psycho-motrice. — Enfin drainer le plus largement et le plus longtemps possible.

M. B. Fränkel a montré (*Semaine méd.* 23 déc., 1896) à la Société de médecine berlinoise une deuxième molaire droite qu'il a extraite à une jeune fille pour ouvrir l'antre d'Highmore, rempli de pus. A l'extrémité de la racine de cette dent, on voit un granulome qui faisait saillie dans l'antre et qui semble avoir été la cause de l'*empyème de l'antre d'Highmore* observé chez cette jeune malade.

Avellis (*Arch. f. Laryngol.*, IV, f. 2, 1896 et *Gaz. méd. de Paris*, 26 décembre) a recueilli dix cas graves et légers d'*empyème aigu du sinus maxillaire*. Dans les formes légères la guérison est presque spontanée, les récidives sont fréquentes. La guérison est progressive, mais lente.

III. — PHARYNX, ŒSOPHAGE. — M. E. Schlesinger a pratiqué (*Bulletin méd*, 10 janv. 1897 et *Berliner Klinik*, 1896, n° 9) l'examen des amygdales sur 17 enfants morts tuberculeux à l'hôpital Empereur Frédéric, à Berlin. D'après lui, la phtisie pulmonaire s'accompagne presque toujours de lésions amygdaliennes, et réciproquement les *lésions tuberculeuses des amygdales* s'accompagnent toujours de tuberculose pulmonaire. Les amygdales sont saines chez les individus atteints de très légères lésions du poumon et chez ceux qui sont porteurs de lésions guéries.

Walter F. Chappell, dans un mémoire sur la *tuberculose primitive et tuberculose secondaire du pharynx considérées au point de vue clinique* (*Presse méd.*, 15 nov. 1896) publie plusieurs observations de tuberculose pharyngée, dont une lui semble prouver la possibilité d'une infection tuberculeuse, débutant par le pharynx et le naso-pharynx. (*The New-York medical Journal*, 19 sept. 1896, p. 377.)

M. A. Morel-Lavallée (*Bulletin méd.*, 30 décembre 1896) traite du *diagnostic du chancre de l'amygdale*; le plus fréquent des chancres extra-génitaux après les chancres labiaux, si on laisse à part le chancre mammaire des nourrices. Il est la principale porte d'entrée des *syphilis insontium*. Pour la description de la lésion, ses symptômes, son évolution, ses formes, il renvoie au magnifique ouvrage sur les chancres extra-génitaux de M. le professeur Fournier; il n'envisage qu'un point, le diagnostic.

Deux symptômes fondamentaux constituent essentiellement à eux deux, le chancre de l'amygdale, c'est l'*induration* et l'*adénopathie*. Dans la diphtérie maligne, l'état général, l'extension des fausses membranes, quelques ganglions du côté opposé imposent le diagnostic. Dans les tumeurs malignes du pharynx, l'adénopathie, moins localisée d'ailleurs, ne prend un semblable développement qu'à la phase ultime; enfin, dans les angines aiguës et de la syphilis secondaire, il peut y avoir des ganglions engorgés, mais multiples, bilatéraux, non conglomérés, etc. Donc en dehors du cancer du pharynx, à sa ernière période, et qui ne permet pas au diagnostic de rester en suspens, la péri-adénite rétro-maxillaire aphlegmasique, conglomérée, persistante, unilatérale, à grand axe vertical, est, en pratique, presque caractéristique du chancre de l'amygdale.

L'auteur termine en rapportant une observation d'amygdalite à répétition, qui simulait, à s'y méprendre, le chancre tonsillaire. A ce sujet, il rappelle qu'il n'est pas permis de porter le diagnostic ferme de syphilis sur la vue d'un seul symptôme, quelque importance pathognomonique que la tradition lui attribue.

IV. — LARYNX, TRACHÉE. — M. F. König présente à la société de médecine berlinoise (*Semaine médicale*, 9 déc., 1896) un petit malade chez lequel il dut, il y a 3 ans, pratiquer la trachéotomie; il en résulta une fistule trachéale qui ne put être comblée que par une autoplastie. La perte de substance de la trachée fut réparée au moyen d'un fragment de cartilage emprunté au larynx. Le résultat fut très satisfaisant, et l'auteur préfère ce mode de *traitement des fistules trachéales par une autoplastie cartilagineuse* à celui qui emploie uniquement les parties molles; toutefois la perte de substance ne doit pas être trop étendue pour qu'on puisse y avoir recours avec succès.

M. A. M. Sheild rapporte l'histoire d'un cas (*Bulletin méd.*, 16 déc. 1896) de *fracture compliquée du cartilage thyroïde* chez une femme jeune qui était tombée la gorge portant sur le dossier d'une

chaise. Les accidents immédiats nécessitent une trachéotomie; au bout de 12 jours la plaie trachéale était guérie et la malade pouvait quitter l'hôpital 19 jours après l'opération. Elle dut y rentrer 2 jours plus tard pour une violente attaque de dyspnée avec cyanose. D'urgence on dut refaire une seconde trachéotomie. Au bout d'un mois, comme l'examen laryngoscopique montrait une sténose extrême au niveau des cordes vocales, Sheild recourut à la *thyrotomie*, seule capable de permettre l'application d'une canule à demeure. Après 3 semaines, la malade était sur pied (*The Lancet*, 14 nov. 1896).

MM. de Gennes et **Griffon** montrent à la Société Anatomique (13 nov. 1896) une *gomme non ulcérée du larynx*. Le malade syphilitique est mort après plusieurs semaines de dyspnée modérée et continue, entrecoupée d'accès de suffocation. Traitement antisyphilitique. Examen laryngoscopique négatif.

A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur du chaton du cricoïde une gomme ramollie, enkystée, faisant saillie, mais recouverte par une muqueuse d'apparence saine; gomme entièrement sous-glottique. Séquestres volumineux, au milieu de la substance caséeuse. Ganglions hypertrophiés sur les parties latérales du larynx.

Pour les auteurs, il s'agit d'un processus syphilitique tertiaire, non ulcéré.

Ferreri discute (*Presse méd.*, 30 déc. 1896) l'*intubation dans les sténoses syphilitiques du larynx*. L'intubation peut donner quelque succès dans les sténoses aiguës et chroniques de l'adulte, si le rétrécissement est sus-glottique et point syphilitique.

Dans les sténoses sous-glottiques la dilatation avec les tubes de Schrötter est supérieure à l'intubation.

Ferreri repousse l'intubation dans les sténoses syphilitiques. En cas de sténose aiguë, il faut pratiquer la trachéotomie et prescrire un traitement général énergique. Dans les sténoses chroniques et cicatricielles, on doit essayer de franchir l'obstacle avec les sondes de Schrötter, en cas d'insuccès, on procédera à la thyrotomie et on pratiquera l'excision des tissus cicatriciels (*Arch. ital. di otologia*, etc., nos 3 et 4, 1896).

M. L. Réthi a lu à la Société de médecine de Vienne (*Médecine moderne*, 28 nov. 1896) un mémoire sur des *Recherches expérimentales* faites *sur les cordes vocales dans la voix de fausset*. Les expériences sur le vivant ont été faites avec la méthode stroboscopique. Dans la voix de poitrine la corde vocale oscille dans toute sa largeur, dans la voix de fausset, c'est seulement le bord interne qui vibre. Ce qui caractérise cette sorte de voix, c'est une résistance et une rigidité plus grande des cordes vocales par suite de la contraction du muscle cricothyroïdien. Il n'existe pas de ligne nodale, ni de mouvement en dehors en sens opposé. La crête présente un mouvement ondulatoire en dehors, ce qui se voit seulement dans la voix de fausset.

Paul Gastou (*J. de clin. et de thérap. infant.*, 18 déc. 1896) étudie la *toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants et le coryza*. Cette toux souvent attribuée à un réflexe est uniquement

causée par le coryza postérieur. Elle a les caractères suivants : elle est spasmodique, simulant la coqueluche ; émétisante, nocturne. Elle ne se rencontre que chez les jeunes enfants, parce qu'ils ne se mouchent pas et ne crachent pas.

Comme traitement, l'auteur propose d'introduire 3 ou 4 fois par jour dans les narines des tampons effilés en pointes, proportionnés à la longueur des narines, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée. On peut joindre à la vaseline boriquée des substances astringentes : le tanin, l'alun et surtout l'antipyrine.

Martuscelli (*Gaz. méd. de Paris*, 26 décembre 1896 et *Archiv. ital. di Laryngol.*) a récemment observé 2 cas de *tumeurs amyloïdes du larynx*. Ces tumeurs se présentaient comme un néoplasme sessile, implanté sur une corde vocale, de la grosseur d'un pois. Elles étaient lisses, rosées, et avaient l'allure de fibromes ; ce fut, d'ailleurs, sur ce diagnostic qu'elles furent extirpées. L'examen microscopique montra leur vraie nature ; les parois vasculaires n'étaient pas atteintes par la dégénérescence amyloïde ; l'épithélium n'était pas altéré.

V. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — M. Paul Gallois communique à la Société de thérapeutique (séance du 9 décembre 1896) les résultats de sa pratique des *injections intramusculaires solubles de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis*. Par la médication sous-cutanée de la syphilis, on évite les troubles gastriques ou intestinaux. Deux méthodes sont en présence, les injections insolubles et les injections solubles.

Les inconvénients des injections insolubles sont la douleur, les nodules, les abcès, la stomatite, les néphrites et la diarrhée. Les avantages résident dans la puissance d'action et dans la commodité de n'avoir à intervenir que tous les huit jours. L'auteur est partisan des injections solubles, procédé commode, peu dangereux et d'une grande efficacité Il injecte généralement 1 gramme par jour, soit une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Benzoate neutre de mercure.	0 gr, 25
Chlorure de sodium . . . . . }	áà 0 gr, 06
Chlorhydrate de cocaïne. . . . . }	
Eau distillée stérilisée.	30 grammes.

Souvent la lésion est guérie avant un mois de traitement.

VI. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — M. Reynier (*Académie de médecine*, 17 nov. 96) fait une communication sur les *Accidents de la chloroformisation*. Ces accidents reconnaissent la plupart du temps pour cause une tare nerveuse des sujets. Chez les alcooliques, il est fréquent d'observer au début de la narcose une excitation qui rappelle celle que produit l'alcool, et pouvant parfois aller jusqu'à une véritable attaque de *delirium tremens*. Chez les hystériques, on peut

voir des crises convulsives ou syncopales, et chez les épileptiques, de véritables accès épileptiformes. — L'état de la cellule médullaire joue aussi un rôle. Chez les ataxiques se produisent parfois des réflexes généralisés amenant des arrêts de la respiration et du cœur. — En somme, la cellule nerveuse excitée par le chloroforme, réagit suivant son mode habituel de réaction.

Ces sortes d'accidents peuvent apparaître, non seulement au début de la narcose, mais encore au réveil. D'où l'obligation de ne jamais quitter un malade qui a été chloroformisé, avant qu'il n'ait complètement repris connaissance.

M. Ed. Schwartz (*Gaz. des hôp.*, 3 déc. 1896) a pratiqué la *suture du sinus latéral* déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval reçu dans la région temporo-pariétale. Guérison.

La suture des sinus est donc possible, malgré la rigidité, malgré la tension des tuniques fibreuses; elle doit être employée lorsque les autres moyens d'hémostase applicables aux sinus ne sont pas de mise, et c'est même le moyen de choix, quand il s'agit de larges sinus, comme le sinus latéral, dont la perméabilité a une grande importance; tandis que le tamponnement, le bourrage au catgut peuvent suffire quand il s'agit d'une plaie du sinus latéral pendant une trépanation de la mastoïde, dans un cas comme celui qui fait l'objet de l'observation où il n'y a pas de point d'appui pour le tampon, quel qu'il soit, la suture est absolument indiquée, efficace, et a le grand avantage de ne pas oblitérer nécessairement le canal veineux sur lequel elle est placée.

GEORGES GELLÉ.

NOTES DE TECHNIQUE

ET

DE THÉRAPEUTIQUE

De l'Anesthésie générale par le Bromure d'éthyle.

Des divers anesthésiques généraux, le bromure d'éthyle est le plus fréquemment employé dans le traitement des affections de notre spécialité.

Cela tient aux nombreux avantages qu'il présente, et qui ont été décrits déjà à plusieurs reprises depuis la première communication que les Drs Calmettes, A. Martin et Lubet-Barbon firent à ce sujet.

En quelques mots ces avantages sont les suivants :

Le bromure d'éthyle endort très rapidement, et ce n'est que très exceptionnellement qu'il reste quelque malaise après le réveil.

Pour nous, laryngologistes en particulier, qui avons l'habitude d'opérer nos malades assis sur une chaise en face de nous, nous pouvons leur conserver cette position pendant la narcose au bromure d'éthyle, chose qui nous serait impossible avec le chloroforme. On sait, en effet, que le chloroforme provoque de l'anémie cérébrale et expose à la syncope, tandis que le bromure d'éthyle procède par congestion, et le seul accident à craindre est l'asphyxie. Ajoutons que de ces deux complications possibles, la syncope et l'asphyxie, la première est de beaucoup la plus grave, puisque le médecin ne peut souvent rien contre elle, tandis qu'il est toujours possible de remédier aux accidents de l'asphyxie.

Le bromure d'éthyle aurait deux inconvénients : il ne peut donner une anesthésie de longue durée, et, mal employé, il provoque de la contracture.

La durée de l'anesthésie varie suivant la façon dont elle est conduite. C'est-à-dire que, le sommeil obtenu, si le malade est soustrait à l'action du médicament, le réveil ne tarde pas à se produire — au bout de 2 à 3 minutes généralement ; — mais si, pour les nécessités de l'opération, la narcose doit se prolonger au delà de ce temps, rien n'empêche de le faire en administrant

une nouvelle dose de bromure d'éthyle. A la clinique des Drs A. Martin et Lubet-Barbon, nous avons eu souvent l'occasion de prolonger l'anesthésie jusqu'à 15 minutes et nous n'avons eu qu'à nous louer du procédé.

Un autre inconvénient du bromure d'éthyle, inconvénient bien souvent reproché, est de donner de la contracture. Ceci est vrai, mais, dans la plupart des cas, ainsi que nous l'exposerons tout à l'heure, la contracture dépend, soit de la qualité de l'agent anesthésique, soit de ce que la narcose est incomplète.

Préparatifs. — Il est bon que le malade soit à jeun. Manquer à ce principe, c'est s'exposer à des accidents gastriques ennuyeux.

Les instruments dont il faut se munir sont à peu près les mêmes que ceux employés pour toute anesthésie : il faut avoir auprès de soi une pince à langue et un écouvillon, permettant, si la chose devient nécessaire, de nettoyer le fond de la gorge. La compresse sera remplacée par un masque de flanelle qui a la forme d'un nid à pigeon et qui, s'appliquant exactement sur la figure, recouvre en bloc le nez et la bouche.

Enfin, si c'est au fond de la bouche ou dans la gorge que doit être pratiquée l'opération, il faut se munir d'un ouvre-bouche pour le cas où il y aurait de la contracture des masséters. L'ouvre-bouche à employer est celui de Legroux, parce qu'il peut être introduit par le fond de la bouche, en arrière des grosses molaires, seul espace libre dans ce cas.

Le choix du bromure d'éthyle et sa pureté ont leur importance. La clinique nous a appris que les résultats obtenus variaient avec les divers produits, que tel bromure d'éthyle d'une certaine provenance donnait plus de contracture que celui de telle autre, voire même qu'un bromure d'éthyle d'une marque donnée et employée pendant longtemps ne donnait pas toujours les mêmes résultats. Ceci nous a donné l'idée de rechercher en quoi variait la composition chimique de chacun d'eux.

Nous avons vu alors que la plupart des bromures d'éthyles du commerce contenaient, dans des proportions variables, mais toujours assez notables, de l'éther sulfurique ; or, l'effet produit semblait être en rapport avec la proportion d'éther. Essayant alors du bromure d'éthyle chimiquement pur, nous avons vu qu'il donnait un bon sommeil, mais presque toujours beaucoup de contracture. L'essai continué avec des mélanges titrés de bromure d'éthyle et d'éther sulfurique chimiquement purs nous a conduit à employer de préférence à tout autre, du bromure d'éthyle mélangé d'éther dans la proportion de 1 pour 10. Le mé-

lange ainsi compris de bromure d'éthyle et d'éther dans des proportions exactement définies donne des garanties de stabilité que ne donne pas un produit dans la composition duquel l'éther n'entre que comme une impureté de distillation.

La pureté du médicament est reconnue à son odeur. Il ne doit pas contenir de brome ou d'acide bromhydrique libre ; l'odeur alliacée, fort désagréable, qu'il dégage dans ce cas en décèle tout de suite la présence. Le bon bromure a plutôt une odeur agréable qui rappelle l'éther.

Enfin, c'est toujours une bonne précaution de recouvrir d'une couche de vaseline les parties de la figure qui seront en contact avec le masque. La rapide évaporation du bromure d'éthyle, surtout quand il est mélangé d'éther, peut produire une brûlure chez les personnes dont la peau est sensible.

Anesthésie. — Muni de ces divers instruments, du masque et du bromure d'éthyle, on peut commencer l'anesthésie. Un principe doit guider : c'est qu'il faut donner le bromure d'éthyle à dose massive et sans compter, afin que le malade respire exclusivement de l'air saturé de ses vapeurs, et l'anesthésie sera d'autant meilleure qu'elle aura été plus rapide. Tous les mouvements devront être combinés dans ce but, afin que le malade en absorbe de grandes quantités dès ses premières inspirations, et que si la répulsion instinctive qui est ressentie au commencement du sommeil le faisait se débattre, il ne puisse se soustraire à l'action du médicament en changeant la position du masque sur la figure. Il faut donc bien régler la position du malade et celle de l'aide qui est chargé de l'endormir.

Le malade est assis sur une chaise solide à dossier bas ; l'aide se place derrière lui, tenant de la main gauche le masque (la partie large dans la paume de la main) et de la main droite le flacon de bromure d'éthyle. L'opérateur s'assied en face du patient très près de lui, et retient avec ses talons les barreaux de la chaise sur laquelle le malade est assis ; il l'empêche ainsi de glisser en avant. Quant aux mains elles sont maintenues par un autre aide.

Les choses étant ainsi disposées, l'aide chargé de l'anesthésie entoure la tête de son malade avec son bras gauche, applique exactement le masque sur la face, et verse sur la flanelle une quantité de bromure d'éthyle suffisante pour l'imprégner complètement.

On verse le bromure d'éthyle, comme il a été dit plus haut, non pas goutte à goutte, mais à plein goulot, et on ne s'arrête qu'au moment où quelques gouttes s'échappent des parois inférieures

du masque. Il faut, si possible, obtenir qu'à ce moment le patient fasse de larges inspirations, cinq ou six suffisent dans les bons cas, et quand elles ont été largement pratiquées, il n'existe pour ainsi dire pas de période d'excitation.

On voit le malade, l'œil égaré, les conjonctives injectées. Il se produit un léger affaissement du corps, tandis que la tête peut être facilement mobilisée et a tendance à tomber en avant. Croire qu'à ce moment le malade est endormi et retirer le masque pour laisser commencer l'opération nous paraît une faute, car l'anesthésie n'est pas complète, et il suffit de la moindre douleur pour réveiller toute la sensibilité du malade, qui se défend quelquefois d'autant plus violemment qu'il avait perdu connaissance (dose apsychique).

C'est au contraire alors qu'il faut verser sur le masque une nouvelle dose de bromure et attendre. Il se produit pour quelques instants un arrêt de la respiration dont il n'y a pas à s'inquiéter. Il dure quelques secondes, et correspond à une période de contracture ; il faut attendre, la respiration reprend bientôt plus régulière, plus profonde qu'elle ne l'était au début et on voit le masque sur lequel la dose de bromure d'éthyle versée pendant la période d'apnée était restée intacte, se recouvrir de vapeurs. Une détente de tous les muscles se produit, et à la troisième ou quatrième inspiration profonde, on peut être sûr que l'anesthésie est complète, suffisamment durable (3 à 4 minutes), et d'autre part, on n'a pas, tout au moins dans la plupart des cas, de contracture.

Dans les cas où l'opération doit durer plus longtemps que ne le fait l'anesthésie ainsi obtenue, on prolonge celle-ci en administrant une nouvelle dose de bromure au moment où le patient semble vouloir se réveiller. Il est tout à fait inutile de le maintenir constamment sous l'action du bromure d'éthyle, mieux vaut lui laisser respirer de l'air pur tant que dure son sommeil, et, dès les premières manifestations du réveil, recommencer à administrer une nouvelle dose de médicament suivant les mêmes principes que tout à l'heure. Nous l'avons dit, la prolongation de l'anesthésie au bromure d'éthyle dans de certaines limites ne présente aucun inconvénient.

La quantité de bromure d'éthyle employée ou absorbée a peu d'importance. Elle est, d'ailleurs, très variable suivant l'âge de l'individu et suivant son degré d'excitabilité : aussi il nous paraît que c'est une faute de baser le principe de cette anesthésie sur la durée du temps que le masque est resté appliqué contre la figure, ou sur la quantité de bromure qui a été dépensée. Ni le temps, ni la quantité ne doivent être limités, ce qu'il faut, c'est

endormir son malade. C'est assurément, faute d'avoir attendu avec assez de patience l'évolution de chacun des temps décrits, que bien souvent on a affirmé l'impossibilité absolue d'endormir certains sujets, ou la contre-indication de cette anesthésie pour les adultes. Bien des fois, nous avons pu endormir ainsi des adultes de tous les âges ou même des vieillards (70 ans), jamais nous n'avons trouvé de sujets impossibles à anesthésier.

Bien plus, nous pensons même que les adultes étant plus dociles que les enfants pour faire largement et profondément leurs premières inspirations, on obtient chez eux une anesthésie plus régulière.

Le malade soustrait à l'action du bromure d'éthyle, le réveil se fait de lui-même, et assez vite. La transition entre le sommeil et l'état de veille est très rapide. Le patient est tout étonné quand il revient à lui et ressent la sensation d'un individu qui se ressaisit après un rêve. Quelquefois, pendant son sommeil, le patient a conservé sa connaissance alors que la sensibilité était abolie, on en voit même ne pas perdre connaissance du tout, et suivre presque tous les détails de l'opération sans pour cela ressentir aucune douleur.

L'état du pouls, celui des réflexes, qui, pendant l'anesthésie au chloroforme doivent être les points de repère qui guident l'anesthésie, nous ne les avons pas notés ici parce que la technique de l'anesthésie par le bromure d'éthyle doit reposer exclusivement sur la marche de la narcose caractérisée par l'état de la respiration.

Soins consécutifs. — Le plus généralement, il ne reste au malade qu'un peu de lourdeur de tête pendant quelques heures. Les vomissements sont exceptionnels. Il faut cependant être prudent pour permettre au malade de s'alimenter, il est bon de le faire attendre quelques heures avant de manger. Il n'est pas non plus indispensable de coucher son malade, c'est cependant une bonne précaution, quelques heures de repos dissipent la lourdeur de tête qui persistait encore.

L'élimination du bromure d'éthyle se fait par les poumons, aussi, quelquefois pendant vingt-quatre heures, quelquefois même davantage, la respiration du malade conserve une odeur fade, très accentuée et très désagréable pour son entourage. Elle disparaît d'elle-même.

Tels sont les principaux points de la technique de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. On voit combien ils lui sont particuliers et combien ils diffèrent de ce qui se pratique pour d'autres anesthésiques, pour le chloroforme en particulier. Il faut être bien convaincu de cette différence, et savoir que ce qui, pour le

chloroforme, était une sage prudence, est un danger pour le bromure d'éthyle : en donnant ce dernier timidement et goutte à goutte on asphyxie son malade, mais on ne parvient pas à l'endormir.

R. SARREMONE.

ÉCHOS ET NOUVELLES

La Société Française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le lundi 3 mai 1897, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au secrétaire général, 17, rue Cambacérès, Paris.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° Traitement de l'ozène; rapporteur : M. MOURE.

2° Paralysies récurrentielles; rapporteur : M. LERMOYEZ.

3° L'oreille, le nez et le larynx au point de vue médico-légal; rapporteur : M. CASTEX.

***

Le prix Meynot, d'une valeur de 2.600 francs, est destiné à récompenser alternativement les meilleurs travaux des ophtalmologistes et des otologistes. Cette année, c'était le tour de ces derniers. L'Académie de Médecine a partagé le prix de la façon suivante :

1° 1.400 francs à M. F.-J. Collet pour ses travaux intitulés : *Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif.* — *Troubles auditifs dans les affections du système nerveux.*

2° 600 francs à M. Em. Ménière, auteur d'un *Manuel d'otologie clinique.*

3° 600 francs à M. P. Bonnier, pour son ouvrage sur *Les fonctions de l'oreille.*

Les otologistes qui voudraient concourir pour ce prix sont prévenus qu'il sera décerné en 1898.

***

Voici la composition du bureau de la Société de Laryngologie de Londres pour l'année 1897 :

Président : H. T. Butlin; *Vice-présidents* : E. Cresswell, Baber,

J. W. Bond, A. Bronner, S. Spicer, Ch. Symonds; *Trésorier* : W. J. Walsham; *Bibliothécaire* : J. Dundas Grant; *Secrétaires* : Saint-Clair Thomson, H. Tilley; *Conseil* : J.-B. Ball, R. M'Kenzie Johnston, F. Semon, W. R. H. Stewart, P. Watson Williams.

***

Programme préliminaire de la section de Laryngologie et de Rhinologie (XII[e] Congrès International de médecine, Moscou, 19-26 août 1897) :

1. Diagnostic et traitement des suppurations des sinus du nez (maxillaire excepté). — 2. Diagnostic et traitement du cancer du larynx. — 3. Cancer et traitement de l'extinction de voix chez les chanteurs. — 4. Progrès réalisés dans le traitement local de la tuberculose laryngée depuis le dernier Congrès international. — 5. Autoscopie du larynx. — 6. Laryngo-stroboscopie. — 7. Rayons X appliqués à la rhino-laryngologie. — 8. Œsophagoscopie. — 9. Photographie du larynx. — 10. Rapport du comité sur la construction des instruments et appareils rhino-laryngoscopiques.

Pour la section d'otologie, les sujets proposés sont les suivants :

1. Inflammation de l'oreille moyenne chez les nouveau-nés. — 2. Classement des otites moyennes d'après les produits inflammatoires. — 3. Importance physiologique des parties distinctes du labyrinthe, surtout en ce qui concerne la question d'une surdité complète due à une altération labyrinthique partielle. — 4. Traitement des suppurations attico-mastoïdiennes et des affections intra-craniennes consécutives. — 5. Contribution à l'étude des cholestéatomes. — 6. Complications auriculaires des sinusites maxillaires, frontales ou sphénoïdales. — 7. Valeur comparée de la trépanation simple et de l'ouverture large des cavités de l'oreille dans l'otorrhée chronique. — 8. Valeur thérapeutique du traitement chirurgical de l'otite scléreuse. — 9. Adénoïdites aiguës chez les adultes. — 10. Etude et traitement des complications internes de l'otite purulente. — 11. Affection primitive des parois osseuses du labyrinthe. — 12. Importance thérapeutique des exercices acoustiques pour les sourds et les sourds-muets. — 13. Les dimensions des cavités de l'oreille au point de vue de la prédisposition aux affections auditives. — 14. Pathologie et traitement de la sclérose de la cavité tympanique et des altérations labyrinthiques consécutives. (*Annales des maladies de l'oreille.*)

***

Dans un article du *Century*, de Janvier, intitulé : L'enseignement des sourds, M. John Wright cite le cas suivant :

Il s'agit d'une petite fille, Hélène Keller, qui perdit la vue et l'ouïe à l'âge de dix-neuf mois et demeura sept ans dans le silence absolu,

l'obscurité et l'ignorance. Seul, le sens du toucher était resté intact. Miss A. Sullivan entreprit l'éducation de l'enfant au moyen de la lecture par les doigts. Bien que toujours aveugle et sourde, Hélène peut aujourd'hui comprendre une conversation, car elle lit, *avec les doigts*, sur les lèvres de ses interlocuteurs. Quand on lui parle, elle place légèrement l'index sur les lèvres, le médius sur le nez et le pouce sur le larynx. Ainsi, elle comprend parfaitement. Il est bon d'ajouter que l'enfant est d'une intelligence remarquable.

***

Nous avons parlé plus haut du Jubilé du prof. Fränkel (anniversaire de ses 25 ans de professorat). On vient, d'autre part, de célébrer à Vienne le Jubilé de M. le prof. Schrœtter. Nous aurons l'occasion de parler à ce propos de l'œuvre de ce maitre dans notre prochain numéro.

***

Au moment où les artistes se plaignent de l'acoustique de nos salles de spectacle, il était intéressant de chercher à voir si le masque antique n'avait pas pour but pratique de favoriser la voix. Celle-ci n'en recevait-elle pas plus d'ampleur, et l'acteur n'y trouvait-il pas un moyen de ménager son organe? C'est à cette question que M. Castex essaye de répondre dans *La voix parlée et chantée*. Dans ce but il a procédé à quelques expériences intéressantes dont voici les conclusions :

1° Sous le masque antique la voix porte mieux. Elle parvient à une plus grande distance ; elle semble gagner aussi en intensité. 2° La voix gagne en netteté ; le timbre, dans le sens artistique du mot, c'est-à-dire la sonorité, est accru. 3° Le timbre, dans le sens scientifique, en tant que caractère du son, n'est aucunement modifié. Il ne devient ni nasal ni sombré. 4° Grâce à la forme évasée de l'orifice buccal, l'effet ne se produit pas seulement dans la direction de la voix devant l'acteur, mais encore aux deux extrémités latérales de l'enceinte. Plus il est évasé, plus l'effet vocal est sensible. Ceci pour l'acoustique de l'auditeur. Quant à l'acteur, il a la sensation que la voix porte mieux. Elle sonne très nettement à ses oreilles sans résonner trop. Si l'on adapte un casque au masque, la voix sort confuse. L'auteur ne cache point sans doute ce que ces expériences ont d'incomplet, puisqu'on n'a pu se mettre d'accord sur la façon dont le masque était construit. On trouvera dans l'article de notre confrère, non seulement l'historique de la question, mais encore une critique très poussée de toutes les théories qui ont été émises sur le sujet, tant en France qu'à l'étranger.

***

Nous apprenons la mort de Corrado Corradi, de Vérone, qui s'était récemment installé *privatdocent* à Turin. Corrado Corradi n'était pas un étranger pour nous, Il avait fait un long séjour en France, où il avait été l'élève de Gouguenheim, Châtellier, Lubet-Barbon, Luc, etc.. Possédant à fond notre langue, il avait donné quelques bons travaux aux *Annales*. Nous, qui l'avons connu alors que nous débutions dans la spécialité, nous voulons surtout saluer en lui le bon camarade, car nous avions gardé de Corradi le meilleur souvenir. Les *Annales* nous apprennent que notre confrère a laissé un capital d'environ 30.000 francs destiné au service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital civil de Vérone.

***

On nous annonce la mort du Dr Michaël, de Hambourg. Le Dr Heymann, de Berlin, a bien voulu nous annoncer une notice biographique résumant la vie et les travaux de notre éminent confrère. Nous la publierons dans notre numéro d'avril.

***

Liste des thèses ayant trait à des sujets de la spécialité et qui ont été soutenues devant la Faculté de Paris au cours de l'année scolaire 1895-1896.

Auguy (Paul). De la tuberculose linguale (*Tome I*, n° 46)[1].

Aymé (Marie-Eugène-Renal) Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale (*Tome II*, n° 551).

Bedos (Jean). De l'ictus laryngé essentiel (*Tome III*, n° 37).

Blazy (Pierre-Nicolas-Joseph). Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale (*Tome IV*, n° 449).

Bois (Raphaël). Etude sur les fistules du sinus frontal (*Tome V*, n° 247).

Boulai (Jean). Etude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse nasale (Pseudo-tissu érectile) (*Tome V*, n° 262).

Chapard (Aristide-Jules-Emile). Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes dans leurs rapports avec les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures (*Tome VII*, n° 579).

Chassy (Alphonse). De l'an-

1. Pour faciliter les recherches à la bibliothèque de la Faculté, nous avons indiqué en chiffres romains le volume dans lequel se trouve chaque thèse ; les autres numéros d'ordre serviront à ceux qui veulent se procurer les thèses chez les libraires.

gine variolique. Sa valeur dans le diagnostic et le pronostic. Conclusions basées sur 819 observations personnelles (*Tome VIII*, n° 486).

Costet (Arthur). Etude sur les calculs de l'amygdale (*Tome IX*, n° 242).

Dantan (Gaston). Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique (*Tome IX*, n° 508).

Deglaire (Alfred). Des inflammations chroniques du naso-pharynx. Pharyngothérapie (*Tome X*, n° 104).

Dérégnaucourt (Emile). Lipomes de la langue (*Tome X*, n° 543).

Dorison (Louis). Rhinite hypertrophique. Ses conséquences locales et générales. Etude critique de son traitement. Utilisation de la cocaïne et du nosophène (*Tome XI*, n° 525).

Ferrand (Constant). Troubles vasculaires du labyrinthe (*Tome XIII*, n° 458).

Gaultier (Ernest). De la pneumococcie pharyngée (*Tome XV*, n° 510).

Girard (Amédée). Corps étrangers de l'oreille (*Tome XV*, n° 89).

Grossard (Albert-Toussaint). Contribution à l'étude de la dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies. Le bougirage (*Tome XVI*, n° 461).

Joly (Louis). Des accidents laryngés et particulièrement de la sténose glottique, dans l'adénopathie trachéo-bronchique (*Tome XIX*, n° 565).

Lape (Mlle Esther). Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée (*Tome XIX*, n° 164).

Leblond (Léon-Ariste). Des agents hémostatiques en rhinologie (*Tome XX*, n° 373).

Lemariey (Albert). De l'otite moyenne aiguë chez les scléreux (*Tome XXI*, n° 527).

Leseur (Emile-Alexandre). Contribution à l'étude de l'affection dite des foins (*Tome XXI*, n° 67).

Logereau (Louis). Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites (*Tome XXII*, n° 165).

Marlière (Albert). Des causes de la durée et de la chronicité de l'otite moyenne suppurée (*Tome XXIII*, n° 169).

Monbouyran (Jean-Joseph-Emilien). Les tumeurs rares du naso-pharynx. Etude clinique et thérapeutique (*Tome XXV*, n° 6).

Monscourt (Henri-Joseph-Prosper). L'otite moyenne tuberculeuse (*Tome XXVI*, n° 269).

Moreau (Edmond). Contribution à l'étude des abcès péripharyngiens (*Tome XXVI*, n° 177).

Ortega (Salvador). Contribution à l'étude de l'empyème des sinus frontaux (*Tome XXVII*, n° 85).

Piaget (René). Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne (*Tome XXIX*, n° 484).

Ranglaret (André). Etude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales (*Tome XXX, n° 128*).

Ripault (Henri). L'hérédo-syphilis infantile. Manifestations pharyngo-nasales et laryngées (*Tome XXXI, n° 122*).

Sassier (René-Guillaume-Marie-Joseph). Des bruits subjectifs de l'ouïe (*Tome XXXII, n° 475*).

Toyer-Rozat (Joseph-Guillaume). Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Leur traitement (*Tome XXXV, n° 354*).

Valot (Edouard). Contribution à l'étude de la paralysie faciale périphérique (*Tome XXXV, n° 385*).

Le Gérant : A. LIÉNART.

PARIS — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71

TOME X. — N° 2 MARS-AVRIL 1897.

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

BULLETIN

Je regrette qu'aucun de nous n'ait songé à établir le bilan des idées et des faits que nous avons mis en circulation depuis quelques années. On « blague » encore volontiers par habitude la spécialité, et cependant il est peu de médecins qui ne lui soient plus ou moins tributaires. Que dire, par exemple, des végétations adénoïdes? Quelques-uns niaient encore leur existence il n'y a pas longtemps. Aujourd'hui voilà qu'on veut les substituer à l'antique scrofule.

Et les adénoïdites ? qui s'en préoccupait ? Personne. Mais un jour le praticien a eu son « petit dernier » malade ; le confrère consulté y perdant un peu son latin, on a mandé en désespoir de cause le laryngologiste. Celui-ci a pu remettre les choses au point ; il a prescrit le traitement approprié, et voilà l'adénoïdite acceptée dans le milieu.

Du côté de l'oreille, même antienne. Un moment on a parlé avec esprit des « laparotomistes de l'oreille ». Mais il s'est trouvé que ceux qui ouvraient la mastoïde préservaient les malades d'accidents graves. Bien mieux, ne s'arrêtant pas à l'antre, on les vit pénétrer hardiment jusqu'au cerveau pour le plus grand bien de l'opéré. — Tiens ! tiens ! c'était donc sérieux?

se répéta-t-on de divers côtés. Mais alors nous en sommes ! Et c'est ainsi que sans à-coup et sans secousses la grande chirurgie s'enrichit d'un domaine nouveau.

Pareille chose se produit à l'heure actuelle pour les sinus frontaux. On voit donc que notre œuvre n'est pas aussi stérile que d'aucuns s'étaient plus à le laisser croire. Il est vrai que les enfants que nous créons sont souvent un peu ingrats. A peine devenus grands, ils nous abandonnent, les vilains ! On les voit circuler dans le monde sous d'autres patronages que celui de leurs vrais parents. Que nous importe ! Ils ne sont pas moins nôtres et ils nous font honneur tout de même.

Au moment où notre Congrès annuel va se réunir, je souhaite que nous ayons encore la bonne fortune de vulgariser quelques bonnes méthodes de traitement ou d'éclaircir quelques points obscurs de la pathologie. Ce sera toujours la meilleure réponse à opposer à ceux qui soutiennent que les spécialistes n'ont été créés et mis au monde que pour vidanger l'oreille ou badigeonner le larynx.

F. HELME.

I

CHOLESTÉATOME DE L'APOPHYSE MASTOÏDE GAUCHE

Trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne. Guérison

Par le Dr **J. BRAQUEHAYE**

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux

Le nommé P... (Jean), vingt-sept ans, cultivateur à Sainte-Croix-du-Mont, entre le 13 août 1896, à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Demons, pour une fistule de la région mastoïdienne gauche.

Les antécédents héréditaires nous arrêteront peu. Son père est mort, à soixante-seize ans, d'une affection cardiaque ; sa mère, à quarante-deux ans, d'affection inconnue. De ses trois sœurs, l'une a succombé à la variole, les deux autres ont toujours été bien portantes. Son petit garçon, agé de sept ans environ, est atteint depuis, quelques mois, d'une otite moyenne purulente.

Jusqu'à dix-sept ans, P... s'est toujours bien porté. Mais, à cette époque, après un refroidissement, il ressentit des douleurs d'oreilles très vives. Notons qu'il était alors grand fumeur et sujet à des amygdalites fréquentes. Bientôt ses oreilles se mettaient à couler. Le pus, assez liquide, jaunâtre, sans odeur spéciale, était mêlé de grumeaux, dit le malade, qui s'écrasaient facilement sous le doigt. Après quelques jours, l'écoulement cessait, puis recommençait et ainsi de suite, jusqu'à l'âge de vingt ans.

A cette époque, à la fin de novembre 1888, il eut une nouvelle poussée douloureuse, mais localisée cette fois à l'oreille gauche et,

quelques jours après, survenait une tuméfaction rétro-auriculaire, rouge, douloureuse, repoussant en dehors le pavillon de l'oreille. L'abcès s'étendait, nous affirme P..., à la moitié de la tête. Il consulta son médecin, qui l'incisa Mais l'ouverture ne tardait pas à se refermer et, comme l'abcès reparaissait, une nouvelle incision fut faite pour donner issue au pus. Ces alternatives d'ouverture et de fermeture de la plaie se reproduisirent plusieurs fois et, en huit mois, notre malade dût subir vingt coups de bistouri. Aussi, voyant le peu de succès de ce traitement, se décidait il à entrer, le 27 juillet 1889, à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Demons, dont nous avions alors l'honneur d'être l'interne.

Voici les renseignements que nous avons trouvés dans nos notes d'internat.

« P..., 21 ans, entré le 27 juillet 1889 pour ostéite tuberculeuse de l'apophyse mastoïde gauche, consécutive à une otite moyenne suppurée du même côté.

« Le 1er août, opération après chloroformisation, lavage et rasage du champ opératoire. Incision au bistouri dans le sillon rétro-auriculaire gauche. L'os est dénudé et présente un trajet fistuleux avec des fongosités. L'os et le trajet sont raclés à la curette. Pansement à la gaze iodoformée. Suites opératoires bonnes. Pas de fièvre.

« Le 4 août. Premier pansement. La plaie est en bon état.

« P... séjourne à l'hôpital jusqu'au 15 août. Il est pansé régulièrement deux fois par semaine. La plaie va bien. Pas de température.

« Il sort le 15 août, mais revient encore se faire soigner trois ou quatre fois. A la fin de septembre, il est guéri. »

Mais, dès que sa plaie mastoïdienne fut cicatrisée, l'écoulement de pus par l'oreille gauche, qui avait cessé tant que dura le trajet fistuleux, reparut et ne cessa plus depuis. Il fut surtout abondant pendant trois ou quatre mois. En janvier 1890, un nouvel abcès mastoïdien se forma et s'ouvrit spontanément, donnant issue à une grande quantité de pus marron, sans grumeaux Depuis cette époque la fistule rétro-auriculaire ne se referma plus. Elle continua, ainsi que le conduit auditif externe, à donner issue à du pus. Cela dura pendant plus de six ans.

Le 1er août 1896, P... ressentit dans la région rétro-auriculaire gauche des douleurs épouvantables, lancinantes, s'accompagnant de fièvre et d'insomnie, mais il n'eut jamais de vertiges, de céphalée, ni de vomissements.

Quelques jours après, apparaissait, derrière son oreille gauche, une tuméfaction rouge et douloureuse, offrant tous les caractères d'un abcès qui fut incisé le 10 août. Du pus marron et fétide s'écoula, mais en quantité moins abondante que ne le faisait penser le volume de la tuméfaction. Le lendemain, par l'incision, sortit une masse blanche, jaunâtre, du volume d'une petite noix, assez ferme, mais s'écrasant sous le doigt. La cassure était assez analogue à celle d'un morceau de suif figé, présentant de nombreuses petites paillettes brillantes (cholestérine). Cette masse était, elle aussi, très fétide. En même temps qu'elle,

sortit une grande quantité de pus, ayant les mêmes caractères que celui qui s'était écoulé la veille. C'est que la tumeur, faisant tampon sur l'orifice osseux, en avait empêché l'issue.

Le 13 août, P... entrait à l'hôpital Saint-André et nous montrait la masse cholestéatomateuse, dont nous constations les caractères. Son conduit auditif externe était plein de pus. Derrière l'oreille gauche, dans la région mastoïdienne, il y avait une fistule siégeant à un centimètre et demi au-dessus de l'horizontale passant par le bord supérieur de l'orifice du conduit auditif externe. Ce trajet, qui était assez large (un centimètre de diamètre environ) avait ses bords rouge violacé et laissait écouler du pus, semblable à celui du conduit auditif externe.

Depuis le 11 août, les douleurs ont cessé complètement et la suppuration est devenue de moins en moins abondante. Mais la température est encore au-dessus de 38°, à son entrée à l'hôpital.

Nous injectons un litre d'eau boriquée tiède par la fistule rétro-auriculaire et nous constatons que le liquide ressort par l'oreille et réciproquement. Il existe donc une communication large entre l'antre et l'oreille moyenne.

Nous faisons souffler et siffler le malade ; il n'a pas de paralysie faciale.

L'exploration au stylet du trajet fistuleux, que nous faisons très doucement à cause du siège très élevé de l'orifice, nous fait sentir que toute la région mastoïdienne est largement dénudée ainsi que l'antre qui est très développé.

L'examen de l'audition est négatif pour l'oreille gauche. Le malade, de ce côté, n'entend pas une montre, ayant un battement assez fort, quand elle est placée contre l'oreille ou au niveau du frontal.

Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, nous faisons tous les matins un lavage avec un litre d'eau boriquée et nous instillons, dans le conduit auditif externe et dans le trajet fistuleux, quelques gouttes du mélange suivant : glycérine, 15 grammes, acide phénique, 1 gramme, afin de désinfecter la région.

L'opération est décidée le 22 août et M. le professeur Demons veut bien nous la laisser faire.

Après chloroformisation, rasage et lavage antiseptique du champ opératoire, nous faisons, dans le sillon rétro-auriculaire du côté gauche, une longue incision de 10 centimètres environ. Une seconde incision vient la couper perpendiculairement, à la hauteur du conduit auditif externe. Les deux lambeaux ainsi formés sont décollés de l'os sous-jacent avec la rugine courbe de Farabeuf, jusqu'à leur base, de façon à avoir sous les yeux toute la région mastoïdienne. En avant, tout le conduit auditif externe est décollé dans sa portion cartilagineuse. Nous tamponnons un instant à la gaze stérilisée pour faire l'hémostase. Nous constatons que la fistule osseuse est située à plus d'un centimètre au-dessus de l'épine de Henle. Aussi, sans tenir aucun compte de la perforation osseuse, nous ouvrons la mastoïde au lieu d'élection, c'est-à-dire dans son quadrant antérieur et supérieur. Nous

suivons ici le manuel opératoire indiqué par MM. Broca et Lubet-Barbon.

La table externe est mince et, au premier coup de ciseau, nous entrons dans la cellule mastoïdienne. Celle-ci est très vaste. Elle mesure environ trois centimètres et demi de diamètre. Elle s'est surtout développée dans sa partie supérieure, ce qui explique la hauteur à laquelle se trouve la fistule osseuse.

L'ouverture est agrandie sur le protecteur de Stäcke. Nous faisons ainsi sauter toute la paroi externe de l'apophyse mastoïde jusqu'à ce qu'elle ne fasse plus aucun cul-de-sac. L'antre est rempli de fongosités mêlées de parcelles osseuses. Nous les enlevons à la curette.

Le canal de l'antre, que nous examinons ensuite, est très large. Il mesure environ quatre millimètres de diamètre. Sa paroi antérieure a même complètement disparu dans sa moitié mastoïdienne. Il ne reste plus que sa partie profonde et l'os est dénudé à ce niveau. Avec le ciseau, sur le protecteur de Stäcke, nous faisons sauter ce qui reste de la paroi antérieure du canal et nous établissons ainsi une large communication entre l'oreille moyenne et l'antre mastoïdien.

Le canal et la caisse sont, comme la cavité de la mastoïde, bourrés de fongosités que nous enlevons avec la curette. Notons que, dans l'oreille moyenne, nous n'avons trouvé aucune trace des osselets de l'ouïe, bien que nous les ayons recherchés. Il est probable que ceux-ci auront été éliminés pendant la longue suppuration qu'a présentée le malade, à moins qu'ils n'aient été englobés dans la masse cholestéatomateuse et expulsés avec elle.

D'un coup de ciseaux, nous fendons la paroi postérieure du conduit auditif externe décollé et nous suturons les deux lambeaux, ainsi formés, à la lèvre correspondante de chacun de nos lambeaux cutanés. Un point de suture est placé à l'extrémité de chacune de nos incisions, mais le milieu reste libre, de façon à laisser, au niveau de la trépanation, un vaste orifice admettant facilement le pouce et communiquant avec l'extérieur, à la fois par l'incision rétro-auriculaire et par le conduit auditif externe fendu sur sa paroi postérieure. Par ces deux voies, la cavité unique formée par l'antre, son canal et la caisse, est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement sec.

Le soir, le malade va bien. Pas de vomissements. La température est à 38°. Elle a toujours été au-dessus de 38° depuis son entrée à l'hôpital. Nous constatons que le malade n'a pas de paralysie faciale.

Le 23 août. État général bon. La température est encore de 38°. Le soir, le malade demande à manger. Il y a un léger suintement sanguin, tachant le pansement.

Le 24 août. Le malade se sent tout à fait bien. Nous le trouvons mangeant assis dans son lit. Nous changeons le pansement et, pour y voir plus clair, nous faisons lever P... La plaie est en bon état ; mais nous remarquons dans le fond, au niveau de l'oreille moyenne, un petit point saillant, rouge, dont le moindre attouchement provoque des vertiges, avec tendance à la syncope, nous obligeant à faire coucher le

malade. La projection de la solution de sublimé tiède, employée pour le lavage, produit les mêmes symptômes. D'après son siège et sa forme, nous pensons que c'est la base de l'étrier. Pansement sec, à la gaze iodoformée. La température est de 38°,2.

Jusqu'au 28 août, la température reste aux environs de 38° et, à partir de ce moment, elle descend peu à peu jusqu'à la normale.

Le malade est pansé deux fois par semaine, jusqu'au 20 septembre. La plaie cicatrise régulièrement et s'épidermise rapidement. Mais à chaque pansement, nous constatons la même tendance à la syncope dès qu'on touche le petit point rouge et saillant dont nous avons parlé. La cavité est chaque fois tamponnée complètement, de façon à obtenir un orifice largement ouvert. Quand le malade quitte l'hôpital, le 20 septembre, il est presque guéri; seul, le fond de la plaie n'est pas encore tout à fait épidermisé. Il continue chez lui le même pansement.

Nous le revoyons à la fin du mois de novembre. Il est guéri. Il porte derrière l'oreille une vaste cavité épidermisée, communiquant avec l'extérieur par l'orifice mastoïdien large comme le pouce et par le conduit auditif externe ouvert en arrière. Le fond de l'excavation est recouvert d'une membrane sèche, dure, craquelée, analogue à une pellicule de gélatine sèche, qu'on enlève facilement avec la pince à disséquer. Elle est due à la desquamation de l'épiderme qui tapisse la cavité. Le fond présente toujours un point saillant, plus rosé que les parties voisines et dont l'attouchement provoque des vertiges. Ce phénomène se reproduit lorsque le malade laisse sa cavité à l'air. Aussi la remplit-il d'un tampon de ouate, que nous lui conseillons de conserver.

L'audition est abolie du côté gauche.

Nous avons eu récemment des nouvelles de P..., son état est resté le même.

Nous n'entreprendrons pas, au sujet de cette observation, l'histoire du cholestéatome de l'oreille moyenne et de l'antre[1]. Cependant quelques points nous paraissent dignes d'attirer l'attention.

Si l'on discute encore sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie de cette affection, tout le monde est d'accord sur son pronostic. C'est une affection grave, souvent mortelle. Le cholestéatome, en effet, détruit les tissus de proche en proche, creusant le rocher, pouvant atteindre le cerveau à travers le le *tegmen tympani* (Toynbee, von Trœltsch, Burckardt-Mérian, etc.). D'autres fois, le malade peut être emporté avec

1. Voyez sur ce sujet : Lichtwitz et Sabrazès. Du cholestéatome de l'oreille. *Soc. d'otol.,de rhinol. et de laryngol.* de Paris. Mars 1894 et Bull. médic. 1894.

tous les signes de la pyohémie, comme dans un cas de Politzer[1], où il y avait rétention de pus derrière la tumeur.

Aussi convient-il d'opposer un traitement chirurgical énergique à une maladie si grave. Dans les cas comme le nôtre, lorsque l'oreille moyenne, le conduit et les cellules mastoïdiennes sont atteints, non seulement il faudra trépaner la mastoïde, le canal de l'antre et la caisse pour en faire une vaste fosse, facile à nettoyer, mais encore on devra maintenir définitivement cette brèche ouverte, sous peine de voir la récidive se produire, ainsi que l'a fait observer Reinhard (de Duidsbourg[2]).

Soit que l'on admette que le cholestéatome est dû à la métaplasie de l'épithélium de l'oreille moyenne, de cylindrique devenant pavimenteux stratifié (von Trœltsch[3], Wendt[4], Schmiegelow[5]), soit qu'on en voie la cause dans la propagation de l'épithélium du tympan et du conduit auditif externe envahissant la caisse après perforation du tympan dans les vieilles otites (Habermann[6], Bezold[7]), un fait domine le traitement de cette affection : c'est que ces tumeurs récidivent.

L'épiderme, en effet, sécrète et ces déchets épidermiques reproduisent la tumeur après qu'on l'a enlevée. Aussi une large ouverture permanente jouera-t-elle le rôle d'une soupape de sûreté, permettant à ces produits d'être rejetés facilement au dehors. C'est pour arriver à ce résultat que Reinhard propose d'épidermiser le fond de la cavité après ouverture large, soit en greffant un lambeau pris sur le cuir chevelu, soit avec des greffes de Thiersch ou bien encore en décollant

1. Politzer. *Lehrb. d. Ohrend.* 1893 et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1891.

2. Reinhard. *XI^e Congrès international de médecine* de Rome. Mars-avril 1894. *Soc. allemande d'otologie.* III^e réunion annuelle. Bonn. Mai 1894.

3. Von Trœltsch. *Arch. f. Ohrenh.*, 1868.

4. Wendt. *Arch. d. Heilk.* T. XIV.

5. Schmiegelow. *Zeitschr. f. Ohrenh.* 1891.

6. Habermann. *Zeitschr. f. Heilk.* T. IX et XI. — *Arch. f. Ohrenh.* 1888. — *Handb. der Ohrenh.*, 1892, t. I. — *Mittheil. d. Vereins. d. Aertze in Steiermark.*, 1893, n^os 8 et 9.

7. Bezold. *Zeitschr. f. Ohrenh.*, 1889 et 1891. — *d. OhrenhHandb.* 1893, t. II.

un lambeau cutané pris sur la paroi postérieure du pavillon de l'oreille.

Dans notre observation, nous avons, dans le même but, fendu longuement la paroi postérieure du conduit auditif externe et nous en avons suturé les lèvres à celles de l'incision, ainsi que nous l'avons vu faire pendant notre internat à l'hôpital Trousseau, par notre maître, M. Broca, pour les mastoïdites suppurées.

Le manuel opératoire nous arrêtera peu. C'est celui qui a été décrit par MM. A. Broca et F. Lubet-Barbon [1]. Nous n'insisterons que sur un point ; c'est que la trépanation devra toujours se faire au lieu d'élection, même lorsque, comme dans notre cas, il y a une fistule. Vous ne devrez pas vous laisser tenter par l'orifice osseux, s'il n'est pas en bon lieu ; rien ne vous dit qu'il ne siège pas dans une zone dangereuse, au niveau du sinus, par exemple, et que l'introduction de votre instrument ne va pas ouvrir sa paroi amincie et produire une hémorragie dont vous serez d'autant moins le maître que l'ouverture osseuse sera plus étroite. Tandis que, conduite d'après les règles classiques, l'ouverture de l'antre, de son canal et de la caisse est une opération bien réglée et qui ne saurait offrir de danger sérieux.

1. A. Broca et F. Lubet-Barbon. *Des suppurations de l'apophyse mastoïde et de leur traitement*. In-8, Paris, Steinheil, 1895.

II

TRAITEMENT ARSENICAL DU SARCOME DES AMYGDALES[1]

Par le Dr **P. HEYMANN**

Privat-docent à l'Université de Berlin.

(Communication à la Société de Laryngologie de Berlin).

J'ai expérimenté le traitement arsenical dans le sarcome du pharynx. Les résultats furent entièrement favorables, mais je ne nie pas pourtant qu'il n'y ait toute une série de cas dans lesquels on a vu échouer cette médication.

En tout j'ai pu observer cinq cas qui tous les cinq ont donné des résultats satisfaisants, mais aujourd'hui je ne puis en présenter que deux. En effet, des trois autres malades, j'en ai perdu deux de vue et le troisième s'est suicidé. L'un de ces derniers faits remonte à seize ou dix-sept ans; l'autre, celui du suicidé, date de quatorze à quinze ans et a déjà été mentionné par P. Gueterbock et par moi-même au cours d'une discussion à la Société de Médecine, dans laquelle Karewski avait exposé ses idées sur l'action favorable de l'arsenic. Nous avions traité le malade ensemble.

Les deux observations dont il s'agit ici sont tout particulièrement caractéristiques et l'intérêt qu'elles offrent à plusieurs points de vue m'a décidé à vous les communiquer en détail.

Le premier de mes malades s'était plaint, en 1889, d'une certaine difficulté dans les mouvements de déglutition avec

1. Manuscrit envoyé à la Rédaction des *Archives* fin janvier 1897.

sensation de rétrécissement de la gorge allant jusqu'à gêner suffisamment la respiration pour obliger le patient à interrompre ses occupations journalières.

En 1890, il vint me consulter à ma Polyclinique. L'examen permit de constater une énorme hypertrophie des amygdales qui dépassaient la ligne médiane et se prolongeaient assez loin dans l'arrière bouche. Le côté droit était hypertrophié, mais moins pourtant que le gauche.

L'aspect des deux amygdales était assez différent de celui de l'hypertrophie simple de ces organes ; à la vue, elles présentaient un aspect médullaire et au toucher elles offraient une résistance toute spéciale qui me fit dès le premier examen poser le diagnostic de sarcome des amygdales.

Ces tumeurs furent extirpées aussitôt et aussi complètement que possible vu l'état dyspnéique présenté par le malade. L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à du sarcome globo-cellulaire et le Dr Hanseman put découvrir dans ses préparations des endroits où l'infiltration des cellules avait en partie absorbé les fibres musculaires venant du voile du palais ; on était donc bien en présence d'une tumeur maligne.

L'opération délivra provisoirement le malade de sa dyspnée. Mais il revint quelque temps après, les tumeurs avaient récidivé, je les extirpai à nouveau avec le même résultat ; mais je constatai en outre, dans l'orbite gauche, la présence de deux autres tumeurs. Je présentai le malade à Von Bergmann qui confirma mon diagnostic, tant clinique que microscopique, mais déclara toute opération impraticable, l'orbite étant attaqué. Je dois avouer que, malgré les résultats favorables du traitement arsenical, résultats que j'avais constatés dans trois cas précédents et sur lesquels je reviendrai plus loin en quelques mots, je me contentai de prescrire à mon malade une dose d'arsenic simplement « *ut aliquid fieri videatur* », et depuis quatre ans l'état du patient a continué à être passable, à tel point qu'il a pu continuer à exercer sa profession de cocher. Pendant ces quatre ans, il a pris de l'arsenic à doses variables (de 25 à 30 gouttes par jour de liqueur de Fowler) et il est à remarquer que chaque fois que la dose absorbée était plus forte que de coutume, on a pu constater une régression mar-

quée de toutes les tumeurs orbitaires ainsi que de celles du cou, régression dont le malade n'était pas le dernier à se rendre compte.

Actuellement il s'est contenté depuis un certain temps de faibles doses d'arsenic, et on peut constater que l'arrière-bouche est obstruée des deux côtés par des tumeurs volumineuses qui présentent l'aspect spécial dont j'ai parlé et cette résistance au toucher qui, jusqu'à un certain point, rappellent le lympho-sarcome dont nous avons eu l'occasion de contempler un si bel exemple à la réunion des naturalistes de Vienne. Il diffère pourtant du lympho-sarcome, ou du moins du cas auquel je viens de faire allusion, en ce que les tissus du voile du palais sont relativement moins attaqués.

Le second fait offre encore plus d'intérêt; plusieurs de nos collègues le connaissent peut-être, car le malade a été traité pendant des années, tant à la clinique de Baginski qu'à la Polyclinique de cette Université. Le patient ressentit en mars 1886 les premières atteintes de la maladie, c'est-à-dire il y a huit ans et demi, et depuis cette époque il s'est plaint d'oppressions qui ont été toujours en croissant graduellement. Il avait la sensation de corps étrangers et souffrait de dyspnée. Dans l'automne de 1886 il vint consulter le docteur Baginski, qui lui extirpa une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. et cette opération fut suivi de la galvano-cautérisation. Cependant peu après le mal reparaissait, et, à des intervalles de quelques mois, on était obligé de recourir à de nouvelles opérations, qui furent exécutées en partie à la clinique du docteur Baginski et en partie à la Polyclinique de l'Université. Le malade croit que les saisons jouent un certain rôle dans la formation de ces tumeurs, qui augmentent toujours en automne, ce que je puis d'ailleurs confirmer pour les deux années pendant lesquelles il a été soumis à mon observation, ce qui, d'ailleurs, peut tenir simplement, au hasard. Enfin, le professeur Von Bergmann enleva la tumeur par la pharyngotomie latérale, et de plus, selon le rapport de l'opéré, extirpa deux autres tumeurs de la grosseur d'une petite pomme.

Cette opération sembla pendant deux ans avoir amené la guérison, puis la tumeur récidiva et le malade vint me trouver.

Tout le côté gauche était occupé par une tumeur qui remplissait l'arrière-bouche et obstruait le larynx. Le malade me raconta une chose extraordinaire, que je n'avais jamais pu constater auparavant et dont je n'avais jamais entendu parler; il prétend en effet avoir rejeté plusieurs fois, spontanément, des morceaux de tumeur atteignant parfois la grosseur d'une noix. Je dois dire que je n'ai jamais vu de morceaux de cette grosseur, mais je suis en mesure de vous montrer deux morceaux qui dépassent la grosseur d'une noisette, et qu'il a rejetés spontanément en toussant. Ce morceau a été pendant longtemps conservé dans l'alcool et a perdu environ un tiers de sa grosseur primitive; l'autre a été rejeté l'automne dernier. J'en ai fait faire une préparation que je puis vous présenter; l'autre préparation, que j'ai devant moi, vient d'un morceau qui a été rendu peu de temps après l'ablation du sarcome. Je renonce pour le moment à en faire une description détaillée; je me réserve de le faire plus tard, et me permettrai seulement d'ajouter que l'opération, suivie du traitement galvano-caustique, n'a donné que des résultats insuffisants. Je prescrivis ensuite au malade de l'arsenic. Je le perdis de vue pendant quelque temps, mais il revint il y a une semaine, pour m'apporter ce gros fragment et faire examiner de nouveau sa tumeur qui avait considérablement augmenté, particulièrement en profondeur, vers les replis aryépiglottiques et l'épiglotte.

La face interne de l'épiglotte présentait des grosseurs inégales et le néoplasme avait même dû pénétrer dans les tissus de l'articulation de l'aryténoïde, car la corde vocale gauche était presque paralysée. Je me contentai d'ordonner de l'arsenic, et il se produisit une régression considérable. A part une légère inflammation, du reste accidentelle, le malade se trouve très bien. La dyspnée a disparu, la déglutition se fait sans peine, et vous pouvez facilement constater toutes les traces des tumeurs que j'ai mentionnées. La masse principale a disparu, et le seul vestige qui en reste est un léger épaississement.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, de revenir en quelques mots sur les trois autres cas dans lesquels j'ai obtenu un succès analogue. Dans tous les trois, il s'agissait également d'hypertrophies des amygdales, qui, à l'examen, se trouvèrent être des sarcomes, et qui cédèrent en grande partie au trai-

tement arsenical. Dans l'un de ces cas, que le Dr Gueterbock a observé avec moi, il s'agissait de grosses hypertrophies qui diminuèrent considérablement et même disparurent presque, sous l'influence de l'arsenic. Les deux autres n'avaient pas la même importance. Je dois ajouter que j'ai aussi observé cinq ou six cas de tumeurs analogues, dans lesquels la médication arsenicale n'a eu aucun succès. Je me rappelle entre autres, le fait d'une jeune fille qui avait de grosses tumeurs lymphatiques à la gorge, avec légère hypertrophie des amygdales, sur laquelle la médication arsenicale, poursuivie pendant des mois, ne produisit pas le moindre effet.

Je ne prétends donc pas que l'arsenic soit une panacée pour toutes les hypertrophies sarcomateuses; je me contente de déclarer que sur les cinq malades traités j'ai obtenu deux fois un succès des plus brillants, et que dans les cas où une extirpation absolue est impossible, je me considère pour ainsi dire comme moralement obligé d'essayer le traitement arsenical.

III

MÉNINGITE SUPPURÉE AIGUË TRAUMATIQUE

Enrayée par l'ouverture hâtive du Crâne et le lavage antiseptique de la Pie-Mère

Par le Dr **LUC**
Ancien interne des hôpitaux

(Communication à l'Académie de Médecine)

La nommée Ernestine Cout..., âgée de trente-trois ans, m'est adressée à mon dispensaire, le 21 novembre 1896, par mes amis les docteurs Hallé et Récamier, avec prière de donner mon opinion relativement à la nature d'une tuméfaction dure qu'elle présente à la partie interne de l'arcade sourcilière droite. Les commémoratifs sont les suivants :

La malade n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. En 1892 elle a observé la première apparition du gonflement pour lequel elle vient me consulter. Le médecin qui la soignait a d'abord songé à une lésion syphilitique et a institué un traitement en conséquence, mais l'iodure de potassium et les frictions mercurielles sont demeurés sans résultat.

En septembre 1894, la tuméfaction prend l'apparence d'une tumeur kystique. On y pratique une ponction qui donne issue à un liquide filant et à du sang.

Le mois suivant la tumeur s'étant reformée est extraite chirurgicalement. Un drain est placé dans la poche et laissé en place pendant dix jours. En avril 1895 il y a apparence de guérison définitive. En septembre 1896 réapparition de la tumeur bientôt suivie de céphalée et d'exorbitisme.

Je fis moi-même au mois de novembre les constatations sui-

vantes : l'œil droit fait une saillie très accusée hors de l'orbite; la paupière supérieure est comme soulevée et étalée par une tuméfaction implantée sur la partie interne de l'arcade sourcilière. Elle fait corps avec cette dernière, mais elle n'a pas la consistance exactement osseuse ; elle donne plutôt au toucher la sensation d'une paroi kystique élastique ronde et fortement distendue. Elle est très légèrement sensible à la pression. Cette sensibilité ne se constate pas en revanche à la région sus-orbitaire.

La lampe électrique exploratrice logée sous la tuméfaction donne une certaine illumination de la région frontale, mais qui pourrait bien être l'effet de la propagation de l'éclairage à travers les téguments, car la zone éclairée ne reproduit pas, comme du côté gauche, la configuration du sinus. L'éclairage des deux sinus maxillaires par la bouche laisse la paupière inférieure droite dans l'ombre, tandis que celle du côté gauche s'illumine. Nous n'obtenons par cette voie l'illumination des pupilles oculaires pas plus à gauche qu'à droite. Toutes les dents de la moitié droite de la mâchoire supérieure sont saines.

Bien que la malade n'ait jamais ressenti ni écoulement purulent, ni fétidité dans la fosse nasale droite, je constate une mince traînée de pus dans le méat moyen de ce côté où je distingue en outre un polype muqueux. Ces dernières constatations plaidaient évidemment en faveur de l'hypothèse d'un empyème double du sinus frontal et de l'antre d'Highmore du côté droit, tandis que la distension de l'arcade orbitaire sous forme de tumeur ronde et élastique ainsi que les commémoratifs faisaient plutôt songer à une tumeur kystique. Je demeurai donc en suspens entre ces deux diagnostics, sans oser me prononcer catégoriquement; mais l'intervention chirurgicale me paraissant, dans tous les cas, indiquée, je la proposai à la malade et à mes collègues qui me l'avaient adressée et je pris rendez-vous avec eux à cet effet au petit hôpital Saint-Michel de Vaugirard pour le 24 novembre.

24 *novembre. Première opération.* — Région sourcilière droite rasée et désinfectée.

Le long du tiers interne de l'arcade sourcilière, incision horizontale qui, parvenue à la racine du nez, devient verticale et s'élève sur une longueur de 3 centimètres le long de la

ligne médiane du front. Le lambeau triangulaire ainsi obtenu est séparé de l'os au moyen de la rugine et attiré en haut et en dehors. La rugine est ensuite employée au refoulement en bas de la lèvre inférieure de la plaie.

Nous trouvons que la partie interne de l'arcade orbitaire forme une saillie ronde, bulliforme, à laquelle nous attribuons le refoulement du globe oculaire en bas et en avant.

Au sommet de cette bulle osseuse se montre une perforation cratériforme, laissant voir une poche membraneuse distendue, cause évidente de l'usure osseuse.

En ouvrant celle-ci, je trouve un contenu colloïde, filant, opalin. La perforation osseuse est agrandie, d'abord avec la gouge, puis avec la pince coupante. J'ouvre ainsi largement le sinus frontal droit et, parvenu à la ligne médiane, je constate qu'il communique avec le gauche par suite de la disparition de la cloison.

La substance colloïde précitée, dont la proportion peut être évaluée à une cuillerée à café, ne représente qu'une minime partie du contenu du sinus, lequel se montre rempli d'un tissu fongueux, tellement serré et tassé qu'il fait hernie au dehors, au fur et à mesure que la brèche est agrandie. Il existe des fongosités semblables, mais clairsemées, dans le sinus gauche.

Pas d'apparence de pus dans l'un ni l'autre.

Une fois terminée, la brèche osseuse qui déborde la ligne médiane pour les besoins du curettage du sinus gauche présente les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Les fongosités sont soigneusement curettées ; malheureusement, je méconnais cette fois l'existence d'un prolongement du néoplasme qui a perforé la paroi orbitaire supérieure à quelque distance de l'arcade orbitaire, et constitue la véritable cause de l'exophtalmie par la compression qu'il exerce sur la capsule orbitaire et son contenu.

Cautérisation du foyer au moyen d'une solution de chlorure de zinc à 1/5, élargissement du conduit fronto-nasal droit, au moyen d'une gouge fine et de la curette ; après quoi, un gros drain de caoutchouc à extrémité supérieure évasée est introduit de haut en bas dans ce conduit, dans lequel il est maintenu par le fait de son évasement supérieur. Son extrémité inférieure est sectionnée au ras de la narine. Insufflation

d'iodoforme dans le foyer. Réunion totale de la plaie par première intention. Pansement compressif avec gaze iodoformée, ouate et bande de crêpe élastique.

Quelques jours plus tard, je recevais la réponse du Dr Gombault qui avait bien voulu se charger de l'examen histologique des fongosités extraites du sinus. Mon éminent confrère concluait à l'existence d'un sarcome fuso-cellulaire, ne provenant pas de l'os, lequel se montrait atteint d'ostéite simple au voisinage du néoplasme. Il ajoutait que ce sarcome ne semblait pas très envahissant et que, dans tous les cas, il ne s'agissait pas d'un sarcome à myéloplaxes. Enfin, il mentionnait la présence de mucus et de leucocytes, sur certains points, à la surface de l'épithélium recouvrant les bourgeons.

Ce dernier détail, établissant la coexistence d'un léger degré de suppuration avec le processus néoplasique, concordait avec mes constatations rhinoscopiques sus-mentionnées.

La condition absolue de succès et même d'innocuité de la méthode opératoire que j'ai depuis plusieurs années adoptée pour la cure radicale de l'empyème frontal (réunion immédiate de la plaie après installation d'un drain fronto-nasal) consiste dans un curettage à fond et dans une désinfection rigoureuse de *toute l'étendue* du foyer. Or, par suite de la méconnaissance du prolongement intra-orbitaire du néoplasme, cette condition n'avait pas été remplie, ainsi que les événements n'allaient pas tarder à nous en convaincre.

Tout d'abord, l'exophtalmie persista après l'intervention, ce qui était déjà un mauvais indice.

Dès le 12 *décembre*, la malade accusait de violentes douleurs dans l'œil et le front. Une suppuration abondante s'écoulait par le drain. Conjonctivite.

Le 13 *décembre*, la plaie, qui s'était parfaitement réunie, se rouvrait à sa partie inférieure, donnant issue à quelques gouttes de pus, ce dont la malade ressentait un soulagement immédiat.

Le 14 *décembre*, mon ami le Dr Valude a la grande obligeance de venir, sur ma demande, examiner la malade, pour nous donner son avis sur la signification des symptômes oculaires. Il conclut à une conjonctivite simple, et, étant données l'absence de fièvre et l'accalmie produite dans les dou-

leurs, il repousse l'hypothèse d'un phlegmon oculaire redouté par nous.

22 *décembre.* — Retour des douleurs fronto-orbitaires, augmentation de l'exophtalmie. T° s. 38°. 2.

Nous décidons pour le lendemain une nouvelle intervention, en vue d'explorer la cavité orbitaire où nous soupçonnons la présence d'un prolongement du néoplasme avec fusée purulente.

23 *décembre. Deuxième opération.* — Assisté de mes collègues et amis les Drs Hallé et Récamier, je pratique une nouvelle incision sous-jacente à la première et, refoulant en bas, au moyen d'un écarteur, la lèvre inférieure de la plaie et le contenu de l'orbite, j'explore minutieusement, au moyen de l'index introduit dans le foyer, la paroi supérieure de l'orbite. A 2 ou 3 centimètres en arrière du rebord orbitaire, je trouve cette paroi largement perforée et donnant passage à un prolongement du néoplasme dans la cavité orbitaire, mais en dehors de la capsule. Je me décide alors à faire sauter, au moyen de la pince coupante, le pont osseux correspondant au tiers interne de l'arcade orbitaire situé au-devant de la perforation du plancher du sinus. Je crée ainsi une large brèche par laquelle j'obtiens un accès facile jusqu'au fond de l'orbite, et je puis opérer un curettage complet de la portion de néoplasme respectée lors de ma première intervention.

Un gros drain ordinaire percé de fenêtres latérales nombreuses est poussé, d'une part, jusqu'au fond du foyer orbitaire, d'autre part, amené par le canal fronto-nasal jusqu'à l'entrée de la narine et fixé à ce niveau au moyen d'un fil et de collodion.

La plaie est suturée de nouveau.

Dans la même séance, le sinus maxillaire droit est ouvert par la fosse canine, au moyen du tour électrique, mais, contrairement au résultat de l'éclairage électrique, nous n'y trouvons pas de pus. L'exorbitisme diminue très sensiblement à la suite de l'opération. Le peu qu'il en reste est attribué par nous à la présence du gros drain dans la cavité orbitaire.

Les jours suivants, la température oscille, du matin au soir, entre 37° et 38°. La malade accuse des douleurs frontales irradiant vers le vertex et l'occiput, sans prédominance marquée du côté droit.

Le 28 décembre, le Dr Récamier, constatant un suintement purulent sous le pansement, se décide à lever celui-ci, en mon absence, et constate que l'écoulement de pus a lieu au niveau du point fistuleux préexistant à la seconde intervention. Il se fait, en outre, un écoulement purulent et sanguinolent continu par le drain.

Application d'un pansement humide qui est renouvelé le lendemain.

Le 28 et le 29, la température oscille entre 37° et 37°2.

Le 30, elle s'élève à 37°,7 le matin, et à 38°,6 le soir. La malade pousse des gémissements continuels, en accusant une céphalgie de plus en plus forte. Son inappétence est complète. Les traits sont sans expression. Elle paraît absorbée et insensible à ce qui se passe autour d'elle ; mais elle ne délire pas. Le pouls marque 68.

Nous enlevons les points de suture. Une injection boriquée poussée par le drain jaillit par le point fistuleux sus-orbitaire. Le pansement humide est remplacé par un pansement sec.

31 *décembre*. — La malade paraît de plus en plus affaiblie et absorbée. Elle ne fait que de vagues et brèves réponses aux questions qui lui sont faites. Elle ne peut plus elle-même porter ses aliments à sa bouche. On constate, dans la soirée, une parésie notable des membres du côté gauche qui retombent passivement après qu'on les a soulevés, mais se déplacent légèrement quand on les pince.

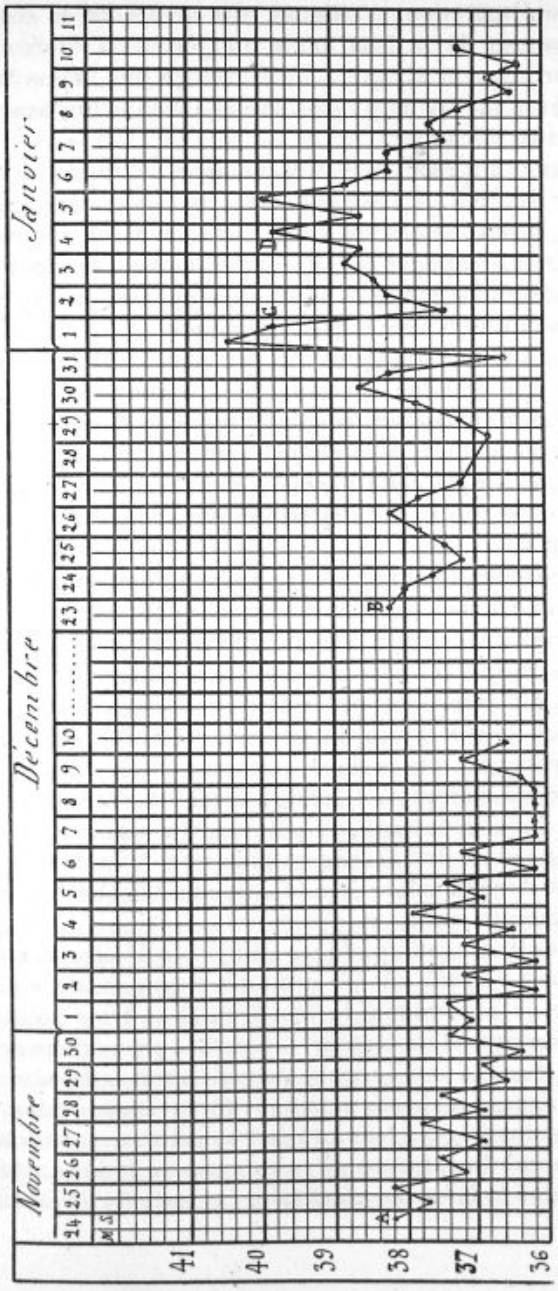
T° m. 38°2. T° s. 36°8. P. s. 100.

1er *janvier* 1897. — Je trouve, à ma visite matinale, la malade plongée dans le coma. La température est à ce moment de 40°,4. Le pouls est à 134.

En présence de ces symptômes, je ne mets pas en doute l'existence d'une complication inflammatoire intra-crânienne, mais, tout en hésitant entre les trois hypothèses suivantes : abcès sous dure-mérien, abcès encéphalique, méningite, je considère l'ouverture du crâne, au niveau de la région frontale droite, comme impérieusement indiquée sans retard, et je me décide à la pratiquer le jour même, dès le commencement de l'après-midi.

A 2 heures, la malade est transportée dans la salle d'opération et chloroformée par M. Laizé, interne du service. Au

Diagnostic : Sarcome suppuré du sinus frontal. Méningite. Pneumonie.



A. 1re ouverture du sinus frontal.
B. 2e ouverture du sinus frontal et ouverture de l'orbite.
C. Ouverture du crâne.
D. Pneumonie.

cours de l'opération, d'ailleurs, des arrêts de la respiration avec cyanose de la face, nous obligèrent à interrompre la chloroformisation et, grâce au coma, je pus, sans difficulté, continuer et mener mon intervention à bonne fin, avec l'assistance du Dr Récamier.

La plaie fut réouverte et prolongée le long de la ligne médiane du front. Après relèvement du lambeau triangulaire, en haut et en dehors, la portion de la paroi antérieure du sinus frontal respectée par nos précédentes interventions, fut réséquée avec la gouge et la pince coupante, de bas en haut, jusqu'à son union avec la paroi profonde.

Celle-ci fut alors attaquée à la gouge,et la dure-mère dénudée sur une étendue correspondant à une pièce de 1 franc. Cette membrane s'étant montrée complètement normale fut incisée crucialement et la pie-mère mise au jour à son tour.

A la surface de cette dernière membrane, se montra une *petite nappe de pus ne dépassant pas l'étendue d'un centimètre carré.*

Cette constatation était de la plus haute importance, mais il importait de nous assurer si d'autres nappes semblables existaient déjà au voisinage de celle que nous venions de découvrir, en d'autres termes, si nous avions affaire à une méningite déjà diffusée, ou si au contraire il s'agissait d'un foyer pie-mérien tout à fait initial et encore isolé et limité. A cet effet, après avoir lavé le dépôt purulent au moyen d'une solution tiède de sublimé à 1/2.000, j'agrandis avec la pince coupante la brèche osseuse, au point de lui donner les dimensions d'une pièce de 2 francs, et l'incision de la dure-mère fut prolongée dans la même étendue. Sur toute cette zone, la pie-mère se montra saine.

Comme j'éprouvais quelques difficultés à admettre qu'une lésion aussi limitée eût pu produire une pareille sidération cérébrale, je ponctionnai le lobe frontal en trois points différents, au moyen d'un bistouri mince à la profondeur de 2 centimètres, dans la pensée qu'il pouvait renfermer une collection purulente ; mais ces ponctions furent sans résultat.

Des bandes de gaze iodoformée humectées avec une solution faible de sublimé, furent glissées entre le lambeau triangulaire cutané et la hernie cérébrale. Le reste du foyer fut tam-

ponné de la même façon. De l'ouate hydrophile et ordinaire et une bande de crêpe élastique complétèrent le pansement.

A 9 heures du soir, Temp. 39°,7. Pouls, 120.

Les membres du côté gauche semblent déjà moins inertes.

2 *janvier*. — Dès 2 heures du matin, la malade sort de son état comateux, reconnaît la sœur veilleuse et s'aperçoit qu'elle n'occupe pas la même chambre que la veille. Bientôt, elle reprend complètement connaissance et boit un peu de champagne.

A 8 heures du matin, la température est tombée à 37°,3. Le pouls est à 100. Renouvellement du pansement humide.

Temp. soir, 39°,2. Langue sèche.

Disparition de toutes traces de la parésie des membres du côté gauche.

3 *janvier*. — Maintien de la connaissance.

T. mat. 37°,5. Soir, 38°,2.

Grande faiblesse. Langue sèche. Toux et expectoration.

Grande agitation et délire la nuit.

4 *janvier*. — T. mat. 38°,4. Soir 38°,8. Pouls, 100. Resp. 30.

Maintien de la connaissance, mais grande faiblesse et inappétence; de temps en temps, légère divagation.

Notre attention étant attirée vers la poitrine par la constatation de la toux et de l'expectoration muco-purulente de la malade, nous l'auscultons et trouvons un foyer d'hépatisation (matité, souffle, râles fins) occupant tout le lobe inférieur du poumon droit. Cette constatation nous cause une grande joie, en nous permettant de rapporter à la complication pulmonaire les divers symptômes (fièvre, subdélire intermittent) qui avaient jusque-là entretenu dans notre esprit la crainte d'une diffusion des lésions méningitiques.

Cataplasme sinapisé sur la région malade du poumon droit. Malade maintenue assise pour combattre l'hypostase.

Champagne. Grogs.

5 *Janvier*. — T° mat. 38°,6. Soir, 39°,7.

Toujours grande faiblesse et langue sèche. La malade reconnait tout le personnel du service, mais elle a de temps en temps du subdélire. Elle croit, par exemple, que c'est la nuit précédente qu'a été effectué son transfert dans une nouvelle chambre, transfert qui date en réalité du 1er janvier. Les pansements humides sont quotidiennement renouvelés.

6 *janvier*. — T° mat. 38°8, soir 39°9. P. matin 100. Resp. 40.

Faiblesse de plus en plus grande. Incontinence nocturne d'urine. La malade accuse une roideur douloureuse de la nuque qui réveille nos craintes d'une reprise des accidents méningitiques.

7 *janvier*. — Purgatif. Caféine. Cataplasme sinapisé à la base du poumon droit.

Commencement de rapide défervescence.

Temp. tombe le matin à 38°8, et le soir à 38°2.

8 *janvier*. — La défervescence continue : matin 38°2, soir 37°3.

Du 9 au 12 janvier. — Amélioration progressive. La température atteint à peine 37°.

La malade commence à montrer quelque appétit. Seulement elle laisse toujours échapper ses urines la nuit, et elle souffre d'une légère eschare au sacrum.

12 *janvier*. — La hernie cérébrale est maintenant dissimulée sous le lambeau cutané triangulaire. En revanche la plaie est largement béante à sa partie inférieure et interne, présentant à ce niveau une dépression profonde où débouchent inférieurement le canal fronto-nasal droit considérablement élargi par mon intervention, et en dedans le sinus gauche mis en communication avec le foyer par suite de la destruction de la cloison inter-sinusienne.

Pour diminuer la béance de la plaie et favoriser le rapprochement de ses bords, je commence à en affronter les bords à leur partie supérieure, au moyen d'une bandelette de diachylon, et un pansement iodoformé sec est substitué au pansement humide.

Ce changement est suivi de phénomènes de rétention qui s'accusent par une élévation brusque de la température à 39°.

L'interne de service enlève le diachylon, rétablit le pansement humide et obtient un écoulement de pus.

13 *janvier*. — T. mat. 37°, soir 37°5

La plaie est inspectée avec soin. Le canal fronto-nasal est libre. En pratiquant un lavage par le sinus maxillaire qui est resté fistuleux, on voit le liquide jaillir par la partie inférieure du foyer sans amener une quantité appréciable de pus. Le sinus frontal gauche ne paraît non plus fournir une proportion sensible de pus. C'est la région profonde de l'orbite qui constitue

manifestement la principale source de la suppuration. Aussi nous appliquons-nous à y faire pénétrer à fond la gaze destinée à drainer le foyer. Le pansement humide est continué avec substitution du salol à l'iodoforme.

A partir du 14 janvier. — La défervescence est définitive. La poitrine est complètement libre. Retour progressif de l'appétit, des forces et de la gaieté.

Le foyer est pansé chaque jour avec de la gaze salolée.

RÉSUMÉ

Une femme de 33 ans se présente à nous, *le 21 novembre* 1896, pour un gonflement osseux bulliforme de la partie interne de l'arcade sourcilière droite, accompagné d'exorbitisme et d'une très légère suppuration dans le méat moyen de la fosse nasale du même côté.

Le 24 novembre, le sinus frontal est ouvert et trouvé rempli d'un tissu fongueux, entremêlé de petites masses colloïdes, sans suppuration appréciable. En deux points, le plancher du sinus est perforé par le néoplasme : au niveau de l'arcade orbitaire, et plus en arrière. Cette dernière perforation méconnue, lors de notre première intervention, livrait passage à un prolongement du néoplasme dans l'orbite.

L'examen histologique du tisssu fongueux révéla un sarcome fibro-cellulaire accompagné d'un très léger degré de suppuration.

Réunion immédiate de la plaie. Drainage fronto-nasal (méthode Ogston-Luc).

12 *et* 13 *décembre.* — Désunion spontanée de la plaie. Signes de suppuration fronto-orbitaire qui vont en s'accusant, les jours suivants.

23 *décembre.* — Réouverture du foyer frontal, et résection de la partie interne de l'arcade orbitaire permettant d'atteindre le prolongement néoplasique rétro-orbitaire et de drainer le pus qui séjourne dans la même région. Cessation de l'exorbitisme.

30 *décembre.* — Premiers symptômes d'une complication intra-crânienne. Fièvre. Inappétence. Céphalée.

31 *décembre.* — Somnolence. Parésie des membres du côté gauche. Pas de ralentissement du pouls.

1er *janvier.* — Coma. Le même jour, ouverture de la paroi

profonde du sinus frontal. Pas de pus à la surface de la dure-mère. Incision de la dure-mère ; petite nappe de pus à la surface de la pie-mère lavée au sublimé. Trois ponctions du lobe frontal sans résultat.

Dès le lendemain, retour de la connaissance, défervescence, disparition de la parésie des membres du côté gauche.

Le 4 janvier éclate une pneumonie de la base droite qui pendant quelques jours trouble la convalescence.

4 janvier. — Défervescence définitive.

CONCLUSIONS

L'observation qui précède établit nettement, de même que les faits analogues publiés antérieurement par le professeur Mac Ewen, de Glasgow, que la méningite suppurée survenant dans le cours d'une suppuration péri-cranienne (oreille, sinus frontal) doit cesser d'être considérée comme un accident inaccessible à l'intervention chirurgicale. Elle n'est au-dessus de nos ressources que lorsqu'elle est devenue diffuse et généralisée ; mais, au début de son développement, elle représente une lésion localisée correspondant exactement par son siège à la topographie du foyer osseux primitif, et *à cette phase initiale elle peut être enrayée radicalement*. Mais ce résultat ne peut être réalisé qu'à la condition d'une observation attentive du malade et d'une prompte décision opératoire, dès que le diagnostic de la complication intra-cranienne a été posé.

Ce fait montre en outre combien une lésion minime en apparence, quelques gouttes de pus épanchées à la surface de la pie-mère, suffit à produire une véritable sidération du fonctionnement cérébral. A ce titre cette observation mérite d'être rapprochée d'un autre cas observé par nous, où l'épanchement d'une petite cuillerée de pus à la surface de la dure-mère dénudée au fond d'un foyer oto-mastoïdien donna lieu à une formidable attaque éclamptiforme généralisée avec coma.

Il est regrettable que dans le fait relaté plus haut la petite nappe de pus collectée à la surface de la pie-mère n'ait pas été recueillie pour l'examen bactériologique, l'apparition d'un foyer pneumonique dans la semaine qui suivit notre intervention rendant probable l'hypothèse que le pneumocoque ait été l'agent de l'infection méningée.

APPENDICE

Au commencement de mars, la malade était toujours sans fièvre, et son état général satisfaisant, mais de la profondeur de sa plaie s'écoulait chaque jour une quantité considérable de pus crémeux légèrement fétide.

Le 7 mars une exploration attentive du foyer à la suite d'une libération du lambeau cutané primitif pratiquée la veille, sous le chloroforme, me fit découvrir que ce pus provenait en réalité d'un abcès cérébral ouvert spontanément à la face inférieure du lobe frontal qui faisait toujours hernie au fond de la plaie. Cet abcès fut largement ouvert le jour même. Je constatai qu'il s'étendait à 5 centimètres de la surface cérébrale.

Le 27 mars je découvris un second foyer encéphalique situé en arrière du précédent et *plongeant jusqu'à 7 centimètres et demi de profondeur* dans le lobe frontal.

Les deux foyers furent réunis en un seul au moyen du thermo-cautère, et la fistule cérébrale agrandie le plus possible par le même moyen, chaque jour une mèche de gaze iodoformée humide est introduite dans le foyer encéphalique.

Le 29 mars. En dépit de sa grave et profonde lésion cérébrale, la malade présente l'état le plus satisfaisant : elle est sans fièvre, se nourrit bien, ne présente pas le moindre trouble psychique et passe une partie de ses journées dans le jardin de l'hôpital.

16 *avril* (au moment de mettre sous presse). — L'état général est on ne peut plus satisfaisant ; la cavité de l'abcès cérébral se rétrécit graduellement et la suppuration diminue proportionnellement.

Cette deuxième partie encore incomplète de l'observation sera plus tard publiée *in extenso*. Mais ce que je tiens à avancer dès maintenant, c'est que je ne mets pas en doute que l'incéphalite suppurée n'ait été la conséquence de mes ponctions exploratrices pratiquées le 1er janvier après dénudation de la pie-mère *et vraisemblablement après une désinfection insuffisante de cette membrane*.

Ce fait comporte de graves enseignements qui ne doivent pas être perdus et que je me promets de mettre en lumière ultérieurement.

IV

DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

APPLIQUÉ AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE

L'OTITE MOYENNE CHRONIQUE SÈCHE

(Note résumée lue à l'Académie de Médecine le 16 mars 1897.)

Par le Dr Aristide **MALHERBE**

Ancien Interne des Hôpitaux

Nous avons l'honneur de vous présenter un nouveau traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche.

Malgré le petit nombre de nos observations, puisque nous n'en possédons encore que cinq, les résultats que nous avons obtenus sont tels qu'ils justifient, pensons-nous, cette opération dans tous les cas où les autres moyens, ordinairement employés, sont d'une efficacité nulle.

Les quatre premiers malades ont été opérés à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître le Professeur Terrier, à qui nous sommes redevables de nous avoir facilité l'exécution de notre nouveau mode de traitement et d'avoir bien voulu nous encourager de sa bienveillante approbation.

C'est en pratiquant l'évidement pétro-mastoïdien chez des malades atteints de suppurations chroniques de l'oreille moyenne que nous avons été frappé de constater que l'audition était parfois sensiblement améliorée et que l'idée nous est ainsi venue d'appliquer ce même traitement, en lui faisant

subir certaines modifications opératoires, à l'otite moyenne chronique sèche, dont la cause est due à des altérations de cette même oreille moyenne.

L'étude de la physiologie, de la structure et du développement des cellules mastoïdiennes, et surtout de l'une de ces cellules, *l'antre pétro-mastoïdien*, constituant à proprement parler une partie régulière et définie de l'oreille moyenne, est de nature à nous expliquer le bien fondé d'une intervention que vient légitimer l'existence des différentes lésions anatomiques qui caractérisent ces affections.

Nous avons, en effet, rencontré dans les cas que nous avons opérés, non seulement l'apophyse mastoïde dure et comme éburnée, mais encore l'antre plus ou moins diminué de volume, ainsi que les autres cellules qui étaient en partie disparues.

Les lésions qui siègent dans la caisse, épaississement de la muqueuse, néoformation de tissu conjonctif, brides membraneuses qui relient les osselets, se continuent dans les cavités mastoïdiennes, où elles déterminent l'épaississement et la rigidité de la muqueuse et l'hyperostose plus ou moins complète du tissu osseux sous-jacent.

Ce sont ces lésions anatomiques qui constituent l'otite moyenne chronique sans secrétion ou catarrhe sec de l'oreille moyenne et dont on distingue en général deux formes principales. L'une c'est la forme hyperplastique ou catarrhe tubo-tympanique, l'autre, c'est la sclérose de la muqueuse.

On sait que les deux symptômes cardinaux de ces deux formes sont *la surdité* et *les bruits subjectifs*.

Tantôt ces derniers précèdent la surdité, tantôt, c'est la surdité qui se montre en premier; il existe aussi des cas où il n'y a pas du tout de bruits subjectifs.

Il peut arriver que, lorsque l'inflammation sclérosante dure depuis longtemps, certains signes permettent d'inférer que le labyrinthe participe au processus morbide, c'est ce qui a lieu quand la sclérose atteint les fenêtres du vestibule. L'épreuve avec le diapason ou l'acoumètre peuvent nous renseigner sur le degré de participation du labyrinthe.

Si celle-ci existe, il est certain qu'il ne faut rien tenter.

Contre une affection aussi pénible, susceptible même de

donner lieu à des troubles psychiques et à des idées de suicide, que peut-on efficacement opposer ?

Nous savons ce qu'il faut penser de tous les moyens palliatifs que recommandent la plupart des auristes, comme : la douche d'air, les injections de liquides ou de vapeurs, les remèdes internes et l'électricité.

Les incisions du tympan au bistouri ou au galvano-cautère, la ténotomie du tenseur, l'ablation des osselets avec prétendue mobilisation de la platine de l'étrier ont pu parfois donner quelque amélioration, mais les résultats sont loin d'être constants, ce qui explique pourquoi ils sont si peu employés.

Pour nous, nous sommes persuadé que c'est au traitement chirurgical qu'il convient d'avoir recours.

Les maladies de l'oreille tendent de plus en plus à rentrer dans le domaine de la chirurgie et c'est la voie mastoïdienne qui constitue la méthode chirurgicale permettant d'atteindre l'oreille moyenne dans toutes ses parties. C'est par *l'évidement pétro-mastoïdien* que l'on peut agir distinctement et d'une façon utile, en ouvrant l'antre qui est une véritable dépendance de la caisse.

L'idée de perforer l'apophyse mastoïde avait déjà été conçue il y a un siècle par les chirurgiens suédois, et, si les tentatives faites alors n'ont pas donné les résultats qu'elles avaient fait espérer, c'est qu'à cette époque, les interventions chirurgicales étaient loin d'être simplifiées comme aujourd'hui, grâce aux méthodes d'antisepsie et d'asepsie.

D'ailleurs, l'opération que nous allons décrire ne ressemble pas, à proprement parler, à celle des chirurgiens suédois qui se contentaient de perforer l'apophyse au niveau d'une cellule quelconque à l'aide d'un trocart ou d'une espèce de poinçon.

Le but que nous nous sommes proposé consiste à ouvrir et à faire communiquer avec la caisse l'antre pétro-mastoïdien par *l'évidement osseux*, à l'aide de la gouge et du maillet. Il est absolument inutile d'extraire les osselets ; il suffit de détruire les adhérences et les brides membraneuses, s'il s'en trouve dans la caisse.

Voici, suivant nous, les indications de cette intervention :

1° L'opération ne doit guère être tentée chez les vieillards.

2° Il serait préférable d'opérer de bonne heure, sans attendre que la surdité soit trop prononcée ou que les bruits subjectifs soient devenus intolérables.

3° La perception aérienne par le diapason peut ne donner aucun résultat, mais il est nécessaire que cette abolition n'existe pas pour la perception crânienne ; en un mot, il ne faut opérer que les malades dont le diapason ou l'acoumètre, placés sur le crâne, sont encore entendus.

4° Il ne faut pratiquer l'opération que sur une oreille à la fois.

5° C'est toujours l'oreille qui entend le plus dur que l'on doit opérer de préférence ; l'expérience démontre que la surdité s'améliore, non seulement de ce côté, mais aussi du côté non opéré.

L'opération que nous pratiquons ou *évidement pétro-mastoïdien* est des plus simples, mais aussi des plus minutieux.

Le malade anesthésié et toutes les précautions opératoires prises, nous incisons les téguments et le périoste, immédiatement dans le sillon rétro-auriculaire, commençant en haut au niveau de l'insertion du pavillon, pour terminer sur le sommet de l'apophyse mastoïde, ce qui a pour avantage de donner une cicatrice absolument invisible. Le périoste est décollé à la rugine, de façon à refouler en avant le pavillon et le conduit, et en arrière un lambeau postérieur suffisant pour découvrir la surface de l'apophyse.

On procède à l'hémostase à l'aide de quelques pinces de Kocher. Les lambeaux étant maintenus écartés à l'aide de deux écarteurs, ou à l'aide de notre écarteur automatique, il faut aller à la recherche de l'antre que l'on attaque à la gouge et au maillet. L'épaisseur de l'os est parfois considérable, ce qui nécessite de n'avancer que lentement. Quand on a pénétré dans cette cavité souvent fort réduite, on cherche, après l'avoir agrandie, dans son angle antérieur et supérieur, l'orifice de l'aditus. C'est à peine si parfois on peut y introduire un stylet. Celui-ci est également agrandi avec précaution en se servant du protecteur de Stäcke et d'un stylet recourbé que nous avons fait construire à cet effet, jusqu'à ce que la communication avec la caisse soit complète.

La cavité de l'antre et de l'aditus communiquant ainsi

largement avec la caisse, par là nous pourrons introduire de petits crochets destinés à rompre et à sectionner les brides et les adhérences de la caisse, quand il en existe.

Toutes ces parties de l'intervention sont extrêmement délicates, à cause de la région où l'on évolue et gêné que l'on est par le sang qu'il est nécessaire d'éponger souvent, ce qui se fait assez bien à l'aide de petites lanières de gaze stérilisée facilement maniables et seules susceptibles d'être portées dans les anfractuosités osseuses.

Il ne reste plus qu'à terminer l'opération en ramenant à sa place le pavillon à l'aide de cinq à six points au crin de Florence et après avoir légèrement fendu le conduit membraneux dans une longueur d'un centimètre environ pour en prévenir l'atrésie.

Nous plaçons une petite mèche dans la cavité de l'antre, ainsi que dans le conduit pour maintenir sa forme. De la gaze stérilisée recouvre la ligne de suture, le pavillon, et par dessus on applique de l'ouate que l'on maintient à l'aide d'une bande.

Nous laissons le pansement pendant huit jours en place à moins de suintement. Le huitième jour, les points de suture sont enlevés ainsi que la mèche qui était dans l'antre. Celle du conduit renouvelée.

Au bout de cinq à six jours la cicatrisation est complète et le malade guéri.

Dès le lendemain de l'opération, parfois le jour même, ainsi que le montrent nos observations, malgré l'épaisseur de la couche d'ouate du pansement, l'ouïe est revenue et les bruits subjectifs ont disparu.

La guérison obtenue n'a pas cessé de se maintenir. Deux de nos malades ont été opérés, il y a maintenant un an ; nous les avons revus récemment, et nous avons pu constater qu'ils continuent à bénéficier de l'intervention.

Telle est cette opération que nous proposons et qui nous a donné des résultats vraiment surprenants.

V

DIX CAS DE PARALYSIE LARYNGÉE DE CAUSE CHIRURGICALE

Par le Dr **PAUL RAUGÉ**

(Mémoire lu au Congrès Français de Chirurgie. Session de 1896)

Parmi les observations de paralysies du larynx que j'ai recueillies depuis une dizaine d'années, j'ai choisi, pour en faire l'objet de ce mémoire, toutes celles qui, par leur cause, ressortissent à la chirurgie et dont quelques-unes semblent plus ou moins justiciables d'une intervention opératoire. Ce procédé de classification n'est peut-être pas très philosophique; mais je crois qu'au point de vue pratique, il offre quelques avantages : les variétés qu'il réunit ne sont pas seulement celles que nous connaissons le mieux parmi les formes étiologiques sans nombre des troubles laryngo-moteurs; ce sont encore, pour la plupart, les seules en face desquelles nous puissions thérapeutiquement quelque chose. Non pas toujours assurément; car on est aussi désarmé devant une paralysie du larynx produite par un anévrisme de l'aorte ou par un cancer de l'œsophage qu'en face d'une lésion corticale ou d'une altération du bulbe. Mais il en va tout autrement dans les faits où il s'agit par exemple d'une simple tumeur cervicale plus ou moins accessible et opérable : compression du récurrent par un goitre ou par une masse ganglionnaire. Il est certain qu'en pareil cas, si l'intervention arrive à temps, si l'on décomprime le nerf avant qu'il ne soit dégénéré, le chirurgien a quelque chance de lui restituer ses fonctions et de supprimer du même coup la tumeur et les troubles fonctionnels qu'elle produisait à distance sur l'appareil moteur du larynx.

Après avoir mis de côté tous les faits où j'avais quelque doute sur la cause de la paralysie ou sur sa forme laryngoscopique, je n'ai conservé que dix cas offrant la certitude et la

netteté suffisantes pour avoir une valeur documentaire. C'est une statistique fort modeste. Mais comme elle comprend par hasard toute la série des affections qui causent le plus fréquemment la compression du laryngé inférieur, il m'a paru que cet ensemble pourrait présenter quelque intérêt, et qu'il y aurait avantage à tracer un tableau complet des paralysies récurrentitielles en les faisant pour ainsi dire revivre en une série d'observations cliniques méthodiquement présentées.

On m'embarrasserait peut-être un peu si l'on m'obligeait à définir quelles sont, parmi les paralysies laryngées, celles qui sont chirurgicales et celles qui ne le sont point. Sans doute, la démarcation est un peu vague et il y a, comme toujours, à la limite, des cas difficiles à classer. Je crois pourtant qu'ici encore il est possible de s'entendre, et que la chose est, en somme, assez claire. Une paralysie du larynx n'est pas une maladie en soi ; c'est un symptôme, une complication. On conçoit donc qu'elle relève de la médecine ou de la chirurgie suivant l'affection qui l'engendre. Une paralysie laryngée causée par une tumeur thyroïdienne est évidemment, j'imagine, une paralysie chirurgicale. Personne ne refusera au contraire de laisser à la médecine les troubles laryngo-moteurs dus à une hémorragie cérébrale ou à une ataxie locomotrice. J'ai donc systématiquement mis de côté dans ce travail tous les cas où la paralysie relevait plus ou moins sûrement d'une affection des centres ; je n'ai conservé que les faits où la lésion originelle portait sur les nerfs périphériques. Encore n'ai-je gardé que ceux dans lesquels l'altération nerveuse, compression ou dégénérescence, avait évidemment pour cause une affection matérielle et palpable. Ainsi se sont trouvées écartées de mon cadre toutes les paralysies laryngées par névrite du récurrent, toutes celles que, faute de mieux, on rattache confusément à l'hystérie, enfin tous les troubles moteurs qui s'observent si fréquemment chez les tuberculeux, et qu'on est convenu d'attribuer à une compression des troncs nerveux par les sommets indurés.

Si les troubles neuro-moteurs présentent dans l'appareil laryngé une fréquence particulière et qui ne s'observe pour aucun autre organe, cela tient à la disposition de ses nerfs, qui les expose d'une façon toute spéciale à des causes très variées

de compression et à des altérations de voisinage. Qu'ils parviennent au tronc du vague par les racines propres de ce nerf (Grabower) ou par la branche interne du spinal (Schech); ou bien qu'ils reconnaissent à la fois cette double origine médullaire (Cl. Bernard), il est certain que tous les filets moteurs du larynx sont contenus dans le tronc du pneumo-gastrique à partir du ganglion plexiforme, c'est-à-dire à partir du point où ce tronc a reçu l'anastomose du spinal. Durant le trajet descendant que parcourt le pneumo-gastrique, le long de la région cervicale, à l'intérieur de la gaine des vaisseaux, il ne fournit qu'une branche laryngienne, le nerf laryngé supérieur, qui est surtout un nerf sensitif et ne donne la motilité qu'à un seul muscle, le crico-thyroïdien. Il semble en quelque sorte oublier tous les autres muscles de l'organe. Ce n'est que beaucoup plus bas, lorsqu'il a depuis longtemps dépassé le niveau du larynx, qu'il paraît se souvenir de lui et lui envoie, depuis le sommet du thorax, une longue branche rétrograde qui contient, en un seul faisceau, presque tous les nerfs moteurs du larynx. Mais pour revenir ainsi sur ses pas, le nerf laryngé inférieur est obligé de parcourir un très long trajet récurrent et de refaire une route ascendante à peu près exactement parallèle à celle que ses fibres ont suivie en descendant, alors qu'elles étaient contenues dans le tronc du pneumo-gastrique. Et ce long trajet en retour, le récurrent l'effectue seul, isolé dans une région où abondent les dangers de tous genres, et où il est pour ainsi dire solidaire des organes qu'il doit côtoyer. Toute augmentation de volume, toute lésion d'un de ces organes peut compromettre l'intégrité du nerf et interrompre sa conductibilité.

A peine détaché du tronc du pneumo-gastrique, le récurrent trouve un premier danger : c'est le voisinage des gros vaisseaux avec lesquels, à son très grand dommage, il se trouve en rapport immédiat. On se souvient que le récurrent gauche, appliqué à son origine contre la face antérieure de la crosse aortique, la contourne presque aussitôt par en bas pour gagner sa face postérieure et l'embrasse, pour ainsi dire, dans une anse à concavité supérieure. Le récurrent droit se comporte exactement de même à l'égard de la sous-clavière. Il en résulte que toute altération de ces gros troncs vasculai-

res, et en particulier leur dilatation anévrismale, retentira sur la motilité du larynx, en comprimant ou en dissociant les fibres nerveuses appliquées à leur surface. C'est à une altération de ce genre que se rapporte ma première observation.

Obs. I. — *Anévrisme de l'aorte. Paralysie complète de la corde vocale gauche.*

Homme, quarante ans. Début des accidents : dix-huit mois. A cette époque, apparition progressive de troubles fonctionnels strictement limités au larynx. Ces phénomènes laryngés sont de deux ordres :

1° *Troubles vocaux* : la voix est faible, un peu haletante, manifestement bitonale; elle donne la sensation de quelque chose de flottant et de détendu. Le malade se fatigue en parlant; il entrecoupe ses phrases d'inspirations profondes, beaucoup plus fréquemment répétées qu'à l'état normal.

2° *Troubles respiratoires.* — La respiration, régulière quand le malade est au repos, devient gênée quand il marche un peu vite, monte ou essaie de courir. Il ne peut plus aller à bicyclette. La position horizontale augmente les troubles dyspnéiques et le malade est quelquefois obligé de passer la nuit dans un fauteuil. Il existe un peu de toux quinteuse sans expectoration.

Examen laryngoscopique. — La corde vocale gauche est immobilisée en position cadavérique, amincie dans le sens vertical, un peu flottante et détendue; elle est moins nacrée, moins brillante que la corde saine, mais terne et d'un gris rosé. Son bord interne est excavé en croissant. Elle est notablement raccourcie, ou plutôt elle semble l'être : cette apparence est due à ce que son tiers postérieur est caché par l'aryténoïde, qui est complètement basculé en avant, et tombe sur la corde vocale comme s'il était abandonné par les puissances musculaires (crico-aryténoïdien postérieur) qui le tiennent normalement redressé et comme érigé sur le cricoïde.

D'ailleurs l'attitude et l'aspect de la corde paralysée restent exactement pareils dans les deux états fonctionnels de la glotte : soit que le malade respire, soit qu'on lui fasse émettre un son, elle demeure immuablement fixée à quelques degrés en dehors de la position médiane, tandis que la corde saine exécute normalement à côté d'elle ses mouvements d'adduction et d'abduction. Il en résulte que, dans la phase respiratoire, le triangle glottique est sensiblement asymétrique et s'ouvre beaucoup plus largement du côté droit que du côté gauche. Dans la phase vocale, au contraire, la corde saine dépasse la ligne médiane pour joindre sa congénère immobile, qu'elle n'atteint d'ailleurs que d'une façon fort imparfaite, si bien que la fente glottique, au moment de la phonation, est à la fois oblique et élargie, au lieu d'être, comme à l'état normal, antéro-postérieure et linéaire.

L'interprétation laryngoscopique de ce cas n'offre aucune difficulté : l'inertie absolue de la corde, fixée en attitude cadavérique, indique

évidemment la participation de toute la musculature de cette corde aux altérations paralytiques : c'est une paralysie complète, une hémiplégie absolue de toute la moitié gauche du larynx.

Quant à l'interprétation pathogénique, elle paraît beaucoup moins aisée. On doit songer évidemment à une compression du récurrent ayant fonctionnellement anéanti toutes ses fibres. Mais la cause de cette compression ne se révèle pas tout d'abord. Pas de goitre, pas d'adénopathie cervicale, pas de signe de cancer de l'œsophage ; le malade n'est pas syphilitique ; en dehors de ses troubles laryngés il ne présente pas le moindre symptôme du côté d'aucun autre appareil et son état général est admirablement conservé.

Mais, en explorant le thorax, on trouve, à sa partie supérieure, une voussure assez marquée et une sorte d'empâtement au niveau de la base du cou, immédiatement au-dessus du sternum. La main, appliquée sur ces régions, y sent des battements très nets, pendant que le stéthoscope y fait percevoir des claquements à peu près isochrones au premier bruit du cœur et qui se propagent non seulement dans la partie supérieure du thorax, mais jusqu'à la région cervicale, dans une hauteur de deux travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Pouls à 100, sans retard marqué sur la pulsation cardiaque. Les pouls radiaux droit et gauche sont d'ailleurs sensiblement isochrones.

Il paraît plus que vraisemblable que l'altération du récurrent gauche est due ici à une dilatation, sinon à un véritable anévrisme de l'aorte. Je note en passant qu'en ce cas ce sont les phénomènes laryngés qui ont fait faire le diagnostic de l'anévrisme. Sans eux, celui-ci fût sans doute resté plus longtemps ignoré, les signes physiques qui le manifestaient étant en somme peu marqués, et aucun symptôme fonctionnel ne sollicitant d'autre part une exploration du thorax. On peut dire qu'à l'époque où l'observation a été prise, et jusqu'à ce que l'augmentation de la tumeur déterminât des manifestations plus graves, la complication laryngée représentait à elle seule toute la maladie, et en résumait tous les symptômes.

Après avoir contourné les vaisseaux, le récurrent aborde une région dans laquelle il va se trouver exposé à de nouveaux risques. On sait en effet qu'à ce niveau il contracte avec l'œsophage les plus intimes et les plus dangereux rapports. A droite, il s'applique directement sur la partie latérale de ce conduit ; à gauche, il se loge dans la gouttière que l'œsophage et la trachée forment en se juxtaposant. Mais d'un côté comme de l'autre, il est lié au sort de l'œsophage, dont les altérations diverses, et notamment les néoplasmes, comptent, comme on sait, parmi les causes les plus fréquentes de paralysie laryngée par altération du récurrent. L'observation que voici en est un exemple typique :

Obs. II. — *Cancer de l'œsophage. Paralysie des deux cordes vocales, la gauche en adduction permanente, la droite en abduction extrême.*

Voici une observation dans laquelle j'ai vu, pour ainsi dire, sous mes yeux, apparaître une paralysie du larynx dans le cours d'un cancer de l'œsophage, qu'il m'a été permis de suivre pas à pas depuis le début de l'affection jusqu'à l'apparition des troubles laryngo-moteurs qui en furent la complication terminale. Je passe rapidement sur la période de l'affection antérieure à la paralysie laryngée. C'est l'histoire d'un néoplasme œsophagien aboutissant d'une façon rapide à l'obstruction de plus en plus étroite et à l'inanition progressive.

Début des accidents dysphagiques en janvier 1896. Le malade s'aperçoit à ce moment qu'il a de la difficulté à avaler, que la viande, en particulier, et tous les aliments solides ne peuvent franchir l'œsophage que s'ils sont très soigneusement mâchés et réduits en bouillie presque liquide. Ces symptômes vont s'accusant de plus en plus, et le malade arrive bientôt à ne plus pouvoir s'alimenter qu'avec du lait et du bouillon. La cachexie et l'amaigrissement sont déjà fort avancés lorsque apparaissent, au mois d'août, les premiers signes de paralysie laryngée. Ils consistent tout d'abord en une altération de la voix, qui devient faible et bitonale : le malade, au bout de quelques jours, est devenu complètement aphone.

L'examen laryngoscopique fournit alors les résultats suivants : la corde vocale gauche est complètement immobile, mais elle n'est fixée ni en position cadavérique, comme dans la paralysie totale, ni en adduction permanente, comme dans la paralysie des abducteurs. Elle est en abduction extrême, effacée et comme accolée à la paroi latérale du larynx. Au moment de l'émission vocale, elle conserve la même position, tandis que la corde vocale droite semble se rapprocher un peu. Mais il persiste néanmoins une large ouverture triangulaire, à travers laquelle l'air s'écoule abondamment d'une façon à peu près silencieuse et sans produire, sur l'une ou l'autre corde, la moindre vibration phonatoire.

La corde droite elle-même est loin d'occuper sa position normale et d'avoir conservé ses mouvements. Elle est en adduction permanente et ne s'écarte guère, durant la phase respiratoire, en dehors de la ligne médiane. C'est-à-dire que les deux cordes sont immobilisées l'une et l'autre dans une attitude permanente qui répond, pour la corde gauche, à la position normale de la respiration silencieuse, pour la droite à la position phonatoire. Il existe donc, en ce cas, une double paralysie, pour ainsi dire en sens inverse et correspondant, suivant toute apparence, à une dissociation différente des altérations récurrentitielles. Il est permis de supposer que le néoplasme œsophagien, occupant toute la circonférence du conduit, englobe les deux récurrents qui cheminent à sa surface; mais la compression ou la dégénérescence de ces nerfs n'ont pas détruit toutes leurs fibres : elles ont peut-être isolément frappé d'un côté les filets moteurs destinés aux

muscles adducteurs, de l'autre ceux de ces filets qui animent les abducteurs. Quoi qu'il en soit, il s'agit en ce cas d'un fait d'une extrême rareté et d'une analyse difficile, aussi bien en ce qui concerne l'interprétation pure et simple de la déformation laryngée qu'au point de vue de la relation à établir entre cette déformation très complexe et les altérations nerveuses, dont elle est l'expression symptomatique et comme la traduction figurée. Cette analyse est d'autant plus délicate que le hasard a réuni, dans ce cas, deux formes de paralysies dissociées dont chacune est, par elle-même, assez rare et présente déjà certaines difficultés, même quand on l'observe isolément.

A mesure que le récurrent remonte et se rapproche du larynx, il rencontre un nouvel organe qui représente assurément pour lui le plus dangereux de tous les voisinages, et dont les altérations sont peut-être la cause la plus ordinaire des paralysies laryngées par lésion du récurrent. Il s'agit de la thyroïde. Si l'on examine sur une coupe les rapports du nerf et de la glande, on se rendra compte de ce danger. Etroitement appliqué sur les faces antérieure et latérale de la trachée, chacun des lobes thyroïdiens s'insinue plus ou moins profondément, en arrière, entre ce conduit et la gaine des vaisseaux, se rapprochant ainsi de l'œsophage et du récurrent, qui lui est accolé. La glande forme donc, autour des deux conduits, un demi-anneau ouvert en arrière. Qu'il survienne un néoplasme de la glande ou une simple hypertrophie, on conçoit que l'espace vide laissé à son centre par l'anneau thyroïdien va diminuer de plus en plus et que le récurrent, emprisonné dans cette zone dangereuse qui se resserre autour de lui, se trouvera lentement comprimé soit contre les parois de la trachée ou de l'œsophage, soit en arrière contre les corps vertébraux, à moins qu'englobé dans la tumeur il ne dégénère avec elle et que ses fibres ne soient peu à peu altérées, dissociées et détruites. Je possède cinq observations de paralysie laryngée par lésion de la thyroïde, c'est-à-dire que, dans l'ensemble de mes faits, cette cause d'altération du récurrent a été, à elle seule, aussi fréquente que toutes les autres réunies.

Obs. III. — *Goitre parenchymateux. Paralysie de la corde vocale droite en position médiane.*

Homme, 49 ans. Goitre bilatéral ancien datant de 15 ans au moins. Troubles laryngés depuis 8 ou 10 ans.

Le goitre est asymétrique : il est formé, du côté gauche, par un lobe volumineux et mou, du côté droit par un lobe plus petit, mais plus

dur, qui dévie, d'une façon très marquée, le conduit laryngo-trachéal : l'angle antérieur du cartilage tyroïde est rejeté à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane. Il s'agit d'un goitre parenchymateux, sans traces de productions kystiques, et dont l'extrémité inférieure s'insinue en arrière de la fourchette sternale ; c'est un véritable goitre plongeant. Il mesure, dans sa partie la plus large, 47 centimètres de circonférence.

La voix est à peu près normale et suffisamment sonore, mais pâteuse et comme étranglée ; elle n'est aucunement bitonale. Le malade ne peut, dit-il, soutenir une conversation suivie, ni se faire entendre au milieu du bruit.

Les symptômes respiratoires sont de beaucoup les plus marqués. Le malade s'essouffle facilement ; il ne peut ni monter, ni courir, et observe que la dyspnée augmente lorsqu'il incline la tête en avant. Il existe, à l'inspiration, un cornage qui s'entend à distance ; le stéthoscope, appliqué sur le cou, perçoit un bruit respiratoire extrêmement fort et presque sifflant. Pas de toux ni de hoquet habituel.

Aucun signe d'anévrisme aortique. Pouls très égaux et isochrones. Rien du côté de l'œsophage. Pas trace de ganglions cervicaux.

Le larynx est difficile à voir (langue courte, nausées faciles). La corde vocale droite est immobile en position médiane, mais est presque entièrement cachée, en arrière, par l'aryténoïde correspondant, en avant, par le bord de l'épiglotte fortement renversée en arrière et déviée du côté sain. L'aryténoïde présente des mouvements très manifestes qui se produisent soit au moment de l'effort vocal, soit durant le repos respiratoire, et ne se transmettent aucunement à la corde vocale correspondante. La corde vocale du côté gauche fonctionne d'une façon régulière et se met, pendant la phonation, en contact parfait avec la corde paralysée.

Obs. IV. — *Goitre parenchymateux. Immobilisation de la corde vocale droite en adduction permanente.*

Il s'agit, dans le fait qui va suivre, d'une de ces formes de paralysie laryngée qui ne s'expriment par aucun symptôme fonctionnel et ne se traduisent pas autrement que par la déformation de l'image glottique. Ce sont des cas où l'affection passe le plus souvent inaperçue, à moins que, comme dans le fait présent, on ne la découvre par hasard en faisant l'examen laryngoscopique, sans s'attendre, le moins du monde, à trouver une paralysie que rien ne saurait faire soupçonner.

La voix parlée est tout à fait normale dans son timbre et dans son intensité, bien que peut-être on puisse y reconnaître après coup, une fois la paralysie reconnue, un degré presque imperceptible de bitonalité. Le malade indique pourtant que sa voix est un peu plus faible et qu'il éprouve, depuis quelque temps, une grande difficulté à chanter.

Les symptômes respiratoires ne sont guère plus accusés que les troubles de phonation. C'est à peine si le malade s'est aperçu qu'il a quelque peine à courir et qu'il éprouve à la montée un très léger

essoufflement dont il n'avait pas, jusqu'alors, cherché d'autre cause que son âge.

L'examen laryngoscopique, pratiqué tout à fait par hasard, et comme complément d'exploration, révèle, du côté de la glotte, les signes caractéristiques d'une hémiplégie laryngée et une déformation tout à fait disproportionnée avec le degré insignifiant des manifestations fonctionnelles. La corde vocale droite est fixée en position médiane et ne sort de cette position ni dans la phase d'abduction respiratoire, ni dans celle d'adduction vocale.

Pendant la respiration tranquille, la glotte offre l'aspect d'un triangle rectangle dont l'hypothénuse est formée par la corde saine, et qui représente exactement la moitié gauche du triangle isocèle que devrait former l'orifice, si la corde droite s'écartait normalement.

Au moment de l'émission des sons, toute déformation disparaît, car la corde paralysée, fixée sur la ligne médiane, n'a qu'à attendre que la corde saine vienne la rejoindre à ce niveau : cette dernière n'a donc à faire aucun effort de compensation ni à dépasser la ligne médiane ; la fente glottique, par conséquent, reste parfaitement symétrique ; elle n'a pas ici l'obliquité qui se produit fatalement dans le cas où la corde saine est obligée de franchir l'axe médian pour aller chercher sa congénère, fixée en position cadavérique, c'est-à-dire en demi-abduction.

Il est facile de comprendre comment, dans de pareilles conditions, les symptômes fonctionnels font à peu près totalement défaut. Il n'y a pas de troubles vocaux, parce que les deux cordes vocales, au moment de l'acte phonatoire, viennent parfaitement au contact. Il y a fort peu de troubles respiratoires, parce que la moitié de la glotte, largement béante du côté sain, suffit amplement aux besoins respiratoires ordinaires ; elle ne devient insuffisante qu'au moment des efforts musculaires, pendant lesquels le malade a quelque peine à se contenter de cet orifice rétréci et qui ne s'ouvre, si je puis dire, qu'à un seul battant.

L'épiglotte est parfaitement symétrique. L'aryténoïde du côté paralysé n'est pas renversé en avant, comme dans les paralysies complètes : il est tout à fait immobile et n'offre aucune trace de déplacement ou de secousse, aussi bien dans la phase respiratoire qu'au moment de l'adduction vocale.

La paralysie laryngée, ainsi fortuitement découverte, il restait à en chercher la cause. Pas de matité précordiale, pas de signes stéthoscopiques permettant de songer à un anévrisme des gros vaisseaux thoraciques, en particulier de la sous-clavière (la paralysie siège à droite). Les deux pouls radiaux sont égaux et isochrones. Pas de gêne de la déglutition, ni de signes pouvant indiquer l'existence d'un néoplasme œsophagien. Pas d'adénopathie cervicale. L'état général est parfait.

Cependant, en explorant avec soin la région thyroïdienne, on constate que la base du cou présente, à ce niveau, une augmentation de

volume manifeste : sa circonférence, en ce point, atteint 40 centimètres En palpant profondément la glande, on trouve, dans son lobe droit, une tumeur fibreuse dure, du volume d'un œuf de poule, et qui doit être évidemment la cause de la compression.

Voilà donc un cas où l'origine de la paralysie était aussi peu apparente que ses manifestations extérieures. Ce n'est que dans le miroir laryngien que le désordre moteur s'accusait d'une façon éclatante. C'est là, proprement, un de ces faits dans lesquels le laryngoscope ne sert pas seulement à éclairer et à compléter le diagnostic, mais le fait tout entier et à lui seul.

Obs. V. — *Goitre kystique multiloculaire. Paralysie complète de la corde vocale gauche.*

Religieuse, cinquante ans. Le goitre remonte à 3 ans, les symptômes laryngés à 1 an. Mais la malade, il y a quatre mois, était encore en état d'enseigner et présentait à peine un peu de raucité de la voix.

Signes physiques. — La tumeur est grosse comme une orange, ellipsoïde, s'étendant, en hauteur, de la clavicule à l'os hyoïde. Elle n'intéresse que le lobe gauche de la glande, sauf un petit lobule aberrant situé sur la ligne médiane et offrant le volume d'une noisette. La trachée et le larynx sont légèrement deviés vers la droite. Lorsqu'on explore la tumeur, on constate qu'elle est, en grande partie, composée d'un tissu fibreux et dur, au milieu duquel on découvre des régions nettement fluctuantes, comme si la masse était formée d'une série de petits kystes enchassés dans un parenchyme induré.

Symptômes fonctionnels. — 1° *Troubles vocaux.* — La voix est éteinte, très faible, et, bien que la malade puisse émettre des sons, elle emploie presque constamment la parole chuchotée. Il lui est impossible de chanter.

Bitonalité manifeste : on a, quand la malade parle, la sensation de quelque chose de flottant, d'une membrane mal tendue se déplaçant dans le larynx pendant que la corde saine se contracte et vibre normalement. La malade, continuellement, toussaille et râcle son larynx, comme pour expulser un corps étranger.

2° *Troubles respiratoires.* — Il existe, depuis la paralysie, un léger degré d'essoufflement, à peine marqué au repos, et s'exagérant sous l'influence des efforts. La parole est un peu haletante, entrecoupée de fréquentes inspirations : la malade ne peut prononcer, d'une haleine, une phrase un peu longue ; tous les huit ou dix mots, elle s'arrête, comme à bout de souffle, et fait une reprise inspiratoire. Il semble que l'orifice glottique, beaucoup trop largement ouvert au moment de l'émission vocale, laisse échapper à profusion la réserve d'air pulmonaire et que cette dépense excessive oblige incessament la malade à renouveler sa provision au moyen d'inspirations nouvelles. C'est là un exemple très net d'un phénomène bien connu et très fréquemment observé dans les paralysies vocales : il l'est même si fréquemment que les Anglais et les Allemands lui ont donné un nom particulier, *leakage*

of air, Luftverschwendung (coulage, gaspillage de l'air), exprimant par là cette idée que la réserve aérienne, au lieu de s'écouler lentement à travers une fente glottique normalement rétrécie et serrée, s'échappe en abondance lorsqu'une paralysie des adducteurs s'oppose à ce resserrement et laisse l'orifice plus ou moins béant dans la phase d'activité phonatoire.

3° *Phénomènes accessoires.* — Il existe un peu de dysphagie et la malade a remarqué qu'elle avale souvent de travers, surtout les liquides. Elle a eu, au début de la paralysie, des accès fréquents de hoquet prolongé, qui ont complètement disparu depuis un mois (compression du phrénique.) Pas de tachycardie habituelle ni d'accès de palpitations. Le pouls est à 84, régulier, isochrone pour les deux radiales et sans retard sur le choc précordial.

Examen laryngoscopique. — La corde vocale gauche est en position cadavérique et y reste constamment fixée pendant que la corde saine exécute, à côté d'elle, ses mouvements alternatifs et fait à elle seule tous les frais de déplacement. Cette dernière toutefois ne parvient pas, pendant la phonation, bien qu'elle exagère son mouvement d'adduction jusqu'à dépasser la ligne médiane, à se mettre en contact avec la corde paralysée. Elle n'y parvient pas pour deux raisons : d'abord parce que la corde malade ne fait de son côté aucune avance et reste en demi-abduction, ensuite parce qu'elle a subi une sorte d'abaissement vertical qui place la corde paralysée dans un plan sensiblement inférieur à celui de la corde saine, si bien que, dans la phonation, au lieu d'être une simple fente dont les deux lèvres sont en contact, la glotte représente une large ouverture qui n'est pas dans un plan horizontal mais regarde en haut et à gauche.

La corde paralysée paraît notablement raccourcie (chute en avant de l'aryténoïde) ; son bord est excavé en faucille, sa couleur est un peu moins brillante que celle de la corde saine ; elle est en même temps plus mince, plus large que cette dernière ; au lieu d'être un cordon épais, elle s'emble s'être étalée et forme un ruban très aplati.

L'épiglotte, de son côté, est manifestement asymétrique et semble tirée du côté malade ; non que son axe se soit incliné et ait perdu sa verticalité ; elle semble plutôt avoir subi un déplacement parallèle à cet axe, de façon que celui-ci répond non pas à la fente glottique mais à la corde paralysée.

Bien que la corde gauche demeure absolument inerte dans tous les mouvements du larynx, on observe des déplacements très marqués de l'aryténoïde correspondant, déplacements qui contrastent étrangement avec l'immobilité de la corde même. Ce n'est pas d'ailleurs au moment de l'effort vocal que ces mouvements se produisent, mais pendant la respiration tranquille : on voit à ce moment le cartilage animé de petites secousses, qui semblent tout à fait involontaires et paraissent déterminées par ces contractions presque insensibles qui ressemblent à de légers efforts de nausée, et qui s'observent si souvent pendant l'examen laryngoscopique.

Obs. VI. — *Goitre kystique. Paralysie complète de la corde vocale gauche.*

Femme, vingt-sept ans. Début du goitre il y a cinq ans. Après être resté longtemps stationnaire, il s'est accru rapidement depuis quelques mois. La tumeur, nettement fluctuante, porte surtout sur le lobe gauche, bien que la moitié droite de la glande présente également, de son côté, une légère augmentation. Le goitre a le volume du poing et dépasse un peu l'axe médian. Il s'étend en bas jusqu'à la ligne sterno-claviculaire, en haut jusqu'à la partie moyenne du cou. Il paraît fortement bridé et étroitement appliqué contre la colonne vertébrale, ce qui explique la compression qu'il exerce sur le récurrent.

L'aphonie n'est pas complète. La malade peut parler à voix haute, elle peut même chanter faiblement et donne des notes assez justes. Mais la voix est rauque, enrouée, manifestement bitonale. Les phénomènes dysphoniques ont apparu il y a cinq ans, en même temps que le goitre lui-même. La malade raconte que, dans les débuts de l'affection, elle est restée complètement aphone pendant sept mois.

Il ne s'est produit, à aucun moment, de grandes crises de dyspnée ; mais il existe parfois un peu d'oppression, la malade a « le souffle court » et éprouve quelque peine à respirer quand elle monte ou marche vite.

La corde vocale gauche présente l'aspect typique de la paralysie complète : elle est fixée en position cadavérique et ne sort de cette position ni dans les efforts de phonation ni dans l'inspiration profonde. Amincie et légèrement excavée au niveau de son bord interne, elle paraît très raccourcie : il semble que l'aryténoïde soit pour ainsi dire basculé sur elle, et cache à l'examen laryngoscopique son quart ou son tiers postérieur. Elle a d'ailleurs conservé sa coloration normale et présente, comme la corde saine, son aspect nacré et sa couleur blanche.

Obs. VII. — *Goitre kystique. Paralysie complète de la corde vocale droite.*

Femme de vingt-neuf ans. A son goitre depuis l'enfance ; mais la paralysie laryngée ne remonte qu'à deux ans.

L'hypertrophie thyroïdienne porte surtout sur le lobe droit, qui est régulier, uniformément arrondi, et présente une fluctuation manifeste. La tumeur, tendue et bridée, s'enfonce derrière l'articulation sterno-claviculaire ; elle appartient évidemment à la forme décrite sous le nom de goitre plongeant, c'est-à-dire à la variété qui s'accompagne le plus souvent de phénomènes de compression. La circonférence, au niveau de la partie la plus large, mesure trente-six centimètres et demi.

La voix n'est pas entièrement éteinte et la malade, non sans effort, réussit à produire quelques sons. Mais ces sons, d'ailleurs assez faibles, sont rugueux, durs et discordants. On retrouve, comme toujours, ce caractère bitonal qui ne fait presque jamais défaut dans les formes unilatérales. La malade dit qu'à un certain moment, la voix a été beaucoup plus faible, et qu'elle ne pouvait faire usage que de la parole

chuchotée. Il existe d'ailleurs encore des alternatives fort irrégulières dans l'intensité des troubles vocaux, et il se produit, par moments, des périodes d'aphonie complète.

Les désordres de la phonation ont débuté d'une façon très brusque. La malade s'aperçut un jour, en prenant une leçon de chant, qu'il lui était impossible d'émettre un son. L'affection s'est exagérée depuis, progressivement, sans s'accompagner d'aucune douleur, et la voix parlée elle-même n'a pas tardé à être compromise.

Il existe un peu d'oppression quand la malade court ou monte ; mais ces symptômes dyspnéiques vont plutôt en diminuant et se sont manifestement amendés depuis quelques mois.

L'image laryngoscopique reproduit classiquement l'aspect d'une hémiplégie laryngée complète du côté droit. Que la malade fasse un effort de phonation, ou que l'organe revienne à la position respiratoire, la corde vocale droite reste absolument immobile, à quelque distance de la ligne médiane. Toute la moitié droite du larynx est inerte et comme figée, pendant que la corde opposée exécute normalement les mouvements alternatifs d'adduction vocale et d'abduction respiratoire. Dans la respiration tranquille, la corde vocale saine est beaucoup plus écartée que la malade, dont elle se rapproche presque jusqu'au contact, en dépassant un peu la ligne médiane, au moment de l'émission des sons. L'aryténoïde du côté malade ne présente pas trace de mouvements, aussi bien pendant la phase vocale que dans la phase respiratoire. La corde paralysée a une arête plus tranchante et son bord est légèrement concave. Elle est mince, comme aplatie, non pas rose ou nacrée comme à l'état normal, mais terne, grise et un peu transparente. Elle semble diminuée de longueur et cachée en arrière par l'aryténoïde, qui est renversé en avant et comme tombé sur elle.

La malade, à l'heure actuelle, ne tousse que fort rarement, mais elle a présenté, un an après le début de l'affection, une période de toux quinteuse, en même temps qu'il existait des accès prolongés de hoquet se répétant plusieurs fois chaque jour, et durant souvent des heures entières.

Parmi les causes de compression qui menacent le récurrent, il en est une d'une gravité particulière, parce qu'elle le poursuit, pour ainsi dire, pendant toute la durée de son trajet. Je parle des ganglions lymphatiques de la région cervicale profonde. Par un hasard évidemment fâcheux pour l'intégrité du tronc nerveux, il arrive en effet que ces ganglions suivent le même chemin que lui et forment un chapelet ascendant appliqué sur les parois latérales de l'œsophage et du pharynx. C'est en cette dangereuse compagnie que le nerf fait tout son parcours cervical, d'autant plus facilement menacé que le nombre de ces ganglions multiplie les chances mauvaises : la chaîne

cervicale profonde n'en compte pas moins de vingt à trente (Theile). Il n'est d'ailleurs pas toujours très facile d'affirmer matériellement l'existence de ces tumeurs ganglionaires profondes, et c'est souvent par élimination, ou d'après certaines probabilités, que se font les diagnostics de ce genre. Voici, par exemple, deux cas où toute autre cause de compression faisait manifestement défaut et où l'existence de la syphilis attirait naturellement l'attention du côté de l'appareil lymphatique.

Obs. VIII. — *Corde vocale gauche en position médiane. Syphilis. Adénopathie probable.*

Homme de soixante ans. Début des accidents laryngés : un an. A la suite, dit le malade, d'un refroidissement, raucité bitonale et faiblesse de la voix qui n'ont plus disparu depuis lors.

Depuis deux ou trois mois, oppression : assez peu marquée au repos, bien que la respiration soit cependant toujours un peu bruyante, cette dyspnée devient très forte quand le malade marche vite, court ou gravit un escalier.

Quelques symptômes dysphagiques : le malade, depuis quelque temps, avale facilement de travers ; il est obligé, quand il boit, de prendre beaucoup de précautions pour éviter que le liquide ne passe, comme il dit, à côté. Mais cette forme de dysphagie ne présente rien de commun avec la dysphagie œsophagienne, et les aliments liquides ou solides franchissent sans difficulté le conduit.

Aucun signe d'anévrisme aortique ; pas de matité précordiale, pas de retard de la pulsation artérielle, ni d'inégalité des pouls radiaux.

L'état général est excellent et ne s'est nullement modifié. Le malade a eu la syphilis (chancre, plaques muqueuses, éruptions cutanées) ; il présente encore, en ce moment, quelques croûtes du cuir chevelu.

Examen laryngoscopique. — La corde gauche est immobilisée en position médiane, la droite s'écarte et se rapproche normalement.

La corde gauche n'est pas raccourcie ; son aryténoïde n'est pas renversé en avant, ce qui serait d'autant plus facile à constater que le malade a des aryténoïdes maigres et très saillants. Le bord de la corde malade n'est pas excavé en croissant, mais rectiligne et tendu. On a plutôt l'impression d'une corde en état de contracture que d'une paralysie réelle.

Reste à interpréter la cause qui peut comprimer le récurrent et déterminer le trouble moteur. On ne peut guère, dans ce cas, procéder que par exclusion. Comme il n'existe évidemment ici ni anévrisme de l'aorte, ni goitre, ni tumeur œsophagienne, il ne reste à songer qu'à une compression ganglionnaire, hypothèse d'autant plus admissible que le malade est un syphilitique, que sa syphilis n'est pas guérie et qu'il en présente encore actuellement des manifestations tardives.

Obs. IX. — *Syphilis. Paralysie complète de la corde vocale droite. Adénopathie probable.*

Femme, cinquante-deux ans, d'une très bonne santé générale et ne présentant pas d'autres phénomènes actuels que les symptômes laryngés qui sont, comme dans la plupart des faits précédents, d'ordre à la fois vocal et respiratoire.

Ce qui frappe, de prime abord, c'est le son particulier de la voix, qui présente une bitonalité manifeste. Ce caractère bitonal constitue, du reste, à lui seul, toute l'anomalie de la fonction phonatoire : la voix, à part cela, n'est ni rauque ni éteinte, ni même affaiblie, et présente, à peu de chose près, toute son intensité normale.

Il existe, de plus, des accès de dyspnée qui se produisent par crises irrégulières, sans causes physiques apparentes. Ces accès ne surviennent point, comme il arrive en pareil cas, à la suite des mouvements ou des efforts, mais à la suite d'émotions morales, d'une tension exagérée de l'esprit ou de quelque travail intellectuel absorbant. Ils ne se produisent jamais quand la malade marche vite, court ou gravit un escalier.

L'aspect du larynx présente l'image classique d'une paralysie complète de la corde vocale droite. Cette corde, immobilisée dans la position cadavérique, est notablement raccourcie : son aryténoïde basculé, et, en quelque sorte, renversé sur elle, la recouvre dans son tiers postérieur et montre en haut une saillie qui est peut-être l'apophyse musculaire. Dans la phase respiratoire, la corde saine est beaucoup plus écartée ; mais, dès que la malade émet un son, cette corde saine exagère son excursion adductrice, et dépasse un peu la ligne médiane, pour s'approcher de la corde malade, qui demeure immuablement fixée dans l'état de demi-abduction où elle se trouvait pendant la respiration silencieuse. Cependant, au moment de l'acte phonatoire, bien que la corde droite reste absolument immobile, l'aryténoïde correspondant éprouve une secousse très manifeste et présente un mouvement de translation en masse qui le rapproche de la ligne médiane, sans que la corde vocale qui s'y attache présente à ce moment, je le répète, le plus petit déplacement. On sait que ce mouvement isolé de l'aryténoïde coïncide assez fréquemment avec une paralysie totale de la corde correspondante. Il s'explique probablement par la persistance d'action de l'inter-aryténoïdien, qui est un muscle symétrique et médian à l'innervation duquel participent les deux récurrents.

Interrogée sur l'origine de ces désordres laryngés, la malade raconte qu'ils remontent à plus de vingt ans. Elle reçut, à cette époque, la syphilis de son mari (plaques muqueuses, buccales et vulvaires, pas d'accidents cutanés). Elle eut, dès le début, des accidents fort graves, demeura plusieurs mois complètement aphone, et passa quelque temps pour tuberculeuse. C'est depuis lors, dit-elle, qu'elle a la voix malade et présente des troubles dyspnéiques.

La malade ne tousse pas, ne présente ni goitre ni dysphagie. Pas de matité précordiale. Pas de battements ni de souffles, pas d'inégalités ni de retard des pouls radiaux.

Il semble donc que, dans ce cas, on puisse, par exclusion, admettre une corrélation entre la syphilis ancienne et les désordres laryngés dont la première apparition a coïncidé manifestement avec elle. Bien qu'il s'agisse assurément d'un de ces faits indécis où le mécanisme étiologique demeure forcément un peu vague, l'hypothèse la plus probable est que la lésion du récurrent a eu pour cause immédiate une compression ganglionnaire. Sans doute, l'adénopathie originelle n'a pu être que passagère et a depuis longtemps disparu ; mais les troubles neuro-moteurs ont parfaitement pu lui survivre, si l'on admet que la compression a été assez intense et surtout assez prolongée pour déterminer la dégénérescence définitive de toutes les fibres du récurrent.

Parmi les mauvais voisinages dont le récurrent est entouré, il en est un qui, je crois, n'a pas été fréquemment signalé : c'est celui de la colonne vertébrale. Et je ne sache pas qu'une lésion rachidienne ait été bien souvent la cause d'une paralysie laryngée. J'en rapporte ci-dessous un cas qui ne me paraît point douteux. C'est la plus rare, assurément, et peut-être la plus intéressante des observations de ma série.

Obs. X. — *Scoliose dorso-cervicale. Paralysie complète de la corde vocale gauche.*

Femme, trente-huit ans. Aucun antécédent héréditaire. Grands-parents morts très âgés. Père mort à soixante-quatorze ans. Mère vivante, soixante-dix-sept ans, bien portante. Six frères et sœurs vivants, tous en bonne santé. Un frère mort à trois ans, un autre à dix-neuf ans et demi de péritonite (?).

Aucune maladie pendant l'enfance. Travaillait à la campagne. A l'âge de douze ans et demi, brusquement, sans aucune affection aiguë, sans aucun symptôme préalable, elle s'aperçut un jour, à l'école, qu'elle était subitement devenue complètement aphone. A cette perte de la voix s'ajoutaient des symptômes de dysphagie : la malade avalait fréquemment de travers et avait une certaine difficulté à déglutir ses aliments, particulièrement les liquides. Pas d'accès de suffocation ; peu de troubles respiratoires.

Presque au même moment, survenait, sans aucune douleur, une déviation de la colonne vertébrale, qui s'accentuait peu à peu, pour rester bientôt stationnaire, sous la forme qu'elle présente aujourd'hui. On constate actuellement une déviation rachidienne représentant, dans son ensemble, une double courbure en S dont la convexité supérieure intéresse les dernières vertèbres cervicales et regarde du côté droit, tandis que la convexité inférieure, dirigée du côté gauche, est formée aux dépens des cinq ou six premières vertèbres dorsales. Pas d'abcès, pas de paralysie des membres, aucun désordre fonctionnel, à l'exception des troubles laryngés et d'un certain degré de tachycardie. La

voix est faible, rauque et bitonale, mais s'entend à une certaine distance, et l'incapacité phonatoire n'atteint pas, à beaucoup près, aujourd'hui, le degré d'aphonie complète qu'elle offrait au début de l'affection. On observe d'ailleurs, dans l'émission des sons, un phénomène très particulier, et que je n'ai jamais eu, pour ma part, l'occasion d'observer ailleurs : pour éviter, durant la phonation, les inconvénients qui résultent de l'issue trop rapide de l'air, à travers une glotte mal fermée, la malade use d'un stratagème qui lui évite de couper incessamment ses phrases par des inspirations répétées.

Au lieu de ne parler, comme nous faisons tous, que pendant la durée de l'expiration, et de faire, à chaque inspiration, une reprise silencieuse, elle emploie, pour la phonation, les deux temps de l'acte respiratoire et aspire, si je puis dire, la moitié de ses phrases, utilisant, pour les produire, aussi bien l'entrée que la sortie de l'air à travers la fente glottique. Il en résulte que sa parole offre une sorte de va-et-vient d'un caractère particulier et singulièrement étrange.

Les symptômes respiratoires sont actuellement plus accentués qu'ils ne l'étaient au début de l'affection. Complètement nuls au repos, ils surviennent à l'occasion du moindre effort ou d'un exercice un peu violent. La malade ne peut ni monter ni courir.

L'image laryngoscopique est celle de la paralysie complète : corde vocale gauche amincie et comme atrophiée, excavée suivant son bord interne, immobile en position cadavérique et notablement raccourcie par la chute de l'aryténoïde sur sa partie postérieure. La glotte, dans l'état respiratoire, a la forme d'un triangle asymétrique dont le côté gauche est plus long que le droit ; dans la phase phonatoire elle prend l'aspect d'une fente mal jointe, oblique en arrière et à gauche.

La malade, quoique délicate, n'a pas maigri, n'est pas tuberculeuse ; elle n'a ni ganglions cervicaux, ni goitre, ni symptômes œsophagiens ; la dysphagie qui existait au début a elle-même complètement disparu.

En l'absence de toute autre cause, en raison de la coïncidence entre l'apparition de la paralysie laryngée et celle de la déviation rachidienne, ne faut-il pas admettre ici un rapport de cause à effet reliant ces deux phénomènes ? Quant à préciser plus exactement le mécanisme de l'altération récurrentitielle, je crois qu'il serait téméraire de vouloir même le tenter. S'agit-il d'un simple tiraillement dû à une incurvation brusque du rachis, d'une compression par une saillie osseuse ou d'une simple propagation inflammatoire ? C'est une question que je n'ai garde de trancher : il s'agit ici d'un fait trop rare pour qu'on se hasarde à risquer, sur son mécanisme étiologique, une interprétation plus précise.

J'ai présenté les observations qui précèdent dans leur ordre topographique, c'est-à-dire que, prenant le récurrent depuis son origine, et le suivant, si je puis dire, dans toutes les péripéties de son parcours, j'ai signalé chemin faisant, avec exemples à l'appui, les principales causes d'altération aux-

quelles il est exposé. Si maintenant nous comparons, au point de vue de leur fréquence, les affections de natures si diverses que nous avons rencontrées comme origine de la compression nerveuse, nous voyons que, dans cette série, elles se classent de la façon suivante : en tête, et avec une énorme avance, les tumeurs de la thyroïde (5 cas) ; en second lieu les adénopathies (2 cas) et enfin, sur la même ligne, l'anévrisme de l'aorte, le cancer de l'œsophage (un cas de chaque) plus un fait, certainement exceptionnel, de déviation rachidienne. La paralysie, dans presque tous les cas (neuf sur dix), était unilatérale (cinq fois à gauche, quatre fois à droite) ; dans une seule observations (cancer de l'œsophage) elle atteignait les deux cordes vocales. J'ajoute enfin qu'au point de vue du sexe, mes observation se partagent en deux moitiés exactement égales (cinq hommes, cinq femmes). Je n'attache certainement à ces chiffres, portant sur un trop petit nombre de faits, qu'une valeur très relative et je n'ai garde d'en tirer aucune conclusion générale. Il était pourtant bon d'indiquer comment les choses se répartissent dans une série prise au hasard : ce sont des documents statistiques que d'autres pourront utiliser.

Il nous reste à dépouiller nos faits au point de vue de leur forme symptomatique, c'est-à-dire à examiner comment les lésions récurrentielles retentissent cliniquement d'une part sur la forme de la glotte, de l'autre sur son fonctionnement. Et d'abord on doit se demander s'il existe quelque rapport entre l'aspect laryngoscopique que revêt une paralysie du larynx et la nature de l'affection qui l'a produite. A priori, on peut prévoir qu'il ne doit théoriquement exister aucune relation de ce genre. Quand le récurrent est comprimé, il réagit d'une façon toute pareille, quelle que soit la tumeur qui le comprime. La paralysie laryngée n'est en somme qu'un effet mécanique dont la forme et dont le degré ne dépendent pas d'autre chose que de la nature et de l'étendue du trouble survenu dans la conductibilité du nerf. Mais il importe aussi peu que ce désordre soit produit par un anévrisme aortique ou par un cancer de l'œsophage qu'il importe, lorsqu'un train déraille, que ce soit une pierre ou une poutre qui ait produit le déraillement. Et de fait on peut constater, en parcourant les observations précédentes, qu'une forme symptomatique donnée, l'adduction

permanente je suppose, peut être indifféremment réalisée par les causes les plus diverses, tandis qu'inversement une seule et même cause, par exemple l'hypertrophie thyroïdienne, est capable d'engendrer tour à tour toutes les formes laryngoscopiques et fonctionnelles de paralysie laryngée.

Il est du reste à remarquer que ces formes symptomatiques des troubles laryngo-moteurs par altération du récurrent sont infiniment peu nombreuses. Ce qui frappe de prime abord, à la lecture de nos observations, c'est le peu de variété, je dirai presque la monotonie qu'elles présentent soit au point de vue des déformations glottiques, soit au point de vue des troubles fonctionnels, ceux-ci n'étant, au demeurant, que la conséquence mécanique, et pour ainsi dire prévue, de ceux-là. A l'exception d'une forme très rare rencontrée dans mon cas de cancer de l'œsophage (abduction permanente de la corde vocale droite), on peut dire que, dans toute cette série de faits, il n'existait en réalité que deux aspects, incessamment reproduits, de l'image laryngoscopique : dans l'une, de beaucoup la plus fréquente (six cas), on trouvait la corde vocale fixée en position cadavérique, dans l'autre (4 cas), en adduction permanente.

La première de ces deux formes n'a rien qui soit pour nous embarrasser et il est également facile d'en interpréter le mécanisme et d'en comprendre la fréquence : traduisant, si je puis dire, graphiquement, l'hémiplégie complète du larynx, elle implique la destruction fonctionnelle de toutes les fibres du récurrent, c'est-à-dire la lésion la plus facile à concevoir, la plus simple à réaliser, celle, en tout cas, où aboutissent la plupart des compressions du nerf, quand elles sont persistantes et progressives.

Les choses sont beaucoup moins claires en ce qui touche à l'adduction permanente, et l'interprétation de cette forme est peut-être la question qui a soulevé en laryngologie et soulève encore le plus de discussions. Il est certain qu'après la position cadavérique, la fixation sur la ligne médiane est une des attitudes que prennent le plus volontiers les cordes vocales paralysées : la statistique précédente le démontre une fois de plus. Mais ici deux questions se posent, qui n'ont pas encore reçu de réponse, ou plutôt qui ont reçu jusqu'ici trop de réponses

différentes pour qu'on n'ait pas quelque embarras à se faire un avis sur ce point : Comment les cordes se placent-elles en adduction permanente? Pourquoi toujours en adduction et jamais, ou presque jamais, en abduction ? A la première de ces questions on sait la réponse qu'ont faite MM. Rosenbach et Semon : une corde se met en adduction permanente lorsque ses abducteurs sont paralysés. Si bien que, pour expliquer la fréquence de cette paralysie des abducteurs, on est forcé, bon gré mal gré, d'admettre dans le tronc du récurrent l'existence d'une catégorie de fibres nerveuses, celles précisément des abducteurs, qui seraient plus impressionnables ou plus exposées que les autres, en tout cas plus souvent atteintes.

On comprend qu'il soit difficile de concevoir qu'un cordon nerveux homogène et, si je puis dire, indivis, comme l'est le tronc du récurrent, puisse être partiellement atteint par une lésion compressive, et compromis dans une partie de ses fibres pendant que le reste est respecté. Mais ce qui semble plus étonnant encore, c'est que ce soient toujours les fibres abductrices que les lésions aillent choisir dans l'intimité de ce nerf, alors que les filets des adducteurs demeurent toujours et systématiquement indemnes. Aussi comprend-on que M. Krause ait cherché une explication plus vraisemblable. Pour lui, adduction permanente ne veut pas dire paralysie des abducteurs, mais au contraire contracture, et contracture de tous les muscles du larynx. Cette déformation traduit par conséquent non plus une destruction *partielle*, mais une irritation *totale* du récurrent, comme la position cadavérique traduit sa destruction totale. L'explication de l'adduction permanente devient désormais aussi simple que celle de la position cadavérique : elles sont, l'une comme l'autre, le résultat de lésions en bloc, mais de lésions opposées et, pour ainsi dire, symétriques : l'une exprime la suractivité du nerf, l'autre son inactivité : que la compression l'irrite ou le détruise, ce ne sont plus, dans un cas ni dans l'autre, quelques fibres disgraciées qui périssent, c'est tout le récurrent qui souffre. Non pas que des lésions dissociées ne puissent quelquefois se rencontrer : mon fait d'abduction permanente (Obs. II) en est un exemple indéniable. Mais si ces paralysies partielles sont fréquentes dans les lésions des centres ou dans celles des branches terminales, c'est-à-

dire dans les régions où l'appareil nerveux du larynx est plus ou moins dissocié et désuni, elles sont infiniment rares dans les lésions des troncs, où toutes les fibres nerveuses sont indissolublement fusionnées en un faisceau indivisible et solidaire.

Il nous reste à examiner quels sont les troubles mécaniques qu'entraînent dans les fonctions de la glotte les deux types de déformation que nous venons de discuter et de décrire. Un fait nous frappe tout d'abord : c'est qu'il existe dans nos observations deux groupes symptomatiques très nets. Les troubles de la phonation dominent manifestement dans le premier ; dans l'autre ce sont les symptômes respiratoires. En serrant les faits d'un peu près, il est d'ailleurs aisé de se convaincre qu'il existe un rapport étroit entre la forme symptomatique d'un cas donné et sa forme laryngoscopique : les paralysies à forme vocale répondent à la position cadavérique, les paralysies respiratoires à l'adduction permanente. Aussi bien, cette constatation n'est-elle point pour nous surprendre : l'observation clinique ne fait ici que confirmer ce que la théorie faisait prévoir et ses résultats sont en conformité parfaite avec l'analyse physio-pathologique : ils répondent aux conditions nouvelles que la maladie a créées dans la forme et les mouvements de la glotte.

Dans la position cadavérique, la corde est constamment fixée dans un état de demi-abduction, qui n'est assurément pas tout à fait l'état d'écartement complet où se place une corde saine durant la phase respiratoire, mais qui toutefois suffit largement aux besoins de la respiration tranquille. D'où l'absence, dans cette forme, ou tout au moins l'importance très secondaire des symptômes d'oppression ou de dyspnée ; ils n'apparaissent, tout au plus, et souvent à un très faible degré, qu'au moment des exercices violents, marche rapide, course ou ascensions fatigantes. Mais il résulte, d'autre part, de cette demi-abduction où la corde vocale est fixée, qu'elle reste constamment éloignée de la ligne médiane, et que la glotte ne peut jamais, au moment des efforts phonatoires, se fermer d'une façon complète, malgré les efforts de compensation que fait le plus souvent la corde saine pour se rapprocher de sa congénère en dépassant la ligne médiane. Si l'on ajoute, à ce

défaut d'occlusion, le manque de tension de la corde, qui résulte inévitablement de sa paralysie complète, on comprend que cette variété soit par excellence une paralysie vocale et soit très peu une paralysie respiratoire.

C'est le contraire qui se voit dans les cas d'adduction permanente. On prévoit, en effet, qu'ici les phénomènes dyspnéiques doivent être plus accusés ; car toute une moitié de la glotte demeure continuellement fermée ; l'autre moitié doit suffire seule au passage de l'air atmosphérique. Quant aux phénomènes vocaux, ils sont au contraire, en ce cas, nuls ou à peine appréciables, puisque la situation dans laquelle la corde est immobilisée, est précisément l'attitude nécessitée par l'émission vocale. Et si l'on admet, avec M. Krause, que l'état d'adduction permanente est un état de contracture, on comprend que la corde malade soit, de plus, continuellement tendue, c'est-à-dire qu'elle est en somme toujours prête à l'acte phonatoire.

Cette différence d'aspect clinique va peut-être nous expliquer pourquoi les deux formes précédentes se rencontrent, dans la pratique, avec une inégalité de fréquence telle, que la position cadavérique est pour ainsi dire la règle, l'adduction permanente l'exception. La première représente un désordre qui se reconnait aisément ; les phénomènes dysphoniques qui l'accompagnent l'imposent à l'observation et appellent, si je puis dire, l'examen laryngoscopique. Au contraire, l'adduction permanente passe souvent inaperçue. Comme elle ne s'exprime, en effet, que par des symptômes de dyspnée, d'ailleurs assez peu apparents et qu'on rapporte en général à tout autre chose qu'à une affection laryngée, rien n'indique la nécessité d'explorer directement le larynx, et c'est le plus souvent par hasard que la maladie est reconnue. Qui sait si cette absence de symptômes ne nous donne point la raison de la prétendue rareté de cette forme, et s'il n'est pas bien des faits de ce genre qui ne sont jamais découverts simplement parce qu'on ne les cherche pas, n'ayant aucune raison de les chercher?

VI

ACCIDENTS CÉRÉBRAUX (PSEUDO-MÉNINGITE)

AU COURS D'UNE

OTORRHÉE CHRONIQUE

TRÉPANATION DE LA MASTOÏDE, GUÉRISON

Par le Dr Georges **GELLÉ**

(Communication lue à la Société de Laryngologie de Paris).

Les complications crânio-cérébrales des otites sont à l'ordre du jour. Chacun est d'accord aujourd'hui pour reconnaître l'opportunité d'un diagnostic précis qui seul peut mener à une thérapeutique précise, bien définie. Malheureusement ici est la lacune.

Sans vouloir rechercher les causes de cette indécision thérapeutique nécessitée par un diagnostic plus ou moins flottant, nous voulons simplement montrer que l'on peut malgré tout être utile aux patients et cela quand bien même on est appelé tardivement et que tout semble prouver que l'on se trouve en présence d'un accident réputé incurable comme la méningite.

En effet, le diagnostic différentiel est souvent difficile au lit du malade entre la méningite généralisée, la méningite circonscrite et la pseudo-méningite d'origine otitique. Or, la crainte d'une intervention trop hâtive ne doit pas nous faire hésiter un seul instant, le malade pouvant payer de la vie cette courte hésitation. Le plus expérimenté peut commettre une erreur de diagnostic; or, l'expérience est là qui prouve qu'une intervention bien conduite non-seulement est inoffensive, mais souvent a une action curative des plus manifestes.

Attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures pour opérer c'est souvent laisser une pseudo-méningite ou une méningite

localisée se transformer en méningite généralisée, au-dessus des ressources de l'art.

Dans les premiers jours du mois de juin de l'année dernière, nous fûmes appelé le soir par un confrère de Paris auprès d'une dame que, paraît-il, nous avions traitée pour une otorrhée chronique quelques mois auparavant.

A notre arrivée auprès de la malade, nous reconnûmes, en effet, qu'elle était venue très irrégulièrement nous consulter pour une otorrhée chronique remontant à plusieurs années. Nous ne l'avions plus revue depuis au moins un mois.

Cette femme, âgée de quarante ans, mère de plusieurs enfants, avait fait il y a trois mois une fausse couche, suivie de phlébite. A peine convalescente de cette phlébite, elle était venue nous consulter pour une nouvelle poussée aiguë survenue depuis sa fausse couche. Malheureusement, elle dut interrompre le traitement otique, car elle fut atteinte d'une bronchopneumonie tuberculeuse (signes de ramollissement aux deux sommets).

Nous trouvons la malade, couchée dans son lit, dans un demi-coma, ne reconnaissant plus son mari ni ses proches ; le pouls rapide et petit ; la température dépasse 40°. L'interrogatoire de la famille nous apprend que depuis huit jours la malade souffrait d'une céphalée terrible et tenace, toute la moitié gauche du crâne était surtout douloureuse, elle n'osait se peigner tant elle appréhendait la douleur. Le mari avait remarqué aussi un léger état d'indifférence chez sa femme d'ordinaire très active. Elle paraissait se désintéresser des choses qui les jours précédents semblaient lui être le plus à cœur.

L'écoulement de l'oreille ne s'est pas modifié, point de fétidité du pus. Depuis la veille, sont apparus des vomissements verdâtres qui jusqu'à ce moment n'ont pas cessé. Au milieu de son apathie, la malade porte seulement la main à sa gorge et à sa tête. Elle boit encore quand on lui offre avec insistance, mais elle rejette presque aussitôt le tout dans une crise de vomissements.

Le médecin de la famille, en présence de cet état comateux survenu en quarante-huit heures et complet surtout le soir pendant trois à quatre heures, et connaissant le passé otitique de

sa cliente, porte le diagnostic de complication crânio-cérébrale d'origine otique et nous appelle en consultation pour décider de la conduite à tenir.

Après examen nous arrivons au même diagnostic général ; mais nous avouons que lorsqu'il nous fallut préciser à quelle complication nous avions exactement affaire nous fûmes quelque peu embarrassé. Le diagnostic était en effet fort délicat et plein d'incertitudes. Mais devant la décision qu'il fallait prendre et rapidement, nous n'hésitâmes pas à conseiller l'ouverture de la mastoïde et de l'antre pour nettoyer et désinfecter celui-ci et la caisse ; bien décidé à nous en tenir là ou à aller plus loin si besoin était suivant l'état des parties.

Assez heureux pour gagner à notre opinion le médecin et la famille et toutes restrictions faites sur l'issue de notre intervention vu l'état actuel de la malade, aidé par notre collègue et ami Laurens, interne à l'hôpital Saint-Louis, nous pratiquons le lendemain matin la trépanation de la mastoïde au lieu d'élection.

Incision parallèle à l'insertion du pavillon et à 1 centimètre en arrière allant de la pointe de la mastoïde à la ligne temporale et se recourbant un peu en avant à son extrémité supérieure. Hémostase facile. Rugination de l'os montrant bien les bords postérieur et supérieur du conduit auditif externe.

Attaque de l'os à la gouge à cinq millimètres en arrière du conduit, au niveau de la *spina supra meatum*. Apophyse dense, éburnée, épaisse ; et ce n'est qu'arrivé à l'antre que nous ramenons quelques fongosités avec la petite curette. Nous dirigeant alors vers la pointe nous mettons à jour quelques cellules profondes renfermant du pus, nous curettons légèrement. Nous terminons par le curettage de la caisse par le conduit et pansement avec une mèche de gaze iodoformée.

Le lendemain nous revoyons la malade et nous sommes heureux d'apprendre que la veille au soir elle n'est pas retombée dans le coma, la fièvre a diminué beaucoup, 39° ; seuls les vomissements ont persisté.

La guérison a suivi dès lors la marche classique. Le 14 juillet, la plaie mastoïdienne était complètement cicatrisée, l'écoulement auriculaire complètement tari. La montre n'était perçue qu'au contact.

Cette malade a été revue il y a quinze jours, la santé générale est excellente malgré les lésions poulmonaires ; l'oreille est demeurée sèche. Quant à l'audition de la montre nous avons constaté qu'elle était montée à 10 centimètres du côté opéré.

Si, maintenant, considérant les symptômes présentés par la patiente, la thérapeutique instituée et les résultats obtenus, nous voulons nous former une idée sur les accidents survenus à notre malade, nous croyons que le diagnostic ferme doit être celui de pseudo-méningite (méningisme) occasionnée non pas par la rétention du pus, car le drainage s'effectuait aisément par le conduit et la trompe comme nous pûmes nous en assurer plus tard, mais plutôt par une irritation ou un œdème infectieux collatéral à l'abcès intra-mastoïdien, qui disparut après la désinfection du foyer.

Dans un cas semblable et en l'absence de tout signe nous renseignant sur l'étendue et le siège exact des lésions, nous croyons que la conduite à tenir est la suivante : Trépaner la mastoïde, ouvrir l'antre et inspecter le foyer. Cela seul peut suffire comme il nous est arrivé ; d'autres fois cette intervention ne sera que le premier temps d'une opération plus complète.

Il semble résulter aussi des cas heureux publiés jusqu'à ce jour que s'il est une règle d'opérer le plus tôt possible, dès qu'on pourra soupçonner quelque complication sérieuse, il n'est jamais trop tard pour opérer, car parfois l'opération même la plus simple, la plus inoffensive pourra amener une véritable résurrection.

Nous n'insisterons pas non plus sur le danger toujours suspendu sur la tête de celui qui est atteint d'otorrhée chronique ; quoique classique aujourd'hui, cette notion n'a pas encore pénétré partout. Ils sont encore fréquents les cas où le chirurgien auriste doit intervenir pour parer aux accidents causés subitement par une otorrhée de l'enfance toujours respectée et entretenue quelquefois même avec un soin jaloux.

ACTUALITÉS

Les Anniversaires.— I. Le Jubilé de M. le Professeur Schrötter, de Vienne.— II. Le Jubilé de M. le Professeur de Rossi, de Rome.

M. le Professeur Politzer a fait le dessein d'écrire l'histoire de l'Otologie. C'est là une excellente idée. Ayant, durant une très belle carrière, vécu dans la compagnie de vieux otologistes, nul plus que lui n'était capable de nous raconter leur vie, de nous dire ce que fut leur œuvre. Je regrette que son trop court passage au milieu de nous en ces temps derniers, ne m'ait pas permis de lui demander quelques renseignements sur l'évolution de notre spécialité dans le cours de ce siècle. Mieux que moi il eût pu donner la vraie raison de la coïncidence des anniversaires que l'on fête en ce moment. Dans le domaine scientifique les idées flottent dans l'air, éparses comme des atomes, puis il arrive un moment où elles prennent une forme concrète. Des hommes surgissent, qui les mettent en œuvre presque simultanément, et c'est ce qui nous explique, mieux que l'esprit d'imitation, qu'en divers pays, à la même heure, des élèves se réunissent autour de leurs maîtres pour louer leur œuvre et rendre hommage à leurs efforts.

Dans la première moitié de ce siècle, l'Otologie française ne fut pas sans éclat. Il me suffira de citer les noms de Deleau, d'Itard et de Ménière pour prouver que ce j'avance. Mais après eux il y eut comme un moment d'hésitation. Dans notre pays, où l'on est un peu misonéiste, leurs idées n'avaient pu pénétrer dans les couches profondes du grand public médical. Mais la découverte du laryngoscope en 1854, les applications que fit Czermack de cet instrument, devaient bientôt donner une impulsion nouvelle, non-seulement à la laryngologie créée par Garcia, Czermack et Turck de toutes pièces, mais encore à l'Otologie qui se trouva bénéficier pour une bonne part des méthodes nouvelles.

A l'étranger, on comprit rapidement l'importance de la voie où les laryngologistes venaient de s'engager. Des chaires furent créées, autour desquelles se groupèrent des élèves, appelés pour

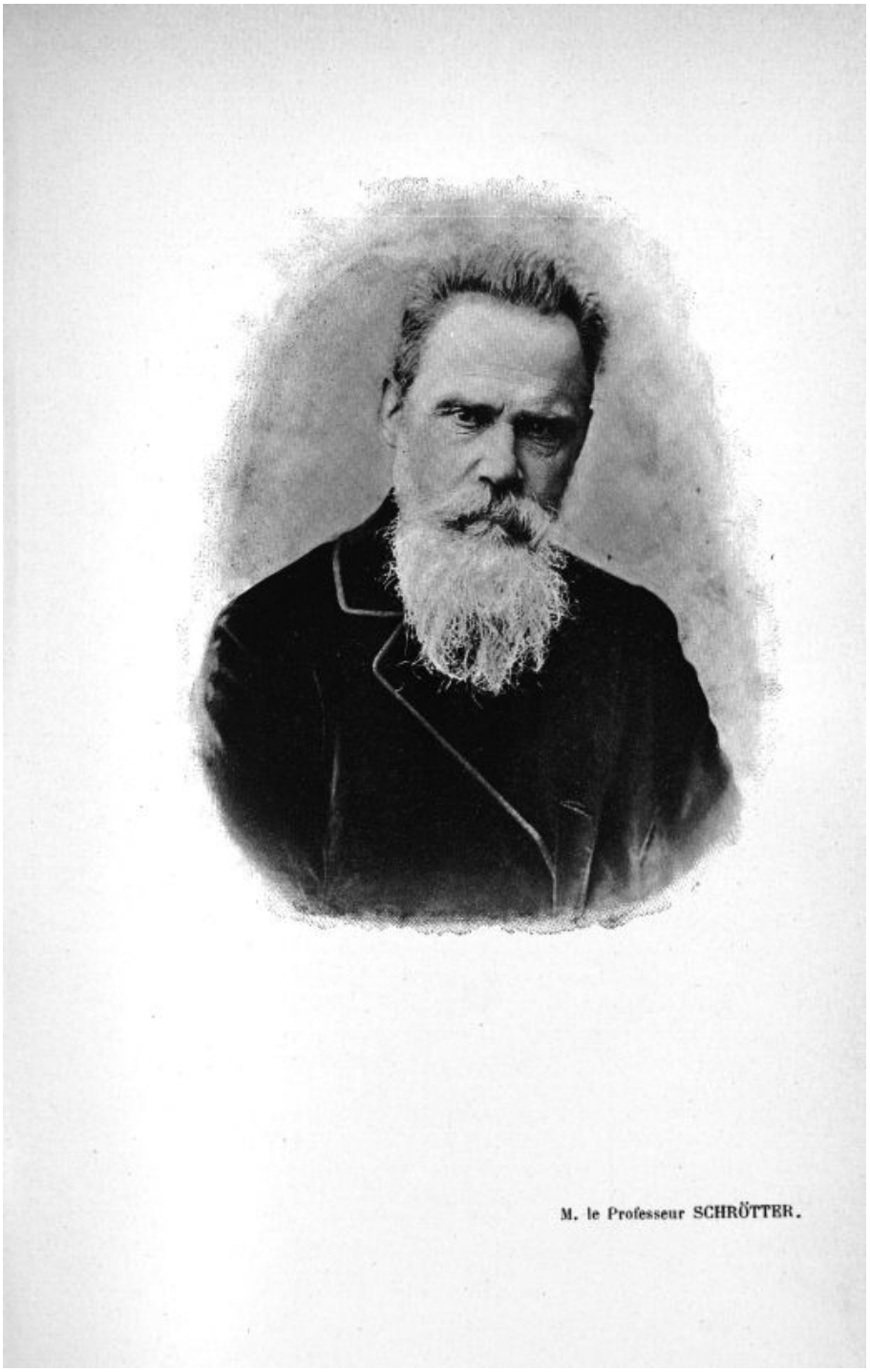
la plupart à devenir des maitres illustres. Sous l'impulsion des pouvoirs publics, des écoles de laryngologie et d'otologie étaient aussitôt fondées, et ce sont précisément les survivants de ces ouvriers de la première heure dont on célèbre le Jubilé. Hier c'était M. Fränkel, aujourd'hui c'est le tour de M. Schrötter et de M. de Rossi.

Nous sommes devenus en France un peu particularistes, et nous craignons volontiers, étant tombés de ce côté dans quelques excès, de louer trop volontiers ce qui nous vient du dehors. Je ne crains pas de donner dans ce travers en honorant comme il convient les maîtres dont je vais parler. D'abord beaucoup d'entre nous leur sont tributaires, ayant pu suivre leur enseignement. En outre, rien de ce qui touche à notre spécialité ne doit nous être étranger. J'ajouterai enfin que lorsque le moment sera venu, et il ne peut tarder, de fêter l'un des nôtres, nous saurons montrer que notre place a été bien tenue et que chez nous aussi des hommes se sont rencontrés dont l'existence, toute d'honneur et de probité, a droit à tous les hommages.

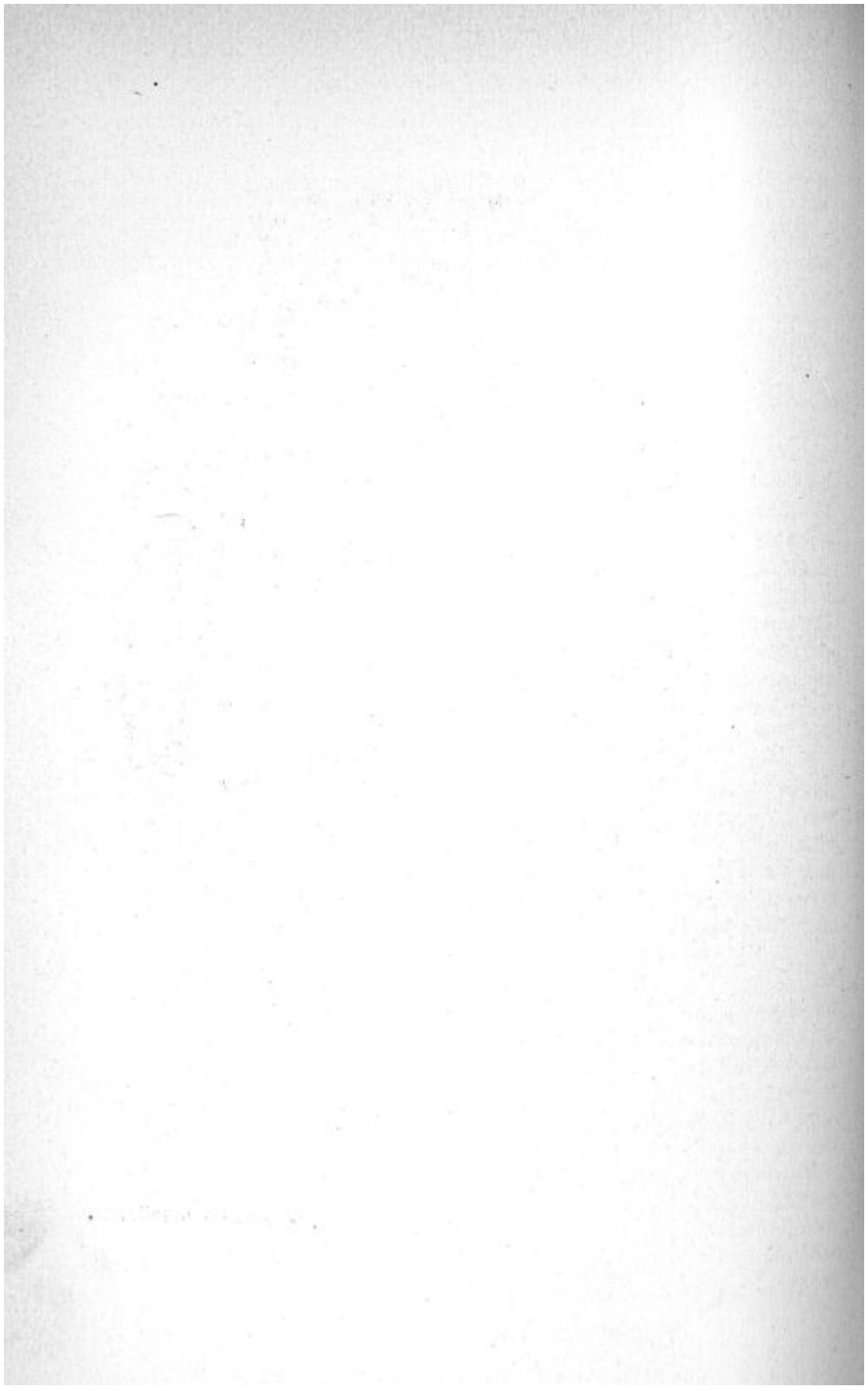
En attendant, c'est de MM. Schrötter et de Rossi que je vais parler aujourd'hui. Pour le premier, je n'ai pas à le présenter à notre public ; dans son « Voyage à Vienne », M. Lermoyez s'est chargé de ce soin ; il l'a fait de telle façon que je n'ai rien à ajouter à son tableau. J'ai donc voulu surtout offrir un résumé de la vie de ce maître, bien persuadé qu'on y trouverait plus d'un enseignement. M. le Professeur Schrötter, auquel je m'étais adressé, s'est trouvé fort embarrassé. Parler de soi n'a jamais été chose commode. Désireux cependant de répondre à mon appel, le professeur de clinique interne de Vienne à bien voulu confier sa tâche à l'un des siens, mieux placé que tout autre pour retracer les diverses étapes de sa carrière. Au début de ces lignes, je tiens donc à remercier M. Schrötter en même temps que le très aimable collaborateur qu'il a eu l'obligeance de me désigner.

I

Quelques esprits amis du paradoxe ont soutenu que la spécialisation était une chose mauvaise en médecine. Malgré lui, le spécialiste arrive à ne s'intéresser qu'à son petit lopin de terre. Sans cesse préoccupé de l'organe, il oublie de voir l'organisme, et fatalement il aboutit à une myopie intellectuelle fâcheuse pour lui toujours, désastreuse pour le malade souvent. Pareil reproche ne saurait être adressé au Professeur de Vienne. Sans doute il



M. le Professeur SCHRÖTTER.



s'est complu particulièrement dans l'étude du larynx, mais ses connaissances en médecine étaient si précises et si étendues que c'est justement une chaire de clinique interne qu'il occupe au moment où l'on fête son Jubilé.

Léopold Pritter Schrötter von Kristelli est né à Graz en 1837. Son père, qui eut sur sa carrière une influence considérable, était un chimiste éminent. C'est à lui notamment que l'on doit la découverte du phosphore amorphe. La France sut particulièrement reconnaître les mérites de cet homme remarquable ; l'Institut lui attribua un de ses prix Montyon, et notre Gouvernement le nomma Chevalier de la Légion d'Honneur.

Après avoir commencé ses études à Graz, Schrötter se rendit au Gymnasium de Vienne ; c'est à l'Université de cette ville qu'il fit toutes ses études médicales. Ce qui l'avait retenu dans la capitale, c'était l'enseignement de Skoda et de Schuh. Reçu docteur en 1861, il devint l'assistant de Sigmund, puis il passa en qualité d'aide à la clinique de Schuh. Dès cette époque sa prédilection le portait vers l'étude de la pathologie interne, dont Skoda et Oppolzer étaient les principaux représentants. Devenu en 1863 l'assistant de Skoda, il passa auprès de ce maître les six meilleures années de sa vie. C'est là qu'il se perfectionna surtout dans notre art ; c'est à Skoda, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, qu'il doit la précision de diagnostic qui devait bientôt le mettre en valeur.

A cette époque, la découverte du laryngoscope avait engagé les jeunes maîtres avides des voies nouvelles à s'intéresser au larynx, Indépendamment de Turck, seul, sans aucun appui, Schrötter commença dès lors à étudier la laryngologie. Il ne délaissa pas pour cela complètement la pathologie interne ; les affections du cœur et du poumon l'occupaient également. Ses premières publications portaient sur l'étude de ces deux organes. Je signalerai ici ses recherches sur la température dans la pneumonie. Un mémoire sur le rétrécissement aortique devait mettre surtout en lumière sa sûreté de diagnostic. Celle-ci était telle qu'un jour, au moment d'une autopsie, il put affirmer à Rokitansky qu'il allait trouver une bride fibreuse dans le ventricule gauche. Le jeune médecin avait diagnostiqué cette lésion, sur le vivant, par une simple auscultation du cœur ; la dissection de cet organe lui donna raison.

En 1866 il publia le résultat de sa première ablation par la voie endolaryngée d'un polype du larynx. Ses connaissances en chirurgie, sa grande habileté de main, l'enhardirent à pratiquer, soit dans le larynx, soit dans la trachée, des interventions qui jusqu'alors étaient regardées comme impossibles. Pendant cette

période, Schrötter fit des leçons très remarquées sur les affections pulmonaires dans leurs rapports avec le pharynx et le larynx. Ces cours étaient suivis non seulement par les étudiants de l'Université, mais encore par un grand nombre d'étrangers.

S'étant ainsi préparé à l'étude du larynx, il était désormais apte à devenir un maitre à son tour. Aussi, à la mort de Turck, ce fut à lui que l'on confia la chaire de laryngologie qui avait été récemment fondée (1869).

Doué d'une puissance de travail et d'une activité extraordinaires, il ne put tout d'abord se résoudre à abandonner complètement l'objet de ses premières recherches. Deux heures par jour il s'occupait de pathologie interne ; le reste du temps était réservé à la spécialité, et malgré une nombreuse clientèle il trouvait encore le loisir de publier quantité de travaux. Les rapports qu'il a écrits sur le mouvement de sa clinique (années 1871 à 1873), ne sont pas, comme on pourrait le croire, de simples observations enregistrées les unes à la suite des autres ainsi que cela arrive parfois, ou encore la constatation de succès thérapeutiques plus ou moins légitimes. Non, on trouve dans ses fascicules la mise en œuvre des matériaux recueillis au jour le jour ; tantôt l'auteur y décrit un instrument nouveau, tantôt la technique à suivre en tel cas donné. C'est de cette période que datent ses recherches sur les sténoses du larynx et de la trachée, sur les troubles de la motilité des cordes vocales.

Je disais tout-à-l'heure que nous sommes tous plus ou moins tributaires de Schrötter. Ce n'était point sans raison. Ce qui le distingue, c'est son ingéniosité à perfectionner sans cesse notre instrumentation. Le premier, il s'est appliqué à déterminer la forme exacte des instruments, leur courbure ; le premier aussi il s'est servi d'instruments flexibles. L'arsenal de dilatateurs laryngiens et trachéaux connus aujourd'hui partout sous le nom de sondes de Schrötter date de cette époque.

Tour à tour on le voit succéder à Oppolzer, puis à son maitre vénéré, Skoda. En 1881, il obtient le « primariat » à l'Hôpital général. Sa renommée a peu à peu grandi ; de toutes les parties du monde des élèves viennent suivre son enseignement. Bien peu ont passé à Vienne sans s'être fait inscrire à sa clinique. C'est ainsi que chaque année il recevait à ses leçons plus de trois cents auditeurs. C'est là un chiffre respectable pour qui connaît la façon dont on comprend l'enseignement dans les Universités autrichiennes.

Je ne peux, bien entendu, citer tous les travaux du maitre. Je note seulement encore son Traitement des kystes à échinocoques,

sa description de la lèpre, ses recherches originales sur le pemphigus du larynx, ainsi que ses travaux sur les périchondrites.

J'ai dit tout-à-l'heure que Schrötter ne s'était pas cantonné exclusivement dans l'étude de l'organe vocal. Je crois l'avoir assez prouvé. Je dois signaler cependant à l'appui de mon assertion ce fait que dans le domaine de l'hygiène il sut être un véritable précurseur. Le premier il a compris l'importance de l'hospitalisation des tuberculeux [1] et l'efficacité, dans cette affection, du traitement climatérique [2]. Si l'on songe à l'époque préhistorique, — qu'on me passe le mot, — où le professeur viennois se préoccupait de ces questions, on reconnaîtra sa perspicacité qui touche ici à la divination. La tuberculose, en effet, était loin d'être bien connue et le public médical se désintéressait presque complètement de toutes ces choses dont la portée capitale n'avait pas encore été mise en lumière par les travaux des bactériologistes.

Enfin on lui doit un Manuel des maladies du larynx, dans lequel je signale le chapitre consacré aux corps étrangers. Nul plus que lui n'eut l'occasion de délivrer ses contemporains d'objets bizarres autant que variés introduits par mégarde dans les voies respiratoires. Ce serait le cas ici de rappeler sa virtuosité ; M. Lermoyez l'a fait bien mieux que moi et je ne saurais résister au plaisir de citer ce qui a trait à ce point particulier.

« Comme spécialiste, dit M. Lermoyez [3], cet homme est hors pair ; il possède au plus haut degré toutes les qualités maîtresses de son art, un diagnostic presque instantané que sa très longue expérience ne laisse pas soupçonner, et une dextérité opératoire telle que c'est à désespérer de pouvoir jamais l'acquérir. Le voir opérer un polype du larynx, c'est presque assister à une séance de prestidigitation. Le malade est assis, déjà cocaïnisé, et attend; la porte s'ouvre; Schrötter, toujours pressé, se précipite, les cheveux en l'air, le miroir frontal sur l'oreille, ce qui accentue son air gouailleur, entraînant derrière lui son troupeau d'élèves ; à peine a-t-on le temps de prendre ses places; lui, toujours debout devant le malade, ramène son miroir sur le front, introduit son laryngoscope, regarde son terrain, mesure ses distances, prend sa pince tubulaire, compte : un, deux, trois, et ramène la tumeur que triomphalement il montre, avec un mot de la fin toujours spirituel : *Meine Herren, ein grosser Kaiserlicher Königlicher Polyp*; et son sourire ajoute : « Ce n'est pas plus difficile que cela ! »

1. Das Kranke Krankenhaus.
2. Skizzen ueber die sanitarische Verhaeltnisse Wiens.
3. Rhinologie, otologie laryngologie, à Vienne, pages 113-114.

En terminant, je rappellerai la consultation que Schrötter fut appelé à donner à celui qui fut l'empereur Frédéric III. Il sut se montrer en cette circonstance le digne représentant de l'Ecole de Vienne à laquelle il se fait gloire d'appartenir. J'aurai tout dit en ce qui a trait à sa renommée en ajoutant qu'on ne manque jamais de l'appeler en consultation toutes les fois qu'il s'agit d'un cas grave exigeant une décision rapide.

En 1893, Schrötter fut nommé professeur ordinaire de médecine; l'année précédente il avait été nommé conseiller de la Cour, titre des plus enviés. Grâce à son influence, et aussi à son énergie, il a su obtenir des pouvoirs publics pour son service une installation dotée de tous les perfectionnements modernes. Son laboratoire est des mieux outillés qui soient. En ces dernières années il s'est particulièrement occupé de l'étude du rhinoscléróme. A l'heure actuelle il met la dernière main à un Traité sur les maladies des vaisseaux.

J'ai montré le savant, et je n'ai que peu de place pour faire voir ce qu'est l'homme; heureusement ici les faits parlent d'eux-mêmes. Ayant, au cours de sa carrière, reçu les confidences de nombre d'étudiants peu fortunés, il a pensé à eux. C'est ainsi qu'on lui doit la création d'un Asile de repos pour les étudiants pauvres ; il a également obtenu pour eux l'installation d'un hôpital dans la Haute-Autriche. Si avant les découvertes bactériologiques il se préoccupait déjà de l'organisation de sanatoria de tuberculeux, ce n'était certes pas pour abandonner son idée quand la contagion de la tuberculose eut été démontrée. C'est sur son initiative que fut fondé l'établissement d'Alland, près de Vienne. Seul il a su trouver les ressources nécessaires pour mener cette œuvre à bien. Enfin, désireux d'être utile à son pays, il s'est ingénié à y fonder des stations climatériques aujourd'hui très fréquentées. Abbazzia, où Billroth aimait à se reposer, Semmering, lui doivent leur prospérité, de même Lussin et Raguse.

Voilà, n'est-il pas vrai, une vie bien remplie. J'ai traduit de mon mieux, sans presque y rien ajouter, les notes que l'on vient de lire. Elles justifient amplement les hommages qu'a reçus de toutes parts M. Schrötter à l'occasion de son Jubilé. Nos lecteurs comprendront que nous ne pouvions rester étrangers à pareille manifestation. D'abord, ainsi qu'on l'a vu, M. Schrötter peut être considéré avec Turck comme un des fondateurs de la laryngologie. Mais il a fait plus, et c'est en cela que sa vie doit nous servir d'exemple : il a su être à la fois un des premiers parmi les spécialistes et un des plus grands parmi les médecins de son pays.

II

M. le professeur Emilio de Rossi est encore de ceux que l'on peut louer sans réserve. Il n'est pas seulement un otologiste éminent, il a encore pour nous cette autre qualité précieuse et rare, d'être un ami sincère de la France.

A l'occasion de son Jubilé, ses élèves et ses amis ont publié un numéro exceptionnel du journal « Archivio ». Les principaux otologistes italiens ont apporté leur collaboration à cette œuvre pieuse. Si nous avons à regretter qu'aucun Français n'y ait trouvé place, du moins nous avons pu y relever les noms de plusieurs Maitres étrangers. Je signalerai entre autres une excellente étude de M. le professeur Politzer sur Fallope; j'aurai l'occasion de vous en entretenir plus tard.

J'ai emprunté les détails qui vont suivre à la biographie qu'a écrite du professeur de Rome un de ses plus chers élèves, notre excellent confrère M. Ferreri. Ce dernier me pardonnera d'avoir si largement puisé dans ses notes. C'est à lui plutôt qu'à moi qu'on devra savoir gré de l'intérêt qu'elles offrent.

Il ne faudrait pas croire que l'esprit de routine soit spécial à certains pays; partout les otologistes ont dû lutter pour se faire leur place au soleil. La ténacité et l'ardeur déployées par Emilio de Rossi seront d'un bon exemple à tous ceux que découragent l'hostilité des uns et l'indifférence des autres.

De Rossi est né à Menton en 1844. Il fit ses études médicales à l'Université de Gênes. Dans cette Italie où l'on retrouve à chaque pas le souvenir d'un effort vers le beau et le vrai, Gênes se singularisait quelque peu. Ce n'est pas dans cette ville de négoce qu'il faut chercher un de ces grands foyers intellectuels qui rayonnèrent sur le monde. Pise, Padoue, Bologne, telles furent les Universités où la médecine brilla d'un éclat incomparable. Il n'est donc point étonnant qu'aussitôt après avoir remporté à Gênes ses premiers succès, de Rossi ait tourné ses regards vers Pise. La Faculté de cette ville fournissait chaque année une bourse pour un voyage à l'étranger. Le jeune docteur l'obtint à la suite d'un brillant concours. Le travail qu'il produisit en cette occasion portait sur les trépanations du crâne. C'est vers Paris que se dirigea le lauréat. Il comptait alors se consacrer à l'ophtalmologie et notre pays lui semblait tout désigné pour ce genre spécial d'études. Il y suivit les cours de Desmarres, Graefe, Giraud-Teulon, de Wecker. Plus d'un vieux confrère se souvient sans doute du brillant Italien aussi assidu aux cours des maitres qu'ar-

dent à prendre sa part des plaisirs du quartier latin. Un an après, il retourne à Gênes.

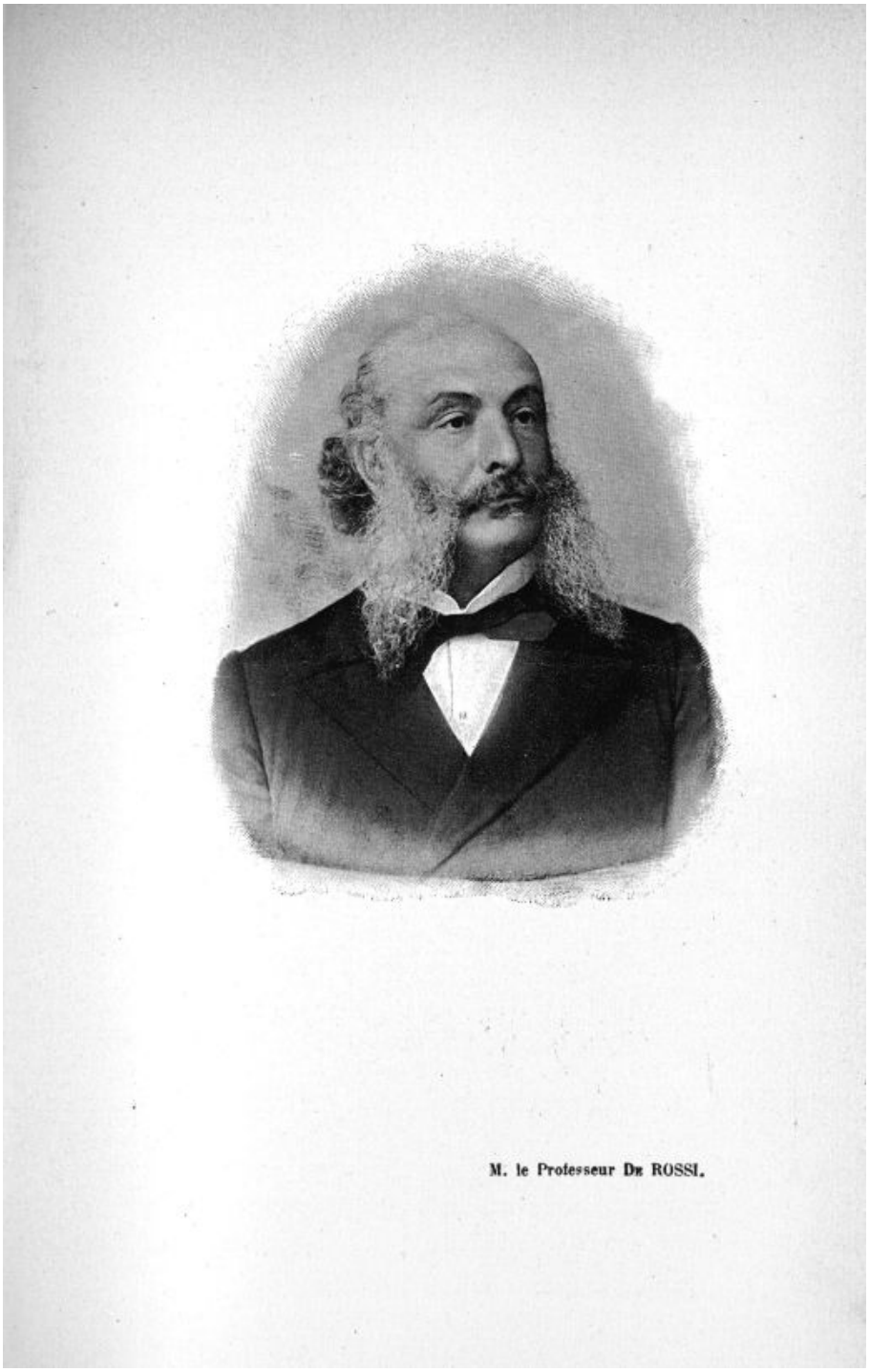
Entre temps, sa vocation s'est définitivement fixée. C'est à l'otologie qu'il consacrera sa vie; il s'y adonne tout entier. Bientôt il publie la première édition de son *Traité des maladies de l'oreille*, maintes fois réimprimé, et qui est resté classique en Italie.

Mais voici que l'unité italienne s'est accomplie. De toutes parts on espère une nouvelle renaissance. Le royaume est à peine fondé que partout des chaires se créent. A de Rossi échut naturellement la chaire d'otologie. Malheureusement on ne fonde pas du jour au lendemain un enseignement nouveau; il faut que les élèves en apprécient l'importance, il faut surtout que le maître ait à sa disposition toutes les ressources nécessaires pour mener son œuvre à bien. Durant six ans le professeur lutta tant qu'il put afin d'obtenir, non pour lui mais pour l'Otologie qu'il représentait, une place convenable. Désespéré d'y arriver jamais, il résolut en 1876 d'abandonner la partie. Lauréat du concours de Pise, c'est à la France qu'il avait songé; c'est encore elle qui l'attire aux heures de désespérance. C'était encore le temps où chacun avait deux pays, « le sien, et puis la France ». Avant de quitter l'Italie il écrivait à un ami cette lettre, qui est, comme le dit très bien M. Ferreri, un véritable testament scientifique :

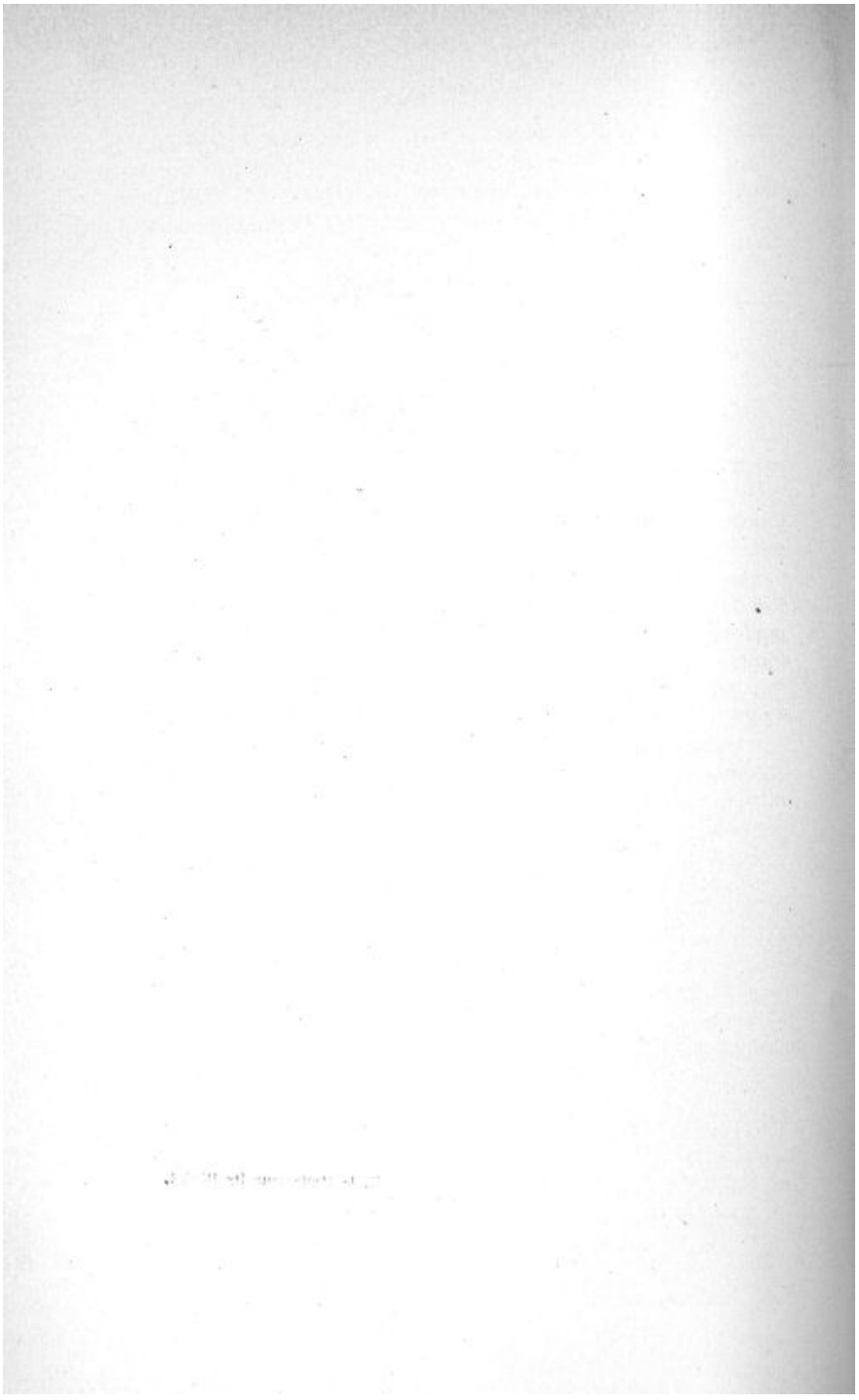
« Je quitte Rome, convaincu que les institutions fondées sur la vérité scientifique comme sur les besoins du temps sont comme le phénix scientifique, elles ne peuvent périr. L'otiatrie née en Italie grâce aux travaux de Valsalva, de Morgagni, de Scarpa, enseignée pour la première fois en 1854 à Bologne par Mercuriale, illustrée de notre temps dans le champ de l'anatomie microscopique et de la physiologie par Corti, avait obtenu un poste qui n'était pas indigne d'elle. Je fais des vœux pour que d'autres, plus méritants que moi, puissent bientôt continuer l'œuvre que j'ai commencée. »

Donc, en 1876, de Rossi quittait Rome pour revenir à Paris faire l'étudiant Broca, Gosselin, Verneuil, Richet, tels furent ses maîtres au cours de cet exil volontaire. Près d'eux l'élève sut trouver la consolation à ses déboires de professeur. Plus tard, lorsqu'il publia ses *Souvenirs des cliniques de Paris*, il eut surtout en vue de rendre hommage aux professeurs et au pays qui l'avaient si favorablement accueilli.

A la vérité, son séjour parmi nous ne fut pas long. Un ministre perspicace, — il en est dans tous les pays, — comprit l'intérêt qu'il y avait de ne point laisser perdre à l'étranger une force



M. le Professeur De ROSSI.



comme celle de de Rossi. Ce ministre le réinstalla dans sa chaire et ainsi fut créée dans l'hôpital de San-Giacomo l'École d'Otologie que le maître ne devait plus jamais quitter.

Les heureuses conséquences de cette juste réparation ne se firent pas attendre. Dès 1878 le professeur pratiquait le premier la désarticulation de l'enclume. Peu après, dans un travail magistral il exposait les résultats de ses recherches sur les polypes naso-pharyngiens. En même temps il préconisait l'électrolyse comme la meilleure méthode de traitement de ces tumeurs. En 1881, le Gouvernement le nommait professeur extraordinaire de clinique otiatrique et professeur libre de laryngologie. En outre, une large subvention lui était fournie pour subvenir à toutes les exigences de son enseignement.

Citer toute l'œuvre de notre confrère m'entrainerait trop loin. Ce qui la caractérise surtout c'est le choix judicieux des procédés thérapeutiques en même temps qu'une ingéniosité extrême dans la création d'instruments nouveaux. Mécanicien très habile, électricien des plus experts, il est peu d'appareils qu'il n'ait su perfectionner. Mais ce n'est pas tout. Il fut surtout remarquable comme chirurgien. D'après lui, dit M. Ferreri, l'otologiste ne doit pas être l'esclave d'une seule méthode opératoire. Comme le soldat sur le champ de bataille, il doit être prêt à faire face sans retard à toutes les nécessités. S'il trouva des instruments ingénieux pour aller jusqu'à l'antre, il ne crut pas nécessaire de fixer aucune technique, estimant, ainsi que je viens de le dire, que chaque cas appelait en quelque sorte un procédé particulier.

Peu à peu sa renommée grandit, et de toutes parts les élèves venaient, attirés par son enseignement. Ses *Leçons sur les maladies du larynx*, recueillies par Marchiafava, obtinrent un réel succès; désormais la victoire lui était acquise. C'est alors que dans son besoin de combativité on le vit paraître dans les principaux Congrès. En 1891 il fut nommé professeur ordinaire. Ce fut là un triomphe, non seulement pour lui, mais encore pour la branche de la science médicale à laquelle il avait consacré sa vie.

S'il ne prit point part à la réunion des otologistes qui se tint à Florence en 1895, du moins il avait pu, durant le Congrès de Rome en 1894, montrer à ses confrères combien sa maison était hospitalière. Tous ceux qui ont été reçus par lui à cette époque ont gardé de son accueil une impression inoubliable. Et ici j'aurais voulu parler de l'homme, du lettré et de l'artiste. Dans cette Rome, si grande et si pleine de souvenirs, il a su grouper autour de lui les œuvres les plus rares des maitres anciens et modernes.

A l'imitation des maîtres de la Renaissance, ses compatriotes, il estime que l'activité humaine ne doit pas se borner à un seul domaine. La peinture, la sculpture, les chefs-d'œuvre littéraires des divers pays, lui sont également familiers. Au milieu de toutes les belles choses qu'il a su recueillir, il mène la vie du sage, entouré des siens, de ses amis et de ses élèves. L'esprit et le charme de sa compagne, qui écrit et parle notre langue en vraie Française, ont fait de sa maison un des endroits de Rome où les délicats aiment à se rencontrer. Le journal « *Archivio* », fondé par lui il y a cinq ans, et dirigé à l'heure actuelle par M. Gradenigo, est un des plus lus de la spécialité.

En résumé, si la lutte fut dure pour M. de Rossi, plus heureux que d'autres il a vécu assez longtemps pour voir le triomphe de ses idées. En terminant ces lignes je me joins à tous nos confrères de l'autre côté des Alpes pour souhaiter au Maître de conserver longtemps encore les brillantes facultés qu'il a consacrées au succès de la chaire d'otologie, de rhinologie et de laryngologie de l'Université de Rome.

F. HELME.

REVUE DE RHINOLOGIE

A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT[1]

Par le Dr Paul RAUGÉ.

Rien ne me laisse indifférent de ce que publie M. Garel. J'ai lu, et je m'en félicite, tout ce qu'il a écrit depuis quinze ans : je ne me souviens pas d'y avoir rencontré quelque chose de médiocre ou seulement de négligeable. Il est, et c'est, je crois, l'éloge le plus précieux qu'on puisse faire d'un écrivain, il est de ceux qui ne prennent la plume que s'ils ont quelque chose à dire, et qui le disent simplement, d'un style à la fois toujours clair et éminemment persuasif. Ce compliment n'a l'air de rien : c'est cependant, je vous prie de le croire, une constatation qui n'est pas ordinaire. En est-il beaucoup d'entre nous, par le temps de fièvre qui court et de production quand même, dont on en pourrait dire autant? Voilà pourquoi M. Garel, encore qu'il soit de la province et n'ait pas énormément publié, est un des laryngologistes de ce temps les plus écoutés et les plus lus. Tous les travaux qu'il a produits font autorité et demeurent, parce que tous, sans exception, sont le fruit, et le fruit toujours mûr, d'une observation très éclairée et d'une large expérience. Voyez la série de ses recherches sur le centre laryngé cortical, ses idées parfaitement neuves sur la dysphagie prolongée comme symptôme de la syphilis ou sur la valeur de l'hypérémie chronique du pharynx en tant que signe révélateur du diabète ou de l'albuminurie ; lisez sa description de l'ictus laryngé, celle du moyen qu'il a signalé pour reconnaître l'empyème du sinus maxillaire (absence de perception lumineuse subjective pendant l'éclairage intra-buccal suivant la méthode de Heryng). Tout cela est très personnel, très séduisant et toujours vrai : il n'est pas un de ces mémoires qui n'ait marqué et qu'on ne cite, pas une de ces idées qui ne soit en train de devenir tout doucement classique.

Aujourd'hui, ce n'est pas simplement une monographie circonscrite que nous donne M. Garel. C'est un ouvrage didactique sur

1. J. GAREL. — *Diagnostic et traitement des maladies du nez* -Rueff, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain (Paris, 1897).

le « *diagnostic et le traitement des maladies du nez* ». Avec beaucoup de modestie, l'auteur nous dit, dès la préface, qu'il n'a pas eu l'intention de faire un traité complet, mais de résumer, pour le praticien, les signes des affections nasales et leurs grandes méthodes de traitement. Assurément le livre n'est pas gros, mais à le voir si plein de choses on comprend bien que son auteur « l'a fait petit pour le mieux faire » et qu'il lui a plu d'enfermer dans ces deux cent cinquante pages l'essence même de son bon sens clinique et le meilleur de son expérience. M. Garel, qui voit très simple et qui décrit fort clairement, était plus apte que personne à présenter au grand public médical une rhinologie aimable, à la montrer assez facile pour donner à chacun l'envie de regarder dans le nez de ses malades, bref à combattre chez les plus indifférents ce que M. Lermoyez appelle avec esprit « l'impopularité » des maladies nasales. Ils ne sont certes pas à plaindre, les praticiens pour qui l'on fait des manuels comme celui-là, et les jeunes gens d'aujourd'hui ont vraiment beau jeu pour tout apprendre. On écrit pour eux des livres charmants où les branches dites spéciales sont émondées à leur usage : les hommes les plus distingués en enlèvent avec soin les épines et ne leur laissent que des fleurs à cueillir.

***

Il n'est pas facile de résumer un livre déjà très condensé et dans lequel, de parti pris, l'auteur n'a voulu introduire que les choses essentielles. Je me bornerai à en esquisser les grandes lignes et à signaler, chemin faisant, ce qui m'a paru le plus original ou le plus pratiquement utile.

Le plan de l'ouvrage est très simple. La première partie comprend les généralités : anatomie et physiologie nasales, rhinoscopie antérieure et postérieure, séméiologie et thérapeutique générales. Dans la seconde section du livre, l'auteur fait défiler devant nous, dans leur ordre topographique, toutes les maladies particulières qui atteignent les fosses nasales, le naso-pharynx ou les sinus : affections inflammatoires aiguës ou chroniques, rhinites infectieuses, tumeurs du nez et du pharynx nasal, maladies des cavités accessoires, névroses d'origine nasale. Il relègue à la fin, dans un chapitre à part, l'épistaxis, les corps étrangers et les parasites.

L'anatomie du nez et du naso-pharynx est rapidement exposée, mais d'une façon si précise que le lecteur le moins préparé pourra s'orienter sans peine dans ces cavités compliquées. La région si importante du méat moyen, la disposition des cornets, la descrip-

tion des cavités accessoires et de leurs orifices, bref tout ce qu'il importe de connaître pour l'examen ou les opérations, est traité avec un soin minutieux et éclairé par des figures très exactes.

La technique de l'exploration nasale fait l'objet du second chapitre Comme source de lumière M. Garel proclame avec raison sa préférence pour l'électricité. Je partage d'autant mieux son avis que j'ai depuis huit ans renoncé, comme lui, à tout autre mode d'éclairage et que rien n'est moins difficile, même pour les deshérités qui sont loin des courants urbains, que d'alimenter une lampe de Clar soit à l'aide d'accumulateurs, soit par une pile au bichromate de soude (piles de Chutaux ou de Millon).

La rhinoscopie antérieure est résumée en quelques formules très nettes : comme instruments, le spéculum de Duplay et la sonde coudée de Creswell Baber. Comme manœuvres, les trois positions de la tête qui montrent successivement tous les points de la cavité : tête droite, tête renversée, tête inclinée en avant. Comme procédé de notation, le diagramme de Creswell Baber permettant d'ajouter à l'observation du malade le schème exact de ses lésions nasales.

Pour la rhinoscopie postérieure, un miroir un peu large, un abaisse-langue de Trousseau dont la spatule est coudée à 120° sur le manche, voilà l'instrumentation ordinaire. Le miroir abaisse-langue de Bruns, le crochet de Voltolini, le releveur de Moritz Schmidt ne trouvent leur application que dans les cas où il s'agit non d'une simple exploration, mais d'une intervention opératoire exigeant la liberté des deux mains : il est visible que l'auteur les signale par politesse, mais qu'il a appris à s'en passer.

Je voudrais pouvoir citer en entier la description de la manœuvre : il est difficile de mieux exprimer la délicatesse de doigté et la légèreté de main qu'il faut pour passer sous le voile du palais et introduire dans le naso-pharynx ce miroir dont le moindre contact provoque un réflexe nauséeux, fait coller le voile contre la paroi pharyngienne, et ferme brusquement la cavité quand on commençait à y voir clair. Notez que la situation est d'autant plus dangereuse que le miroir ne doit pas rester immobile, mais s'incliner de tous côtés pour refléchir l'une après l'autre toutes les parois de la cavité; or, il faut que ces mouvements, pour être tolérés par le pharynx, s'accomplissent avec une précision parfaite; le miroir ne doit rien toucher : « il doit être, pour ainsi dire, suspendu dans le vide, sans prendre de point d'appui sur la muqueuse ».

Avant de décrire les troubles morbides propres à chaque affection, M. Garel jette un coup d'œil sur la séméiologie générale ; isole chaque symptôme pour nous le montrer détaché de l'ensemble qu'est la maladie, et démonte si je puis dire les diverses affections nasales, pour étudier isolément les pièces qui leur sont communes. C'est ainsi qu'il décrit tour à tour : 1° l'obstruction nasale et les troubles fonctionnels ou mécaniques qu'elle entraine, asthme, anémie, perte de l'odorat, surdité, déformation de la cage thoracique, déviation de la colonne vertébrale ; 2° le facies du malade, notamment cette altération décrite par Macdonald chez les enfants qui ne peuvent admettre l'air inspiré par les méats moyen et supérieur, le méat inférieur restant seul perméable. Ce type, qui n'est pas le facies adénoïdien, mais qui lui ressemble, et qu'on confond quelquefois avec lui, est décrit par M. Garel sous le nom de *pseudo-facies adénoïde ;* 3° les altérations des sécrétions nasales, 4° l'épistaxis ; 5° les troubles du goût et de l'odorat ; 6° la sensation de la sècheresse du nez et de la gorge ; 7° la céphalalgie ; 8° la sensation de corps flottant ; 9° la surdité et les bourdonnements ; 10° les lésions de voisinage et notamment les altérations oculaires ; 11° les troubles de la phonation. Ici l'auteur insiste avec raison sur la différence de ces troubles suivant que le résonnateur nasal communique trop ou pas assez avec la cavité buccale. Il s'agit, dans le premier cas, du nasonnement proprement dit. Dans le second au contraire la voix n'est aucunement nasillarde, mais sans expression et sans éclat, parce qu'elle manque de résonnance nasale.

Les troubles nerveux d'origine nasale sont l'objet d'un long paragraphe. Tout en faisant, avec beaucoup de mesure, la part de l'exagération où ont été entraînés dans ce sens, à la suite de Hack de Fribourg, la plupart des auteurs allemands, M. Garel accorde volontiers qu'il est certains troubles réflexes dont la provenance nasale ne saurait être mise en doute : l'éternuement, le cauchemar, l'asthme, la toux, la migraine, les névralgies susorbitaires et occipitales, le gonflement et la rougeur du nez, certains faits d'ictus laryngé, l'aphonie, les troubles oculaires, l'œsophagisme (Joal).

Dans ce chapitre de thérapeutique générale, il est deux questions importantes que la haute compétence de M. Garel lui permettait de juger avec une autorité indiscutable : je parle de l'anesthésie et des applications de l'électricité.

A l'inverse des opérateurs parisiens, qui se servent assez volontiers du chloroforme ou du bromure d'éthyle, M. Garel semble

peu partisan de l'anesthésie générale. Il m'a paru qu'il n'y voyait qu'un luxe le plus souvent inutile ou une concession dangereuse à la sensibilité des mères et qu'il préférait, quand il le pouvait, un simple badigeonnage de cocaïne.

Au point de vue de l'installation électrique, l'auteur est partisan convaincu de l'avantage des accumulateurs. Dans son service d'hôpital il les charge au moyen d'une pile. En faisant usage d'un coupleur qui permet, en collectant les pôles de même nom, de réunir les 6 accumulateurs en quantité, il est possible de charger la batterie avec deux éléments Millon au bichromate de potasse, qui, réunis en tension, fournissent un voltage de quatre volts.

Dans son cabinet, il alimente sa batterie avec le courant de la Compagnie d'électricité, et cela d'une façon fort simple. Il se sert, pour cet usage, de sa lampe de travail, dont le voltage (quatre-vingt-quinze volts) est à dessein très inférieur à celui du courant de l'usine (cent dix volts), ce qui lui permet de disposer des quinze volts de différence pour charger ses accumulateurs sans compromettre son éclairage. Malgré la lenteur de la charge, qui avec une lampe de seize bougies ne se fait qu'à un demi-ampère, au lieu du régime de quatre ampères habituellement employé, on comprendra, sans que j'insiste, la commodité et l'économie de ce procédé de charge qui revient en somme à utiliser l'excédent d'une lampe d'éclairage ordinaire.

Avec une batterie de six accumulateurs, on suffit à tous les besoins en les répartissant au moyen d'un tableau, suivant les nécessités du moment : les quatre premiers éléments (huit volts environ) sont affectés à la lumière et au massage vibratoire. Les deux derniers (quatre volts) servent à alimenter le cautère et la faradisation. Enfin, pour l'électrolyse, qui réclame une douzaine de volts, la batterie totale entre en action.

M. Garel a fait construire une batterie portative également formée de 6 petits accumulateurs et permettant de porter avec soi la lumière et la galvanocaustie.

Pour les simples cautérisations, tous les manches à interrupteur sont bons, pourvu que les contacts soient inoxydables et offrent une large surface. Pour l'anse galvanocaustique, l'auteur est demeuré fidèle au manche de Jacoby. Il considère comme inutiles les manches à rhéostat automatique qui diminuent l'intensité à mesure que l'anse se rétrécit et prétendent conséquemment empêcher la fusion du fil. Cet accident est évité sans peine en procédant avec prudence et en allant par petits coups répétés qui rendent l'incandescence intermittente. D'ailleurs l'humidité des tissus est un rhéostat naturel qui empêche de brûler les fils,

alors même qu'on se contente du vulgaire fil de fer recuit galvanisé : car il n'est nullement indispensable d'employer des fils de platine.

***

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur aborde individuellement la description des différentes affections nasales.

Je passe rapidement sur l'histoire, d'ailleurs abrégée, des inflammations aiguës, que le spécialiste a rarement l'occasion de traiter (coryza aigu, rhinite purulente aiguë, rhinite fibrineuse, diphtérie nasale, affections inflammatoires du nez liées aux maladies aiguës telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, la varicelle, la grippe, la fièvre typhoïde, la morve).

L'étude des rhinites chroniques mérite de nous arrêter davantage. M. Garel a réuni sous ce titre le coryza hypertrophique, le catarrhe nasal postérieur lié ou non à l'hypertrophie de la tonsille pharyngée, enfin l'ozène vrai ou rhinite atrophique.

Le coryza hypertrophique porte tantôt sur le cornet inférieur : c'est la forme habituellement décrite ; tantôt sur le cornet moyen (maladie ethmoïdale). L'obstruction nasale est, dans le premier cas, le phénomène capital et s'accompagne fréquemment de pesanteur de tête et des différents phénomènes réflexes dont nous avons parlé plus haut, surtout d'éternuements, de toux et d'accès d'asthme.

Dans l'hypertrophie du cornet moyen l'obstruction est au contraire peu marquée. Ce qui domine c'est la sécheresse des fosses nasales, l'écoulement des sécrétions du côté du naso-pharynx et la présence de ces mucosités adhérentes qui se dessèchent sur la paroi pharyngée et troublent pendant des années l'existence des malades, alors qu'un traitement approprié peut supprimer en quelques jours les lésions qui causent tous ces désordres.

Qu'elle porte sur le cornet inférieur ou moyen, l'hypertrophie nécessite presque toujours une intervention énergique, et l'emploi du galvanocautère est ici le procédé de choix. Pour le cornet inférieur, on peut parfois se contenter de promener sur sa face interne une série de raies de feu qui, grâce à la cocaïne, ne provoquent pas la moindre douleur. L'hémorragie n'est pas à craindre si l'on a la précaution de ne pas trop pousser la température du cautère. Quand l'hypertrophie est nettement lobulée, on ne doit plus se contenter de simples cautérisations linéaires. Il faut alors réséquer, au moyen de l'anse galvanocaustique, non seulement l'extrémité antérieure du cornet, mais toutes les parties obulées de son bord interne et de sa face inférieure.

Si l'ablation des hypertrophies du cornet inférieur est facile lorsqu'il s'agit de la partie antérieure ou moyenne, il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit de sectionner leur extrémité postérieure. Cette amputation des queues de cornet est décrite de main de maître dans le livre de M. Garel. Lorsqu'on a constaté par la rhinoscopie postérieure, les masses grisâtres et gélatineuses ou les saillies rouges et mûriformes que font, de chaque côté de la cloison et à la partie inférieure des choanes, les queues des cornets hypertrophiées, on badigeonne à la cocaïne la partie antérieure du conduit nasal, sans toucher la partie postérieure. des cornets, dont il faut se garder d'amoindrir la saillie. L'anse, à laquelle on a eu soin de donner une légère courbure, pour lui permettre mieux d'accrocher la saillie, est glissée le long du bord interne du cornet inférieur. Dès qu'on sent que l'instrument perd son point d'appui en arrière, on incline l'anse un peu en dehors, en même temps qu'on la ramène légèrement en avant. On éprouve à ce moment une résistance. Aussitôt on donne un petit coup sur l'interrupteur pour que le fil morde dans les tissus, puis on serre l'anse d'un seul coup. La tumeur est alors solidement saisie, et il n'est plus possible de retirer l'instrument avant de la sectionner. On le fait par petits coups saccadés sur l'interrupteur, en travaillant toujours au rouge sombre : la section faite à blanc entraînerait forcément de l'hémorragie. La section terminée, toute résistance cède, et l'on ramène au bout de l'anse la partie coupée du cornet, à moins qu'elle ne tombe dans le naso-pharynx pour être ensuite rejetée par la bouche. L'hémorragie immédiate est peu abondante, mais il se produit quelquefois une hémorragie secondaire qu'il est bon de prévenir en introduisant après l'opération, un long tampon de coton qui pénétre jusqu'aux choanes et qui doit demeurer quarante-huit heures en place.

L'hypertrophie du cornet moyen exige également une intervention active. S'il s'agit d'une simple dégénérescence myxomateuse, on l'enlève à l'anse galvanique. Mais s'il existe de la suppuration des cellules ethmoïdales il faut réséquer la tête du cornet et ouvrir ensuite les cellules, soit pour donner issue au pus, soit pour enlever les polypes et parfois les petits séquestres que peuvent contenir ces cavités.

Le catarrhe nasal postérieur est une des affections de la gorge avec lesquelles nous nous trouvons le plus souvent aux prises. et chacun connaît les symptômes pénibles par lesquels il se manifeste : accumulation sur la voûte pharyngée de mucosités desséchées et de croûtes qui provoquent, surtout au réveil, des efforts d'expectoration, des nausées et même des vomissements. La paroi

du pharynx est sèche, vernissée « comme si elle avait été frottée avec un linge », tapissée de muco-pus, et parfois de véritables croûtes desséchées. Il arrive assez fréquemment qu'on observe en même temps de la raucité de la voix et qu'on aperçoit sur les cordes vocales des mucosités sèches analogues à celles du pharynx. C'est la vraie laryngite sèche, indépendante du coryza atrophique, et distincte de l'affection autrefois décrite par Luc sous le nom d'ozène trachéal.

Le véritable traitement du catarrhe nasal postérieur consiste dans le badigeonnage de la voûte avec une solution de nitrate d'argent à 1/10e ou de chlorure de zinc à 1/30e. Le galvano-cautère est indiqué dans l'inflammation circonscrite au niveau du recessus médian connu improprement sous le nom de bourse de Luschka. Si l'affection traîne en longueur, il faut en venir au curettage, soit au moyen de la cuiller tranchante, soit avec la curette annulaire destinée aux végétations adénoïdes.

Bien qu'il existe des rhinites atrophiques sans odeur, et que d'autre part la fétidité puisse exister dans les fosses nasales indépendamment de toute atrophie, il est certain que la réunion de ces deux choses, atrophie et fétidité, constitue une maladie spéciale, qui est l'ozène proprement dit : telle est, résumée en quelques mots, la conception doctrinale que M. Garel a de l'ozène vrai, et qu'on ne peut que partager sans réserve. Au point de vue du traitement, il signale, sans scepticisme aucun, les deux méthodes à l'ordre du jour, électrolyse cuprique et injection de sérum antidiphtérique, mais semble, jusqu'à plus ample informé, réserver toute sa confiance à la thérapeutique traditionnelle : grands lavages antiseptiques, insufflations de poudres excitantes, tampons médicamenteux, pulvérisations et badigeonnages.

A la suite des affections précédentes, qui sont absolument locales, M. Garel a réuni dans un chapitre distinct celles qui sont la manifestation des maladies infectieuses.

La syphilis à ses trois périodes peut frapper les fosses nasales. Qu'il s'agisse de l'accident primitif, de l'érythème vermillon propre à la période secondaire, de plaques muqueuses du nez et du pharynx, ou d'infiltrations gommeuses, l'unilatéralité des lésions en est le caractère principal : si l'on y joint les névralgies spontanées, le gonflement de la muqueuse en masse, l'empâtement de la racine du nez, la fétidité des sécrétions, le rejet fréquent de séquestres, les perforations de la cloison et de la voûte palatine, on possède tous les éléments pour assurer le diagnostic.

La tuberculose nasale est une affection rare, dont Cartaz a ramené toutes les formes à deux variétés principales : la forme

pseudo-polypoïde et la forme ulcéreuse. La première est généralement primitive ; la seconde, le plus souvent, complique la tuberculose pulmonaire. La tumeur polypeuse est plus ou moins sessile, grisâtre, irrégulière et bosselée. L'ulcération, le plus souvent unique, siège sur la cloison ou le plancher nasal ; elle est grisâtre, irrégulière, et aboutit très fréquemment à la perforation du septum. Le traitement consiste, en principe, dans le curetage complet, à la curette ou au couteau galvanique, suivi de cautérisations à l'acide lactique et d'insufflations d'iodoforme.

Le lupus des fosses nasales, qui n'est en somme autre chose qu'une lésion tuberculeuse lente à bacilles rares, ne diffère que par sa marche de la tuberculose vraie et réclame à peu près le même traitement.

Je ne fais que signaler en passant les affections exceptionnelles, rhinosclérome, lèpre, morve, actinomycose. Elles sont d'un intérêt trop peu pratique pour que M. Garel s'y soit arrêté longuement.

Le chapitre des tumeurs du nez s'ouvre très naturellement par la description des polypes muqueux. Après avoir soigneusement décrit les symptômes de ces néoplasmes, leur siège habituel dans le méat moyen, la lenteur de leur développement, leur nombre souvent considérable, l'auteur établit la formule de leur traitement. Elle se résume en quelques mots : l'ablation est le seul moyen efficace et le seul instrument d'ablation est le serre-nœud. Quant à la valeur respective de l'anse froide ou de l'anse galvanique, elle dépend des circonstances : chacune a son indication dans les diverses phases de l'opération : l'anse chaude, qui coupe et n'arrache pas, doit servir dans un premier temps pour enlever le plus gros des tumeurs et pour déblayer le terrain. L'anse froide servira ensuite à fouiller dans la cavité pour arracher les tumeurs plus petites et les pédicules des grosses.

Les tumeurs malignes des fosses nasales sont rares. Leurs deux formes habituelles sont le sarcome et le carcinome. Le premier est une maladie des jeunes, le second ne se voit que dans l'âge avancé. La rapidité de développement, la suppuration fétide, les hémorragies spontanées ou au moindre contact du stylet, feront songer à une tumeur de mauvaise nature. Quand l'intervention est justifiée il faut opérer largement. L'abaissement du nez, par la méthode d'Ollier, et même la résection du maxillaire supérieur, sont le plus souvent indispensables pour ouvrir une voie suffisante.

Parmi les tumeurs du pharynx, et après avoir décrit les fibromes, les polypes fibro-muqueux, les enchondromes, les exostoses, les kystes de la voûte et les tumeurs malignes, l'auteur fait

naturellement une place d'honneur à la plus fréquente et à la plus importante en pratique de toutes les néoplasies de la région : j'ai nommé les tumeurs adénoïdes. Je n'insisterai pas sur leur description clinique, qui est présentement connue de tout le monde. Il me suffira d'indiquer les principes du traitement auxquels une longue expérience a amené M. Garel. Il n'admet que deux instruments, la pince et la curette. La pince ne doit être employée que pour les tumeurs volumineuses. La curette suffit dans les cas moyens. L'anesthésie n'est indiquée que dans des circonstances exceptionnelles et l'on peut, avec un peu d'adresse, opérer sans les endormir les enfants les plus indociles. L'hémorragie, si elle se produit, est le plus souvent secondaire et il est rare que l'on soit obligé de faire des irrigations chaudes pour arrêter l'écoulement sanguin aussitôt après l'intervention.

Un court chapitre est consacré à l'affection inflammatoire décrite par Moure et par Helme sous le nom d'adénoïdite. C'est une amygdalite aiguë de la tonsille de Luschka produisant par intermittence des phénomènes d'obstruction qui simulent les végétations adénoïdes. Il importe de bien connaître l'existence de ces poussées pour les laisser s'apaiser d'elles-mêmes et éviter une opération inutile.

Au milieu des méthodes sans nombre conseillées pour le traitement des déviations et des hypertrophies de la cloison nasale, l'auteur n'en admet qu'une seule, l'électrolyse. Il emploie, à l'exemple de Moure, deux aiguilles d'acier implantées dans la cloison et indique, comme la pile la plus pratique, celle au bisulfate de mercure ; douze éléments suffisent largement. Le traitement en général s'achève en une seule séance.

Le chapitre fort important consacré aux affections des cavités accessoires mériterait de nous arrêter longuement. Je ne puis malheureusement que l'effleurer, en indiquant sommairement les règles posées par l'auteur au point de vue thérapeutique.

Dans l'empyème du sinus maxillaire, il affirme résolument sa prédilection pour le lavage par l'orifice naturel. Ce n'est qu'à son corps défendant qu'il a recours à l'ouverture artificielle. Il donne en ce cas la préférence à la ponction par le méat inférieur, qui n'a pas, comme l'ouverture alvéolaire, l'inconvénient d'exiger le sacrifice d'une dent et de créer une fistule buccale nécessitant l'application d'un obturateur.

Si le lavage par l'orifice naturel est la règle pour le sinus maxillaire, on peut presque dire qu'elle est l'exception pour le sinus frontal. Luc vient en effet d'établir que dans les empyèmes frontaux, surtout dans les formes anciennes, il existe presque toujours

des fongosités sur les parois osseuses, et que le procédé de choix consiste à défoncer largement la paroi antérieure du sinus, puis à faire pénétrer un drain dans le canal fronto-nasal.

La suppuration des cellules ethmoïdales nécessite le plus souvent la résection de la tête du cornet moyen. Cela fait, on enlève avec soin les masses polypeuses de la région, puis on attaque directement les cellules, que l'on ouvre le plus largement possible en faisant sauter les cloisons qui les séparent.

Quant à l'empyème du sinus sphénoïdal, il relève le plus souvent du lavage par l'orifice naturel. Si l'on échoue par ce moyen, on doit pratiquer la perforation de la paroi antérieure à l'aide d'une curette tranchante. Si le curettage est nécessaire, on peut le pratiquer sans risques à cause de l'épaisseur de la paroi postéro-supérieure du sinus.

Le chapitre des névroses nasales est presque entièrement consacré à la description du coryza spasmodique. A l'exemple de Molinié, l'auteur rapproche dans un même cadre les deux variétés de l'affection : la rhino-bronchite spasmodique, qui se montre en toute saison, et le rhume des foins proprement dit ou rhinobronchite annuelle, qui n'apparaît qu'au printemps. L'aspect de ces deux affections est identiquement le même. La seule différence entre elles c'est que l'une est déterminée par l'action de causes banales (poudre d'ipéca ou de lycopode, poussières, crin végétal, odeur des fleurs) tandis que l'autre dépend visiblement d'une cause constante qui n'est pas sûrement le pollen des graminées, mais qui est certainement périodique et saisonnière. L'accès de coryza spasmodique est décrit par M. Garel avec une vérité saisissante et forme peut-être la page la plus vécue de son livre : rien n'est oublié dans ce tableau, ni la série d'éternuements sans fin qui annonce le début de la crise, ni l'écoulement nasal intarissable, ni l'injection des conjonctives, ni les démangeaisons du palais, des oreilles et du grand angle de l'œil. En dehors des moyens palliatifs (cocaïne, menthol), le meilleur traitement est, à son avis, celui que conseille Nattier, cautérisation des cornets avec le galvanocautère. Deux ou trois séances espacées de dix jours suffisent ordinairement.

Le livre de M. Garel se clôt sur une importante question de pratique : le traitement de l'épistaxis. En présence d'un nez qui saigne, il faut se poser deux questions : quelle est la source de l'hémorragie et quelle est sa cause probable ? c'est-à-dire que le premier devoir est d'examiner les fosses nasales, le second de faire avec soin « l'inventaire de tous les organes » (foie, cœur, urines, etc.), surtout chez les sujets âgés.

Si l'on constate, comme il est de règle, que le sang vient de la partie antéro-inférieure de la cloison, on s'en rendra très souvent maître par les moyens les plus simples : compression des ailes du nez avec le fixateur de Delstanche, injection de jus de citron, larges irrigations d'eau boriquée glacée ou très chaude, Si ces divers moyens échouent, on fera le tamponnement antérieur en introduisant le long du plancher nasal un tampon de coton de la grosseur du doigt. Ce n'est que dans les cas extrêmes que l'on se résoudra au tamponnement postérieur, pour lequel la sonde de Belloc est avantageusement remplacée soit par une sonde souple en gomme, soit par un fil de fer recuit plié en deux.

LA SPÉCIALITÉ EN PROVINCE

LETTRE DE LYON

L'Oto-rhino-laryngologie a eu la bonne fortune, à Lyon, d'être représentée par deux maîtres de la valeur de Garel et Lannois Comme tous deux sont pourvus d'un service d'hôpital, ils ont élevé plusieurs générations d'internes et d'élèves dans la pratique de la spécialité. Il en résulte que les travaux parus sont nombreux et intéressants et que — alors même qu'ils ne sortent pas tous des services de ces deux maîtres — ils émanent généralement de leurs élèves qui apportent dans les autres services le souvenir et le profit de leurs excellentes leçons.

Aussi sera-ce pour moi une mission assez chargée que d'avoir à tenir les lecteurs des *Archives* au courant des travaux intéressant la spécialité.

Dans le *Lyon Médical* du 31 janvier 1897, Fayolle, interne de M. Garel, publie six nouveaux faits d'*ictus laryngé*, ce qui porte à vingt-neuf les cas publiés par notre maître. Ce sont des observations confirmatives de l'opinion soutenue déjà par Garel et Collet, à savoir que l'ictus laryngé, très différent de l'épilepsie-névrose, est un phénomène nerveux réflexe dû à une excitation périphérique du nerf laryngé supérieur et dont l'étiologie est variable suivant les cas. Les six malades de Fayolle âgés de quarante à cinquante ans ont toujours présenté de la perte de connaissance, jamais de vertige, ni de cri, ni d'émission involontaire d'urine.

Fayolle admet la classification de Moncorgé en ictus laryngés essentiels et symptomatiques. (Ces derniers étant une manifestation d'une maladie des systèmes nerveux, respiratoire, ou digestif ou de la nutrition, avec des subdivisions pour les ictus épileptique, tabétique, albuminurique, glycosurique).

A la Société des Sciences Médicales (décembre 96) M. Perret a présenté un *hystérique aérophagique* de trente et un ans du service de M. Mollière. A l'examen on voit le larynx s'élever brus-

quement comme dans la déglutition normale, mouvement qui s'accompagne de l'entrée bruyante de l'air dans l'œsophage, suivie d'une ou plusieurs éructations.

Le traitement bromuré, le cathétérisme œsophagien n'ont amené aucune amélioration : l'hydrothérapie a paru mieux agir.

Etiévant a publié dans la *Province Médicale* du 6 mars une bonne revue sur les *végétations adénoïdes tuberculeuses*, revue dans laquelle il se rallie aux conclusions de Helme.

Bernoux, interne du professeur Renaut, a présenté à la séance du 3 mars de la *Société des Sciences Médicales* une observation de paralysie laryngée typhique. La dothiénentérie ayant été certifiée par la réaction agglutinante de Widal, apparurent au quinzième jour des troubles vocaux insignifiants, s'accompagnant d'accidents respiratoires graves. L'examen laryngoscopique pratiqué, on diagnostiqua une *paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs* : il existait en même temps une paralysie du voile du palais. La trachéotomie put être évitée. Bernoux admet l'origine bulbaire et non nerveuse périphérique de cette paralysie.

Depuis les dernières publications à leur sujet les *complications endocraniennes des otites* deviennent fréquentes et leur diagnostic exact, sinon toujours posé, est tout au moins fortement discuté.

C'est ainsi que j'ai assisté Jaboulay dans une intervention pour un *abcès cérébral*, parfaitement diagnostiqué et trouvé pendant l'opération. Il s'agissait d'un jeune homme, porteur d'une ancienne otite, ayant vainement réclamé une intervention pour des accidents rapportés à la mastoïde, mais qui cachaient déjà une lésion cérébrale. Il s'agissait d'un tuberculeux qui mourut d'ailleurs. Ce cas, que nous publierons incessamment avec Jaboulay, vient à l'appui des deux opinions que nous avons déjà soutenues : la fréquence des complications endocraniennes d'otites chez les tuberculeux, et le retard constant de l'intervention chirurgicale. Nous croyons en effet que, dans l'état actuel de la question, on n'intervient sur la mastoïde (en dehors des cas aigus) que lorsque des symptomes, qui sont déjà révélateurs d'une lésion cérébrale, céphalée fixe, fièvre, vomissements, etc., forcent la main au médecin.

Trop tard également est intervenu Villard chez un jeune homme, tuberculeux aussi, entré à l'Hôtel-Dieu huit jours après le début des accidents cérébraux et généraux. Chez ce malade que le professeur Lépine fit, dès son entrée, passer dans le service de mon maître M. Poncet, nous pûmes, nous fondant sur la température élevée, l'absence de délire vrai, une intelligence moins

atteinte, plus éveillable que dans les cas d'abcès cérébraux déjà vus, l'exophtalmie, une apparence de cordon jugulaire, faire le diagnostic ferme de *phlébite du sinus latéral* : trépanation mastoïdienne pendant laquelle on ne trouve pas de pus : le sinus latéral apparaît verdâtre ; ouvert, il est rempli par un caillot infecté que l'on poursuit jusqu'à ce que jaillisse, aux environs du pressoir, un jet de sang ; nettoyage ; puis ligature très basse de la jugulaire. Quoique cette ligature ait été faite aussi bas que possible, Villard tombe en plein foyer phlébitique : ouverture de la jugulaire. Après amélioration passagère le malade meurt d'infection purulente (métastases pleuro-pulmonaires). L'autopsie vérifia absolument le diagnostic : il n'existait, en fait de lésions endocraniennes, ni méningite, ni abcès, et les caillots post-opératoires étaient de bonne nature.

Dans la séance de la *Société de Médecine* où il relata ce cas, Villard a insisté sur les points suivants : difficultés du diagnostic, importance d'une circulation veineuse collatérale, au contraire faillibilité du signe du cordon jugulaire dû souvent à la contracture du sterno-cleido-mastoïdien ; rationalisme d'une intervention complète (nettoyage du sinus, ligature de la jugulaire) ; nécessité de se hâter (dans le cas particulier une différence de quelques heures aurait peut-être permis de dépasser en bas l'infection phlébitique et de la limiter là comme elle le fut supérieurement).

Dans le même ordre d'idées M. Lyonnet, médecin des Hôpitaux, a relaté l'histoire d'une malade entrée dans le service de M. Bouveret. Cette femme présentant, lors de son admission, de la fièvre, un état général mauvais, quelques signes au sommet, on avait pensé à de la tuberculose pulmonaire. Au bout de deux jours cependant elle accusait une céphalalgie intense, puis une ophtalmoplégie complète de l'œil gauche. En présence de ces symptômes le diagnostic porté fut celui de méningite tuberculeuse.

A l'autopsie on trouva une couche épaisse de pus verdâtre à la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau ; à la face inférieure il y avait peu de pus. La dure-mère ne présentait pas de lésions : détachée du rocher on ne voyait rien de bien anormal sur l'os, mais en donnant un coup de ciseau à ce niveau on trouvait celui-ci infiltré d'une substance fétide noirâtre. Au sommet gauche quelques lésions tuberculeuses ; reins un peu pâlis ; rien aux autres organes.

Le pus examiné a montré une culture très nette de coli-bacilles.

En somme dans ce cas, où le diagnostic ne fut pas porté à cause de la lésion du poumon (ce qui a empêché, peut-être, de

aire au début une intervention heureuse), il s'agissait d'une *méningite otitique* chez une tuberculeuse.

Je veux enfin signaler une intéressante thèse de M. Nique (inspirée par Collet) sur *les anosmies et en particulier les troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille*. N... insiste sur les difficultés qu'il y a à mesurer les anosmies et surtout les simples hyposmies et dit avec raison qu'il faut évaluer non-seulement l'acuité quantitative, mais aussi qualitative. Il existe des anosmies : congénitales, consécutives à des traumas occipitaux ou frontaux, à certaines lésions cérébrales, névroses, paralysie générale, tabes, syphilis, diabète, infections ou intoxications : les anosmies peuvent être également de cause locale et succéder soit à une lésion de la muqueuse olfactive, soit à un obstacle mécanique de la respiration, soit à l'application de certaines substances médicamenteuses.

Les troubles de l'olfaction sont aussi très fréquents dans les affections auriculaires (plus marqués dans les scléroses que dans les suppurations). Cela démontre l'origine nasale de nombre d'affections auriculaires, et dans quelques cas l'existence d'un trouble trophique dont les accidents auditifs et olfactifs sont l'expression.

A. RIVIÈRE, de Lyon.

VARIÉTÉS

Les Maladies du Nez, de l'Oreille et du Larynx à l'époque de la Renaissance,

Par M. le Dr Ch. Fiessinger, d'Oyonnax,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Gaspard Tagliacozzi était un esprit judicieux. — Il était né en 1546 à Bologne et avait tout de suite pressenti cette vérité : que le nez est l'organe essentiel de l'homme. Les livres saints en témoignent et les poètes aussi. Par le nez on respire et par lui se déchargent les humeurs du cerveau. Ce sont les odeurs dont les femmes se parfument qui éveillent l'appétit vénérien, car le mouvement qui porte à la procréation descend de la tête, et c'est au nez qu'il prend racine.

Entre les diverses infortunes auxquelles est exposé l'homme, il n'en est pas de plus lamentable que celle de perdre son nez. Cet appendice est destiné à orner le visage, et non à offrir une prise naturelle aux estocades. Or, cette incommodité lui advenait souvent au XVIe siècle. Proéminent par conformation anatomique, le nez souffrait plus qu'aucune partie du corps de cette exposition avancée aux effets des rixes et batailles. Il ne fallait pas une profonde entaille pour le jeter à bas, et plus d'un pauvre diable, le combat fini, ramassait, avec son casque tombé à terre, son nez sanglant qui gisait à côté.

Or, un homme sans nez fait le vide autour de lui. Ses semblables l'évitent et il n'inspire plus de sentiment passionnel aux femmes. Il est comme un paria et l'horreur l'environne. Heureusement que Gaspard Tagliacozzi intervient. Il se charge de faire rentrer dans l'humanité ce visage hideux dont deux trous béants rappellent la place des narines. Par vocation, il est restaurateur des nez, comme Michel-Ange est sculpteur.

Très artistement, il découpe en forme appropriée un lambeau dans la peau du bras, a soin de ne pas le détacher complètement, se contente de le soulever et d'appliquer la partie libre au lieu de l'appendice nasal disparu. Rhinoplastie par méthode italienne, enseignent nos classiques. Elle venait, cette méthode, de Sicile où elle était pratiquée vers le milieu du XVe siècle par la famille

Branca; de Sicile elle avait passé en Calabre où une autre famille l'exerça : et c'est de la Calabre qu'elle s'implanta à Bologne, grâce au génie bienfaisant de Gaspard Tagliacozzi. Le nombre de mutilations nasales qu'il répara, il est diffile de l'évaluer; aussi la reconnaissance de ses contemporains lui fut-elle dispensée avec pompe. A sa mort, ils lui élevèrent une statue dans l'amphithéâtre d'anatomie de Bologne. Gaspard Tagliacozzi y est représenté tout à fait majestueux. Il étend sa main droite d'un geste noble et magnifique, et dans la paume grande ouverte, soutient un nez de forme grecque, pareil à ceux qu'il raccoutrait.

Gaspard Tagliacozzi disparu, son art déclina. Les chirurgiens qui lui succèdèrent ne connurent plus cette dextérité opératoire qui amenait la cicatrisation du vingtième au quarantième jour. L'opération est longue, dangereuse, pénible, proclame Fabrice d'Acquapendente; la cicatrisation tardait souvent plusieurs mois. Et puis il y avait d'autres inconvénients encore : le nez rajusté devenait bleu sous l'action du froid; c'est Fabrice de Hilden qui nous confie la chose. Qui pis est, non seulement le nez prenait des tons d'indigo, mais ses attaches demeuraient incertaines. Il tombait communément dans les doigts qui le mouchaient, surtout quand la personne qui avait fourni le lambeau autoplastique venait à succomber. Un semblable contre-temps, j'entends la mort du bonhomme, rendait l'accident inévitable. Le nez s'effondrait avec l'individu au bras duquel il était emprunté. Van Helmont nous conte un tel fait : il s'agit d'un client de Tagliacozzi même. — Donc pas moyen de douter de l'histoire. — Ajouter que ce client de Tagliacozzi était bourgeois de Bruxelles, est fait pour annéantir les objections des plus sceptiques. Or, ce bourgeois avait un nez fabriqué avec le bras d'un portefaix; c'était à Bologne. Il rentre à Bruxelles et treize mois plus tard, le jour même et à la minute où le portefaix mourait à Bologne, le bourgeois de Bruxelles vit son nez dégringoler sur le plancher de sa chambre. Campanella et d'autres auteurs relatent des aventures toutes pareilles. Nos contemporains ne se doutaient pas que le nez d'un notaire d'Edmond About avait son fondement scientifique dans les annales chirurgicales du XVI[e] siècle.

Quand, après cela, le juriste Paul Zacchias estime qu'il est permis — la douleur de l'opération n'est-elle pas une punition par elle-même? — qu'il est permis de refaire un nez chirurgical au malfaiteur que le bourreau a privé de son nez naturel, nous n'avons rien à reprendre à cette décision. Un homme qui s'égare dans les voies scélérates, mérite deux punitions plutôt qu'une. Le bourreau se charge de la première : il coupe le nez. Le chi-

rurgien veille à la seconde. Il raccoutre le morceau par la méthode de Tagliacozzi.

Celui-ci ne travaillait pas que sur les nez. Entre temps il s'occupait des oreilles : il replaçait les oreilles comme les nez. C'est dans la peau du cou qu'il taillait alors le lambeau autoplastique. Seulement il opérait sans enthousiasme. L'oreille ne vaut pas le nez. Elle ne l'atteint pas en dignité fonctionnelle. Elle ne le surpasse que par le nombre de maladies dont elle est le siège.

Déjà Hippocrate s'en était occupé. Il décrit les accidents cérébraux, suites d'otite.

« On sent des douleurs, dit-il, tout autour de la tête ; si on s'agite, on vomit de la bile. On a quelquefois de la peine à uriner et des délires. On meurt quelquefois dans sept jours ; si on les passe, c'est à la fin du septième et du onzième. S'il arrive qu'il se fasse un écoulement par les oreilles, on est sauvé. »

Comme traitement, Hippocrate recommande des éponges d'eau chaude sur la tête, de l'hydromel comme boisson, pur ou coupé d'eau blanchie avec de la farine.

Quand l'écoulement des matières par les oreilles s'est établi, que la fièvre a quitté et que les douleurs se sont calmées, on lave les oreilles avec de l'eau pure et on y applique une éponge imbue de miel. Si la partie ne se dessèche pas par ce moyen, on use de topiques pulvérulents : fleur d'argent, sandaraque, céruse, parties égales, réduites en poudre impalpable et poussées dans le conduit de l'oreille. L'oreille desséchée devient dure d'ouïe ; on y remédie au moyen de fumigations humides.

Au XVI[e] siècle, Félix Plater, qui avait un étonnement et une conviction — il s'étonnait qu'un mot sorti d'une bouche pût entrer dans mille oreilles et croyait à la possession par le diable, — le bon Félix Plater décrit un tas de maladies de l'oreille : la douleur, le prurit, l'intempérie chaude, cause du prurit, l'intempérie froide, cause de la douleur, l'irritation, l'inflammation, cause de la douleur, les blessures, les abcès, les ulcères, etc. C'est très minutieusement que le traitement s'inspire de ces données pathogéniques. La douleur qui suit l'intempérie chaude sera calmée par les réfrigérants, la douleur qui suit l'intempérie froide recevra le secours des échauffants la douleur qui suit l'inflammation sera combattue par les décongestionnants. L'intempérie chaude s'annonce par les douleurs de la fièvre, l'intempérie froide succède à l'entrée d'air froid dans les oreilles; la première est traitée par les saignées, scarifications, ventouses, applications de sangsues, et l'introduction dans le conduit auditif du spécifique que voici : Chair de loir broyée et cuite avec du miel. Le lait tiède, des

émulsions, où des mucilages de semences de psyllium sont incorporés à des œufs et de l'huile d'amandes, réussissent également. Dans l'intempérie froide on utilisera les fonctions stimulantes, les instillations d'huiles échauffantes : camomille, mélilot, aneth. En cas d'ulcère et d'abcès, on fera intervenir l'onguent Egyptiac mêlé au miel, le sucre candi en poudre, le miel dissous dans le lait ou une décoction d'orge. Toutes ces drogues nettoient le conduit. Il faut ensuite le sécher. Des décoctions d'aristoloche et de noix de Galle, une décoction de limaille de fer pulvérisée dans un mélange de vin et de vinaigre donneront le résultat cherché.

Qu'on ne s'imagine pas que nous épuisons la liste des remèdes proposés. Félix Plater est un thérapeute avant tout. Il ne croit pas, comme Hippocrate, qu'il faut ruser avec les douleurs d'oreille, n'a qu'à demi confiance dans le procédé du père de la médecine : « Faire deux choses, s'entourer le doigt de coton et d'autre part, verser de la graisse chaude dans l'oreille. Puis attention ! Introduire le morceau de coton, le retirer aussitôt et le jeter incontinent au feu pour enlever la douleur avec sa sortie, et la faire flamber avec lui .» Non, Félix Plater n'est pas si crédule : il respecte Hippocrate sans doute, mais il aligne aussi des formules copieuses.

A côté de la douleur d'oreille et de ses variétés décrites par Plater, voici maintenant la surdité. On est encore loin de l'époque de Valsalva. On ignore que la surdité provient parfois de l'obturation des trompes d'Eustache. Seulement à quoi bon s'émouvoir de cette ignorance ? On sait que l'on est sourd et cela suffit. Grégoire Horst, surnommé l'Esculape de l'Allemagne, et représenté dans ses portraits, une branche d'olivier à une main et de l'autre s'appuyant à la poignée d'une épée, Grégoire Horst est très réputé comme spécialiste contre la surdité. Il prescrit : pulpe de coloquinte, un scrupule, huile de castoréum, une-demi once, faire cuire dans une-demi once de vin blanc jusqu'à évaporation de celui-ci, à instiller par gouttes dans l'oreille. Et cela est plus efficace que le cornet acoustique qui du reste n'était pas inventé. Antoine Nueck en parle pour la première fois à la fin du XVII[e] siècle.

La surdité peut être due à un corps étranger de l'oreille et c'est la plus facile à guérir. Jadis Celse avait proposé, pour extraire le corps du délit, l'usage d'un dilatateur par lequel on introduisait un crochet mousse enduit de poix. L'opération était bien compliquée. Il fallait un remède plus pratique. Ce fut l'honneur d'Archigène de l'avoir découvert. Un noyau de cerise a pénétré dans l'oreille ; comment s'en débarrasser ? Il faut sauter à cloche-pied, affirme le maître. Le noyau de cerise ne peut manquer

de sortir. Pas toujours, proteste Donati, médecin italien du XVI^e siècle. On a beau sauter à cloche-pied, le noyau de cerise tient ferme. Il demeure rebelle à tous les moyens d'extraction. Alors quoi ? Mieux vaut attendre : par des injections tièdes, on lubréfiera le noyau, et tout doucement un cerisier se mettra à pousser dans le conduit auditif. A ce moment le chirurgien aura besoin de toute son agilité manuelle : car il s'agira de tirer sur le germe éclos, sans l'arracher et de façon à dégager avec lui le noyau qui lui est adhérent.

Fabrice de Hilden estime qu'un cerisier pousse malaisément dans l'oreille. Il a imaginé autre chose. Il introduit dans le conduit auditif un instrument très perfectionné : un tube creux; dans ce tube qui forme gaine, un second tube à extrémité dentée et dans ce tube denté, une troisième tige sous forme de foret qui tourne en sens opposé des dents du second tube. L'instrument excita l'admiration des contemporains. Mais il ne l'utilisaient guère. Il faut être trop adroit pour s'en servir, gémissaient-ils, et ils enviaient le doigté chirurgical de Fabrice de Hilden.

Quand le corps étranger est vivant, le chirurgien en a raison à moins de frais. On retire les vers en plaçant un morceau de pomme reinette à l'entrée du conduit. Une puce a-t-elle pénétré? On l'attire au dehors en lui offrant l'appât d'un pinceau fait avec des poils de chien. Pour éviter toute revendication de priorité au sujet de ce dernier procédé, nous en indiquons tout de suite l'auteur. Il s'appelait Verduc ; mais vivant à la fin du XVII^e siècle, il n'appartient plus à la Renaissance.

Avicenne non plus, car il exerçait au X^e siècle; néanmoins il est le premier qui ait mentionné l'obturation du conduit auditif par le cérumen endurci; il recommandait l'instillation d'huile d'amandes douces en pareil cas.

Outre les corps étrangers, il est d'autre maladies de l'oreille bien désagréables ; d'abord le bourdonnement. Il guérit vite. Introduisez dans le conduit auditif une canule d'argent doré : elle absorbe l'air qui cause le bruit insolite. Le malade sera débarrassé de son bourdonnement (Reusner).

Il y a encore les atrésies et les polypes. Fabrice d'Aquapendente traitait les atrésies profondes avec les caustiques — vinaigre et acide sulfurique — mais conseillait de ne pas trop en prolonger l'usage, crainte d'attaquer le tympan.

Contre les polypes, Jean de Vigo recommandait les pinces, le fer rouge, les ligatures, les caustiques. Aranzi préférait s'en tenir à un onguent recommandé par Galien. Le précipité rouge en figurait le principe actif.

Et maintenant le larynx. Au rebours du nez et des oreilles, c'était un organe un peu sacrifié et les vieux traités de pathologie n'en parlent guère.

Amatus Lusitanus nous parle d'une femme syphilitique qui fut atteinte de raucité de la voix.

Laryngite syphilitique sans doute. L'auteur croit à une corrosion des nerfs récurrents par l'usage abusif du sublimé.

En 1576, Baillou décrit le croup et parle des membranes qui tapissent la trachée-artère.

Mais tout cela, c'est bien rare. La grande maladie du larynx c'est l'enrouement et celui-ci fait partie du catarrhe. Léonhard Fuchs le démontre en termes péremptoires en 1539.

On appelle catarrhe, enseigne notre homme — il était professeur à Tubingue — on appelle catarrhe, les flux qui partis de la tête s'écoulent en dehors par des organes divers. On en distingue trois sortes. 1° Le catarrhe proprement dit où l'humeur descend vers la bouche et la gorge. 2° Le coryza qui sort par les narines. 3° L'enrouement qui tient à l'humeur filtrée à travers la trachée-artère. Dans toutes ces maladies on évitera les aliments qui transmettent des vapeurs au cerveau : ail, moutarde, raifort, oignons, car le cerveau étant l'organe où se prépare le catarrhe, il est tout indiqué qu'on n'irrite pas intempestivement le siège primitif du mal. Pour guérir la laryngite on s'attaquera à la tête par toutes sortes de frictions d'huiles échauffantes et subtiles, et la thérapeutique ainsi instituée sera pathogénique au premier chef. Elle était prudente en même temps.

Dans les cas de croup, pratiquer la trachéotomie ne faisait guère l'affaire de nos pères. Asclepiade et Anthyllus avaient ouvert le larynx chez les anciens. Mais à la Renaissance leur témérité n'était plus suivie. Baillou conseille l'ouverture du larynx quand tout a échoué dans l'angine; seulement il ne met pas son précepte en pratique et il faut arriver vers la fin du XVI[e] siècle à un chirurgien du nom de Santorio pour que l'opération soit exécutée à l'aide d'un trocart, la canule étant laissée dans la trachée.

Que nous sommes loin de l'enthousiasme pour les rhinoplasties! C'est que le larynx mieux à l'abri des morsures et entailles n'était pas si souvent blessé que le nez, et l'eût-il été que tout le génie de Tagliacozzi n'eût pas suffi à reconstituer un larynx nouveau. C'est un peu compliqué de structure, un larynx, et puis ceux qui l'avaient perdu ne venaient pas réclamer souvent les services de notre habile homme. Ils avaient l'impertinence de mourir sur le champ.

NOTES DE LECTURE

La thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, par le Dr LERMOYEZ, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine ; deux volumes, chez Doin, éditeur, Paris, 1896.

Je viens bien tard pour parler du livre de M. Lermoyez. Je regretterais davantage les circonstances qui m'avaient empêché de rédiger ces notes si le succès de l'ouvrage ne me mettait pas tout-à-fait à mon aise pour en dire, après tous, le bien que j'en pense. C'est qu'en effet je suis un peu juge et partie en l'affaire, non que j'aie en rien collaboré avec l'auteur, mais son œuvre, je l'ai vue s'élaborer. Dans la pratique journalière j'ai suivi pas à pas les faits cliniques qui fournissaient matière à chacun des chapitres. Aussi, mieux que tout autre, je peux faire ressortir ce qu'il y a de soin et de probité dans cet opuscule aux allures modestes et vulgarisatrices qui est en réalité un code complet de la technique du rhinologiste.

Au moment où la rhinologie et l'otologie, s'écartant de la voie du début, se rapprochent de plus en plus de la chirurgie proprement dite, il n'était pas inutile de rappeler que si nous devons nous plier dans certains cas aux règles opératoires de la grande chirurgie, nous devons aussi nous souvenir avant tout que nous sommes spécialistes. Comme tels, nous sommes dans l'obligation d'user surtout des voies naturelles. Or, cette condition, qui est après tout notre seule raison d'être, nécessite des règles bien déterminées : la technique est tout dans notre art. Pour une trépanation de la mastoïde ou une ouverture du sinus frontal, combien d'opérations plus modestes, d'examens plus délicats n'aurons-nous pas à faire chaque jour ! Et il s'est bon de savoir manier à l'occasion la gouge et le maillet, il n'est pas moins utile de savoir bien explorer un nez avec méthode, de pratiquer dans les règles la résection d'une épine ou d'une crête osseuse de la cloison. C'est sur les détails, sur notre dextérité, sur notre façon journalière de procéder, que les praticiens et les malades nous jugeront surtout.

C'est donc le côté technique que je voudrais louer d'abord dans

le livre de M. Lermoyez. Là, rien n'est laissé au hasard. L'instrument approprié à chaque cas, la position à donner au patient, tout cela est exposé en une langue dont la concision n'exclut pas l'élégance. On trouvera, à propos de chaque exploration ou opération, non-seulement ce qu'il faut faire, mais encore ce qu'il ne faut pas faire. Les fautes habituelles sont prévues; quelques lignes de commentaires indiquent avec soin la façon de n'y pas tomber.

Pour l'éclairage, M. Lermoyez est, bien entendu, partisan de l'électricité, et le miroir qu'il préconise est naturellement le miroir de Clar. Le seul inconvénient de l'électricité, c'est que qui s'en est servi revient difficilement aux modes d'éclairage ordinaires. Il est vrai qu'aujourd'hui, avec les accumulateurs dont nous disposons, ont peut toujours emporter chez les malades des appareils électriques suffisants.

Le nez, le larynx, et surtout l'oreille comptent parmi les régions les plus sensibles du corps. Ne pas faire souffrir les malades, tel était le problème qui s'imposait aux spécialistes. Ceux qui ont connu la spécialité avant la cocaïne pourront vous dire tous les progrès que nous devons à ce simple détail de la cocaïnisation. M. Lermoyez est franchement partisan des anesthésiques,

Glissant rapidement sur la chloroformisation, et surtout sur l'éthérisation qui n'est guère utilisable en laryngologie, il s'étend plus longuement sur le bromure d'éthyle. Peut-être insiste-t-il trop sur le mode de conservation de cet agent. Avant que son nsage fût très répandu on n'avait pas des produits aussi purs que ceux d'aujourd'hui. En outre, on savait mal le conserver. C'était là un gros inconvénient pour les confrères éloignés des grands centres. Aujourd'hui on sait que le médicament, renfermé dans des ampoules teintées sceilées à la lampe, peut se conserver des mois. J'ai eu l'occasion d'utiliser ainsi des flacons qui avaient plus de huit mois de préparation ; leur action était aussi efficace et aussi sûre que si le corps eût été préparé de la veille.

Pour le mode d'administration, je crois devoir signaler une remarque de Malherbe, qui a peut-être passé inaperçue et dont j'ai pu vérifier toute la justesse. Lorsqu'on applique le masque il se produit au bout de quelques secondes une sorte de période asphyxique. A ce moment, on maintient plus solidement le patient et l'on continue à fixer solidement l'appareil sur la bouche et le nez. On se trouverait bien, je crois, de suivre le conseil de notre confrère, et à ce moment d'éloigner pendant quelques secondes le masque du visage pour le réappliquer ensuite. En procédant ainsi j'ai remarqué que l'agitation était moins grande, le sommeil s'obtenait mieux, et le réveil était plus calme.

Faut-il limiter l'administration du bromure d'éthyle aux malades au dessous de 16 ans ? Cela est peut-être trop absolu. Avec Luc j'ai vu de grands garçons de 18 ans, forts et vigoureux, se trouver très bien de la narcose bromethylique et chez lesquels j'aurais cru préférable l'emploi du chloroforme.

La cocaïne fait l'objet d'un paragraphe spécial. M. Lermoyez insiste avec beaucoup de raison sur l'emploi des solutions fraîches, mais où son conseil est surtout excellent c'est lorsqu'il recommande de bien se rendre compte des doses à employer et de les proportionner à l'effet désiré. Quand on est bien sûr de sa dose on ne se hâtera pas de voir un accident cocaïnique là où souvent il n'y a qu'un incident dû à la pusillanimité du malade ou à son état nerveux — chez les hystériques par exemple.

Ce qui a trait au cocaïnisme chronique est profondément vrai. Récemment la *Médecine Moderne* montrait à quel point la cocaïnomanie sévit en Amérique. Elle n'est pas aussi répandue chez nous, mais combien trop fréquemment encore on la voit encouragée par le médecin lui-même, et cela sans qu'il s'en rende compte. J'ai vu déjà quelques confrères atteints de cocaïnomanie ! l'un deux s'est suicidé ; un autre était arrivé à la dose journalière de 1 gr. 50. Tous étaient cocaïnomanes de par la rhinologie. Il y a là un danger plus grand que nous ne le croyons ; celui qui apprend à un client à se servir de la seringue de Pravaz pour se faire des injections de morphine peut, par le temps qui court, se voir reprocher sévèrement son imprudence. Combien plus simple et plus facile est le badigeonnage du nez avec un tampon, et par cela même ne devons-nous pas être d'une prudence extrême ? La règle devrait donc être de ne jamais confier l'application de la cocaïne à aucun de nos malades. Je le répète, M. Lermoyez a bien fait de dire avec Stickler : « Beware of cocaïne ! »

De l'antisepsie et de l'asepsie, je ne dirai rien, ces méthodes étant aujourd'hui archi-connues de chacun de nous. Pourtant on semble parfois confondre encore les termes d'asepsie et d'antisepsie, tant il est vrai que rien n'est simple en ce monde. Il y a deux ans, au Congrès de Florence, il y eut à ce propos une discussion un peu confuse sur les deux procédés ; loin de s'exclure, ils se complètent l'un par l'autre. Dans ces notes sans prétention je me permettrai, pour expliquer ma pensée, une comparaison un peu terre-à-terre. Je dirai qu'on peut supposer un être humain ayant élevé sa tente dans un endroit peuplé de bêtes féroces. Son premier soin sera de les empêcher d'arriver jusqu'à lui : cela, c'est l'asepsie. Mais si l'ennemi a fait irruption dans son logis il devra alors s'armer pour le combattre ; ceci est l'anti-

sepsie. Enfin, continuant cette comparaison pour laquelle je ne saurais trop demander l'indulgence, si l'homme n'est pas arrivé à détruire l'envahisseur, il pourra, s'il en a le loisir, chercher à domestiquer ces êtres qui le menaçaient : et c'est la sérothérapie.

Donc, quand on a une opération à pratiquer dans un nez non infecté, queues de cornets, cloison, etc., l'asepsie seule suffit.

Lorsque le nez est infecté, asepsie des instruments, antisepsie de la région.

Le chapitre de l'électricité qui succède est un des mieux venus du livre ; il fallait un certain courage pour l'entreprendre. D'abord le sujet est fort ardu. Ensuite, à se montrer trop savant on risquait de rester obscur ; à être trop schématique on pouvait craindre de ne pas présenter les faits avec toute la rigueur nécessaire. L'auteur a su louvoyer entre ces deux écueils avec une rare adresse. Rien n'est omis de ce qui nous intéresse ; les formules sont présentées et surtout commentées de telle façon qu'on peut en quelques pages se remettre en mémoire des notions devenues confuses avec le temps.

* * *

Suivant un plan en usage dans les Traités allemands, M. Lermoyez a voulu, avant de parler de chaque affection, exposer tout d'abord dans une première partie de son livre l'ensemble des méthodes d'exploration et de traitement usitées en rhinologie. Ce procédé a l'avantage d'éviter les redites. Il ne reste plus, chemin faisant, qu'à noter les modifications de détail nécessitées par chaque cas. Donc, après les généralités, éclairage, anesthésie, antisepsie, etc., M. Lermoyez aborde la technique et la thérapeutique générale. Ici tout serait à citer, mais ces pages étant aujourd'hui connues je n'ai plus besoin de m'y attarder. Tout au plus ferai-je remarquer que l'auteur est peut-être un peu sévère pour les irrigations nasales. Récemment encore il écrivait cette formule : Coryza aigu × lavages du nez = otite moyenne aiguë. Cela est à la fois exact et exagéré. Sans doute, le praticien qui dit au malade : Faites des lavages du nez, sans autre indication, risque fort de provoquer des accidents. Mais un lavage bien fait, pratiqué par nous-mêmes, ne me paraît pas bien dangereux. Si les microbes fusaient avec tant de facilité dans les trompes, les gens atteints de coryza se mouchant beaucoup, il n'y aurait jamais de coryza sans otite. Et ce n'est pas ce qui a lieu. On peut donc user des lavages du nez ; l'important est que cette

petite opération soit conduite suivant toutes les règles prescrites par l'auteur lui-même.

Dans le chapitres des opérations je retiendrai ce qui a trait aux synéchies. Nous avons eu dans la spécialité la période de cautérisation des granulations pharyngées. Ce procédé, un peu vieillot et délaissé, a été remplacé avec avantage dans la pratique de beaucoup de médecins par la cautérisation des cornets. Un malade respire-t-il mal par la nez ? Vite une raie au galvano sur le cornet inférieur, et voilà l'obstruction disparue. C'est sans doute à la vulgarisation de ce traitement simple en apparence, que l'on doit de voir à nos consultations les synéchies d'origine chirurgicale (?). Tout le monde a pu en observer. C'est là, je ne le nie point, une complication opératoire qu'il est assez facile de guérir. Ne vaudrait-il pas mieux cependant la prévenir ? On ne saurait donc trop recommander à ceux d'entre nous qui écrivent pour la généralité des confrères d'avoir soin de mentionner dans leurs articles de thérapeutique qu'on ne doit aller cautériser un nez que quand on est bien sûr de savoir ce qu'on fait. Ceci peut paraître oiseux et j'avoue que je ne m'y serais point arrêté si la fréquence des synéchies ne justifiait ma remarque.

A noter encore dans cette partie consacrée aux considérations générales toutes les recommandations qui ont trait à l'examen des enfants. Pour eux, mieux vaut douceur que violence. Ceux qui ont eu la bonne fortune de suivre la pratique de ce maître éminent qui s'appelle Moritz Schmidt vous diront quelle patience, quelle délicatesse de touche il faut apporter à l'exploration du nez des petits malades. Ce sont là de menus faits, direz-vous. Hé ! sans doute ; mais dans la clientèle ce sont ces détails qui nous feront bien ou maljuger. M. Lermoyer a donc rendu service en rappelant qu'on pouvait, bien qu'au premier abord cela paraisse difficile, remplir ici les trois conditions résumées dans le vieux proverbe : *Cito*, *tuto*, *jucunde*.

Parlant des soins post-opératoires, l'auteur remet sur le tapis la question du tamponnement. Faut-il ou non tamponner après une intervention ? Hippocrate dit oui, Galien dit non. A l'heure actuelle nous paraissons vouloir réduire le plus possible la durée du tamponnement. On met une bande en place après l'opération quand l'hémorragie est à craindre ou si, ayant opéré le malade dans le cabinet, la saison est froide, et l'on enlève l'appareil définitivement au bout de vingt-quatre heures, pour lui substituer des insufflations de poudre antiseptique. Donc le courant est encore au tamponnement, mais on le restreint au strict minimum de temps nécessaire.

* * *

La troisième partie du livre est consacrée à la thérapeutique spéciale. A propos de l'épistaxis, je ferai remarquer la difficulté que l'on a parfois à enlever les tampons desséchés. Un moyen bien simple de les ramollir consiste à se servir d'une seringue de Pravaz. Avec l'aiguille de celle-ci l'on injecte dans l'intérieur du tampon un peu de solution antiseptique. Lorsque le tampon est ainsi imbibé de liquide on peut le détacher aisément sans risquer d'érailler la cloison.

A propos de l'hydrorrhée nasale, l'auteur préconise un traitement dont j'ai été à même souvent de vérifier l'efficacité. Partant de ce principe qu'il s'agit là le plus souvent d'un trouble sous la dépendance du grand sympathique, il a formulé la potion suivante que le malade doit prendre. à chacun des deux principaux repas, par cuillerée à soupe ;

Sulfate neutre d'atropine	0,005 milligr.
Sulfate neutre de strychnine.	0,02 à 04 cent.
Sirop d'écorce d'oranges amères . .	400 grammes.

Quand le malade a pris pendant quinze jours deux cuillerées à soupe chaque jour de ce sirop, il est bien rare que l'hydrorrhée ne cède pas. En tous cas cette méthode, qui a été préconisée pour la première fois, je crois, en Amérique, est certainement la meilleure que nous ayons à opposer à l'hydrorrhée nasale ordinairement si rebelle.

Il y aurait beaucoup à dire sur le chapitre des rhinites; c'est une question qui aurait grand besoin d'être revisée. Malheureusement la place m'est limitée et je ne puis m'y arrêter.

A signaler enfin le chapitre des réflexes d'origine nasale. On ne saurait nier les exagérations auxquelles avait donné lieu cette question. Il fut un moment où l'on disait plaisamment que si cela continuait il n'y aurait plus de nosologie, tout se réduirait à de la nasologie. Le temps a fait justice de l'enthousiasme un peu envahissant du début. Les réflexes d'origine nasale, pour être plus limités qu'on ne le pensait, n'en sont pas moins intéressants à connaitre. J'ai eu l'occasion d'observer précisément avec M. Lermoyez une tuberculeuse au début. Cette malade était secouée de quintes de toux que rien n'avait pu faire disparaitre. Or en touchant avec le stylet certaines zones tussigènes réparties au niveau de l'ager nasi et de la partie inférieure du cornet moyen, la toux

éclatait convulsive, allant jusqu'à l'ictus laryngé. Venait-on à cocaïniser la région, le réflexe était supprimé. Quelques pointes de feu portées au niveau de ces zones tussigènes, et l'état de la malade s'améliora très rapidement, le symptôme subjectif le plus pénible pour elle ayant ainsi disparu.

* * *

J'aborde maintenant la grande question des sinusites. Elle est encore fort obscure, mais tant à l'étranger qu'en France de sérieux efforts sont réalisés de ce côté, et bientôt nous arriverons à avoir des méthodes plus sûres pour le traitement de ces affections. Depuis la communication de Luc, l'an dernier, un grand progrès a été réalisé dans le traitement des sinusites frontales, les plus fréquentes, je crois, de toutes les sinusites. Cette fréquence s'explique d'abord aisément si l'on veut admettre que tout coryza se complique de sinusite. Dans son livre si remarquable, — étudié d'autre part par M. Raugé, — M. Garel dit ceci à propos du coryza : « La tuméfaction de la pituitaire s'étend dans les sinus eux-mêmes, le sinus frontal surtout » (page 102). Et plus loin, (page 226) : « Nous ne ferons que de mentionner les sinusites aiguës qui accompagnent à peu près régulièrement le coryza aigu vulgaire. » Moi-même, partant de cette idée, j'ai examiné, au point de vue bactériologique, huit malades atteints de coryza. Dans le méat de chacun d'eux j'ai trouvé cinq fois le staphylocoque doré et trois fois le pneumocoque. Cette participation des cellules frontales et ethmoïdales du groupe antérieur n'a rien qui doive nous surprendre. La symptomatologie plaide en faveur de cette thèse; en outre cela nous explique l'inefficacité des diverses méthodes de traitement opposées jusqu'ici au coryza aigu. Un seul procédé a paru rendre des services à son auteur, c'est celui de M. Courtade, qui consiste à faire pratiquer des lavages du nez avec de l'eau salée à la température de 40°. On pourrait peut-être admettre sans trop de témérité que ce traitement a surtout pour effet de faire rétracter la muqueuse et de permettre au liquide d'irriguer les cavités les plus accessibles et de les débarrasser par conséquent des agents microbiens.

Quoi qu'il en soit, la théorie du vase clos mise en honneur à propos de l'appendicite, et dont l'exactitude à été vérifiée expérimentalement par Roger et Josué, trouverait ici son application. On pourrait expliquer dès lors le coryza aigu de la façon suivante : dans un premier stade on aurait l'inoculation, puis la réaction de la muqueuse convertissant les sinus en cavités closes, d'où les

sinusites frontales ou ethmoïdales que nous englobons, faute de mieux, sous le nom trop vague de coryza aigu.

Si l'on admettait jamais cette théorie, on pourrait diviser les sinusites maxillaires en deux grandes catégories. Dans la première on rangerait les sinusites maxillaires d'origine dentaire dans lesquelles le sinus maxillaire est seul atteint ; dans la seconde les sinusites maxillaires d'origine frontale ou ethmoïdale. Toutes ces idées restent, bien entendu, à l'état flou et indécis ; le temps se chargera d'en vérifier on d'en infirmer l'exactitude.

Tout ce chapitre des sinus s'inspire surtout des travaux de M. Grundwald. C'est un instantané de la question. Mais l'auteur a su y joindre sa note personnelle. Tout ce qu'il dit des sinusites ethmoïdales est à retenir. J'ai le regret de ne pouvoir m'y arrêter et je passe à la dernière partie du livre, celle qui a trait au pharynx nasal.

* * *

A propos des végétations adénoïdes je ferai remarquer combien il est regrettable que nous ne sachions pas mieux nous mettre d'accord les uns et les autres sur notre technique. Chacun veut avoir la sienne, et c'est ce qui rend les discussions dans les Sociétés souvent confuses, l'interlocuteur ignorant le plus fréquemment les procédés de son voisin. Par exemple, pour les végétations, autant nous sommes d'accord quand il s'agit de la symptomatologie, autant nous nous divisons sur le traitement. Cette divergence se manifeste même d'une façon assez plaisante dans nos réunions. Quelqu'un vient-il à prononcer le mot de végétations, aussitôt telle discussion qui était languissante devient immédiatement générale. L'exposé des méthodes se suit et ne se ressemble pas, et il est le plus souvent bien difficile de conclure. M. Lermoyez préconise toujours la méthode mixte ; l'emploi de la curette seule, auquel paraît devoir se rallier la majorité aujourd'hui, est cependant préférable, car, ainsi que l'a dit très bien Chatellier, c'est le seul procédé avec lequel on ait économie de temps, économie de sang, et économie de récidives.

J'en ai fini avec ces notes un peu hâtives. Ce sont des arabesques bien modestes que j'ai tenté d'esquisser en marge d'un très bon livre. On voudra bien me les pardonner ; j'ai pensé qu'elles vaudraient mieux qu'une analyse toute sèche.

M'étant laissé entraîner plus loin que je n'aurais voulu, je ne

peux donner place cette fois aux chapitres réservés au nez et au larynx dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, de A. Robin. De même je serai obligé de réserver encore les thèses nombreuses intéressant la spécialité.

En terminant, je vous signalerai deux nouveautés ; d'abord la traduction par Egger des *Exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise*, de V. Urbantschitsch, et ensuite le livre admirable de Schwartze : *L'oreille, maladies chirurgicales*, traduit de l'allemand sur l'édition de 1885, dans un français très clair et très élégant, par A. Rattel. Le premier de ces livres est édité chez Maloine, le second chez J.-B. Baillère.

F. HELME.

NÉCROLOGIE

Le Dr J. Michaël, de Hambourg.

Les *Archives* ont annoncé, dans leur dernier numéro la grande perte que venait de faire notre spécialité, dans la personne du Dr Michaël, de Hambourg, qui a succombé, le 6 janvier, à une attaque soudaine de paralysie du cœur, pendant une visite à sa clinique de l'hôpital israélite.

Michaël avait commencé, comme tant d'autres, par « faire son droit» , mais, heureusement pour la science, il reconnut rapidement que ses penchants bien marqués pour l'étude de la nature ne devaient pas trouver grande satisfaction dans la carrière juridique, et il quitta l'étude du « *Corpus juris* » pour celle du corps humain. Après de brillants examens, il se rendit à Vienne, où l'influence exercée par les brillants travaux de Politzer l'attacha à notre spécialité ; il y remplit pendant un certain temps les fonctions d'assistant du Dr Schnitzler, et sut conquérir dans ce poste l'affection de ses malades aussi bien que l'estime de ses collégues.

De retour dans sa ville natale, son activité se partagea également entre les soins que demandait sa nombreuse clientèle et la préparation des nombreux travaux scientifiques, frappés au coin d'une rare originalité, qu'il laisse derrière lui. En dépit, ou peut-être même tout justement à cause de sa tendance innée à une espèce de scepticisme, de « nihilisme » thérapeutique, ses recherches le portaient principalement dans la direction des améliorations pratiques de la technique. C'est ainsi que sa pince coupante double pour l'opération des végétations adénoïdes a longtemps joui d'une faveur presque générale. Le premier il conçut l'idée d'un tamponnement permanent de la trachée et il créa de toutes pièces des instruments appropriés à cette méthode. De bonne heure Michaël se consacra à l'étude spéciale de la physiologie et de la pathologie du Chant, qu'il a enrichie de plusieurs travaux très appréciés, dont le moins utile n'est pas sa traduction en allemand du célèbre traité de Sir Morell Mackenzie. Il n'est peut-être pas hors de propos de mentionner que, dès 1881, Michaël avait proposé l'emploi des rayons cathodiques, qui depuis a déjà reçu tant d'applications dans la médecine pratique.

Il ne s'était pas borné à faire usage de ses lumières pour

explorer la région déjà considérable qui est comprise dans les limites de notre spécialité; témoin ses travaux sur l'inoculation de la rougeole, sur le choléra, que l'épidémie qui sévit à Hambourg en 1892 lui a donné l'occasion d'étudier de près.

Esprit foncièrement original et primesautier, Michaël s'écarte souvent dans ses travaux et dans ses opinions des sentiers battus de la doctrine, et fort des richesses de son expérience, il savait mettre au service de ses vues personnelles une grande force de persuasion et une pénétration remarquable. Rien de ce qui concernait son art ne lui était étranger. Membre de nombreux congrès médicaux, il avait, à la demande de la Société Médicale de Hambourg, retracé à la satisfaction générale l'histoire de ce corps savant, à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire.

Mais ce court portrait serait incomplet s'il ne montrait aussi en Michaël le fin littérateur, le charmant poète, le causeur plein de verve et d'humour qu'il savait être aux heures de loisir, au sein des réunions intimes. Il y avait encore en lui un artiste accompli, et les hôtes des Congrès de Washington, Rome et Berlin n'ont sans doute pas oublié les magnifiques albums où il avait, de main de maitre, illustré d'après nature maint cas pathologique intéressant.

P. HEYMANN (de Berlin).

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

Séance du vendredi 9 avril 1897.

Présidence de M. MARTIN, *Président.*

M. Martin. — Messieurs, on vient de fêter en Autriche, en Italie et en Allemagne les Jubilés de MM. les professeurs Schrötter, de Vienne, de Rossi, de Rome, et Fränkel, de Berlin. A cette occasion, je vous propose d'adresser à nos confrères les félicitations bien sincères des membres de la Société de Laryngologie de Paris (*Adopté à l'unanimité*).

M. Saint-Hilaire a adressé à la Société une lettre d'excuses; il a été empêché d'assister à la réunion et il vous prie de remettre à une autre séance la discussion sur le mémoire qu'il devait présenter aujourd'hui.

Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur simulant un empyème soi-disant classique de l'antre d'Highmore.

M. Lichtwitz. — Le mémoire de M. Lichtwitz sera publié *in extenso* dans un de nos prochains numéros.

Sinusite frontale primitive subaiguë ayant déterminé une méningoencéphalite septique mortelle.

M. Forestier. — Le mémoire de M. Forestier sera publié *in extenso* dans un de nos prochain numéros.

M. Martin. — Messieurs nous avons reçu deux nouvelles demandes de candidatures : **M. Castex**, présenté par MM. Luc et Lermoyez; **M. Good**, présenté par MM. Ruault et Helme.

On procède à l'élection, les deux candidats sont élus.

La prochaine réunion de la Société aura lieu le 9 juillet.

ANALYSES

I. — OREILLES

De la technique opératoire de l'abcès cérébral otique. — Sulla tecnica operativa dell'Ascesso cerebrale otitico, par le professeur GRADENIGO (de Turin). *Archiv. Ital. di Otolog.* 1897, p. 559, *N° du jubilé du professeur de Rossi.*

Ce travail qui constitue une excellente revue de la question est basé non seulement sur les faits antérieurement publiés dans la presse médicale de différents pays mais encore sur un certain nombre de cas empruntés à la pratique personnelle de l'auteur. Il est exclusivement consacré à l'abcès du lobe sphénoïdal.

L'auteur y aborde successivement les questions suivantes.

I. Le traitement local des suppurations chroniques de l'oreille peut-il favoriser ou provoquer le développement de complications intra-crâniennes ?

II. Dans les cas de diagnostic douteux quels dangers sont liés à l'intervention exploratrice sur le crâne ?

III. Quelle est la meilleure route à suivre pour la recherche de l'évacuation éventuelle d'un abcès temporo-sphénoïdal?

IV. Dans la recherche de l'abcès convient-il de se servir de la canule-trocart ou du bistouri ? Et doit-on, ou non, faire précéder la ponction de l'incision de la dure-mère ?

V. Quelles sont les règles à suivre pour le traitement consécutif?

I

Parmi les modes de traitement de l'otorrhée pouvant favoriser le développement de complications intra-craniennes, l'auteur cite les lavages, surtout les lavages par la trompe exécutés avec une force immodérée, les instillations de substances coagulantes ou caustiques, enfin les opérations pratiquées dans la caisse par le conduit, notamment l'extraction des osselets ; mais il pense que, dans la majorité des cas, l'apparition des accidents intra-craniens à la suite d'une de ces manœuvres est le résultat d'une simple coïncidence, un grand nombre de malades se décidant à se faire traiter alors seulement qu'ils sont tourmentés par les premiers symptômes causés par une extension de leurs lésions auriculaires vers l'intérieur du crâne.

II

Dans les interventions exploratrices sur le crâne il reconnaît comme pouvant constituer un certain danger pour le malade les facteurs suivants :

1° L'anesthésie générale.

2° La longueur de l'acte opératoire pouvant entraîner un épuisement de l'opéré pour les effets du choc nerveux par la perte de sang, etc.

3° Les secousses imprimées au crâne par l'emploi de la gouge et du maillet. Il pense toutefois avec Broca que les conséquences malfaisantes de ce mode opératoire ont été bien exagérées, que la gouge ne peut d'ailleurs être remplacée par un tour électrique que dans des cas fort limités, que l'on réduit enfin le danger au minimum en faisant usage de gouges bien tranchantes et en substituant à ces dernières la pince coupante, quand il ne s'agit plus que d'agrandir la brèche osseuse une fois pratiquée.

III

L'auteur passe ensuite en revue les diverses voies proposées pour la recherche et l'évacuation de l'abcès du lobe sphénoïdal et en fait très impartialement la critique.

A l'ouverture par l'écaille du temporal il reconnaît les avantages suivants :

Rapidité et facilité de l'opération. Possibilité de se créer dans cette région un vaste champ opératoire. En cas de résultat négatif de l'exploration, pas de contact direct entre les méninges et les substances cérébrales, d'une part, et le foyer infectieux de l'oreille, d'autre part.

En revanche il lui trouve les inconvénients suivants :

Danger de tomber trop haut dans le tissu cérébral et de passer au-dessus de l'abcès. Danger de laisser échapper les lésions fréquemment cantonnées entre la dure-mère et le *tegmen tympani*. Inconvénient d'avoir à pratiquer un autre acte opératoire distinct pour la cure radicale de l'otorrhée. Possibilité d'hémorragies graves par lésions des grosses veines de la pie-mère, hémorragies difficiles à arrêter, si l'on s'est créé un champ opératoire restreint.

Pour toutes ces raisons, l'auteur est très sagement d'avis de ne choisir la voie en question que dans les cas où il y a urgence à ouvrir la collection purulente encéphalique, et où l'état général du malade contre-indique absolument un acte opératoire prolongé.

La longueur de l'opération et sa difficulté sont effectivement les principaux reproches qu'il adresse à la méthode d'ouverture à travers la mastoïde et le tegmen antro-tympanique. Il insiste en outre sur le danger de la mise en contact des centres nerveux avec le foyer auriculaire, même en cas de résultat positif de l'exploration encéphalique, ses recherches bactériologiques lui permettant d'avancer que souvent le foyer auriculaire est beaucoup plus infectieux que le foyer encéphalique secondaire.

Mais il reconnaît à cette méthode les avantages suivants :

Par là même que l'opérateur suit exactement la route de l'infection, il a chance de ne pas laisser échapper les plus petites collections purulentes. En outre l'abcès ouvert à sa partie déclive se videra et se drainera facilement. Pas de danger de léser les vaisseaux méningés. Pas de défaut de substance osseuse ultérieurement à la partie extérieure du crâne.

Il est une méthode mixte proposée par Bergmann et qui paraît avoir toutes les sympathies de l'auteur. Elle consiste à ouvrir le crâne au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif et à prolonger la brèche à volonté vers l'écaille du temporal. Nous l'avons employée nous-même avec succès et la préférons à toute autre. G... trouve en outre avantage, une fois l'abcès ponctionné par la face inférieure du lobe sphénoïdal, à l'ouvrir largement par une contre-ouverture pratiquée à sa face externe, au niveau de l'écaille du temporal. Il cite deux cas heureusement opérés par lui de cette façon.

IV

Dans la recherche de la collection encéphalique, l'auteur donne la préférence au trocart-canule. Il rejette l'emploi des aiguilles fines avec aspiration comme étant susceptibles de se laisser obstruer par la substance cérébrale. Quant au bistouri, il ne doit entrer en jeu que pour ouvrir largement la collection, après que celle-ci a été découverte. Les effets sectionnants de l'instrument tranchant sur le tissu cérébral sain ne seraient en effet pas toujours indifférents, et il cite un cas observé par lui dans lequel l'emploi du bistouri fut suivi d'aphasie.

La recherche de l'abcès doit-elle être ou non précédée de l'incision de la dure-mère ?

L'auteur croit que la réponse à cette question ne saurait être absolue.

Lorsque le diagnostic de l'abcès cérébral est bien établi, il y a avantage à inciser préalablement la dure-mère ; en cas de doute

au contraire on doit diminuer le plus possible la somme de dangers courus par le malade et respecter la membrane qui isole l'encéphale du foyer auriculaire ; par conséquent ponctionner le cerveau à travers la dure-mère après avoir soigneusement désinfecté la surface de celle-ci.

Nous avouons ne partager aucunement les vues de l'auteur sur ce point particulier. S'il se préoccupe en effet de la possibilité d'infecter le tissu cérébral par le pus répandu à la surface de la dure-mère, il ne nous paraît pas tenir compte du danger d'inoculer à ce même tissu le pus qui, en cas de méningite, occupe la surface pie-mèrienne.

On sait la difficulté du diagnostic entre la méningite et l'abcès encéphalique ! Cette difficulté, l'auteur est le premier à la reconnaître et à la proclamer.

Or le seul moyen de trancher la difficulté en question sera d'inspecter la pie-mère après incision de la dure-mère, et alors, si l'intervention à été suffisamment hâtive, on pourra en cas de méningite trouver celle-ci suffisamment limitée pour qu'elle soit enrayable par le lavage de toute la surface infectée.

Donc, à notre sens, *ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte c'est se priver gratuitement d'une source précieuse de renseignements tirés de visu, et s'exposer à infecter le cerveau après avoir passé à côté de la méningite ou plutôt à travers elle* !

V

La dernière partie du travail de G. est consacrée au traitement consécutif de l'abcès cérébral ouvert. Comme nous, il s'éleve contre la méthode des lavages et préconise le drainage simple au moyen des drains ou de la gaze absorbante.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de l'important article que nous venons d'analyser sommairement.

Ecrit dans une langue claire et avec une grande méthode, inspiré par un jugement sûr et impartial, au surplus documenté, au point que nulle opinion n'y est émise sans fait à l'appui, le travail du savant professeur de Turin sera lu avec profit par tout otologiste, tout chirurgien désireux de se tenir au courant de la question éminemment actuelle du *traitement de l'abcès encéphalique d'origine otique.*

Luc.

Le champ auditif dans l'espace ; contribution à la physiologie de l'organe de l'ouïe, par A. Luzzati, de Turin (*Ann. des mal. de l'oreille*, p, 553, décembre 1896).

L'auteur commence par s'étonner que personne n'ait essayé, pour l'organe de l'ouïe, de chercher s'il existe dans l'espace un champ auditif qui ait une analogie, si éloignée qu'elle soit, avec le champ visuel. Il attribue à Masini, en 1895, l'idée première de ces recherches. La mémoire de l'auteur est ici en défaut, car en France la notion du champ auditif est classique au moins depuis 1885 ; non pas exactement dans la forme que lui donne Luzzati, il est vrai, mais bien nette pourtant. Voir à ce sujet : Gellé : *Précis des maladies de l'oreille*, 1885, p. 7 à 11 *et une planche : champ de l'audition.* — Gellé ; article *audition* du : *Dict. de physiologie* de Ch. Richet, 1895, p. 863. — Bonnier : *physiologie de l'oreille*, t. II, p. 66 et suivantes : *Champ auriculaire.*

L'auteur, dans ses recherches, s'est servi d'une tige rectiligne longue de 1 m. 50 à 2 mètres graduée en centimètres dont la partie moyenne tourne autour d'un pivot, de sorte qu'elle peut décrire un cercle entier dans le plan vertical et prendre une position quelconque. Un soutien vertical, qui peut s'élever ou s'abaisser, permet de changer à volonté la hauteur à laquelle se trouve la tige. Sur cette dernière enfin est placée une petite boîte mobile, dans laquelle est fixée la source du son, une petite montre à battements faibles, régulièrement perceptibles à deux mètres de distance sur l'axe du conduit auditif externe.

L'individu soumis à l'examen était placé sur une chaise à 40 centimètres de l'appareil dont le pivot correspondait parfaitement à l'axe du conduit, la tête bien fixée, les yeux bandés, l'oreille non examinée bien bouchée. On disposait alors à la tige de l'appareil dans un des méridiens adoptés par l'auteur (ant., post., sup., inf., et leurs intermédiaires). On faisait glisser la montre jusqu'à ce que l'individu accusât une première perception.

Ayant obtenu ainsi la distance de perception pour les divers méridiens, on pouvait déterminer graphiquement la forme du champ auditif.

Les conclusions auxquelles arrive l'auteur sont conformes à celles admises en France, le méridien antérieur étant de beaucoup supérieur au postérieur ; et le champ auditif, suivant Luzzati, serait une espèce d' « ombre » du pavillon (*Ohr Schatten*).

Georges Gellé.

Le cholestéatome de l'oreille, par H. LUC (*La Médecine Moderne*, 24 fév. 1897).

Dans cette leçon, L... rappelle les diverses théories émises par les auteurs pour expliquer le développement du cholestéatome auriculaire.

VIRCHOW y voit de véritables néoplasmes d'ordre hétéroplasique. SCHMIEGELOW, de Copenhague, ne voit là qu'un cas particulier des phénomènes anatomo-pathologiques accompagnant les suppurations prolongées des muqueuses, l'épithelium cylindrique disparaissant pour faire place à un véritable épiderme. MIKULICZ, BOTTCHER, KÜSTER pensent que les produits pathologiques en question dérivent de quelques résidus du bourgeon épidermique issu du feuillet externe du blastoderme dont l'aqueduc du vestibule représente une sorte de reliquat normal. BEZOLD, HABERMANN et d'autres pensent que l'épidermisation pathologique des cavités de l'oreille moyenne aboutissant ou non à l'accumulation de masses cholestéatomateuses était due à une sorte d'invasion de ces cavités par un bourgeonnement épidermique tirant son son origine des territoires cutanés avoisinants, mais exigeant, comme conditions *sine qua non*, une mise en continuité de la muqueuse tympanique avec ces territoires, par le fait d'une perforation tympanique ou de l'établissement d'une fistule mastoïdienne.

Aucune de ces théories ne saurait avoir la prétention de s'appliquer, à l'exclusion des autres, à la totalité des faits. On tend généralement à admettre l'existence de deux variétés : l'une primitive, l'autre secondaire aux vieilles otorrhées.

Au point de vue de la clinique L... pense qu'il y a tout avantage à décrire successivement le cholestéatome sans otorrhée (exceptionnel) et le cholestéatome avec otorrhée (infiniment plus fréquent).

Après avoir établi la gravité du pronostic, l'auteur termine par le *traitement* du cholestéatome.

La première indication est de nettoyer le foyer à fond par l'emploi de la canule de Hartmann ; puis, quand tout aura été expulsé, d'en modifier les parois par l'injection d'une solution de chlorure de zinc à 1/10e ou même 1/5e.

Trop souvent ces manœuvres se montrent insuffisantes ; dans ces cas, si le foyer paraît limité à l'attique on tentera l'extraction des deux premiers osselets.

L'échec de cette nouvelle tentative mettra dans la nécessité de

recourir à l'ouverture large de toutes les cavités de l'oreille moyenne par la méthode Stacke-Zaufal.

Après avoir ouvert largement le foyer il convient d'en *modifier* la surface ; le curettage le plus énergique est souvent insuffisant. Zaufal recommande l'emploi du thermo-cautère appliqué sur la totalité de la surface.

L'auteur emploie habituellement le procédé de Kretschmann, de Magdebourg. Il consiste, une fois le foyer ouvert et curetté, à pratiquer à deux centimètres environ, en arrière de la première incision rétro-auriculaire et parallèlement à elle, une seconde incision, puis à les réunir toutes deux, à leur partie moyenne, par une petite incision, intéressant comme elles le périoste. Les deux lambeaux quadrangulaires ainsi obtenus sont disséqués avec leur périoste ; l'un de bas en haut, l'autre de haut en bas, puis appliqués sur le bord correspondant de la brèche osseuse et maintenus en place par des sutures obliques. Le tamponnement avec la gaze employée par le pansement contribue à assurer le maintien des lambeaux dans leur position respective.

Cette méthode a pour avantage d'abréger considérablement la durée des soins consécutifs, de tarir une fois pour toutes les formations cholestéatomateuses et de mettre à l'abri de toute surprise en faisant du foyer une simple dépression de la peau extrêmement facile à inspecter et à maintenir propre.

GEORGES GELLÉ.

Un cas de pyémie otique guéri par l'excision de la veine jugulaire interne thrombosée. — *Mittheilung eines durch Excision der thrombosirten Veina jugularis interna geheilten Falles von otitischer Pyæmie*, par le Dr H. EULENSTEIN, de Francfort, S. M. (*Zeitschr. f. Ohr.* Bd XXIX. Hft IV, p. 347).

Le malade, un homme vigoureux de 25 ans, souffrait depuis son enfance d'une otorrhée fétide gauche. Quand l'ouverture large de l'oreille par la méthode Stacke-Zaufal fut pratiquée, le 15 avril dernier, il présentait déjà depuis quelques jours de la céphalalgie, des frissons et de grandes oscillations thermiques ; mais on ne constatait d'autre particularité à la région cervico-mastoïdienne qu'une sensibilité à la pression derrière l'angle de la mâchoire.

On trouva la cavité mastoïdienne occupée par un cholestéatome baignant dans du pus et se prolongeant en arrière à travers une perforation du sillon sigmoïde, jusqu'au contact du sinus latéral baignant lui-même dans une collection du pus péri-sinusienne.

Les parois du sinus étaient couvertes de fongosités rendant difficile sa différenciation d'avec la dure-mère.

Sa dénudation fut poursuivie d'arrière en avant jusqu'au voisinage du golfe de la jugulaire. A ce niveau ses parois se rompirent, donnant issue à du pus sanieux. Les parois du sinus furent alors incisées sur toute la longueur dénudée et les deux bouts furent explorés avec une sonde, sans que l'on provoquât l'issue de sang liquide. Malgré le résultat incomplet et non satisfaisant de cette première intervention on décida, en raison de sa longue durée et de la quantité de sang perdue par le malade, de différer une seconde opération visant à la désinfection de la veine jugulaire et d'attendre les événements. Ceux-ci prouvèrent que l'infection pyémique allait s'accentuant : effectivement, en même temps que les frissons se répétaient, suivis de grandes élévations thermiques, le malade expectorait des crachats sanguinolents, sans que toutefois l'examen de la poitrine y révélât encore de modifications, tant à la percussion qu'à l'auscultation, et un ictère léger se dessinait.

Le 18 avril, trois jours après la première intervention, l'auteur se décida à tenter la seule chance de sauver le malade. La jugulaire fut dénudée et sectionnée entre deux ligatures, à la hauteur du cartilage thyroïde, mais on constata que du pus sanieux s'écoulait du vaisseau et que par conséquent la limite de l'infection du vaisseau n'avait pas été atteinte.

La dénudation de la veine fut alors poursuivie de haut en bas et une ligature jetée sur elle tout près de son embouchure dans le tronc innominé, après quoi, l'on réséqua toute l'étendue dénudée du vaisseau. A la hauteur de cette dernière ligature le vaisseau ne contenait plus de pus, mais était rempli par un caillot rouge.

Les résultats salutaires de cette nouvelle et hardie intervention ne se firent pas immédiatement sentir. La fièvre persista encore pendant plus d'un mois ; en outre la convalescence du malade fut troublée par des phénomènes d'hépatisation au niveau du lobe moyen du poumon droit, et par un abcès de la joue gauche et de la paupière inférieure du même côté.

Le 1er août, le malade définitivement guéri pouvait reprendre ses occupations.

LUC.

Otite moyenne gauche purulente aiguë. Méningite ou abcès cérébral!? Aphasie sensorielle. Opération. Mort. Méningite constatée à l'autopsie. (*Otitis media purulenta acuta sinistra. Meningitis oder Gehirnabscess!? Amnnestiche Aphasie. Opération. Tod. Meningitis*), par le Dr A. KUHN (Zeitschr. für Ohrenheilk. Bd XXX. Hft I, p. 1.)

Dans le cours d'une otite moyenne aiguë consécutive à un coryza et ayant donné lieu à un épanchement séro-purulent tympanique, ainsi que le démontra la paracentèse, survinrent un certain nombre de symptômes (cephalée, vertiges, vomissements, respiration Cheyne-Stokes...), indiquant une complication intra-crânienne sans permettre d'en affirmer le siège intra-cérébral ou méningé.

La constatation d'une aphasie sensorielle fit admettre un abcès du lobe sphénoïdal gauche, et l'ouverture du crâne fut résolue.

Cette intervention fut pratiquée par voie mastoïdienne et la substance cérébrale ponctionnée en plusieurs points et dans diverses directions *à travers la dure-mère* dénudée sur une étendue de quatre centimètres carrés. Ces ponctions ne donnèrent pas de résultat.

Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie une méningite suppurée diffuse tirant manifestement son origine d'une infiltration purulente du rocher, au niveau de sa paroi postérieure.

Il n'y avait pas d'abcès encéphalique, mais l'aphasie sensorielle observée durant la vie s'expliquait par le caractère prononcé des lésions pie-mèriennes au niveau de la portion antérieure et moyenne de la deuxième circonvolution temporale, dont le tissu offrait d'ailleurs un état marqué de ramollissement hémorragique.

Nous nous permettrons de formuler, à propos de cette observation, les réflexions suivantes :

Tout d'abord si l'auteur avait tenu compte d'un fait fondamental sur lequel nous avons insisté dans un récent travail, et consistant dans le retentissement plus fréquent des suppurations aiguës de l'oreille sur les méninges, et des suppurations chroniques sur la substance cérébrale, il n'aurait pas hésité, en présence d'un cas aussi nettement aigu que le sien, à soupçonner la méningite.

D'autre part, du moment qu'il hésitait entre les deux localisations, nous ne pouvons nous expliquer qu'il ait ponctionné le cerveau *à travers la dure-mère*, au lieu d'inciser préalablement

celle-ci, laissant ainsi échapper l'excellente occasion d'inspecter la pie-mère, d'autant plus que dans le cas de méningite (qui était le vrai) il risquait d'inoculer à la substance cérébrale le pus rencontré par le troquart à la surface de la pie-mère!

LUC.

Cholestéatome de l'oreille moyenne droite. Mort pendant l'opération à la suite de la pénétration d'air dans le sinus latéral ouvert. (*Cholesteatom des rechten Mittelohres. Wæhrend der Operation Tod in Folge von Lufteintritt in den verlezten Sinus sigmoideus*). (Id. ibid.)

L'accident se produisit au cours du curettage du foyer avec une physionomie complètement inacoutumée. La malade, une jeune fille très anémique, devint subitement cyanosée et cessa de respirer, sans que l'on eût constaté d'hémorragie ni perçu le sifflement caractéristique qui accompagne la pénétration de l'air dans une veine. Aussi crut-on à un accident chloroformique, mais tous les efforts tentés pour rappeler la malade à la vie, demeurèrent sans résultat.

A l'autopsie on trouva la paroi du sinus latéral ouverte et du sang spumeux dans le ventricule gauche du cœur et dans l'artère pulmonaire.

Kuhn cherche à expliquer l'absence d'hémorragie par ce fait que le sinus comprimé par le cholestéatome était vide au moment de l'opération.

LUC.

II.— NEZ ET SINUS

Empyème du sinus frontal, par A. QUARRY SILCOCK, chirurgien à St Mary's Hospital, Moorfields (*The Practitioner*, mars 1897, p. 244).

L'auteur, d'après quatorze cas d'empyème du sinus frontal qu'il a eu l'occasion d'opérer, retrace rapidement l'histoire clinique de cette affection.

Contrairement à l'opinion presque classique en France, l'auteur semble préférer l'ouverture du sinus par la paroi orbitaire qui ne nous semble pourtant indiquée que dans les cas d'abcès ou de fistules orbitaires.

GEORGES GELLÉ.

Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire, par M. GORIS (*Presse méd. belge*, 17 janv. 1897).

L'auteur désigne ainsi le procédé connu en France sous le nom de procédé de P.-J. Desault, son inventeur. Il consiste, on le sait, à aborder le sinus par la fosse canine. Goris emploie pour perforer la paroi osseuse un vilebrequin lancéolé et agrandit rapidement l'ouverture avec un ciseau ou une pince à os.

A ce moment, se déclare une très violente hémorragie provenant de la muqueuse du sinus. On l'arrête par le tamponnement. Goris cautérise les parois au thermo-cautère et tamponne ensuite avec la gaze iodoformée. Au bout de cinq jours, le pansement est renouvelé, puis tous les deux ou trois jours. Ce n'est qu'au bout de huit à neuf mois qu'on laissera fermer la fistule.

L'auteur applique ce procédé : 1° aux sinusites rebelles aux autres traitements ; 2° d'emblée aux cas de sinusite où il ne trouve rien du côté des dents ou des fosses nasales.

GEORGES GELLÉ.

Contribution à l'anatomie pathologique des cellules ethmoïdales, par JOHN NOLAND MACKENZIE, de Baltimore (*N. Y. Med. Journ.*, 23 janvier 1897).

S'appuyant sur de nombreux examens microscopiques, l'auteur s'efforce d'établir les points suivants :

La dégénérescence myxomateuse décrite par les auteurs dans l'étude des affections des cellules ethmoïdales n'est pas du tout une transformation muqueuse, mais résulte tout simplement de l'inflammation. Ce qui a pu induire en erreur c'est l'observation clinique non contrôlée par l'examen microscopique. Bien souvent, en effet, l'aspect macroscopique des lésions est celui du myxome ; mais jamais l'auteur n'a pu encore trouver au microscope la la moindre trace de vrai tissu muqueux.

L'ethmoïdite purulente peut souvent durer des années sans produire aucune lésion osseuse et dans l'état actuel de nos connaissances, il serait faux, selon l'auteur, de dire que toutes les ethmoïdites tendent vers la nécrose.

Les différents aspects rencontrés jusqu'ici ne seraient que les divers stades d'une même affection et les divisions et subdivisions de l'ethmoïdite ne feraient qu'introduire un élément de confusion dans la conception pathologique de la maladie.

C'est la région ethmoïdale qui sans aucun doute offre le meil-

leur terrain pour étudier les différents stades du développement des polypes du nez.

Enfin, la ressemblance frappante entre le tissu jeune de granulations trouvé dans la région ethmoïdale et la structure du sarcome à cellules rondes est de première importance; de là, possibilité d'une erreur dans le diagnostic microscopique dans les cas récents et même dans les cas plus ou moins avancés.

GEORGES GELLÉ.

III. — LARYNX ET PHARYNX

Photographie du larynx et du cavum à l'aide de l'arc voltaïque, par THOMAS R. FRENCH, de Brooklyn (*N. Y. Med. Journ.*, 23 janv., 1897).

Convaincu des énormes avantages de l'emploi de la plaque sensible photographique au lieu de l'œil pour l'étude de la physiologie et de la pathologie de la gorge et du nez, l'auteur s'est appliqué à faire disparaître les inconvénients de sa méthode exposée au Congrès International de médecine tenu à Copenhague en 1884.

Alors il employait la lumière solaire; aujourd'hui, pour plus de commodité et pour vulgariser ce mode d'investigation, il lui a substitué la lumière d'un arc voltaïque, d'une puissance de deux mille bougies, enfermé dans une boîte métallique. La paroi antérieure de la boîte est munie d'une lentille convergente qui, lorsqu'elle est placée à neuf pouces de l'arc, donne une distance focale de vingt pouces, c'est ainsi que l'éclairage est le plus satisfaisant. Les rayons lumineux sont reçus sur le miroir frontal, plusieurs pouces en dedans du point focal.

A la première séance, on peut obtenir déjà de bonnes photographies; le plus souvent deux séances sont nécessaires.

La photographie d'un larynx ne demande pas plus de temps qu'un examen laryngoscopique ordinaire soigneusement fait.

L'auteur fait suivre son travail d'une dizaine de reproductions photographiques du larynx et du cavum obtenues par son procédé.

Pour le dispositif complet, se reporter à l'article paru dans le *New-York Medical Journal* du 13 décembre 1884.

GEORGES GELLÉ.

Un cas de perforation acquise du pilier antérieur, par A. GRINER (*Annales des mal. de l'or.*, fév. 1897, p. 128).

On rencontre parfois des pertes de substance des piliers du voile du palais, présentant ce caractère particulier de constituer

des perforations à bords minces, d'aspect non cicatriciel, et de ne pouvoir être rattachées ni à la syphilis, ni à la tuberculose. La majorité des auteurs en font une lésion congénitale; quelques-uns seulement tels que FOWLER (1889), MORRICE (1892) et LAPALLE (1895) ont pensé qu'il s'agissait là de perforations acquises, reliquats d'angines phlegmoneuses antérieures.

L'auteur a eu la bonne fortune d'observer un de ces cas qui est intéressant précisément parce qu'il a été fait par M. Macaigne un examen histologique de la muqueuse lésée, lequel a permis d'affirmer la nature cicatricielle de la perte de substance. Il existe donc des pertes de substance des piliers d'origine cicatricielle, malgré l'apparence normale des bords de la perforation.

GEORGES GELLÉ.

Qu'est devenue la scrofule? par GALLOIS (*Bulletin Med.*, 7 fév., 1897).

Il reste aujourd'hui bien peu de chose de l'antique scrofule, autrefois si compréhensive. La syphilis héréditaire, la tuberculose, avaient déjà fortement amoindri son domaine. C'est le tour maintenant — qui l'eût cru? — des végétations adénoïdes. Par un juste retour des choses d'ici-bas, les végétations adénoïdes, dont l'importance était encore mise en doute hier par quelques cliniciens, menacent de devenir envahissantes. En effet, si l'on en croit M. Gallois, la scrofulose doit être remplacée dans les cadres nosologiques par les végétations adénoïdes.

S'appuyant sur des textes jadis classiques, sur l'article écrit par M. GRANCHER en 1878 dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, l'auteur nous montre, dans son intéressante revue, qu'il n'y a pas d'hésitation possible. On y trouve (p. 328) après la description des rhinites chroniques, la description presque complète de la maladie de Meyer, avec l'occlusion nasale, la voix nasonnée, la respiration buccale, l'otorrhée, la carie du rocher, l'hypertrophie des amygdales, la pharyngite, la salpingite eustachienne, et même la dyspnée.

D'autre part, FOURNIER et BÉGIN, dans le *Dictionnaire en soixante volumes*, faisaient remarquer les yeux gros et saillants. Ce sont là des signes notés également par Meyer.

En somme à la description classique autrefois que manque-t-il pour qu'on y reconnaisse les végétations adénoïdes? Rien, sinon les végétations elles-mêmes.

La maladie de Meyer était donc comprise dans la description générale de la scrofule.

GEORGES GELLÉ.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Le secrétaire général du Congrès de Moscou fait savoir que le 1er juin a été fixé, comme dernière date, pour la réception des titres et extraits des communications qui seront lues devant le Congrès.

* * *

Notre excellent collaborateur, M. Bonnier, vient, sur un rapport très élogieux de M. Gellé père, d'être nommé membre de la *Société de biologie*. On sait combien l'admission à cette Société est difficile. Chacun y est jugé suivant son mérite et pour que la Société prononce le *dignus intrare* il faut montrer patte blanche, c'est-à-dire avoir derrière soi une œuvre solide et originale. C'était, nos lecteurs le savent bien, le cas de M. Bonnier. Nous lui adressons ici nos plus sincères félicitations.

* * *

C'est le 3 mai qu'aura lieu notre Congrès annuel d'Oto-rhino-laryngologie. Si les spécialistes français sont très assidus aux séances, on peut regretter que les Confrères du dehors, membres correspondants de la Société de laryngologie française, ne viennent pas se joindre à nous en plus grand nombre, en cette occasion. Tout d'abord ils seraient sûrs de recevoir le meilleur accueil ; ensuite, ils nous apporteraient l'écho de ce qui préoccupe les spécialistes de l'étranger, et tout le monde gagnerait à ce que peu à peu nos réunions devinssent internationales.

* * *

M. Bourdette a communiqué à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux le fait suivant, qui n'est point banal. Il s'agit d'un cas de motilité exagérée de la langue. Nous empruntons le résumé de l'observation de notre Confrère à la *Gazette hebdomdaire*.

X..., âgé de vingt ans, est atteint depuis l'enfance de rhinite atrophique. Pour se délivrer des croûtes qui tombent et se fixent dans son naso-pharynx et les expulser, il se sert de sa langue qui, repliée contre la voûte palatine, chemine peu à peu vers le cavum pharyngien. La pointe atteint aisément la luette, puis s'insinue derrière le voile du palais ; plus tard, c'est la partie postérieure de la cloison qu'elle explore. De là, il n'y a pas loin à la voûte que contourne la langue pour lécher la paroi postérieure jusqu'au bourrelet pharyngo-staphylin. Mais cette mobilité se borne-t-elle à des mouvements d'avant en arrière? Non, car les parois latérales bénéficient également de ce balayage lingual.

Le sujet accuse ici la présence de « deux trous » selon son langage, situés en bas, et par côté à peu près au même niveau. On les reconnait sans difficulté (fossettes de Rosenmuller et orifice tubaire). Il fait donc un écouvillonnage total de son naso-pharynx.

Ce malade ne présente aucune déformation anatomique de la langue, il n'a pas perdu le sens du goût.

Rares sont les cas analogues. Dans ces douze dernières années la littérature de la spécialité n'en relate guère que trois : le premier de Winslow, le second de Werry, le troisième de Nicol.

* * *

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié la très remarquable étude de M. Hamon du Fougeray sur les méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux et en particulier aux sourd-muets. Dans ce travail, qui a paru dans notre numéro de septembre-octobre 1896, p. 502, M. Hamon du Fougeray demandait que la direction de l'enseignement des sourds-muets, jusqu'ici arbitrairement confiée au Ministère de l'Intérieur, passât à celui de l'Instruction publique. Nous sommes heureux d'apprendre que le vœu de notre confrère a été exaucé. Désormais l'enseignement des sourds-muets sera sous la dépendance du Ministre de l'Instruction publique.

* * *

On nous promet monts et merveilles au Congrès de Moscou. Aux dernières nouvelles on annonce l'organisation d'une excursion au Caucase avec visite aux puits de naphte, etc., etc. Le prix de cette excursion, qui comprend l'aller et retour de Moscou, ne dépassera pas 150 francs, tout compris. Voilà une raison de plus pour engager nos confrères à se faire inscrire parmi les congressistes. Nous rappelons que c'est M. le Dr Marcel Baudouin, 14, Boulevard Saint-Germain, qui est dès à présent chargé de recevoir les adhésions.

* * *

Au mois de décembre dernier a succombé à Genève, âgé de 55 ans, le Dr Colladon, ancien élève de Politzer, qui publia divers travaux d'otologie : L'oreille et la surdité (1875). Ténotomie du muscle tenseur du tympan (1877). Du traitement de l'otorrhée (1887. Des abcès de fixation en otologie (1894). (*Annales des maladies de l'oreille*, numéro de mars 1897).

* * *

M. Strauss, membre du Conseil municipal, vient d'adresser à cette Assemblée le rapport suivant, sur lequel nous aurons à revenir probablement un jour. Nous en extrayons ce qui a trait à la création de services spéciaux pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles. Tout d'abord M. Strauss constate que Paris manque absolument de

services spéciaux internes pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, puis il ajoute :

« Les spécialités ont une part plus importante dans les consultation externes des hôpitaux. Non seulement les services spéciaux de Saint-Louis, Ricord, Broca, la Salpêtrière (en laissant de côté les services d'accouchements et d'enfants malades), les deux services spéciaux des yeux de l'Hôtel-Dieu et de Lariboisière ont leurs consultations distinctes, non seulement il existe des consultations pour les dents, mais encore un petit nombre de chefs de service ont justement obtenu, en raison de leurs services rendus et de leur compétence spéciale, l'autorisation de donner des consultations de spécialités pour les goitres, les maladies du larynx, du nez, et des oreilles, la gynécologie, les maladies du système nerveux, de la peau, etc.

« Ces consultations spéciales sont d'ailleurs facultatives et pour ainsi dire provisoires puisqu'elles peuvent disparaître avec le médecin consultant, soit que celui-ci change d'hôpital, soit qu'il soit mis à la retraite ; elles n'ont rien de stable ni de définitif. Telle région de Paris peut en être privée, suivant que le roulement amène le départ de ces consultants spécialistes de bonne volonté.

« En outre, ces consultations, d'établissement précaire, ne répondent pas à tous les besoins ; elles ne sont suffisantes ni par leur organisation, ni par leur nombre.

« Nous croyons que, sans porter atteinte aux privilèges du corps médical des hôpitaux et sans diminuer pour autant la spécialisation facultative de bonne volonté, il convient d'organiser rationnellement, méthodiquement, en tenant compte de la situation topographique des établissements et des besoins présumés de la clientèle hospitalière, des consultations pour les maladies des yeux, du larynx, du nez, des oreilles, de gynécologie, de la peau, du système nerveux, etc. »

Ce rapport a été déposé à la date du 19 mars dernier.

Le Conseil municipal n'a pas encore eu à statuer sur les mesures proposées par M. Strauss. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du débat et nous les informerons des décisions prises.

* * *

On nous prie d'annoncer qu'une collection de dix années (1885 à 1895) des *Annales des maladies de l'oreille* est à vendre au prix de 70 fr. Les fascicules sont en bon état. S'adresser à M. Maloine, éditeur, 21, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. MAURIN.

PARIS — IMP. V. GOUPY, G MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71

SOMMAIRE

BULLETIN. 235

MÉMOIRES ORIGINAUX. — I. De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie, par le Dr J. Garel (de Lyon). . 237

II. — Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros polypes naso-pharyngiens, par le Dr E. Doyen. 246

III. — Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon, par le Dr E. Doyen 252

IV. — Examen du larynx dans un cas de paralysie glosso-labiée, par le Dr J. Collet (de Lyon). 253

V. — Abcès chroniques du voile, par le Dr Cartaz. 257

VI. — Du traitement chirurgical dans l'otite moyenne sèche, par le Dr F. Mounier. 263

VII. — Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire, par le Dr Luc. 273

REVUE CRITIQUE DE LARYNGOLOGIE. — Le rapport de M. Lermoyez. par le Dr Paul Raugé 286

INSTRUMENTS NOUVEAUX. — Insufflateur à air comprimé, par le Dr Maurice Boulay. 311

SOCIÉTÉS SAVANTES. — Compte rendu de la Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie, par J. Decorse et F. Helme. — Le traitement de l'ozène. — Eclairage par contact du sinus maxillaire. — Molluscum pendulum de l'amygdale. — Abcès chroniques

VIN DE CHASSAING
BI-DIGESTIF
Prescrit depuis 30 ans
CONTRE LES AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES
Paris, 6, Avenue Victoria.

CONSTIPATION
Guérison par la véritable
Poudre Laxative de Vichy
Laxatif sûr, agréable, facile à prendre
Le flac. de 25 doses environ 2 fr. 50
PARIS, 6, AVENUE VICTORIA ET Phies.

CÉRÉBRINE
(COCA-THEINE ANALGESIQUE PAUSODUN)
Liqueur agréable, *de composition bien définie*, n'ayant aucun rapport avec les liquides organiques injectables auxquels elle est bien antérieure, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus. — *Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès.*
MIGRAINES, NÉVRALGIES, **Courbature** due au refroidissement, à la fatigue ou au surmenage, **Odontalgies, Zona, Lumbago, Coliques menstruelles.** — Fl. 5 fr. et 3 fr.
C. BROMÉE : Neurasthénie, Névroses, États congestifs du cerveau. — Fl. 5 fr.
C. IODÉE : Névralgies rhumatismales, constitutionnelles ou relevant du traitement par les *Iodiques*. Fl. 5 fr.
C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau et autres rebelles à *tous traitements antérieurs*. De 1 à 3 c. à s. par jour. Flacon 6 fr.
C. QUINIÉE : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives : de 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.
NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO
E. FOURNIER, 114, Rue de Provence. Paris

du voile. — Traitement de la raucité par les exercices vocaux. — Tuberculose laryngée nodulaire. — L'eucaïne en rhinologie. — Les paralysies récurrentielles. — Critique de la méthode d'Ogston-Luc. — Nouvelle méthode pour la cure radicale de la sinusite maxillaire. — Traitement chirurgical de l'otite sèche. — Rétrécissement œsophagien traité par la sonde de Jaboulay. — Sur l'ostéo-périostite mastoïdienne. — L'ictus laryngé. — Paralysies récurrentielles incomplètes. — Les affections du larynx, du nez et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale. — Sur la perforation artificielle du tympan. — Traitement des déviations de la cloison. — Sur trois cas de complications intra-crâniennes d'origine otique. — Paralysies de la C. V. G. de cause alcoolique. — Les affections auriculaires dans la goutte. — Tumeurs papillaires du cornet inférieur. — Analyse chimique du cerumen. — Tumeur vasculaire de la cloison nasale. — Troubles causés par les végétations adénoïdes chez les adolescents et les adultes. — Inflammation aiguë de l'amygdale linguale. — Perception de la direction des sons. — Papillomes du voile du palais. — La toux pharyngée. — L'ozène traité par la médication alcaline. — Laryngoplégie unilatérale. — Recherches bactériologiques sur l'ozène. — Périostite mastoïdienne. — Complications intra-crâniennes des otites et des sinusites frontales. — Un nouvel olfactomètre. — Lésions de l'oreille, du nez et du pharynx chez les sourds-muets. — Traitement des laryngites par les pulvérisations. — Résultats éloignés des sinusites frontales. — Les lavages de la trompe dans l'otite. — Épistaxis dues aux odeurs . . . . . 314 à 380

OUVRAGES REÇUS . . . . . Suppléments VII et VIII.

SIROP MIREILLE

AU BROMHYDRATE DE CODÉINE

A la terpine, au benzoate de soude, à l'aconit, etc.

ASSOCIATION RATIONNELLE ET SCIENTIFIQUE

de divers produits actifs, d'action différente, mais convergente, produisants des effets curatifs complets.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

L'action du **SIROP MIREILLE** est à la fois calmante, anesthésique, antiseptique, pectorale et sudorifique. C'est un remède certain et toujours fidèle, sur lequel le médecin peut compter d'une façon absolue, même dans les cas les plus invétérés. *Il réussit toujours.*

La **PATE MIREILLE**, au **BROMHYDRATE** de **COCAÏNE**, à la **Terpine**, au **Benzoate de Soude** et au **Chlorate de Potasse**, est assurément la plus plus efficace dans toutes les affections de la gorge, du larynx, etc.

Envoi GRATUIT et FRANCO d'échantillons sur demande à tous les médecins.

LANOS, pharmacien de 1re classe, 43, avenue Kléber, PARIS

Tome X. — N° 3 Mai-Juin 1897

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

BULLETIN

Nous avons eu le mois dernier la réunion annuelle de la Société française de Laryngologie. Les discussions se sont poursuivies durant quatre séances. Je ne m'en plains pas, cependant si cela continue, il faudra bientôt un fort volume pour résumer les débats de notre société. On en trouvera plus loin le compte rendu. Je me suis efforcé de le rédiger aussi complet que possible.

On se rendra aisément compte, à la lecture, que la quantité des communications n'a pas nui à leur qualité. Nous avons peu de tendance, entre nous, à flagorner ; la flatterie mutuelle n'est pas notre fait, et dans une association de Médecins tout ce qu'on peut demander c'est que chacun rende justice à son voisin. Cette réflexion est faite pour donner plus de prix aux applaudissements qui ont souligné la discussion des rapports. Les confrères chargés de les rédiger méritaient bien les suffrages qu'ils ont recueillis, et il est à souhaiter que chaque année nous ayons des œuvres aussi solides et aussi consciencieuses.

Parmi les communications, je signalerai en premier lieu celles de Luc. L'an dernier, notre confrère nous avait exposé

sa nouvelle méthode pour le traitement des sinusites frontales ; cette année son esprit inventif s'est attaché à la chirurgie du sinus maxillaire. Il n'a pas été moins heureux cette fois que l'autre. On trouvera plus loin l'exposé de sa méthode et on s'expliquera facilement que le travail de notre confrère ait été, comme on dit, un des clous de notre réunion.

Je noterai encore, toujours à propos de Luc, la critique qu'il a faite de son traitement du sinus frontal. Habituellement, ceux qui créent une méthode ne veulent voir que le côté brillant de leur œuvre, « nos enfants sont beaux et bien faits ». Luc, lui, n'a pas hésité à montrer ce que son procédé pouvait avoir de défectueux. C'est là un fait assez rare, et que j'ai cru devoir relever, dût la modestie de notre confrère en souffrir. Voilà donc la question des sinus en bonne voie.

Pour le traitement chirurgical de l'otite sèche, on hésite encore, semble-t-il. Cependant Mounier nous a donné sur le sujet un mémoire que je vous recommande ; il mérite de ne pas passer inaperçu. Au lieu de décoller le pavillon de l'oreille, Mounier se contente, après avoir enlevé le tympan et les osselets, d'abattre un pan du mur de la logette. Il arrive ainsi tout droit sur l'étrier, qu'il peut mobiliser à son aise. J'ai assisté Mounier dans deux opérations, j'ai vu ses malades, et je peux dire ainsi par expérience qu'il y a là quelque chose. Le grand avantage que je trouve à la technique de notre confrère, c'est que si les résultats éventuels de l'intervention risquent d'être minimes, en revanche le malade n'aura été exposé qu'au minimum de délabrements.

Je termine en constatant une fois de plus toute la courtoisie qui préside à nos discussions. Je tiens aussi à dire le plaisir que nous avons à revoir chaque année nos bons amis, Dundas-Grant, de Londres, Moll, d'Arnhem, Beco, de Liège, etc. Non seulement ces collègues ne craignent pas de quitter leurs occupations pour passer quelques jours au milieu de nous, mais encore ils n'y viennent jamais les mains vides, nous apportant toujours quelque mémoire intéressant. Il est à souhaiter que leur exemple soit suivi et que nos confrères étrangers viennent chaque année, plus nombreux, prendre part à nos réunions.

F. H.

I

DE LA PARÉSIE INTERMITTENTE

DU VOILE DU PALAIS

DANS LA NEURASTHÉNIE

Par le Dr **J. GAREL**,
Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Les paralysies du voile du palais sont loin d'être rares, nous en avons tous observé des cas dans le cours de certaines affections du système nerveux central, dans le cours de la syphilis et principalement à la suite de l'infection diphtéritique.

Les cas dont nous voulons nous occuper ici n'ont aucun lien de parenté avec les divers processus que nous venons d'énumérer. Il s'agit de parésies du voile se présentant avec des signes bien tranchés. Elles sont intermittentes, durent de quelques secondes à quelques minutes, voire même quelques semaines, et offrent ce caractère spécial, c'est qu'elles surviennent et disparaissent avec la même rapidité.

Nous allons citer tout d'abord les rares observations que nous avons eu l'occasion de recueillir dans ces dernières années.

Obs. I. — *Parésie intermittente bilatérale du voile du palais.* Mme P..., âgée de 63 ans, m'est adressée par mon distingué confrère le Dr. Faure de Pierrelatte, le 13 mars 1895.

Le Dr. Faure me transmet les renseignements suivants :

Cette malade ne présente aucune tare héréditaire ou acquise. Jusqu'en 1891, elle a toujours joui d'une santé parfaite. A cette époque, à propos du mariage de l'une de ses filles, elle éprouva de violents

ennuis et devint neurasthénique. Les symptômes étaient : amaigrissement, insomnie, troubles cérébraux légers, sensation de froid à la tête, douleur en ceinture, cette dernière ne survenant qu'à propos d'un travail très long ou trop pénible. A ce moment, on constata un faible degré de glycosurie.

Grâce à un traitement tonique, la malade eut à plusieurs reprises des périodes d'amélioration, jusqu'au mois de novembre 1895. Se trouvant un jour à l'Exposition de Lyon, elle eut une grande émotion, ayant perdu de vue son mari dans le parc. Quinze jours après, sa voix prit subitement un timbre nasonné. Cet accident, néanmoins, cessa assez rapidement mais se reproduisit souvent à des intervalles plus ou moins éloignés. Parfois le nasonnement acquérait une telle intensité que la voix devenait absolument incompréhensible. A certains moments même, mais rarement, quelques parcelles alimentaires s'engageaient dans les fosses nasales postérieures. La sensibilité du voile était tantôt obtuse, tantôt exagérée. Tels étaient les renseignements fournis par mon confrère.

J'interroge à mon tour la malade. Elle m'apprend qu'elle exerce la profession de couturière. Elle a toujours eu une vie très agitée et remplie d'émotions. Aucune maladie importante à noter dans l'enfance. Menstruation tardive. Elle s'est mariée à 21 ans, a eu quatre enfants et une fausse couche. A signaler des coliques hépatiques antérieures, mais jamais de crises nerveuses. Les troubles nerveux ne sont survenus que dans ces quatre dernières années.

Le nasonnement intermittent qui constitue la partie intéressante de cette observation a débuté, comme nous l'avons dit, en 1894, quinze jours après une violente émotion. Elle l'attribua tout d'abord à un rhume de cerveau. Les crises de nasonnement duraient cinq minutes à peine. Elles étaient rares d'abord, ne survenant environ que tous les quinze jours. Elles devinrent bientôt plus fréquentes ; actuellement elles éclatent dès que la malade a parlé quelques instants. Certains jours le nasonnement dure presque toute la journée, et principalement après les repas. Depuis un mois et demi la malade éprouve de légers troubles de la déglutition, à la fin de son repas, deux ou trois gouttes de café passent par les fosses nasales. Elle ressent aussi un peu de douleur dans l'épaisseur des joues et le long des ailes du nez, mais sans qu'il survienne un aspect grimaçant de la face. Elle dit également qu'elle aurait un peu plus de difficulté pour mordre sa lèvre supérieure.

Les accès de nasonnement sont très curieux à observer. Lorsque la malade commence une phrase, le timbre de la voix est absolument normal, puis au bout de quelques mots la voix devient un peu ralentie et le nasonnement éclate, augmentant rapidement d'intensité de telle façon que la voix devient incompréhensible. La malade se trouve dans les conditions de la rhinolalie ouverte, il lui est impossible de prononcer les S, les consonnes explosives P, B, D donnent l'impression de l'M et de l'N, etc...

Pour me rendre compte de la rapidité avec laquelle survient le nasonnement, je fais compter la malade et je note que la voix s'altère

à partir du chiffre 12 ou 15. Le lendemain, la malade moins impressionnée que la veille peut arriver au chiffre 75 avant de prendre son timbre nasal.

En examinant le voile dès que commence l'accès, je constate que le voile du palais prend une position tombante, immobile et qu'il ne peut plus se redresser en arrière, toutefois, l'immobilité paraît encore plus complète si l'on fait émettre quelques sons. J'examine aussi le voile par la rhinoscopie antérieure, en faisant dire plusieurs fois de suite « deux ». Au début on aperçoit nettement les mouvements du dos du voile, mais bientôt ces mouvements deviennent fort limités, et paraissent être le résultat de simples secousses passives par pression aérienne.

J'ai déjà parlé de l'état de sensibilité du voile. Quant à la sensibilité générale, elle ne paraît pas altérée. La perception des couleurs est normale et je ne trouve aucune diminution du champ visuel.

La marche est normale. Il n'y a pas d'exagération du réflexe rotulien. A noter quelques besoins fréquents d'uriner. La glycosurie fait actuellement défaut. Deux séances de faradisation du voile ne donnent aucun résultat. Je prescris un traitement antispasmodique.

Obs. II. — *Parésie intermittente du voile du palais consécutive à la grippe.*

Mme G..., 32 ans, vient me consulter le 22 juillet 1895, pour un trouble particulier de la voix.

Cette malade a eu la grippe en décembre 1894. La grippe ne fut compliquée d'aucune manifestation du côté de l'arrière-gorge. On ne trouve pas la moindre trace d'ennuis dans l'histoire de la malade.

A la suite de la grippe, cette femme prétend qu'elle a perdu en grande partie la force des bras et des jambes A partir du mois de janvier suivant, elle remarqua que sa voix faiblissait brusquement par intervalles et qu'elle devenait nasonnée. Dans la conversation ordinaire, dès qu'elle a prononcé quelques syllabes, la voix prend un timbre nasal fort désagréable. La malade s'arrête alors de parler et le nasonnement disparaît immédiatement. Je la fais compter et le nasonnement survient à partir du chiffre 6. Si je fais dire « A », la bouche largement ouverte, je constate que le voile du palais devient de plus en plus immobile, puis soudain, il se redresse brusquement en position normale. Bien entendu, la voyelle est altérée pendant que le voile prend la position verticale. Un phénomène semblable s'observe si l'on examine le dos du voile par la rhinoscopie antérieure en faisant prononcer plusieurs fois de suite « deux ». Les cordes vocales fonctionnent normalement. Les mouvements des lèvres, pendant l'émission des sons, paraissent un peu limités. La malade fait remarquer que parfois, pendant les mouvements de déglutition, quelques parcelles alimentaires s'engagent dans les fosses nasales postérieures.

Notons encore un certain degré de paresse du pharynx, car la malade ne peut boire un verre d'eau en entier d'un seul coup, elle se plaint en outre d'une salivation exagérée. A signaler enfin une légère douleur à la nuque, et, à son dire, un peu de fièvre le soir, sans que toutefois cette fièvre ait été vérifiée au moyen du thermomètre.

Obs. III. — *Nasonnement, paralysie bilatérale récidivante du voile du palais.*

Madame B..., 33 ans, habitant les environs de Roanne, vient me consulter le 26 septembre 1893.

Cette malade a eu six enfants. Elle est très nerveuse, mais n'a jamais pris de crises de nerfs. Elle aurait eu à plusieurs reprises des esquinancies.

Depuis trois mois elle se plaint d'avoir du nasonnement occasionné par une paralysie du voile du palais. Son affection n'a pas débuté par une angine, ni par la diphtérie qui d'ailleurs n'existe pas à l'état épidémique dans la région. Elle a été examinée à Roanne par deux médecins fort distingués qui ont faradisé le voile sans le moindre succès. Les liquides passaient souvent par le nez, et il a fallu nourrir la malade à la sonde pendant un mois! Les jambes étaient devenues très faibles. La malade a été bien améliorée par une série de 25 douches froides. Je prescris des antispasmodiques.

Je revois la malade le 3 juillet 1895, c'est-à-dire 22 mois après sa première visite. Elle me raconte qu'elle a été guérie, après deux mois de traitement. Elle se surmène toujours beaucoup et se plaint d'une grande faiblesse consécutive à une angine datant de trois semaines qui la fit souffrir pendant six jours. Je constate un coryza sec chronique causé par une hypertrophie du cornet moyen et je ponctionne la tête du cornet. Lors de cette visite la malade me déclare qu'elle n'a pas repris de paralysie du voile depuis 1893.

Le 15 janvier 1897, elle vient me trouver pour la troisième fois. Il y a deux mois, en octobre dernier, la paralysie du voile a reparu pendant une quinzaine de jours, elle avait débuté brusquement à la suite d'une contrariété et avait ensuite disparu lentement. Cette nouvelle paralysie n'a pas débuté sous l'influence d'une angine, mais elle a été suivie d'une esquinancie. J'insiste sur ce point pour bien démontrer que la paralysie ne pouvait en aucune façon relever de la diphtérie.

Enfin, il y a quinze jours, pour la troisième fois, après une vive émotion, survient une nouvelle paralysie du voile aussi complète que possible, car les liquides et même les aliments solides passent par les fosses nasales.

A l'examen, le voile paraît immobile, il se contracte un peu par le courant faradique mais très incomplètement. La sensibilité de la muqueuse paraît moins marquée qu'à l'état normal, mais elle est loin d'être abolie. Le matin, la malade reconnaît que la paralysie est moins accusée; par contre, la moindre émotion amène une recrudescence de ce symptôme.

En dehors de ces trois observations principales, j'ai observé une jeune fille de 25 ans, qui présentait du nasonnement presque constant depuis six mois. Cette malade s'était surmenée beaucoup en soignant sa mère pendant une longue maladie. Elle était très affirmative sur l'absence d'angine au début. La rhinolalie était surtout marquée depuis 2 mois. La malade parlait d'une voix relativement faible comme

si elle contractait son larynx d'une façon exagérée, il existait une sorte de spasme phonique. Elle présentait également des troubles nerveux nombreux et variés. Par l'exercice, il était possible de lui faire prononcer quelques mots sans le timbre nasal.

J'ai retrouvé aussi dans mes notes l'observation malheureusement trop sommaire d'une religieuse très nerveuse qui disait avoir du nasonnement intermittent depuis plus de dix ans. Le voile du palais semblait parésié des deux côtés, mais les liquides ne passaient jamais par les fosses nasales.

De ces divers cas, nous ne retiendrons que les trois principales observations. *Dans la première,* on voit qu'il s'agit d'une femme ayant toujours joui d'une santé parfaite, et qui, depuis quatre ans, est tombée dans la neurasthénie la plus complète. Enfin au bout de ce temps, à la suite d'une émotion vive, la malade est soudain prise de nasonnement, elle prétend même que parfois elle rejette des parcelles alimentaires par les fosses nasales. Le nasonnement durait d'abord cinq minutes et se reproduisait souvent à quelques jours d'intervalle. Maintenant il lui suffit de commencer une phrase pour prendre une voix nasonnée. Après l'émission de quelques mots seulement la voix devient incompréhensible. Si la malade s'arrête de parler, le nasonnement disparaît pour reparaître dès qu'elle prononce une nouvelle phrase. Il va sans dire que le voile est paralysé bilatéralement d'une manière intermittente, comme nous avons pu le vérifier par l'examen direct.

Dans le second cas, nous retrouvons absolument les mêmes symptômes. La malade parle et la voix prend de suite le timbre nasonné, quelques instants de repos suffisent à rendre la voix normale, mais le retour *ad integrum* est de courte durée. Ici, la grippe intervient bien comme cause, mais il faut aussi tenir le plus grand compte du terrain nerveux.

Cette malade a été examinée par mon savant maître le Prof. Lépine, et je me suis empressé de lui demander son opinion sur ce cas. Pour lui, c'est une variété de myopragie qui apparaît sous une influence nerveuse, tandis qu'habituellement, la myopragie a pour cause l'athérome artériel. Y a-t-il, dans ce cas, un spasme artériel pour expliquer la myopragie ? Rien ne le prouve, et les troubles de la sensibilité très nets qu'elle a eus à gauche, semblent plutôt indiquer l'origine nerveuse du mal. Pour le Prof. Lépine, cette paralysie intermittente

du voile serait la conséquence de la grippe. Ce serait une neurasthénie tout à fait spéciale frappant surtout l'appareil glosso-pharyngé et même masticateur, car la malade prétend qu'elle ne peut mâcher une croûte de pain. Il existe aussi une parésie générale. On ne peut songer à une véritable névrite, puisque les fourmillements et les douleurs ont totalement fait défaut.

La troisième observation a trait à une femme incontestablement très nerveuse. Mais ici, il s'agit d'une forme de parésie plus durable puisque la première atteinte persista pendant trois mois. Quatre ans plus tard, à l'occasion de contrariétés et d'émotions, elle prend à nouveau pendant quinze jours une paralysie du voile. Deux mois après, elle vient me trouver encore frappée de paralysie du voile depuis quinze jours également.

On voit, d'après ces faits, que la neurasthénie peut frapper le voile du palais dans sa motricité de deux façons différentes. Tantôt elle provoque des paralysies de très courte durée, tantôt elle détermine une immobilité plus ou moins durable du voile ; mais encore ici, malgré la durée relative des crises de paralysie, il faut retenir que le phénomène présente toujours ce même caractère d'intermittence.

Il est évident que tous, lorsque nous examinons pour la première fois un malade atteint de nasonnement, nous songeons en premier lieu à la possibilité d'une diphtérie antérieure. C'est de beaucoup le cas le plus fréquent, c'est l'opinion qui s'impose avant toute autre, car les paralysies provenant d'une affection plus ou moins systématisée du système nerveux central ou bulbaire sont infiniment plus rares.

Toutefois dans nos observations une semblable erreur est impossible, surtout dans les deux premiers cas, puisque chez nos deux malades, la voix conserve son timbre normal au début de chaque phrase ; au bout de quelques mots seulement on voit la parole devenir progressivement inintelligible et prendre le caractère nasonné. Pour la troisième observation, il nous a suffi d'interroger la malade pour comprendre qu'une paralysie qui s'était reproduite à trois reprises différentes, ne pouvait avoir aucun rapport avec la diphtérie.

Si donc il ne nous était pas permis de songer un instant à une paralysie post-diphtérique, il était bien plus difficile encore d'admettre une lésion du système nerveux central, ou périphérique. Les diverses paralysies syphilitiques combinées, celles du tabes, de la paralysie labio-glosso-laryngée, etc., n'avaient aucune raison d'entrer en ligne de compte. Ces affections, en effet, ne présentent pas des paralysies intermittentes aussi caractérisées, puis les paralysies sont le plus souvent unilatérales, combinées avec les paralysies franches d'une corde vocale, de la langue, des lèvres, etc. Dans la deuxième observation, on note bien quelques légers troubles de la mastication, mais ils sont de bien minime importance.

La neurasthénie seule permet d'expliquer ce genre de troubles moteurs du voile. D'abord, dans l'observation I, le Dr Faure avait en somme noté tous les stigmates propres à la neurasthénie; en outre, dans les cas I et III, le nasonnement éclate à l'occasion de contrariétés et d'émotions vives.

Dans l'observation II, au contraire, la paralysie parait avoir pris naissance sous l'influence de la grippe, mais ici le terrain nerveux existe encore; on constate de la faiblesse générale, de l'augmentation de la secrétion salivaire, des douleurs à la nuque et quelques troubles légers de la mastication.

Comme notre collègue Bouveret, nous sommes d'avis qu'il ne faut point exagérer le rôle joué par les maladies infectieuses dans l'étiologie de la neurasthénie. Sans doute ces affections sont une cause puissante d'affaiblissement nerveux, et c'est ainsi que l'on peut expliquer les paralysies décrites par Landouzy dans la convalescence des maladies aiguës. On peut être toutefois un débilité par convalescence sans être un neurasthénique au sens propre du mot.

Mais Bouveret fait remarquer que les maladies infectieuses diminuent la résistance du système nerveux, elles le rendent plus facilement vulnérable. Survienne alors une grande émotion, et la névrose éclate. La maladie infectieuse en cela n'a pas joué d'autre rôle que celui de cause prédisposante.

En somme, il résulte de nos observations que, quelle qu'ait été la cause déterminante de la paralysie du voile, dans les trois cas la neurasthénie en a été la cause première.

L'asthénie motrice est d'ailleurs fréquente dans la neuras-

thénie. La paralysie neurasthénique, d'après Bouveret, se distingue facilement de la paralysie hystérique véritable par ses caractères spéciaux : elle est incomplète, mobile et procède par accès de courte durée. Ce sont précisément les symptômes signalés dans nos observations.

Chez les neurasthéniques, deux ordres de phénomènes peuvent se produire, à l'occasion d'un mouvement voulu. Ou bien la contraction dépasse la mesure et aboutit au spasme, comme cela a lieu dans certaines formes de spasmes phoniques, de crampes professionnelles diverses ou encore dans le laryngo-spasme intermittent que nous avons décrit avec Collet en 1892. Ou bien la contraction est normale au début, mais à la phase de contraction succède bientôt une phase de parésie due à l'épuisement nerveux rapide. La contraction du muscle cède et le muscle, en dépit des efforts du malade, passe à la position de repos plus ou moins absolu. L'influx nerveux arrive tout d'abord en quantité suffisante, mais il provient, si nous pouvons nous exprimer ainsi, d'un réservoir de trop minime capacité. On ne peut mieux comparer ces troubles moteurs intermittents qu'aux phénomènes de polarisation que l'on observe dans la plupart des piles électriques. Comme pour ces dernières, il faut au muscle une période de repos pour lui permettre de récupérer sa contractilité normale.

Nous ne savons si quelques-uns de nos collègues ont observé des cas semblables de parésie intermittente du voile avec crises aussi fréquentes que dans les deux premiers faits cliniques que nous rapportons ; pour nous, nous les regardons comme excessivement rares. Toutefois ces formes intermittentes sont bien connues pour d'autres groupes musculaires, et Bouveret en cite plusieurs exemples. Dans tous les cas, le malade accomplit le mouvement voulu, mais il est incapable de soutenir longtemps la contraction musculaire.

M. Lépine qui, comme nous l'avons dit, a eu l'occasion d'examiner la malade de l'observ. II, pense qu'il s'agit d'une sorte de myopragie d'origine neurasthénique. On sait que Potain désigne, sous cette dénomination, l'état d'un organe dont l'activité physiologique se tient au-dessous du taux normal. De telle sorte que l'organe atteint de myopragie est incapable de remplir longtemps et d'une façon suivie sa fonction

habituelle. Des périodes fréquentes de repos sont indispensables pour permettre la reprise de la fonction normale. La claudication intermittente décrite par Charcot est un véritable type de myopragie. Mais Potain ne vise ainsi que les myopragies résultant de la diminution de l'apport sanguin dans un organe ; le trouble fonctionnel intermittent relève alors d'un processus ischémique. Dans nos observations rien ne permet de penser à des troubles circulatoires, il s'agirait plutôt d'une myopragie d'origine nerveuse. La diminution de l'apport sanguin est ici remplacée par une distribution irrégulière de l'influx nerveux. La pathogénie est différente, mais dans les deux cas il survient de l'impotence fonctionnelle intermittente. Peu importe d'ailleurs la dénomination à donner au fait même. Ce que nous désirons surtout, c'est attirer l'attention sur un genre rare de paralysie du voile du palais.

Nous serons très bref sur la question de traitement. Nous tenons néanmoins à déclarer que nos tentatives de faradisation du voile n'ont donné aucun résultat. Nous en avons été réduit à instituer une médication antispasmodique. Nous n'avons malheureusement pas pu suivre nos malades, nous ignorons si elles sont actuellement guéries.

II

EXTIRPATION EXTEMPORANÉE

PAR LES VOIES NATURELLES, DES

GROS POLYPES NASO-PHARYNGIENS

par le Dr **E. DOYEN**

(Communication lue à l'Académie de Médecine)

L'ablation des polypes naso-pharyngiens volumineux demeure une des opérations les plus graves et les plus émouvantes, et n'a pas sensiblement bénéficié des progrès récents de la chirurgie.

L'hémorragie effrayante qui se produit dès qu'on aborde ces tumeurs, l'accès difficile de leur point d'implantation sont à juste titre redoutés de la plupart des opérateurs.

Aussi les chirurgiens qui tentèrent l'ablation des gros polypes naso-pharyngiens proposèrent-ils de les atteindre par une voie indirecte.

Manne, en 1717, tenta l'incision médiane du voile du palais. Dieffenbach, en 1834, Maisonneuve, en 1859, firent une boutonnière palatine longitudinale. Bœckel préfère l'incision transversale, à l'union du palais osseux et du voile. Nélaton, en 1848, ajouta à la section du palais la résection partielle de la lame palatine du maxillaire supérieur. Dupuytren préconisa la voie nasale. Il incisait le nez sur la ligne médiane et écartait les os propres et les cornets. Chassaignac détachait le nez d'un côté pour le rabattre sur la joue opposée. Ollier pratique depuis 1875 l'ostéotomie verticale des os propres du nez, qu'il rabat sur les lèvres.

La résection du maxillaire supérieur a été faite pour la première fois, dans le but d'extraire un polype naso-pharyngien par SYME, en 1832. Cette opération fut répétée par Michaux, Maisonneuve, Verneuil.

LANGENBECK exécuta le premier, en 1859, la résection temporaire du maxillaire supérieur, déjà proposée en 1852 par HUGUIER, qui ne la tenta sur le vivant qu'en 1860.

BRUNNS, plus récemment, proposa la simple résection de l'arcade zygomatique.

Cette longue énumération de procédés opératoires, tous graves et compliqués, tous caractérisés par des mutilations étendues et souvent irrémédiables, permet de juger de prime abord des difficultés exceptionnelles que présente l'ablation de ces tumeurs.

Nous n'avions jamais observé de polype naso-pharyngien, qui ne pût être enlevé soit par la voie nasale, soit par la voie pharyngée, à l'aide du serre-nœud ou des pinces spéciales que nous avons fait construire à cet effet et que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie de Médecine, lorsque, le 19 avril 1894, se présenta à notre examen, à Reims, un enfant de 15 ans, le voile du palais déformé par un polype énorme qui remplissait le pharynx, les fosses nasales et le sinus maxillaire.

Des hémorragies fréquentes et redoutables mettaient ses jours en danger.

La moindre exploration digitale déterminait une perte de sang inquiétante et d'autant plus difficile à maîtriser, que le volume de la tumeur occasionnait un état de suffocation presque permanent.

L'expérience que nous avions déjà de l'ablation extemporanée de tumeurs assez volumineuses du pharynx et des fosses nasales nous fit décider de rejeter de propos délibéré les mutilations généralement proposées en pareil cas, et de tenter l'ablation rapide par les voies naturelles.

Ne redoutez-vous pas l'hémorragie? objecta un des confrères présents.

Pourquoi la craindre ici plutôt que dans les opérations de goitre ou dans l'hystérectomie?

Nous avions fait construire, par M. Collin, une rugine courbe sur le plat, analogue à celles qui servent à décoller les

tissus mous du palais dans la staphylorraphie, et disposée de manière à suivre exactement de haut en bas l'apophyse basilaire de l'occipital.

Le malade endormi et placé la tête déclive, nous saisissons la portion visible de la tumeur, au fond du pharynx, avec une pince de Museux et nous explorons de l'index droit le point d'implantation du polype. Le sang s'écoule à flots. Un coup de rugine, et la tumeur entière, détachée comme une huître de son écaille, est extraite. Les prolongements nasaux et maxillaires étaient si volumineux, qu'au bout de quelques minutes, après avoir enlevé le tampon de gaze appliqué dans le pharynx à l'issue de la tumeur, je reconnus une déchirure latérale du voile du palais; toute hémorragie avait cessé.

Quelques points de suture et l'enfant guérit en quelques jours. Pas de récidive. Cette opération, tellement rapide — l'énucléation avait duré quelques secondes et les assistants avaient à peine eu le temps de se rendre compte que tout était terminé — venait apporter une confirmation éclatante à notre méthode générale d'énucléation rapide des tumeurs, sans hémostase préventive ; méthode que nous avons depuis dix ans appliquée avec tant de succès aux opérations les plus variées, diminuant à la fois leur durée et leur gravité.

Maisonneuve avait fait la même remarque à propos de l'ablation, qu'il exécutait d'une manière si magistrale, du maxillaire supérieur. « Ne vous préoccupez pas du sang — enlevez « l'os, enseignait-il à ses élèves, et l'hémorragie s'arrête « comme par enchantement. »

Nous étions demeuré de longs mois sans avoir tenté de nouveau cette ablation extemporanée d'un volumineux polype naso-pharyngien, lorsque en janvier dernier, nous avons eu l'occasion d'examiner, à notre clinique de l'avenue d'Iéna, à Paris, un nouveau cas, exceptionnellement grave, de la même affection. L'opération eut lieu le 2 février.

L'enfant, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui est encore aujourd'hui, sept semaines après l'opération, pâle et chétif, se trouvait dans un état de dépérissement extrême.

Il présentait à la joue gauche une large cicatrice de résec-

tion partielle du maxillaire supérieur. Le voile du palais avait été entièrement incisé.

Depuis quatre ans, outre ces mutilations absolument inefficaces, l'enfant subissait de loin en loin une tentative de morcellement de sa tumeur. Chaque fois il se trouvait anémié par une perte de sang considérable.

Plus on renouvelait ces tentatives et plus l'état général s'aggravait.

Lorsque le malade s'est présenté à moi, la tumeur était tellement volumineuse, qu'elle remplissait presque entièrement la cavité pharyngo-buccale, si bien que l'enfant, épuisé par les hémorragies, était en même temps menacé de succomber d'inanition. Il ne pouvait plus serrer les mâchoires.

Le petit malade, âgé de 14 ans, est doué d'une énergie et d'un courage étonnants à cet âge. Il se fit photographier la veille de l'opération, comme s'il allait mourir, et vint se soumettre bravement au chloroforme.

Nous avions fait construire pour ce cas par M. Collin deux nouvelles rugines, de forme très différente, afin d'être sûr d'atteindre toute l'implantation de cette énorme tumeur.

Le malade placé la tête déclive, j'essaye de saisir le polype avec des pinces de Museux. La partie accessible, bourgeonnante et suppurée, se déchire. L'exploration digitale immédiate du point d'implantation détermine une hémorragie telle que l'enfant pâlit et suffoque.

Pas un instant à perdre. L'index gauche dans le pharynx, comme guide, je détache de trois coups de rugine aussi énergiques que rapides la tumeur, et je tamponne le pharynx. A peine deux minutes s'étaient-elles écoulées que, retirant le tampon de gaze, je constate l'absence de toute hémorragie.

La tumeur principale avait été extraite d'une seule pièce, avec ses prolongements nasaux et maxillaires.

Je fis constater aux assistants, en recueillant les caillots, que l'hémorragie, si subite et si effrayante au moment où elle s'était produite, n'avait pas comporté beaucoup plus d'une centaine de grammes de sang. C'est qu'elle avait à peine duré trente secondes.

Il ne fut même pas nécessaire de laisser un tampon à demeure.

Un troisième cas s'est enfin présenté à notre clinique de Paris, il y a quatre semaines. L'enfant, âgé de 16 ans, portait au-dessus du voile du palais, une large tumeur dure avec prolongements nasaux.

Le diagnostic exact n'avait été fait par aucun des confrères qui avaient été appelés à l'examiner.

La tumeur, sessile et impossible à saisir avec des pinces à griffes, fut extraite à l'aide des mêmes instruments que la précédente. Mais, comme ici il était impossible de franchir en haut les limites de la zone d'implantation, celle-ci fut pénétrée latéralement et la rugine fut portée en haut, vers la racine du vomer, puis en bas, et la masse principale extraite en quelques instants.

L'hémorragie immédiate a été, comme dans les deux autres cas, considérable.

Au bout de quinze jours, remarquant que l'enfant, depuis longtemps de retour chez ses parents, avait encore les narines obstruées, je pratiquai la rhinoscopie et constatai la présence au fond des narines, de la gauche surtout, d'un prolongement polypeux dont le point d'union à la masse principale avait dû céder lors de la première intervention.

L'enfant endormi de nouveau, ce qui était demeuré du polype fut extrait sans peine d'un seul coup d'une de nos pinces à tumeurs adénoïdes.

L'examen de ces tumeurs en a démontré la structure vasculaire. Ce sont de véritables fibromes érectiles.

Il est intéressant de comparer ces deux enfants : le dernier, opéré d'emblée par notre méthode extemporanée ; le premier, victime de la chirurgie hésitante et laborieuse. Le dernier, guéri sans aucune trace apparente de sa redoutable affection ; le premier, inutilement mutilé dans une série d'interventions où l'on s'est acharné sur les os de la face, sur le palais, détruisant ce qu'il eût fallu ménager, déterminant des cicatrices indélébiles, tandis que la tumeur, après chacune de ces tentatives où l'on ne pouvait l'atteindre, augmentait de volume et s'aggravait de jour en jour.

J'ai présenté à l'Académie cet enfant avant la staphylorra-

phie, afin de mieux faire juger l'état de cicatrisation du large point d'implantation de la tumeur. Le palais sera réparé d'ici peu.

Nous proposons donc pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, de quelque volume qu'ils puissent être, l'énucléation extemporanée par les voies naturelles. Le point d'implantation est toujours postérieur au vomer.

Le pédicule détaché, les prolongements faciaux sont extraits avec la masse principale de la tumeur.

Ces prolongements distendent, sans adhérer à leur paroi, les cavités de la face. Leur extraction d'un seul bloc serait-elle impossible, le morcellement en serait aisé et inoffensif, après le détachement complet du pédicule.

Notre méthode est incomparable, tant par son innocuité que par ses résultats. Opérez vite. Attaquez d'emblée le point d'implantation du néoplasme : le sang coule à flots; hâtez-vous, hâtez-vous encore, la tumeur est extraite; le sang cesse de jaillir comme par enchantement.

Nous avons déjà signalé notre procédé d'extirpation rapide des goitres. En 6, 8, 10, 12 minutes tout est terminé, y compris le pansement.

Nous enlevons de même les tumeurs érectiles volumineuses. Incisez ces tumeurs, morcelez-les et tout saigne d'une manière effrayante. Coupez au contraire à quelque distance en plein tissu sain, et c'est à peine si vous aurez à lier ou à tordre quelques artérioles. Quant aux veines, le plus souvent elles s'affaisseront d'elles-mêmes.

Nous avons généralisé à toute la chirurgie les méthodes rapides et nous avons proscrit des opérations toute manœuvre, tout instrument qui ne soit indispensable.

Les chirurgiens s'habitueront donc à cette idée, si subversive qu'on la puisse prétendre, que moins on fait d'hémostase préventive et moins on perd de sang. Notre méthode a pu paraître trop osée. Aujourd'hui, elle a fait ses preuves entre les mains de nombreux chirurgiens.

C'est la méthode de l'avenir.

Plus de manœuvres prolongées, plus d'instruments inutiles; le temps, pour l'opéré, c'est la vie.

III

DU TUBAGE DU LARYNX

DANS LES OPÉRATIONS SUR

la Cavité naso-buccale, la Plèvre et le Poumon

Par le Dr **E. DOYEN.**

Il ne sera pas sans intérêt de présenter à l'Académie, à propos de ces opérations de polypes naso-pharyngiens, où le sang menace d'obstruer les voies aériennes, les canules spéciales à tubage du larynx que j'ai fait construire par M. Collin et dont je fais usage depuis plusieurs mois pour les opérations de staphylorraphie, les opérations sur le poumon, etc.

Ces canules laryngées, qui se placent aisément chez l'adulte comme chez l'enfant à l'aide d'une pince courbe, permettent de faire la narcose à distance, comme la canule à trachéotomie de Trendelenbourg, mais par les voies naturelles, et de mener à bien, sans interruption, les opérations les plus délicates.

Dans les opérations sur le poumon, leur emploi permet l'insufflation de cet organe.

Il nous est arrivé également, dans un cas de syncope subite chez une jeune fillette, au moment de l'ouverture large de la plèvre droite pour l'extirpation d'un sarcome de la paroi thoracique et des côtes, de suppléer avec succès à l'insufflation trachéale à laquelle nous n'étions pas préparé, par la suture rapide en surjet de la peau et par l'aspiration de l'air qui remplissait la plèvre. Nous reviendrons ultérieurement sur ces faits intéressants.

IV

EXAMEN DU LARYNX
dans un cas de Paralysie glosso-labiée

Par le Dr **F.-J. COLLET**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Bouch... Jean-Marie, 59 ans, jardinier, de Tramayes (Saône-et-Loire). Vers l'âge de 20 ans, affection thoracique ayant duré dix mois. Pas d'autre affection antérieure. Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Marié à 28 ans, il a eu six enfants dont cinq actuellement bien portants, le sixième est mort âgé d'un mois.

Le début des troubles de la parole remonte à six mois, époque à laquelle le malade aurait eu des dents cariées et des douleurs dentaires très vives s'irradiant jusque dans les oreilles. La difficulté de la parole n'a fait qu'augmenter depuis progressivement. Jamais de crises dyspnéiques. Pas d'ictus avant l'apparition des troubles de la parole.

Actuellement (14 mai 1897) la fente buccale est un peu élargie transversalement ; la face présente des rides verticales produisant un léger rictus. Le rire est facile, mais la contraction de l'orbiculaire est par contre défectueuse ; le malade ne peut pas arrondir la bouche. Depuis cinq ou six mois il lui est impossible de siffler alors qu'il le faisait très bien auparavant. La prononciation des labiales laisse beaucoup à désirer.

La langue est ridée, atrophiée. Le malade ne réussit que très imparfaitement à la tirer au dehors pour l'examen laryngoscopique. Elle présente de nombreux tremblements fibrillaires. La prononciation des linguales est très défectueuse.

Le voile du palais se relève normalement quand on l'excite, ou pendant les essais de phonation. Au dire du malade il n'y a jamais de reflux des liquides par le nez quand il avale. La voix est cependant un peu nasonnée.

La force d'élévation de la mâchoire inférieure et ses mouvements de diduction sont parfaitement conservés.

La voix du malade est manifestement monotone lorsqu'il répond aux questions qu'on lui pose. Invité à chanter il commence correctement les premières notes de la *Marseillaise*, mais avant la fin du premier

vers il lui est impossible d'élever le ton : l'oligotonie est évidente. Au laryngoscope on constate que pendant la phonation, les deux cordes se juxtaposent, mais toutefois imparfaitement, car la glotte reste un peu ovalaire ; la corde vocale droite notamment est un peu excavée sur son bord libre. Il y a donc une légère parésie du thyro-aryténoïdien interne, mais ceci est presque négligeable. Par contre dans l'abduction, les deux cordes s'écartent très mal l'une de l'autre ; il y a un certain degré de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Pas de cornage, pas de crises dyspnéiques. En somme, gêne considérable de l'abduction qui ne va pas jusqu'à la paralysie complète des abducteurs.

Pas de paralysies des muscles oculaires. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Pas de signes de tabes. Les membres supérieurs sont manifestement amaigris, surtout les masses musculaires du bras. Les éminences thénars ne sont pas atrophiées. Les mouvements du membre supérieur et notamment ceux du pouce se font facilement. Mais il y a des tremblements fibrillaires presque incessants dans les deltoïdes et les biceps. Pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes rotuliens ne paraissent pas exagérés.

L'examen des organes est négatif.

En résumé, syndrome glosso-labio laryngé. — L'absence d'ictus et le très lent développement des troubles de la parole permettent d'éliminer la paralysie pseudo-bulbaire. De même la parfaite symétrie des troubles de l'innervation de la face, l'absence de troubles de la sensibilité, la progression très lente de l'affection nous autorisent à rejeter l'hypothèse d'une névrite. On arrive fatalement au diagnostic de paralysie glosso-labio-laryngée nucléaire, d'origine bulbaire, avec atrophie musculaire progressive en voie d'évolution, ainsi que l'attestent les secousses fibrillaires du deltoïde et du biceps.

Il n'y a ni exagération des réflexes avec contracture, ni troubles trophiques ou troubles de la sensibilité douloureuse, cette atrophie musculaire ne peut donc être rapportée à la sclérose latérale amyotrophique ou à la syringomyélie. Notons en passant qu'ici elle parait beaucoup plus récente que la paralysie bulbaire qu'elle est venue compliquer. On sait que la succession inverse est plus ordinaire et que le syndrome glosso-labié se déclare plus souvent au cours d'une sclérose latérale amyotrophique on d'une amyotrophie du type Aran-Duchenne en voie d'évolution depuis plus ou moins longtemps.

Mais là n'est pas le principal intérêt de l'observation ; il nous paraît résider dans les résultats fournis par l'examen du

larynx : parésie des thyro-aryténoïdiens internes plus prononcée á droite, paralysie symétrique incomplète, quoique assez prononcée des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Les cas où l'examen laryngoscopique est pratiqué à la période de paralysie confirmée montrent ordinairement les deux cordes vocales en position cadavérique, — c'est-à-dire intermédiaire. Ici au contraire l'examen a été fait à une période beaucoup moins avancée de l'affection, à sa phase glosso-labiée ; le processus frappe d'abord la langue, puis les lèvres, comme chacun sait, avant d'intéresser le larynx[1].

Mais comment débute la paralysie laryngée? On admet généralement que ce sont les muscles tenseurs des cordes vocales qui sont les premiers pris, et que par suite la modulation des sons est la première troublée. Les muscles adducteurs ne seraient pris que secondairement.

Cette opinion se trouve exprimée dans l'article de M. Ruault[2] et dans le rapport si documenté de M. Lermoyez [3]. Dans notre cas cette parésie des tenseurs est constatable objectivement et fonctionnellement.

Notons encore qu'elle est inégalement prononcée à droite et à gauche, ce qui a déjà été signalé par Loeri.

Quant à la paralysie des abducteurs elle est signalée par Gottstein, par Broadbent et Krause. Le cas que nous rapportons cadre donc avec leurs constatations. Faut-il considérer ce cas comme s'écartant de la règle habituelle et opposer la position presque médiane des cordes, que nous venons d'observer, à la position cadavérique ordinairement constatée ? —

Faut-il au contraire supposer que cette paralysie *isolée* des dilatateurs n'est que transitoire et que la paralysie laryngée se complètera ultérieurement pour laisser définitivement les cordes en position cadavérique? Nous inclinerions volontiers vers cette seconde hypothèse. Ne sait-on pas en effet, dans un ordre d'idées voisin, que la paralysie du récurrent met sou-

1. Chez un malade atteint de paralysie glosso-labiée qu'a bien voulu nous montrer à l'occasion de cette note notre éminent maître, M. le professeur Lépine, et chez lequel la parole est inintelligible, le laryngoscope ne montre rien d'anormal et l'intonation est parfaite.
2. Ruault. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. IV, p. 119.
3. *Bulletins et Mémoires de la Société française de Laryngologie*, 1897, p. 316.

vent à son début la corde correspondante sur la ligne médiane, ce qui équivaut pour beaucoup d'auteurs à une paralysie isolée du crico-aryténoïdien postérieur ?

N'oublions pas que notre malade est à une période encore peu avancée de l'affection, vieille seulement de six mois ; la paralysie laryngée débute probablement chez lui par celle des abducteurs.

Nous ne voulons point dire que ce soit là une règle générale. Seuls de nombreux examens laryngoscopiques de paralysie glosso-labiée avant l'apparition de tout trouble vocal pourraient nous apprendre si ce mode de début est une exception, ou s'il répond à la majorité des cas.

V

ABCÈS CHRONIQUES DU VOILE

Par le Dr **CARTAZ.**

Les abcès consécutifs à l'inflammation du tissu cellulaire de la loge amygdalienne présentent un certain nombre de variétés, suivant qu'ils se développent tout à fait en arrière de l'amygdale ou sur les parties latérales du voile, dans la partie supérieure, au voisinage de la fossette sus-amygdalienne.

De nombreux exemples de ces variétés ont été décrits dans les thèses ou recueils spéciaux.

Leur ouverture à travers le pilier antérieur donne parfois lieu à des fistules ou à des abcès récidivants dont j'ai publié moi-même des exemples.

Mais il est une variété que je crois des plus rares, car la seule indication que j'en aie trouvé est la note que notre collègue Ruault a insérée dans les *Bulletins de la Société de laryngologie de Paris* à propos d'une communication que j'avais faite sur deux cas d'abcès chronique de l'amygdale. (*Bull. Soc. de lar. de Paris*, fév. 1894).

Il s'agit en effet d'abcès chroniques fistuleux, dans l'épaisseur du voile au niveau de l'union des deux piliers; fistule plutôt qu'abcès, car les troubles provoqués par cette lésion sont peu importants. C'est une forme d'abcès chronique de la fossette sus-amygdalienne avec prolongement dans le voile, soit qu'il existe à ce niveau, dans certains cas, une fistule d'origine congénitale, une sorte de petit diverticulum continuant plus ou moins haut vers la base de la luette la ligne de démarcation des deux piliers, soit qu'il s'agisse au contraire d'une véritable fistule, suite et dernières traces d'une inflammation aiguë suppurative.

La relation des deux cas que j'ai observés suffira pour bien établir l'aspect clinique de cette forme d'abcès chronique.

Obs. I.— Homme de trente ans, fumeur modéré, d'une bonne santé ; sujet aux maux de gorge dans son enfance ; n'en a plus eu pendant une dizaine d'années, lorsqu'il y a dix-huit mois il eut coup sur coup, à deux mois d'intervalle, deux abcès de l'amygdale gauche, l'un ouvert spontanément, l'autre incisé par le médecin. Depuis ce moment il a par instants un peu de gêne dans la gorge en avalant la salive. Ce n'est pas une douleur, mais une sensation plutôt incommode que désagréable. Ces troubles se sont accentués depuis deux ou trois semaines, sans cause appréciable et sans douleur plus marquée qu'auparavant.

A l'examen, on trouve l'amygdale gauche légèrement saillante entre les piliers, sans hypertrophie notable. Dans une cavité de l'amygdale, crypte peu profonde, se trouve un petit fragment caséeux ; pas d'adhérences de l'amygdale aux piliers. Au niveau de la fossette sus-amygdalienne, à la partie supérieure et au point d'union des deux piliers antérieur et postérieur, légère rougeur, la pression sur ce point fait sourdre une goutte de pus ; en portant un fin stylet à ce niveau, je pénètre dans un petit diverticule d'un demi-centimètre de profondeur allant de dehors en dedans vers la base de la luette et j'en ramène avec le stylet un fragment caséeux comme celui sorti des cryptes de l'amygdale,

Il était vraisemblable que les troubles accusés par le malade tenaient plus à ce point de suppuration du voile qu'à l'amygdale elle-même.

Je proposai de fendre ce trajet fistuleux et de le cautériser, ce qui fut fait ; après anesthésie à la cocaïne, je glissai une pointe de galvano cautère, fendis le pertuis dans sa longueur, produisant ainsi une sorte de prolongation de la division du voile en deux piliers ; je cautérisai les parois de cette petite poche avec la teinture d'iode.

Les suites furent simples, la guérison rapide. Les troubles avaient complètement disparu au bout de quelques jours et le malade refusa la dicision que je proposai de faire sur l'amygdale elle-même.

Il n'existait rien du côté de l'amygdale droite.

Obs. II. — Le second cas que j'ai observé a trait à une jeune femme de 22 ans qui avait eu de fréquentes angines sans véritable suppuration ; elle n'a jamais eu à faire inciser d'abcès. Elle éprouve les mêmes troubles que le malade précédent, sorte de gêne légère peu douloureuse, très prononcée, dit-elle, du côté droit, le côté malade. Il y a un an, elle a eu les amygdales, qui étaient fort hypertrophiées des deux côtés, détruites par le cautère. A la fin du traitement, il est survenu une inflammation assez vive du côté droit et c'est depuis ce moment qu'elle éprouve cette sensation désagréable, tout à fait différente de celle que lui donnaient autrefois ses grosses amygdales. De temps à autre elle crache comme du pus.

Cette jeune femme est d'une bonne santé et, en dehors des angines causées par l'hypertrophie des amygdales, n'a jamais eu de maladie sérieuse ou d'atteinte grave de la santé. En examinant la gorge, on trouve les amygdales absolument réduites. Du côté droit, il persiste à la partie supérieure un lobule un peu volumineux, mais ne faisant pas saillie dans l'isthme du gosier, remontant plutôt dans le haut de façon à remplir la loge sus-amygdalienne. Il y a à ce niveau un point adhérent au pilier postérieur.

Le stylet ne fait découvrir aucune anfractuosité, aucune cavité, et glisse au-dessous de cette adhérence peu épaisse. Au niveau de l'union des piliers, léger gonflement à peine rouge, mais la pression sur ce point fait sourdre une gouttelette de pus. Un stylet pénètre en effet à ce niveau, par une ouverture fistuleuse qu'on ne peut voir au premier abord, dans une petite cavité se dirigeant en dedans vers la base de la luette. Il est difficile de limiter bien exactement cette poche qui semble simplement sous-muqueuse. La malade est du reste assez indocile et trouve cette exploration douloureuse.

Je proposai l'incision de cette fistule et la libération de l'adhérence amygdalienne ; la malade refusa toute intervention.

Ces deux observations concordent parfaitement avec les cas auxquels M. Ruault fait allusion dans la note suivante :

Les abcès chroniques péri-amygdaliens les plus difficiles à guérir, à mon avis, sont ceux qui s'ouvrent à la partie supérieure de la fossette sus-amygdalienne à l'orifice d'un trajet fistuleux qui n'aboutit pas derrière l'amygdale, mais bien au-dessus d'elle, dans l'épaisseur même du voile du palais. J'ai observé quatre ou cinq cas de ce genre chez des femmes agées de 20 à 35 ans.

L'amygdale, du côté malade, était plus ou moins hypertrophiée et l'arc palatin du même côté un peu rouge et épaissi, mais deux fois ces lésions étaient à peine appréciables. Les malades se plaignaient, comme toujours, de ressentir de temps à autre un mauvais goût, mais elles accusaient surtout une gêne rétro-palatine qui éveillait l'idée d'une affection du pharynx nasal. La pression du voile du palais faisait sourdre une goutte de pus. Le stylet introduit dans l'orifice pénétrait en haut et en dedans dans l'épaisseur du voile, sous la muqueuse, mais jamais je n'ai pu arriver à déterminer bien exactement son trajet et c'est ce qui m'a empêché de tenter de larges débridements. Je me suis borné à des instillations de solutions iodo- iodurées, de chlorure de zinc. J'ai obtenu des amélio-

rations très marquées, mais je ne puis citer aucun cas de guérison radicale ou paraissant définitive.

M. Ripault, dans une note publiée dans le numéro de mars des *Annales des maladies de l'oreille*, publie une observation qui rentre un peu dans la variété que j'étudie.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans sujet à de fréquents maux de gorge et qui crachait du pus. On trouve au voisinage de la base de la luette, mais un peu à gauche, un orifice fistuleux de petite dimension ; l'amygdale gauche est assez volumineuse et adhérente au pilier antérieur. En comprimant légèrement l'amygdale, on fait soudre du pus par la fossette sus-amygdalienne et par l'orifice fistuleux du voile. Le malade fut guéri par ablation de l'amygdale par morcellement, par débridement de la fistule au galvano-cautère et cautérisation au chlorure de zinc.

Il n'est pas question dans ce fait d'une sorte de trajet prolongé dans l'interstice des piliers au point de leur jonction ; mais il se rapproche, ce me semble, de la variété d'abcès auxquels je fais allusion.

Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux ? S'agit-il d'un diverticule congénital ayant participé à l'inflammation au moment d'une poussée d'amygdalite et d'inflammation du tissu cellulaire de la fossette sus-amygdalienne devenu par la suite un petit foyer de suppuration chronique ? S'agit-il au contraire d'une véritable fistule borgne suite d'un abcès péri-amygdalien étendu à toute l'épaisseur du voile ? C'est une question qui n'a qu'une importance relative d'étiologie, et je croirais volontiers que les deux cas peuvent se présenter.

Il existe, en effet, de véritables diverticules du côté du voile et si l'on se reporte aux recherches anatomiques sur la loge sus-amygdalienne, on voit que cette loge peut être en partie fermée, séparée par des replis membraneux et muqueux plus ou moins épais.

Dans sa description de la fossette sus-amygdalienne, MERKEL (*Handbuch der topog. Anat.* I, p. 403) dit que cette fossette est recouverte par un pli de la muqueuse qui du pilier antérieur du voile s'incline en arrière. HIS a décrit le premier (*Anat. menschl. Embryons*, III, p. 82) ce pli triangulaire qui recouvre en partie l'amygdale, et masque en partie la fossette sus-amyg-

dalienne. Il ajoute que dans quelques cas où la loge est particulièrement développée, on la voit, après l'ablation de la muqueuse, s'appliquer dans une certaine étendue sur la face dorsale du péristaphylin interne. His décrit cette loge comme un vestige embryologique du deuxième sillon pharyngien, faisant en quelque sorte pendant à la fossette de Rosenmuller.

On peut admettre que la loge peut se prolonger plus ou moins haut et la coalescence des deux piliers s'être faite d'une façon inégale ou imparfaite, laissant subsister un conduit borgne, un diverticulum plus ou moins profond. TOURTUAL dès 1846 (*Neue Untersuchungen ueber der Bau des menschliches Schlund und Kehlkopfes*) a signalé cette anomalie, cette sorte de diverticule, et LANDGRAFT, dans un travail récent sur la pathologie du voile du palais (*Berliner klin. Wochenschrift*, 9 mars 1896) a publié deux cas où ces fistules du voile existaient sans trace de suppuration.

Homme de 45 ans, ni buveur, ni fumeur ; il éprouve en avalant, surtout à vide, une sensation désagréable du côté gauche du palais. Pas de catarrhe pharyngé. Partie supérieure des amygdales un peu développée ; immédiatement en dehors de la base de la luette, à l'endroit où les deux piliers s'écartent l'un de l'autre est un petit orifice, du calibre d'une tête d'épingle entourée par un bord saillant. Un stylet y pénètre d'un centimètre en se dirigeant en arrière et en haut; même disposition du côté droit, dont le malade ne se plaint pas.

Dans un second cas, chez un homme de 25 ans qui accusait la même sensation incommode du côté gauche on constata la même anomalie bilatérale.

Quelle que soit l'origine de ces trajets fistuleux, qu'ils soient préexistants d'origine congénitale et qu'ils aient participé à l'inflammation du tissu périamygdalien dans la loge sus-amygdalienne ou qu'ils résultent d'un inflammation ayant donné naissance à une fistule, les symptômes ne varient pas et ils sont en réalité fort peu marqués. Dans les cas de Ruault comme dans les miens, il s'agissait d'une gêne fort légère, quelquefois de l'expulsion d'une petite quantité de muco-pus. Les troubles accusés par les malades ne mériteraient pas qu'on s'y arrêtât si ces foyers de suppuration ne pouvaient provoquer des inflammations plus sérieuses et plus étendues.

La conduite à tenir me semble se résumer en un débridement du trajet, la mise à découvert de la cavité pour modifier les parois et en amener la réunion ; l'ouverture de ce diverticule étant en général fort étroite la secrétion purulente persiste dans ce foyer comme dans un véritable trajet fistuleux ; il faut le traiter de la même manière.

VI

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DANS

L'OTITE MOYENNE SÈCHE

Par le Dr **MOUNIER**

I

Depuis longtemps déjà, nombre d'auristes, en présence des résultats à peu près nuls de la thérapeutique médicale dans l'otite moyenne sèche, ont tenté d'intervenir chirurgicalement afin de donner à leurs malades une audition suffisante pour leur permettre de prendre part à la vie sociale dont leur surdité les éloignait.

L'idée première de l'intervention chirurgicale dans la sclérose est née de ce fait clinique que dans cette affection, la perforation provoquée du tympan améliore le plus souvent l'ouïe.

Il était donc indiqué de détruire largement la membrane pour permettre aux ondes sonores l'ébranlement direct de l'étrier que l'épaississement du tympan et la raideur de la chaine des osselets rendaient pratiquement nul.

Ce qui a détourné longtemps les spécialistes de cette voie, c'est la reproduction presque assurée de la membrane à la suite de son ablation.

Rares sont en effet les cas où une simple perte de substance provoquée dans le tympan par le bistouri ou les caustiques et non surveillée consécutivement, n'est pas fermée quelques semaines après l'intervention.

Certains auristes rapportant à la seule diminution de mobilité de l'étrier tous les troubles auditifs, ont proposé, (Boucheron, Miot et autres) la mobilisation pure et simple de cet

osselet précédée de la formation d'un lambeau dans le segment postérieur du tympan.

Devant des résultats le plus souvent nuls on en est arrivé dans le camp des interventionnistes à l'ablation complète du tympan suivie de l'extraction de l'enclume et du marteau (Schwartze, Kessel, Sexton, Miot), poursuivant ainsi un double but :

1° Faire la plus large perte de substance possible pour entraver la reproduction d'une membrane tympanico-cicatricielle.

2° Délivrer l'étrier de toute connexion avec la chaîne des osselets pour le rendre plus mobile.

Avec ces larges destructions on voit encore le plus souvent se reproduire du tissu de cicatrice qui tend à remplacer le tympan et ce n'est qu'à la suite de destructions répétées qu'on obtient une large ouverture permanente.

Dépassant même leurs précurseurs, certains opérateurs, laissant systématiquement de côté la voie endo-auriculaire, n'ont de parti pris abordé l'oreille moyenne qu'après le décollement complet du conduit membraneux à la suite d'une large incision rétro-auriculaire (Stacke, Schwartz, Blake, Garnault Kessel) ; c'est en somme l'opération de Stacke avec empiètement, pour quelques chirurgiens, de la résection osseuse sur la paroi postérieure du conduit.

Par cet acte chirurgical, on veut atteindre un double but :

1° Avoir un champ opératoire large qui permette d'agir commodément sur l'oreille moyenne.

2° Pouvoir abattre le mur de la logette et, de la paroi postérieure du conduit, tout ce qui gêne la vue de l'étrier.

Après la production d'une brèche osseuse aussi vaste, on a certainement moins à lutter contre la reproduction d'une membrane cicatricielle à la place du tympan, et surtout on voit enfin l'étrier, que sans résection osseuse il est bien souvent impossible d'apercevoir, et par conséqnent d'aborder facilement au moment même de l'intervention et surtout dans le traitement consécutif.

Toutefois ces deux résultats peuvent être atteints par le conduit lorsque son étroitesse n'est pas trop marquée. C'est principalement sur ce point que nous désirons attirer l'attention. Nous ajouterons que nous ne faisons cette résection que

lorsqu'elle est indispensable, sachant par expérience que moins on traumatise le cadre osseux tympanique et plus on a de chances d'augmenter l'audition.

Ce qui gêne la vue, en opérant par le conduit pour aller dégager l'étrier, ce n'est pas tant le sang que la partie postérieure du mur de la logette et une portion de la paroi postérieure du conduit, et nous comprenons que les chirurgiens en présence de cet obstacle osseux aient cherché à le supprimer.

Nos vues sont semblables aux leurs, mais nous agissons par le conduit où nous pouvons avec un instrument fort simple réséquer par cette voie ce qui gêne la vue de l'étrier sans danger de blesser le facial ou la paroi interne de la caisse.

II

Voici en quelques mots la description de l'instrument et la technique opératoire :

LE PROTECTEUR GOUGE

L'instrument que nous appelons le protecteur gouge, se compose de deux parties :

1° Un protecteur dans le genre de celui de Stacke :

2° Une gouge, pouvant s'engager dans les deux glissières dont est muni le protecteur, de manière à ne plus se déplacer que parallèlement à ce dernier.

La description exacte de l'instrument a été donnée dans les *Archives internationales de laryngologie*, N° 1, année, 1897 ; nous n'insisterons pas et nous passerons rapidement aux différents temps de l'opération.

OPÉRATION

1er temps. — Le protecteur, tenu dans la main gauche, est introduit dans la caisse, (le tympan étant enlevé ainsi que le marteau) puis porté en haut et retiré jusqu'á accrocher le mur de la logette au point où on veut le réséquer.

2e temps. — On engage, de la main droite, la gouge dans les glissières et on la pousse à fond. Elle vient buter dans la por-

tion d'os qui la sépare de l'extrémité recourbée du protecteur.

3e temps. — Il ne reste plus qu'à frapper quelques légers coups sur le talon de la gouge, à l'aide d'un maillet, pour enlever la portion d'os qui lui est opposée.

L'échancrure ainsi produite sur le bord libre du mur de la logette donne la forme d'une demi-circonférence à convexité supérieure ; le morceau est enlevé comme à l'emporte-pièce. En allant ainsi de proche en proche, on résèque ce qui est nécessaire.

L'hémorragie produite par la section osseuse est peu abondante, et ne masque même pas le champ opératoire dès le premier coup de gouge. Du reste un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur un stylet et appliqué quelques secondes sur le point saignant arrête le suintement.

La première condition de l'emploi efficace de ce protecteur gouge est une largeur suffisante du conduit pour qu'on puisse voir à son aise la caisse.

Les dimensions de notre instrument ont été combinées de telle sorte qu'il pourra être utilement employé toutes les fois qu'il sera possible d'enlever le tympan et les osselets par le conduit sans décollement du pavillon.

La seule précaution que doit avoir l'opérateur, quand il a mis en place le protecteur, c'est de bien *accrocher* avec le bec de l'instrument, et en *tirant à lui*, la portion de la paroi externe de l'attique qu'il a l'intention d'attaquer. De la sorte, le protecteur est fixé et on peut alors, sans même regarder dans le conduit, pousser la gouge dans les deux glissières et attaquer l'os.

Pour faciliter les manœuvres nous nous servons d'un spéculum aussi large que possible, comme lumière, mais très court.

L'anesthésie chloroformique et un bon éclairage par une lampe électrique montée sur le bandeau frontal sont nécessaires comme dans toutes les opérations un peu longues sur l'oreille.

Si on fait un évidement moins complet qu'en opérant après décollement du conduit, on nous concèdera sans peine que cette intervention par le conduit produit un traumatisme bien moindre et une immobilisation beaucoup plus courte du patient.

Le lendemain, si le chloroforme n'a pas rendu trop malade l'opéré ou le surlendemain au plus tard, ce dernier peut aller et venir avec un bon pansement antiseptique obturant le méat, car la douleur consécutive est nulle; tandis que le décollement du conduit même avec suture immédiate de la peau nécessite un grand pansement de tête et une présence de plusieurs jours à la chambre.

Nous avons dit que le tympan et le marteau devaient être préalablement enlevés avant de pratiquer la résection osseuse; à ce sujet nous dirons deux mots d'un procédé très rapide et très simple d'ablation des deux gros osselets avec ou sans évidement osseux.

Toute l'instrumentation se réduit à un crochet, une pince et un stylet.

Le tympan ayant été coupé circulairement en rasant le cadre osseux autant que faire se pourra, on introduit rapidement le crochet, tenu la pointe en bas, jusque dans la caisse en arrière du marteau ; par un mouvement de rotation d'un quart de cercle on amène la partie recourbée derrière le manche et par des tractions répétées dans plusieurs sens, cet osselet est bientôt luxé et amené dans la partie profonde du conduit, où il ne reste plus qu'à le saisir avec la pince pour l'extraire ainsi que le tympan.

Pendant ces manœuvres, la branche descendante de l'enclume s'est presque toujours portée en arrière dans le prolongement de la paroi postérieure du conduit après séparation de son attache à l'étrier sans léser ce dernier.

Le stylet sert à ramener la grande branche de l'enclume vers le centre de la caisse et le crochet employé tout à l'heure pour le marteau sert à une manœuvre identique sur l'enclume.

Il faut passer l'instrument en arrière de la grande branche de cet osselet qui sous le plus léger effort de traction vient tomber à l'entrée de la caisse dans le conduit.

Si le mur de la logette, très saillant, gênait la vue de la partie inférieure de la grande branche de l'enclume, on commencerait par réséquer l'os avant d'extraire l'osselet.

Nous estimons que par ce procédé on enlève beaucoup plus vite et avec un bien moindre traumatisme de la caisse, les

deux gros osselets, que si l'on se sert du serre-nœud et du crochet de Ludwig qui sont les instruments les plus employés.

III

Intervenir chirurgicalement chez le scléreux est pour nous le seul acte thérapeutique qui puisse lui être utile quand les massages du tympan n'ont rien donné; mais nous estimons qu'il y a scléreux et scléreux, en d'autres termes que tous les malades de cette catégorie ne peuvent pas à coup sûr bénéficier de cette intervention.

La surdité progressive, avec ou sans bourdonnements, la paracousie de Willis, le résultat négatif des épreuves de Gellé et de Rinne, l'immobilité du tympan au Siegle sont des points de repère et des moyens d'investigation bien suffisants pour diagnostiquer des lésions de l'appareil de transmission, la trompe étant libre. Ces données sont cependant incapables de nous fournir une indication sur le résultat d'une opération à pratiquer sur l'oreille.

Nous tenons peu de compte de l'indication que nous donne l'épreuve des pressions contripètes, qui cependant en certains cas nous renseigne fort bien sur l'état de la mobilité de l'étrier, parce que l'immobilité de cet osselet n'est pas pour nous une contre indication à l'ablation du tympan. Nous savons en effet que la raideur de cette membrane et des deux premiers anneaux de la chaine peut contribuer dans une large part à l'immobilité stapédienne.

D'autre part, même avec un étrier peu mobile on note souvent une audition encore assez bonne ; cette observation n'est pas rare, et un récent article de M. Gellé dans les Archives de Laryngologie, appelait longuement l'attention sur ce point très important.

Il existe un moyen pratique de trouver ceux de nos patients qui peuvent bénéficier de l'intervention :

Tout scléreux chez lequel la montre n'est perçue qu'au contact qui entend mieux le diapason mastoïdien que le diapason près du méat et chez lequel la seule perforation du tympan donne de suite un rapport inverse, bénéficiera de l'opération.

En d'autres termes :

Rinne négatif devenant positif aussitôt la perforation tympanique, nous autorise à promettre au patient une augmentation notable de l'audition.

On ne manquera pas d'objecter à notre formule que certains scléreux, chez lesquels la perforation simple n'a rien produit, pourront être quand même considérablement améliorés surtout quand la raideur de la chaine est due à des adhérences.

Nous sommes absolument de cet avis, mais nous estimons que dans ces cas complexes nous ne sommes pas autorisés à *promettre* aux malades une amélioration de leur surdité ; l'opération n'est plus qu'une dernière ressource et le patient doit en être prévenu.

Pour ce qui est des bruits il est impossible d'affirmer que l'opération les fera disparaître ; ce qui se produit le plus souvent c'est leur diminution notable ; pour notre compte nous n'avons jamais observé leur augmentation post-opératoire.

On note dans presque tous les cas, une sensation de dégagement dans la tête et une décongestion marquée de la face.

C'est la première chose qui frappe l'opéré avant même que le premier pansement soit enlevé.

Cette perforation de diagnostic peut être faite au bistouri mais nous donnons la préférence au caustique, surtout quand nous ne devons pas suivre le malade, en raison de la simplicité de ce procédé, de la façon rapide dont il agit, et du peu de douleur qu'il occasionne.

Nous nous servons de l'acide chromique que nous avons vu employé pour la première fois à cet usage par M. Gellé.

Un stylet percé à son extrémité libre d'une cupule remplie de cristaux d'acide chromique légèrement déliquescents, sert à toucher le segment postérieur du tympan où il laisse une tache noire.

En quelques minutes, parfois en quelques secondes, suivant l'épaisseur de la membrane, on voit la tache noire se fendiller, et le tympan se résorber à cette place.

A ce moment le patient se plaint d'une sensation de cuisson dans l'oreille et de chaleur dans le côté correspondant de la tête. Il suffit de toucher la perforation avec un tampon

d'ouate imbibée de cocaïne à 1/10 pour que les douleurs cessent presque de suite.

La perforation est faite, et si le malade prend soin de porter un peu de coton dans le conduit durant deux jours, on n'observe aucune inflammation consécutive.

Ce procédé est certainement plus simple que la formation d'un lambeau par l'instrument tranchant, car il ne nécessite après son emploi aucun pansement et aucune surveillance ; de plus il n'y a besoin d'aucune anesthésie locale pour pratiquer la perforation.

IV

Un point important dans le traitement chirurgical de l'otite scléreuse, c'est de n'avoir pas de suppuration consécutive à l'opération, car dans ce cas les tissus bourgeonnent avec une rapidité extraordinaire et le tympan enlevé est rapidement remplacé par une membrane cicatricielle.

On peut très facilement éviter cette complication par l'antisepsie. Le conduit après l'opération est comblé par une bande de gaze iodoformée et surtout les pansements doivent *tous* être faits par le chirurgien jusqu'à cicatrisation des lèvres de la plaie. C'est pendant les soins consécutifs que nous mobilisons sans violence l'étrier chaque fois que nous voyons notre malade. Nous sommes peu partisan de la mobilisation forcée sous chloroforme; d'après notre expérience, si on violente trop cet osselet, on produit des désordres de l'articulation stapédio-vestibulaire qui se traduisent consécutivement par une immobilité encore plus grande de l'étrier.

D'une manière générale le pansement sec est suffisant, toutefois, on se trouve bien, surtout pour les deux ou trois premiers pansements (dans le but d'enlever le sang épanché), de légers attouchements de la caisse à l'ouate hydrophile imbibée de liqueur de Van Swieten tiède.

Si la partie supérieure du conduit, à son abouchement dans la caisse, a tendance à bourgeonner (et c'est là surtout qu'il faut surveiller la cicatrisation), il faut la réduire sans hésiter et en la touchant fortement à l'acide chromique déliquescent.

La douleur produite sur ces parties à vif est assez considérable malgré la cocaïne; elle persiste une heure avec une forte

chaleur dans le côté correspondant de la tête. On a quelquefois besoin de revenir à deux ou trois fois pour cautériser non seulement au pôle supérieur du tympan, mais souvent sur tout le pourtour de la membrane qui malgré la rugination du cadre osseux a tendance à repousser. Ces cautérisations secondaires sont peu douloureuses.

En résumé, les soins consécutifs sont extrêmement importants pour maintenir à l'opéré le bénéfice de l'intervention, et ce serait une grave erreur de croire que l'opération faite il n'y a plus qu'à laisser la cicatrisation s'opérer d'elle-même. Nous signalons en particulier des travées fibreuses cicatricielles qui viennent quelquefois de la partie supérieure de la logette et s'étendent dans la direction de l'étrier qu'elles pourraient englober si on ne les détruisait à temps.

Nous n'opérons qu'une oreille à la fois en commençant par la plus prise.

Nous ne donnons ici aucune observation de nos malades, nous réservant de les publier quand elles seront en plus grand nombre et surtout lorsqu'il se sera écoulé plus d'une année depuis l'intervention. Nous dirons seulement que l'audition de nos opérés a augmenté pour la voix parlée dans la proportion de 1 à 4 pour une seule oreille opérée.

CONCLUSIONS

1° Il y a lieu d'intervenir chirurgicalement chez certains scléreux ; c'est le seul moyen d'améliorer leur acuité auditive et de faire disparaître ou du moins d'atténuer les bruits subjectifs qui ne leur laissent aucun repos.

2° Si dans certains cas la section de brides cicatricielles ou de tendons rétractés est suffisante pour obtenir le résultat cherché, le plus souvent l'ablation complète du tympan et des deux gros osselets est le procédé de choix.

3° La résection de la partie de la paroi postéro-supérieure du conduit qui gêne la vue de l'étrier, dans la majorité des cas peut être pratiquée par le conduit sans décollement préalable du pavillon au moyen de notre *protecteur gouge*, toutes les fois que le conduit auditif est normal comme largeur.

4° Par cette intervention entièrement endo-auriculaire,

l'opéré n'est pas immobilisé plus de quarante-huit heures et peut reprendre les occupations avec un simple pansement dans le conduit.

5° Il est de toute nécessité que le malade puisse être suivi par l'opérateur pendant plusieurs semaines, pour surveiller et diriger la cicatrisation de l'extrémité profonde du conduit.

6° L'audition pour la voix parlée, chez les malades opérés, augmente souvent dans une proportion considérable, qui est en moyenne de 1 à 4.

VII

Une nouvelle Méthode opératoire

POUR LA CURE RADICALE ET RAPIDE DE

L'EMPYÈME CHRONIQUE DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr **LUC**

(Communication faite à la Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie, mai 1897).

La guérison radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire est généralement et justement considérée comme l'un des problèmes les plus ardus de la rhinologie. En fait, les divers procédés opératoires proposés jusqu'ici sont tous passibles de graves objections.

Les méthodes *buccales*, les seules qui permettent, en attaquant et ouvrant largement la paroi antérieure du sinus, d'explorer et de curetter à fond la cavité pathologique, présentent le grave inconvénient d'exposer ultérieurement le foyer, d'une façon permanente, aux mille causes d'infections émanant de la cavité buccale, et elles condamnent d'autre part le malade aux désagréments résultant d'une gêne prolongée dans l'acte de la mastication et du mélange inévitable de ses aliments avec les substances médicamenteuses introduites dans le sinus, à l'effet de le désinfecter ; de sorte que l'on peut dire que, pendant de longs mois, le malheureux patient est condamné à tout manger à la sauce iodoformée !

Quelques opérateurs ont voulu éviter ces inconvénients en substituant la voie nasale à la voie buccale, et ont prétendu obtenir la guérison de l'empyème du sinus en en ponctionnant la paroi interne à des hauteurs diverses et en faisant suivre la

ponction de lavages et de cautérisations pratiqués par la canule laissée quelque temps à demeure.

Il va sans dire qu'un pareil procédé bon peut être pour les cas aigus et récents, non aggravés encore par la transformation fongueuse de la muqueuse ne saurait prétendre à la guérison de cette dernière lésion qui réclame impérieusement l'ouverture large et le curettage à fond de toute l'étendue de la surface suppurante.

Par la méthode nouvelle dont la description fait l'objet du présent travail, j'ai cherché à combiner les avantages et à éviter les inconvénients des deux procédés dont je viens de faire sommairement le procès.

Le premier temps de l'opération consiste à ouvrir largement le sinus. C'est au niveau de la fosse canine, comme dans l'ancienne méthode de Desault, que l'antre est ouvert puis curetté et cautérisé avec une solution forte de chlorure de zinc. Mais cette large mise en communication du sinus avec la bouche n'est que temporaire : elle dure tout juste le temps nécessaire pour le curettage à fond de l'antre et pour la création d'un orifice de communication entre le sinus et la fosse nasale, devant servir au drainage ultérieur. Par l'orifice en question, sorte d'hyatus supplémentaire et artificiel établi avec la gouge ou au moyen du tour électrique au niveau de la partie la plus déclive et antérieure de la paroi interne de l'antre et répondant d'autre part à l'extrémité antérieure du méat inférieur, un drain est effectivement logé, à l'aide d'un stylet recourbé, de la cavité sinusienne dans la cavité nasale, et laissé en place, plongeant d'une part dans le sinus et aboutissant d'autre part à l'entrée de la narine et permettant, comme dans notre méthode de traitement de l'empyème frontal, de faire pénétrer dans la cavité suppurante tous les agents désinfectants que l'on voudra, et assurant dans tous les cas l'écoulement de la suppuration post-opératoire.

Dès que le drain a été mis en place, la plaie de la muqueuse gingivale est suturée avec du catgut et la communication de la bouche avec le sinus définitivement supprimée.

Comme le malade ne s'alimente et ne parle guère pendant les vingt-quatre et même les quarante-huit heures qui suivent sa chloroformisation, les meilleures conditions se trouvent

réalisées pour la rapide réunion de sa plaie buccale, et de fait, chez les deux seuls malades auxquels j'aie fait jusqu'ici l'application de ma nouvelle méthode, la réunion de la plaie était parfaite au bout de trois jours. Dès lors la situation des malades est bien différente de celle des sujets opérés par les anciennes méthodes buccales. Ils s'alimentent comme à l'ordinaire et n'éprouvent que bien peu de gêne de la présence du drain dissimulé à l'entrée de leur cavité nasale. Au bout d'une quinzaine de jours d'ailleurs ce drain peut être supprimé, et s'il est encore nécessaire de pratiquer pendant quelque temps des lavages dans le sinus, rien n'est plus simple que de remplir cette indication au moyen d'une petite sonde courbe qui, glissée sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur, pénètre facilement dans l'hyatus artificiel créé à la partie la plus antérieure du méat inférieur, bien plus accessible par conséquent que l'hyatus naturel et bien mieux situé que lui pour le drainage de la cavité.

Chez mes deux malades atteints l'un et l'autre de la forme fongueuse la plus caractérisée, la guérison était complète au bout de six semaines.

Il y a bien là aussi, je pense, un certain progrès réalisé, comparativement aux méthodes antérieures.

Entrons maintenant dans quelques détails relativement à la technique de l'opération.

Je m'étais *a priori* exagéré la difficulté d'exécution de la suture de la plaie de la muqueuse gingivale à travers l'orifice buccal réduit à ses limites naturelles. Aussi crus-je indispensable, chez mon premier malade, d'inciser la commissure labiale du côté malade et de prolonger l'incision jusqu'au voisinage du masséter. J'obtins ainsi une vaste brèche qui me donna les plus grandes facilités, tant pour l'ouverture et le nettoyage du sinus que pour la réunion de la plaie de la muqueuse, et ainsi que vous pourrez en juger par l'inspection du malade opéré depuis dix semaines, grâce à la réunion primitive de sa plaie cutanée, il ne reste aujourd'hui de l'incision en question qu'une cicatrice insignifiante. Mais ce détail sans importance chez un homme devait rencontrer chez ma seconde malade, une femme encore jeune, une opposition facile à comprendre. Je fus donc amené, pour lui être agréable, à sup-

primer ce temps scabreux de l'opération, et grâce à une forte distension de la bouche, j'eus la satisfaction de mener mon opération, dans le second cas, à aussi bonne fin que dans le premier.

Dans l'opération ainsi réformée et simplifiée, l'incision de la muqueuse en devient le premier temps.

Ainsi que je viens de le dire, il est indispensable, pour que l'opération soit exécutable, que l'orifice buccal soit convenablement distendu. Ce résultat est réalisé au moyen d'un écarteur de Farabeuf placé au niveau de la commissure et dont l'action est complétée par l'index de l'aide recourbé en crochet et soulevant la lèvre supérieure, tandis que les mâchoires sont maintenues rapprochées.

L'incision de la muqueuse gingivale doit être pratiquée avec le bistouri, et non avec le thermo-cautère, en vue de sa réunion immédiate. Elle doit être commencée très en avant à 15 millimètres environ au-dessus du collet de la canine et prolongée le plus loin possible en arrière en étant maintenue à la même distance du collet des autres dents.

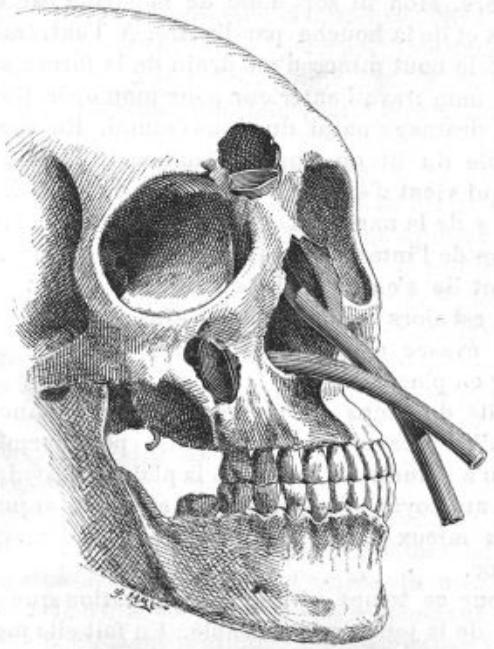
Cela fait, la muqueuse est refoulée à l'aide d'une large rugine au niveau des deux bords de la plaie, de façon à dénuder la paroi antérieure du sinus sur la plus grande étendue possible.

Cette paroi est alors attaquée avec une gouge plate et un maillet assez en avant, car une fois le sinus ouvert, il sera facile d'étendre la brèche d'avant en arrière au moyen d'une bonne pince coupante. Donc, tant avec la gouge qu'à l'aide de la pince, la plus grande partie de la paroi antérieure de l'antre est réséquée. C'est le moment de faire intervenir l'éclairage électrique afin de pouvoir inspecter la cavité pathologique largement béante et opérer le curettage systématique et radical de toutes les fongosités qu'elle renferme.

Pour le sinus maxillaire comme pour le sinus frontal ce nettoyage à fond est la condition *sine quâ non* du succès ultérieur de l'opération. Pour plus de sécurité, une fois le curettage terminé, toute la surface du sinus est badigeonnée avec un tampon d'ouate monté, imprégné d'une solution de chlorure de zinc à 1/5.

Nous arrivons au temps original de l'opération : la création

de l'hyatus artificiel qui servira à drainer la cavité sinusienne par la fosse nasale correspondante. Voici comment j'y procède : La joue étant toujours maintenue bien écartée je puis inspecter à mon aise la paroi interne du sinus largement ouvert : j'attaque cette paroi, à sa partie la plus antérieure et immédiatement au-dessus du plancher de l'antre, soit avec un perforateur circulaire mû par le tour électrique et ne mesurant pas moins de 9 millimètres de diamètre, comme je le fis chez mon



Position du drain dans le sinus fronta et dans le sinus maxillaire après l'ouverture de ces cavités par les procédés de Luc.

premier malade, soit avec la gouge et le maillet, comme chez ma seconde opérée. (Ce second instrument me paraît plus pratique sans incision préalable de la joue.)

Une brèche d'environ un centimètre de diamètre est ainsi pratiquée à la paroi osseuse. Je me sers ensuite d'une curette introduite à travers cette brèche jusque dans la cavité nasale, pour enlever les lambeaux flottants de la muqueuse nasale.

Après quoi mon stylet boutonné courbe fabriqué pour le drainage fronto-nasal est introduit par la même brèche, sa concavité regardant en avant, et en guidant au besoin son extrémité à l'aide du petit doigt introduit dans la narine, je la fais aisément sortir de la cavité nasale.

Un fort fil de soie est fixé à l'œillet du stylet et entraîné, par un mouvement de retrait de l'instrument, de la cavité nasale dans le sinus, puis, à travers la brèche buccale, de celui-ci au dehors. Mon fil sort donc de la narine par une de ses extrémités et de la bouche par l'autre. A l'extrémité buccale est attaché le bout mince d'un drain de la forme spéciale décrite dans mon travail antérieur pour mon opération d'ouverture et de drainage nasal du sinus frontal. En tirant l'extrémité nasale du fil on engage facilement le drain à travers l'hyatus qui vient d'être créé et on le voit apparaître à la suite du fil, hors de la narine. On cesse de tirer quand on voit, par l'inspection de l'intérieur de l'antre, l'extrémité évasée du tube sur le point de s'engager dans l'hyatus.

Le tube est alors sectionné au voisinage de la narine, et son extrémité évasée ayant peine à franchir l'hyatus suffit à le maintenir en place.

La cavité du sinus est une dernière fois étanchée et saupoudrée d'iodoforme. Il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à suturer les lèvres de la plaie gingivale, d'arrière en avant, au moyen d'un catgut fin et d'une aiguille de Reverdin, ou mieux d'une fine aiguille courbe maniée à l'aide d'une pince.

C'est pour ce temps ultime de l'opération que j'avais cru l'incision de la joue indispensable. En fait elle me donna les plus grandes facilités chez mon premier malade, mais j'eus la satisfaction de pouvoir m'en passer chez la dame que j'opérai ensuite, grâce à la grande habileté manuelle de mon ami le Dr Gouly, dont l'assistance me fut précieuse en cette occasion comme en mainte autre.

Chez mes deux opérés, j'ai trouvé la plaie complètement réunie au bout de trois jours. Je leur avais d'ailleurs recommandé le plus complet silence, et les effets fâcheux de la mastication n'étaient guère à craindre, puisque mes deux malades, à la suite de leur chloroformisation d'une heure, ne

devaient commencer à s'alimenter (et encore très légèrement, avec des aliments liquides) qu'à partir du second jour. Au surplus il est évident qu'en pareilles circonstances la plaie se trouve immobilisée par le fait de la sensibilité dont elle est le siège.

Les jours suivants, il s'écoule par le tube du sang pur ou mélangé de mucosités, puis du pus, et cet écoulement se produit notamment quand le malade se mouche.

J'ai pu voir par la rhinoscopie antérieure, chez mes deux opérés, le drain plongeant sous le cornet inférieur et m'assurer que mon projet de création d'un hyatus artificiel à la partie antérieure du méat inférieur avait été parfaitement réalisé.

Vers le quatrième jour post-opératoire, alors que la plaie gingivale est parfaitement réunie on peut pratiquer par le drain quelques lavages détersifs avec une solution boriquée saturée, ou avec une solution de formol au millième, mais avec une grande douceur, pour ne pas risquer de faire éclater la plaie fraîchement réunie. J'ai fait alterner ces lavages chez mes deux malades avec des injections d'éther iodoformé pratiquées avec une petite seringue munie d'une canule courbe, facile à introduire dans le drain et terminée par une extrémité arrondie percée de plusieurs orifices fins ; à la façon d'une pomme d'arrosoir.

J'ai pratiqué l'ablation du drain dès le vingtième jour post-opératoire dans mon premier cas, dès le quatorzième dans le second. L'hyatus artificiel placé à l'entrée du méat inférieur resta visible à la rhinoscopie postérieure pendant plusieurs jours et je pus facilement pratiquer des lavages par cette voie, à l'aide d'un cathéter à trompe d'Eustache, dont l'extrémité s'y engageait très facilement.

Plus tard la même manœuvre resta facile à exécuter, alors que l'hyatus rétréci n'était plus perceptible à la vue.

Pendant les trois semaines consécutives à l'opération les lavages pratiqués soit par le drain, soit à l'aide du cathéter déterminèrent l'expulsion d'une assez grande quantité de pus d'ailleurs non fétide et ne se mélangeant pas au liquide du lavage.

D'ailleurs, dans l'intervalle des lavages, les malades avaient

parfaitement la sensation que leur sinus se vidait par le nez lorsqu'ils se mouchaient.

Cette suppuration diminua progressivement et rapidement à partir de la troisième semaine.

Au bout de six semaines les lavages pratiqués à cinq jours d'intervalle ne provoquaient plus l'expulsion de la moindre trace de pus et la guérison pouvait être considérée comme complète.

Il ressort de ce qui précède que la méthode opératoire nouvelle, proposée ici n'est autre que l'application au sinus maxillaire de l'opération préconisée par Ogston et moi pour le sinus frontal.

Dans un cas comme dans l'autre, la large brèche faite au sinus à la région du front ou au niveau de la fosse canine n'est que temporaire : elle ne dure que juste le temps nécessaire pour curetter à fond la cavité suppurante, c'est-à-dire pour supprimer la source du pus. Cette tâche remplie, la brèche est refermée après l'installation du drain nasal dont dépend le drainage ultérieur du foyer ; d'où prompte suppression de tous les inconvénients inhérents à une plaie faciale (pour les malades de la première catégorie) ou buccale (pour les seconds) et abrégement considérable de la convalescence et des soins consécutifs pour les uns et les autres.

Obs. I. — Jean S..., 25 ans, valet de chambre, a noté depuis plus d'un an un écoulement fétide par la fosse nasale gauche, à la suite d'un abcès dentaire lié à la carie de la deuxième petite molaire.

Par la rhinoscopie antérieure je constate du pus dans le méat moyen, mais pas de polypes. *L'éclairage électrique* buccal donne une ombre au niveau de la paupière inférieure gauche, tandis que la même région du côté opposé s'éclaire nettement. De même la pupille oculaire droite s'éclaire tandis que la gauche reste sombre.

Les deux sinus frontaux s'illuminent facilement.

Le 16 *février* 1897. *Opération* pratiquée suivant la méthode exposée plus haut, après incision de la joue gauche à partir de la commissure jusqu'au voisinage du masséter.

Le sinus était littéralement farci de fongosités. La perforation de la paroi interne du sinus fut pratiquée à l'aide du tour électrique.

J'obtins ainsi un hyatus artificiel ayant 9 millimètres de diamètre.

Le sinus une fois curetté et le drain mis en place, la plaie gingivale est réunie par quatre points de suture avec du catgut fin ; après quoi la plaie de la joue est fermée par cinq points de suture avec du crin de Florence. Malheureusement ces dernières sutures ne sont pas

faites assez profondément, c'est-à-dire qu'elles n'embrassent pas toute l'épaisseur de la joue, d'où formation d'un petit phlegmon de la joue qui s'ouvre sept jours plus tard du côté de la bouche au voisinage de la commissure, après avoir provoqué, plusieurs jours de suite, une légère élévation thermique (38,1.)

A part ce petit accident, les suites de l'opération sont des plus simples.

Dès le 18 février la plaie gingivale est réunie.

Du 21 février au 9 mars, on pratique chaque jour, par le drain, un lavage du sinus avec une solution tiède de formol à 1/2.000, après quoi on y injecte au moyen d'une petite seringue et d'une canule spéciale 2 centimètres cubes d'éther iodoformé à 1/10.

Le 9 mars. Le drain est enlevé.

Ce jour-là et les suivants, le sinus est lavé avec une solution boriquée tiède, à l'aide d'un cathéter à trompe d'Eustache dont je fais facilement pénétrer le bec dans l'hyatus opératoirement créé sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur, en m'aidant du speculum et du miroir frontal.

Ces lavages entraînent encore pendant les premiers jours une assez grande proportion de flocons purulents.

A partir du 15 mars, la suppuration diminue sensiblement et les lavages sont progressivement espacés.

A la fin de mars, un lavage étant pratiqué après un intervalle de cinq jours, le liquide ressort parfaitement clair.

Obs. II. — Madame E... 47 ans. Suppuration du sinus maxillaire gauche depuis 7 mois, à la suite d'une tentative malheureuse d'extraction de la deuxième petite molaire supérieure. La dent fut brisée et ses racines furent refoulées dans la cavité du sinus où je les retrouvai lors de mon opération. Depuis lors, le sinus est resté en communication avec la bouche par une fistule, et le traitement suivi s'est borné à des injections boriquées pratiquées quotidiennement à travers cette fistule maintenue béante à l'aide d'un petit drain métallique.

Opération : le 23 février 1897.

Cette fois, suivant le désir de la malade, je m'abstins d'inciser la joue, et grâce à un bon écartement de la commissure buccale en dehors et de la lèvre supérieure en haut, je réussis à pratiquer sans sérieuses difficultés les divers temps de l'opération décrite ci-dessus.

Toutefois les dimensions insuffisantes de l'orifice buccal rendant impossible le maniement du tour électrique qui aurait tourné avec un trop fort frottement contre les parties molles, j'eus recours à la gouge et au maillet pour la création de mon hyatus artificiel. Dans ce cas comme dans le précédent le sinus renfermait une grande quantité de fongosités qui furent curettées avec le plus grand soin. Ce curettage terminé, et après introduction du drain à travers l'hyatus artificiel, la plaie gingivale fut réunie par deux points de suture avec du catgut fin. *24 février*, injection d'éther iodoformé par le drain. *Dès le 25 février*, plaie gingivale réunie. *A partir du* 26, lavages quotidiens du sinus par

le drain, d'abord avec une solution de formol à 1/2.000, puis, cette solution incommodant la malade, avec de l'eau boriquée.

Après chaque lavage, injection d'éther iodoformé à 1/10.

Le 8 mars j'enlève le drain. En pratiquant, immédiatement après, la rhinoscopie antérieure, l'hyatus artificiel se présente sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur sous l'aspect d'un orifice arrondi, à travers lequel on peut inspecter l'intérieur du sinus.

A partir du 9 mars lavages quotidiens au moyen d'un cathéter à trompe d'Eustache introduit dans l'hyatus artificiel, à l'aide d'un spéculum et du miroir frontal.

Ces lavages entraînent, les premiers jours, une grande proportion du muco-pus qui diminue au bout d'une semaine. A partir du 20, les lavages sont de plus en plus espacés.

Dans les premiers jours d'avril, toute trace de suppuration a disparu.

APPENDICE.

Le présent travail était terminé, quand j'eus l'occasion d'appliquer la méthode opératoire, qui en fait l'objet, à deux nouveaux malades. Bien qu'ils soient encore en traitement, je crois devoir joindre leur observation, tout incomplète qu'elle soit, à celles qui précèdent le précèdent, le premier étant presque guéri, le second en voie de guérison, et leur histoire renfermant des particularités du plus haut intérêt.

Obs. III. — M. D..., 40 ans, m'est adressé le 10 avril dernier par mon ami le Dr. Lubet-Barbon, qui forcé de s'absenter, a bien voulu le confier à mes soins, avec prière de l'opérer.

Depuis 9 ans, à la suite d'un abcès dentaire lié à la carie de la première grosse molaire supérieure, écoulement de pus par la fosse nasale gauche.

Une ponction du sinus maxillaire de ce côté, pratiquée par voie nasale par le Dr Lubet-Barbon, a donné du pus.

L'éclairage électrique du front nous a donné l'illumination du côté droit et une obscurité complète à gauche. Nous avons donc conclu à l'existence d'un empyème fronto-maxillaire gauche.

Je décide d'opérer les deux sinus malades dans une même séance, sous le chloroforme : le sinus frontal, par la méthode Ogston-Luc, et le sinus maxillaire, par ma nouvelle méthode.

Opération le 14 avril.

Je commence par ouvrir le sinus maxillaire. Pas d'écoulement de pus, mais, au curettage, je ramène de nombreuses fongosités et d'énormes masses de pus caséeux accumulées particulièrement dans la région postéro-supérieure de l'antre. L'opération est terminée suivant les règles énoncées plus haut.

Le drain naso-maxillaire, une fois mis en place, et la plaie gingivale suturée, je passe au sinus frontal, à l'ouverture duquel je procède, suivant mon procédé habituel ; mais j'ai beau entamer l'os jusqu'à une profondeur de 15 millimètres, j'acquiers bientôt la certitude que *le sinus*

frontal n'existe pas à gauche et que c'est à cette circonstance, et non à une cause pathologique, qu'était due l'obscurité de la moitié gauche du front, au moment de l'éclairage frontal.

Plaie frontale réunie par première intention.

Les jours suivants, injection d'éther iodoformé par le drain maxillaire.

21 *avril*. Pansement frontal levé. Plaie frontale guérie. Plaie buccale également cicatrisée. Premier lavage au formol par le drain.

Lavages répétés de deux en deux jours.

25 *avril*. Le liquide injecté ressort clair; mais je me propose de laisser le drain en place jusqu'à la présentation du malade à la Société française d'Otologie.

27 *avril*. — Le malade quitte la maison de Saint-Jean-de-Dieu où il a été opéré[1].

Obs. IV. — M. F..., 31 ans a déjà été opéré par moi antérieurement (le 1er août 1893) d'un empyème du sinus maxillaire droit, d'origine dentaire. L'opération à été faite par la fosse canine, et depuis lors le malade n'a cessé de pratiquer régulièrement des lavages par la fistule canine maintenue béante.

Depuis 3 ans, apparition de douleurs frontales, surtout à droite, qui ont été en s'accentuant et qui commencent à devenir intolérables.

Le malade a en outre remarqué, depuis longtemps, que malgré ses lavages maxillaires il continue à moucher du pus à droite. Il lui a semblé, en outre, que depuis le commencement de cette année, il s'écoulait aussi un peu de pus par la fosse nasale gauche.

Le malade vient se soumettre de nouveau à mon examen au commencement d'avril de cette année. Je fais les constatations suivantes :

Pas de gonflement ni de rougeur à la région frontale; mais sensibilité marquée à la pression, surtout à la région sus-orbitaire droite.

L'éclairage électrique buccal donne une ombre sous-orbitaire prononcée avec obscurité de l'œil à droite, tandis que les mêmes parties s'éclairent bien à gauche, en même temps que le malade perçoit une sensation lumineuse dans l'œil de ce côté.

L'éclairage sus-orbitaire donne une obscurité bilatérale.

Je diagnostique un empyème du sinus frontal droit. Je reste dans le doute, en revanche, relativement à l'état du sinus frontal gauche, étant donné l'intégrité du sinus maxillaire de ce côté; mais je me propose bien de l'explorer au cours de l'opération.

Opération, 17 *avril* 1897.

Je me décide après la chloroformisation, à pratiquer d'abord la réouverture large du sinus maxillaire droit déja opéré antérieurement et resté fistuleux, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut. Seulement, désireux de tenter d'appliquer ici ma méthode nouvelle, je contourne soigneusement, au moyen d'une incision gingivale double, le tissu fongueux et cicatriciel bordant la fistule, en vue d'une réunion immédiate de la

1. Le malade débarrassé de son drain, le 4 mai, peut être considéré comme guéri, le 22, jour de son départ de Paris.

plaie buccale. Après quoi, le sinus est largement ouvert et débarrassé des nombreuses fongosités qu'il renferme. Après cautérisation au chlorure de zinc et insufflation d'iodoforme, la paroi interne du sinus est perforée avec la gouge et le maillet à sa partie antérieure et inférieure, et j'installe un drain naso-maxillaire.

Je réussis à suturer la plaie gingivale, à sa partie postérieure, mais il reste à sa partie antérieure un vide qui ne peut être comblé, par suite de la grande étendue de muqueuse excisée. Je n'en persiste pas moins dans le plan opératoire adopté, comptant laver ultérieurement le sinus par le drain, et abandonner la plaie gingivale à sa tendance naturelle à l'occlusion.

Je passe ensuite au sinus frontal droit.

Incision longeant le tiers interne du bord sourcilier et se prolongeant jusqu'à la racine du nez. Le sinus droit, largement ouvert avec la gouge et le maillet se montre rempli de fongosités. Etendant la brèche osseuse en dedans, je constate que la cloison inter-sinusienne est détruite et que le sinus gauche est également fongueux. Je prolonge alors mon incision sur le rebord orbitaire supérieur gauche, et j'adjoins à cette longue incision horizontale, une incision frontale médiane. Après refoulement des lambeaux, la paroi antérieure des deux sinus est largement réséquée sur une étendue dépassant les dimensions d'une pièce de cinq francs, de telle sorte que l'extrême limite de ces cavités soit accessible à la curette. Le curettage est pratiqué avec la plus extrême minutie et poursuivi le long des canaux fronto-nasaux jusque dans les méats moyens. Elargissement de ces canaux avec une forte curette. Cautérisation générale avec une solution de chlorure de zinc à 1/5. Insufflation d'iodoforme. Introduction d'un long drain unique qui, à cheval sur la racine du nez, par sa partie moyenne creusée d'une ouverture allongée, ressort inférieurement par chaque narine, assurant ainsi le drainage des deux sinus frontaux réunis en une cavité unique.

Pansement iodoformé et ouaté, légèrement compressif.

Le malade présente donc après l'opération, dans sa narine gauche, l'une des extrémités du drain frontal et, dans sa narine droite, l'autre extrémité de ce drain, plus l'extrémité du drain maxillaire.

Les jours suivants, pas de fièvre, le malade s'est senti immédiatement soulagé des douleurs frontales qui le tourmentaient. Injection d'éther iodoformé, tous les jours, dans tous les drains, à partir du 19 avril.

24 *avril*. — Je lève le pansement frontal et trouve la plaie parfaitement réunie. Les sutures sont enlevées. Une solution de formol au millième pratiquée par un des bouts du tube frontal, ressort par l'autre, entrainant du muco-pus.

Plaie gingivale réunie dans sa moitié postérieure, reste béante, en avant, et, par cette ouverture, on aperçoit la partie évasée du drain en place dans le sinus.

La solution injectée par ce drain ressort par cette partie non réunie

de la plaie. Je profite de cette réunion incomplète, pour insuffler directement dans le sinus de la poudre iodoformée. Recommandation est faite en outre au malade de mâcher exclusivement ses aliments avec le côté gauche de la bouche.

Le pansement frontal est remplacé par une simple mèche de gaze iodoformée appliquée sur la cicatrice au moyen de collodion.

Les lavages sont renouvelés de deux en deux jours.

29 *avril*. — Suppression de tout pansement frontal.

Les solutions injectées par l'un des bouts du drain frontal ressortent claires par l'autre.

Les lavages, par le drain maxillaire, continuent de ressortir par la plaie buccale entraînant encore une certaine quantité de muco-pus moindre toutefois que précédemment. En outre, l'ouverture de la plaie buccale se rétrécit manifestement.

REMARQUE.

L'existence antérieure de la fistule canine dans ce cas m'a évidemment empêché de réaliser ici comme dans les autres l'occlusion immédiate de la plaie buccale. Mais même dans ces conditions désavantageuses et à la suite de cet échec partiel je crois devoir considérer l'état post-opératoire du malade comme préférable à celui des malades opérés suivant l'ancienne méthode d'ouverture du sinus par la fosse canine avec pansements consécutifs par la bouche.

Chez ces derniers en effet les soins consécutifs en question (tamponnements ou lavages) s'opposent forcément à la fermeture spontanée de la plaie et prolongent démesurément la communication anormale du sinus avec la bouche.

Chez mon malade au contraire, ces mêmes soins ayant lieu exclusivement par voie nasale, rien ne vient contrarier la tendance naturelle de la plaie à l'occlusion.

REVUE CRITIQUE DE LARYNGOLOGIE

LE RAPPORT DE M. LERMOYEZ [1]

Par le Dr Paul Raugé.

Le rapport de M. Lermoyez m'avait d'abord fait un peu peur. Encore que je connusse bien la jolie façon dont l'auteur sait présenter les choses difficiles, j'éprouvais quelque inquiétude à me risquer, même avec lui, deux cents grandes pages durant, parmi le ténébreux dédale des paralysies du larynx. Voulez-vous que je vous le dise, je trouvais le mémoire un peu gros.

Eh bien ! je l'ai lu, ce mémoire, sans rien passer, d'un bout à l'autre, et presque d'une seule haleine ainsi qu'un conte ou un roman. Et je vous assure qu'il n'est pas long ; je n'avais même en le fermant, qu'un regret, c'est qu'il fût si court. Je ne crois pas qu'il soit possible de mettre au point une question avec plus d'élégante clarté, ni d'évoluer avec plus d'aisance au milieu des écueils descriptifs dont le sujet est hérissé.

Certes, ce n'est pas d'aujourd'hui que je connais et que j'admire l'impeccable lucidité du rapporteur. L'esprit de M. Lermoyez est peut-être le plus délié, le plus sûr de lui que je connaisse. Il est clair naturellement. Il semble qu'en le traversant, la pensée des autres s'y filtre et en ressorte plus limpide. C'est comme un miroir sans défaut où les choses se réfléchissent, semblent s'éclairer et se grossir. Mais je ne crois pas que jamais il ait montré avec plus de bonheur ce talent parfait d'exposition, cette précision infaillible et calme, cette façon correcte et dédaigneuse de défier l'une après l'autre toutes les difficultés d'un sujet et de les vaincre en se jouant.

Pour prouver à M. Lermoyez que mes compliments sont sincères, je vais sans plus tarder lui faire une querelle. Je suis sûr d'ailleurs qu'il s'y attend. Je n'ai pu, à mon grand regret, assis-

1. *Les causes des paralysies récurrentielles.* Société française de Laryngologie, mai 1897.

ter à la discussion de son rapport ; mais je serais bien étonné qu'on ne lui ait point adressé déjà le reproche que je vais lui faire : c'est d'avoir trop généreusement dépassé les limites de son sujet et de nous avoir dit d'excellentes choses que n'exigeait peut-être pas la question strictement posée.

Le texte du rapport était « Les causes des paralysies récurrentielles ». Cela signifie, j'imagine, qu'il fallait se limiter à l'étude des altérations morbides qui portent sur le récurrent, et rien que sur le récurrent. M. Lermoyez va me répondre que c'est bien ainsi qu'il a fait, qu'il n'est aucunement sorti de son domaine et n'a pas quitté un instant le territoire du récurrent. Alors il s'agit de s'entendre sur la définition du récurrent :

Pour tout le monde, au moins pour moi, le récurrent est une branche nerveuse qui commence au pneumo-gastrique et qui se termine au larynx. M. Lermoyez l'entend plus largement. Le récurrent, pour lui, ne finit nullement au point où il vient se jeter dans le tronc du pneumo-gastrique. Il perd sans doute, à ce niveau, son existence nominale ; mais il garde son existence réelle. Il ne la garde pas seulement au milieu des faisceaux du vague, ses fibres se continuent encore dans la branche interne du spinal ; même elles remontent bien plus haut, dans le bulbe et la protubérance, et dans les faisceaux cortico-bulbaires, jusqu'aux foyers moteurs de l'écorce, où se trouve leur véritable origine. Si ce n'est plus le récurrent tel que l'entend l'anatomie descriptive, c'est du moins son prolongement : et la preuve, c'est que les lésions qui frappent le spinal ou le bulbe produisent des paralysies portant sur les éléments musculaires innervés par le récurrent. Par leurs effets, sinon par leur cause, ces paralysies sont donc bien des paralysies récurrentielles.

S'autorisant de cette idée, qui n'est après tout pas banale, qui même est très philosophique, le rapporteur a poursuivi, à travers les gros troncs et les centres, cette espèce de récurrent virtuel. Et comme le récurrent résume, en somme, toute l'innervation du larynx à l'exception du crico-thyroïdien, seul muscle tributaire du laryngé supérieur, il se trouve qu'en fin de compte M. Lermoyez a écrit, sous le couvert du récurrent, un traité complet des paralysies du larynx. Ce ne sont pas, certainement, ses lecteurs qui lui reprocheront jamais de s'être montré si grand seigneur. Et cependant, dans un concours, je crois qu'un juge un peu pointu l'eût récompensé de son zèle en lui baissant légèrement sa note. Que diriez-vous d'un candidat qui, ayant à traiter du nerf plantaire interne, se croirait obligé de décrire non seulement le trajet du sciatique, mais les faisceaux pyrami-

daux, les cornes antérieures de la moelle et le foyer psycho-moteur du pied? M. Lermoyez me fait un peu l'effet d'un géographe trop consciencieux qui, devant décrire le Tarn ou le Lot, pousserait jusqu'à la Garonne, voire même jusqu'à l'Océan, sous prétexte que le Lot et le Tarn se prolongent virtuellement jusqu'à la mer.

Il est superflu d'insister. Tout le monde admettra, je pense, que le récurrent tel que chacun le connaît, tel que les anatomies le décrivent, n'est qu'une branche terminale; que les lésions récurrentielles sont celles qui frappent cette branche, et qu'une paralysie laryngée d'origine bulbaire ou corticale n'est pas une paralysie du récurrent.

En relisant ce que je viens d'écrire, je me sens quand même un peu ingrat. Je reproche à M. Lermoyez un excès de générosité dont nous profitons tous, en somme. Ce dont je me plains, après tout, c'est qu'il ait fait la mariée trop belle. Notez que je serais désolé s'il nous l'avait faite autrement. Supposez que, se conformant au titre rigoureux du rapport, il se fût enfermé docilement dans les bornes un peu limitées de son sujet. Nous n'eussions eu probablement que la seconde partie du mémoire, c'est à dire une énumération parfaite mais médiocrement captivante des causes de compression du récurrent. Toutes les questions intéressantes où il s'est égaré en commençant auraient échappé à son étude, et nous aurions assurément perdu un des meilleurs travaux d'ensemble qui se soient écrits depuis longtemps sur la neuro-pathologie du larynx.

* * *

Avant d'étudier les causes matérielles capables de troubler l'action du récurrent, l'auteur recherche tout d'abord le mécanisme commun par lequel une lésion anatomique, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, crée une paralysie du larynx et réalise, suivant le cas, l'une ou l'autre des deux formules qui expriment laryngoscopiquement ce désordre : position cadavérique ou position médiane de la corde vocale. C'est-à-dire qu'avant d'aborder l'étiologie proprement dite, il commence par établir la physiologie pathologique générale des troubles laryngo-moteurs.

C'est ainsi qu'il est amené à pratiquer d'emblée dans son sujet une grande coupe très naturelle et très simple ; la première partie, théorique, contiendra l'exposé et la critique des doctrines plus ou moins discordantes sur les mouvements normaux de la glotte, et sur les troubles que la maladie y apporte. La seconde, plus terre à terre, est la simple description clinique des causes

d'altération du récurrent ; je rappelle que sous ce nom M. Lermoyez n'entend pas seulement la partie libre de ce nerf, mais les filets qui le prolongent à travers le pneumo-gastrique et la branche interne du spinal jusqu'à ses noyaux encéphaliques.

* * *

Le larynx est un organe à deux fins : il parle et il respire ; c'est-à-dire qu'il doit alternativement s'adapter à deux fonctions si distinctes, que leur indépendance physiologique va souvent, en pathologie, jusqu'à l'antagonisme. Au moment de l'émission vocale, les cordes se rapprochent et se tendent ; elles se relâchent et s'écartent pendant la respiration silencieuse. Deux groupes de muscles laryngés commandent ces deux mouvements : les constricteurs, les dilatateurs. Sans doute, cette division du travail n'est pas absolument rigoureuse, et Claude Bernard a montré combien il serait peu physiologique de supposer que, pendant que le larynx respire, ses muscles dilatateurs sont seuls à travailler, et seuls ses constricteurs pendant qu'il parle. Mais on peut tout au moins admettre la prédominance alternative de ces deux groupes musculaires et considérer que chacun d'eux correspond assez exactement à l'une des fonctions du larynx. Rosenbach a comparé ces mouvements à l'extension et à la flexion des membres. Mais, tandis qu'en ce dernier cas, les groupes musculaires antagonistes ont chacun un nerf particulier, il n'existe dans le larynx qu'un seul nerf, le récurrent, qui anime tous les muscles de l'organe, à l'exception du crico-thyroïdien, et qui tient ainsi sous sa dépendance les deux modes d'adaptation, vocale et respiratoire, du larnyx. Le récurrent résume donc à peu près l'innervation motrice de l'appareil : « Etudier les paralysies récurrentielles, c'est étudier les paraiysies laryngées. »

Après avoir spirituellement établi une sorte de parallèle historique entre le récurrent de 1860 et celui de 1897, M. Lermoyez se pose à lui-même l'énoncé des six grands problèmes que ce petit cordon nerveux soumet depuis quelques années aux physiologistes et aux laryngologues, et qui ne cessent de soulever parmi nous les débats ardents que l'on sait :

Le récurrent renferme-il des fibres centripètes ?

Le schéma de la distribution classique des nerfs laryngés doit-il être conservé ?

Le récurrent naît-il du spinal ou du pneumo-gastrique ?

Quelle est la représentation bulbaire du larynx ?

Quelle est sa représentation cérébrale ?

Pourquoi les lésions récurrentielles incomplètes fixent-elles la corde vocale en position médiane?

* * *

Le récurrent renferme-t-il des fibres centripètes? Pour les anciens anatomistes, le récurrent était un nerf mixte transportant à la fois, comme les nerfs des membres, la sensibilité et la motilité. Ce furent Longet et Luschka qui établirent que son rôle est exclusivement moteur, et que la sensibilité de la muqueuse est entièrement sous la dépendance du laryngé supérieur. Cependant la vieille théorie du récurrent nerf mixte vient d'être reprise en Allemagne. Krause surtout s'en est fait le champion pour les besoins d'une doctrine sur laquelle nous reviendrons bientôt. Mais les arguments expérimentaux dont il appuie cette opinion (adduction des cordes vocales par excitation du bout central) ont rencontré chez d'autres expérimentateurs (Hooper, Burger, Semon et Horsley) des contradictions si formelles, qu'il est bon de réserver son avis et qu'on peut même, jusqu'à nouvel ordre, s'en tenir à l'idée classique que le récurrent est purement moteur.

Mais alors, comment expliquer les cas — et ils ne sont pas rares — où la compression unilatérale du récurrent amène un spasme glottique bilatéral?

Si l'on analyse avec soin les observations de ce genre, on constate que presque toujours, en ces cas, il existait, à l'autopsie, soit une lésion méconnue de l'autre récurrent, soit une altération du pneumo-gastrique qui, lui, étant bien un nerf mixte, est très capable de provoquer par voie réflexe une paralysie ou une contracture bilatérale.

Quant aux cas où une lésion du récurrent réellement unilatérale, sans altération du vague ou des centres nerveux, a produit du côté de la glotte des troubles moteurs bilatéraux (faits de Mathieu, de Lubet-Barbon), ils peuvent parfaitement s'expliquer non par une intervention réflexe mais par une simple irritation centrifuge déterminant la contracture de l'ary-aryténoïdien : on sait en effet que ce muscle, étant symétrique et bilatéral, mobilise simultanément les deux cordes, bien qu'un seul des deux récurrents suffise à le mettre en action. (Krishaber, Ruault.)

* * *

Le schéma de la distribution classique des nerfs du larynx doit-il être conservé? On connaît ce schéma classique : c'est celui que les Allemands appellent schéma de Luschka, probable-

ment parce qu'il fut établi et démontré par Longet. Je le rappelle en quatre mots :

1° Le nerf laryngé supérieur, nerf mixte, dont la branche motrice (laryngé externe) innerve le crico-thyroïdien.

2° Le nerf récurrent, nerf moteur, qui anime tous les autres muscles.

Cette description traditionnelle ayant paru trop commode et trop simple aux physiologistes viennois, Exner et son école ont pris à tâche de la bouleverser et de la compliquer sans mesure.

En premier lieu, ils ajoutèrent, aux deux branches anciennement admises, un rameau nerveux inédit, découvert par Exner chez le chien et le lapin, et qui double, pour ainsi dire, le laryngé externe, avec lequel il partagerait l'innervation du crico-thyroïdien. *Ce nerf laryngé moyen* naît de la branche pharyngienne du pneumo-gastrique, court un instant sur le milieu de la face postérieure du pharynx, puis gagne les parties latérales et pénètre dans le crico-thyroïdien, à peu près au niveau du point où ce muscle est généralement abordé par le nerf laryngé externe.

On a récemment tenté, d'autre part, de ressusciter la vieille doctrine de la double innervation du larynx, et on a prétendu que ses muscles, bien qu'empruntant pour la plus grande part leur innervation au récurrent, recevaient aussi des filets moteurs du nerf laryngé supérieur. C'est encore du laboratoire d'Exner, si hostile à l'ordre établi, que sont sorties ces recherches nouvelles.

Il faut savoir bon gré à M. Lermoyez de montrer quelque résistance à cette physiologie révolutionnaire, et d'opposer une réserve sage à des innovations anatomiques qui demeurent, provisoirement, fort discutables. Il rappelle en effet, avec raison, que Katzenstein se refuse à admettre l'individualité du prétendu nerf laryngé moyen, que l'existence de ce nerf n'a jamais été constatée chez l'homme, et qu'il est, jusqu'à présent, prématuré d'ajouter un nouveau nerf laryngé à ceux que nous décrivent les auteurs orthodoxes.

Quant à l'ingérence excessive du nerf laryngé supérieur dans l'innervation laryngo-motrice, il est bon de se souvenir que les expériences de contrôle faites par Munk, Breisacher et Gutzlaff n'ont aucunement vérifié les résultats obtenus par Exner, et que la question, pour l'instant, doit rester tout au moins pendante.

Je ne parle que pour mémoire de l'existence d'anastomoses variables entre les nerfs laryngés supérieur et inférieur, de la

participation possible, mais encore très mal définie, du sympathique à l'innervation du larynx, enfin d'anomalies très rares dans le mode de distribution du récurrent; ce sont des éléments qui n'ont rien de constant, mais dont il faut peut-être tenir compte pour expliquer qu'en certains cas les observations cliniques ou les faits expérimentaux ne s'accordent pas tout à fait avec le schéma traditionnel.

Le seul muscle qui, à l'heure actuelle, possède incontestablement une double innervation, c'est l'ary-aryténoïdien, qui, en raison de sa situation de muscle impair et médian, reçoit des filets des deux récurrents.

* * *

Le récurrent naît-il du spinal ou du pneumo-gastrique ? Cette question pourrait paraître oiseuse si l'on s'en tenait aux données de l'anatomie descriptive et si l'on avait simplement en vue l'origine *apparente* du récurrent. Toutes les descriptions et toutes les figures montrent en effet le récurrent se détachant du pneumo-gastrique au niveau de la base du cou. Mais le tronc du pneumo-gastrique n'est pas un faisceau homogène ; il contient, outre ses fibres propres, l'énorme anastomose que la branche interne du spinal lui a fournie, en s'y jetant tout entière, aussitôt après sa sortie du crâne. Or la question est de savoir si le nerf laryngé inférieur provient des filets propres du vague ou des fibres qu'a données à ce tronc l'anastomose du spinal.

Au temps où Bischoff admettait que les racines du spinal et celles du pneumo-gastrique s'associent comme les paires rachidiennes pour constituer un véritable nerf mixte, il était tout naturel de supposer que le récurrent n'était autre chose qu'une émanation de ce nerf mixte, participant de sa double origine : le récurrent était donc à la fois un nerf de sensibilité parce qu'il provenait du pneumo-gastrique et un nerf de motilité parce qu'il provenait du spinal.

Plus tard, lorsqu'on eut démontré que le laryngé inférieur ne contient que des fibres motrices, on ne cessa pas, pour autant, d'admettre sa double origine. Seulement, le spinal et le vague s'associèrent désormais pour apporter, dans cette branche, non plus des éléments moteurs et des éléments sensitifs, mais deux variétés distinctes, deux formes fonctionnellement dissemblables de propriétés neuro-motrices : le récurrent recevait du spinal son pouvoir sur la motilité vocale, du pneumo-gastrique son action sur la motilité respiratoire ; telle fut, comme on sait, la doctrine établie par Claude Bernard.

Cette conception si brillante n'est plus acceptée de nos jours, et l'on tend de plus en plus à admettre que le laryngé inférieur ne reconnaît qu'une origine unique. Le malheur est qu'on s'entend fort peu sur le nerf qui la lui fournit. Tandis que Schech, après Longet, dépossède le pneumo-gastrique de toute part à l'innervation du larynx pour l'accorder entièrement au spinal, d'autres expérimentateurs (Grabower, Grossmann, Onodi) affirment avec non moins d'assurance que, dans les origines du récurrent, le pneumo-gastrique est tout, le spinal rien. Et notez que ces affirmations opposées s'appuient sur des expériences parfaitement démonstratives et également triomphantes. En arrachant les racines du spinal, Schech supprime la motilité glottique avec autant de certitude que Grabower en arrachant les racines du pneumo-gastrique.

J'ai proposé, il y a deux ans, la seule explication qui me semble possible en face d'une pareille contradiction expérimentale, et je suis heureux d'être aujourd'hui soutenu dans cette hypothèse par l'autorité de M. Lermoyez.

Puisque des expérimentateurs, également dignes de foi, observent les mêmes effets en sectionnant ou en arrachant des racines que les uns rapportent au spinal et les autres au pneumo-gastrique, c'est qu'ils agissent, sans le savoir, sur des éléments identiques qu'ils baptisent de noms différents. Cette confusion n'a rien d'improbable si l'on considère avec soin comment les racines du spinal et du vague se répartissent au niveau de leurs origines bulbo-médullaires ; elles forment en effet, en ce point, trois groupes ou faisceaux mal délimités, qui se superposent de haut en bas dans le sillon collatéral postérieur. Il est facile de s'entendre sur la signification des deux groupes extrêmes : le supérieur est incontestablement le faisceau radiculaire qui répond aux origines du pneumo-gastrique ; l'inférieur, qui provient de la moelle, représente les racines médullaires du spinal, celles qui formeront la branche externe de ce nerf.

Mais le groupe radiculaire moyen prête beaucoup plus à l'équivoque ; c'est lui qui, dans les descriptions classiques, répond aux racines bulbaires du spinal, origines, comme on le sait, de la branche interne ou anastomotique de ce nerf. Or tandis que, par destination, ce faisceau moyen appartient au spinal, il semble, par situation, se rattacher plutôt au vague ; il se trouve juste au-dessous des racines propres de ce nerf, « dont il n'est séparé que par un petit intervalle dans lequel passe habituellement une petite artère cérébelleuse postérieure » (Claude Bernard). Il existe, au contraire, un large espace vide entre les racines bulbaires

du spinal et ses racines médullaires. Ils n'est donc pas très étonnant que, lorsqu'il s'agit de séparer les origines du spinal et du vague, on ait pu placer la limite au dessous de ce faisceau moyen, par suite attribuer ce faisceau au pneumo-gastrique et le détacher du spinal, lequel se trouve ainsi réduit à sa seule branche externe. C'est de cette façon, sans doute, que les partisans du pneumogastrique ont pu transporter dans ce nerf le pouvoir laryngomoteur, que d'autres laissaient au spinal. Aussi bien, cette erreur d'attribution n'a rien, en somme, d'offensant pour le savoir anatomique des auteurs qui l'ont commise ; ce n'est, après tout, qu'un retour à la description primitive du vieil anatomiste qui a inventé le spinal, et qui lui a donné son nom *d'accessoire de Willis ;* on se souvient en effet que Willis ne reconnaissait au spinal que ses racines médullaires, partant rien que sa branche externe. Ce ne fut que beaucoup plus tard que Scarpa rattacha à ce nerf le faisceau des racines bulbaires, et prépara, sans s'en douter, les discussions qui nous agitent aujourd'hui.

On voit qu'en somme le litige est tout entier dans le groupe moyen des faisceaux radiculaires. Comme ce groupe est incontestablement l'origine de la motilité du larynx (sur ce point tout le monde est d'accord), il suffira qu'on le rattache soit au vague, soit au spinal, pour accorder à l'un ou à l'autre de ces nerfs le pouvoir absolu sur les muscles de l'organe.

* * *

Représentation bulbaire du larynx. Le récurrent préside seul aux deux modes d'activité du larynx. Or puisqu'on ne peut plus admettre que cette double attribution réponde à la spécialisation de ses racines, elle résulte forcément de la différenciation de ses centres. Le larynx doit posséder deux sortes de foyers moteurs : l'un qui ordonne au récurrent de fermer la glotte au moment de l'émission vocale, l'autre qui lui commande de l'ouvrir pendant la phase respiratoire. Et comme chacune de ces fonctions peut se produire de deux manières, par effort volontaire ou par acte réflexe, il faut qu'il existe à la fois, pour la respiration comme pour la phonation, un centre cortical, présidant aux actes voulus, et un centre bulbaire, ou de passage, régissant les actes inconscients. Telle est la formule de l'innervation centrale du larynx, que d'ailleurs les recherches modernes ont expérimentalement établie.

Tout concourt à localiser dans le bulbe le centre moteur respiratoire du larynx. Les expériences sur le chat pratiquées par Semon et Horsley ont montré que l'excitation du plancher du

quatrième ventricule, au niveau de sa partie supérieure, provoque une dilatation glottique permanente. L'effet de ce centre est bilatéral ; l'excitation d'un seul côté amène l'écartement des deux cordes. C'est l'action continue de ce foyer qui produit ce qu'on a nommé *le tonus des dilatateurs*, c'est-à-dire ce surcroît de béance active qui fait qu'une glotte qui respire est deux ou trois fois plus large que la glotte inerte du cadavre. Ce tonus est un acte réflexe, qui s'élabore au niveau du noyau respiratoire bulbaire, constamment mis en activité par une sollicitation centripète provenant de l'impression de l'air sur les terminaisons du pneumo-gastrique, au niveau de la muqueuse broncho-pulmonaire.

Il existe également, dans le bulbe, un centre phonatoire réflexe, présidant au cri inconscient, et que Semon et Horsley ont localisé chez le chat à la partie inférieure du plancher du quatrième ventricule (aile grise et voisinage du calamus scriptorius). Comme le centre respirateur, il est bilatéral et synergique, c'est à dire que l'excitation de chaque zone agit sur les deux cordes vocales, qui se placent l'une et l'autre en adduction.

* * *

Représentation cérébrale du larynx. Nous venons de voir que les deux modes d'activité du larynx — phonation et respiration — sont représentés dans le bulbe sous leur forme inconsciente et réflexe. Existe-il également dans le cerveau deux foyers qui les représentent sous leur forme consciente et volontaire? M. Lermoyez n'hésite pas à le croire. Il admet que l'écorce grise ne commande pas seulement l'accommodation vocale des cordes, mais encore leur mouvement respiratoire dans le cas où la respiration échappe à la vie inconsciente pour devenir — comme elle le fait. parfois — un acte volontaire et délibéré. On voit d'ici le schéma séduisant qu'il a construit sur ces données : d'une part, deux foyers corticaux commandant les mouvements volontaires de la respiration et de la voix; de l'autre, deux centres bulbaires, d'où part l'impulsion réflexe ; en somme les deux modes de l'activité du larynx également représentés, d'une façon si je puis dire parallèle, dans le cerveau et dans le bulbe. C'est là une conception si élégante qu'on voudrait s'y rallier sans réserve, et que c'est vraiment un grand dommage d'en détruire l'harmonieuse symétrie. Et pourtant, je ne puis m'empêcher de craindre que l'auteur, en ce cas, n'ait quelque peu plié les faits aux besoins de la théorie. Je consens bien, à la rigueur, à ce que la fonction vocale fonction si éminemment psychique, puisse être commandée par le bulbe quand elle s'accomplit d'une façon inconsciente.

Mais je ne vois pas la nécessité de rechercher dans le cortex un centre d'impulsion psycho-moteur pour les mouvements respiratoires du larynx, qui ne semblent en aucun cas dépendre de notre volonté.

Je sais bien que Munk et Preobrachensky ont déterminé, dans l'écorce, une zone dont l'excitation agit d'une façon manifeste sur les mouvements respiratoires du thorax. Mais il me semble qu'il existe une différence radicale entre ces mouvements thoraciques et l'écartement respiratoire des cordes vocales :

Bien qu'elle soit généralement inconsciente, l'ampliation respiratoire de la poitrine devient, à certains moments, volontaire, et nous pouvons à notre gré en régler le rythme et l'étendue. La simple observation sur soi-même prouve au contraire clairement que nous ne sommes, en aucun cas, maîtres des mouvements respiratoires de notre glotte, et je ne crois pas que personne soit capable, volontairement, d'écarter ses cordes vocales, ni même de savoir si sa glotte s'ouvre plus ou moins largement au moment des efforts respiratoires. Aussi n'est-il pas étonnant que si les expérimentateurs ont pu, en excitant la surface cérébrale, accélérer, ralentir ou suspendre les mouvements respiratoires du thorax, ils soient, au contraire, arrivés à des résultats si peu certains en cherchant, de la même façon, à localiser dans le cortex le siège de la représentation des mouvements laryngo-respiraratoires. A vrai dire, ce n'est que chez le chat qu'ils ont pu (Semon et Horsley) déterminer cette zone motrice, c'est-à-dire chez un animal pour lequel l'abduction des cordes se trouve être un acte vocal autant qu'un mouvement respiratoire, puisque le chat miaule en inspirant, et pour ainsi dire à glotte ouverte.

Si l'existence dans le cerveau d'un centre psycho-moteur respiratoire inspire à bon droit quelque doute, celle d'un foyer phonateur s'impose, au contraire, a priori. La fonction vocale du larynx est si notoirement volontaire, si manifestement psychique, que l'existence de cette zone motrice a pu être annoncée et pressentie bien avant que l'expérimentation et la clinique n'en eussent démontré la réaliité. Aujourd'hui, cette existence est un dogme. Mais il n'est pas sans intérêt de mesurer le chemin parcouru depuis douze ans par cette question capitale, qui, en 1884, commençait à peine à s'ébaucher.

Bien qu'elles aient eu le mérite de prévoir et de devancer l'avenir, les recherches des premiers observateurs (Ferrier, Duret, Soltmann) ne pouvaient évidemment aboutir, parce que nul d'entre eux ne songeait à isoler dans l'acte phonatoire la part qui revient au larynx.

M. Krause a eu l'heureuse idée de préciser, dans cette question, ce que l'on devait exactement chercher, et la façon dont il fallait le chercher. Renonçant à localiser, comme on prétendait le faire avant lui, l'acte total de la phonation, qui répond à une fonction complexe, il se contenta de déterminer le centre cortical de l'activité glottique, qui représente un phénomène simple. Au lieu de s'obstiner à produire, comme le faisaient ses devanciers, des altérations expérimentales de la voix ou de l'aboiement d'un chien, il se borna à chercher, par l'examen direct du larynx, s'il existait, à la surface des circonvolutions, une zone plus ou moins constante dont l'excitation provoquât le rapprochement des cordes vocales.

Cette zone, il la découvrit, et put en affirmer le siège : elle se trouve, chez le chien, à la partie inférieure et latérale de la circonvolution précruciale (*gyrus præfrontalis* d'Owen).

Cependant le cerveau du chien est trop différent de celui de l'homme, pour qu'on pût, par simple analogie, déduire des expériences sur l'animal la situation du foyer laryngé à la surface du cerveau humain. C'est pour combler cette lacune, que Semon et Horsley ont repris leurs expériences sur le macaque, dont les circonvolutions cérébrales, et surtout la région rolandique, ont de grandes analogies avec celles de l'homme. Ils limitèrent exactement le foyer laryngo-moteur au niveau du pied de la frontale ascendante.

Pendant ce temps, les cliniciens commençaient aussi leurs recherches, et des cas étaient rapportés prouvant plus ou moins clairement que les lésions de la substance grise corticale peuvent à elles seules entraîner des troubles de motilité du larynx. Il est juste de reconnaître que, parmi ces observations, il n'en n'est qu'un très petit nombre qui présentent à la critique les garanties de certitude qu'elle est en droit d'exiger d'elles.

Les unes — ce sont surtout les plus anciennes (cas d'Ange Duval, de Luys, de Seguin, de Livio-Ronci) — manquent d'examen laryngoscopique, et se bornent à relever chez les malades des troubles vocaux plus ou moins vagues. Dans les autres, c'est l'autopsie qui n'a pas été pratiquée, si bien que la lésion cérébrale ne peut être que soupçonnée, le plus souvent par le fait de l'existence d'une hémiplégie concomitante. Enfin, même dans les cas privilégiés où les observations étaient munies d'un examen laryngoscopique et d'une autopsie plus ou moins complète, on a souvent reproché à leurs auteurs d'avoir négligé l'examen microscopique de l'écorce, du centre ovale, de la capsule interne et des noyaux bulbaires, voire celui des troncs nerveux eux-

mêmes ; si bien qu'on a pu, même alors, rapporter la paralysie soit à une lésion méconnue du bulbe ou du mésocéphale, soit à une altération non constatée du spinal, du pneumo-gastrique ou du récurrent.

On est même allé jusqu'à nier la possibilité matérielle de l'hémiplégie du larynx, et cela en se basant sur ce fait, que l'action de chaque centre laryngé s'exerçant sur les deux côtés de la glotte, la suppression d'un de ces centres demeure physiologiquement sans effet, et doit cliniquement passer inaperçue.

Je ne puis malheureusement développer ici comme il faudrait ce problème si débattu du mode d'action du centre laryngé, que j'ai longuement discuté ailleurs. Ce centre exerce-t-il sur les muscles un effet unilatéral et croisé, comme les foyers psycho-moteurs des membres, ainsi que semblent le prouver les faits recueillis par la clinique ? Ou bien est-ce un centre à double effet, produisant une action bilatérale et mettant simultanément en jeu l'activité des deux cordes vocales ? A l'exception de Masini, tous les expérimentateurs sont unanimes pour conclure résolument en faveur de l'action bilatérale : Krause, Semon et Horsley, Onodi, Klemperer, Broeckaert ont toujours vu l'excitation d'un seul centre laryngo-moteur produire simultanément le rapprochement des deux cordes ; et, par une sorte de contre-épreuve, ils ont pu impunément détruire un des deux foyers corticaux, sans provoquer le moindre trouble dans les mouvements de la glotte.

Cependant, il faut reconnaitre que, malgré son apparence décisive, cette dernière expérience n'est pas absolument probante, et qu'on peut fort bien, après tout, en donner une autre explication. Un certain nombre d'observateurs ont en effet de la tendance à admettre que les foyers primordiaux, reconnus par Krause et par Semon, ne sont pas les centres uniques de l'incitation psycho-motrice du larynx :

C'est ainsi que Masini admet l'existence des foyer sous corticaux, qui ont été cliniquement confirmés par les observations de Déjerine.

Onodi est allé plus loin. Ayant observé que la motilité de la glotte n'est nullement influencée par l'ablation expérimentale complète d'un, et même de deux centres laryngés, il en conclut qu'il existe ailleurs un autre centre cérébral laryngo-phonateur. Ce centre ne siège pas dans le bulbe, puisque la section de ce dernier au-dessus de la limite supérieure du noyau moteur vago-spinal amène la perte immédiate des mouvements d'adduction des cordes. C'est plus haut que ce centre est situé, au niveau

des tubercules quadrijumeaux postérieurs et de la partie la plus élevée du plancher du quatrième ventricule. Cette région dont l'excitation provoque le resserrement de la glotte, est limitée en haut par le sillon qui sépare les tubercules quadrijumeaux antérieurs des tubercules postérieurs ; elle s'étend en bas, sur le plancher du quatrième ventricule, à une distance de huit millimètres. Bien qu'il n'ait encore pu établir quelles sont les relations qui rattachent son centre protubérantiel aux centres corticaux classiques, Onodi affirme que les mouvements de phonation ne sont pas modifiés si l'on sépare ce centre du cerveau, mais cessent immédiatement si on le détache du bulbe.

Il faut encore signaler un désaccord inexplicable entre les cliniciens et les physiologistes, au point de vue de l'attitude que prend la corde vocale, paralysée par le fait d'une lésion corticale. Cette corde se met en position cadavérique, déclarent toutes les observations cliniques. Elle se place, disent les physiologistes, en abduction respiratoire. J'ai affirmé plus d'une fois mon opinion dans ce litige et ne puis que la maintenir, encore que M. Lermoyez paraisse peu disposé à m'y rejoindre. On ne peut observer, dans ce cas, l'attitude cadavérique de la corde, pour cette raison bien simple que cela est logiquement impossible, à moins de renverser d'un coup tout l'échafaudage physiologique que nous venons d'édifier, sur le fonctionnement et les rapports des centres laryngés corticaux et bulbaires. La position cadavérique ne peut être réalisée que par la suppression simultanée de tous les centres d'activité du larynx, bulbaires aussi bien que cérébraux, puisque le mot lui-même exprime que la glotte est inerte et absolument morte. Du moment que la lésion se limite au foyer cortical, le foyer bulbaire survit, et s'il survit, il n'a pas de raison pour ne point continuer à entretenir ce tonus des dilatateurs, que personne ne met en doute, et qui place les cordes vocales non pas en position cadavérique, mais en abduction respiratoire.

Bien que nous ne possédions encore que des renseignements fort incomplets sur le trajet intra-cérébral des faisceaux cortico-bulbaires du larynx, il est possible cependant d'établir leur parcours probable avec un certain degré de vraisemblance. La fameuse autopsie de Garel nous fournit pour cela un précieux point de repère ; elle a reconnu le passage de ces fibres au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne. Comme nous connaissons d'ailleurs leurs points de départ et d'arrivée, nous possèdons trois données suffisantes pour reconstituer tout leur parcours ; il semble à peu près se confondre avec celui du faisceau géniculé.

* * *

Pourquoi les lésions récurrentielles incomplètes fixent-elles la corde en position médiane? Nous abordons ici le gros problème de la « paralysie des dilatateurs ». Il n'en est point, assurément, qui ait plus violemment divisé les laryngologistes de ce temps et sur lequel on ait, depuis quinze ans, plus discuté, plus expérimenté et plus écrit. Voici, aussi simplement que possible, les termes dans lesquels il se pose :

Lorsqu'une altération matérielle vient à frapper le récurrent, elle peut, suivant les circonstances, ou le détruire totalement ou l'altérer d'une façon partielle.

On comprend que, dans le premier cas, les conséquences soient très simples : c'est la paralysie complète avec, comme formule glottique, l'immobilisation des cordes en position cadavérique.

Les choses sont beaucoup moins claires si la lésion est incomplète. Il semblerait qu'en pareil cas on doive observer tour à tour, et en proportions à peu près égales, la paralysie isolée de chacun des muscles de l'organe, les altérations pathologiques n'ayant aucune raison pour frapper l'un de ces muscles plutôt que l'autre.

Il n'en est rien; l'expérience a montré que, dans tous les cas où la lésion n'est pas totale, la déformation glottique qu'elle réalise est toujours et constamment la même ; elle fixe les cordes vocales en situation médiane. Ce fait, signalé d'abord par Rosenbach, a été vérifié depuis avec une telle constance, que Semon a pu en déduire l'expression d'une véritable loi.

Jusque-là, tout le monde est d'accord; car il ne s'agit, à tout prendre, que d'une constatation pure et simple, à savoir l'extrême fréquence de l'adduction permanente des cordes, opposée à la rareté des autres formules laryngoscopiques (abstraction faite, bien entendu, de la position cadavérique). Mais les divergences commencent aussitôt qu'il s'agit d'interpréter :

La fixation médiane des cordes ne peut s'expliquer que de deux manières : ou par une paralysie supprimant l'action des abducteurs ; ou par une contracture amenant la prédominance d'action des adducteurs.

La première de ces deux hypothèses a été proposée par Semon. Bien que, avec une sage réserve, il se soit toujours abstenu d'interpréter ce paradoxe, il admet que les dilatateurs ont une tendance inexplicable à succomber isolément, ou à succomber les premiers, dans les lésions incomplètes ou progressives, et que l'adduction permanente traduit la paralysie de ces muscles. Pour expliquer ce peu de résistance des abducteurs, les partisans de

la doctrine, moins prudents que Semon lui-même, ont hasardé successivement une infinité d'hypothèses, dans lesquelles ils ont invoqué tantôt l'infériorité anatomique des dilatateurs de la glotte, tantôt leur infériorité biologique, tantôt leur infériorité physiologique. Mais le nombre de ces explications suffirait seul à démontrer qu'il n'en est, en réalité, aucune qui soit satisfaisante.

En face de cette théorie paralytique, M. Krause en a élevé une autre, qui s'édifie sur un principe diamétralement opposé. Il s'est donné pour but de démontrer, par le raisonnement et par l'expérience, que l'adduction permanente des cordes n'est pas due à une paralysie des abducteurs, mais à la contracture primitive de tous les muscles du larynx : la prédominance d'action des adducteurs, qui est un fait d'expérience, suffit alors pour entraîner la corde et la fixer en position médiane.

La principale objection qu'on ait faite à cette doctrine, c'est qu'elle est en opposition formelle avec les données ordinaires de la pathologie nerveuse. Il est en effet difficile d'admettre que les lésions du récurrent produisent une contracture permanente, alors que, partout ailleurs, des altérations nerveuses identiques ne réalisent jamais autre chose qu'une paralysie névritique, qui survient très rapidement, qui a pour caractère d'être flasque, et qui est à peine précédée parfois de quelques spasmes transitoires.

Krause d'ailleurs a si bien senti la valeur de cet argument, que, cherchant à orienter sa doctrine dans un sens qui soit plus conforme aux données de la neuro-pathologie générale, il a peu à peu renoncé à la contracture *primitive*, pour admettre la contracture *réflexe* de tous les muscles du larynx. C'est pour préparer cette doctrine qu'il s'est fait, comme nous l'avons vu plus haut, le plus chaud défenseur de la nature mixte du récurrent. Ne fallait-il pas, en effet, commencer par établir que ce nerf contenait des fibres centripètes, pour qu'il fût possible d'admettre que son irritation produisit une contracture réflexe ?

Au milieu de ces deux théories, dont l'une et l'autre a ses points faibles et ses côtés très séduisants, je comprends que M. Lermoyez éprouve — et il n'est pas le seul — un peu d'embarras pour prendre parti. Aussi s'est-il abstenu sagement de se prononcer pour l'une ou pour l'autre et s'est-il décidé, en somme, à les accepter toutes deux : « Il faut se garder, nous dit-il, d'un exclusivisme systématique. La position médiane de la corde vocale relève très souvent, mais non toujours, de la paralysie des dilatateurs ; un spasme des constricteurs peut aussi la réaliser. » — Il admet d'ailleurs que ces deux formes de l'adduction permanente des cordes peuvent-être cliniquement différenciées, d'après l'as-

pect de l'image glottique. Il n'est même pas rare que le spasme se superpose à la paralysie ; c'est ainsi que les tabétiques atteints de paralysie ancienne, et bien tolérée, des dilatateurs, voient parfois accidentellement survenir une sorte de poussée spasmodique qui se traduit cliniquement par l'apparition passagère d'accès de dyspnée angoissante.

* * *

L'auteur aborde maintenant la partie clinique du sujet et passe à l'énumération des lésions de voisinage qui peuvent frapper le récurrent. Après les grandes théories et les hautes discussions doctrinales, ce chapitre d'étiologie est plutôt calme : c'est le lac après le torrent. Ici plus de débats passionnés, plus de polémiques ardentes ; c'est un simple exposé de faits ; mais un exposé si complet, et présenté en si bon ordre, qu'il fait retenir presque sans fatigue l'interminable et fastidieux tableau des causes de paralysie laryngée.

Le plan descriptif est fort simple. L'auteur prend le récurrent dans le larynx, et remonte avec lui jusqu'au cerveau, notant pas à pas, en chemin, les insultes que le nerf peut subir dans chaque région qu'il traverse.

Ces lésions portent pour la plupart sur le tronc différencié du récurrent, l'atteignent plus rarement dans son passage à travers le vague et le spinal ; elles peuvent enfin le frapper au niveau des centres eux-mêmes, assez fréquemment pour le bulbe, plus rarement pour le cerveau.

* * *

Traumatisme, compression, névrite, on peut résumer en ces trois mots les lésions paralytiques portant sur le tronc du récurrent.

Très rarement accidentelles, le plus souvent chirurgicales, les blessures du récurrent ont pour causes habituelles la thyroïdectomie, l'œsophagotomie externe, l'extirpation des ganglions du cou, la ligature de la carotide primitive et rarement une trachéotomie maladroitement pratiquée.

Les anévrismes thoraciques sont notoirement la plus connue des causes de compression du récurrent. Le siège de ces anévrismes est le plus souvent la crosse aortique, plus rarement le tronc brachio-céphalique, la carotide ou la sous-clavière gauche, exceptionnellement la sous-clavière droite. Il en résulte que le récurrent gauche est le plus fréquemment atteint, d'abord parce qu'il embrasse la crosse de l'aorte, ensuite parce qu'il parcourt au

sommet du thorax un trajet bien plus long que le droit. La moindre dilatation artérielle au niveau de la concavité de la crosse écrase le récurrent gauche contre la bronche sous-jacente.

Comme il arrive fréquemment que l'anévrisme de l'aorte ne se manifeste, à son début, par aucun autre signe apparent que la paralysie d'une corde vocale, il faut toujours se défier d'un malade atteint, sans cause visible, d'une paralysie de la corde gauche. Mais il serait exagéré d'admettre, comme le veut Botey, qu'une paralysie du récurrent gauche qui ne fait pas ses preuves est toujours due à un anévrisme latent.

Les troubles laryngo-moteurs que déterminent les anévrismes sont le plus souvent la paralysie d'une ou des deux cordes vocales, avec des accès passagers de spasme produisant des suffocations redoutables, qui nécessitent quelquefois la trachéotomie d'urgence.

Les récurrents étant, sur toute l'étendue de leur parcours, accompagnés de ganglions lymphatiques, il n'est pas étonnant que ces nerfs subissent fréquemment le contre-coup de ce mauvais voisinage ; la leucémie, la syphilis, le cancer, la tuberculose sont les facteurs habituels des altérations adénopathiques qui produisent, sur le tronc nerveux, tantôt une simple compression, tantôt une névrite irritative, quelquefois la suppuration ou la dissociation complète de ses fibres.

Le cancer de l'œsophage peut atteindre les deux récurrents, mais un peu plus souvent le gauche. Ici, comme dans l'anévrisme, la paralysie d'une corde vocale est parfois le premier indice, et c'est souvent dans le cabinet du laryngologiste que se révèle le cancer œsophagien.

On peut passer rapidement sur d'autres causes, très exceptionnelles, de compression du récurrent (sarcome du médiastin, persistance ou hypertrophie du thymus, cancer et tuberculose du poumon, pleurésie, péricardite) pour arriver à un des éléments étiologiques les plus fréquemment responsables des paralysies du larynx : j'ai nommé les tumeurs thyroïdiennes. Tout goître, quelle que soit sa nature, peut comprimer les récurrents. Cependant cette complication s'observe beaucoup plus fréquemment dans le cours des tumeurs malignes ; leur accroissement est si rapide que le nerf n'a pas le temps de s'accoutumer à leur pression. La forme plongeante est, de toutes les modalités du goître, la plus dangereuse pour le larynx, et comme elle se dissimule aisément, il faut toujours la rechercher dans les cas de laryngoplégie dont on ne trouve pas la cause.

Dans l'étude pathogénique des altérations du récurrent, la

question des névrites est une des plus intéressantes et des plus neuves ; je comprends que M. Lermoyez s'y soit complaisamment arrêté.

Depuis que les travaux français (Joffroy, Pitres et Vaillard) ont fait accepter l'existence des névrites périphériques, on a reconnu que le récurrent, aussi bien que tout autre nerf, pouvait s'enflammer isolément, et sans qu'il y fût provoqué par une altération des centres ou par une irritation de voisinage.

Névrites récurrentielles toxiques. La plus fréquente est due au saturnisme ; il s'agit d'une névrite segmentaire périaxile (Gombault) susceptible de réparation et atteignant le plus souvent les dilatateurs de la glotte. L'art vétérinaire nous fournit un exemple intéressant de cette forme ; ce sont les sténoses laryngées qui surviennent chez les chevaux employés dans les fabriques de minium ; les symptômes de dyspnée qu'ils présentent sont parfois assez menaçants pour nécessiter la trachéotomie ; mais une fois fois munis de leur canule, ils peuvent continuer à travailler avec un état général satisfaisant, et guérissent complètement lorsqu'ils sont éloignés de l'usine.

Le cuivre, l'arsenic, l'antimoine, le phosphore, l'alcool, enfin certaines substances végétales (belladone, opium, cocaïne) doivent encore être cités parmi les poisons nerveux du larynx.

Névrites infectieuses. La paralysie diphtérique peut, de son siège habituel, qui est le voile du palais, s'étendre quelquefois au larynx. Elle s'y traduit, le plus souvent, par l'association caractéristique de l'anesthésie laryngée et de la paralysie des constricteurs. Mais elle peut aussi revêtir la forme de paralysie des abducteurs, et l'on sait que Trousseau attribuait déjà à une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs la dyspnée qui oblige parfois à maintenir si longtemps la canule après la guérison du croup.

Les paralysies laryngées s'observent assez fréquemment dans le cours de la fièvre typhoïde et surtout pendant sa convalescence. On les a également signalées dans le choléra, dans l'impaludisme, l'ictère (Gerhardt) et l'infection puerpuérale. Il n'est pas jusqu'à la blennorragie qui n'ait été accusée de les produire (Lazarus).

Enfin la syphilis et la tuberculose (Helme) produisent fréquemment, comme on sait, des paralysies laryngées. Encore que ces troubles moteurs soient le plus souvent attribuables à des compressions ganglionnaires, on ne saurait pourtant nier qu'il ne s'agisse, en certains cas, d'une de ces névrites multiples dont Pitres et Vaillard ont montré la fréquence chez les tuberculeux,

et qui sont probablement produites par l'action directe des toxines sur les éléments des troncs nerveux.

Névrites récurrentielles dans les affections bulbaires. Bien que, chez les tabétiques, les troubles moteurs du larynx dépendent généralement des altérations bulbaires, Pierret affirma le premier qu'il peut survenir, au cours du tabes, des névrites périphériques sans rapports de continuité avec les lésions centrales. On se souvient que Déjerine a accepté cette doctrine, qu'il l'a même étendue au point de mettre sur le compte de ces altérations des nerfs les troubles de sensibilité et les atrophies musculaires qui se montrent dans l'ataxie. Or il existe quelques faits, notamment un cas de Schlesinger, où l'on observa, chez des tabétiques, une paralysie laryngée, sans que l'autopsie révélât autre chose qu'une lésion des troncs nerveux, et sans aucune altération des centres.

Névrites récurrentielles primitives. L'inflammation essentielle du récurrent a été autrefois contestée, et les faits firent longtemps défaut pour en démontrer l'existence.

Ruault disait, à cette époque, que c'était « un cadre sans tableau ». Aujourd'hui, ces observations abondent : les cas de Massei, de Knight, de Schech, de Hutchinson, de Boulay ne sauraient être contestés ni s'interpréter autrement que par une névrite a *frigore* exactement assimilable à celle qui produit les paralysies faciales.

Lorsque, chez un rhumatisant, on voit brusquement apparaître une paralysie du récurrent dont on ne trouve aucune cause matérielle, lorsqu'on constate nettement une diminution de la contractilité faradique, lorsqu'enfin, soit spontanément, soit grâce au traitement électrique, cette paralysie disparait, on peut prononcer hardiment le nom de paralysie rhumatismale et attribuer son origine à une névrite primitive, survenue d'une façon spontanée ou sous l'influence du froid. Mais on devra toujours songer que ce diagnostic d'élimination ne peut être sérieusement posé que lorsqu'un contrôle attentif aura sûrement mis hors de cause toutes les altérations matérielles (syphilis, tabes au début, anévrisme latent de l'aorte), qui peuvent si facilement échapper à l'examen le plus soigneux.

* * *

Puisque les filets moteurs du larynx cheminent dans le tronc du vague, depuis l'anastomose du spinal jusqu'à l'émergence du récurrent, il est facile de prévoir que les injures extérieures qui atteignent cette portion de pneumo-gastrique produiront des para-

lysies laryngées comme si elles frappaient le récurrent lui-même, et que ces deux variétés étiologiques doivent à peu près se confondre, par leurs causes comme par leurs effets.

Cependant on peut soupçonner que la compression porte sur le pneumo-gastrique : 1° lorsque la corde opposée à la lésion est atteinte de contracture, indice d'une irritation réflexe qui ne peut passer que par le pneumo-gastrique ; 2° lorsque, aux signes de paralysie récurrentielle, s'ajoutent ceux de la paralysie du laryngé supérieur (anesthésie de la muqueuse laryngienne, paralysie du crico-thyroïdien); 3° lorsque des symptômes étrangers au larynx indiquent la participation des autres branches du pneumo-gastrique (troubles gastriques, intestinaux et urinaires, tachycardie, accidents pulmonaires).

La situation profonde du spinal, la brièveté de son trajet rendent ses lésions fort rares : ces lésions, qui peuvent porter soit sur le tronc, soit sur la branche interne, reconnaissent généralement pour cause une affection de la base du crâne ou du cou (fracture, plaie pénétrante, cancer, anévrisme, carie).

C'est encore en tenant compte des symptômes associés qu'on peut attribuer une paralysie du larynx à une lésion probable du spinal.

Tantôt les phénomènes surajoutés sont du domaine de la branche interne, et M. Lermoyez, avec nombre d'auteurs, accorde en ce cas beaucoup d'importance à la paralysie du voile du palais. J'avoue que cela trouble un peu mes notions anatomiques ; j'ai toujours appris que le voile recevait ses nerfs du facial, par les deux pétreux superficiels *et* les ganglions de Meckel et d'Arnold. Encore que Hein ait, je le sais, admis la participation du spinal à l'innervation palato-motrice, cette part me parait bien minime pour qu'une lésion du spinal isolé puisse déterminer « l'hémiplégie du voile, » alors que ce voile a conservé l'élément le plus important de sa motilité, lequel est incontestablement le facial.

D'autres fois, les symptômes associés portent sur la branche externe (paralysie avec atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze). Lorsqu'une telle paralysie du cou s'associe à une laryngoplégie, on a quelque droit de conclure que la lésion porte sur le spinal, et même que cette lésion atteint le nerf dans le très court trajet qui sépare son émergence bulbaire de sa division en deux branches.

* * *

Toute affection du bulbe capable de détruire le noyau commun du spinal et du pneumo-gastrique peut donner lieu à une para-

lysie laryngée. Toutes les laryngoplégies bulbaires ont une symptomatologie presque identique, car, au bulbe comme au cerveau la forme des phénomènes observés dépend moins de la nature des lésions que de leur siège. On peut résumer comme il suit les caractères communs de ces paralysies :

Elles frappent les muscles du larynx du même côté que la lésion, mais se montrent souvent sous forme bilatérale. On trouve presque constamment les cordes immobilisées soit en position cadavérique soit en adduction permanente. Les muscles paralysés perdent leur contractilité électrique et s'atrophient. La sensibilité de la muqueuse est le plus souvent supprimée ainsi que la sensibilité réflexe. On observe presque toujours des paralysies associées, notamment dans le domaine du spinal et de l'hypoglosse.

Parmi les laryngopathies de cet ordre, les unes relèvent directement d'une affection bulbaire primitive ; les autres, et ce sont les plus fréquentes, ont pour origine une maladie de la moelle, secondairement propagée au bulbe.

La paralysie bulbaire apoplectiforme (hémorragie ou ramollissement) est très rarement signalée comme cause de paralysie laryngée, et la raison en est bien simple, c'est qu'elle entraîne presque constamment la mort plus ou moins immédiate. Quand la survie est suffisante, on observe la fixation des cordes tantôt en position médiane, tantôt en position cadavérique, avec ou sans hémianesthésie.

Bien qu'elle porte le plus souvent son action sur les racines nerveuses, qu'elle étrangle dans des placards scléro-gommeux de méningite, la syphilis, quelquefois, peut être aussi intra-bulbaire. C'est alors, avec une évolution plus lente, un tableau clinique analogue à celui de l'apoplexie bulbaire.

Mais, de toutes les maladies du bulbe, aucune ne compromet plus sûrement la motilité du larynx que ne le fait la paralysie labio-glosso laryngée. Ne sait-on pas que la maladie de Duchenne attaque primitivement tout ce qui constitue, dans le bulbe, le prolongement de la corne antérieure de la moelle, c'est-à-dire le noyau de l'hypoglosse et le noyau antéro-latéral de Stilling (spinal, pneumo-gastrique et glosso-pharyngien). C'est généralement la langue qui commence. Le larynx n'est pris que plus tard, et présente des troubles dysphoniques en rapport avec la forme de la paralysie, qui est généralement une paralysie totale et bilatérale. La paralysie des dilatateurs s'observe beaucoup plus rarement.

L'atrophie musculaire progressive n'étant, en somme, que la forme médullaire de la maladie précédente, et s'attaquant, comme elle, aux cornes antérieures, il n'est pas étonnant que lorsqu'elle

s'étend au bulbe, une paralysie du larynx résulte de cette propagation ; elle en est même fréquemment le seul ou le premier indice, car, à l'inverse de la maladie de Duchenne, celle-ci frappe le larynx presque toujours en premier lieu.

Les troubles laryngés qui, dans la moitié des cas environ, compliquent la syringomyélie, ont été bien décrits par Cartaz. Ce sont naturellement les altérations de la sensibilité qui dominent, soit qu'il y ait anesthésie complète, soit que cette anesthésie, diversement dissociée, atteigne surtout ou exclusivement la sensibilité thermique ou douloureuse.

La sclérose latérale amyotrophique s'accompagne assez rarement de troubles laryngo-moteurs. Quand cette complication survient, elle mène le malade à une phase bulbaire terminale, de tous points identique à la maladie de Duchenne.

Le larynx est un des terrains d'évolution préférés du tabes, et souvent une laryngoplégie insidieuse est le prologue de la préataxie. Plus d'une fois, le dernier acte s'achève en un spasme glottique mortel.

Le tabes détermine, dans le larynx, trois ordres de manifestations : des phénomènes d'incoordination motrice, des phénomènes spasmodiques (toux, dysphagie, dyspnée, vertige laryngé), des phénomènes paralytiques. Encore que la distribution des paralysies laryngées tabétiques soit éminemment variable, il est une règle sur laquelle toutes les observations s'accordent : c'est que la paralysie des dilatateurs est, par excellence, la paralysie du tabes. Cette paralysie, qui rarement rétrocède, qui se transforme quelquefois (soit pour se compléter, soit pour changer de type) s'accompagne en certains cas d'anesthésie, plus souvent de spasme de la glotte et parfois de phénomènes associés dans le domaine du spinal ou de l'hypoglosse.

Comme le tabes, la sclérose en plaques répartit ses lésions avec une prédilection toute spéciale sur le plancher du quatrième ventricule. Cependant, il est à noter que, de ce fait, les laryngoplégies sont rares, la persistance des cylindres-axes ayant plutôt pour résultat de produire en ce cas, dans le larynx comme ailleurs, le tremblement intentionnel si connu qui caractérise la sclérose en plaques. L'asynergie vocale, observée dans cette affection, relève d'une incoordination laryngienne. Collet a noté, par surcroît, un véritable tremblement des cordes, une lenteur hésitante de leurs mouvements, qu'il considère comme caractéristiques.

* * *

Le rapport de M. Lermoyez se clot sur une grosse question : les paralysies cérébrales. On s'étonne de prime abord qu'il n'ait consacré à leur étiologie qu'un petit chapitre de sept pages. Mais je crois en savoir la raison : c'est que M. Lermoyez n'y croit guère. Revenant sur les données théoriques longuement exposées dans la première partie, il montre ce que ces paralysies devraient être pour obéir à la physiologie ; puis il rapproche de ce schéma idéal celui que nous fournit la clinique ; et il constate entre les deux tableaux une discordance parfaite.

Ce qu'on devrait trouver, ce sont des paralysies toujours bilatérales, ne frappant que les constricteurs, et provoquant l'aphonie sans dyspnée avec conservation du cri réflexe. Ce qu'on trouve, ce sont constamment des paralysies unilatérales et croisées, atteignant tous les muscles du larynx, et ne produisant, comme symptôme, qu'un degré plus ou moins marqué d'enrouement.

Cette contradiction trop évivente donne assurément à réfléchir et M. Lermoyez n'est pas de ceux qui acceptent les faits sans contrôle. Parmi ceux qui ont été donnés comme exemples de paralysie corticale, savez-vous combien d'observations trouvent grâce devant son scepticisme ? Quatre ; c'est un total assez mince si l'on songe qu'il s'agit d'un symptôme qui devrait, théoriquement, être, en pratique, aussi courant que l'hémiplégie des membres ou l'aphasie motrice. Encore, ne suis-je pas très sûr qu'il n'ait point épargné un peu par politesse ces quatre faits échappés à sa critique (j'imagine que ce sont ceux de Garel et de Déjerine) et qu'il n'ait, au fond, l'arrière-pensée qu'on aurait pu, en cherchant bien, trouver là, une fois de plus, la fâcheuse lésion bulbaire. Et je resonge à cette phrase dans laquelle M. Lermoyez nous déclarait, en commençant, qu'ayant cherché pendant cinq ans des hémiplégiés laryngées corticales, il n'avait pu en découvrir une seule. J'avoue que cette déclaration me touche beaucoup plus, pour ma part, que toutes les dissertations théoriques. On sent ce qu'elle vaut dans la bouche d'un médecin d'hôpital qu'on ne soupçonnera pas, cette fois, de mépriser le laryngoscope, et devant qui une paralysie glottique aurait eu, je crois, assez de peine à passer inaperçue.

En somme, je peux me tromper, mais je sens, dans tout ce chapitre, percer une vague incroyance. M. Lermoyez n'a pas la foi. Et la façon dont il décrit les causes des paralysies corticales se ressent de cette tiédeur. Il indique, sans conviction, la plupart des affections cérébrales, qu'il était convenable de rappeler dans cette

étude étiologique (hémorragie et ramollissement, syphilis, tumeurs, paralysie générale). Mais c'est régulièrement pour conclure que ces causes de paralysie corticale ont été plus ou moins surfaites, et qu'elles n'ont jamais causé que des paralysies bulbaires.

* * *

L'auteur termine son mémoire en faisant, avec un grand sens clinique, justice d'une idée très fausse. Il est convenu qu'en pratique, une paralysie du larynx est toujours une affection très grave, grave par les accidents qu'elle entraine et par son incurabilité, grave surtout par l'existence de la maladie qu'elle révèle. « Cons-« tater une paralysie du récurrent, c'est donc prononcer un arrêt « de mort dont l'heure seule est incertaine. » Or, il convient de réviser ce pronostic inexorable. Parmi les paralysies du larynx, il en est presque une moitié dont la cause nous demeure inconnue. Or, même en admettant qu'un certain nombre de ces observations douteuses se rapportent, plus ou moins sûrement, soit à un tabes au début, soit à un anévrisme aortique ignoré, il en est assurément beaucoup dont la cause est moins menaçante. En tous cas, ce qui est certain, c'est qu'il est des laryngoplégies qui guérissent, d'autres qui n'entrainent jamais le moindre accident appréciable. Je connais, pour ma part, deux ou trois malades qui vivent depuis longtemps en paix avec une corde vocale immobile. A ces vieux laryngoplégiques, l'optimisme de M. Lermoyez est certainement applicable, et je crois qu'ils lui sauraient gré d'avoir terminé son rapport sur cette conclusion consolante.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

INSUFFLATEUR A AIR COMPRIMÉ

Par le Dr **Maurice BOULAY,**

Ancien interne des Hôpitaux.

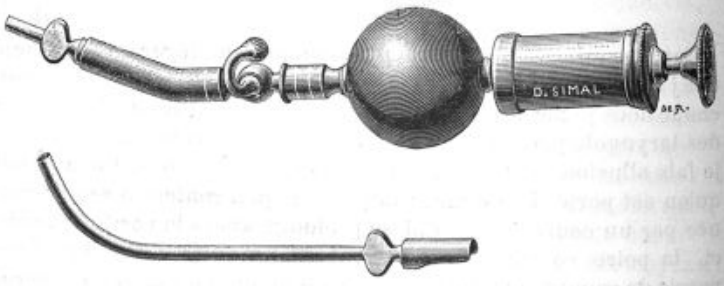
Cet appareil a été imaginé pour remédier à un léger inconvénient que j'ai cru reconnaître au lance-poudre à double ballon en caoutchouc dont je me servais jusqu'alors, à l'imitation de la plupart des laryngologistes. L'insufflateur à poires en caoutchouc, auquel je fais allusion, ne fonctionne pas d'une façon aussi instantanée qu'on est porté à le croire ; la poudre qu'il renferme est entraînée par un courant d'air qui se prolonge après la sortie de celle-ci, la poire continuant de se vider sous l'effort élastique des parois de caoutchouc, quelque prestesse que l'on mette à retirer le doigt appuyé sur le bouton de déclanchement. Or ce courant d'air est assez intense, surtout si l'on a gonflé un peu fortement le ballon, pour impressionner certains malades aussi désagréablement, si ce n'est plus, que le coutact de la poudre elle-même. Deux de mes malades, chez qui les insufflations de poudre de cocaïne dans le larynx provoquaient des accès de spasme glottique, m'en ont fourni la preuve. Chez eux la simple insufflation avec le lance-poudre non chargé produisait le même effet spasmodique que l'insufflation de poudre ; l'un d'eux même eut le plus fort accès que j'observai chez lui, un accès qui dura quinze minutes et lui fit passer, au sens propre du mot, un fort mauvais quart d'heure à la suite d'une insufflation à blanc, d'une insufflation d'épreuve.

N'étaient ses inconvénients bien connus et pour le malade et pour le médecin, l'insufflation pratiquée avec la bouche, à l'aide d'un tube de verre muni d'un simple tube de caoutchouc, serait, ce me semble, le mode d'insufflation idéal, à la condition toutefois d'opérer de la façon suivante : expulser la poudre, non pas en

soufflant à pleins poumons, mais par un petit coup sec d'expiration buccale, telle qu'on la réalise lorsqu'après avoir engagé la pointe de la langue entre les deux lèvres portées en avant, on retire brusquement la langue pour laisser échapper l'air préalablement emmagasiné dans la bouche.

L'insufflateur à air comprimé, dont le dessin est ci-joint, réalise à peu près tous les avantages de l'insufflateur buccal, sans en avoir les inconvénients.

Il se compose d'un manche et d'un tube d'émission. Le manche est constitué par les parties essentielles de l'appareil : une pompe à compression et un réservoir d'air que ferme un robinet d'expulsion. Le tube d'émission, fixé à angle obtus sur ce manche, ne diffère pas de ceux des divers pulvérisateurs usuels ; comme



eux, il est mobile en tous sens et reçoit, à celle de ses extrémités qui se raccorde avec le manche, la poudre à insuffler.

Pour se servir de l'instrument, on commence par l'armer, opération qui consiste à comprimer l'air dans le réservoir à l'aide de quatre ou cinq coups de piston, le robinet d'expulsion étant préalablement fermé. Le tube d'émission, muni de la poudre à insuffler, étant ensuite fixé sur l'appareil, celui-ci est prêt à fonctionner. Le manche de l'instrument est saisi à pleine main, l'index seul étant allongé et placé sur le robinet comme sur la gachette d'un pistolet ; il suffit d'appuyer sur cette gâchette pour que, sous l'effet de la décompression brusque de l'air, la poudre soit expulsée instantanément et presque sans bruit.

Au lieu de se servir de l'appareil à la façon d'un pistolet, il est souvent plus commode de s'en servir à la façon de l'instrument à polypes laryngiens de Schrötter ; le manche du pulvérisateur est alors porté en dehors vers la commissure labiale gauche du malade, robinet en dessus et non plus sur le côté ; on

aura fait subir préalablement au tube d'émission un mouvement d'un quart de cercle pour que, dans cette nouvelle position, son extrémité libre regarde encore en bas.

L'appareil est entièrement métallique: ses diverses pièces sont solidaires, à l'exception du tube d'émission qui est mobile. Absolument indépendant de tout tuyau ou ballon de caoutchouc plus ou moins encombrant, il donne à l'opérateur toute liberté de diriger le jet de poudre sur le point du larynx, du pharynx ou du naso-pharynx que l'on désire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE & DE RHINOLOGIE

COMPTE-RENDU DE LA SESSION DE MAI 1897

Séance du lundi soir 3 mai 1897.

Présidence de M. A. MARTIN, *Président.*

Rapport sur le traitement de l'ozène.

M. Moure (Bordeaux). — Au début de son rapport, M. Moure esquisse à grands traits les symptômes principaux caractéristiques en quelque sorte de l'affection, à savoir : l'atrophie de la muqueuse et du tissu osseux, cornets en particulier; l'hypersécrétion purulente spéciale, ayant une tendance manifeste à se concréter sous la forme de bouchons croûteux, noirâtres, plus ou moins secs, poussiéreux, et répandant l'odeur fétide spéciale qui a valu à cette rhinopathie le nom d'ozène sous lequel on la désigne habituellement.

Vient ensuite l'exposé des formes cliniques de l'ozène, d'où découleront le pronostic et le traitement. M. Moure élimine d'abord la rhinite atrophique sans ozène, dans laquelle on constate l'atrophie des cornets sans que celle-ci s'accompagne de punaisie. Cette forme, les anciens la connaissaient. Trousseau avait signalé la disparition de la mauvaise odeur à mesure que les malades avançaient en âge. On peut, à un certain point de vue, considérer cette forme comme l'aboutissant de l'ozène classique. Les transformations de la muqueuse sont telles que, les glandes ayant disparu, les sécrétions sont devenues à peu près nulles et par conséquent elles ne donnent plus lieu à la production de croûtes fétides.

Les formes cliniques sous lesquelles se présente l'ozène peuvent être réparties en cinq groupes :

1° *Forme adénoïdienne.* — L'ozène est ici la conséquence de végétations adénoïdes; celles-ci favorisent l'arrêt des sécrétions et leur décomposition dans l'intérieur du nez. Le traitement qui s'impose est évidemment l'ablation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée. Cette forme est des plus rares.

2° *Forme sinusienne.* — L'ozène peut être dû à la suppuration d'une ou de plusieurs cavités accessoires du nez, sinus frontaux, maxillaires, ethmoïdaux, etc. Ici le traitement devra surtout porter sur les cavités annexes. Mais il y a lieu de faire observer que les formes sinusiennes pures sont assez rares, et, malgré l'opinion de Grunwald et de Bresgen, ce n'est pas dans les cavités accessoires seules qu'il faut chercher la cause de l'affection.

3° *Forme nécrosante.* — Faut-il admettre alors avec Tissier que l'ozène soit dû à des lésions occupant la région que cet auteur désigne sous le nom de système ethmoïdal? Dans ce cas le traitement serait assez simple puisqu'il suffirait de rechercher avec le stylet les parties de ce labyrinthe atteintes d'ostéite purulente avec nécrose, de les curetter et les enlever même avec la pince coupante pour supprimer du même coup l'origine de la suppuration et de l'ozène. Cette forme, sur laquelle M. Réthi, de Vienne, a insisté à l'étranger, en même temps que M. Tissier en France, ne doit pas être admise d'une façon aussi absolue que les auteurs cités plus haut veulent bien le dire. Elle existe sans doute mais ne constitue pas à elle seule tout l'ozène.

4° *Forme purulente.* — Celle-ci s'observe surtout chez les jeunes enfants et les adolescents qui seront plus tard des ozénateux. Elle est caractérisée par l'expulsion d'une quantité de mucus verdâtre et très liquide. On constate du gonflement des cornets inférieurs et moyens. C'est un stade de l'ozène, plutôt qu'une forme spéciale, puisqu'on l'observe surtout chez les enfants qui auront quelque temps après, ainsi qu'il vient d'être dit, de la rhinite atrophique fétide. Certains auteurs ont nié cette étape; elle existe cependant. Le meilleur traitement à lui opposer consiste dans les lavages du nez.

5° *Forme ozénateuse atrophique.* — Nous arrivons ici au véritable type de l'affection. Celle-ci se caractérise d'une part par l'élargissement considérable des fosses nasales, résultat de l'atrophie de la muqueuse et du tissu osseux, d'autre part par l'existence de sécrétions ayant une tendance à se décomposer et à répandre la fétidité caractéristique de la maladie.

C'est ici qu'il y a lieu de parler des bacilles courts encapsulés, décrits dès 1882 par Löwenberg. Ces bacilles sont-ils la cause de l'ozène ? M. Löwenberg a cru pouvoir répondre affirmativement,

mais les communications ultérieures de Belfanti et della Vedova ont montré qu'il existait à côté du bacille encapsulé un autre microbe qui ne serait autre, suivant eux, que le pseudo-bacille diphtérique; d'où l'idée qu'on a eue de traiter l'ozène par le sérum anti-diphtérique de Behring-Roux. Nous verrons tout à l'heure ce qu'on doit penser de ce traitement.

Quoi qu'il en soit, une question se pose. L'ozène est-il guérissable? Oui, disent les uns; et M. Moure serait bien volontiers de cet avis. Les autres, parmi lesquels nous devons citer M. Lermoyez, affirment que tout ce que nous pouvons faire, et c'est déjà beaucoup, c'est d'amener, grâce à des soins journaliers pratiqués par le malade, la disparition de l'odeur caractérisque. Tant durera le traitement, tant durera la guérison.

Les causes de l'ozène étant des plus obscures, l'affection étant des plus rebelles, il n'est point étonnant que la thérapeutique en soit très variée.

Il y a lieu de citer d'abord le *traitement chirurgical;* M. Cozzolino se sert d'un procédé qu'il assimile à la méthode sclérogène du professeur Lannelongue dans les tuberculoses chirurgicales. Mais au lieu d'un produit pharmaceutique, il fait usage d'une curette au moyen de laquelle il ràcle la muqueuse pour obtenir, dit-il, une réparation consécutive au niveau de laquelle les lésions ozéneuses ne trouvent plus les éléments nécessaires pour se développer. De ce fait il supprime la cause et les conséquences. Ce traitement est en tous points celui qui a été indiqué par M. Tissier.

Partant de cette idée que la mauvaise odeur est due surtout à la stagnation des secrétions, M. Gottstein introduit dans le nez des *tampons* médicamenteux ayant pour but de diminuer le calibre des fosses nasales. L'utilité de ce procédé tient surtout à ce fait que les tampons étant imprégnés de substances irritantes (huile mentholée, glycérine iodée, vaseline boriquée, salicylée, etc.), ils excitent la sécrétion et favorisent par conséquent l'élimination des croûtes. C'est donc un adjuvant plutôt qu'un mode de traitement, car l'ozène n'est pas dû seulement à l'élargissement des fosses nasales. A rapprocher des tampons de Gottstein les drains de caoutchouc (Tédenat, de Montpellier), et les bougies médicamenteuses surtout employées à Vienne.

On a préconisé encore les *insufflations* dans les fosses nasales de poudres antiseptiques. Celles-ci ont le grave inconvénient, comme l'a dit Lermoyez, de favoriser la formation des croûtes. Cependant voici la formule d'une poudre qu'on pourra insuffler ou faire priser plusieurs fois par jour (Renault, de Lyon).

Menthol.	0,05 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 grammes.
Acide borique	8 —

Les *irrigations* et les *lavages* constituent le traitement le plus universellement répandu. Habituellement on prescrit aux malades un ou deux lavages par jour en faisant passer à travers les fosses nasales un à deux litres de solution chaque fois. Raugé emploie 15, 20 et même 25 litres d'eau sulfureuse par lavage. On utilise soit le phénosalyl, le phénate de soude, soit la résorcine, le lysol, le formol, le chloral, etc., etc. Ce qui vaut mieux que le lavage ordinaire du nez, c'est le lavage rétro-nasal pratiqué avec une canule spéciale placée derrière le voile du palais. La canule est perforée simplement de trois trous, l'un supérieur qui va vers la voûte, et deux antéro-latéraux destinés à pénétrer dans les arrières-fosses nasales par les orifices choanaux, et de là dans les cavités nasales supérieures, moyennes et inférieures.

Les *pulvérisations*, surtout quand elles sont pratiquées par le malade, ne peuvent atteindre tous les points de la muqueuse suppurante. On se sert habituellement dans ce procédé de médicaments en dissolution dans les véhicules huileux. Le menthol est ici indiqué. Quant au salol, Cartaz le proscrit avec raison parce qu'il produit de l'érythème de la lèvre supérieure. Les *inhalations* et le *humage* ont été aussi recommandés, mais c'est un moyen peu pratique et surtout peu efficace. Les *pommades* valent mieux, pommades boriquées, mentholées ou non, qu'on introduira dans le nez tous les soirs. Ces onctions sont utiles parce qu'elles empêchent la dessiccation des sécrétions pendant la nuit. Le *massage vibratoire*, dont les effets ont été étudiés par Braun et Laker à l'étranger, et en France par Garnault, a été pendant quelque temps fort à la mode. Sans nier complètement son efficacité, on est obligé de reconnaître que cette méthode est lente dans ses effets ; elle est en outre d'une application difficile. Enfin le massage vibratoire n'a peut-être pas dans la pratique la supériorité absolue qu'on s'était plu à lui accorder. Quant aux *cautérisations*, à part les cautérisations au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc à 5 à 20 ou 25 pour 100, elles constituent une médication qui peut être parfois assez efficace.

On a employé l'électricité, soit sous la forme de courants faradiques destinés à augmenter la vitalité de la muqueuse, soit en utilisant le galvano-cautère afin de modifier les surfaces de la pituitaire, mais ces procédés doivent céder la place à l'électrolyse cuprique interstitielle. L'électrolyse cuprique a été recommandée pour la première fois par Jouslain ; Cheval, de Bruxelles, qui a

repris les études de l'auteur français, affirme avoir obtenu avec l'électrolyse 90 pour 100 de guérisons. L'un des pôles positifs cupriques est enfoncé dans le cornet moyen, au milieu, en haut ou en bas, jusque dans la substance osseuse. L'électrode négative en platine est placée sur la cloison ou dans une proéminence cartilagineuse du méat inférieur. Bayer fait usage de 30 éléments à la fois. Il se sert d'un courant de 6 à 8 milliampères qu'il laisse agir pendant 10 à 15 minutes. Ce procédé devrait son efficacité d'abord à son action chimique, puis à son action stimulante sur la nutrition, enfin à son pouvoir microbicide. Sur 30 malades traités par M. Brindel, élève de M. Moure, on a pu observer dans un tiers des cas la guérison ; 13 malades ont été notablement améliorés ; 7 n'ont obtenu aucun effet.

La *sérothérapie*, qui a fait grand bruit en Italie, paraît être aujourd'hui sur son déclin; cela semble du moins résulter d'une lettre de M. Gradenigo qui avait été un des premiers à expérimenter les injections de sérum. Actuellement cet auteur les a abandonnées et il les a remplacées par des injections intra-musculaires de la solution suivante :

Iode métalloïde	1 à 3	grammes.
Iodure de potassium.	5	grammes.
Eau récemment bouillie.	100	—

Chaque gramme de la solution contient de 1 à 3 centigrammes d'iode ; les injections sont faites tous les jours ou tous les 2 jours dans les parties molles des régions fessières ou interscapulaires. On peut employer également l'iode à l'intérieur, administré par la bouche, soit : Teinture d'iode officinale : 10 grammes. Prendre 12 à 14 gouttes par jour dans du vin coupé d'eau.

Traitement de M. Moure : A. Traitement général. B. Traitement local.

A. *Traitement général.* — Nous avons longuement insisté dans notre rapport, dit l'auteur, sur le traitement local de la rhinite atrophique fétide, parce que c'est le seul sur lequel on ait réellement discuté durant ces dernières années, et c'est aussi le seul sur lequel la plupart des spécialistes aient chacun leur opinion.

Pour ce qui concerne le traitement interne, tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que, suivant l'état général de chaque malade et sa tolérance, la médication sera plus ou moins active et énergique. C'est ainsi que, chez un ozéneux anémique, il conviendra de remonter la santé générale en administrant du fer sous l'une des formes variées où on le présente aujourd'hui. Le quinquina, la kola, la gentiane, les stimulants digestifs, tels

que la teinture de noix vomique, les gouttes amères de Baumé, etc. trouveront également leur emploi. Un sel d'arsenic constituera également dans ces cas un excellent reconstituant. Toutefois, si c'est l'état lymphatique, désigné encore sous le nom de scrofule, qui prédomine, ce qui arrive très souvent, il faudra s'adresser à l'huile de foie de morue, les 4 préparations iodées et iodurées, les sulfureux, les bains salés, un régime général tonique, en un mot, toute la médication substitutive ou reconstituante indiquée en pareil cas.

En général, il ne suffit pas de prescrire tel ou tel médicament pour agir contre tel ou tel état constitutionnel, il faut avant tout s'assurer que les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon normale, que l'estomac digère et absorbe les médicaments ingérés, et très souvent ce sera autant à une hygiène générale qu'il faudra demander la modification cherchée dans la santé générale du sujet, qu'à une médication interne énergique. Au même titre, ce sera à chaque praticien, suivant le malade qu'il aura en traitement, à assigner les différentes stations thermales, sulfureuses, arsenicales, eaux salines, bords de la mer, etc., qui conviendront le mieux pour relever les forces de son malade et le mettre dans les meilleures conditions possibles pour combattre l'affection nasale dont il est porteur. Si cette dernière existe seule chez des sujets parfaitement sains et vigoureux, comme le fait arrive quelquefois, la médication interne pourra être à peu près nulle, et, quoi qu'en dise M. Cozzolino dans un récent travail, ce sera au traitement local qu'il faudra surtout s'adresser pour obtenir le résultat cherché. Seuls les médicaments ayant une action élective sur la pituitaire pourraient être conseillés de temps à autre. A ce titre, l'iode et ses dérivés me paraissent mériter la préférence marquée dont ils jouissent dans la pratique. Nous avons vu que M. Gradenigo s'adressait à la voie sous-cutanée pour agir plus sûrement et plus activement, mais nous avons vu aussi que ce topique ainsi administré était douloureux et souvent difficile à supporter. Il s'agit de savoir si les résultats obtenus valent bien la peine de s'adresser à ce mode d'introduction du médicament ou s'il ne vaut pas mieux s'adresser tout simplement à la voie gastro-intestinale. L'avenir seul nous éclairera à cet égard, mais d'ores et déjà nous pouvons affirmer que, si le traitement sous-cutané doit être longtemps prolongé sans apporter de guérison définitive il y a bien des chances de ne pas le voir se généraliser, malgré toute l'autorité du promoteur de la méthode.

B. *Traitement local.* — Lorsque l'ozénateux se présente à mon

examen et qu'il n'a fait aucune espèce de traitement, je commence, comme tous mes confrères, par débarrasser ses cavités nasales des croûtes plus ou moins épaisses, sèches et poussiéreuses, qui y sont accumulées ; pour cela faire, je pratique une sorte de décortication de la muqueuse avec le porte-ouate garni et imprégné de glycérine phéniquée légère, ou autre topique analogue, en faisant de temps à autre des injections nasales détersives qui permettent au malade d'expulser plus ou moins complétement les produits de sécrétion contenus dans ses fosses nasales.

Une seule séance suffit rarement à ce nettoyage ; mais, le lendemain, il est généralement possible d'arriver au résultat cherché. Alors, après avoir exposé au malade la difficulté que nous avons à guérir son affection, je me borne à lui demander s'il est décidé à subir un traitement régulier qui aurait pour but, non de le guérir immédiatement, mais de hâter cette guérison définitive ; ou bien, s'il veut simplement se borner à débarrasser ses fosses nasales des productions ozénateuses, par conséquent de l'odeur qu'elles répandent. Alors, suivant sa réponse, je prescris ou le traitement classique des irrigations nasales et rétro-nasales, avec l'une des nombreuses formules que j'ai déjà publiées et dont je donne un peu plus loin les principales, puis je conseille de terminer cette douche par une pulvérisation huileuse faite à l'huile mentholée ou autre, ou même, dans quelques cas, simplement avec le liquide antiseptique de l'irrigation nasale. Si je fais pratiquer des irrigations abondantes, je conseille toujours de faire la première à l'eau salée, bicarbonatée, boriquée ou autre, la dernière seule devant contenir l'une des solutions antiseptiques suivantes :

Acide phénique floconneux . .	25 à 30	grammes.
Glycérine neutre	100 à 200	—
Eau	300 à 400	—

Une cuillerée à soupe de ce liquide dans un litre d'eau bouillie tiède.

Pour pratiquer l'injection nasale antiseptique, on peut employer aux mêmes doses le lysol, l'acide sozolique et les divers sels de sozoïodol, le phénate de soude, le phénosalyl, la résorcine, etc. ; en un mot, les différents antiseptiques solubles dans l'eau. Souvent même on peut combiner leur emploi en variant la dose des médicaments actifs, de manière à arriver toujours au total de 25 à 30 grammes de substances antiseptiques pour 500 grammes de liquide. On peut également faire usage de l'acéto-

tartrate d'alumine préconisé autrefois par Max Schaffer, de Brême, topique extrêmement actif, facile à se procurer et peu coûteux.

Il est bon d'additionner au début ces liquides antiseptiques d'un vinaigre aromatique quelconque qui augmente leur action anti-fétide, et permet de débarrasser assez rapidement le malade de l'odeur caractéristique de son affection, surtout si l'on a le soin de ne faire ces injections qu'après avoir soi-même pratiqué un nettoyage complet des fosses nasales, à l'aide du porte-ouate.

Si, au contraire, le malade désire suivre un traitement plus régulier, je me borne alors à prescrire des douches nasales ou rétro-nasales à l'eau salée, et je fais tous les 2 jours, pendant 15 jours, puis deux fois par semaine pendant un mois environ, et ensuite de loin en loin seulement, suivant le résultat obtenu, un massage de la muqueuse nasale avec le porte-ouate imprégné de l'une des solutions dont j'ai donné la formule plus haut, iodée ou à la glycérine phéniquée au 1/15 ou au 1/10 même de préférence au début.

Ce massage est suivi d'un lavage nasal et rétro-nasal pour enlever toutes les sécrétions qui viennent de se produire à la surface de la pituitaire, et je termine par une pulvérisation de nitrate d'argent variant graduellement de 5 à 25 pour 100, suivant les cas, d'après le procédé qui a été recommandé par P. Medjes, d'Amsterdam, il y a déjà quelques années, procédé qui mérite certainement d'être conservé, car il rend, dans bien des cas, des services signalés.

Une dernière injection alcaline enlève l'excès de nitrate contenu dans l'intérieur du nez ; un lavage avec une solution iodurée légère sur les ailes du nez et la lèvre empêche celles-ci d'être tachées par le nitrate, et le malade rentre chez lui avec, très souvent, un léger coryza aigu, parfois même un peu de mal de tête.

Généralement ces symptômes s'amendent assez vite, surtout si l'on ne dépasse pas les doses tolérables ; à ce sujet il faut dire que la dose de 25 pour 100 peut être assez rarement atteinte.

C'est dans ces conditions qu'après 1 mois ou 2 de traitement suivi, j'ai pu constater nettement les points d'origine de la sécrétion purulente et m'assurer que, dans les cas rebelles, la pituitaire n'est pas seule atteinte, mais que, *très souvent*, une ou plusieurs cavités accessoires participaient au processus morbide ; j'ai alors dirigé ma médication vers la région malade, ce qui m'a permis, dans quelques cas, d'obtenir un résultat définitif, mais, dans d'autres, de voir, en dépit de tout traitement, l'affection persister.

Il ne suffit pas, en effet, de diagnostiquer une suppuration sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale, d'écouvillonner ces cavités, de les cautériser ou même de les curetter pour les guérir.

Trop souvent dans ces formes sinusiennes profondes, ethmoïdales et sphénoïdales surtout, le traitement le mieux appliqué et le plus régulièrement suivi n'amène pas la guérison. Les sinus maxillaires et frontaux, au contraire, ont l'avantage de pouvoir être traités directement, et la lésion isolée du sinus maxillaire est peut-être, de toutes, celle qui permet d'arrêter le plus sûrement l'hypersécrétion, puisque le malade peut être à même de pratiquer lui-même des lavages journaliers dans cette cavité.

Le traitement que je viens d'indiquer me paraît donc avoir des avantages sérieux. Très souvent il permet de préciser son diagnostic et de tenir ses malades sous l'influence d'un traitement régulier que l'on peut espacer plus ou moins, selon les besoins de chacun d'eux.

J'ai obtenu par ce procédé bon nombre de guérisons définitives ; mais, dans bien des cas, j'ai été obligé de soigner mes ozéneux durant plusieurs années, quelques-uns même ont été en traitement pendant toute leur adolescence, c'est-à-dire qu'ils ont continué leurs douches nasales et rétro-nasales en venant de temps à autre subir de véritables traitements réguliers de 3 semaines à 1 mois, 2 ou 3 fois chaque année.

Le mieux est encore de ne pas perdre les malades complètement de vue et, tous les 15 ou 20 jours, ou tous les mois, de les examiner, les suivre et leur faire subir un nettoyage complet.

Il est bien convenu que le traitement général, adapté à l'état constitutionnel de chaque malade, devra être institué, dès le début, en même temps que le traitement local. Je ne crois pas devoir insister ici sur cette partie de mon rapport, que je viens de développer un peu plus haut. L'hygiène de tous les jours et de tous les instants sera, je le répète encore ici, un moyen de traitement énergique qu'il faudra savoir approprier aux besoins de chaque cas.

Ce que j'ai tenu à faire ressortir avant tout, dans ce travail, c'est combien est néfaste pour le malade le scepticisme des médecins qui, de parti pris, rejettent toute espèce de médication comme devant être inutile ou tout au moins inefficace.

Notre thérapeutique moderne a fait tellement de progrès dans tous les sens que nous ne désespérons pas de voir ceux qui croient à la guérison de l'ozène trouver un jour, sinon le remède universel, au moins un procédé thérapeutique qui pourra être applicable à la généralité des cas, et nous aider à agir mieux et surtout plus vite que nous ne le faisons actuellement.

Discussion.

M. Helme. — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'excellent travail de M. Moure. Il me permettra de présenter quelques petites observations que j'ai notées en analysant son mémoire.

A propos de la classification des diverses formes d'ozène, il me semble que la forme adénoïdienne rentre difficilement dans la classe des ozènes vrais. En effet, il ne s'agit là que de rhinite fétide, mais rien ne nous autorise à dire qu'il y a ozène. Cela est d'autant plus vrai que l'ablation des végétations suffit à guérir l'affection ; or on sait combien elle est habituellement rebelle.

Pour la forme sinusienne, je suis complétement d'accord avec M. Moure. Que la punaisie soit dans certains cas engendrée par des lésions du sinus, cela n'est pas douteux, mais cela ne constitue pas tout l'ozène. J'ai eu l'occasion d'observer il y a quelque temps un malade chez lequel on avait curetté avec le plus grand soin les frontaux et le groupe antérieur des cellules ethmoïdales. Malgré l'opération, le malade continua à présenter tous les signes de l'ozène vrai.

M. Lermoyez a dit avec raison que tant que durait le traitement, tant durait la guérison. M. Moure estime que cette affirmation est trop rigoureuse et qu'on pouvait obtenir mieux. Il ne faudrait pas cependant se dissimuler l'importance du résultat que les malades obtiennent, même au prix de soins journaliers et constants. En effet, l'ozène n'est pas seulement une maladie locale ; il faut tenir compte du grand pouvoir d'absorption de la pituitaire. Or, cette absorption continue de produits toxiques n'est pas sans inconvénients pour l'organisme, nous le savons tous. Il y a en outre lieu de signaler les dyspepsies, les entérites, les complications pulmonaires dues à la pénétration de produits septiques dans les voies respiratoires ou digestives. Je laisse de côté à dessein, bien entendu, l'inconvénient qui résulte, pour les malades, de la mauvaise odeur ; inutile de répéter que c'est là le symptôme cardinal pour les ozéneux. Donc, lorsque par notre traitement palliatif nous avons nettoyé le nez de nos malades, nous pouvons estimer que nous leur avons rendu service, puisque nous les mettons à l'abri des complications si fâcheuses de l'ozène. Sans doute, il est à regretter que les effets obtenus cessent dès que le malade interrompt son traitement ; mais, je le répète, la méthode que nous employons tous, et qui est classique, équivaut à la guérison pour les raisons que je viens d'indiquer, et en résumé le malade ne l'achète pas trop cher en s'astreignant à des soins continus, ceux-ci étant d'une technique assez simple.

La sérothérapie de l'ozène me paraît jugée à l'heure actuelle ; un de ses principaux vulgarisateurs, M. Gradenigo, y a lui-même renoncé dès à présent. Voici comment on peut interpréter l'action du sérum dans ce cas. On a observé en clinique que le sérum avait un pouvoir excito-sécrétoire considérable. Sa première action dans la diphtérie est de détacher les fausses membranes. Ne pourrait-on pas admettre qu'il se passe pour les croûtes ozéneuses ce qui se produit pour les pseudo-membranes dans la diphtérie, celles-là, comme celles-ci, se détachant sous l'influence de l'injection? On peut d'autant mieux admettre cette explication que d'une part les résultats obtenus ont rarement été constants, et que l'ozène se reproduit après la cessation de l'emploi du sérum, et que d'autre part le simple sérum artificiel compte, lui aussi, quelques résultats favorables à son actif.

M. Lermoyez. — On a parlé de guérisons obtenues par le sérum anti-diphtérique; je crois que c'est un jugement trop optimiste. Le sérum anti-diphtérique ne guérit pas l'ozène. Pour que la sérothérapie fût efficace, il faudrait peut-être obtenir un sérum préparé en utilisant les toxines sécrétées par le bacille de Lœwenberg.

M. Vacher (d'Orléans). — M. Lermoyez a raison en partie lorsqu'il écrit que l'ozène n'est pas curable. Si nous sommes désarmés, c'est parce que la plupart du temps l'affection est trop invétérée. Mais l'ozène pris au début peut guérir, surtout si l'on emploie des traitements doux. Plus tard, il n'est plus temps, car les lésions se sont trop étendues pour qu'on puisse partout les atteindre.

M. Bonain (de Brest). — Je demanderai à M. Moure si l'on trouve le coccobacille de Lœwenberg dans l'ozène adénoïdien. Pour ma part je ne l'ai jamais rencontré dans cette forme tandis que je l'ai toujours trouvé dans les autres.

M. Lermoyez. — Je voudrais répondre deux mots à MM. Moure et Vacher qui me reprochent de dire que l'ozène est incurable. Voici en réalité ce que je soutiens : c'est que l'ozène vrai échappe en réalité à tous nos moyens de traitement; mais je reconnais volontiers que certains ozènes hypertrophiques, jeunes, donnent parfois une guérison apparente.

M. Noquet (de Lille). — Alors l'ozène hypertrophique ne serait donc pas l'ozène?

M. Lermoyez. — Jadis l'ozène était considéré comme un symptôme ; il y a quelque dix ans seulement qu'on a dissocié des variétés diverses de punaisie, l'ozène vrai ayant des caractères absolument particuliers. Mais aujourd'hui nous faisons mieux,

nous reconnaissons dans l'ozène des formes larvées, telles par exemple que la forme atrophique non fétide. Ce sont ces cas-là qu'on arrive à guérir. Mais sont-ce bien des ozènes ? Je crois que nous ne pouvons pas l'affirmer, car nous ne pouvons baser nos dires sur aucun criterium. Nous ne connaissons pas le microbe pathogène de l'affection. Ce qu'il faudrait, à défaut de la spécificité bien nette et démontrée de l'agent pathogène, ce serait de trouver un symptôme-type, ou encore une réaction analogue à celle obtenue dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Noquet. — Contrairement à ce que dit notre collègue, je crois que l'ozène est curable. J'ai souvent constaté des améliorations et même des guérisons durables. C'est le chlorure de zinc qui m'a donné les meilleurs résultats. Chez mes malades la guérison est déjà ancienne. Chez l'un d'eux j'ai pu constater la régénération de la muqueuse. J'ajouterai en passant que je n'ai jamais employé l'électrolyse. J'ai assisté aux discussions qu'a soulevées en Belgique cette question, et j'estime la méthode comme trop peu sûre.

M. Moll (Arnhem). – On peut se demander si toutes les formes indiqués par M. Moure sont bien de l'ozène. Je crois qu'il est nécessaire de bien caractériser l'ozène vrai comme entité morbide et d'exclure tous les cas relevant d'annexites (sinus, végétations adénoïdes, etc.). Il faut entendre par ozène l'affection qui se localise de prime abord sur la muqueuse ; les autres cas sont discutables. Pour ma part j'ai guéri deux enfants, l'un en lui enlevant seulement des adénoïdes, et l'autre en traitant son sinus sans m'occuper de sa pituitaire. Je pense donc qu'il faudrait exclure de l'ozène tous les cas où l'on trouve de la rétention de liquide quelconque.

M. Lermoyez. — Je suis tellement convaincu de l'existence d'un microbe pathogène de l'ozène que j'observe actuellement deux malades qui, tous deux, paraissent avoir contracté cette maladie comme on contracterait la syphilis. L'un aurait été contaminé par un galvano-cautère, l'autre par une sonde d'Itard. Tous les symptômes de l'ozène existent ; je dois dire cependant que j'ai fait examiner les sécrétions au laboratoire de bactériologie de la Faculté et qu'on n'a pas trouvé trace du bacille de Lœwenberg.

M. Bonain. — J'ai toujours trouvé le bacille de Lœwenberg dans l'ozène vrai. On parlait tout à l'heure de la sérothérapie ; j'ai observé un cas où dix injections ont suffi pour faire disparaître l'odeur et pour amener une amélioration considérable. Je

dis amélioration, car au point de vue local l'état de la muqueuse restait le même qu'avant les injections.

M. Mouret (Montpellier). — La tâche du rapporteur me paraît avoir été assez délicate, car pour tirer au clair le traitement de l'ozène, il faudrait, me semble-t-il, établir fermement la cause de la maladie. Or, la question est loin d'être tranchée. Parmi les théories émises, on peut ne tenir compte que de trois : A) origine sinusienne; B) origine microbienne: C) l'ozène est une tropho-névrose.

L'opinion de ceux qui veulent que l'ozène tire son origine d'une sinusite plus ou moins cachée doit être écartée, car s'il est vrai que beaucoup d'ozéneux soient en même temps porteurs de sinusites, il en est aussi qui ont leurs sinus indemnes. En revanche, on voit des malades atteints de sinusites très anciennes sans qu'ils présentent d'atrophie des cornets. Pour ma part, j'observe en ce moment un étudiant en médecine, dont les cellules ethmoïdales postérieures suppurent depuis huit ans. Chez lui pas la moindre atrophie des cornets.

L'origine microbienne à laquelle semblent se rallier nombre de médecins est encore à démontrer. Que l'on trouve des diplocoques encapsulés ou non, des pneumocoques, des bacilles de Lœffler, cela ne prouve pas qu'ils soient la cause du mal. Il faudrait pour cela reproduire expérimentalement l'ozène en inoculant à des animaux le ou les microbes incriminés. Cela n'a pas encore été fait, que je sache. Si nous admettons avec Belfanti que le Lœffler est la cause de l'ozène, nous pourrions nous demander pourquoi les enfants qui sont atteints de diphtérie ne sont pas plus aptes à devenir des ozénateux. Je crois jusqu'à présent pour ma part que la présence de tous ces microbes dans les croûtes d'ozénateux est due à des phénomènes de décomposition secondaire. Tous ces germes peuvent se trouver normalement dans la bouche; la propriété bactéricide du mucus nasal les empêche de se développer dans les fosses nasales. Mais que ce mucus perde ses propriétés, les microbes pourront s'y multiplier aisément.

Je pense donc que la perte de la propriété bactéricide du mucus nasal est la cause immédiate de la punaisie. A quoi est due cette disparition du pouvoir bactéricide? Voilà ce que nous ne savons pas. Elle est liée certainement à des troubles trophiques des glandes et de tout le tissu même de la muqueuse nasale, y compris la charpente osseuse des cornets. Vouloir faire de l'ozène une tropho-névrose, c'est se rapprocher de la vérité; mais nous ne connaissons pas davantage la cause même de cette

tropho-névrose. Aussi les traitements que nous pouvons employer ne sont-ils que des traitements de symptômes.

Les *lavages* ramollissent les croûtes, les chassent, et avec elles les microbes qui y pullulent.

Le *massage vibratoire* excite la muqueuse, lui donne plus de tonicité, active sa circulation, redonne plus de vitalité aux glandes malades, en sorte que celles-ci sécrètent un peu plus : le mucus plus abondant se dessèche et se décompose moins vite. Mais combien d'entre nous s'astreindront à imiter les auteurs de cette méthode et à faire des séances de massage aussi souvent qu'on le recommande? Combien de malades surtout s'astreindront à suivre un traitement aussi absorbant?

L'électrolyse vient de donner des résultats différents : succès aux uns, insuccès aux autres. Elle me paraît susceptible de deux objections : 1° d'être dirigée contre une infection microbienne qui, si elle existe, est sans doute plutôt secondaire qu'elle n'est la cause même de la maladie ;

2° d'être employée à doses nécrosantes (10 à 15 millia.), et par suite d'aider l'atrophie plutôt que de l'enrayer. Si l'électrolyse était employée à doses faibles (2 à 3 millia.), doses stimulantes, si je puis dire, peut-être obtiendrait-on d'elle de meilleurs résultats. Le courant électrique assez faible pour ne point nécroser les tissus serait sans doute un bon et actif stimulant de la vitalité de la muqueuse nasale. C'est une proposition que j'émets, l'expérience serait sans doute à faire.

Sérum anti-diphtérique. — Nos excellents confrères italiens ont été vite en besogne. De ce qu'ils ont trouvé le bacille de Lœffler dans les croûtes d'ozénateux, ils en ont conclu qu'il était la cause de la maladie. De là à essayer la méthode des injections de sérum anti-diphtérique il n'y avait qu'un pas à faire et ils ont publié des cas de guérison. Suivant leur exemple, j'ai fait comme eux. Mon collègue et ami, M. Bosc, chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de Montpellier, a bien voulu examiner les croûtes d'un malade auquel je voulais appliquer la méthode italienne. Mon collègue trouva le bacille de Lœffler en abondance ; je procédai donc aux injections de sérum anti-diphtérique. Un instant je crus obtenir la guérison comme Belfanti, mais celle-ci ne dura qu'autant que persista l'action même du sérum.

Ce cas a servi de base au travail que je présente à la Société. Dans cette communication j'émets l'opinion que le sérum anti-diphtérique agit ici, non comme agent anti-toxique, mais comme stimulant de la sécrétion des glandes de la muqueuse nasale. Mon opinion se basait, au moment où j'écrivais cela, sur la grande

sécrétion du mucus nasal pendant la durée du traitement par les injections de sérum.

J'aurais voulu cependant apporter d'autres arguments à l'appui de ma thèse. Je ne trouvai rien dans la bibliographie qui me permit de dire que l'action sécrétoire du sérum anti-diphtérique était démontrée. Il y a deux jours à peine, j'en causais avec mon collègue et ami, le Dr Delezenne, agrégé de physiologie à la Faculté de Montpellier ; au cours des expériences qu'il a faites et qu'il poursuit encore sur les matières anti-coagulantes du sang, il a été amené à rechercher à ce sujet l'action du sérum anti-diphtérique. Ces expériences lui ont permis d'observer deux faits encore inédits et qu'il m'a autorisé à vous communiquer.

Vous savez que Heidenhain a démontré que la lymphe n'est pas un simple produit de transsudation du plasma et des globules blancs du sang à travers les parois des vaisseaux capillaires, mais que la lymphe est un véritable produit de sécrétion. Delezenne, injectant du sérum à un chien curarisé, a vu, après l'injection, la lymphe s'écouler dix fois plus abondamment qu'avant. Le sérum anti-diphtérique est donc lymphagogue. Charrin et Carvalho ont déjà démontré une action semblable pour les toxines microbiennes. D'autre part, sur les mêmes chiens qu'il avait curarisés pour l'expérience dont je viens de parler, Delezenne a vu après injections de sérum se produire le phénomène suivant : de véritables larmes s'échappaient en quantité notable des yeux de ces animaux. Or, ils n'ont pas la larme facile, comme chacun sait.

Ces deux faits d'expérimentation viennent donc confirmer mon opinion que le sérum anti-diphtérique agit dans l'ozène par son action sécrétoire sur les glandes de la muqueuse pituitaire. Cette action sécrétoire du sérum jette un jour nouveau sur la façon dont il agit dans la diphtérie. Certainement son action antitoxique est ici prépondérante, mais son action sécrétoire a aussi une très grande importance par la désobstruction des voies aériennes supérieures qu'il produit. Sous son action bienfaisante la sécrétion lubréfie les fausses membranes, les détache, et facilite ainsi leur expulsion qui permet au malade de respirer librement.

C'est en considérant l'action sécrétoire du sérum anti-diphtérique et en observant les bienfaits que mon malade a retirés d'un séjour à Vichy, que j'ai été amené à proposer contre l'ozène, comme palliatif, l'usage du bicarbonate de soude en lavages et en boissons. Les alcalins, en effet, la chose est reconnue, sont des agents sécrétoires très importants.

En résumé, messieurs, je crois que dans l'ozène l'élément morbide dominant parait être une viciation de la sécrétion des glandes. A quoi est dû ce trouble? Nous ne le savons pas. En attendant que nous puissions nous attaquer directement à la cause même de ces troubles trophiques, nous devons diriger le traitement surtout de façon à activer la fonction glandulaire.

M. Helme. — L'hypothèse sur laquelle M. Mouret vient d'insister si brillamment, et en apportant des faits d'expérimentation à l'appui, a déjà été émise il y a longtemps par des cliniciens. On trouvera, je crois, dans la collection du Journal de Variot un article d'un praticien, M. de Pradel, qui fait remarquer que le sérum semble avoir surtout pour but de détacher les pseudo-membranes.

M. Molinié (Marseille). — J'ai traité huit cas d'ozène par le sérum. Trois de mes malades sont guéris depuis six mois, deux depuis trois mois ; deux autres sont encore en traitement. Le dernier s'est soustrait aux injections. J'ai observé, comme le dit M. Mouret, une augmentation notable des sécrétions. J'ai fait en moyenne à chaque malade 20 injections de 10 cm.c. chacune. Ce n'est guère qu'à la sixième ou septième que j'ai constaté une amélioration. Jamais je n'ai eu de récidives. Je reconnais qu'on peut observer, au cours ou à la suite du traitement, des paralysies, du délire, des érythèmes, bref tous les accidents de la sérothérapie. La perspective de ces complications peut effrayer, cependant elles ne sont ni assez graves, ni assez fréquentes, pour qu'on soit en droit de rejeter cette méthode. D'ailleurs elle n'est pas si abandonnée que M. Moure veut bien le dire ; elle n'a pas encore fait ses preuves, il faut attendre, voilà tout.

M. Moure. — J'avoue que j'ai été assez long à admettre la forme adénoïdienne. J'ai dû cependant me rendre à l'évidence : cette forme existe, quoique très rare. Ce qui n'est pas constant, comme semble le croire M. Helme, c'est de voir l'ablation des végétations adénoïdes faire disparaître complètement l'ozène. Pour les autres variétés, si je les ai admises c'est qu'il me fallait tenir compte de tous les travaux faits antérieurement. J'étais dans l'obligation de classer toutes les formes. Mais je tiens comme ozène vrai le coryza atrophique seulement, celui dont je parle en dernier lieu.

Je répondrai à M. Lermoyez qu'on peut guérir les véritables ozènes, même arrivés à la période atrophique. J'ai plusieurs cas de guérison typique chez des jeunes filles en particulier. J'ajouterai en passant que j'ai observé des guérisons totales d'ozène chez des femmes, à la suite d'un mariage ou d'une grossesse, ce

qui me ferait penser que l'ozène peut être dû à des troubles trophiques ; c'est là une simple hypothèse. Ce sur quoi je tiens à insister c'est sur la possibilité de la guérison, même à la période atrophique. Toutefois je ne fais pas faute de reconnaître qu'il n'existe pas de médicament spécifique de cette affection.

M. Molinié est le seul à accuser d'aussi bons résultats par la sérothérapie. Un des promoteurs de la méthode, Gradenigo lui-même, est revenu sur sa première opinion. Enfin il résulte de recherches très sérieuses que le sérum anti-diphtérique n'agit pas autrement dans l'ozène que le sérum artificiel.

M. Molinié. — Nous sommes dans l'obligation de trouver un bon traitement, c'est pourquoi je persiste à soutenir que nous ne devons pas rejeter la sérothérapie. Cette méthode rend de très grands services, je le répète ; les irrigations sont bien moins actives, leur répétition continuelle devient obsédante, et souvent, quoi qu'on fasse, l'odeur persiste quand même. Je ne vois pas pourquoi M. Moure combat aussi violemment le sérum.

M. Moure. — Je ne suis l'ennemi de la sérothérapie en aucune façon, mais puisque les promoteurs mêmes de la méthode l'abandonnent, puisque moi-même je n'ai pu en observer les bons effets, à plus forte raison suis-je en droit de ne pas croire à son efficacité. Je reconnais volontiers que les irrigations n'enlèvent pas toujours la mauvaise odeur. Pour la faire disparaître il faut aller soi-même écouvillonner les foyers de temps en temps. En résumé, je crois que de toute cette discussion on peut conclure, comme l'a dit M. Lermoyez, qu'il ne faut pas abandonner les ozénateux à eux-mêmes, mais au contraire leur prodiguer des soins constants.

Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage rétro-maxillaire.

M. E. Escat (de Toulouse). — Dans le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire le signe de Heryng peut être en défaut ; des polypes, des hypertrophies inflammatoires de la muqueuse du méat moyen, des épaisissements périostiques de cette région, répondant précisément à la paroi nasale du sinus, la plus translucide de toutes, celle par laquelle les rayons de Heryng pénètrent le sinus, suffisent pour mettre obstacle à l'éclairage. L'extrême fréquence de ces lésions, la difficulté de leur réduction complète, m'ont conduit à rechercher un mode d'éclairage plus direct, *l'éclairage par contact du sinus maxillaire* ou *éclairage rétro-maxillaire.*

J'emploie une lampe-bijou de 3 volts, 4 à 5 volts, incluse dans une capsule métallique fixée sur une tige rectiligne ; l'instrument, qui a la forme d'une pipe minuscule, se fixe sur le manche du galvano-cautère.

Cette lampe est introduite dans la partie la plus reculée de la gouttière gingivo-buccale supérieure, *fossette rétro-maxillaire*, répondant à la partie buccale de la face postérieure du maxillaire supérieur ; l'ouverture de la capsule inclinée vers la face postérieure du maxillaire supérieur, qui regarde en dehors et en arrière, est appliquée sur la muqueuse le plus intimement possible ; un contact de 2 à 5 secondes suffit ; j'ai pu le maintenir 16 secondes sans incommoder le malade.

L'illumination du sinus est semblable à celle obtenue par la lampe de Heryng.

L'éclairage rétro-maxillaire a l'avantage d'être un éclairage direct ; il est indiqué dans tous les cas où le résultat de l'éclairage de Heryng, éclairage indirect, est rendu suspect par la présence de lésions hypertrophiques du méat moyen.

Molluscum pendulum de l'amygdale.

M. Furet. — [Nous publierons *in extenso* le travail de M. Furet dans notre prochain numéro, mais en attendant nous donnons le résumé de l'observation qui fait l'objet de son mémoire.] M. Furet rapporte l'observation d'un homme de 48 ans, présentant sur l'amygdale du côté droit une petite tumeur allongée, longue de 2 centimètres environ, pédiculée, très mobile et de couleur rosée comme les tissus voisins. On voyait, en outre, chez ce malade, sur le cou et le tronc, et particulièrement au niveau des aisselles, une trentaine de petites tumeurs semblables à des grains de raisins vides, communément appelées *molluscum pendulum*. L'examen histologique, attribuant à la tumeur de l'amygdale tous les caractères du *molluscum pendulum commun*, confirma l'identité des deux lésions.

L'ablation à l'anse galvanique fut des plus simples, et les troubles ressentis par le malade, chatouillements et toux quinteuse, disparurent définitivement.

Abcès chroniques du voile du palais.

M. Cartaz. — (Lire le mémoire de M. Cartaz, page 257.)

Discussion.

M. Lermoyez. — J'ai observé un cas analogue à celui de M. Cartaz. C'est celui d'un homme qui depuis 8 ans sentait de

temps à autre crever brusquement dans sa bouche comme une bulle d'une odeur repoussante. Il avait été traité pour une dyspepsie flatulente et envoyé aux Eaux. Je ne découvris d'abord rien, et j'allais me ranger au précédent diagnostic lorsque par hasard à la suite d'un faux mouvement du malade, mon stylet pénétra dans un petit abcès du voile, ou plutôt dans un petit diverticulum comme on en trouve dans la région sus et pré-amygdalienne. Je crois que les abcès comme celui dont parle M. Cartaz siègent précisément au niveau des dépendances de ces diverticules.

M. Cartaz. — Je pense en effet que dans mon cas il y a eu dans le diverticulum en question une fusée inflammatoire en arrière de laquelle la cicatrisation ne s'est pas effectuée.

Traitement de certaines raucités par les exercices vocaux.

M. Dundas Grant (Londres). — On a pu se rendre compte, par la transillumination, que pendant l'émission de la voix de tête, les cordes vocales s'amincissent. Il semble naturel d'en déduire qu'il y a en même temps une expulsion plus ou moins complète du contenu des vaisseaux sanguins des cordes. Par conséquent, dans des cas de congestion simple de ces cordes, l'emploi discret de la voix de tête peut amener la diminution d'une telle congestion. Il faut donc faire chanter le malade à mi-voix sur le registre de tête. Rien n'est plus facile avec la méthode de M. Holbrook Curtis (de New-York), qui consiste à faire fredonner le malade aussi doucement que possible sur une note de tête, en disposant la bouche comme pour prononcer les consonnes *pm*, puis en ouvrant largement la bouche et en émettant la voyelle *o* (comme dans le mot *porte*), très prolongée, ou bien prononçant la syllabe *pmo*. Aussitôt que le malade a réussi à éveiller de cette manière la voix de tête, il descend dans la gamme aussi bas qu'il le peut sans changer de registre. Ces exercices ne doivent durer que quelques minutes et être répétés trois ou quatre fois par jour.

Ce moyen de traitement me paraît bien supérieur aux méthodes ordinaires, et je pourrais citer des cas où j'ai obtenu d'excellents résultats, même sans interruption de l'activité professionnelle des sujets.

Discussion.

M. Castex. — A l'appui de ce que vient de dire M. Dundas-Grant, je signalerai que certains professeurs de chant prétendent guérir des raucités par des moyens à eux et qu'ils se gardent bien de publier. La méthode qu'on vient de nous exposer me paraît surtout applicable aux voix élevées et surtout aux chan-

teurs qui se servent de la voix de tête. Quant aux chanteurs dont la voix est grave et qui ont été atteints de raucité à la suite de l'émission répétée de notes trop élevées pour leur registre, il suffit de revenir à la bonne nature, je veux dire de les faire chanter suivant leurs moyens, pour les guérir sans autre traitement. — Avant de finir, permettez-moi de demander à M. Dundas-Grant ce qu'il a observé à l'examen laryngoscopique.

M. Dundas-Grant. — Les cordes étaient légèrement flasques, elles avaient perdu leur minceur. Dans aucun de mes cas, je n'ai observé de nodules.

M. Vacher. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Dundas-Grant et je ne vois pas trop comment sa méthode peut être applicable. Lorsque la voix devient rauque ce sont les notes les plus élevées qui disparaissent les premières ; aussi doit-il être impossible, où tout au moins nuisible, de prescrire aux malades des exercices vocaux précisément sur ces notes élevées.

Je crois que pour éviter la raucité il faut avant tout, dans les exercices, ne pas attaquer les notes par une expiration brusque par un *Ha*; autrement dit, il ne faut pas se servir du coup de glotte, le coup de glotte tue les chanteurs. Il vaut mieux suivre la méthode italienne et attaquer les sons par une expiration progressive en fermant la glotte lentement jusqu'à l'émission d'un son filé, tel que *lla*, *lla*. La méthode italienne conserve mieux la voix. C'est à elle peut-être que les chanteurs italiens doivent la longue durée de leur carrière.

M. Dundas-Grant. — Je reconnais qu'il faut tâtonner un peu pour trouver exactement la note à produire et accomplir ainsi un bon exercice; mais lorsqu'on y est arrivé les résultats sont vraiment surprenants.

M. Lermoyez. — M. Vacher pourrait-il nous dire s'il y a un rapport entre le coup de glotte et la production du nodule des chanteurs?

M. Vacher. — Le coup de glotte consiste dans la fermeture brusque de la glotte sous l'influence d'un effort qui produit une irritation vive par suite du rapprochement forcé des cordes. Le nodule peut être produit mécaniquement par le coup de glotte.

M. Castex. — Il faut distinguer. Il y a le vrai et le faux coup de glotte. Le vrai rapproche seulement les cordes vocales inférieures, tandis que le faux rapproche en même temps les inférieures et les supérieures comme dans le phénomène de l'effort.

M. Lermoyez. — Le nodule des chanteurs siège sur les cordes inférieures. Comment le faux coup de glotte peut-il donc en être la cause ?

M. Castex. — C'est parce qu'à la suite de l'effort occasionné par le faux coup de glotte il se produit une congestion très vive des cordes vocales inférieures.

M. Moure. — Je suis de l'avis de M. Castex. Comme lui, je pense que le vrai coup de glotte n'est pas nuisible. Pour répondre à M. Lermoyez, je dirai que le nodule des chanteurs tient surtout à la méthode défectueuse des professeurs de chant. Ils attendent trop longtemps pour faire passer la voix de leurs élèves du registre de poitrine dans celui de tête. Par exemple ils font chanter dans une gamme en voix de poitrine jusqu'au *la*, tandis qu'ils ne devraient aller que jusqu'au *mi* et faire chanter en voix de tête les notes suivantes.

M. Castex. — J'ai remarqué que le nodule était plus fréquent chez les orateurs, avocats, prédicateurs, professeurs, que chez les chanteurs.

M. Lermoyez. — M. Castex a raison, on devrait dire plutôt : nodule des orateurs.

M. Vacher. — Quoi qu'il en soit, il n'y a pas deux façons de donner le coup de glotte. Il faut toujours faire un effort primitif, et cet effort brusque peut, je le répète, être nuisible.

Tuberculose laryngée nodulaire.

M. Castex. — Le terme nodulaire est pris ici dans sa signification laryngoscopique pour désigner une des formes initiales de la tuberculose laryngée, insidieuse pour le diagnostic, qui se révèle par des lésions analogues à celles des nodules vocaux des chanteurs.

Il s'agit en général de sujets jeunes, dont la voix s'enroue fréquemment, qui ne peuvent chanter ou surtout parler plus de 5 minutes environ sans éprouver une sensation de cuisson, de serrement dans la gorge.

Ils ont des quintes de toux, principalement après les exercices laryngés.

Le laryngoscope montre sur le bord libre des cordes ou quelquefois sur leur face supérieure, tout près de leur extrémité antérieure des nodosités hémisphériques, un peu rosées, du volume d'une tête d'épingle. La corde elle-même est un peu congestionnée, ainsi que la région aryténoïdienne.

Chez une jeune femme, j'ai pu suivre l'évolution d'un de ces pseudo-nodules qui s'ulcéra, après un séjour à la mer, et guérit ensuite par le traitement général et hygiénique.

Ces malades ont très souvent des antécédents bacillaires personnels ou héréditaires.

Pour l'étiologie, on relève surtout le tempérament scrofuleux et les excès vocaux.

Le parallèle suivant indique les principaux caractères différentiels des nodules simples et des nodules tuberculeux :

Nodules simples. — Conoïdes, symétriques, souvent siègent sur le bord libre de la corde, occupent la moitié antérieure du bord libre.

Blancs, cordes indemnes, uniques sur une seule corde.

Aryténoïdes normaux. Antécédents : fatigue vocale.

Nodules tuberculeux. — Hémisphériques, symétriques rarement, siègent en diverses parties de la corde, occupent divers points de l'étendue de la corde.

Gris rosés, cordes roses et infiltrées, parfois multiples sur une seule corde.

Aryténoïdes congestionnés. Antécédents : Manifestations tuberculeuses.

Cependant *chez des sujets prédisposés*, le nodule simple au début peut se transformer ensuite, la fatigue aidant, en nodule tuberculeux premier stade d'une bacillose diffuse. J'ai observé cette évolution chez des instituteurs ou institutrices surmenés par l'enseignement.

Ce pronostic du nodule vocal doit donc être réservé parfois.

Ces larynx seront traités par le repos vocal, par l'abstention de toute action directe irritante. Le malade n'ira pas aux bains de mer, n'entreprendra pas de cure sulfureuse thermale ordinaire. Le traitement général antibacillaire est alors des plus utiles.

Discussion.

M. Bar (Nice). - - A l'appui de la communication du Dr Castex, je dois signaler un cas de tuberculose nodulaire simulant les nodules des chanteurs, et j'insisterai sur ces faits : 1° que le nodule dans ce cas est ordinairement, ou très vite entouré d'une zone inflammatoire à peine perceptible ; 2° que le nodule primitif est rapidement entouré de nodules secondaires disposés en ligne unique le long du bord de la corde vocale, sans atteindre ce bord ; 3° que l'infiltration de voisinage arrive, lorsque déjà les nodules s'ulcèrent 4° que ces ulcérations sont superficielles, curables et justiciables surtout des attouchements à l'acide lactique selon la méthode de Heryng dont elles semblent confirmer les succès.

M. Lermoyez. — Y a-t-il une grande différence histologique entre le nodule des chanteurs et le nodule tuberculeux ?

M. Castex. — Je l'ignore, n'ayant pu pratiquer des coupes. Tout ce que je peux dire, c'est que la laryngoscopie permet de

reconnaître que l'un est conoïde comme un durillon, tandis que l'autre est hémisphérique.

Du chlorhydrate d'Eucaïne en Rhinologie, Otologie, Laryngologie comparé au Chlorhydrate de Cocaïne.

M. Martin. – Les effets produits par le chlorhydrate d'eucaïne sur la muqueuse du nez, du larynx et du pharynx sont les mêmes que ceux produits par le chlorhydrate de cocaïne avec cette différence que :

1° La solution n'étant pas décomposable par l'ébullition, on peut n'employer que des solutions stérilisées;

2° La muqueuse nasale, ne se rétractant pas, permet de prendre sans douleur avec l'anse froide ou chaude, ou la pince coupante, les parties hypertrophiées;

3° On n'observe pas de sueurs froides, de tendances à la syncope ou d'excitation.

Le seul inconvénient est une sensation de cuisson produite au niveau de la surface de la muqueuse que l'on a badigeonnée.

Discussion.

M. Cartaz. — J'ai employé l'eucaïne et je ne m'en suis pas bien trouvé. Son emploi est désagréable, et les malades s'en plaignent. Je dois cependant reconnaître qu'il n'y a pas autant de de rétraction de la muqueuse qu'avec la cocaïne. Pour moi ce n'est pas un bien grand avantage. Quant aux accidents dus à la cocaïne, ils ne sont ni si fréquents ni si graves qu'on doive lui préférer l'eucaïne.

M. Moure. — Je trouve que la rétraction de la muqueuse sous l'influence de la cocaïne est très commode, car elle permet de saisir plus facilement les queues de cornet. De plus la cocaïne produit une hémostase provisoire très avantageuse.

M. Lermoyez. — C'est précisément là, à mon avis, le grand inconvénient de la cocaïne. Après cette hémostase provisoire on peut avoir des hémorragies tardives très sérieuses une fois le malade rentré chez lui. Je partage de tous points l'avis de M. Martin, et je trouve qu'il est moins facile de saisir les queues de cornets quand elles sont rétractées.

M. Moure. — La cocaïne a encore un avantage, à mon avis, c'est qu'en faisant rétracter la muqueuse elles permet de distinguer les parties saines ou simplement congestionnées de celles qui sont hypertrophiées réellement et qui, par suite, restent turgescentes malgré le badigeonnage.

Séance du Mardi, 4 mai.

Présidence de M. MARTIN.

Rapport sur les causes des paralysies récurrentielles.

M. Lermoyez. — (Voir l'analyse critique du Rapport de M. Lermoyez, page 286. Notre excellent collaborateur et ami, M. Raugé, dont on connaît les intéressants travaux sur les troubles neuro-moteurs du larynx, était tout désigné pour présenter à nos lecteurs le travail de M. Lermoyez. Nous tenons à le remercier sincèrement d'avoir bien voulu se rendre à notre appel.)

Discussion.

M. Luc. — Je tiens à rendre hommage à M. Lermoyez. Il a non-seulement mis au point la question, mais il a fait plus encore ; par ses observations personnelles il a élucidé un sujet qui jusqu'ici donnait lieu à des controverses nombreuses, en montrant l'absence complète de l'hémiplégie du larynx au cours de l'hémiplégie d'origine cérébrale. Nous devons le féliciter de nous avoir définitivement fixés sur ce point dans un Rapport si bien exposé. (*Nombreux applaudissements.*)

M. Cartaz. — Je puis confirmer pleinement ce que vient de dire M. Luc. A la Salpêtrière, j'ai examiné 30 à 40 hémiplégiques ; je n'ai jamais observé chez eux de paralysie laryngée.

M. Texier (Nantes). — A l'Hôpital de Nantes j'ai pu examiner une vingtaine d'hémiplégiques dont la maladie remontait de trois à cinq ans. Jamais non plus je n'ai constaté de paralysie des cordes vocales.

M. Moure. — Jamais non plus je n'ai observé de troubles paralytiques laryngés d'origine hémiplégique. M. Lermoyez, que je félicite aussi très vivement de son Rapport, n'admet pas la possibilité d'une paralysie récurrentielle incomplète limitée aux muscles constricteurs. Cependant de tels cas existent ; pour ma part j'ai observé une paralysie de la glotte en abduction extrême à la suite de la section d'un récurrent par un coup de couteau reçu au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. J'en ai observé quelques autres encore du même genre ; j'avoue que leur interprétation me semble difficile.

M. Cartaz. — A la suite de l'extirpation des goitres, il y a des cas — comme par exemple le fait de Richelot, — où la voix repa-

rait au bout d'un certain temps alors qu'elle avait disparu à la suite du traumatisme opératoire. Il est probable qu'il y a alors, non pas section, mais seulement élongation du récurrent suivie de névrite. Inversement il y a des cas où la dysphagie et la paralysie glottique surviennent très longtemps après l'intervention; il est possible qu'alors le récurrent n'ait pas été touché pendant l'opération et que plus tard il ait été englobé et enserré dans le tissu cicatriciel rétractile.

M. Vacher. — J'ai beaucoup appris en lisant le mémoire de M. Lermoyez. Cependant je dois dire que, contrairement à son opinion, j'ai vu des paralysies laryngées hystériques persister très longtemps. J'ai observé un cas où la laryngoplégie dura 9 ans et fut guérie par l'hypnotisme ; c'était chez une femme qui avait même passé pour simulatrice. Or chaque séance d'hypnose lui rendait la voix pour une dizaine de jours.

M. Lermoyez. — Je demanderai à M. Moure si, dans les cas de paralysie limitée aux abducteurs qu'il a observés, il s'agissait de lésions centrales ou périphériques.

M. Moure. — De lésions périphériques.

M. Lermoyez. — Une telle paralysie n'est évidemment pas irréalisable et n'infirme en rien la théorie de Semon. En effet, Risien Russell nous a appris que le tronc du récurrent est en réalité formé de deux nerfs accolés, l'un résistant qui innerve les constricteurs, l'autre fragile qui se rend aux dilatateurs. Habituellement celui-ci se prend le premier; mais il n'est pas impossible que certains sujets présentent une inversion de ce type récurrentiel normal, et que ce soit chez eux le filet des constricteurs qui, plus faible, soit de préférence touché. — A M. Vacher je répondrai que dans l'état actuel des doctrines neuro-pathologiques je ne peux pas admettre l'existence de paralysie récurrentielle hystérique. L'hystérie suspend une fonction constante, mais elle ne paralyse ni un groupe mnsculaire, ni un centre nerveux, et la fonction supprimée peut momentanément être rétablie par l'hypnose ou tout autre moyen où existe « le subconscient ».

M. Moure. — J'ai observé le cas d'une paralysie récurrentielle rhumatismale chez un médecin ; le malade prit du salicylate de soude et la paralysie disparut. De tels faits sont rares, nous n'y croyons guère. Toujours nous pensons à une compression latente du récurrent. En cela nous avons tort.

Nouveaux faits relatifs à la méthode Ogston-Luc pour la cure radicale de l'empyème frontal. Examen critique des insuccès et des accidents pouvant résulter de son exécution défectueuse.

M. Luc. — (Nous publierons *in extenso* le mémoire de M. Luc dans notre prochain numéro. En attendant, et pour permettre aux lecteurs de suivre la discussion, nous donnons dès aujourd'hui le résumé de ce travail tel que l'auteur a bien voulu le rédiger.)

M. Luc, dans ce travail, ainsi qu'en indique le titre, relatant indistinctement ses succès et ses insuccès opératoires et accidents post-opératoires, fait lui-même le procès de la méthode proposée par lui pour la cure radicale de l'empyème frontal. Pour lui, le temps le plus important de l'opération, c'est le curettage et la désinfection du foyer, et il prouve, documents en mains, que les récidives ou les graves complications intra-crâniennes, susceptibles de se développer à la suite de l'intervention, résultent invariablement d'un curettage incomplet du sinus opéré.

Parmi les cas heureusement opérés par M. Luc, figure la curieuse observation d'un homme de 45 ans, atteint de pan-sinusite suppurée chronique, au sens rigoureux du mot, c'est-à-dire qu'il y avait chez lui suppuration de la totalité de toutes les cavités accessoires des deux fosses nasales (sinus maxillaires, cellules ethmoïdales, sinus frontaux et sinus sphénoïdaux !). Toutes ces cavités furent successivement ouvertes et curettées.

Une autre malade fut opérée pour un empyème chronique des deux sinus maxillaires et des deux sinus frontaux. Elle ne guérit de sa sinusite frontale qu'à la quatrième intervention, après résection de la totalité de la paroi antérieure des sinus en question, dont la cavité se prolongeait latéralement jusqu'aux fosses temporales.

Nouvelle méthode opératoire en vue de la cure radicale et rapide des empyèmes du sinus maxillaire.

M. Luc. — (Voir le mémoire de M. Luc page 273.)

La double communication de M. Luc a été suivie de la présentation de malades dont les cas se rapportent à son premier et à son second mémoire. En descendant de la tribune M. Luc est vivement félicité par ses collègues et la fin de sa communication est saluée de nombreux applaudissements.

Discussion.

M. Lermoyez. — Je tiens à corroborer l'opinion de M. Luc. Le malade qu'il nous a présenté avait été opéré une première

fois par moi suivant la méthode de Khun ; l'insuccès avait été complet puisqu'il y eut récidive au bout de huit jours. Le sinus présentait d'ailleurs un prolongement excessivement étroit où nous n'avons pu pénétrer. Ces cas sont rares et c'est surtout contre eux que la méthode de Luc est excellente. Nous avons opéré ensemble un autre malade, en février 1896. Ce malade est complètement guéri depuis plus de 4 mois. Une autre opération nous a encore donné des résultats aussi satisfaisants. Je proposerai cependant quelques légères modifications au procédé de Luc. Il me semble d'abord préférable, pour éviter tout effondrement de la cicatrice, de faire une suture en deux plans superposés. Le plan profond doit constituer le soutien véritable, les sutures superficielles ne serviraient qu'à atténuer la difformité. Je suis de même opposé à toute irrigation par le drain ; en effet, les lavages distendent la poche et peuvent faire sauter la cicatrice. D'ailleurs si le curettage est complet il n'est pas besoin de laver.

L'éclatement d'un point de suture sous l'influence de cause quelconque et surtout de lavages provoque souvent une sorte de pneumo-sinus à soupape dont j'ai observé un cas très net. Le malade, en se mouchant, introduisait dans son sinus de l'air qui ne pouvait ressortir. Il faut donc bien recommander aux opérés de se moucher doucement. Il importe aussi de ne pas laisser le drain trop longtemps en place et surtout de se garder d'employer des drains portant des trous au-dessous du pavillon. Dans ces trous s'engagent de petits bourgeons charnus qui peu à peu forment une sorte de soupape, et c'est là l'origine de ces pneumo-sinus dont je parlais tout-à-l'heure. Bref, je crois inutile de revenir sur ce fait absolument démontré que le traitement des sinusites par les voies naturelles est une mauvaise méthode, trop longue, trop douloureuse, et en outre dangereuse. De plus elle est absolument impuissante, car un instrument ne peut guère enlever toutes les masses fongueuses, enfin il ne peut pénétrer partout. Entre autres avantages, la méthode de Luc permet encore de voir ce qu'on fait et de ne plus opérer à l'aveuglette. En terminant, je tiens à protester contre les critiques beaucoup trop vives que Luc fait à sa propre méthode ; elle mérite au contraire, et sans réserve, tous nos éloges. (*Nombreux applaudissements*).

M. Moure. — J'ai malgré moi apporté une modification légère à la méthode de Luc. C'était dans un cas de prolongement du sinus comme celui que signalait M. Lermoyez tout-à-l'heure. Je fis un écouvillonnage, je suturai et je passai un drain. 24 heures après surviennent des douleurs intolérables ; j'enlève le drain.

Au bout de 2 ou 3 jours un point de suture lâche, et à cet endroit paraît une légère suppuration. Puis brusquement tout s'arrête. Tout alla bien pendant quelque temps, mais voici qu'au bout de 15 jours apparut un gonflement énorme qui me fit croire à la présence de pus dans le sinus curetté. Heureusement il n'en n'était rien; ce n'était que de l'air et tout rentra rapidement dans l'ordre.

J'estime que M. Luc a absolument tort de s'accuser; sa méthode est excellente en tous points. Dans les deux cas suivis de mort qu'il nous signale, on ne peut incriminer ni l'auteur, ni l'opération. Je dirai enfin que je crois à la nécessité d'enlever le drain de bonne heure. Avant de terminer je demanderai à M. Luc s'il faut faire une incision médiane dans le cas de sinusite double. On en reviendrait alors aux déformations des anciennes méthodes.

M. Helme. — A propos de la communication de M. Luc sur le nouveau traitement des sinusites maxillaires, je me permettrai de lui demander, — ceci pour notre instruction personnelle à tous, — 1° comment il réalise l'hémostase dans le premier temps de son opération; 2° comment il procède pour ne pas amener un rétrécissement consécutif du canal nasal. Enfin on sait combien le pus des sinusites est virulent. M. Luc ne craint-il pas de voir le pus se mêler au sang et n'y a-t-il pas lieu de redouter des complications du côté des voies respiratoires par suite de la pénétration de liquide septique? Pour éviter cette complication, peut-être pourrait-on utiliser la canule-tube de Doyen, qui servirait en même temps à l'administration du chloroforme.

M. Dundas-Grant. — Faut-il réséquer la partie antérieure du sinus frontal? Il me semble que cette manœuvre peut donner assez de facilité. Je dois dire que dernièrement j'ai opéré un cas comme ceux qui font l'objet de la discussion actuelle par la méthode de Krause. C'est là sans doute un procédé un peu vieux, mais malgré que M. Luc nous ait donné une méthode neuve, pratique, élégante, on peut employer encore quelquefois les anciennes méthodes et en obtenir de bons résultats.

M. Furet. — J'ai opéré, en suivant la technique de Luc pour le sinus frontal, une malade de 44 ans. C'était une déséquilibrée. Depuis l'intervention ses troubles mentaux se sont accentués.

M. Dundas-Grant. — A propos de l'opération des sinusites maxillaires, je tiens à demander à M. Luc s'il ne se trouverait pas bien de réséquer complètement le cornet inférieur.

M. Luc. — Je remercie M. Lermoyez des éloges qu'il m'a prodigués, comme aussi des indications complémentaires qu'il nous a données. Comme lui, j'en suis venu à douter de l'utilité des lavages.

Et en cela je ne fais que suivre le courant actuel de la chirurgie générale. A l'heure actuelle, je me borne à injecter dans le sinus curetté de l'éther iodoformé ; le dépôt de substance antiseptique dans la cavité atteinte me semble très efficace. Cependant, pour le sinus maxillaire, il faut continuer à laver ; l'écoulement du pus est très difficile sans cela.

L'objection de M. Moure est assez embarrassante. Une petite incision peut suffire si le sinus est de petite dimension. Quand le sinus émet des prolongements, la conduite à suivre est plus délicate. Je crois de plus en plus à la bilatéralité inévitable des sinusites, aussi vaut-il mieux, même en cas de doute, préférer l'incision verticale, qu'on peut arriver à cacher. Dans les cas graves il faut se résigner à la difformité ; peut-être pourrait-on mettre la question au point et chercher à soutenir la peau par un appareil *ad hoc* comme on le fait pour les opérations nasales. Quant au danger du drainage je partage absolument l'opinion de notre collègue Moure.

Pour ce qui est de l'opération du sinus maxillaire, je répondrai maintenant à M. Helme que l'hémostase de la peau est assez facile à réaliser avec les pinces. De plus, je tamponne fortement le sinus et le sillon gingival avec de gros morceaux de gaze aseptique chiffonnée. Quant à la perforation de la cloison osseuse, l'hémorragie qui en résulte n'est pas très abondante. En se tenant un peu en avant on ne risque en aucune façon de blesser le canal nasal.

A. M. Dundas-Grant je répondrai que je ne suis pas partisan de l'ablation du cornet inférieur. Cette ablation peut être suivie d'une hémorragie très abondante. De plus, la création d'un orifice artificiel dans la paroi inférieure est très facile. Il n'y a aucune nécessité de recourir a la résection du cornet.

Du traitement chirurgical dans l'otite moyenne sèche.

M. Mounier. — (Voir le Mémoire de M. Mounier, page 263.)

Discussion.

M. Miot. — Je demanderai à M. Mounier quelles ont été les suites de son opération au point de vue de la cicatrisation. La cicatrice ne vient-elle pas masquer l'étrier? C'est ce qui m'est arrivé et j'ai été obligé d'intervenir à nouveau deux ou trois fois.

M. Mounier. — Cette remarque est très juste. Une bride verticale descendant de la partie supérieure a tendance à se former et à venir englober l'étrier. En ce cas le mieux est de se débarrasser de cette bride en la cautérisant. On obtient pour cela les

meilleurs résultats en utilisant l'acide chromique cristallisé qui est porté jusqu'à la région malade au moyen d'un fin stylet évidé à son extrémité.

M. Gellé. — Je me rappelle que j'ai présenté un instrument reposant sur le même principe que celui de M. Mounier; je puis même dire qu'il était plus solide. Malgré cela il n'était pas assez résistant. Il faut savoir que l'épaisseur du mur de la logette est très variable. Je ne m'explique pas non plus comment le coup de maillet que vous conseillez de donner n'enfonce pas les débris d'os vers le facial.

M. Mounier. — J'ai bien eu soin d'expliquer qu'il fallait tirer à soi, de la main gauche, le protecteur, en même temps qu'avec la droite on frappait sur la petite gouge avec un maillet. On comprendra que si l'on a soin de bien tirer à soi l'instrument la région du facial ne court aucun danger. Quand une parcelle osseuse a été détachée du mur, elle est immédiatement ramenée au dehors par le protecteur qui, ne trouvant plus de point d'appui sur la face interne du mur, dérape aussitôt. D'ailleurs je n'ai jamais observé aucune complication.

Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage traité par la sonde de Jaboulay.

M. Lannois (Lyon). — (Nous publierons *in extenso* la communication de M. Lannois dans notre prochain numéro. En attendant nous donnons un court résumé du travail de notre confrère, de façon à ce qu'on puisse suivre la discussion à laquelle a donné lieu la lecture de son mémoire.)

Une femme de 55 ans a contracté la syphilis à l'âge de 30 ans et 4 ou 5 ans après commence à éprouver une légère gêne de la déglutition. Celle-ci s'est beaucoup accusée depuis une fièvre typhoïde il y a 4 ans, et depuis 4 mois la malade ne peut plus avaler que des soupes et des liquides.

L'exploration montre à l'extrémité supérieure de l'œsophage, à son union avec le pharynx, un rétrécissement serré, annulaire, fibreux, qui n'admet que difficilement l'olive n° 3.

Les rétrécissements syphilitiques de l'œsophage sont très rares et on ne les diagnostique, comme dans ce cas, que par exclusion.

Cette malade a été traitée au moyen de la sonde de Jaboulay (sonde munie d'un manchon de caoutchouc dans lequel on insuffle de l'air) qui permet une dilatation douce et élastique et par suite non douloureuse. Le résultat a été rapidement très satisfaisant.

Discussion.

M. Gellé. — Comment peut-on calculer la dilatation de l'ampoule ?

M. Lannois. — Cela est assez facile par tâtonnements. On comprend que la dilatation dépende des dimensions de l'ampoule et de son élasticité.

M. Gellé. — On pourrait très bien utiliser le procédé indiqué par M. Lannois pour l'ablation des corps étrangers.

Contribution à la chirurgie de l'oreille. Considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne.

M. A. Bonain (Brest). — (Nous publierons *in extenso* le travail de M. Bonain dans notre prochain numéro. En attendant nous en donnons aujourd'hui la courte analyse que l'auteur a bien voulu nous remettre.)

Dans nombre d'interventions pour mastoïdite, ou complications endo-crâniennes de mastoïdite, on constate l'atteinte de la corticale interne de l'apophyse. Il est permis de la soupçonner fortement dans certaines formes particulières de mastoïdite, celle de Bezold, par exemple, qui, a-t-on dit, consisterait en une suppuration des cellules de la pointe mastoïdienne, dont l'issue sous les muscles qui s'insèrent à cette pointe constituerait la principale particularité. Il paraît plus probable, vu la gravité habituelle de cette forme de mastoïdite, qu'elle n'est qu'un des modes de terminaison de l'ostéo-périostite de la corticale interne.

La paroi interne de la mastoïde est toute désignée pour subir l'atteinte principale dans l'ostéo-périostite mastoïdienne, à cause de sa grande minceur, du voisinage immédiat des cellules et de l'antre lui-même, à cause enfin des relations vasculaires de l'apophyse avec le sinus latéral dont la paroi constitue à ce niveau le périoste.

Dans 6 interventions, dont il relate les observations, M. Bonain a toujours trouvé des lésions de la face interne de la mastoïde. Il conseille donc, vu la gravité des complications que peut entraîner son atteinte (thrombose du sinus, pyohémie, méningite, abcès du cerveau et du cervelet, etc.), d'aller l'explorer et de mettre à nu le sinus, si les lésions rencontrées ne rendent pas un compte suffisant des symptômes observés. En agissant ainsi on n'aggrave guère l'intervention et on évite les chances d'insuccès.

Contribution à l'étude de l'ictus laryngé.

M. Moll. — Après avoir précisé le diagnostic de l'ictus laryngé l'auteur communique deux observations de cet accident. Dans le premier cas il s'agissait d'un homme qui, n'ayant rien d'anormal dans l'appareil respiratoire, était atteint de quintes de toux violentes qui furent suivies de vertige et de perte de connaissance. L'auteur attribue chez ce malade à l'état pathologique du nez les causes de l'accident. En effet un éperon situé au niveau du cornet inférieur obstruait la narine droite, occasionnait le picotement de la gorge et ce picotement provoquait la toux. L'influence nerveuse, toujours en action dans le cas de névrose réflexe, ne doit pas être négligée car quoique le malade tousse beaucoup le matin, peut-être à cause de la respiration par la bouche, il n'a jamais des accidents à ce moment-là, mais seulement quand il est agité ou surtout quand il était en compagnie. La crise fut plusieurs fois aussi provoquée par un éclat de rire. Après l'ablation de l'éperon les accès disparurent.

Dans le second cas le rapport avec la névrose réflexe nasale n'est pas si clair. Le malade ne présentait pas d'affection de l'appareil respiratoire, mais une déviation de la cloison rendait la respiration par le nez défectueuse. Les accès survenaient chez ce malade surtout à la suite des éclats de rire et surtout à la suite de coryza auquel il était sujet. L'influence nerveuse est d'autant plus probable ici que la fille de ce malade souffrait également d'une névrose réflexe nasale. Le trouble consistait chez elle en accès épileptiformes, avec perte de connaissance et des secousses. Moll obtint une grande amélioration, sinon encore la guérison après l'ablation des végétations adénoïdes, d'un éperon et après une opération de la cloison déviée; des menaces de crise légère sans perte de connaissance survenaient; elles subsistèrent seules durant quelque temps.

Paralysie récurrentielle incomplète.

MM. V. Texier et Ch. Mirallié (Nantes). — Le nommé H..., cinquante-huit ans, manœuvre, ancien marin, atteint d'ictus apoplectique le 14 décembre 1896. Perte de connaissance pendant quatre heures; jours suivants, difficulté de la parole, rétention des urines et des matières fécales; pas de troubles de motilité du côté des membres inférieurs et supérieurs. Vient consulter, le 11 mars 1897, pour des troubles laryngés et pharyngés ; troubles

de phonation très peu prononcés; léger trouble en avalant. Pas d'aphasie motrice, pas de surdité ni de cécité verbales; diminution du goût. Léger degré de parésie faciale droite, se montrant à l'occasion des mouvements. Pas d'intoxication, ni d'alcoolisme ou de syphilis. L'examen du larynx décèle une paralysie de la corde vocale droite en position nettement médiane, aryténoïde en position normale; immobilité de la corde pendant la phonation et la respiration. La motilité et la sensibilité des membres normales. Sensations plus obtuses au niveau de la moitié gauche du front et de la partie adjacente du crâne en même temps que sensation de lourdeur et d'endolorissement à ce niveau. Sens spéciaux normaux, sauf goût diminué. Réflexes normaux.

Dernier examen le 1er mai 1897. La corde vocale droite a perdu sa position médiane et a tendance à prendre la position cadavérique; aryténoïde un peu projeté en avant, immobilité de la corde vocale pendant la phonation et la respiration; parésie faciale augmentée.

Il s'agit là d'une paralysie récurrentielle incomplète droite avec parésie faciale du même côté, consécutive à un ictus apoplectique. Les auteurs éliminent une lésion du nerf récurrent et une névrite toxique du nerf et discutent le diagnostic entre une lésion des noyaux bulbaires et une lésion corticale atteignant les centres du larynx et de la face juxtaposés, tout en se rangeant plus volontiers vers ce dernier diagnostic, l'ignorance où l'on est du siège de la sphère sensorielle du goût n'étant pas suffisante pour faire rejeter ce diagnostic anatomique. Ils restent sur la réserve, mais admettent logiquement qu'il s'agit là d'une affection en voie d'évolution, soit d'une altération progressive des noyaux bulbaires, soit d'une dégénérescence secondaire à une lésion de l'opercule rolandique. Au point de vue clinique, ils attirent l'attention sur les modifications de la corde vocale droite qui, de la position médiane, a tendance à se mettre en position cadavérique.

Séance du mercredi 5 mai

Présidence de M. LANNOIS, *vice-président*, et de M. A. MARTIN, *Président.*

Les affections du larynx, du nez et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale.

M. Castex (de Paris), *rapporteur.* — En oto-rhino-laryngologie, la responsabilité du médecin se trouve fréquemment engagée au

point de vue médico-légal, et à cet égard il est nombre de points que le praticien doit bien connaître. Examinons d'abord ce qui a trait à l'oreille. Il importe avant tout d'établir l'unité acoumétrique, non sans tenir compte des fatigues transitoires de l'ouïe et des fausses surdités.

Certaines anomalies, plus ou moins décrites par les auteurs, font encourir des responsabilités dans les interventions chirurgicales (par rapport au nerf facial notamment). Il en est de même des interventions incomplètes (incision de Wilde) ou septiques (percement du lobule de l'oreille par les bijoutiers).

Les ébranlements par la voie osseuse rompent la membrane tympanique à la périphérie; au contraire, les ébranlements par voie aérienne la rompent vers son centre (Corradi). Les perforations traumatiques sont caractérisées par leurs bords ecchymosés (Politzer).

Le métier de plongeur doit être interdit aux hommes qui ont de l'obstruction tubaire ou de l'atrophie de la membrane (Koch).

La névrose traumatique peut se compliquer de surdité ou d'hyperacousie, avec bourdonnements dans les deux cas. Ces troubles sont temporaires, en général.

Les contaminations syphilitiques trouvées à l'examen médical de l'oreille sont rares.

Chez les pendus on observe des ruptures de la membrane, des ecchymoses ou des hémorragies dans la caisse et le conduit auditif. Les lésions peuvent servir à établir que le sujet a été pendu *vivant* (Lannois).

Les explosions de dynamite déterminent des ruptures tympaniques surtout en arrière, ou des bourdonnements ou des vertiges, selon que la victime est plus ou moins près de l'explosif (Verdos, Castex).

Dans l'infanticide, la constatation d'air ou de liquide amniotique dans la caisse prouve que l'enfant a respiré (signe de Wreden).

Dans le service actif des chemins de fer, il y aurait lieu de diminuer l'acuité de certains signaux (Grazzi). Le pétard est le plus utile de tous. Les chauffeurs et les mécaniciens ne devraient être admis qu'avec une ouïe *presque* normale et entendre la voix chuchotée à 1 mètre au moins (Zwaardemaker).

Pour le service des téléphones, 4 mètres d'audition au chuchotement sont nécessaires pour que la conversation soit intégralement perçue (Zwaardemaker).

En matière d'assurance sur la vie, l'otorrhée chronique et la maladie de Ménière sont les seules qui rendent le risque inaccep-

table. En matière d'assurance contre les accidents, la sclérose tympanique préexistante exonère souvent l'assureur.

Le sourd-muet jouit en France depuis la Révolution, de l'entière capacité civile.

Pour le service militaire, sont déclarés propres au service ceux qui ont une affection curable, et impropres ceux qui n'entendent ni la voix, ni le diapason, de même que les sourds-muets.

Le rhinologiste a aussi son rôle dans les expertises médico-légales, en particulier pour les anosmies supposées accidentelles.

La douche de Weber, la cocaïne, le bromure d'éthyle engagent plus ou moins notre responsabilité.

Les contaminations syphilitiques sont rares au niveau du nez,

Les difformités graves du nez, les polypes fibreux entraînent l'exemption de service militaire.

Dans le domaine de la laryngologie, les fractures du larynx portent principalement sur le cartilage thyroïde. On les rencontre surtout à l'âge moyen de la vie. Leur symptomatologie est assez discrète.

L'oblitération respiratoire mortelle peut être due : à des bols alimentaires trop gros ou dévoyés, aux vomissements refluant dans le larynx, à des étouffements involontaires d'enfants par de grandes personnes couchées à côté d'eux, à l'hypertrophie du thymus (Brouardel). Quelques-unes de ces morts subites relèvent du mécanisme de l'inhibition.

La mort peut compliquer le tubage.

Les effets de l'iodisme sur le larynx sont à surveiller.

La grossesse peut accroître les tumeurs de cet organe.

Dans la strangulation, qu'elle soit produite par les mains ou par un lien, l'inhibition joue un rôle important. Des enfants peuvent être étouffés par l'enroulement du cordon ombilical autour de leur cou.

La suffocation est souvent produite par un corps étranger introduit dans l'arrière-bouche. Elle constitue un procédé très fréquent d'infanticide (Tardieu). L'expert doit fendre largement les joues pour fouiller l'arrière-bouche.

Dans la pendaison, la striction des voies aériennes agit plus que l'inhibition, qui n'est pas sans effet. Le lien agit *au-dessus* du larynx et l'occlusion est due au refoulement de la base de la langue contre la paroi postérieure du pharynx. Il se produit des fractures indirectes des grandes cornes de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.

Dans la submersion, l'abolition des réflexes laisse la glotte sans défense. La constatation de liquide dans la caisse du tympan

donne à penser que la submersion s'est effectuée pendant la vie.

Les explosions de machines à vapeur produisent des phlyctènes. Dans les explosions de grisou ce sont des ulcérations laryngo-trachéales. Il n'y a guère de brûlures avec la dynamite.

Les contaminations syphilitiques portent surtout sur les amygdales.

Dans les contestations entre artistes et directeurs, on ne peut que s'en remettre le plus souvent à la conscience des premiers.

Les principaux cas qui rendent impropre au service militaire sont : le mutisme, les perforations palatines, les laryngites et aphonies qui ont résisté au traitement.

En somme, notre responsabilité est en cause surtout dans les interventions opératoires ; qu'il y ait anomalie anatomique, qu'il y ait faute de désinfection ou autre, notre rôle s'affirme, grâce à nos procédés spéciaux d'investigation, pour l'admission dans certaines administrations dont dépend la sécurité du public ainsi que pour dévoiler maintes simulations. C'est rarement au criminel, mais presque toujours au civil, que nous avons à intervenir.

Discussion.

M. Helme. — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le rapport de M. Castex. J'ai été surpris de voir qu'il ne parlait pas des lésions de l'oreille par armes à feu, coups de revolver, etc. Peut-être cependant ce chapitre eût-il été intéressant. Dans ces cas nous pouvons être commis à titre d'experts pour nous prononcer sur l'importance des lésions, non seulement au point de vue fonctionnel, mais encore au point de vue du pronostic.

Quant à la propagation de la syphilis par les sondes d'Itard, il me semble qu'il y a là une légende qu'il serait bon de détruire ; ce n'est pas aujourd'hui, alors que tous nous observons avec tant de soin les règles de l'asepsie, que les malades risquent d'être syphilisés par un cathétérisme malpropre. Ces accidents n'ont plus qu'un intérêt pour ainsi dire historique. Et encore, si l'on se reporte aux faits de contagion publiés, et si l'on songe que les observations dont il fut tant question jadis étaient dues surtout à l'animosité de deux spécialistes qui trouvaient ainsi moyen de se nuire réciproquement, on comprendra que toute cette histoire ait été fort exagérée. La contagion de la syphilis par la sonde d'Itard a été un fait exceptionnel autrefois, je le répète; elle n'est plus à craindre aujourd'hui.

M. Castex, — et je ne saurais trop l'en féliciter, — n'a pas hésité à faire une allusion discrète aux nombreuses officines de charlatans qui exploitent, sous le couvert de l'otologie, et

avec la tolérance de la police, la crédulité publique. Il faut savoir que nous ne sommes pas aussi désarmés que nous semblons le croire contre les pratiques des charlatans. En effet, il résulte d'un arrêt de la Cour de Cassation que ceux-ci peuvent tomber sous le coup de la loi et être poursrivis pour délits d'escroquerie. L'arrêt de la Cour dit en substance ceci: « Peuvent être poursuivis, en vertu de l'article du Code pénal, tous ceux qui auront promis des guérisons pour des maladies qu'ils savent ne pas pouvoir guérir, et qui auront de ce fait reçu des sommes d'argent. » Si donc, je ne pense pas d'ailleurs que cela soit opportun, nous voulions nous unir pour intenter une action aux industriels qui exploitent les malades, nous pourrions le faire en nous basant sur l'arrêt auquel je fais allusion, et alors même que lesdits industriels auraient pris la précaution ordinaire, qui est de s'adjoindre un médecin.

M. Gellé. — Sans doute l'idée de M. Helme est bonne, mais qu'il veuille bien en croire ma vieille expérience, nous n'avons aucun intérêt à nous frotter à la magistrature. En nous engageant dans une voie pareille je ne vois pas trop ce que nous y gagnerions. En revanche je craindrais fort que nous eussions à y perdre.

Je ferai remarquer à M. Castex qu'il a omis de traiter certains points particulièrement délicats. Ainsi j'ai souvent observé des ouvriers qui, en travaillant pour un patron, avaient reçu un choc violent sur la tête (chute ou coup). Pendant quelques jours les troubles étaient assez violents, vertiges, bourdonnements, puis tout s'apaisait. Le malade, que le médecin considérait comme guéri, signait la déclaration par laquelle il s'engageait à ne réclamer par suite de l'accident aucune indemnité à l'Assurance ou au patron. Puis, au bout de quelque temps, les troubles auriculaires réapparaissaient et l'ouvrier se trouvait désarmé. Je crois donc que les auristes devraient affirmer bien haut la nécessité dans laquelle se trouve le praticien soucieux de bien remplir son devoir de s'adjoindre toujours, à titre auxiliaire, un spécialiste sachant examiner une oreille.

M. Moure. — M. Castex a parlé des accidents auxquels sont exposés les plongeurs, mais seulement des accidents dus à la compression. Or il me semble que la décompression brusque provoque des troubles au moins aussi fréquents et aussi graves. Quant à l'examen des oreilles dans l'expertise pour infanticide, je doute fort qu'on puisse affirmer que le bourrelet gélatineux se résorbe seulement si l'enfant a respiré. Les auteurs sont loin d'être d'accord là-dessus. Chacun sait que certains affirment que la résorp-

tion peut se faire à la fin de la vie intra-utérine. A propos du service militaire, est-il juste de dire que les affections auriculaires, et surtout les polypes, constituent un cas d'exemption ?

Pour ce qui est des symptômes endo-laryngés dans la strangulation, je signalerai deux cas. Dans l'un j'ai trouvé des ecchymoses très nettes de la muqueuse ; dans l'autre j'ai pu reconnaître très distinctement la présence de deux hématomes. Je crois donc que nous sommes en droit d'affirmer que la laryngoscopie peut rendre les plus grands services et que notre témoignage peut être très utile dans les expertises médico-légales.

M. Gellé. — Je partage absolument l'opinion de M. Helme en ce qui concerne les prétendus cas de contagion dans le cathétérisme de la trompe. On crie trop facilement au scandale, et tout cela n'est pas sérieux. Je suis convaincu que c'est outrepasser ses droits que d'accuser un confrère, ainsi que j'en ai eu un exemple tout récemment, alors que l'on n'a que des présomptions et pas de preuves.

M. Herck. — Depuis le mémoire de M. Lannois en 1895, j'ai eu l'occasion d'examiner cinq pendus, au moins 10 heures après la mort. Dans aucun cas je n'ai constaté d'ecchymose ni même de congestion du tympan. L'absence de ces signes ne doit donc pas permettre de conclure ferme que le sujet a été pendu après sa mort.

M. Gellé. — Il y a quelques années je fus mandé au Val-de-Grâce pour examiner un pompier qui s'était pendu. Je fis l'autopsie et je ne trouvai aucune lésion endo-laryngée.

M. Lannois. — Il y a des cas difficiles auxquels M. Castex n'a pas, je crois, fait allusion. Par exemple dans les accidents de chemin de fer, l'existence d'une affection antérieure concourt souvent à faire éclater d'autres troubles. Dans ces conditions, la part du traumatisme peut être très difficile à établir. — A propos des plongeurs, j'ai été, dans un cas, fort embarrassé. Il s'agissait d'un homme se plaignant de troubles auriculaires qu'il attribuait à un accident professionnel. Or cet ouvrier fut reconnu atteint de grippe depuis trois jours, et je constatai chez lui l'existence d'une otite aiguë. Ici, l'otite était-elle due à l'accident même où à la grippe ?

Je signalerai encore l'omission de M. Castex à propos du bertillonnage. On sait l'importance attribuée, dans la mensuration anthropométrique, à la conformation du pavillon de l'oreille. C'est là un point que M. Castex a laissé dans l'ombre. — Au point de vue de la surdi-mutité, il se présente des questions médico-légales très importantes. Le sourd-muet est en effet considéré comme un indi-

vidu sain, sauf pour les donations. Quand il est illettré il lui est presque impossible de tester, puisqu'il ne parle pas, n'entend pas, et ne peut lire, ni écrire. Comment trancher la question? La même difficulté se rencontre pour les contrats de mariage; c'est ainsi que plusieurs sourds-muets ont pu soutenir qu'ils n'avaient pu se rendre compte qu'ils étaient mariés légalement, et qu'ils se sont défendus ainsi d'avoir commis l'adultère. Quant à la simulation de la surdité, il existe bien des moyens de la déceler; peut-être M. Castex aurait-il pu en parler.

M. Castex. — Je partage l'avis de MM. Gellé et Helme en ce qui concerne la contagion et je reconnais qu'il est très difficile de se prononcer. — Pour l'exercice illégal de la médecine et surtout de la spécialité, il est trop facile de donner une forme scientifique à la réclame pour qu'on puisse l'atteindre par les voies légales. Il est intéressant à ce propos de signaler ce que font nos confrères de Madrid pour les médecins véreux et indélicats. Quand un confrère est signalé, on le fait comparaître, on l'avertit de cesser ses manœuvres, et s'il refuse de se soumettre on l'exécute. Mais en résumé tout cela est bien délicat, et je crois que jusqu'à nouvel ordre il vaut mieux s'abstenir.

En ce qui a trait aux accidents tardifs, je demanderai à M. Gellé s'il a vu persister longtemps des bourdonnements consécutifs à un accident. Pour ma part j'en ai observé plusieurs cas, mais il m'a semblé que cette persistance ne se rencontrait que chez des individus atteints déjà depuis longtemps de lésions auriculaires. Pour l'exemption du service militaire, accordée quand il existe des polypes de l'oreille, je dois dire que je me suis borné à copier le règlement élaboré par les médecins de l'armée. J'avoue d'ailleurs que je suis de l'avis de M. Moure et que je ne trouve pas cette mesure très juste...

M. Gellé. — A moins qu'on ait affaire à un polype venant de l'apophyse mastoïde. Aussi je crois qu'il serait nécessaire d'exiger dans ces cas l'examen de l'oreille par un spécialiste.

M. Castex. — Je suis de l'avis de M. Gellé, il est regrettable qu'on ne nous consulte pas.

M. Gellé. — A propos des troubles consécutifs à un traumatisme il peut être très difficile de se prononcer. Ainsi je fus appelé à examiner une jeune fille dont la conduite faisait le désespoir des siens. Elle portait plainte contre son père qui l'avait corrigée un peu durement. Je déclarai qu'il était nécessaire d'attendre une quinzaine de jours avant de se prononcer. Bien m'en prit. Au bout de ce laps de temps apparurent des accidents syphilitiques de l'oreille dus à la localisation, au niveau de l'organe de l'ouïe,

de la syphilis secondaire. — Une autre fois je fus appelé pour un individu qui prétendait être devenu sourd après avoir été renversé par une voiture. Or je connaissais de longue date ce sujet et je savais pertinemment qu'il était déjà sourd avant l'accident. Que faire? Lié par le secret professionnel je ne pus intervenir. Cet individu fut largement indemnisé car la législation nous laissait absolument désarmé contre lui.

M. Castex. — J'ai parlé de ces cas-là, ainsi que de ceux que signale M. Lannois pour la surdi-mutité. On les trouvera consignés dans mon rapport à la page 93, je crois.

Résultats de la perforation permanente artificielle du tympan.

M. Miot fait une communication sur les bons effets de la perforation artificielle permanente du tympan dans certains cas d'otite moyenne sèche. Parmi les 14 malades qu'il a opérés avec succès depuis l'année dernière, il cite l'observation d'un jeune homme atteint de surdité paradoxale, qui n'ayant obtenu aucun résultat après quatre traitements différents, vit son audition augmenter sensiblement après l'ablation du tympan d'un côté et l'ablation du tympan et du marteau de l'autre.

Discussion.

M. Helme. — Je demanderai à M. Miot s'il intervient quand la perception osseuse est à 0.

M. Miot. — Dans ce cas je n'interviens pas. Je m'abstiens également quand l'étrier est ankylosé. Quoi qu'on en ait dit, les opérations tentées dans ces circonstances ne me paraissent pas avoir donné de bien bons résultats. Plusieurs malades ont en effet présenté des paralysies faciales; souvent il persiste un suintement purulent consécutif à l'intervention.

Traitement des déviations de la cloison du nez.

M. Sarremone (de Paris). — Au point de vue thérapeutique, on peut diviser les déviations de la cloison du nez, suivant leur constitution anatomique, en déviations cartilagineuses, ostéo-cartilagineuses et osseuses.

Le traitement ne doit pas consister à redresser la cloison, ce qui est impossible, mais à supprimer la partie de cloison qui, débordant dans la narine, empêche la respiration.

Le meilleur procédé pour y parvenir est de pratiquer la résec-

tion de cette partie avec le bistouri ou avec la scie. Le tort de toutes les méthodes préconisées jusqu'à ce jour a été de vouloir enlever par un même procédé des tissus de résistance et de constitution très différentes; ce qui convenait aux uns ne convenait pas pour les autres.

Le bistouri est donc l'instrument de choix pour couper tout ce qui est cartilagineux; la scie, et surtout la scie circulaire mue par un tour électrique, sera employée pour les cloisons osseuses; mais celles-ci sont rares. Le plus souvent, en effet, les déviations de la cloison sont cartilagineuses en avant, osseuses dans leur partie postérieure. Dans ce cas, il faut sectionner au bistouri tout ce qui est cartilagineux, à la scie tout ce qui est osseux. L'opération se fera en deux temps : dans le premier on coupe le cartilage, puis on étanche le sang; dans le second on enlève l'os avec la scie. Cette méthode, qui vient à bout de toutes les déviations, n'a pas de contre-indication.

Discussion.

M. Noquet. — J'ai souvent employé l'électrolyse qui m'a donné de bons résultats. Le seul défaut de ce traitement, c'est qu'il est un peu long. De plus, on constate après l'électrolyse une inflammation assez vive qui peut durer 3 à 4 semaines. Je préfère actuellement me servir tout simplement de la gouge, avec laquelle je fais sauter la déviation. La guérison est ainsi beaucoup plus rapide.

M. Martin. — Je crois que le grand inconvénient de l'électrolyse, c'est qu'on ne peut limiter son action. Il arrive souvent qu'on perfore la cloison.

M. Noquet. — On peut éviter cette complication à condition de ne pas intervenir de la même façon, lorsqu'il s'agit simplement de déviations cartilagineuses ou de déviations osseuses. L'important est alors de doser avec soin l'intensité du courant. Il est bien évident aussi que la durée de la séance d'électrolyse doit être proportionnée à la nature de l'obstacle, os ou cartilage, qu'il s'agit de détruire.

M. Sarremone. — En résumé, on peut conclure de ce qui vient d'être dit que l'électrolyse est un bon traitement mais n'ayant pas la même efficacité dans tous les cas.

M. Helme. — Messieurs, bien que le réglement exige avec beaucoup de raison que les membres présents seuls interviennent dans les discussions, bien que la lecture d'aucune correspondance ne puisse figurer dans les bulletins de la Société je vous

demande la permission de vous donner lecture d'une lettre que je viens de recevoir de M. Garel, de Lyon.

« Je ne puis à mon grand regret, dit notre confrère, prendre part à nos intéressants travaux annuels. Je suis très souffrant en ce moment et c'est l'unique cause qui m'a empêché de me rendre à Paris. C'est une grande privation pour moi, tout particulièrement cette année, tout d'abord à cause de la discussion sur l'ozène. J'aurais voulu pouvoir dire que la nouvelle méthode de traitement par l'électrolyse cuprique, tout en donnant quelques résultats, nous laisse bien loin des chiffres avancés par quelques confrères. Il y a aussi le rapport de M. Lermoyez que j'ai lu avec un vif plaisir. Je suis parfaitement de son avis lorsqu'il dit que les laryngoplégies accompagnant l'hémiplégie totale sont rares. J'examine systématiquement tous les hémiplégiques qui entrent dans mon service hospitalier; depuis longtemps je n'ai pas trouvé de cas semblable. »

J'ai cru devoir vous citer les passages de cette lettre qui nous intéressent. Notre confrère suit de loin nos travaux; nous ne pouvons qne l'en remercier et lui adresser de loin tous nos vœux de guérison. (*Approbation.*)

Sur trois cas de complications intra-crâniennes d'origine otique.

M. Moure communique sous ce titre l'observation de 3 malades atteints de complications cérébrales d'origine otique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 5 ans qui, au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë, fut pris de phénomènes fébriles, avec léger empâtement à l'extérieur de l'apophyse mastoïde. Une incision pratiquée à ce niveau laissa s'écouler un peu de pus, et le stylet introduit par l'ouverture permit de reconnaître une lésion osseuse allant probablement vers la cavité crânienne. L'enfant fut chloroformisé et la première incision fut agrandie considérablement et une fois les lambeaux écartés une trépanation fut faite vers l'intérieur de la cavité du crâne à ce niveau, c'est-à-dire au-dessus du sinus latéral. Une fois la cavité ouverte, il s'écoula une quantité assez considérable de pus, la dure-mère était absolument fongueuse, le sinus refoulé vers l'intérieur du crâne, les méninges enflammées, sur une surface qui mesurait environ 3 centimètres de large et environ 2 centimètres 1/2 de hauteur. La lésion fut soigneusement curettée, en prenant la précaution de ne pas ouvrir le sinus, la cavité osseuse convenablement nettoyée, le tout largement

drainé, et l'enfant guérit très rapidement sans aucune espèce de complication.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme accouchée depuis cinq jours et ayant présenté avant son accouchement des symptômes d'aliénation mentale ayant fait penser soit à de l'urémie, soit même à des troubles psychiques d'origine puerpérale, au point que la malade fut accouchée prématurément. Après l'accouchement, les symptômes ayant persisté et l'oreille droite suppurant, M. Moure fut appelé à l'examiner ; il conclut alors à des lésions intra-crâniennes d'origine otique et proposa une intervention.

La cavité mastoïdienne et la caisse qui étaient remplies de fongosités et de pus furent soigneusement curettées, écouvillonnées au chlorure de zinc ; la bosse cérébrale moyenne fut ouverte ; il existait à ce niveau du pus et des fongosités, des symptômes de méningite localisée ; pensant que ces lésions pouvaient expliquer les phénomènes observés, M. Moure arrêta là son intervention, qu'il se proposait de pousser plus avant si les symptômes persistaient, mais la malade succomba 48 heures après l'opération, et à l'autopsie on trouva un vaste abcès cérébral ayant détruit tout le lobe temporo-sphénoïdal, il avait la grosseur d'un bel œuf de poule et s'était ouvert dans le ventricule. La substance cérébrale était absolument ramollie autour de lui, car l'abcès n'était pas enkysté. La latence des phénomènes, l'état puerpéral de la malade, rendaient tout diagnostic difficile.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant de 30 mois, qui, à la suite de la rougeole, fut pris d'otite moyenne suppurée aiguë qui sembla guérir, mais la fièvre ayant persisté, accompagnée même de frissons, M. Moure fut appelé à l'examiner et constata d'abord une simple voussure du tympan qui n'était pas perforé. Il fit alors une première intervention pour donner issue au pus contenu dans la caisse. Quarante-huit heures après, les symptômes généraux ne s'étant pas amendés, l'antre et la caisse furent largement ouverts et curettés. Ils contenaient des fongosités et du pus. Les phénomènes de pyohémie persistant, M. Moure pensa à l'existence d'une phlébite du sinus latéral et proposa une troisième intervention qui fut malheureusement ajournée par la famille. Appelé à intervenir lorsque la situation fut devenue beaucoup plus grave et l'état général mauvais, il ouvrit le sinus latéral qui était rempli de pus, qui se vida par saccade, au moment de l'intervention ; le sinus fut alors drainé avec du catgut en guise de drain, et, malheureusement, l'état infectieux étant très avancé, l'enfant succomba 36 heures après l'opération.

L'auteur insiste sur l'intérêt de ces différentes complications d'origine otique, la difficulté de les reconnaître cliniquement ; et la nécessité d'intervenir lorsqu'on suppose leur existence. Il conclut avec Wheeler et Broca, à la nécessité d'opérer par l'oreille, dont les lésions conduisent souvent l'opérateur vers les parties du crâne atteintes par suite de l'affection otique.

Discussion.

M. Rivière (Lyon). — Je crois qu'il y a une grande différence à établir au point de vue du pronostic entre l'abcès du cerveau et la phlébite du sinus caverneux. Je demanderai à M. Moure si ses opérés étaient tuberculeux.

M. Moure. — Non.

M. Rivière. — C'est qu'en général ces malades atteints d'abcès du cerveau sont de vieux suppurants, des tuberculeux de vieille date. J'ai remarqué aussi que les abcès du cerveau sont difficiles à maintenir ouverts. Bref, le pronostic m'en a toujours paru fatal.

Pour la phlébite suppurée des sinus, au contraire, l'intervention nous a donné des résultats plutôt satisfaisants. A ce propos nous avons fait des recherches et nous sommes arrivé à nous convaincre que les cas les plus favorables sont ceux où la suppuration est bien localisée. Aussi les formes localisées sont-elles bien plus faciles à combattre que les formes diffuses, car on peut lier les vaisseaux et lutter ainsi plus facilement contre le processus infectieux. Je crois enfin que la possibilité d'un diagnostic précoce permettant une intervention hâtive, éclairerait beaucoup le pronostic. Malheureusement nous n'avons pas de symptômes nous permettant de l'établir.

M. Lermoyez. — Je crois aussi que le diagnostic précoce est le point important. Malheureusement nous ne voyons guère des cas de ce genre qu'à la période d'état. Dans le monde médical on prétend que les complications cérébrales d'origine otique sont tellement rares que l'examen de l'oreille est inutile. Pour prouver le contraire j'ai procédé à une enquête systématique à la suite de laquelle je suis en mesure d'établir que si parfois les symptômes auriculaires sont peu accusés, le plus souvent si l'on ne trouve rien du côté des oreilles c'est qu'on néglige d'examiner celles-ci. Je reconnais cependant que même en procédant à un examen attentif on peut être bien embarrassé pour se prononcer. C'est surtout chez les vieux scléreux qu'on rencontre cette absence de symptômes. Chez eux le pus se fait difficilement jour à travers la membrane tympanique, aussi la situation est-elle ici toujours très grave. Il y a toutefois un signe qui ne m'a jamais trompé. Lorsque

j'observe de grandes réactions, des oscillations très étendues de la température, sans douleur ni gonflement ou autres symptômes, j'ai toujours conclu à l'existence du pus dans la cavité crânienne. L'intervention a toujours confirmé mon diagnostic.

M. Bonain. — J'ai vu un cas où le malade est mort brusquement d'abcès du cerveau sans qu'il y eût aucun symptôme pour en autoriser le diagnostic.

M. Lermoyez. — Il est déplorable de voir que les malades atteints de complications du côté de l'oreille ne sont pas envoyés dans les services d'otologie. Quant aux signes de phlébite des sinus ils ne sont pas si évidents qu'on pourrait le croire. Le cordon de la jugulaire n'est pas toujours facile à sentir ; on peut le confondre aisément avec le bord du sterno-mastoïdien contracté. Néanmoins il y a deux signes très-importants, ce sont d'abord les grandes oscillations thermiques, et ensuite le développement anormal de la circulation collatérale. En terminant, j'estime qu'on ne saurait trop demander aux praticiens d'examiner ou de faire examiner systématiquement le fond de l'oreille de chaque sujet, de même qu'on examine le fond de l'œil.

M. Moure. — D'après M. Rivière, le pronostic des abcès du cerveau serait des plus graves. Il y a cependant des statistiques pour démontrer que les abcès du cerveau peuvent guérir. Je citerai entre autres la statistique de Thomas Barr, de Glasgow. Il ne manque pas d'ailleurs de faits de guérison dans la littérature médicale. D'une façon générale on peut dire que les abcès du cerveau sont curables si l'intervention est précoce. Il y a, à mon avis, un symptôme presque constant, et qui existe souvent seul ; je veux parler des douleurs très vives ressenties par les malades au niveau de la fosse pariétale.

M. Lermoyez. — Je ne saurais me prononcer sur la question douleur, attendu que je n'ai jamais pu observer que des malades plongés dans le coma. Quant à la température, elle est excessivement variable. Ainsi j'ai observé un cas de pseudo-pyohémie d'origine otique, qui évolua avec une élévation de température énorme. Or il suffit d'une simple douche d'air pour faire tomber immédiatement la fièvre. La température n'est pas un symptôme constant.

M. Moure. — C'est aussi mon avis. Généralement on n'intervient du côté de l'oreille que lorsque après avoir fait partout ailleurs le nécessaire la fièvre persiste. Il s'agit là d'un diagnostic par exclusion.

M. Gellé. — J'ajouterai que si nous ne faisons pas toujours le diagnostic c'est que les choses peuvent se passer dans le cer-

veau comme dans les muscles, le mollet ou la fesse, par exemple : le pus se collecte avec une telle rapidité que tout diagnostic est impossible. De ce qui vient d'être dit on peut conclure qu'on ne saurait nous faire un reproche de rester hésitants dans certains cas. La symptomatologie est parfois si obscure qu'on peut bien se tromper. Cela arrive d'ailleurs aux princes de la science eux-mêmes.

M. Lermoyez. — Ce que dit M. Gellé est très juste. Ainsi je faisais tout-à-l'heure allusion à un malade qui mourut d'un abcès du cerveau ; eh bien, ce malade avait servi de type pour une clinique sur la folie post-typhoïdique !

Deux cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique.

M. Dundas Grant (de Londres).— La première observation est celle d'un ecclésiastique qui avait depuis 15 jours une telle faiblesse de la voix, qu'il lui était impossible de remplir ses fonctions. On ne trouvait aucun signe d'affection thoracique, ni d'ataxie locomotrice. La corde vocale gauche était dans la position cadavérique. Le malade avait souffert, pendant la même période, d'une sciatique du membre inférieur gauche, mais qu'accompagnait une anesthésie prononcée de la jambe. Cette sciatique semblait être une névrite. On parvint à établir que le malade, sans jamais se griser, buvait régulièrement à chaque repas au moins un litre de forte bière brune anglaise et une quantité considérable d'eau-de-vie dans la soirée. Il semblait juste pour le diagnostic de névrite périphérique d'origine alcoolique du nerf récurrent gauche. Le malade accepta l'abstinence absolue et prit d'assez fortes doses de teinture de noix vomique. Au bout de 4 semaines sa voix était rétablie et la corde vocale gauche fonctionnait normalement.

Contribution à l'étude des affections auriculaires dans la goutte.

M. Georges Gellé fils. — Dans son travail déduit de l'étude de nombreuses observations, l'auteur montre comment les affections de l'oreille se comportent chez les goutteux ou les individus de race goutteuse.

1° Les goutteux ou les individus de race goutteuse semblent offrir une fâcheuse prédisposition aux affections otiques. La goutte comme le rhumatisme chronique ne ménage pas l'oreille. La goutte héréditaire frappe l'oreille du malheureux prédisposé

dès la première enfance (eczéma, otite externe, otorrhée). Chez les candidats à la goutte, les otorrhées consécutives aux pyrexies de l'enfance sont graves et interminables. Dans ces cas, le médecin devra s'efforcer d'empêcher l'infection otique; mais une fois l'infection déclarée, à côté de la thérapeutique locale de toute première importance, on ne devra pas négliger le traitement général hygiénique et médical qui aura une influence prépondérante sur l'évolution ultérieure du processus otique.

2° Dans l'otite goutteuse aiguë le tympan est rouge dans un secteur compris entre les deux ligaments antérieur et postérieur. La rougeur s'étend au mur de la logette; c'est en somme l'aspect d'une inflammation de l'attique. La fluxion semble donc se localiser à la logette des osselets et à la chaîne qu'elle immobilise.

En dehors des poussées aiguës, on note des dépôts calcaires infiltrant la membrane, le manche épaissi se termine par une large spatule.

Le début souvent brusque est le plus ordinairement précédé d'une pharyngite uni ou bilatérale suivant l'uni ou la bilatéralité des lésions otiques, pharyngite œdémateuse caractérisée par cet aspect spécial que nous désignons sous le nom de « faux piliers ». La terminaison peut se faire par le passage à la suppuration ou par la cessation brusque de tous les symptômes cédant à l'apparition d'un accès de goutte légitime.

3° Les troubles otiques (surdité, vertige, bourdonnements) annoncent parfois l'apparition d'une attaque de goutte ou d'une autre manifestation de la diathèse arthritique (coliques hépatiques très souvent) pour cesser brusquement à l'apparition de ces nouveaux accidents.

4° Pour l'auteur, sans nier l'existence du *vertige goutteux*, on doit se montrer fort sceptique à son endroit; car si l'on examine avec soin les oreilles des goutteux vertiginés on trouve presque toujours des lésions otiques non pas légères, mais déjà avancées et anciennes et en tout cas suffisantes pour expliquer á elles seules la production du vertige. Le vertige goutteux ne serait donc, au dire de l'auteur, qu'un vertige *ab aure læsa*. En lisant la description que les classiques font du vertige goutteux, on verra que celle-ci semble en effet calquée sur la description du vertige labyrinthique. (Ce mémoire paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro.)

Discussion.

M. Helme. — Que donne dans ces cas le traitement par le salicylate de soude ?

M. Gellé fils. — De très bons résulats.

M. Gellé père. — Le salicylate a la réputation de donner des bourdonnements. Cependant, chez un confrère, j'ai vu grâce à son emploi disparaitre complétement des vertiges d'origine rhumatismale. Les troubles otiques étaient peu accusés. On constatait toutefois à l'examen un peu d'œdème du pharynx remontant vers les trompes.

M. Lermoyez. — M. Gellé a-t-il expérimenté la pipérazine dans les cas de vertige ou de bourdonnements ?

M. Gellé. — Non, je donne du sulfate de quinine ou du salicylate de soude, comme le recommandait Charcot. Son action est discrète, de plus son maniement est commode. On peut sans peine arriver à la dose utile en procédant par tâtonnements.

Un cas de tumeurs papillaires du cornet inférieur de la cloison.

M. Noquet, de Lille, présente des tumeurs papillaires qui s'implantaient, par une large base, sur le cornet inférieur et la cloison, chez un homme de 40 ans. Ces tumeurs, au nombre de 10, avaient à peu près la grosseur d'un petit haricot. Elles étaient rouges, assez molles, et offraient tout à fait l'aspect mamelonné d'une framboise. M. Noquet les a enlevées avec l'anse froide. Les points d'implantation ont été cautérisés avec le galvano-cautère, et il n'y a pas eu de récidive depuis un an.

Ces tumeurs qui sont rares, siègent habituellement au niveau des régions inférieures des fosses nasales, dans la zone respiratoire. Dans la plupart des cas analogues, le microscope a démontré qu'il ne s'agissait pas d'un papillome vrai. Ce dernier a pour caractéristique la papille et, le plus souvent, les tumeurs à l'aspect papillaire sont constituées par le tissu myxomateux, ou même simplement par une prolifération des éléments de la muqueuse. M. Noquet rappelle à ce sujet les travaux de Lacoarret, ceux de Jonathan Wright et les siens.

Dans le cas particulier, l'examen histologique, pratiqué par M. Moty, a montré que les tumeurs étaient de nature hypertropique et constituées par des variétés voisines du tissu conjonctif, elles n'étaient pas par conséquent des papillomes vrais.

Analyse chimique du cerumen.

MM. Lannois et **Martz** (Lyon). — En dehors d'une analyse insuffisante de Pétrequin et Chevalier, il n'existe aucun document sur la composition chimique du cerumen. Nous avons cherché à combler cette lacune et bien que nous n'ayons pas réussi à

élucider tous les points, les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante :

Principes constituants du cerumen :

	Cerumen humide.	Cerumen sec.
Eau	56.53	»
Acides gras libres	1.30	2.99
Graisses	3.55	8.16
Cholestérine	3.07	7.06
Savons solubles dans l'alcool	7	16.10
Urée	0.20	0.46
Substances solubles dans l'eau froide et l'eau bouillante	11.29	25.96
Matières insolubles	14.40	33.13
Substances diverses et pertes	2.66	6.15
	100	100
Azote total	2.7	6.21
Cendres	3.08	7.08
Acides gras totaux insolubles	8.63	19.84
Lécithine	1.63	3.74

On voit par là que les matières grasses solubles dans l'alcool et dans l'éther constituent plus du tiers du cerumen sec. Nous avons dosé séparément les acides gras libres (3.79 0/0), les graisses (8.16 0/0), la cholestérine (7.06 0/0 et les savons solubles dans l'alcool (16.10 0/0). Ces derniers sont de beaucoup les plus importants par leur quantité. Il y a lieu également d'appeler l'attention sur la forte proportion de la cholestérine.

Le pigment jaune du cerumen paraît très analogue au pigment de la graisse humaine. Comme lui il est soluble dans l'alcool et dans les graisses, mais il en diffère par son peu de solubilité dans l'éther.

Il est probable qu'il existe des leucomaïnes dans le cerumen.

Le principe amer du cerumen est encore indéterminé, on peut seulement dire actuellement qu'il est soluble dans l'eau et dans l'alcool et qu'il s'agit très probablement d'un acide que nous nous proposons d'étudier et de caractériser ultérieurement.

Discussion.

M. Noquet. — Y a-t-il une différence de composition entre le cerumen dur et le cerumen mou?

M. Lannois. — Je l'ignore, nous avons toujours opéré sur un mélange des deux.

M. Noquet. — Vous ne mentionnez pas les sels de potasse dans votre analyse.

M. Lannois. — Cette mention nous a paru inutile, cette recherche ayant déjà été faite par Pétrequin.

Contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de la cloison nasale.

M. Egger a opéré, chez une femme de 71 ans, une tumeur pédiculée de la cloison, de la dimension d'une cerise et donnant lieu à de fréquentes épistaxis. L'opération et ses suites furent des plus simples. Pas de récidive 8 mois après.

L'examen histologique montra, outre des dilatations vasculaires, la présence de tous les stades de l'organisation du caillot hémorragique ; depuis le foyer sanguin jeune, le foyer dégénéré et en voie de réparation, jusqu'au tissu organisé tendant à se scléroser. La tumeur paraît donc être le résultat d'une série d'hémorragies interstitielles dont chaque foyer a été le siège d'un travail d'organisation aboutissant à l'apparition de vaisseaux de nouvelle formation. L'auteur donne à cette tumeur le nom de *polype hémorragique*, comme indiquant à la fois son aspect microscopique, sa constitution histologique et son mode de formation. Quant à ce dernier point, il est intéressant de noter que la tumeur était implantée en ce point vasculaire bien connu où se trouve la terminaison de la branche interne de la sphéno-palatine et ses anastomoses. Or la région est bien appropriée aux hémorragies, elle l'est aussi aux tumeurs vasculaires. On peut admettre que sous des influences congestives quelconques, la malade a fait des hémorragies sous-muqueuses dans lesquelles la paroi vasculaire seule s'étant rompue, la muqueuse a été respectée. Le produit hémorragique s'est organisé, les vaisseaux néo-formés, fragiles, ont, à leur tour, produit des hémorragies qui ont subi le même sort.

Troubles causés par les végétations adénoïdes chez les adolescents et les adultes

M. A. Bonain, de Brest, insiste sur l'importance qu'il y a d'examiner de façon régulière, comme chez l'enfant, le pharynx nasal des adolescents et des adultes. Chez ces derniers surtout, il est assez rare que les végétations adénoïdes trahissent leur présence par la gêne de la respiration nasale, le développement de la cavité rétro-nasale assurant en général un passage suffisant à l'air.

Les troubles occasionnés par les végétations adénoïdes de l'adolescent et de l'adulte sont, comme chez l'enfant, très variés. M. Bonain en rapporte 4 observations caractéristiques dans lesquelles l'intervention opératoire fut suivie d'un plein succès. Il s'agissait : 1° d'une otite moyenne suppurée chronique, avec surdité, ozène nasal et céphalée pénible ; 2° d'une surdité, par obstruction des trompes et otite sèche ; 3° de troubles respiratoires et d'aménorrhée ; 4° de toux spasmodique datant d'un an et ayant résisté aux traitements médicamenteux les plus variés.

Séance du jeudi 6 mai.

Présidence de M. MARTIN, *Président.*

Inflammations aiguës de l'amygdale linguale.

M. Bar (Nice). — L'amygdale linguale ou quatrième amygdale, qu'on ne doit considérer que comme une anomalie pathologique des follicules linguaux de l'anneau lymphoïde de Waldeyer, nait d'inflammations répétées qui affectent ces follicules.

Ces inflammations sont de deux ordres : variables par leur évolution aiguë, subaiguë, ou chronique, elles diffèrent encore par leur pathogénie, selon qu'elles sont simples ou catarrhales *a frigore*, ou, et cela le plus souvent, infectieuses primitives, constituant un des modes de la « Fièvre amygdalienne » de Landouzy, ou enfin secondaires à des états infectieux tels que fièvre typhoïde, rougeole, etc.

L'influenza, en particulier, nous a paru favorable au développement de cette amygdalite. Tous ces états inflammatoires seraient, d'après les expertises de Veillon, causés par le streptocoque pyogène seul, ou associé au pneumocoque, au staphylocoque, etc. Généralement peu graves par elles-mêmes, ces amygdalites propres à l'arthritisme et qui sont l'apanage de l'adulte ou de l'époque de la ménopause, peuvent être, par leurs symptômes d'obsession gutturale, le point de départ d'état neurasthénique sérieux. Les malades en effet éprouvent une gêne à la gorge, une sensation de corps étrangers dans le pharynx ; ils sont affectés d'une toux sèche opiniâtre expulsive, avec ou sans mucosités, quelquefois accompagnée de crachats sanglants, d'étouffements, qui les porte à croire à un cancer ou à la tuberculose. — L'examen laryngoscopique fait découvrir à la base de la langue une hypertrophie des follicules linguaux, lesquels, réunis en masse plus ou moins compacte et volumineuse, déterminent tous ces symptômes. Il n'y a presque jamais de réaction inflammatoire généralisée.

Le badigeonnage avec les solutions de nitrate d'argent 1/15 de chlorure de zinc 1/50, de pyoctanine 1/10, avec prises de salol à l'intérieur constituent un excellent moyen abortif de la période inflammatoire au début. Les gargarismes ou irrigations antiseptiques boriquées, bicarbonatées, au phénosalyl, à l'acide salicylique ou phénique, sont en ce moment encore d'excellents moyens, mais ils constituent surtout le traitement de la période d'état.

Quand la période inflammatoire aura passé, il faudra détruire la glande et les vésicules variqueuses, et le galvanocautère est dans ce cas préférable à tout autre caustique ; 18 observations personnelles justifient ce qui est relaté

Perception mono-auriculaire et bi-auriculaire de la direction des sons.

M. Augières (Laval). — La perception mono-auriculaire ou bi-auriculaire de la direction des sons a été l'objet, depuis l'an dernier, de plusieurs études. La divergence des opinions émises par les différents auteurs indique que la lumière n'est pas encore faite sur cette question. Il nous a donc paru qu'il n'était pas hors de propos de la porter devant notre Société.

La physiologie oculaire, qui a trouvé dans l'application à l'œil des lois physiques de la réfraction un guide précieux, est mieux connue que celle de l'ouïe. Il est donc logique de penser que la comparaison des phénomènes visuels et des phénomènes auditifs peut servir à éclairer le mécanisme de ces derniers lorsqu'il y a une analogie réelle entre la nature des phénomènes envisagés. Rien de plus comparable que la perception visuelle et la perception auditive de la direction des sons. Qu'on détermine à l'aide de la vue la situation d'un corps lumineux, ou qu'on détermine au moyen de l'ouïe la situation d'un corps sonore dans l'espace, le problème est le même. Il consiste à mesurer un angle.

L'observateur est placé au sommet de cet angle, l'un des côtés aboutit à un objet pris comme point de départ. Cette ligne, base de la mensuration, peut être l'intersection du plan antéro-postérieur de l'observateur par un plan horizontal. C'est ce qui arrive lorsqu'on oriente le corps envisagé, par rapport à sa propre position, quand on dit par exemple qu'il est à droite, à gauche, en haut, en bas. Le deuxième côté de l'angle aboutit au corps lumineux ou sonore dont il s'agit d'apprécier la direction. Lorsqu'un objet lumineux apparaît dans la périphérie de notre champ visuel, il est perçu d'abord en vision indistincte. La localisation

sur la rétine de cette sensation donne une vague notion de la situation qu'il occupe dans l'espace. Si ce corps a frappé notre attention, l'œil se dirigera vers lui. Au besoin la tête viendra compléter l'insuffisance du mouvement de rotation du globe pour amener vers lui la ligne de fixation. L'étendue de ce mouvement donnera la mesure de l'angle de l'orientation de l'objet par rapport à la position primitive de l'observateur. Or nous savons que le sensorium peut apprécier d'une façon très précise l'étendue d'un mouvement, que se soit le sens musculaire ou la conscience de l'innervation musculaire qui lui donne cette faculté.

Une oreille possède un champ auditif comme un œil un champ visuel. Fermons exactement une oreille à un sujet normal; faisons parcourir horizontalement un demi-cercle à une montre autour du méat de l'autre oreille pris comme centre en tenant la montre un peu en deça de la distance maxima où elle serait entendue dans l'axe de l'oreille externe. Tout-à-fait en arrière le bruit ne sera pas perçu, ou le sera à peine; à mesure qu'on portera la montre en avant il deviendra de plus en plus sensible jusqu'à ce qu'elle atteigne l'axe de l'oreille externe. A ce moment le bruit aura son maximum de netteté. Il décroitra ensuite dans le cadran antérieur du cercle un peu moins rapidement qu'il n'a crû dans le postérieur, et il continuera à être perçu jusqu'en avant. A l'axe de l'oreille externe, conduit et pavillon, répond dans le champ auditif mono-circulaire le point d'audition maxima.

Lorsqu'un bruit se produit dans le champ d'une oreille isolée, le sujet prête l'oreille, c'est-à-dire fait les mouvements nécessaires pour entendre avec la plus grande netteté possible. Il tourne la tête et dirige l'axe de son conduit auditif vers le corps sonore. L'angle que la tête a parcouru pour arriver à cette position mesure l'orientation du corps sonore, et le sens musculaire permet, comme dans l'orientation visuelle, au sensorium d'en apprécier l'étendue. Au moment où la montre est arrivée en avant dans le plan antéro-postérieur de l'observateur, on peut découvrir l'oreille fermée jusque-là. On s'aperçoit tout de suite que l'intensité du son augmente beaucoup; elle devient à peu près égale à ce qu'elle serait dans l'axe de l'oreille externe. De plus, le moindre déplacement à droite ou à gauche se traduit par la prédominance de la sensation auriculaire droite ou gauche.

Un sujet normal sait donc avec une grande précision si un objet sonore est placé oui ou non dans ce plan antéro-postérieur.

Dans les conditions ordinaires, lorsqu'un son frappe notre ouïe

et que nous le percevons bi-auriculairement, nous avons de suite une notion générale de la direction d'où il vient grâce à la différence d'intensité de la sensation à droite et à gauche. Nous savons, dès l'abord, que sa source est dans l'un ou dans l'autre champ auditif. Nous tournons alors le visage dans cette direction et nous savons que l'objet sonore est dans le plan médian antéro postérieur lorsque le bruit est perçu d'une manière égale par l'une et l'autre oreille.

L'orientation bi-auriculaire est tout naturellement préférée, elle l'est à titre d'autant plus juste que nous avons coutume d'utiliser simultanément la vue et l'ouïe pour déterminer la position d'un corps qui vient de révéler sa présence par un son. Jusqu'ici nous avons pris pour tel un corps sonore donnant un bruit répété ou d'une certaine durée. Supposons que le bruit soit instantané.

L'audition bi-auriculaire permettra encore de le localiser dans l'un ou l'autre champ auditif grâce à la différence des sensations perçues à droite et à gauche. Mais ce sens musculaire ne pourra pas être utilisé pour donner la mesure de l'angle. La notion de la position dans l'espace manquera de précision. Dans le même cas un observateur qui ne possèdera qu'une oreille sera infiniment moins renseigné encore. S'il ne connaissait pas d'avance l'intensité du son qu'il vient de percevoir, s'il n'a pas la faculté de comparer la sensation actuelle à un souvenir, il lui sera impossible de localiser d'aucune façon l'origine du son.

Quand un sujet perd brusquement ou rapidement une oreille, il ne perd pas en même temps l'habitude qu'il avait d'apprécier d'après les règles qui conviennent à l'audition bi-auriculaire la direction des sons. Son sensorium ne reçoit d'impression que d'un côté; il juge sans tenir compte de sa surdité; de là des erreurs perpétuelles. Si l'observateur est en droit de traduire le fait en disant que les malades récemment privés d'une oreille méconnaissent la direction des sons, ce même observateur se trompe s'il affirme que l'audition bi-auriculaire est indispensable à la perception de la direction des sons. Le fait même que le malade peut compenser par l'accoutumance, ou corriger par le raisonnement cette imperfection fonctionnelle, en est la preuve.

Qu'un autre observateur fasse fermer les yeux à ce même sujet et promène une montre autour de sa bonne oreille il constatera que, dans le champ auditif de l'oreille conservée, le sujet possède la faculté de déterminer la direction des sons.

La conséquence pratique c'est qu'en présence d'un cas de paracousie de lieu l'auriste ne sera pas complètement désarmé. Il pourra indiquer au sujet la cause de ses erreurs et lui ensei-

gner à se servir utilement, pour juger de la direction des sons, de l'oreille qui reste. Il abrègera ainsi, au moins pour les sujets intelligents, une éducation de l'ouïe, fastidieuse à acquérir quand on ne possède d'autre guide que le tâtonnement et la constatation des erreurs que l'on commet.

Papillomes du voile du palais.

M. Good, d'Enghien, présente un travail sur deux observations de papillomes du voile du palais. Il s'attache à prouver que le papillome pur, déjà rare dans les fosses nasales, l'est encore plus quand on considère la portion buccale du voile du palais. Le plus souvent il s'agit de tumeurs présentant un aspect papillomateux ou de papillomes plus ou moins combinés avec des adénomes, beaucoup plus fréquents dans une région aussi riche en tissu glandulaire. La constitution caractéristique du papillome des muqueuses est un stroma de tissu conjonctif dans lequel se trouvent des vaisseaux disposés en anses, recouvert d'un épithélium à cellules cylindriques.

Dans ces deux cas l'ablation de la tumeur a suffi pour amener une parfaite guérison et deux préparations histologiques confirment le diagnostic porté avant toute intervention opératoire.

(Le mémoire de M. Good sera publié *in-extenso* dans un de nos plus prochains numéros.)

De la toux pharyngée.

M. P. Jacquin (Reims). — La toux pharyngée peut se manifester sous deux formes : la toux ordinaire et le hemmage. Elle est toujours provoquée par une sensation de corps étranger, souvent rapportée au larynx, quelquefois plus haut ; elle est sèche, quinteuse, monotone, petite, tenace. Ce dernier caractère provient de ce que cette toux est méconnue ; du reste, il n'est pas toujours facile de trouver la lésion pharyngée. Dans certains cas, elle doit être minutieusement recherchée, comme le prouvent deux faits que j'ai observés (amygdales palatines atrophiées, varices de la face antérieure du pilier postérieur).

Pour ma part, je n'ai jamais vu l'hypertrophie simple des quatre amygdales, pas plus que celle de la luette, produire de la toux. Pour que le réflexe tussigène soit réveillé, il faut qu'une inflammation intercurrente intervienne; parfois cependant l'inflammation disparaît et la toux persiste.

De l'ozène et de son traitement par la médication alcaline.

M. Mouret (de Montpellier). — J'ai soigné un malade atteint d'ozène, dont les croûtes contenaient trois espèces différentes de microorganismes. Les irrigations nasales, le massage vibratoire, les cautérisations au chlorure de zinc, la sérothérapie, l'électrolyse ont été tour à tour employés. De bons résultats ont été obtenus par chacun de ces divers modes de traitement, mais ils n'ont été que passagers.

La cause de la maladie est encore inconnue; toutefois la lésion prédominante me paraît être un trouble trophique, trouble qui vicie profondément la sécrétion glandulaire, et je pense que l'amélioration passagère constatée est uniquement due à ce que les divers traitements employés favorisent l'expulsion des croûtes et en retardent la formation par excitation de la sécrétion glandulaire. Contre l'ozène les eaux minérales alcalines m'ont rendu des services, et je prescris particulièrement le bicarbonate de soude en irrigations nasales et en boisson, car les alcalins, en général, sont des excitants de la fonction glandulaire.

Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal.

M. Molinié (Marseille). — Par sa situation profonde et par la direction de son parcours, le spinal est à l'abri des lésions qui atteignent le récurrent. Aussi est-il rare de rencontrer des paralysies consécutives à des lésions du spinal, encore sont-elles presque toujours dues à des altérations pathologiques. On ne cite guère qu'un ou deux cas où le traumatisme doit être incriminé dans la lésion de ce nerf. Mon cas a trait à un homme qui dans une tentative de suicide se porta un coup de couteau de la main gauche dans la région de la nuque. Il est survenu consécutivement une hemiplégie du voile du palais, une paralysie du constricteur du pharynx et de la corde vocale gauche. Ce fait est intéressant par son extrême rareté et par le groupement paralytique auquel il donne lieu

Recherches bactériologiques sur l'ozène.

MM. Auché et **Brindel** (Bordeaux). — Nos recherches ont porté sur 24 malades, dont 4 se rapportent à des coryzas atrophiques anciens et guéris en apparence. Restent donc 20 cas de coryza atrophique en évolution.

Chez ces 20 malades nous avons trouvé 20 fois le diplo-bacille capsulé de Lœwenberg, 18 fois le bacille pseudo-diphtérique de Belfanti et della Vedova, 3 fois le petit bacille de Pes et Gradenigo, 12 fois des staphylocoques et 4 fois des streptocoques.

Dans 14 cas, il existait de l'ozène plus ou moins accentué; le diplo-bacille a toujours été rencontré; le bacille pseudo-diphtéritique a manqué deux fois; le petit bacille existait chez trois d'entre eux. Ce dernier n'a jamais été vu dans les coryzas sans ozène.

Plusieurs malades ont été examinés avant et après le traitement par l'électrolyse. Les mêmes microbes ont été rencontrés dans les deux alternatives sauf, cependant, dans l'observation où le bacille de Pes-Gradenigo n'a pas été trouvé dans le deuxième ensemencement.

Chez les 4 malades atteints de coryza atrophique ancien très amélioré nous n'avons jamais vu pousser le diplo-bacille de Lœwenberg. Le bacille pseudo-diphtéritique a été vu deux fois, le bacille de Pes-Gradenigo jamais. Dans tous les cas on a trouvé des staphylocoques et des streptocoques seuls ou associés.

En résumé : 1° Le diplo-bacille de Lœwenberg a été constaté dans tous les cas de coryza atrophique avec ou sans ozène en cours d'évolution. Il n'a pas été trouvé dans les coryzas atrophiques anciens, guéris en apparence.

2° Le bacille pseudo-diphtéritique a été constaté 18 fois sur 20 observations de coryza atrophique en évolution. Il a manqué dans 2 cas de coryza atrophique avec ozène.

Il a été rencontré 2 fois sur les 4 malades atteints de coryza atrophique ancien et très améliorés.

3° Le petit bacille de Pes-Gradenigo n'a été trouvé que chez des ozéneux, mais seulement dans la proportion de 3 sur 20.

4° L'électrolyse n'a pas déterminé de modifications dans la flore microbienne de nos malades.

Périostite mastoïdienne.

M. Laurens. — La périostite mastoïdienne développée consécutivement à une otite moyenne aiguë, sans participation des cellules mastoïdiennes ou lésions du conduit auditif, est un fait très rare. Nous l'avons observé chez un malade qui à la suite d'un coryza aigu fut pris de douleurs dans l'oreille droite et de gonflement mastoïdien. La tuméfaction rétro-auriculaire était assez considérable et avait refoulé le pavillon en avant. Aucune plaie ni excoriation des parties voisines. Le conduit était libre,

mais le tympan présentait un peu de rougeur, l'audition était très diminuée.

L'abcès fut ouvert et vidé et bien que l'os sous-jacent ne fût pas dénudé et n'offrit pas de fistule, la trépanation de l'antre fut pratiquée ; on le trouva vide et sans aucune trace de pus. Il s'agissait donc d'une périostite mastoïdienne d'origine auriculaire, un examen complet ayant permis d'éliminer la lymphangite et l'adéno-phlegmon.

L'incision de Wilde, dans le cas présent, aurait suffi ; dans le doute la trépanation a été faite. On n'a jamais du reste aucun regret de la pratiquer en pareil cas, alors que la simple ouverture cutanée peut exposer à bien des mécomptes.

Discussion.

M. Rivière. — J'ai observé un cas analogue à celui de M. Laurens. Malheureusement, je ne pense pas qu'avec ces seuls symptômes on puisse affirmer le diagnostic de périostite et diriger son intervention en conséquence.

M. Lermoyez. — A mon avis, le cas de Laurens ne peut pas être considéré comme un adéno-phlegmon J'ai vu le malade, atteint d'otite moyenne, et je dois avouer que le diagnostic de périostite était peut-être douteux. Pour moi, la question de l'incision de Wilde est jugée.

M. Moure. — Dans quelques cas, évidemment, l'incision de Wilde a pu donner de bons résultats ; pourtant dans le cas d'une collection rétro-auriculaire on doit ouvrir la mastoïde, car on a les plus grandes chances d'y rencontrer du pus.

M. Lermoyez. — C'est aussi mon avis, étant donné la gravité de la mastoïdite méconnue, il est bien préférable de ne jamais s'en tenir à l'incision de Wilde.

M. Rivière. — Je ne m'érige pas en défenseur de l'incision de Wilde, je demandais seulement que l'on voulût bien préciser un peu les indications de ce procédé que je persiste à trouver insuffisant.

M. Bonain. — Les périostites mastoïdiennes ne sont pas aussi rares que le prétend Wilde ; elles sont souvent compatibles avec un état normal, ou à peu près, des cellules et de l'antre. Ce qui ne veut pas dire qu'en présence d'une collection sous-périostée, on doive se borner à l'ouvrir, même si on ne trouve pas de lésion bien nette à la surface de l'os. D'ailleurs il n'y a, pour ainsi dire, jamais eu dans ces cas simplement périostite, il y a eu ostéo-périostite. Mais l'inflammation osseuse proprement dite s'est termi-

née par résolution, tandis que l'inflammation périostée a suppuré. La périostite suppurée ne s'observe pas seulement à la face externe de l'apophyse, mais encore à la face interne, intra-crânienne, où le périoste est formé par la dure-mère cérébrale. L'abcès extradural, la périphlébite sinusienne suppurée, ne sont, à vrai dire, que des périostites suppurées, analogue aux périostites de la surface externe.

M. Rivière. — Alors il s'agit de la dure-mère, nons sommes dans la cavité crânienne, il n'est plus question de la mastoïde.

M. Laurens. — Je déclare entièrement me rallier à l'opinion de MM. Moure et Lermoyez ; dans les collections auriculaires, mieux vaut toujours ouvrir la mastoïde.

Contribution à l'étude des complications intra-crâniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal).

M. Luc. — (Nous publierons *in extenso* le mémoire de M. Luc dans un de nos prochains numéros. Nous donnons aujourd'hui un simple résumé, de façon à mettre le lecteur à même de suivre la discussion.)

Le travail de M. Luc renferme trois observations d'abcès cérébral diagnostiqué et ouvert par l'auteur, dont deux du lobe frontal droit consécutifs à un empyème du sinus du même nom et un du lobe sphénoïdal droit consécutif à une otorrhée. De ces trois faits, deux se terminèrent par la mort, l'un après une survie de 5 jours, l'autre après une survie de 2 mois.

Le sujet de la troisième observation, une femme de 33 ans, encore vivante à l'heure qu'il est (30 avril), porte depuis 4 mois un vaste abcès fistuleux du lobe frontal s'étendant actuellement à 13 centimètres de profondeur.

Dans ce dernier fait, l'abcès cérébral fut précédé d'une méningite suppurée qui fut complètement enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le lavage de la pie-mère, et il parait incontestable, l'auteur s'est fait un devoir de le reconnaitre, que son développement fut provoqué par les ponctions pratiquées par lui, lors de cette première intervention, dans le lobe frontal, à travers la pie-mère infectée.

L'auteur insiste sur la latence extraordinaire de l'abcès cérébral, notamment dans les cas où son contenu peut s'évacuer librement. Il cite notamment l'exemple de ses deux dernières opérées qui présentaient, en apparence, l'état physique et intellectuel le plus normal, alors que l'une portait dans son lobe sphénoïdal une cavité suppurante d'une capacité de 20 cc. et que l'autre

avait son lobe frontal droit creusé d'un trajet suppurant s'étendant jusqu'à 10 centimètres de l'écorce.

En opposition avec cette latence de l'abcès encéphalique, l'auteur appelle l'attention sur les symptômes terrifiants qui peuvent résulter d'une simple infection de la surface externe de la dure-mère, et il cite deux cas où il suffit de pratiquer la dénudation et le nettoyage de cette membrane, pour faire disparaître, comme par enchantement, ici un ensemble de symptômes simulant un début de méningite, dans le cours d'une otite aiguë, là une grande attaque éclamptiforme et comateuse, survenue 5 jours après un évidement pétro-mastoïdien.

M. Luc insiste sur les difficultés de diagnostic, parfois insurmontables, entre l'abcès sous-dural, la méningite et l'abcès cérébral. Ce problème ne sera généralement résolu, d'après lui, que par l'opération exploratrice consistant à aller à la recherche du pus, dans un cas donné de complications intra-crâniennes, par une série d'étapes représentées par la dure-mère, la pie-mère et le tissu cérébral. Le pus est-il rencontré à l'une des premières étapes, on n'est autorisé à la franchir que si les accidents graves persistent après 24 heures au moins.

C'est au nom de ce principe que l'auteur condamne absolument la pratique consistant à ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte.

La dernière partie de la communication de M. Luc est consacrée au traitement chirurgical de l'abcès cérébral, et tout particulièrement aux détails des soins consécutifs à l'ouverture de l'abcès et à la question de son drainage que l'auteur envisage comme la tâche la plus délicate et la plus laborieuse de ce traitement.

Discussion.

M. Lermoyez. — Il me semble que dans tous ces cas nous sommes en présence d'un dilemme très embarrassant. Nous avons trépané et trouvé un foyer. Que faire? Si l'on fait une ponction de l'abcès on propage l'infection dans la masse cérébrale, et tout sera à recommencer jusqu'à ce que mort s'ensuive. Ou bien, si nous ne ponctionnons pas la collection purulente, le malade est voué à une mort rapide et inévitable. D'une façon comme de l'autre le résultat n'est pas encourageant. On pourrait peut-être, à mon avis, remplacer la ponction au bistouri par la ponction au thermo-cautère, ce qui nous permettrait d'arriver à former une escarre aseptique.

M. Rivière. — Comme M. Luc, je pense que le manque absolu de signes spécifiques nous autorise à intervenir chaque fois que

nous soupçonnons l'existence d'une complication intra-crânienne. Comme lui aussi, j'estime que la connaissance des cas malheureux nous fournira plus d'enseignement que la relation des prétendues guérisons. — Quant au drainage des abcès du cerveau, je reconnais qu'il est excessivement difficile. Je crois qu'après une ponction au thermo-cautère, comme le propose M. Lermoyez, il serait plus facile de maintenir ouverte la poche inflammatoire.

M. Luc. — Je répondrai à M. Lermoyez que la meilleure conduite à tenir est d'opérer d'abord l'abcès sous-dural lorsqu'on le rencontre, sans chercher s'il y a un autre foyer plus profond. Ce n'est qu'au bout de 24 ou 48 heures que la persistance des phénomènes ou l'apparition d'autres symptômes nous autorisera à pratiquer une seconde intervention. Si moi-même j'avais observé cette règle peut-être n'aurais-je pas propagé la suppuration chez la malade dont je vous parlais tout à l'heure.

M. Moure. — Je suis de l'avis de M. Luc, l'abcès n'évolue pas d'une façon si foudroyante qu'on doive se laisser intimider. Il ne faut pas se croire obligé d'intervenir précipitamment ; mieux vaut savoir attendre et être prudent.

M. Dundas-Grant. — Messieurs, en écoutant M. Luc je ne pouvais retenir mon admiration. Non seulement il nous dit des choses très justes, mais encore il les expose avec la clarté et l'élégance qui sont votre apanage en France Permettez-moi donc de féliciter M. Luc sur l'importance et la sincérité de son travail ; c'est un hommage vraiment mérité (*Très bien, très bien*).

Je ferai cependant remarquer à M. Luc qu'il a été très bref sur l'évolution apyrétique des abcès cérébraux. Les cliniciens anglais, et Halt en particulier, insistent beaucoup sur l'hypothermie. Ils enseignent que ce phénomène est un des symptômes les plus importants pour le diagnostic. Il me paraît que les cliniciens français ne sont pas du même avis et qu'ils n'attachent pas à ce signe assez d'importance. — Je demanderai encore à M. Luc s'il a essayé le drainage des abcès du cerveau au moyen de drain d'os décalcifié, et s'il en a obtenu de bons résultats.

M. Luc. — J'avouerai à M. Dundas-Grant que j'ai plusieurs fois observé l'évolution apyrétique des abcès cérébraux sans jamais constater de l'hypothermie. Quant aux drains en os décalcifié, j'ai voulu avant de m'en servir demander l'avis de sir Ballance lui-même. Il m'a répondu que ces drains étaient mauvais car au bout de peu de temps l'os se ramollit. En même temps il a bien voulu joindre à sa lettre un nouveau drain métallique dont il est l'inventeur et que voici. Je me propose de l'expérimenter à la première occasion.

Présentation d'un olfactomètre muni d'une solution odoriférante chimiquement pure du Dr Zwaardemaker, d'Utrecht.

M. Moll. — Dans le cours d'une étude sur l'olfactométrie qualitative appliquée à la clinique, Zwaardemaker s'était convaincu de la nécessité d'une plus grande précision, aussi bien au point de vue du choix de la matière odorante qu'au point de vue de l'échelle de son olfactomètre. Pour résoudre la première partie du problème, Z. a construit son olfactomètre de telle façon que le cylindre olfactométrique de porcelaine poreuse se trouve entouré d'une solution de matière odrante dans de la glycérine ou de la paraffine. La solution, toujours en contact avec le cylindre, l'imbibe parfaitement. — Pour arriver au second perfectionnement, Z. a fait construire l'échelle sur la table fixe elle-même de son appareil, et non sur le tube de verre nommé tube à aspiration. Le mouvement uniforme du cylindre et de la couche liquide dans laquelle il baigne est obtenu au moyen d'une vis. On peut faire la lecture très commodément à chaque distance voulue.

L'appareil qui est présenté est composé de deux olfactomètres qu'on peut employer ensemble ou séparément, suivant l'usage qu'on en veut faire. En clinique on se sert d'un seul olfactomètre et l'on entoure le cylindre d'une solution dont la constitution chimique est parfaitement connue. Une solution faible suffit dans la plupart des cas ; par exemple, pour la vaniline, solution au 1/50e dans la glycérine. Pour des investigations délicates sur la compensation des odeurs, les deux olfactomètres sont employés ensemble, les deux tubes à aspiration étant placés dans les deux narines. Avant de se servir de l'appareil, on a calculé « l'olfactie » de la matière odorante, c'est-à-dire le point minimum où une personne à odorat normal perçoit encore une sensation odorante.

M. Moll appelle l'attention sur les investigations intéressantes qu'on peut faire avec ces deux olfactomètres réunis. Il a même observé ce fait curieux, c'est que si l'on remplit les deux tubes de différentes solutions et si l'on aspire en même temps par les deux narines, il peut arriver un moment où grâce aux différents mouvements des cylindres on ne perçoit plus ni l'une, ni l'autre des odeurs.

Note sur les diverses lésions de l'oreille, du nez et du pharynx que l'on trouve chez les enfants placés dans les institutions de sourds-muets. Importance de leur traitement.

M. Hamon du Fougeray, du Mans, s'est spécialement occupé

depuis plusieurs années de l'*Enseignement médicopédagogique des enfants anormaux* et a publié, avec le collaboration du Dr Couetoux, de Nantes, *le premier Manuel* (préface du Dr Bourneville), résumant cette question.

Il montre d'abord combien est défectueuse l'organisation de cet enseignement en France. En ce qui regarde les *sourds-muets*, l'action du médecin est nulle à l'heure actuelle.

Cependant, tout ce qui se rattache à la *surdi-mutité* dérive de la *pathologie* et de la *physiologie*.

Ayant eu à traiter depuis un an, comme spécialiste, les enfants d'une Institution de sourds-muets, il en a soigneusement examiné l'état du nez, du pharynx et des oreilles.

Sur 45 enfants, 25 sont totalement sourds et 22 ont des restes d'audition à des degrés divers.

La cause de la surdité est presque toujours très difficile à déterminer exactement, car, bien souvent, les enfants sont admis sans examen médical, et, dans le cas contraire, les certificats tels qu'ils sont délivrés n'ont que peu de valeur.

L'examen de l'oreille des 22 enfants non complètement sourds a montré :

Lésions de l'oreille interne, 8 fois.

Lésions de l'oreille moyenne seule, 14 fois.

L'auteur ne s'est encore occupé que des 14 enfants atteints d'otite moyenne seule. Il a trouvé : otite moyenne catarrhale chronique, 12 fois ; otite moyenne adhésive puis otite moyenne purulente, deux fois. De plus, il y avait de l'obstruction des trompes dans 6 cas.

Les lésions du rhino-pharynx et du nez ont été : rhinite hypertrophique, 10 fois ; rhinite hypertrophique et déviations, crêtes, éperons du septum, 4 fois ; végétations adénoïdes, 6 fois.

Dans l'oro-pharynx : amygdales hypertrophiées, 3 fois.

Aucun de ces 14 enfants ne présentait de lésions notables du larynx.

Le traitement se divise ainsi :

Opérations : Végétations adénoïdes et amygdalotomies, 6 opérations. Cautérisations des cornets. Bougirage, 8 enfants.

Douches d'air, 14 enfants. L'auteur signale, à ce propos, les difficultés qu'il a rencontrées au début pour obtenir des parents l'autorisation de faire ces six opérations, qui étaient les premières pratiquées dans l'Institution depuis sa fondation en 1852 !

Avant de donner les résultats de ce traitement, l'auteur indique quel doit en être le but.

Les indications sont au nombre de 3 :

1° Supprimer tout ce qui met obstacle à la *respiration nasale.*

2° Traiter tout ce qui peut nuire à l'articulation des mots.

3° Chercher à améliorer l'audition toutes les fois que cela est possible.

Cette classification vise spécialement la méthode orale, universellement enseignée aux sourds-muets aujourd'hui. Pour pouvoir apprendre à parler, le sourd-muet doit avoir une *respiration normale.*

Plus encore que chez l'enfant normal, il faut que rien ne gêne son articulation. Ces deux principes ne sont pas assez connus des professeurs des institutions, parce que personne ne les a encore éclairés sur ce point.

Enfin, l'amélioration même très minime de l'audition rend un très grand service aux sourds-muets.

Ceux qui entendent, ne serait-ce que les mots à l'oreille, s'assimilent plus facilement et mieux la méthode orale. La cure radicale ne doit pas être l'objectif unique du médecin et il ne doit pas négliger les cas où l'audition n'est que très légérement améliorable.

Les résultats obtenus par l'auteur en 6 mois sont :

1° Pour la respiration : six enfants traités, 6 guérisons ;

2° Pour l'articulation : 6 enfants traités, parole nette, 2 fois ; parole améliorée, 4 fois ;

3° Pour l'audition : sur 14 enfants traités, 13 améliorations.

De ces résultats encourageants, la déduction est facile ; il serait à souhaiter que toutes les institutions eussent un médecin spécialiste, *s'occupant exclusivement des élèves*, dans l'intérêt même des jeunes sourds-muets jusqu'ici complètement délaissés.

Traitement des laryngites par les pulvérisations intra-laryngiennes.

M. Vacher (d'Orléans). — Jusqu'à ces derniers temps il était difficile d'employer ce mode de traitement parce qu'il réclamait presque toujours l'intervention du médecin, le malade étant dans l'impossibilité de faire lui-même les pulvérisations intra-laryngiennes, parce qu'il n'existait pas de pulvérisateur spécial permettant d'y arriver facilement. J'ai comblé cette lacune par l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter.

Il se compose d'une éprouvette graduée de 5 en 5 grammes permettant de doser exactement la quantité de liquide, d'une tige recourbée à mouvement circulaire permettant de pulvériser dans toutes les directions, d'une poire en caoutchouc simple afin d'avoir un jet intermittent qui ne se produit qu'à chaque pression

sur la poire. Grâce à ce jet intermittent, les malades peuvent employer des solutions colorantes ou *caustiques* sans crainte de tacher ou brûler leur linge, leur visage ou leur bouche. L'asepsie de la tige pulvérisatrice est très facile à obtenir, il suffit de la faire bouillir dans une solution de carbonate de soude ou de la faire séjourner dans une solution antiseptique. Ce pulvérisateur sert non seulement pour le larynx, mais le cavum, les fosses nasales et même l'oreille. La maison Collin qui le fabrique y apporte tous ses soins.

Les malades en apprennent très vite le maniement et mettent peu de jours à savoir diriger eux-mêmes le jet dans le larynx ou le cavum. Ils doivent tirer la langue en avant et produire un son avant de presser sur la poire afin d'éviter la projection du liquide en dessous de la glotte. Grâce à cet instrument, dont nombre de confrères ont déjà apprécié la commodité et les avantages, j'ai pu, depuis quelques mois, appliquer le traitement intra-pharyngien dans de nombreux cas. Ce traitement est préférable aux inhalations, aux insufflations de poudre et aux badigeonnages, excepté dans certains cas bien déterminés. On emploie des solutions émollientes, calmantes, astringentes ou caustiques suivant les circonstanecs. Il permet sans crainte l'usage de la cocaïne qu'on peut exactement doser et qui n'a que des avantages si l'on obtient du malade la promesse formelle de ne pas outrepasser la dose permise. Cette pulvérisation calmante et décongestive fait mieux supporter le traitement actif dont l'action se prolonge sans réflexes. Je l'ai employé avec succès dans les trachéites chroniques avec arborescences si fréquentes et si rebelles

En résumé, avec mon pulvérisateur le traitement intra-laryngien est devenu à la portée de tous les malades qui peuvent s'administrer des médicaments très actifs sans crainte de dépasser la dose nécessaire.

Résultats éloignés des sinusites frontales.

M. Rivière, de Lyon, relate l'histoire d'un malade opéré en 1894 pour une sinusite fronto-ethmoïdale suppurée datant de 5 ou 6 ans. Cliniquement on trouvait de la céphalée, un écoulement nasal augmenté par l'effort, de l'hypertrophie des cornets; du pus, sans polypes, dans le méat moyen. Finalement pas de douleurs à la pression de la paroi frontale, mais une tumeur fluctuante de la paroi interne de l'orbite, ayant amené de la diplopie.

Le malade fut complètement guéri par l'ouverture large du sinus (par le sourcil) avec communication large aussi, avec le

méat moyen (faite avec Jaboulay). Mais en raison de l'ancienneté de la lésion, on laissa très longtemps (3 mois) 1 drain à demeure, dont le calibre fut peu à peu diminué.

A ce propos, l'auteur croit qu'il faut à côté de l'opération type d'Ogston-Luc garder pour certains cas chroniques la méthode de guérison lente. Le sinus est mieux comblé par une cicatrice déprimée, et les récidives doivent être plus rares. Dans le cas particulier, la cicatrice déprimée était à peine visible sous le sourcil, et il n'y eut jamais trace de récidive. Le malade fut examiné depuis peu.

Traitement des complications mastoïdiennes de l'otite moyenne suppurée aiguë ou chronique par les lavages de la caisse par la trompe d'Eustache.

M. Grossard. — Les complications endo-crâniennes des otites sont d'une telle gravité qu'on ne doit négliger aucun moyen propre à les prévenir. Lorsqu'un malade atteint d'otite aiguë est menacé de mastoïdite, doit-on sans plus tarder songer à la trépanation de l'apophyse ?

Non, car le médecin a à sa disposition un procédé qui non seulement permet de gagner du temps, mais qui encore suffit à lui seul à enrayer le processus inflammatoire. Ce procédé consiste à aller laver la caisse par la trompe. Voici comment on opère : on se sert de la sonde d'Itard préalablement stérilisée et on l'introduit dans la trompe comme pour le cathétérisme ordinaire ; seulement au lieu d'insuffler de l'air, on fait passer par la sonde soit de l'eau bouillie stérilisée, soit une solution de phénosalyl à 1 pour cent. On s'est assuré au préalable que le tympan était largement ouvert; au besoin on aurait agrandi l'ouverture soi-même.

L'appareil dont on se sert consiste en un énéma muni d'un ajutage qui vient s'engager à frottement dans le pavillon du cathéter. Cette petite opération n'est pas douloureuse ; au bout de quelques instants on voit un liquide louche plus ou moins abondant s'échapper par le conduit quand on fait passer dans la caisse 100 ou 150 grammes d'eau; lorsque celle-ci ressort absolument pure l'opération est terminée.

La clinique, les expériences qui ont été faites, démontrent l'utilité de ce mode de lavage qui joint à une technique très simple l'avantage de rendre de grands services dans la plupart des cas.

(Le mémoire de M. Grossard sera publié *in extenso* dans les *Archives*.)

Epistaxis dues aux odeurs.

M. Joal. — L'auteur rappelle que, dans de précédentes publications, il a attiré l'attention sur certains symptômes provoqués par les odeurs : migraines, vertiges, nausées, syncopes, asthme, etc., qu'il a étudié en particulier l'influence des fleurs, des parfums sur la voix. Il constate que dans les traités de Moure, Lermoyez, Garel, écrits dans ces derniers temps sur les maladies du nez, le rôle étiologique des odeurs est négligé dans la production de l'épistaxis, bien que les anciens auteurs aient signalé quelques cas d'épistaxis d'origine olfactive.

Aussi croit-il intéressant de rapporter 3 cas d'hémorragies nasales dues à l'intervention du seul facteur odorant. La pathogénie de ces épistaxis ne saurait être douteuse. Elles doivent être rangées dans la variété vaso-motrice. L'action réflexe du trijumeau est secondaire à une impression primitive des filets de l'olfactif. La tuméfaction du tissu érectile est trop considérable et va jusqu'à la déchirure des vaisseaux, jusqu'à l'hémorragie.

* * *

M. Lannois, de Lyon, a été nommé Vice-Président pour la présente session. Il sera donc Président de la Société pour la session de 1898. M. Lubet-Barbon a été nommé Vice-Président pour cette même session de l'an prochain. Cette double élection a été nécessitée par le décès de M. Wagnier, le vice-président de la session dernière.

Les deux questions mises à l'ordre du jour pour la session de mai 1898 sont les suivantes :

1° De l'unification des notations acoumétriques. *Rapporteurs :* MM. GELLÉ père et GELLÉ fils.

2° Affections chroniques de l'amygdale linguale. *Rapporteur :* M. ESCAT, de Toulouse.

J. DECORSE, externe des Hôpitaux et F. HEELME.

P. S. — En terminant, je tiens à remercier tous les Confrères qui ont bien voulu faciliter ma tâche ; les uns m'ont confié leurs manuscrits pour être publiés *in extenso* dans cette Revue, les autres m'ont fourni tous les résumés et les renseignements dont je pouvais avoir besoin. En réalité ce compte-rendu n'a été complet que grâce à leur collaboration. Qu'ils me permettent donc de leur exprimer ici toute ma reconnaissance.

F. H.

Le Gérant : G. MAURIN.

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71

RICHARD-CH. HELLER ET Cie
81, CITÉ TRÉVISE, PARIS

Fabrique d'Appareils d'Électricité médicale

Spécialité : Moteurs pour le massage vibratoire
ET OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Accumulateurs perfectionnés

Tableaux pour le Courant de la Ville

SERVICE SPÉCIAL POUR LA CHARGE D'ACCUMULATEURS

Envoi gratis et franco du Catalogue illustré sur demande.

OUVRAGES REÇUS

— Fibro-myxome de la face supérieure du voile du palais. Formation de l'anse froide latérale, par le Docteur A. Courtade. (*Extrait des Annales des maladies de l'oreille*, etc. ; Masson, éditeur, Paris, 1897.)

— Chirurgie de la face, par M. le professeur Terrier, MM. Guillemin et Malherbe. (Alcan, éditeur, Paris, 1897.)

— Traitement de l'ozène, par le Docteur Moure. (O. Doin, éditeur, Paris, 1897).

— Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. A. Robin; fascicule sur le traitement des maladies des oreilles, par MM. Gellé, Ménière et Lubet-Barbon. (Rueff, éditeur, Paris, 1897.)

— De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes, par le Docteur Moure. (O. Doin, éditeur, Paris, 1897.)

— Note préliminaire sur quelques-unes des particularités du nègre en otologie, par le Docteur de Roaldès. (Imprimerie coopérative, Florence, 1896.)

— A remarkable case of Fibro-Chondroma of branchial origin (Pharyngeal teratoma) removed from the throat of an infant six weeks old; (*Un cas remarquable de fibro-chondrome d'origine branchiale*

enlevé de la gorge d'un enfant de six mois), par le Docteur de Roaldès. (Extrait du *New-York medical Journal*, 1897.)

— Report of a case of incomplete fracture of the left cornu of the thyreoid cartilage, resulting from self-inflicted violence; (*Observation d'un cas de fracture incomplète de la corne gauche du cartilage thyroïde, résultant d'une tentative de suicide*), par le Docteur de Roaldès. (Extrait du *New York medical Journal*, 1897.)

— Tumeurs bénignes de l'amygdale, par le Docteur Ardenne. (Doin, éditeur; Paris, 1897).

— Traitement des affections chroniques de la gorge et du larynx, à Cauterets, par le Docteur Achille Bouyer. (O. Doin, éditeur, Paris, 1897.)

— Studio statistico sulle malattie dell' orecchio negli scrofulosi e sull'influenza dei bagni di mare. (*Etude statistique sur les maladies de l'oreille dans la scrofule et sur l'influence des bains de mer*); par le Docteur Morpurgo. (Extrait d'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, volume V, Turin, 1897.)

La "PHOSPHATINE FALIÈRES" est l'aliment le plus agréable et le plus recommandé pour les enfants dès l'âge de 6 à 7 mois, surtout au moment du sevrage et pendant la période de croissance. *Il facilite la dentition, assure la bonne formation des os.*

PARIS, 6, AVENUE VICTORIA ET Phcies

VIN DE KOLA
LÉOUTRE
Préparé avec des noix de kola fraiches
TONIQUE STIMULANT, RÉGULATEUR DU CŒUR

ALCOOLATURE DE KOLA
LÉOUTRE
RENFERMANT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE LA NOIX DE KOLA

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Docteurs

Pharmacie normale des Pyramides
62, rue des Petits-Champs, 62.

PASTILLES DE COCAPYRINE
DE J. PAILLARD
Pharmacien de Première Classe, Ancien Interne et Lauréat des Hôpitaux de Paris
24, rue de Montessuy, PARIS
Ces Pastilles sont rigoureusement titrées à :
Antipyrine, 0,04 centigr., **Cocaïne, 0,002** milligr. — Elles sont agréables au goût et utilement employées dans toutes les affections inflammatoires ou spécifiques du Pharynx et du Larynx.
Spécialité de fournitures de médicaments pour les Cliniques oto-laryngologiques à des prix exceptionnels. — Analyses, etc.

TOME X. — N° 4 JUILLET-AOUT 1897.

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE

BULLETIN

Au moment où paraîtront ces lignes, beaucoup d'entre nous, ayant bouclé leur valise, se disposeront à partir pour Moscou. Je regrette de ne pouvoir me joindre à la caravane de laryngologistes; je ferai mon possible toutefois pour tenir les lecteurs au courant des discussions intéressantes qui ne manqueront pas de se produire au futur Congrès.

Les Congrès, s'ils comptent des partisans enthousiastes, ont aussi des adversaires acharnés. Là comme ailleurs, je crois que la vérité se trouve dans une juste moyenne. Dire que ces réunions internationales font sortir des nouveautés hors pair, cela est manifestement exagéré. Quand quelqu'un d'entre nous tient une bonne idée, un fait intéressant, il se préoccupe peu de l'assemblée sous le patronage de laquelle il placera son œuvre nouvelle. Il y a de par le monde assez de journaux pour faire connaître ce qu'on a trouvé, et assez de lecteurs, heureusement, pour apprécier un effort sérieux sans qu'il soit besoin, pour répandre la bonne parole, de faire des centaines de kilomètres.

En revanche dans ces réunions internationales on arrive à se connaître et par suite à se mieux juger les uns les autres. Ensuite il y a dans toutes les branches de l'activité humaine un fond de chapitres d'attente, et c'est dans les Congrès sur-

tout, par suite de l'échange des idées et des expériences de chacun, que peut jaillir un peu de lumière.

Je vous disais dans le précédent numéro qu'il était une foule de questions chez nous sur lesquelles nous aurions bon besoin de nous entendre. Par exemple, je rappelle la question des sinusites, le traitement de l'otite sèche, le traitement de la tuberculose laryngée, l'unification des notations acoumétriques, etc. Si nos Confrères qui ont le loisir d'aller à Moscou, arrivent seulement à élucider un de ces points, ils n'auront pas perdu leur peine ; en tous cas ils auront bien mérité de notre public spécial.

Après Moscou, il est vraisemblable que c'est à Paris que se tiendra le prochain Congrès international. Au point de vue de l'organisation de cette réunion de 1900 il y aura beaucoup de profits à tirer du voyage de Russie. On dit que nos confrères slaves préparent à leurs hôtes une réception à éclipser l'hospitalité écossaise. Sans vouloir prétendre égaler le faste oriental des Moscovites, nous aurons à noter ce qu'ils ont fait de bien ; puis, quand le moment sera venu de recevoir à notre tour, nous devrons tâcher de nous grouper tous pour que notre réception ne reste pas trop inférieure à celle qu'on nous fait au dehors. Il ne suffit pas de profiter du bon accueil des autres, il faut aussi nous préparer à les fêter convenablement à notre tour. Espérons que nous saurons être assez unis pour que le prochain Congrès de Paris soit de tous points digne de nos hôtes et du bon renom de la politesse française.

F. H.

P. S. — Obligé de m'absenter pendant quelque temps pour cause de santé, je laisse la direction du journal à mon excellent collaborateur et ami, le Dr Georges Gellé. Je suis heureux en partant de pouvoir compter sur son zèle et son dévouement à notre œuvre commune. Je prie les lecteurs qui auraient quelques communications à nous faire de s'adresser directement à lui.

H.

I

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE DU LARYNX CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr **Y. ARSLAN**, de Padoue.

Historique

Le larynx peut être touché par les manifestations des trois périodes de la syphilis. Moure, dans ses leçons, dit avoir observé un chancre sur le bord libre de l'épiglotte (côté gauche) chez un homme de 23 ans. Cette lésion est d'une rareté exceptionnelle. — La forme tertiaire est la plus fréquente. Le larynx, bien que beaucoup plus rarement, peut être affecté aussi par des formes héréditaires tardives ou *précoces*. D'après Fournier et Mauriac, on doit considérer comme tardives les manifestations morbides survenant à partir de la troisième année. Nous ne nous occuperons pas de ces dernières, car elles sont assez fréquentes et étudiées dans tous leurs détails, dans les travaux de Massei, Schoetz [1], Mauriac [2], Fournier [3], Gerber [4], Strauss [5], Cartaz [6], M.-Mackenzie [7], Bobone, Schnitzler, Botey [8], etc.

Au contraire la syphilis héréditaire précoce du larynx (au-dessous de 3 ans) est extrêmement rare. Les cas publiés jusqu'ici sont en nombre très limité. Cela tient, je pense, à ce que beaucoup de ces cas passent inaperçus.

D. G. Lewin [9] sur 25.000 syphilitiques dit n'avoir jamais trouvé un seul cas de syphilis précoce du larynx.

Parrot [10], dans sa vaste pratique, n'en a rencontré que quelques cas. Toutefois il rapporte l'autopsie d'un enfant de 2 mois, où il a observé une ulcération profonde de la face antérieure de l'épiglotte ayant tous les caractères de la syphilis. — Peterson [11], sur une très riche statistique de petits syphilitiques, n'a jamais constaté aucune manifestation précoce au-dessous de 3 ans. — Henoch [12] n'a pas eu l'occasion de constater la périchondrite ou la carie syphilitique des cartilages du larynx chez les enfants.

Trousseau et Lasègue [13] considèrent cette forme comme très rare et admettent qu'elle est toujours secondaire à une lésion du pharynx ou du nez.

Cartaz [14] et Gottstein [15], comme les auteurs précédents, considèrent la localisation laryngienne de la syphilis précoce dans les trois premières années de la vie comme exceptionnelle.

Mauriac, dans son *Traité sur la syphilis héréditaire*, constate que maintes fois chez des nouveau-nés de parents syphilitiques on observe la voix rauque, sourde, presque éteinte, avec ou sans troubles respiratoires, il doute que ces symptômes puissent dépendre d'un simple état catarrhal des voies aériennes supérieures.

M.-Mackenzie [16] sur 1.145 malades atteints de syphilis de la gorge et du larynx ne cite même pas un cas de forme héréditaire précoce.

Vasily Tchernoff, dans le compte rendu (1888) de l'hôpital Sainte-Olga pour les enfants, n'en décrit qu'un seul cas, qui guérit par le traitement spécifique. Ce malade avait 7 ans.

Roger [17] dit n'en avoir rencontré que deux ou trois cas dans la littérature ; il décrit le larynx d'un tout petit enfant, mort avec des phénomènes de laryngosténose, chez lequel il a trouvé à l'autopsie une ulcération et une nécrose du cartilage thyroïde. Monti [18] publie deux cas très intéressants, où les lésions syphilitiques semblent s'être développées durant la vie intra-utérine. Chez un nouveau-né de 5 jours Casati a découvert des ulcérations et de la périchondrite du larynx de nature syphilitique.

Jacob [19] publie l'observation d'un enfant, atteint de syphilis congénitale, qui pendant la vie avait de la toux, de l'enrouement, la voix rauque et de la sténose glottique. Trachéotomie ; mort le jour même. A l'autopsie il a pu constater des lésions caractéristiques situées dans la région sous-glottique. La lumière du larynx, réduite à une fente et circonscrite par la muqueuse épaissie en forme de bourrelet, s'arrêtait brusquement. Au microscope : hyperplasie conjonctive, hypertrophie glandulaire, dilatation des vaisseaux, broncho-pneumonie et hépatite interstitielle.

Chez un enfant de trois ans, dyspnéique depuis quatre mois, Malinowski [20] par la laryngoscopie arriva à porter le diagnostique de syphilis. Trachéotomie pendant une attaque ; mais la trachée était si réduite de diamètre par les adhérences cicatricielles que la plus petite canule ne put pas être introduite. Le petit malade succomba au bout de trois heures ; la nécropsie confirmait le diagnostic.

Frænkel [21] constata, dans le larynx d'un enfant mort d'une sténose aiguë de la glotte développée deux mois après la naissance, la nécrose des cartilages cricoïde et aryténoïde.

Rouchfurs [22], à propos d'une très riche statistique des autopsies des hôpitaux d'enfants trouvés de Saint-Pétersbourg et de Moscou, dit n'avoir pu recueillir que quelques cas d'ulcérations et de périchondrites du larynx chez des nouveau-nés de deux à trois mois.

A la Société pathologique de Londres (3 février 1880) F. Semon [23] a présenté le larynx d'un enfant de trois ans atteint de syphilis congénitale, ayant succombé aux suites d'une dyspnée intense et continue.

Baginsky [24], dans son *Traité des maladies de l'enfance*, cite deux enfants (un an et demi et deux ans), ayant les signes de la syphilis héréditaire, qui à l'examen laryngoscopique (?) présentaient de la tuméfaction de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques ; ulcérations et épaississement papillomateux de la muqueuse du larynx.

Bréda [25] décrit le cas d'un enfant de deux ans (cas de Sturge) chez lequel on a trouvé des cicatrices des cordes dues à la syphilis.

A cet égard la publication de Sevestre [26] est d'un intérêt

particulier. Cet auteur rapporte six observations, quatre personnelles et les autres appartenant à Archambault et à Dieulafoy. Chez trois de ces malades qui moururent de sténose progressive de la glotte, Sevestre a pu faire l'autopsie, et chez deux l'examen histologique. Le malade d'Archambault malgré la cure antisyphilitique succombait pendant un accès de suffocation. Pas d'autopsie. Les deux autres guérirent par le traitement spécifique. L'âge ne dépassait pas 15 mois. Cinq étaient des garçons et une seule était fille. La lésion anatomo-pathologique dans les trois cas, où l'auteur a pu faire l'autopsie, chose assez étrange, consistait en une ulcération de la corde vocale droite. Trois de ces petits malades étaient porteurs d'autres manifestations héréditaires de la syphilis.

Contrairement à l'opinion avancée par certains auteurs, à savoir que la syphilis héréditaire précoce du larynx au-dessous de trois ans est très rare, J.-N. Mackenzie [27] s'exprime ainsi: « ...Les manifestations laryngées ne sont pas rares dans la syphilis congénitale, et même elles constituent l'un des phénomènes les plus constants et les plus caractéristiques de cette diathèse. » En effet, il affirme en avoir constaté 76 cas, dont 53 appartenant à des enfants âgés de moins d'un an.

Tout en reconnaissant avec Sevestre que les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire sont moins rares qu'on ne l'a dit, nous ne croyons pas qu'elles soient aussi communes que l'avancent Mackenzie et d'après lui Fournier [28].

Nous avons, nous-même, pu en rassembler plusieurs cas dans la littérature ; et nous regrettons que cette maladie n'ait pas encore eu l'honneur d'un chapitre spécial dans les traités de notre spécialité ou dans ceux des maladies de l'enfance.

La plupart des observations publiées sont bien incomplètes ; elles manquent souvent d'autopsie et d'examen microscopique. Voilà la raison qui nous a encouragé à publier les cinq cas, que nous avons eu la chance d'observer. Chez un de nos malades nous avons pu aussi enlever tout le larynx et le soumettre à l'examen histologique.

Observations

Obs. I. — Esther M... 3 ans, née à Padoue ; syphilitique. Mère n'ayant jamais présenté aucun signe de cette maladie. Un frère de 2 ans et une sœur de 13 mois morts ; cette dernière à la suite d'une cachexie syphilitique. Un autre frère, le dernier, commence à présenter des symptômes laryngés assez suspects.

Notre petite malade, née à terme et bien développée, présentait dès sa naissance une certaine raucité de la voix, toux et coryza, qui pour quelque temps n'attirèrent pas l'attention des parents. L'allaitement maternel fut continué régulièrement pendant 9 mois.

Vers le dixième mois survient de la respiration bruyante, d'abord assez légère, mais qui, bientôt, commence à devenir plus forte et quelquefois survient sous forme d'accès plus fréquents la nuit et durant les journées humides.

La voix s'éteignait peu à peu. A l'âge de 14 mois on la fit entrer à la « Clinique des syphilitiques de l'Hôpital Civil » pour une ulcération de la grande lèvre droite avec engorgement des ganglions inguinaux. La toux et l'altération de la voix persistaient. Le Pr Bréda, directeur de la clinique, qui a bien voulu nous donner ces derniers renseignements, après avoir gardé la malade dans son service pendant 34 jours, a dû l'envoyer au pavillon des maladies contagieuses, la varicelle étant survenue à ce moment. Alors l'état de l'ulcération et des ganglions n'avait subi aucun changement.

Guérie de la varicelle, les parents ont conduit leur fille au dispensaire syphilitique, là on constata des papules sur la grande lèvre gauche, à l'anus et dans la bouche, une éruption d'apparence eczémateuse sur le cuir chevelu et la face. Traitement spécifique. E... commence à maigrir et présente de la diarrhée. La voix jusqu'alors simplement rauque devient presque aphone ; la respiration prend le caractère de la dyspnée ; la toux a disparu. C'est dans ces conditions qu'on nous amène la petite.

L'état général de la malade est assez bon ; apparence robuste et bien développée. La couleur de la peau et des muqueuses est celle de la cyanose. Quelques traces de rachitisme. A la place des papules et des plaques on voit des cicatrices. Adénopathies sous-maxillaires et inguinales. La voix est presque éteinte, pas de toux. La respiration est fortement bruyante avec un bruit de râclement (inspiration prolongée et sifflante) ; remarquable dyspnée avec tirage ; les veines cervicales turgescentes donnent l'aspect d'un cou très volumineux. Elle tenait la tête tendue en arrière. La mère nous raconte que sa fille en certains moments, plus fréquemment dans la nuit, était prise d'accès de suffocation avec perte de la conscience ; en même temps la face devenait plombée, les yeux renversés en haut. Pas de coryza.

Les fosses nasales, la bouche et la gorge ne présentent rien de spé-

cial. A plusieurs reprises nous avons essayé de pratiquer l'examen laryngoscopique sans réussir ; l'épiglotte est normale.

Les manifestations antérieures de la syphilis et la marche insidieuse des phénomènes laryngés nous ont autorisé à diagnostiquer une affection laryngienne de nature syphilitique. On prescrit un traitement spécifique très énergique : frictions mercurielles et liqueur de Van Swieten. Tous nos efforts restent sans résultat, la pauvre petite dépérit de jour en jour, les accès de suffocation paroxystiques deviennent plus fréquents et plus intenses. C'est alors que nous proposons aux parents la trachéotomie qui malheureusement n'est pas acceptée, d'autant plus que deux collègues chirurgiens sont d'un avis contraire au nôtre. Pendant deux semaines nous n'avons plus revu la malade.

Un matin le père vient nous avertir que sa fille dans la nuit a succombé à une très forte attaque de dyspnée. Etant donnée la grande importance du cas et les difficultés du diagnostic nous avons prié les parents de nous permettre l'autopsie. On nous permit seulement d'emporter le larynx ; c'est sur lui que nous pratiquâmes les recherches histologiques, qui seront décrites quand nous parlerons de l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire précoce.

Obs. II. — Enfant de 10 mois, frère de la précédente. La grand'mère nous raconte que le petit malade, quelques semaines après sa naissance, a présenté des symptômes ayant beaucoup d'analogie avec ceux observés chez sa sœur : une certaine raucité de la voix, légère et intermittente ; de l'oppression, de la toux, et un coryza prolongé. C'est alors que les parents, épouvantés de la fin malheureuse de leur fille, vinrent nous consulter.

L'enfant plutôt maigre, chétif, gros ventre ; pas de dents ; micropolyadénie. Aucun signe de syphilis sur la peau ou les muqueuses visibles. La respiration est légèrement bruyante, l'aspiration prolongée ; la voix un peu rauque et bitonale. Le nez est obstrué par la tuméfaction des cornets et du catarrhe. Rien dans la gorge. L'épiglotte est normale. Pas d'examen laryngoscopique.

Ce cas, nous l'avouons, est très peu net, sa symptomatologie n'est pas claire, mais instruits par l'histoire héréditaire, nous avons soupçonné une manifestation initiale laryngée de la syphilis. Le traitement mercuriel (liq. de Van Sw.) en deux semaines fit disparaître tous les phénomènes laryngés et améliora notablement l'état général.

Obs. III. — Un enfant de 2 ans nous est amené avec des symptômes de sténose laryngée. La mère nie absolument la syphilis ; elle ne peut donner de renseignements précis sur le compte de son mari. Quatre fils morts dans leurs premières années. Une fausse couche ; notre petit malade est le seul enfant ayant survécu. Il est né chétif en présentant du coryza, sa voix a un timbre rude. A l'âge de 2 mois apparurent les premiers phénomènes laryngés : toux légère, voix rauque, par moment une certaine difficulté de la respiration. La famille mettant ces troubles

sur le compte d'un simple enrouement n'y attache aucune importance. Les premières dents sortent à 11 mois. Il marche à un an et demi. Toujours maigre. Fréquentes diarrhées. Il nous est impossible de préciser s'il y a eu des manifestations syphilitiques de la peau ou des muqueuses.

Depuis quatre mois les symptômes laryngés se sont aggravés et l'enfant de temps en temps présente des accès de suffocation. La voix est devenue aphone : la gêne respiratoire a pris toute l'apparence de la dyspnée ; la toux au contraire a diminué ; amaigrissement et inappétence. Le médecin de la famille avait essayé les traitements les plus variés sans résultat (inhalations, fumigations, révulsifs, expectorants, etc.,) L'état du malade devenait chaque jour plus alarmant.

A notre premier examen, nous le trouvons en pleine dyspnée : respiration sifflante et bruyante ; tirage et turgescence des veines cervicales ; aphonie complète ; pas de toux. Aucun signe de syphilis actuelle ou antécédente. Micropolyadénie. Traces de rachitisme.

La tentative d'examen du larynx provoque un accès de suffocation tellement fort que nous croyons à une catastrophe. A ce moment le diagnostic était assez embarrassant. Nous conseillâmes la trachéotomie qui ne fut pas acceptée.

Cependant en nous rappelant notre première malade nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de penser ici à une forme de syphilis du larynx, et nous prescrivons le traitement spécifique. En même temps nous insistons auprès des parents pour que le médecin de la famille soit averti et prêt à faire la trachéotomie en cas d'urgence. Au bout de huit jours, on nous ramène l'enfant dans le même état. Deux semaines après la mère nous raconte que son fils n'a plus eu d'accès. Ce n'est qu'au bout de 30 jours que nous constatons une véritable amélioration : la respiration est plus libre ; la voix commence à redevenir moins rauque. Après deux mois de traitement antisyphilitique, la santé de notre petit malade revient à l'état normal.

Obs. IV. — F. R..., âgée de 7 mois. Sept frères morts en bas âge. Deux fausses couches. Les parents, comme toujours, nient la syphilis. Ils nous racontent que peu de temps après sa naissance leur petite fille a eu du coryza. Depuis 4 mois, ils ont remarqué une raucité de la voix, de la gêne respiratoire, de la toux et quelques accès de laryngospasme avec perte de conscience et convulsions.

A l'examen on trouve une sténose laryngée. Pas de traces de syphilis héréditaire à moins que l'on ne prenne pour telle une cicatrice ronde au pourtour de l'anus. Micropolyadénie. Le nez est bouché. La laryngoscopie, fort difficile à cet âge, n'est pas pratiquée. Traitement spécifique. Malheureusement la malade ne nous est plus ramenée, mais on vient nous avertir que grâce à notre prescription (liqueur de Van Swieten) la petite au bout d'un mois était guérie.

Obs. V. — Il y a six mois on nous appelle chez une famille de la ville pour visiter un nouveau-né de deux mois. Voici son histoire :

Le petit M. quelques jours après sa naissance a présenté de la respiration bruyante et de l'obstruction nasale. Les parents comme il advient très fréquemment, croyant avoir affaire à un simple enrouement, n'y ont attaché aucune importance jusqu'à l'apparition de fréquents accès de suffocation survenant spécialement la nuit et quand l'enfant s'agite ou pleure. Pas de toux, ni aucune altération de la voix qui est demeurée toujours normale. Quelques accès sont accompagnés de convulsions avec perte de conscience. Diarrhée et vomissement. Etat général assez bon ; le nouveau-né a l'apparence d'être bien nourri. L'inspiration est manifestement sifflante et on dirait d'un bruit de valve ; l'expiration est presque libre ; violent tirage ; le nez est bouché. On constate des ulcérations très suspectes autour de l'anus et sur les fesses. Micropolyadénie. La rate et le foie sont augmentés de volume. Gros ventre. On arrive à voir l'épiglotte intacte. On constate un fait très curieux : quand le petit malade est couché sur le dos la difficulté respiratoire augmente, au contraire elle diminue dans le décubitus latéral ou si l'on soulève la mâchoire inférieure pour l'appuyer contre la supérieure.

Instruit par les précédentes observations nous appliquons immédiatement le traitement mercuriel avec une certaine énergie. Quelle ne fut pas notre satisfaction en constatant qu'en moins d'une semaine l'état du nouveau-né commençait à s'améliorer rapidement et que les troubles laryngés et gastro-intestinaux disparaissaient progressivement !

Encore ici, grâce au mercure, le petit malade en deux mois est complètement guéri. Dernièrement nous l'avons revu, il se porte bien et ne conserve aucune trace de sa maladie du larynx.

Obs. VI. — Dernièrement, on nous amène une petite fille de 18 mois ayant une toux sèche, la voix rauque et de la difficulté à respirer. Pas de fièvre. En mon absence l'aide de clinique prescrit des fumigations et quelques autres médicaments anticatarrhaux. Après quelques jours, je retrouve la petite malade dans le même état.

La mère nous raconte que sa fille depuis sa naissance a présenté du coryza, une certaine raucité de la voix, de la gêne respiratoire intermittente et par accès, de la toux qui, par intervalles, devenait rude et très fréquente. Aucun signe manifeste de syphilis cutanée ou muqueuse.

Un frère de 15 mois est mort. On n'a aucun renseignement sur les parents.

Jusqu'à ce jour on avait essayé plusieurs traitements sans aucune amélioration.

On prescrit la liqueur de Van Swieten. Une semaine de ce traitement et notre petite fille commence à s'améliorer rapidement : la voix redevient normale, la respiration presque libre ; la toux persiste mais avec moins de rudesse. Les accès ont disparu. Actuellement la malade est encore en traitement.

Comme nous l'avons dit au commencement de notre travail, le but de cette publication est d'essayer, d'après l'étude des faits publiés ça et là et des cas observés par nous, de bien préciser le tableau clinique et la nature anatomo-pathologique de cette localisation de la syphilis héréditaire.

Etiologie

On ne connaît pas bien les causes qui peuvent provoquer l'éclosion de lésions syphilitiques dans le larynx des enfants, mais il est naturel de l'attribuer à une disposition locale héréditaire. Le catarrhe des voies aériennes supérieures, si fréquent à cet âge, doit évidemment prédisposer à cette localisation.

Contrairement à Gerber, je crois que la manifestation héréditaire de la syphilis du larynx dans la majorité des cas peut se présenter isolément et quelquefois être accompagnée d'autres signes du côté de la peau et des muqueuses.

Sur les 20 malades, y compris les nôtres, dans lesquels le sexe est précisé, 17 sont des garcons. La même proposition s'observe chez les adultes mais à un degré moindre. C'est ainsi que dans la statistique de Mackenzie sur 1.145 malades atteints de laryngopathies syphilitiques 412 sont des femmes.

D'accord avec ce dernier auteur, nous croyons l'affection plus fréquente dans les 6 premiers mois. Dans quelques cas rares les nouveau-nés viennent au monde en présentant déjà une altération spéciale de la voix que West [29] et P. et E. Diday [30] donnent comme caractéristique de la syphilis héréditaire. Monti aurait observé deux nouveau-nés, chez lesquels la lésion laryngée se serait développée dans la vie intra-utérine. Casati, comme nous l'avons dit plus haut, cite l'observation d'un enfant de 5 jours. Sur ce point, on ne peut pas posséder de renseignements positifs, car les petits malades nous sont amenés quand déjà la maladie est avancée et les parents ne savent pas nous fournir de renseignements bien précis. Dans nos observations personnelles les symptômes initiaux remontent à peu de jours depuis la naissance.

Symptomatologie

On est fort embarrassé pour donner une symptomatologie bien nette de la syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants au-dessous de 3 ans.

A cet âge malheureusement, la laryngoscopie est inapplicable dans la grande majorité des cas, quoique Mackenzie et Schrotter prétendent l'avoir tentée avec succès chez des enfants de 6 à 8 mois. On arrive à explorer assez facilement jusqu'à l'épiglotte. Dans quelques cas, on est même obligé de renoncer à cet examen pour ne pas provoquer des accès très dangereux.

Dans ces conditions, il ne nous reste que les troubles fonctionnels à prendre en considération, et même ceux-ci n'ont rien de fixe, car il n'existe pas une relation absolue entre eux et l'étendue de la lésion laryngée.

Les principaux symptômes de cette maladie se divisent en deux groupes : *s. phonatoires* et *s. respiratoires*.

Les premiers sont les plus constants et peuvent apparaître dans la période initiale de la maladie. Ils sont en général proportionnels au degré de la lésion. Les seconds au contraire sont plus capricieux et arrivent facilement à tromper le médecin dans son pronostic.

L'altération de la voix, selon nous, est un signe bien caractéristique et ne manquant presque jamais. Dans tous les cas publiés, ce phénomène n'a jamais fait défaut. Notre quatrième observation fait exception à cette règle. Il est probable que dans ce cas la lésion peut avoir son siège dans la région sous-glottique. West et Diday donnent ce symptôme chez les nouveau-nés comme pathognonomique de la syphilis héréditaire. Nous croyons cette opinion un peu exagérée. On ne doit pas toujours attribuer à la syphilis la raucité de la voix des petits malades, car elle peut dépendre d'un simple catarrhe. Sa persistance a pour nous beaucoup plus de valeur.

Le degré de trouble de la voix est très variable, depuis l'enrouement léger jusqu'à l'aphonie complète. En général, quand la maladie est avancée, la voix est presque éteinte.

Nous ne partageons pas l'opinion de West, Zeisse et Sevestre,

qui considèrent comme caractéristique le cri à timbre bitonal. Cette particularité, nous l'avons trouvée dans d'autres formes de laryngosténose des enfants, et probablement elle doit dépendre de ce que les enfants n'ont pas la conscience de proportionner leur force expiratrice à la capacité de leur glotte, comme cela arrive chez les adultes.

Les troubles respiratoires fournissent aussi un signe assez important. Ils peuvent être intermittents ou continus. La première de ces deux formes est l'effet, non seulement d'une lésion organique, mais dans la majorité des cas dépend d'un état passager d'œdème ou d'une congestion de la muqueuse du larynx.

C'est ainsi qu'on arrive à expliquer les accès paroxystiques de dyspnée chez des enfants, à l'autopsie desquels on n'a trouvé qu'une simple ulcération de la corde vocale (observations de Sevestre).

La sténose respiratoire revêt diverses apparences. Parfois, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, on entend un bruit caractéristique sifflant, râpeux ou stertoreux, comme si l'air traversait un orifice rétréci et rugueux ; tantôt c'est seulement dans une de ces deux périodes.

S'il existe un obstacle permanent et progressif à la respiration, il faut toujours penser à une réelle obstruction laryngée, due à l'épaississement hyperplasique de la muqueuse (Observation I).

Les attaques de dyspnée, pouvant aller jusqu'à l'apnée, sont quelquefois accompagnées de convulsions avec perte de connaissance pouvant amener la mort ; elles sont beaucoup plus fréquentes la nuit et quand les petits malades s'agitent ou pleurent. Il n'est pas rare qu'elles donnent lieu à de fausses interprétations, en faisant croire, par exemple, au croup, comme cela est arrivé dans les observations de Moure [34] et de Sevestre (Observations IV, V).

La toux est un symptôme très infidèle. Sevestre la trouve fréquente et d'un caractère angoissant. Elle survient souvent aussi sous forme d'accès.

Au contraire, chez nos malades, cette manifestation fut très légère et jamais ne s'est présentée sous forme d'attaque.

En nous appuyant sur nos observations nous pouvons dire

que ce symptôme existe au début de la maladie, mais qu'il doit être beaucoup moins fréquent dans sa période avancée. C'est une raison pour que la toux ne puisse former un élément de diagnostic de premier ordre dans la syphilis héréditaire précoce. Dans le cas où elle existe elle est de longue durée, et a un timbre rauque et sec.

En outre il existe d'autres symptômes secondaires qui, moins importants, viennent compléter le tableau clinique. Ils sont en grande partie sous la dépendance des premiers.

Le *tirage* est une conséquence de l'état plus ou moins dyspnéique des malades. Il indique déjà un notable rétrécissement de la glotte. Il n'a aucun caractère spécial. En même temps les signes d'une hématose de plus en plus incomplète ne tardent pas à apparaître. C'est ainsi que surviennent la cyanose, les convulsions et la perte de connaissance.

Le *coryza*, assez fréquent et caractéristique de la syphilis héréditaire, est un des plus fidèles compagnons de la lésion laryngée, spécialement à l'époque de ses premières manifestations.

D'autres signes de la syphilis héréditaire, qui peuvent précéder ou accompagner la laryngopathie, sont très inconstants, comme nous l'avons vu chez nos malades et dans les cas publiés. A ce propos, nous pensons que le larynx peut devenir isolément et primitivement le siège de la syphilis constitutionnelle.

Dans trois de nos observations nous n'avons trouvé aucune manifestation antécédente ou actuelle dans d'autres régions.

L'*état général* dans la plupart des cas est sensiblement touché soit par l'insuffisance de l'hématose, soit à cause de la difficulté pour les nouveau-nés à prendre le sein.

Signes physiques et anatomo-pathologiques

Le parallélisme entre les caractères anatomiques de la forme tertiaire des adultes et celle précoce des enfants nous conseille de subdiviser cette dernière en deux groupes principaux : les lésions *hyperplasiques* et les lésions *ulcératives*. Nous avons supprimé la *laryngite chronique superficielle* avec période d'hyperhémie dont Mackenzie et Sevestre ont voulu faire une

classe à part; car celle-ci représente la phase initiale des deux formes susdites.

Chez les nouveau-nés, on ne trouve pas la forme caractéristique de la gomme du larynx, d'une observation si fréquente chez les adultes.

La forme *ulcérative* est beaucoup plus fréquente que la forme *néoplasique*. Elle peut être superficielle et circonscrite, profonde et diffuse; elle se localise indifféremment sur les cordes vocales ou sur d'autres points du larynx. Contrairement à ce qu'on observe pour les adultes, l'ulcération syphilitique affecte surtout la corde vocale droite (voir les observations de Sevestre).

L'ulcération est assez variable de forme et de dimension; dans quelques cas elle est linéaire, dans d'autres arrondie à bord limité, avec auréole rougeâtre, plus ou moins profonde selon l'étendue. En général on constate plusieurs ulcères de grandeur, d'aspect et de forme divers. Ce polymorphisme rend très difficile à formuler un tableau clinique bien caractéristique.

Quand la lésion ulcérative commence à gagner en profondeur et en étendue, nous avons la forme destructive avec extension au squelette laryngien. A cette période, les cartilages tombent en nécrobiose prenant l'aspect des ulcérations tertiaires de la syphilis acquise.

L'époque du développement des lésions ulcératives peut être très précoce comme dans le cas de Casati, où l'âge du malade était à peine de 5 jours.

Ces ulcérations, à l'exemple des superficielles, peuvent être multiples ou uniques; elles affectent les deux côtés ou un seul côté du larynx. Sevestre écrit que le siège le plus fréquent est l'épiglotte, tandis qu'en considérant les cas que nous avons pu recueillir, cette hypothèse n'est pas exacte. Toutes les parties du squelette cartilagineux sont envahies au même degré.

Quant à la description des modifications histologiques de la forme ulcérative de la syphilis héréditaire précoce, nous l'emprunterons volontiers au travail de Sevestre, qui, dans deux cas, a pu faire l'examen microscopique. A propos de l'obs. II avec ulcération de la corde vocale droite, cet auteur écrit :

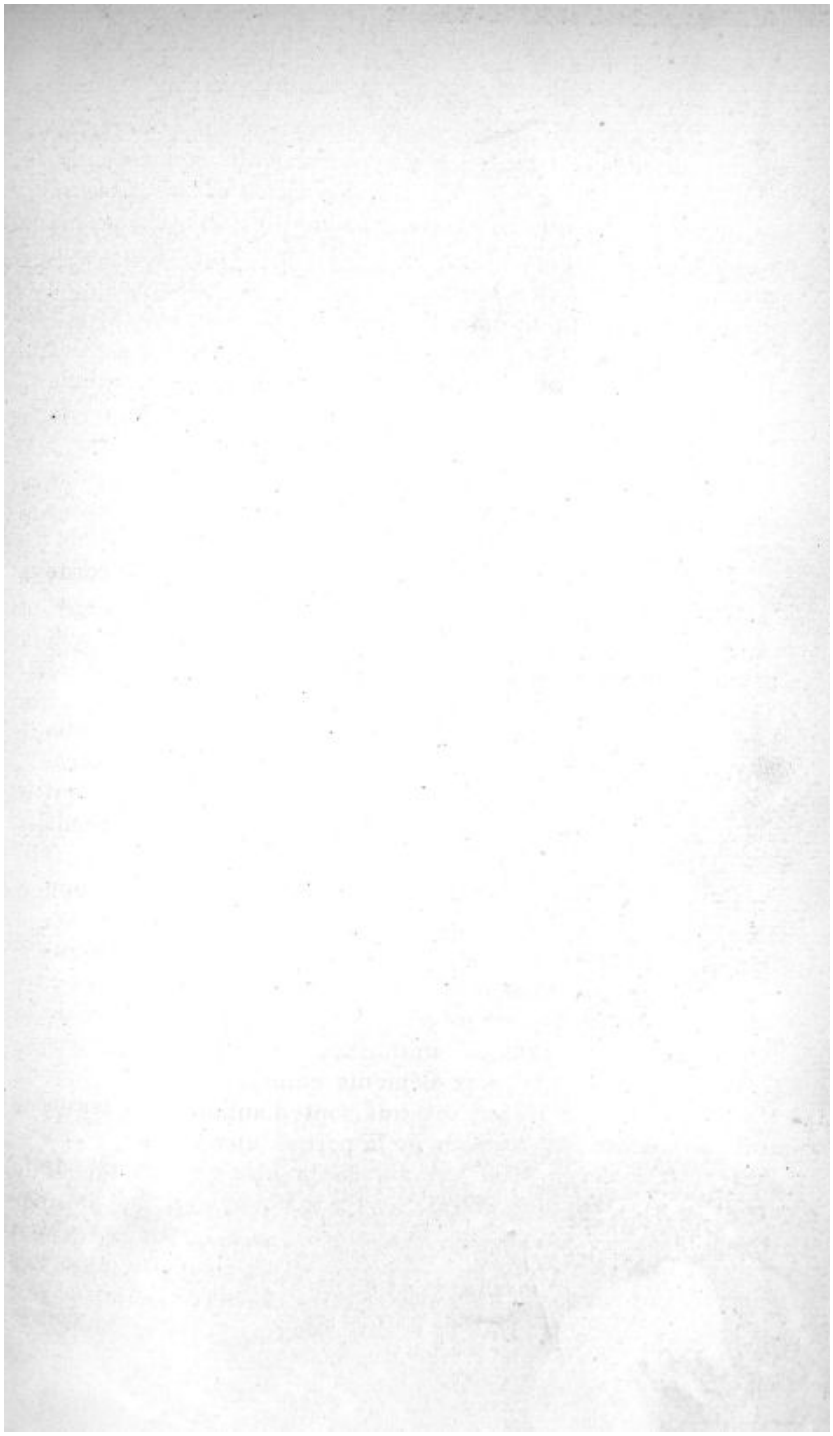
« Le larynx a été coupé perpendiculairement à la corde vocale inférieure. Coloration au picrocarmin et au carmin d'alun ; montage dans la glycérine. La lésion est localisée au bord libre de la corde vocale proprement dite ; elle est moins profonde qu'on pourrait le croire à l'œil nu. Au niveau de la portion papillaire du chorion muqueux, on remarque une solution de continuité dans l'épithélium pavimenteux stratifié au bord libre. Au-dessous existe un léger épaississement de la zône papillaire, constitué par deux ou trois petits îlots d'éléments embryonnaires fortement colorés. Le reste de la muqueuse est sain, muni de son épithélium cilié. »

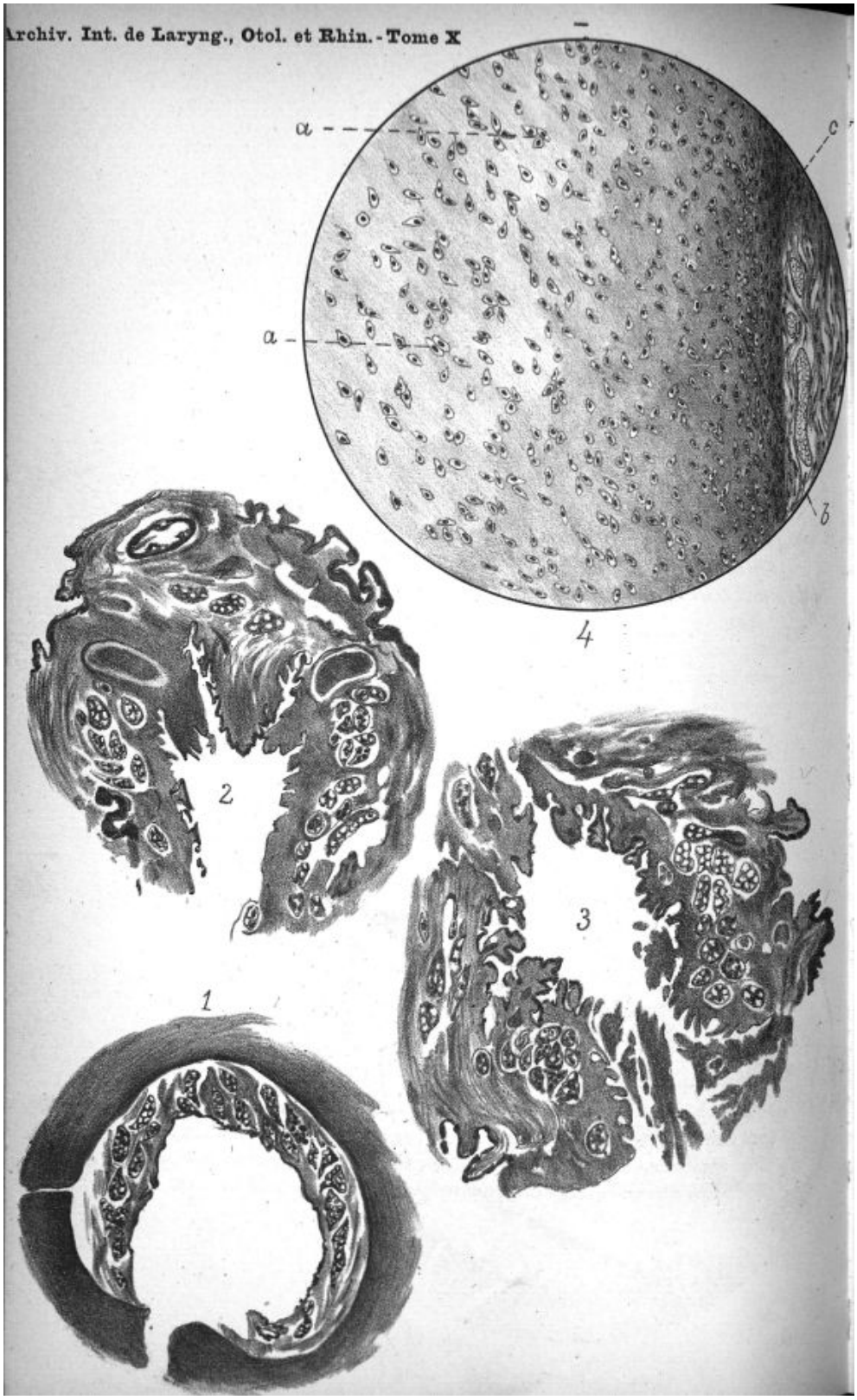
Voilà le résultat de l'examen histologique d'une autre observation (Obs. III) avec ulcération plus étendue de la corde vocale droite que nous décrit le susdit auteur.

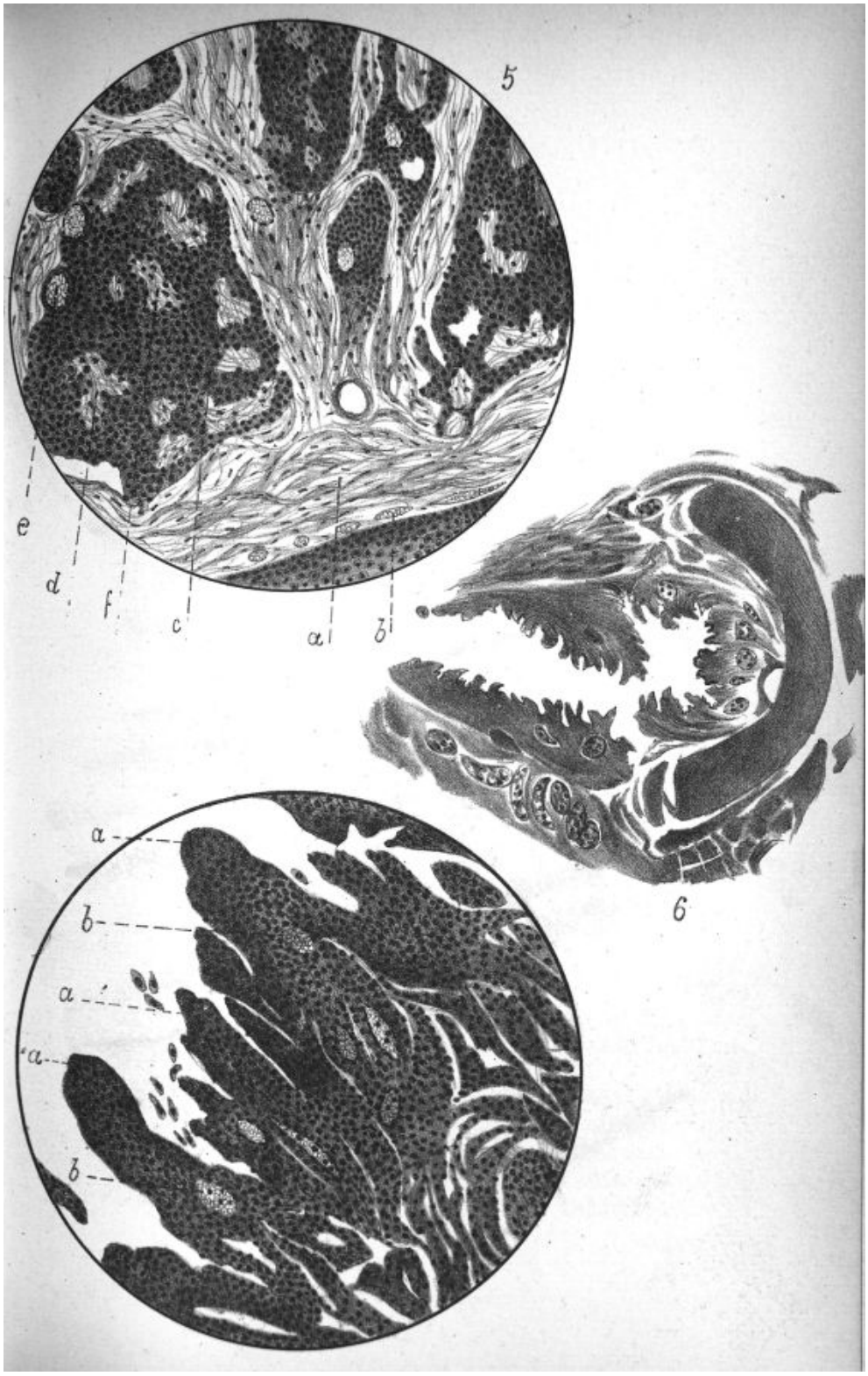
« Au niveau du bord libre et de la face interne de la corde vocale (ulcération), la couche d'épithélium pavimenteux et les papilles ont disparu ; les glandes acineuses, situées aux deux extrémités de la zone papillaire, sont aplaties et masquées. On ne trouve plus qu'un tissu granuleux, formé de très nombreux éléments ronds, embryonnaires. Ces éléments sont restés incolores au niveau de la surface libre de l'ulcération (nécrose superficielle) ; ils sont, au contraire, fortement colorés dans la profondeur. Ce tissu s'étend jusqu'au ligament fibreux thyro-aryténoïdien dont la texture paraît normale.

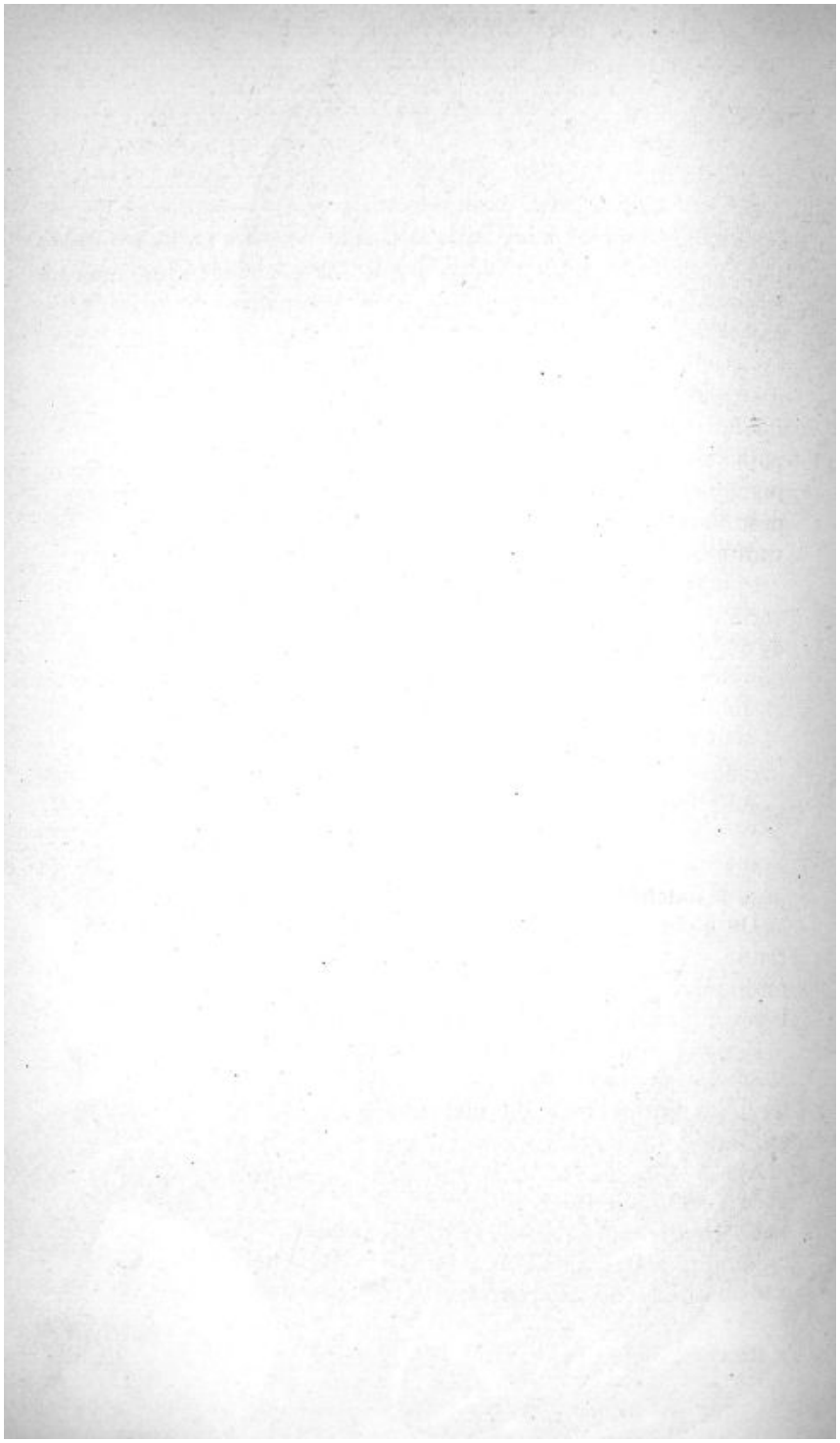
« Parmi les éléments embryonnaires, on distingue la coupe transversale de nombreux vaisseaux dont le calibre est augmenté, les parois épaissies et la lumière plus ou moins irrégulièrement déformée par le gonflement de la tunique interne. La muqueuse qui tapisse les portions externe et inférieure du ventricule de Morgagni est uniformément gonflée et infiltrée profondément de nombreux éléments embryonnaires dont la disposition paraît diffuse, et qui sont d'autant plus tassés qu'on se rapproche davantage de la portion ulcérée. »

En résumé, sans tenir compte de la lésion commune de l'épithélium, provoquée par l'ulcération, on a une néoformation diffuse, due aux éléments embryonnaires, qui deviennent d'autant plus nombreux en s'approchant de la superficie. Les glandes acineuses se trouvent enveloppées et envahies par les mêmes éléments. Les vaisseaux, augmentés de nombre,




a
a
c
b
4
2
3
1


5
e
d
f
c
α
β
6
a
b
a
a
b



sont dilatés et présentent une altération de leurs parois.

La forme *hyperplasique*, appelée par Sevestre et Mackenzie laryngite chronique interstitielle, et qui correspond à la suffusion néoplasique diffuse des adultes, est très rare chez les enfants au-dessous de trois ans. Elle consiste en une infiltration totale du tissu laryngien sur toute son étendue, d'où un épaississement général du revêtement interne de sa lumière, ainsi rétrécie et déformée.

Cette forme diffuse végétative ne s'ulcère jamais, elle ne disparaît pas facilement, ayant presque toujours une issue fatale. Pour cette raison, elle présente un grand intérêt au point de vue pratique. Whistler, dans ces cas, conseille très justement la trachéotomie faite de bonne heure. En effet notre première malade a dû succomber, les parents n'ayant pas voulu suivre notre conseil, de faire faire la trachéotomie.

Pour compléter les notions anatomo-pathologiques de cette variété, très peu étudiée, nous croyons d'un intérêt particulier de décrire le larynx de notre première observation dans laquelle nous avons pu enlever tout le larynx. Toute la cavité laryngienne depuis la base de l'épiglotte jusqu'au cartilage cricoïde était réduite à une fente à paroi irrégulière, tapissée de nombreuses saillies, sessiles, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un petit pois, de couleur rouge pâle, d'un aspect condylomateux; les cordes, couvertes de ces végétations, étaient méconnaissables. La région postérieure de la glotte était la plus touchée et elle contenait les plus volumineuses végétations. On n'observe aucune trace d'ulcération ni de cicatrices. Pourtant le larynx dans sa totalité n'était pas sensiblement augmenté de volume. Pas d'infiltration à l'extérieur. Les cartilages à l'œil nu ne semblaient pas augmentés de volume.

Pour bien étudier ces détails anatomiques et histologiques sous l'inspiration du professeur Bonome, que nous remercions ici de grand cœur, on met tout le larynx dans le liquide de Müller.

Après avoir enlevé une grande partie des tissus extérieurs et le cartilage thyroïde, on fait des coupes, au microtome, perpendiculaires à l'axe du larynx. De cette manière on a l'avantage, non seulement de pouvoir se faire une idée exacte des altérations histologiques, mais encore des rapports entre les

diverses couches qui forment le larynx (muqueuse, cartilage, muscles, etc.).

Dans les figures ci-jointes[1] nous reproduisons quatre préparations représentant autant de coupes, faites en divers points et agrandies à peu près cinq fois (*fig.* I, II, III et VI).

La *figure* I représente une coupe au niveau de l'anneau du cricoïde, on y voit distinctement un notable changement de rapport entre le cartilage et la muqueuse; cette dernière est fortement augmentée de volume, son épaisseur en effet arrive à peu près à égaler celle du cartilage; au contraire le cricoïde semble très peu épaissi.

La surface de la paroi interne de la muqueuse présente des irrégularités sans arriver à de vraies saillies. En quelques points, on observe un écartement entre les deux tissus, dû au maniement de la préparation.

La *figure* II représente les sommets des aryténoïdes. Dans cette préparation, il est aisé de se rendre compte de l'énorme hypertrophie de la muqueuse dans toute son étendue. La surface glottique est tapissée par des excroissances de toutes dimensions, les plus volumineuses occupent la paroi postérieure, et déforment la lumière laryngienne.

La *figure* III est une coupe du tissu muqueux, où on constate comme dans les précédentes figures l'infiltration de toute la muqueuse avec les mêmes végétations, irrégulières et de volume assez variable.

La *figure* VI est au niveau de la partie supéro-postérieure du cricoïde. Dans cette figure la muqueuse du côté gauche est beaucoup plus épaissie; sa surface mamelonnée donne à la cavité laryngienne une forme très irrégulièrement sillonnée.

En résumé, nous avons un rétrécissement notable de la glotte dans toute sa hauteur, produit par l'hyperplasie de sa muqueuse; ses parois sont couvertes de nombreuses saillies de diverses dimensions qui transforment l'intérieur du larynx en une cavité tortueuse. Au contraire les cartilages ne sont modifiés ni dans leur forme ni dans leur volume, et cela à un faible grossissement; car, comme nous le verrons plus tard, ils présentent des altérations histologiques très importantes.

1. — Voir la planche annexée au mémoire.

De ces figures, il résulte que la lésion spécifique était à son maximum dans la région *glottique* proprement dite.

Examen microscopique : A un grossissement de 145, on observe que les tissus périlaryngiens ne prennent pas part au processus hyperplasique, à l'exception de quelques points où le tissu conjonctif externe de revêtement est augmenté devolume, spécialement dans les points de contact avec les cartilages.

Dans la substance cartilagineuse (*fig.* IV), légèrement épaissie, on ne trouve pas trace d'altération inflammatoire récente; ses éléments cellulaires sont de forme régulière et disposés entre eux à une distance normale. Il y a de nombreuses cellules en voie de reproduction, accouplées à deux ou à trois, au point de faire croire à une prolifération active, ce qui est confirmé aussi par la présence d'une quantité plus grande d'éléments cellulaires à sa surface interne. Cette dernière disposition, où les susdits éléments sont plus petits et plus aplatis, et qui devient de plus en plus évidente en s'approchant du tissu conjonctif, reproduit l'apparence fibreuse (*fig.* IV, *b*).

Dans quelques points entre ces deux tissus existe un passage de leurs éléments, mais on arrive toujours par une observation attentive à distinguer leur limite (*fig.* IV, *c*) (*Chondropérichondrite proliférante*).

A la surface interne du cartilage, le tissu fibreux est épaissi, ici abondent les noyaux allongés, en plus grand nombre au contact du cartilage même (*fig.* V, *a*); les vaisseaux sont dilatés et pleins de sang (*fig.* V, *b*).

L'hypertrophie de la muqueuse est occasionnée par la réunion d'un grand nombre d'éléments ronds (*fig.* V, *c*), qui occupent une grande partie du tissu interstitiel correspondant aux glandes, spécialement dans la couche sous-muqueuse (*infiltration périglandulaire*).

Les éléments d'infiltration sont constitués en grande partie par des cellules de grandeur moyenne, munies d'un seul noyau avec très peu de protoplasma. Le volume de ces noyaux correspond à celui des cellules épithéliales de revêtement des glandes. L'épithélium des glandes dans ces points infiltrés (partie interstitielle et périphérique des glandes) est profondément altéré.

En quelques points, la lumière des glandes est augmentée

et leur épithélium se présente aplati, en quelques autres points il fait défaut, et du contenu protoplasmatique des cellules, il ne reste qu'un résidu d'aspect mucinique (*fig.* V, *d*); en d'autres points encore, il conserve sa forme cylindrique, mais les contours des cellules se trouvent décolorés spécialement vers la lumière des glandes à cause de la présence de la susdite substance muciniforme (dégénération mucinique des cellules ?).

Les vaisseaux dans ces glandes sont dilatés et gorgés de sang (*fig.* V, *e*). Dans les points où manque complètement l'épithélium, les noyaux de celui-ci envahissent la cavité des glandes mêmes avec les leucocytes (*fig.* V, *f*).

Cette infiltration interstitielle de la muqueuse et de ses glandes, qui se propage aussi dans la profondeur de la couche sous-muqueuse suivant la disposition des papilles du derme, et qui donne naissance à des villosités, devient, vers la surface interne du larynx, plus forte et plus remarquable en formant ainsi ces nombreuses et irrégulières saillies, dont nous avons parlé plus haut (*fig.* VII, *a*). Dans ces papilles terminales, les vaisseaux sont notablement dilatés et remplis de sang (*fig.* VII, *b*). Le tissu conjonctif fibreux et les muscles qui entourent le cartilage ne présentent aucune altération histologique.

En résumé, dans la forme hyperplasique de la syphilis héréditaire précoce du larynx on observe des modifications histologiques assez caractéristiques : *Infiltration diffuse interstitielle de la muqueuse et de ces glandes, périchondrite proliférante et dilatation des vaisseaux.*

La nature de cette lésion hyperplasique de toute la couche muqueuse se rapproche sensiblement de celle que l'on constate dans les manifestations tertiaires.

Diagnostic

Malheureusement, dans l'affection qui nous occupe, nous sommes privés de beaucoup des symptômes qui, chez les adultes, peuvent suffire à poser le diagnostic. Ainsi, les symptômes subjectifs font complètement défaut et les signes

physiques sont rarement précisés par le médecin. Il ne nous reste qu'à prendre en considération les troubles fonctionnels. Disons même qu'aucun de ces troubles n'a une valeur absolue, mais par leur durée et leur association, ils peuvent conduire à un diagnostic exact.

En général, on ne consulte le spécialiste que lorsque les symptômes ont pris une certaine intensité. C'est un accès de suffocation, par exemple, ou une sténose prolongée avec toute l'apparence du croup, qui alarme les parents. En effet, nous avons vu que dans beaucoup des cas publiés par les divers auteurs (Sevestre, Moure, etc.), on avait tout d'abord cru au croup.

Quand on est appelé auprès d'un nouveau-né qui présente presque depuis la naissance de l'enrouement, du coryza et une légère raucité de la voix, ainsi qu'une certaine gêne de la respiration, spécialement la nuit, avec une intermittence insensible, mais toujours à marche progressive et lente, selon nous, on est autorisé à soupçonner la syphilis héréditaire.

Dans ces cas, on peut penser à la possibilité d'une *laryngite commune*. Mais la pratique journalière nous apprend que la forme catarrhale simple est loin d'être d'une durée aussi longue, et elle est presque toujours compliquée d'autres signes du côté des bronches. En outre, on observe dans cette forme des intermittences remarquables de guérison passagère. Au contraire, la laryngite syphilitique, laissée sans aucun traitement, suit sa marche insidieuse.

Un des symptômes les plus constants est la sténose glottique. Ce signe est assez fréquent chez les petits enfants dans le cours de plusieurs maladies : laryngite aiguë, croup, adénopathie péritrachéale, corps étrangers, les formes réflexes, etc. L'histoire du malade nous met le plus souvent à l'abri de ces erreurs. Dans les deux premières affections le début des symptômes laryngiens est brusque et s'accompagne d'autres phénomènes, du côté du nez et du pharynx, remontant à quelques jours. L'examen bactériologique dans la diphtérie tranche la question.

Dans l'adénopathie péritrachéale la voix ne s'altère presque jamais. La sténose n'arrive pas à un degré élevé. Ici les signes stéthoscopiques et d'auscultation sont d'une grande impor-

tance. Dans les formes de nature réflexe et dans celles provoquées par un corps étranger, la sténose est brusque sans être précédée d'aucune manifestation du côté des voies aériennes supérieures.

Il ne reste que certaines formes de néoplasme, spécialement les papillomes, qui peuvent créer des difficultés très sérieuses pour le diagnostic, d'autant plus que quelques cas de ce genre ont été observés dans la première enfance. Baginsky cite l'observation d'un nouveau-né qui présentait dès sa naissance une tumeur du larynx. Ehrmann a publié deux cas de polypes laryngiens chez des enfants au-dessous de trois ans. Triboulet a observé chez un petit malade de deux ans et demi un polype congénital. Pourtant, en analysant le tableau symptomatologique de la néoplasie laryngée, nous voyons que dans cette maladie la voix s'altère beaucoup plus rapidement. La toux se présente dès le début rauque, stridente, sèche, et quelquefois ressemble à celle du croup ; au contraire dans l'affection dont nous nous occupons, elle est un symptôme d'une intensité parfois insignifiante et, même, pouvant manquer tout à fait.

Dans les cas où aux troubles laryngiens viennent à s'ajouter l'anamnèse positive et d'autres manifestations de la syphilis héréditaire (éruption, coryza, fissures labiales et anales, etc., etc.), toutes les difficultés disparaissent et la présomption deviendra certitude.

Pronostic

Dans la première période de la maladie, quand on a eu la chance d'établir de bonne heure le diagnostic de syphilis et d'appliquer immédiatement le traitement spécifique, le pronostic n'est pas aussi grave qu'on l'a dit jusqu'ici. Tandis que si la sténose a augmenté, le pronostic devient très sérieux et dans la plupart des cas même le traitement spécifique, le plus énergique, n'arrête pas la marche fatale. On peut, en résumé, dire que le pronostic de la syphilis héréditaire précoce doit toujours être réservé, soit à cause des accidents aigus auxquels elle peut donner lieu, soit par leurs conséquences éloi-

gnées très graves pour l'avenir (retrécissement cicatriciel, brides, sclérose en nappe de la muqueuse, etc.)

Traitement

Dès que l'on aura reconnu la nature de la lésion laryngienne, il faudra agir énergiquement et sans hésitation. Nous prescrivons à nos malades la liqueur de Van Swieten qui agit très bien. Dans les cas graves on peut ordonner des frictions mercurielles sur la partie antéro-externe du larynx.

Quand la sténose est d'une certaine intensité et que les accès de suffocation sont fréquents, il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie. Les malades de Chiari et Moure, qui ont porté leur canule plusieurs mois, doivent leur vie à la trachéotomie. Dans notre première observation peut-être cette opération aurait-elle sauvé l'enfant ?

Si la lésion se limite à la cavité glottique, les chances de guérison augmentent. Chez les petits malades de Jacob et Milonowski, où l'hyperplasie muqueuse se propageait aussi à la région sous-glottique, la trachéotomie n'a donné aucun résultat.

Bibliographie

1. *Deutsche med. Wochen.*, n° 38, 1885.
2. *Arch. Générales de Med.*, février 1888.
3. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1889.
4. Syphilis héréd. tardive des voies aériennes sup. Leipzig 1894.
5. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1892, Bd. XIV.
6. *Soc. Française d'Otol. et Lar.*, mai 1889.
7. Traité des mal. du larynx (traduction française), p. 492.
8. *Ann. mal. de l'oreille*, etc., 1874, p. 454.
9. Congrès international de Londres, 1881.
10. La syphilis héréditaire et le rachitisme, p. 69.
11. VI[e] Congrès des médecins russes, juin 1895.
12. Leçons cliniques des maladies de l'enfance (trad. franc.), p. 74.
13. *Archives de médecine*, 1847.
14. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1889, p. 400.
15. Traité des maladies du larynx, p. 320.
16. *Loco citato.*
17. Recherches cliniques sur les maladies des enfants, t. II, p. 51.

18. *Philadelphia med. Times*, 28 avril 1877.
19. *The Lancet*, 1887.
20. *Gaz Lekarsha*, nov. 1888 ; *Journ. of Laryng.*, 1889, n° 4.
21. *Wiener Med. Wochensch.*, 1868-69-70.
22. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Lufhöhre ins Kindeshalter, Tubingen, 1879, p. 210.
23. *Bristish Med. Journ.*, 14 févr. 1880.
24. Traité des maladies de l'enfance (trad. italienne), p. 418.
25. Traité des maladies vénériennes et syphilitiques. Padoue, p. 519.
26. *Progrès médical*, 1889, 20-21.
27. *The american Journal of the med. Sc.*, octobre 1880.
28. Syphilis héréditaire, p. 407.
29. Leçons sur les maladies de l'enfance, (trad. franç.), p. 753.
30. *Dictionnaire Encycl. des Sciences méd.*, p. 599.
31. Leçons cliniques sur les maladies du larynx, p. 240.

II

RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE

Traitement par la sonde de Jaboulay

Par le Dr **M. LANNOIS**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Les sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique peuvent être considérées comme une localisation fort rare. Les anciens syphiliographes en ont cependant rapporté un certain nombre de cas, mais il est avéré qu'ils avaient trop de tendance à tout attribuer à la syphilis. En 1887, dans une leçon clinique devenue classique (elle est reproduite *in extenso* dans le livre de Mauriac), M. Potain n'en admettait que sept cas antérieurs suffisamment démonstratifs. Jullien dans son *Traité des maladies vénériennes* dit avoir eu connaissance de dix-neuf cas. Hermann dans une thèse plus récente (Thèse de Paris, 1890) se livre à la critique des cas publiés et arrive à cette conclusion qu'il n'en existe pas plus de douze observations probantes : je renverrai à cette thèse pour les renseignements bibliographiques.

Un rapide examen de la littérature spéciale depuis cette thèse ne m'a permis de retrouver que peu de cas. Celui de Neumann, analysé dans le *Virchow's Jahrebericht*, 1895, t. II, p. 157, se rapporte à un homme de 35 ans, tuberculeux, atteint de gommes ulcérées de la peau, des lèvres et du nez : la difficulté de la déglutition fit pratiquer l'œsophagoscopie et reconnaître l'existence d'ulcérations à l'union du pharynx et de l'œsophage. A l'autopsie on trouva à ce niveau un repli de la muqueuse, à demi circulaire, mesurant 3 millimètres de haut

sur 2 1/2 centimètres de long, constitué par une rétraction cicatrielle de la muqueuse œsophagienne.

Dans une thèse récente de Lyon (fév. 1897), M. Picard rapporte le cas d'un malade du service de Bouveret qui avait des adhérences multiples de la langue avec les piliers et des piliers avec la paroi postérieure du pharynx et chez lequel on trouva un rétrécissement au niveau du cardia.

Le cas de Trifiletti (*Arch. ital. de Laryng.*, etc., n° 1, 1897) dans lequel il y avait également des adhérences pharyngées et un rétrécissement très serré de la partie supérieure de l'œsophage, est remarquable par ce fait qu'il s'agissait d'une syphilis héréditaire.

C'est donc en raison de sa rareté que je crois devoir rapporter l'observation suivante qui mérite en outre de retenir l'attention par le mode de traitement employé.

Rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'œsophage datant de 20 ans. — Origine syphilitique probable. — Dilatation par la sonde de Jaboulay.

La femme C..., tisseuse, âgée de 55 ans, a fait plusieurs séjours dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse, depuis le mois de janvier 1896.

Les antécédents héréditaires ne présentent point de particularité à signaler. Elle-même a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 30 ans. Toujours régulièrement réglée : ménopause il y a dix ans. Elle ne signale que des crises nerveuses pendant une grossesse à 23 ans.

La malade dit qu'elle a eu longtemps, même après deux grossesses, un certain degré de vaginisme qui lui faisait mal tolérer les rapports conjugaux. A 30 ans, son mari, qui avait été chercher ailleurs des compensations, lui rapporta la syphilis qui se manifesta par ses signes habituels et notamment par de nombreuses éruptions de plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx. Actuellement elle présente du psoriasis palmaire de la main gauche qui paraît être également syphilitique.

A 35 ans, elle souffrit de l'estomac et au bout de trois mois elle eut une hématémèse abondante ; elle avait des douleurs à l'épigastre avec irradiations à la colonne, des nausées sans vomissements, et fut à son dire plusieurs années à se remettre.

A la même époque la malade commença à avoir de la peine à déglutir : mais la gêne était peu marquée et l'obligeait seulement à manger lentement et à bien mâcher ses aliments. Il y a quatre ans elle eut dans le service une fièvre typhoïde dont la convalescence fut longue. Depuis cette époque la gêne de la déglutition s'est peu à peu accentuée, et, depuis quelques mois, les bols alimentaires un peu volumineux ne

peuvent passer ; depuis ce moment elle ne se nourrit plus que de soupes, de sauces et de liquides (lait). L'ingestion de ces liquides est souvent suivie de régurgitations pénibles avec sensation d'étouffement et de palpitations cardiaques, mais sans vomissements. La déglutition elle-même n'est pas douloureuse.

La malade est maigre, teint cachectique très prononcé, pâleur des muqueuses; elle se plaint de douleurs névralgiques diverses. L'examen somatique ne relève rien de particulier à signaler, sauf du côté de l'œsophage.

L'exploration avec la sonde œsophagienne à olive montre en effet qu'il existe un rétrécissement à l'union du pharynx et de l'œsophage, exactement à 16 centimètres des arcades dentaires. L'olive n° 3 (en commençant par la plus petite) passe assez facilement, mais il y a un ressaut assez fort pour la sortir ; le n° 4 passe également, mais avec difficulté. On ne peut le retirer qu'avec beaucoup de peine et en faisant beaucoup souffrir la malade ; toutefois il n'y a pas de sang sur l'olive retirée, mais seulement un peu de mucus.

Le rétrécissement est unique : on ne sent pas d'autre coarctation le long de l'œsophage. Il ne paraît pas avoir une grande hauteur : l'olive le franchit rapidement, et se trouve ensuite dans une cavité beaucoup plus large. Autant qu'on en peut juger, il est annulaire.

La malade est soumise immédiatement à la dilatation qu'on pratique régulièrement tous les deux jours avec la sonde de Jaboulay. Au bout d'un mois la malade sort très améliorée. Elle peut maintenant avaler tous les aliments : elle met environ trois quarts d'heure pour absorber un repas ordinaire alors qu'auparavant il lui fallait au moins une heure et demie. Elle a repris un peu d'embonpoint et son poids a augmenté. On passe facilement l'olive n° 4, mais pas la suivante.

La malade a été revue à plusieurs reprises et on a pu constater que l'amélioration persistait. Toutefois elle vient d'entrer à nouveau dans le service après être restée cinq mois sans traitement : le rétrécissement s'est reproduit, car on a de la peine à passer l'olive n° 4. La malade est à nouveau soumise au traitement par le cathétérisme dilatateur.

Le diagnostic de la lésion et de son siège n'offre ici aucune difficulté. Il s'agit très évidemment d'un rétrécissement assez serré, annulaire, fibreux, de la partie supérieure de l'œsophage.

La nature peut en être discutée. Il va de soi qu'en raison de sa longue durée il ne peut être question ni d'un spasme simple ni d'un rétrécissement cancéreux. Il ne s'agit pas non plus d'un rétrécissement cicatriciel par action caustique sur la muqueuse : dans ces sortes de cas la sténose est toujours beaucoup plus étendue en hauteur et le plus souvent multiple.

D'ailleurs il n'y a rien dans les antécédents de la malade qui puisse y faire songer.

M. Potain, dans la leçon signalée plus haut, a insisté sur la nécessité de faire le diagnostic avec le rétrécissement congénital de l'œsophage. J'ai eu l'occasion de voir un malade de ce genre, ayant dépassé quarante-cinq ans et qui depuis plus de vingt ans ne s'alimentait qu'avec des liquides, sans que sa santé parût beaucoup s'en ressentir, car il était grand et d'aspect vigoureux. L'absence complète d'antécédents ne laissait place qu'à la forme congénitale de la sténose œsophagienne. Mais celle-ci est encore plus rare que la sténose syphilitique et, bien qu'elle se développe et s'accentue avec l'âge, il est exceptionnel qu'elle n'ait pas donné au moins quelques troubles légers de la déglutition pendant la jeunesse.

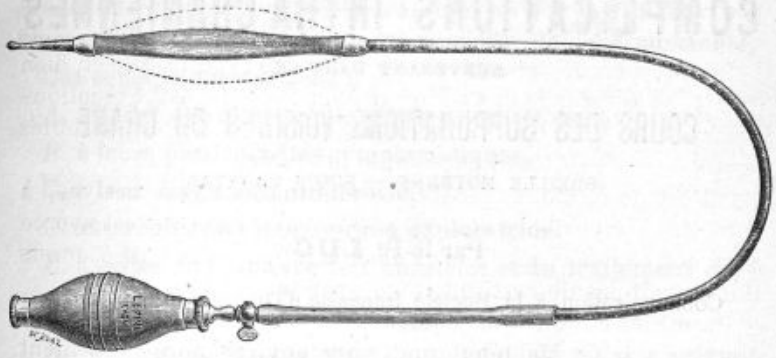
On est donc amené ainsi, par éliminations successives, à admettre l'importance étiologique de la syphilis qui est avérée chez notre malade : d'ailleurs dans la plupart des faits connus il n'y avait pas de certitude plus grande.

Parmi les raisons qui plaident en faveur de cette manière de voir, il faut noter le début quatre ans environ après l'accident primitif, la coexistence actuelle de lésions syphilitiques (psoriasis palmaire), la très longue durée de l'affection, la forme limitée du rétrécissement, son siège à la partie supérieure du canal œsophagien, tout près du pharynx où les lésions secondaires et tertiaires sont si communes. Le rapport de cause à effet nous paraît donc extrêmement probable.

La malade a été soumise au traitement ioduré, mais en raison de la dureté fibreuse du rétrécissement, je ne crois pas qu'on doive faire honneur à l'iodure de la rapide amélioration observée. Celle-ci est due à la dilatation mécanique pratiquée avec la sonde de Jaboulay.

Cette sonde a été construite pour un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (par action caustique) qui avait d'abord nécessité la gastrostomie et n'avait été amélioré par le cathétérisme ordinaire qu'au prix de très vives douleurs et d'une manière insuffisante. Elle permit d'arriver rapidement à une dilatation de deux centimètres. Voici sa description : « Il s'agit de sondes portant à un territoire déterminé de leurs parois vers leur tiers inférieur à peu près, un manchon extérieur de

caoutchouc de 6 centimètres de long, communiquant avec l'intérieur de la sonde par des trous creusés à son niveau, pouvant par suite être distendu par une insufflation ou une projection d'air faite à l'extrémité libre de la sonde. Cette insufflation se fait avec une poire de caoutchouc qui s'adapte à la sonde et dont la capacité est calculée de façon à distendre le manchon d'environ 2 1/2 à 3 centimètres. Un robinet permet d'empêcher l'air insufflé de sortir de l'appareil.



« La sonde est introduite avec son manchon élastique vide et affaissé. Lorsque celui-ci est arrivé en face ou au dessous du rétrécissement, l'insufflation est pratiquée et gonfle la poche de caoutchouc, la sonde est alors retirée lentement et force le manchon distendu par l'air à s'insinuer de bas en haut à travers le rétrécissement qu'il finit par traverser. » (Jaboulay, *Lyon Médical*, 22 déc. 1895.)

Le principal avantage de cette sonde est de produire une dilatation douce et élastique, puisqu'elle se fait par de l'air comprimé, et par suite de n'être pas douloureuse comme l'est habituellement la distension avec les sondes rigides ou les olives. Ma malade, qui tolérait difficilement ces dernières, supportait au contraire très bien la sonde de Jaboulay. Le traitement a d'ailleurs été efficace chez elle et lui a donné un résultat des plus satisfaisants.

On conçoit d'ailleurs qu'on puisse employer cette sonde pour d'autres rétrécissements, notamment pour certains rétrécissements du pharynx d'origine syphilitique qu'il est plus fréquent d'observer que ceux de l'œsophage.

III

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES

SURVENANT DANS LE

COURS DES SUPPURATIONS VOISINES DU CRANE

(OREILLE MOYENNE. — SINUS FRONTAL)

Par le Dr **LUC**

Communication à la Société française d'Otologie, 6 mai 1897.

Sur les cinq faits qui forment la base de ce travail, il en est deux (les deux premiers) auxquels j'ai déjà fait allusion dans un article paru, l'an dernier, dans la *Médecine moderne* et consacré au *diagnostic et au traitement de l'abcès encéphalique;* mais c'est la première fois que je les publie *in extenso*. Le troisième se compose de deux parties distinctes (la malade qui en fait l'objet ayant été successivement prise d'accidents de méningite suppurée, puis d'abcès du lobe frontal). La première partie de son histoire ayant fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine, au mois de mars dernier, ne sera que sommairement rappelée ici. Il sera en revanche surtout question de la seconde partie de son histoire pathologique ayant trait à son abcès cérébral. Enfin, dans les deux derniers faits, récemment observés par moi, il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'accidents intra-craniens, les lésions étant limitées à la face externe de la dure-mère, mais les symp-

tômes observés dans ces deux cas ayant été de nature à faire craindre des lésions plus profondes, j'ai pensé qu'ils devaient trouver leur place ici, fût-ce à un point de vue purement comparatif.

J'ai eu soin, pour la commodité du lecteur, de faire précéder chaque observation d'un titre détaillé, qui en est comme le résumé. Indépendamment de l'exposé des cinq faits en question, le présent travail se bornera à une série de conclusions dans lesquelles je m'efforcerai de mettre en lumière les enseignements qui me paraissent ressortir de leur ensemble.

Ces conclusions ont trait :

A. à l'étiologie des complications en question.

B. à leurs particularités symptomatiques.

C. à leur diagnostic différentiel.

D. aux règles de l'intervention exploratrice.

E. à celles de l'intervention curatrice et du traitement consécutif.

A. — En mettant à part mon cinquième fait, où il s'agissait d'accidents infectieux suraigus qui, à peine localisés dans l'oreille, retentirent sur les méninges, il m'a semblé indiscutable que dans les autres cas dont l'allure était au contraire essentiellement chronique, l'explosion des accidents intracraniens avait été provoquée par une intervention incomplète, notamment par une désinfection et un nettoyage imparfaits du foyer osseux.

Ainsi dans l'observation I, pour des raisons qu'on trouvera exposées plus loin, le curettage du sinus frontal droit atteint d'empyème avait été absolument insuffisant, et la suppuration du sinus gauche avait été méconnue.

Dans l'observation II la saillie de la dure-mère à travers le tegmen perforé empêchera le curettage à fond et la désinfection du foyer antro-tympanique étroit et profond.

Dans l'observation III, j'avais méconnu, lors de ma première intervention sur le sinus frontal rempli de fongosités considérées comme sarcomateuses, à l'examen histologique, j'avais méconnu, dis-je, l'existence d'un prolongement du néoplasme dans l'orbite.

Dans l'observation IV enfin, la dure-mère avait été dénudée, sur un étroit espace, au cours de mon évidement attico-antral. Lorsque je levai mon premier pansement, en présence des accidents formidables qui éclatèrent cinq jours après l'opération, je trouvai le foyer rempli de pus fétide retenu sous les pièces du pansement transformées par le sang coagulé en une carapace rigide.

B. — Je n'entends pas présenter ici un exposé de la symptomatologie des accidents intra-craniens (méningite, abcès cérébral), qui nous occupent. Je crois avoir suffisamment traité ce sujet dans un précédent travail (1). Je veux seulement insister sur quelques particularités de cette symptomatologie qui ont vivement frappé mon attention. Tout d'abord l'incroyable latence notée dans tous mes cas d'abcès encéphalique. Sans parler de faits très éloquents dans ce sens et antérieurement publiés par moi, et pour ne m'occuper que de ceux que j'ai consignés ici : mon malade de l'obs. I présenta, pour tous signes de son encéphalite frontale, pendant plusieurs semaines, une légère fièvre rémittente, un affaiblissement et un amaigrissement inexplicables et, tout à fait à la fin, un peu de subdélire intermittent.

A ce point de vue le cas de mes deux malades femmes des obs. II et III fut bien plus remarquable encore. Chez l'une et l'autre, tant que l'abcès cérébral se vidait librement, il ne s'accusait par aucune manifestation symptomatique : les malades allaient et venaient, se nourrissaient comme à l'ordinaire, présentaient un état intellectuel et même une gaité qui n'aurait jamais pu permettre de soupçonner la gravité de leur lésion, la première portant dans son lobe sphénoïdal une cavité suppurante d'une capacité de 20 centimètres cubes s'étendant jusqu'à une profondeur de 6 centimètres de l'écorce, la seconde ayant éliminé un bon quart de son lobe frontal, par prolapsus suivi de sphacèle et résection, et présentant dans la portion du même lobe restée à l'interieur du crâne une cavité s'étendant jusqu'à 10 centimètres de l'écorce dans une direction, jus-

(1) Diagnostic et traitement de l'abcès encéphalique... (*Méd. Mod.* octobre 1896.)

qu'à 9 centimètres dans une deuxième, et jusqu'à 7 centimètres et demi dans une troisième.

Il est à noter d'ailleurs que cette extraordinaire endurance, résultant de la suppléance remarquable des éléments nerveux détruits par d'autres, n'existait qu'autant que l'abcès se vidait facilement. Survenait-il quelque obstacle à l'écoulement du pus, par suite d'une suppression prématurée du drainage (Obs. II) ou d'un mode de drainage défectueux, rien d'anormal ne se produisait encore tant que la poche n'était pas distendue, mais dès que cette distension commençait à se produire, le tableau clinique était complètement bouleversé : la malade quittée la veille gaie, alerte, mangeant avec appétit, était retrouvée le lendemain couchée, le visage triste, absorbée, sans entrain, répondant à peine aux questions. Ces alternatives s'étant fréquemment reproduites, notamment chez ma malade de l'obs. III, j'étais arrivé à reconnaître, dès le premier coup d'œil jeté sur elle, à ma visite, que le drainage de son abcès était momentanément suspendu. En revanche, ce drainage n'était pas plus tôt rétabli que le facies s'améliorait comme par enchantement, et au bout de quelques heures, l'état intellectuel s'éclaircissait, la gaîté revenait avec l'appétit, et l'état général ne tardait pas à se remonter. Je ne saurais donner de meilleure preuve de cette insidiosité que le fait, que pendant deux mois entiers l'abcès frontal de ma troisième malade, qui s'était spontanément ouvert, resta absolument méconnu, l'écoulement profond de pus qui se produisait d'une façon ininterrompue du fond du foyer osseux restant inexpliqué jusqu'au jour où un examen attentif pratiqué après débridement de ce foyer permit de découvrir la véritable origine du pus.

Une autre particularité qui m'a frappé chez tous mes malades, c'est l'élévation insignifiante ou même nulle de la température alors même qu'il y avait obstacle à l'écoulement du pus encéphalique.

Quant au ralentissement du pouls je l'ai noté chez deux de mes malades atteints d'abcès encéphaliques, mais point chez la troisième, alors même qu'il existait incontestablement de la rétention du pus. Ce symptôme, dont je ne conteste d'ailleurs aucunement la haute valeur, n'est donc point absolument constant.

En opposition avec cette remarquable latence de collections purulentes localisées dans certaines parties de l'encéphale, je ne saurais trop mettre en évidence les formidables phénomènes de réaction susceptibles d'être provoqués par de minimes lésions occupant soit la surface de la pie-mère, soit même la face externe de la dure-mère. A ce point de vue mes trois dernières observations sont des plus édifiantes : chez la malade de l'observation III, en effet, il suffit de l'épanchement de quelques gouttes de pus en un point absolument limité de la pie-mère, au niveau du lobe frontal droit, pour produire un état comateux avec une température de 40° et une parésie du membre supérieur du côté opposé. Bien mieux, chez mon malade de l'observation IV, les lésions étaient localisées à une minime étendue de la surface externe de la dure-mère, et pourtant les centres nerveux furent suffisamment impressionnés par cette lésion à distance, pour qu'il en résultât une grande attaque éclamptiforme généralisée, avec coma. Chez mon dernier malade enfin, les lésions suppuratives limitées à la région du sinus latéral, avaient donné lieu à un véritable tableau méningitique, initial. Et la preuve que, dans tous ces cas, les lésions en question étaient bien les seules en cause et qu'il n'en existait pas d'autres plus profondes, c'est que les accidents nerveux disparurent, du jour au lendemain, consécutivement à leur suppression opératoire.

C. — Il ressort nettement de ce qui précède qu'il n'est pas de problème plus difficile à résoudre que le diagnostic différentiel des diverses complications intra-craniennes susceptibles d'éclater dans le cours d'une suppuration voisine du crâne. Loin de moi la pensée de mettre en doute la valeur diagnostique de certains signes aujourd'hui classiques, tels que : le ralentissement du pouls dans les compressions intra-craniennes, l'aphasie sensorielle dans les suppurations du lobe sphénoïdal gauche, les paralysies des nerfs craniens en cas de méningite de la base, enfin les résultats de l'examen ophtalmoscopique, qui notamment dans mon dernier cas, m'a rendu un signalé service ; mais, en somme, aucun de ces signes n'est réellement pathognomomique ; aucun d'eux ne permettra ja-

mais d'affirmer l'abcès cérébral à l'exclusion de la méningite, ou la méningite à l'exclusion de l'abcès cérébral, ou encore l'abcès sous-dural à l'exclusion des deux lésions précédentes, ou réciproquement. A ce point de vue, ma conviction est aujourd'hui bien arrêtée : la certitude désirée ne s'obtient que le bistouri à la main, au cours de ce que j'appellerai l'*intervention exploratrice* dont je vais maintenant m'occuper.

D. — J'entends par *intervention exploratrice*, dans le cas particulier qui nous occupe, la première partie de la tâche chirurgicale qui s'impose, en présence de complications survenant dans le cours d'une suppuration voisine du crâne, et de nature à faire craindre une infection intra-cranienne.

Cette intervention a pour but de trouver le foyer suppuratif soupçonné à l'intérieur de la cavité cranienne. Or, il ressort de ce qui précède qu'il est généralement impossible de savoir à l'avance à quelle profondeur ce foyer sera rencontré, des symptômes absolument identiques pouvant être produits aussi bien par une méningite initiale que par un abcès encéphalique profond ou tout simplement par un épanchement de pus à la surface de la dure-mère. La ligne de conduite nettement tracée en pareil cas nous paraît donc être la suivante :

Prendre comme étapes successives, dans cette marche vers la profondeur, à la recherche du pus : 1° l'espace sous-dural, 2° la cavité arachnoïdienne, 3° le parenchyme cérébral. Et ne franchir une de ces étapes que dans le cas où l'on n'y a pas trouvé le pus recherché. Une fois le pus trouvé, on doit l'évacuer et en assurer le drainage ultérieur : mais, cela fait, il n'est indiqué d'aller plus profondément, que si, après un intervalle d'au moins 24 heures, les accidents persistent ou s'aggravent.

Quelques exemples empruntés à ma pratique personnelle me paraissent confirmer nettement ce qui précède.

Chez mon malade de l'obs. IV, pris d'une attaque éclamptiforme avec coma, 5 jours après un évidement attico-antral, au cours duquel la dure-mère avait été dénudée, je constatai, en levant le pansement, que la surface dure-mérienne était infectée par du pus fétide accumulé au fond du foyer. Confor-

mément au principe énoncé plus haut, je me contentai d'élargir la brèche osseuse afin de pouvoir désinfecter la dure-mère sur une plus grande étendue, après quoi je pratiquai un lavage avec une solution de sublimé et j'appliquai un pansement humide. Dès le lendemain, le jeune homme avait repris connaissance et tous les symptômes graves s'étaient évanouis. Si, mû par un zèle excessif, au lieu de limiter mon intervention à la face externe de la dure-mère, j'eusse incisé cette membrane, comme j'en avais eu un instant la pensée, pour aller rechercher plus loin un autre foyer soupçonné, j'aurais infligé à mon malade les risques d'une opération complètement inutile et pleine de dangers.

Autre exemple : lorsque ma malade de l'obs. III tomba dans le coma, à la suite d'ouverture de son sinus frontal droit, je commençai, après la réouverture de son sinus, par réséquer la paroi osseuse profonde de cette cavité, afin d'inspecter la région voisine de la dure-mère. La surface externe de cette membrane s'étant montrée absolument normale, il était de mon devoir de rechercher plus profondément la cause des graves accidents nerveux observés. J'incisai donc la dure-mère et passai à l'étape suivante, la pie-mère. La lésion recherchée s'offrit à mes yeux, à la surface de cette dernière membrane, sous l'aspect d'une toute petite nappe de pus qui fut nettoyée avec un tampon imprégné d'une solution de sublimé. J'aurais dû m'en tenir là, quitte à rechercher, le lendemain, dans le tissu cérébral, l'existence d'une seconde lésion, dans le cas où l'état grave de la malade aurait persisté ; mais, me refusant à croire qu'une aussi minime lésion méningée pût expliquer, à elle seule, le grave ensemble symptomatique observé, je ponctionnai, séance tenante, la région dénudée du lobe frontal en trois points différents, d'ailleurs sans y trouver de pus. Je ne doute pas aujourd'hui que ces ponctions faites à travers la pie-mère infectée, malgré la précaution que j'avais prise d'en étancher la surface avec des tampons imprégnés de sublimé, n'aient été la cause unique de la formation de l'abcès encéphalique développé ultérieurement dans la région ponctionnée.

Ce fait me paraît suffisant à lui seul pour condamner d'une façon absolue la pratique proposée par certains chirurgiens

étrangers, et consistant, dans les cas de doute entre l'existence d'une méningite et celle d'un abcès cérébral, à ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte, sous prétexe de diminuer ainsi la somme des dangers courus par le malade. Il va de soi pourtant qu'une pareille manœuvre aura pour conséquence fatale, en cas de méningite, d'infecter le cerveau et de laisser ignorer la méningite qui pourtant, prise au début, alors qu'elle est encore limitée, peut être parfaitement enrayée; s'agit-il, au contraire, d'une collection purulente intra-cérébrale, il nous semble, théoriquement, il est vrai, que le pus aura plus de chance de se diffuser sous la dure-mère intacte et d'infecter la pie-mère, que si la dure-mère a été préalablement sectionnée, auquel cas le tissus cérébral faisant hernie à travers la boutonnière dure-mérienne, forme un bouchon protecteur s'opposant à la diffusion du pus dans la cavité arachnoïdienne.

Pour la recherche du pus encéphalique, j'ai adopté définitivement, à la suite de divers essais comparatifs, l'usage d'un bistouri mince creusé d'une gouttière longitudinale, sur chacune de ses faces, et dont la longueur graduée ne dépasse pas 4 centimètres, limite extrême des recherches, tant pour le lobe sphénoïdal que pour le lobe frontal.

Je ne m'arrêterai pas à discuter ici la valeur de l'aiguille fine et de la méthode aspiratrice, procédé qui a été généralement rejeté, depuis qu'on a constaté la facilité avec laquelle les aiguilles fines se laissent obstruer par le tissu cérébral.

Le trocart non capillaire n'a évidemment pas l'inconvénient précédent, mais il en présente un autre, à savoir la nécessité, tout en enfonçant l'instrument, de retirer de temps en temps le perforateur plein servant de mandrin à la canule, précaution sans laquelle on s'expose, après avoir traversé une petite collection purulente, à en inoculer le pus à la paroi opposée, ainsi que la chose m'est notoirement arrivée chez ma malade de l'observation II. Le bistouri présente au contraire cet avantage, que le pus jaillit dès qu'il est atteint par lui.

E. — Les diverses variétés de complications intra-craniennes que j'ai énumérées plus haut sont susceptibles de guérison,

pourvu qu'elles soient combattues par une intervention chirurgicale suffisamment hâtive et étendue, et qu'on apporte au traitement consécutif tout le soin qu'il exige. La méningite, elle-même, considérée jusqu'à ces derniers temps comme au-dessus de nos ressources, en raison de sa tendance rapide à la diffusion et à la généralisation, peut être victorieusement attaquée, à la période initiale de son développement, alors que ses lésions sont cantonnées au voisinage immédiat du foyer osseux primitif. Je ne puis en donner une meilleure preuve que l'exemple de ma malade de l'observation III, chez laquelle l'ouverture du crâne, pratiquée le jour même où fut posé le diagnostic d'une complication intra-cranienne, révéla à la surface de la pie-mère une petite nappe de pus isolé qui fut nettoyée, séance tenante. Dès le lendemain, tout symptôme grave avait disparu, et la malade serait aujourd'hui, sans nul doute, complètement guérie si mes malencontreuses ponctions du cerveau n'avaient eu pour conséquence la production d'une suppuration cérébrale secondaire, non tarie encore à l'heure qu'il est (fin d'avril) après quatre mois d'un traitement assidu.

Une fois le foyer intra-cranien découvert, l'indication est de le nettoyer et d'en assurer le drainage. Cette indication assez simple, quand il s'agit de lésions méningées ou dure-mériennes, est au contraire hérissée de difficultés pour ce qui est de l'abcès encéphalique. Je dirai même que c'est avec le drainage de l'abcès cérébral que commencent les plus grandes difficultés.

Au moment même où l'on vient d'ouvrir l'abcès, il est souvent bien difficile, si l'on n'a pas eu soin de laisser l'instrument en place, de retrouver le trajet et d'y glisser un drain ; mais, une fois le drain introduit, surgit une autre difficulté : celle de le maintenir en place, la poussée exercée sur lui par le tissu cérébral tendant sans cesse à l'énucléer. Mais ce n'est pas tout : rien ne peut donner l'idée de la tendance de la suppuration encéphalique à se diffuser dans cette substance nerveuse, diffluente, où elle ne rencontre aucune barrière pouvant contribuer à la circonscrire. La pratique des lavages, que l'on tend de plus en plus à délaisser aujourd'hui, m'a paru chez une de mes malades, favoriser cette tendance à la diffusion; mais, même en dehors de ces manœuvres, on pourra voir comme

chez ma malade de l'observation III, une collection purulente, manifestement limitée à son origine, irradier ultérieurement, dans des directions diverses et à des profondeurs invraisemblables dans la substance cérébrale. A ce point de vue, le cas de l'une de mes malades (observation III) me paraît unique en son genre : j'ai pu en présence de plusieurs témoins, alors que son état général et son fonctionnement nerveux étaient absolument parfaits, faire pénétrer d'avant en arrière, dans son lobe frontal, la totalité d'une sonde mesurant exactement 10 centimètres. Le même instrument pénétrait à 7 cent. 1/2, de bas en haut, et à 9 centimètres en bas et en arrière.

Il est enfin un certain nombre de questions délicates à trancher relativement à ce problème si difficile du traitement consécutif de l'abcès cérébral : notamment le choix du meilleur agent de drainage, d'autre part le temps pendant lequel le drainage doit être prolongé ; enfin la conduite à tenir à l'égard du prolapsus cérébral, qui accompagne si souvent l'ouverture de l'abcès encéphalique.

Ayant dû faire moi-même ma propre expérience au milieu de toutes ces difficultés, j'ai fini, après bien des revers, des vicissitudes et des tâtonnements, par adopter, l'abcès une fois ouvert, la ligne de conduite suivante, que je me crois autorisé à recommander, comme offrant de sérieux avantages et donnant de grandes facilités.

Je conseille tout d'abord de laisser en place le bistouri qui vient d'ouvrir la collection purulente. On se servira de lui comme d'un guide pour glisser le long d'une de ses faces et lui substituer un couteau fin de thermo-cautère porté au rouge sombre. On pratique ainsi dans le tissu cérébral une ouverture ayant, sur celle faite avec le bistouri, l'avantage de rester béante et d'être facilement retrouvée dans les manœuvres de drainage. A travers cette ouverture faite crucialement, et dans une étendue suffisante, on introduira doucement le petit doigt afin d'être fixé dès le début sur la forme, la direction et les dimensions de la cavité. Cela fait, on en complètera l'évacuation en y introduisant de petits tampons imprégnés d'une solution faible de sublimé, puis étanchés et montés sur une pince fine.

Reste à drainer la cavité. J'ai complètement abandonné à cet effet l'usage des tubes de caoutchouc qui m'ont paru présenter le triple inconvénient d'être vulnérants pour le tissu nerveux, difficiles à maintenir en place, et de ne pas empêcher la stagnation du pus autour d'eux, notamment pour la région frontale qui, étant donnée la position du malade dans son lit, ne représente jamais la partie la plus déclive de la tête.

J'ai trouvé grand avantage à réaliser le drainage par le tamponnement de la cavité au moyen d'une mèche de gaze antiseptique préalablement humectée d'eau boriquée, puis étanchée. Dans le cas de trajets multiples, chacun d'eux recevait une mèche distincte dont l'extrémité était soigneusement maintenue au dehors. Le pansement était complété par de la gaze humide chiffonnée, par du taffetas gommé et de la ouate. Je ne saurais trop insister sur l'importance du tamponnement humide en pareil cas. Toutes les fois que, chez ma dernière malade, j'ai tenté d'employer de la gaze sèche, des phénomènes graves de rétention n'ont pas manqué d'éclater dans les 24 heures. Il me semble, en effet, que le pus cérébral, si particulièrement épais, ne puisse imprégner que des pièces de pansement préalablement humectées.

La méthode du tamponnement me paraît en somme présenter sur le drain l'avantage de ne pas irriter les éléments nerveux, de ne laisser stagner le pus en aucun point de la cavité et d'exercer en outre, par les principes antiseptiques (iodoforme, salol, etc.) dont la gaze est imprégnée, une action modificatrice continue sur les parois de la cavité suppurante.

La conduite à tenir ultérieurement n'a rien de particulier au tissu cérébral. On suivra ainsi les mêmes règles que pour le drainage de tous les trajets suppuratifs, faisant pénétrer chaque fois la gaze à fond, mais sans rien forcer, et diminuant la quantité de gaze introduite au fur et à mesure que la cavité se rétrécit.

La question du traitement du prolapsus cérébral est, comme on le sait, assez controversée, l'opinion n'étant pas encore bien établie relativement à l'innocuité de la suppression brusque de cette lésion.

Sans vouloir ériger en principe le résultat de l'observation d'un fait unique, je crois cependant que les bons effets de mon

intervention, dans un cas de ce genre, ne sont pas sans enseignements. Il s'agit de ma troisième malade chez laquelle l'existence d'un prolapsus cérébral ayant des dimentions d'une grosse prune, gênait manifestement le drainage et tout au moins l'exploration de l'abcès frontal. Après m'être servi avec succès du thermo-cautère pour élargir le trajet fistuleux qui débouchait à la partie inférieure de la hernie cérébrale, je fus amené à tenter la destruction progressive de celle-ci par une série de mouchetures faites par le même instrument comme s'il se fût agi d'une amygdale. Finalement, enhardi par le résultat, je me décidai à réséquer complètement la hernie cérébrale à sa base, en me servant d'une pince à dissection et du thermo-cautère. J'évitai ainsi toute hémorragie. La malade n'éprouva au cours de cette opération que fort peu de douleurs, et il ne s'en suivit aucun accident, bien que l'examen histologique de la partie reséquée y eût révélé la persistance d'éléments nobles, à côté de parties dégénérées. En revanche je gagnai à cette intervention l'avantage de pouvoir consécutivement explorer le foyer à fond avec le doigt et d'en drainer toutes les anfractuosités.

Obs. I. — *Sinusite frontale fongueuse, double. Abcès du lobe cérébral frontal droit diagnostiqué et ouvert. Mort cinq jours plus tard.*

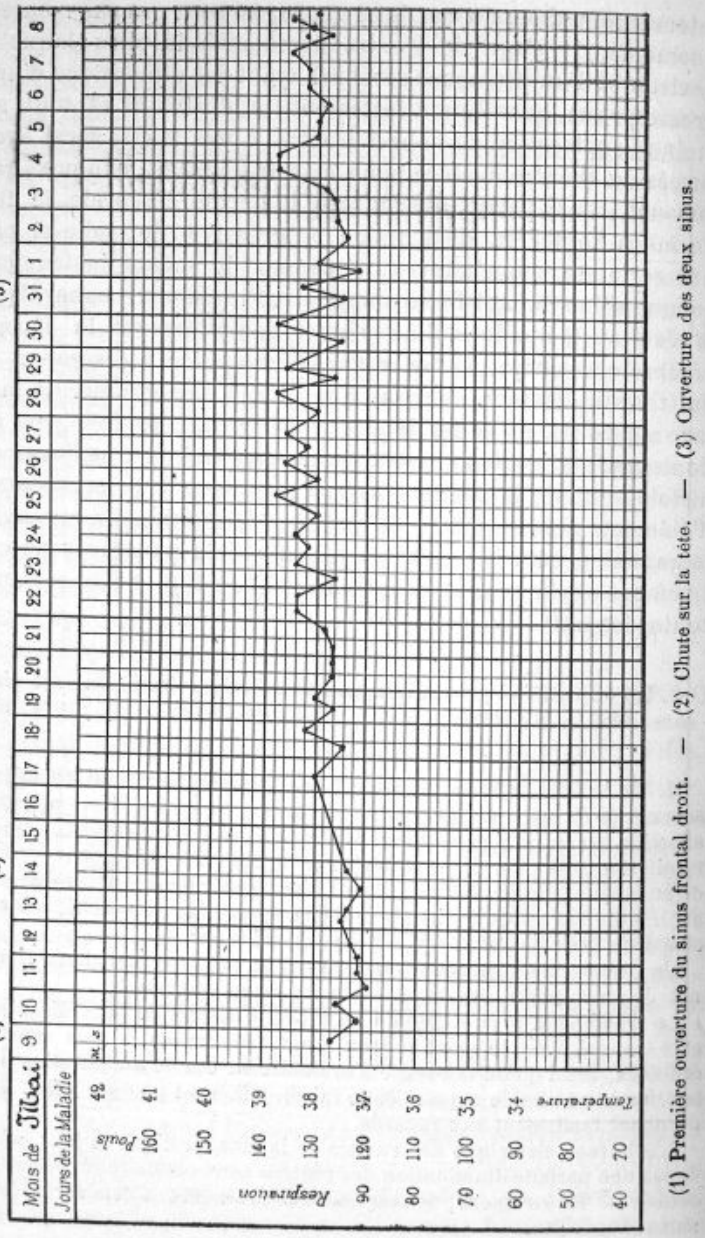
M. de la P..., 54 ans, homme d'une robuste constitution, m'était adressé, le 25 mars dernier par mon ami le Dr Richardière pour une affection nasale qu'il considérait comme un simple catarrhe et dont la manifestation la plus désagréable pour lui était l'écoulement continuel de mucosités parfois fétides pour la fosse nasale droite. Il croyait aussi avoir noté de temps en temps le même symptôme à gauche, mais le côté droit était de beaucoup le plus incriminé par lui.

Un premier examen des fosses nasales ne m'y révéla d'abord rien de net. Je ne constatai pas de pus dans les méats moyens.

Le lendemain, je procédai à une nouvelle inspection plus minutieuse et je trouvai, dans le méat moyen droit, des traces de pus non pas crémeux, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire en cas de suppuration frontale, mais très fluide et pour cette raison adhérant peu sur place et se dérobant facilement aux regards.

L'éclairage électrique des cavités de la face, pratiqué le jour même, donna une parfaite illumination des régions sous-orbitaires et des globes oculaires. En revanche, les régions sus-orbitaires s'éclairèrent mal, surtout à droite.

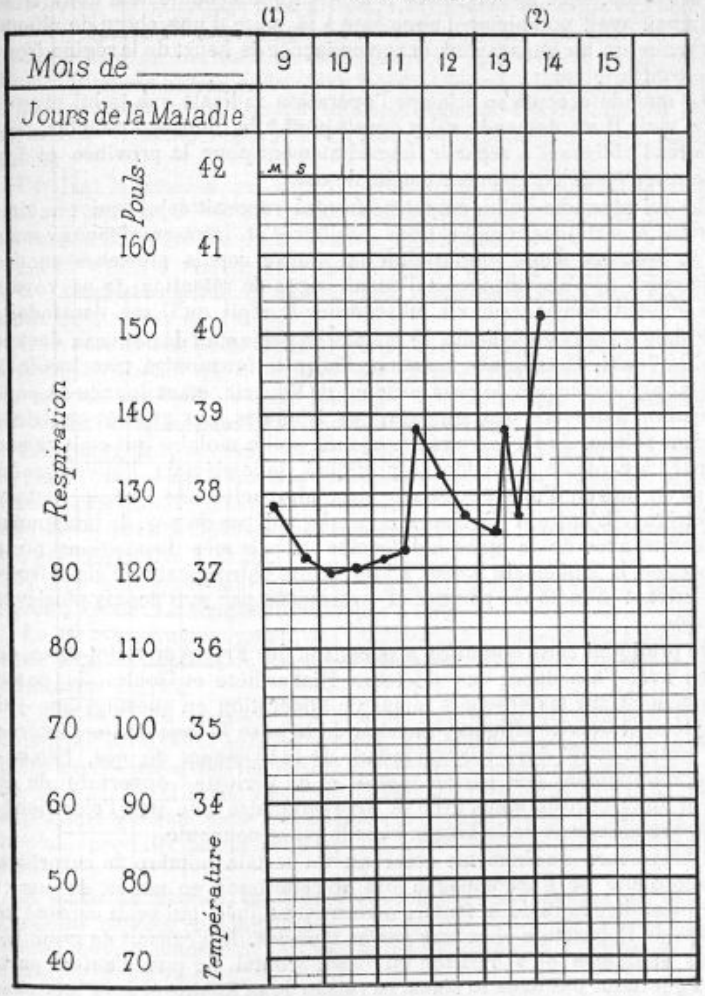
Obs. I. — M. de la P.
(1) (2) (3)



(1) Première ouverture du sinus frontal droit. — (2) Chute sur la tête. — (3) Ouverture des deux sinus.

OBS. I (*Suite*).

Mois de juin.



(1) Opération : abcès frontal. — (2) Mort à 11 h. du matin.

Cette dernière constatation rapprochée des résultats de l'inspection nasale me fit porter le diagnostic *d'empyème chronique du sinus frontal droit.*

Le malade faisait effectivement remonter à plusieurs années le début de ses symptômes nasaux, mais il ajoutait que l'écoulement dont il se plaignait avait notablement augmenté à la suite d'une chute de cheval survenue un an auparavant, et accompagnée de heurt de la région frontale contre le sol.

Le malade accepta en principe l'opération radicale que je lui proposais, mais il me demanda s'il y aurait péril à la différer d'un mois, ses affaires l'obligeant à repartir immédiatement pour la province et à y séjourner jusqu'au commencement de mai.

Je lui répondis qu'un empyème frontal exposait celui qui en était porteur à certaines complications orbitaires et intra-craniennes, mais qu'en présence d'une suppuration qui durait depuis plusieurs années déjà et qui ne s'accompagnait d'aucun signe de rétention, je ne voyais pas d'inconvénient sérieux à lui accorder le répit qu'il me demandait.

Fidèle à ses engagements, le malade se présentait de nouveau devant moi le 7 mai. Bien que le sinus maxillaire se fût montré translucide à l'éclairage électrique, je crus prudent de l'ouvrir, étant donnée sa participation habituelle aux suppurations frontales. Les grosses molaires étaient saines. Je fis extraire la seconde petite molaire qui était cariée et par l'alvéole de cette dent je pratiquai, le lendemain, l'ouverture du sinus au moyen d'une étroite scie circulaire actionnée par le moteur électrique. L'antre d'Highmore ne renfermait pas de pus. Je tamponnai sa cavité avec de la gaze iodoformée et pris mes dispositions pour procéder, le lendemain 9 mai, à l'ouverture chirurgicale du sinus frontal suivant la méthode adoptée et préconisée par moi depuis plusieurs années.

Je pratiquai cette opération à la maison des Frères de Saint-Jean de Dieu avec l'assistance des docteurs Richardière et Gouly. Je passe rapidement sur les premiers temps de l'opération en question que j'ai amplement décrite ailleurs; incision de la peau le long du tiers interne du sourcil et du bord correspondant de la naissance du nez, hémostase, refoulement des parties molles et du périoste, ouverture de la paroi antérieure du sinus avec la scie circulaire mue par l'électricité, et agrandissement de la brèche avec la pince coupante.

L'ouverture du sinus me réservait un certain nombre de surprises. D'abord elle ne s'accompagna pas de cette issue en masse de pus et de fongosités hors de la fenêtre osseuse pratiquée, qui avait marqué ce temps de l'opération chez mes autres malades. Il n'existait de granulations saillantes qu'à l'entrée du canal frontal. Le pus, d'autre part, ne séjournant pas dans le sinus, en raison de sa fluidité et de la perméabilité du canal frontal, on aurait pu, au premier abord, sans la présence des fongosités sus-mentionnées, douter de l'existence de l'empyème. L'état de la muqueuse au niveau de la paroi profonde constituait une cause d'erreur d'interprétation dont je fus dupe. Cette paroi pré-

sentait effectivement une surface unie couleur lie de vin et donnait au toucher la sensation d'une membrane molle, dépressible.

J'en fus à me demander si la lame profonde de l'os frontal n'avait pas été détruite par le travail suppuratif et si ce n'était pas la dure-mère que j'avais devant moi. Je crus donc devoir m'abstenir de toute manœuvre de curettage à ce niveau. Le plancher du sinus fut comme d'habitude abattu avec une gouge étroite, puis les parois de la cavité cautérisées avec une solution de chlorure de zinc à 1/5 et saupoudrées d'iodoforme. Je logeai enfin dans le canal fronto-nasal un drain évasé supérieurement qui fut coupé inférieurement au ras de l'entrée de la narine. Je terminai l'opération en suturant la plaie sur toute sa longueur.

Pendant la semaine qui suit l'opération, la température ne s'élève pas au dessus de 37° 5. Le malade accuse seulement de vives douleurs au niveau du trajet fistuleux du sinus maxillaire.

Le 13 mai. Le malade étourdi par une forte dose d'antipyrine qu'il avait absorbée en vue de calmer ses douleurs maxillaires, fait une chute en quittant son lit.

Il en résulte une plaie assez profonde et étendue de la région fronto-sourcilière gauche qui a porté contre l'angle d'un meuble. L'infirmier de service applique, séance tenante, sur cette plaie un pansement occlusif avec de la gaze iodoformée et du coton.

Le 14 mai. Je lève mon premier pansement post-opératoire. Je trouve la plaie réunie dans toute son étendue et j'enlève les points de suture. Dans l'intervalle écoulé depuis l'opération une injection avec une solution de formol à 1/1.000 et trois injections avec de l'éther iodoformé ont été pratiquées par le drain.

Le 15 mai. Le malade commence à accuser des douleurs sus-orbitaires à droite. La température monte à 38°.

Le 16 mai. Augmentation des douleurs. Le pansement est de nouveau levé. Suppuration au niveau du point de suture inférieur, à la croissance du nez.

Le 17 mai. Je constate que la suppuration sus-mentionnée est en communication avec le foyer frontal. Un œdème prononcé de la paupière supérieure droite me fait craindre un commencement de phlegmon de cette partie. Il existe aussi un certain degré d'œdème de la paupière supérieure gauche, mais là l'œdème est sans doute la conséquence de la plaie produite par la chute et qui s'accompagne aussi de suppuration.

A partir du 21 *mai*, la température s'élève au dessus de 38°. La pression exercée sur la paupière supérieure droite provoque l'issue d'une notable quantité de pus par la fistule formée à l'extrémité inférieure de la cicatrice.

Le 24 mai, cette fistule est agrandie avec le bistouri et j'y loge un drain d'assez fort calibre. Les injections lancées par le drain nasal sortent avec force par ce second drain. Le foyer est donc drainé dans toute son étendue et j'espère enrayer ainsi la marche du phlegmon.

Il n'en est malheureusement rien. *Du 24 au 30 mai* la température oscille, du matin au soir, entre 38 et 39°.

Le 26 mai, la paupière se montre empâtée dans toute son étendue. Une contre-ouverture est faite à son extrémité externe et un 3e drain logé à ce niveau.

Le 30 mai, explorant les deux cavités nasales, je constate la présence de pus abondant dans le méat moyen de la fosse nasale gauche.

Mon ami le Dr Noël Hallé, appelé en consultation par moi, partage mon opinion, que le sinus frontal droit insuffisamment curetté lors de mon intervention, est la source probable des phénomènes suppuratifs auxquels nous assistons. Il nous paraît en outre fort probable, étant donnée ma dernière constatation rhinoscopique, que le sinus frontal gauche participe aux mêmes accidents. Nous considérons en conséquence l'ouverture des deux sinus comme formellement indiquée, et cette nouvelle intervention ayant été acceptée par le malade est décidée pour le lendemain.

Le 31 mai. Le malade étant chloroformé je procède à l'opération de la façon suivante. Suivant les conseils du Dr Hallé qui avait bien voulu me servir d'assistant dans cette circonstance, je pratique une incision sur la moitié inférieure de la ligne médiane du front. Parvenu au niveau de l'espace inter-sourcilier, je fais bifurquer cette incision en forme de lambda par un prolongement de chaque côté du nez. Après hémostase, les lambeaux sont soigneusement refoulés et l'os mis à nu sur une large surface.

Je commence par élargir avec la pince coupante l'ouverture faite primitivement à la paroi antérieure du sinus droit. Parvenu au niveau de la ligne médiane, j'abandonne la pince pour attaquer la paroi antérieure du sinus gauche qui est ouvert à son tour et se montre plein de pus, bien que ne communiquant pas avec le premier sinus. Je reprends alors la pince coupante et m'en sers pour réséquer rapidement la cloison séparant les deux sinus. A la partie inférieure de cette cloison, au niveau de la racine du nez, un gros séquestre mobile est trouvé et enlevé. C'est sans doute à ce niveau que l'infection s'est faite d'un sinus à l'autre. A ce moment de l'opération, les deux sinus forment une vaste cavité béante facile à explorer et dans laquelle nous faisons les constatations suivantes.

L'entrée des deux canaux fronto-nasaux est bordée d'abondantes fongosités saillantes.

La paroi profonde des deux sinus présente une surface violacée lisse et molle au toucher. En y regardant de près, je me rends compte que cette particularité est due à ce que la muqueuse, énormément épaissie à ce niveau, est transformée en un véritable tissu fongueux dont la présence méconnue lors de ma première intervention explique naturellement la persistance de la suppuration dans le sinus opéré. L'échec opératoire était donc dû à un curettage incomplet de la cavité malade. Aussi, cette fois, apportons-nous un soin tout spécial à ce temps de l'opération. La totalité de la muqueuse épaissie et fongueuse est enlevée à

l'aide de la curette, et la surface de l'os sous-jacent touchée avec une solution de chlorure de zinc à 1/5.

L'opération est complétée par l'introduction d'un drain évasé supérieurement dans chacun des deux conduits fronto-nasaux.

J'étais d'avis à ce moment, le foyer ayant été abondamment saupoudré d'iodoforme et les parties fongueuses des téguments ayant été réséquées ou curettées, de réunir les bords de la vaste plaie par première intention, comptant sur mes deux drains pour assurer le drainage du foyer, mais le Dr Hallé s'y opposa de toutes ses forces, trouvant cette façon de procéder périlleuse, après que les téguments avaient suppuré. Le foyer fut donc bourré de gaze iodoformée et laissé béant. Un pansement ouaté légèrement compressif fut appliqué au dessus de la gaze.

Au cours de notre opération, nous n'avions constaté aucun défaut de la paroi profonde. Aucune complication intra-cranienne ne nous paraissait donc à craindre et rien ne semblait devoir s'opposer cette fois à la prompte guérison du malade.

Pourtant la température ne descendit à 37° que le lendemain matin de notre intervention. Dès le soir du même jour elle remontait à 38° et oscillait, les deux jours suivants, aux environs de ce chiffre, en même temps que le malade, n'accusant d'ailleurs aucune souffrance et aucune autre incommodité que celle d'être temporairement privé de la vue par son pansement, s'affaiblissait, maigrissait à vue d'œil et exprimait une répugnance prononcée à l'égard de tout aliment.

Le 4 juin (4 jours après notre seconde intervention) la température matinale s'étant élevée à 39°, je me décidai à lever le pansement. Je crus trouver l'explication de la persistance de la fièvre dans la présence d'une collection purulente dans la paupière supérieure droite que j'incisai d'ailleurs sur-le-champ.

En revanche le foyer osseux parut en bon état et fut abondamment lavé avec une solution de sublimé à 1/2.000. A ce moment les personnes qui veillaient le malade m'avertirent que, depuis quelques jours, il lui arrivait de temps en temps de délirer. Bien qu'il n'eût encore présenté, en ma présence, aucun trouble des idées, je crus devoir attacher une certaine importance à cette constatation, et, dans la pensée que le trouble en question pouvait être dû à une légère intoxication iodoformée, je remplaçai la gaze à l'iodoforme par de la gaze au salol. Chaque jour le pansement fut renouvelé et le foyer irrigué avec la même solution de sublimé.

Le 9 juin, la température continuant d'osciller entre 38° et 39° malgré l'évacuation de l'abcès palpébral et l'excellent état de la plaie, je commençai à partager les craintes que mon ami le Dr Richardière m'exprimait depuis plusieurs jours, relativement à la possibilité d'une complication intra-cranienne. Son dépérissement faisait effectivement, chaque jour, des progrès plus alarmants, il laissait inconsciemment échapper ses urines, et il lui était arrivé, ce même jour, de délirer en ma présence, me prenant pour son coiffeur, et le reste du temps, présen-

tant un état de somnolence d'où on ne le tirait que par des questions adressées à haute voix et avec insistance.

Je fus frappé en outre d'un ralentissement marqué du pouls (62) contrastant avec la température; et rejetant complètement le diagnostic méningite, je crus devoir resserrer le problème pathologique entre l'hypothèse d'un abcès sous-dure-mérien et celle d'un abcès cérébral.

Le lendemain 10 *juin*, le Dr Hallé ayant bien voulu examiner à nouveau le malade avec moi partagea complètement mon diagnostic. Ce diagnostic entrainait l'indication d'une prompte intervention.

Nous émimes donc devant la famille de M. de P... l'opinion très nette que le malade était perdu à courte échéance si les choses étaient abandonnées à leur marche naturelle et que seule l'ouverture du crâne lui donnerait une chance sérieuse de salut en nous permettant de trouver la collection de pus soupçonnée soit à la surface, soit dans la profondeur du cerveau. J'insistai en outre pour que notre intervention, si elle était acceptée, eût lieu le jour même, tout retard à l'exécuter devant diminuer ses chances de succès.

Les parents du malade m'ayant donné leur assentiment sans la moindre hésitation, je procédai à cette troisième intervention, le jour même, à 4 heures du soir, avec l'assistance des Drs Hallé et Bresson, ce dernier ayant bien voulu se charger de la chloroformisation. Notre intervention n'était pas sans comporter quelque aléa par suite de la bilatéralité de la lésion osseuse qui ne nous permettait pas d'affirmer lequel des deux hémisphères cérébraux était en jeu. Les chances étaient toutefois évidemment en faveur de l'hémisphère droit, le sinus de ce côté s'étant montré plus anciennement et plus profondément malade. Nous n'avions en revanche aucun point de repère fondé sur l'élément *douleur*, toute trace de céphalalgie ayant manqué dans les derniers temps, et les douleurs sus-orbitaires ressenties par le malade à un moment donné pouvant être logiquement attribuées au phlegmon fronto-orbitaire qui n'avait pas encore été ouvert à cette époque.

Assurément l'examen du fond de l'œil aurait pu être pour nous une source de précieux renseignements en nous montrant des modifications papillaires prédominant d'un côté, et c'est par suite d'un oubli peu excusable que nous n'y recourûmes pas.

L'examen attentif de l'état de la motilité et de la sensibilité générale et sensorielle fut complètement négatif. Si le doute était permis relativement au *côté* de la lésion intra-cranienne soupçonnée, il ne pouvait en être de même de son *siège*, au point de vue de la topographie d'un seul hémisphère, étant donnée la loi qui commande le voisinage de la lésion osseuse primitive par rapport à la lésion intra-cranienne secondaire. Seul le lobe frontal pouvait être ici en jeu. Nous résolûmes donc de mettre à nu la région antérieure des deux lobes frontaux immédiatement contiguë à la paroi postérieure du sinus.

Ce temps de l'opération fut exécuté en partie avec la gouge et le maillet, partie avec la pince coupante. Il fut assez laborieux vers la ligne médiane, en raison de l'épaisseur relative de l'os à ce niveau.

Finalement la dure-mère fut mise au jour sur une étendue corres-

pondant, à droite de la ligne médiane, à une pièce de 2 francs, et un peu moindre à gauche.

Nous pûmes constater qu'il n'existait pas de collection purulente à la face profonde de l'os.

Je procédai alors à l'incision transversale de la dure-mère, très épaisse au voisinage de la ligne médiane.

Le tissu des deux lobes frontaux fit hernie à travers la boutonnière pratiquée, offrant une couleur de lie de vin et présentant des pulsations très marquées.

Mes deux aides me firent alors remarquer que le lobe droit se montrait manifestement plus turgescent et plus fortement pulsatile.

Cette constatation me détermina à y rechercher la collection purulente soupçonnée. A cet effet, j'introduisis dans la partie la plus turgescente de ce lobe un bistouri long et mince, à une profondeur de 3 centimètres, et j'imprimai à la lame un léger mouvement tournant, dans le but de rendre la plaie béante. Nous vîmes aussitôt jaillir de cette dernière du pus jaune, crèmeux, non fétide, dont nous évaluâmes, d'un commun accord, la quantité à une forte cuillerée à soupe.

Au moment de l'incision du tissu cérébral nous notâmes une série de contractions musculaires saccadées dans les membres du côté gauche.

Un drain de caoutchouc fut introduit dans l'abcès et, par un point de suture, fixé au bord voisin de la plaie cutanée. Par l'intermédiaire de ce drain, une solution tiède et concentrée d'acide borique fut poussée lentement dans le foyer, au moyen d'une seringue stérilisée, jusqu'à ce que le liquide ressortit parfaitement clair.

La surface cérébrale fut recouverte de bandelettes de gaze iodoformée imprégnées d'eau boriquée puis exprimées. Pansement ouaté légèrement compressif.

L'opération avait duré exactement une heure.

Le soir, le pouls remontait à 70 et la température tombait à 37°.

Le malade ne tarda pas à reprendre connaissance, tout en restant un peu somnolent, et répondit exactement à plusieurs questions qui lui furent posées.

Il prit un peu de champagne puis s'endormit. Le seul phénomène anormal noté durant cette nuit consista en arrêts prolongés de la respiration.

10 *juin*. Conservation de la connaissance avec tendance à la somnolence. Pas de délire. Evacuations involontaires d'urine. Température 37°, pouls 72.

11 *juin*. Température 37°, le matin, et 37°,3 le soir. Pouls 80.

Secousses cloniques continuelles dans les membres du côté gauche avec exagération des réflexes. Ces phénomènes s'exagèrent à la suite de l'irritation du tissu cérébral occasionnée par le changement du pansement.

Nous ne constatons de pus, à la surface du cerveau, qu'autour du drain, de même qu'à l'intérieur de ce dernier. Lavage de l'abcès avec une solution tiède de sublimé à 1/4.000.

Le malade continue de laisser échapper inconsciemment ses urines. Il se nourrit de lait, de bouillon, d'œufs et de jus de viande.

Dans *la nuit du 11 au 12 juin*, la température s'élève à 38°,9.

12 juin T. mat. 38°,2; soir 37°,6. Pouls, 80.

Parésie des membres du côté gauche. Grand affaissement intellectuel.

Le malade ne répond qu'aux questions adressées avec force et insistance, et comme machinalement. Il ne reconnait personne. Continuation de l'incontinence d'urine. Je renouvelle le pansement et lave encore l'abcès comme la veille. Je retire légèrement le drain, en vue d'éviter une compression de la paroi profonde.

13 juin. T. mat. 37°, soir 38°,9. Inertie avec rigidité des membres du côté gauche. J'enlève le drain.

14 juin. La température prise le matin de bonne heure s'élève au dessus de 40°; pouls 120. Le malade entre en agonie et succombe à 11 heures du matin. Pas d'autopsie.

Mon ami le Dr Ledoux-Lebard, chef du laboratoire de l'hôpital des enfants, à qui j'avais confié l'examen du pus cérébral, a bien voulu m'adresser la réponse suivante :

« Le pus contenait en abondance des streptocoques à longues chaînettes. On ne voyait pas d'autres microbes dans les préparations sur lamelles.

« L'ensemencement sur agar a donné des colonies de streptocoques dans les tubes ensemencés par stries.

« Enfin une souris blanche très jeune, inoculée, sous la peau, avec une notable quantité de ce pus dilué dans un peu d'eau stérile, est restée jusqu'ici bien portante et ne présente point d'abcès au point d'inoculation. »

Obs. II. — *Evidement attico-antral, bilatéral, pour une ostéite fongueuse de cette région. Perforation spontanée du tegmen à droite, avec chute de la dure-mère gênant le curettage du foyer.— 8 jours plus tard, signes d'abcès cérébral à droite. Ouverture chirurgicale d'un abcès profond du lobe sphénoïdal droit. — Reproduction de l'abcès, après drainage insuffisant. Réouverture de l'abcès et drainage intra-cérébral jusqu'à 6 centimètres de profondeur. — Mort après une survie de deux mois, avec signes d'épanchement ventriculaire aigu.*

Gabrielle Ch..., 15 ans, jeune fille d'une forte constitution, a été opérée, il y a cinq ans, de végétations adénoïdes. Dix-huit mois plus tard, sans cause apparente, l'oreille droite commence à suppurer. Quelques mois après, l'oreille gauche suppure à son tour. Pour cette double suppuration la jeune fille a été soignée successivement par plusieurs spécialistes. L'un d'eux aurait fait plusieurs extractions de polypes dans les oreilles. Malgré tout, la suppuration des oreilles persista sans aucune atténuation.

Le 17 juin 1896, je vois la malade pour la première fois. Je constate un écoulement très fétide des deux oreilles : les conduits sont

étroits et l'inspection otoscopique difficile. Je puis toutefois noter une destruction complète des tympans : je ne vois pas de fongosités dans les caisses. Après lavage des oreilles je pratique un tamponnement iodoformé des deux cavités tympaniques avec l'intention de le renouveler moi-même tous les deux jours.

Le 20 juin, trouvant la suppuration toujours abondante et aussi fétide que la première fois, je soupçonne la participation de l'antre mastoïdien (non atteint par le tamponnement) à la suppuration tympanique et je commence à faire entrevoir aux parents de la jeune fille la nécessité probable, à courte échéance, d'une opération chirurgicale sur les deux oreilles. En attendant, la malade habitant hors de Paris, et ne pouvant facilement venir tous les jours chez moi pour ses pansements, je fais pratiquer par sa mère plusieurs lavages boriqués par jour suivis d'instillations de glycérine phéniquée à 1/15.

21 juin. Apparition, pour la première fois, de douleurs violentes dans la moitié droite de la tête, et surtout dans la tempe. Température axillaire 39°.

22 juin. Appelé auprès de la jeune fille, je constate un point douloureux à la pointe de l'apophyse mastoïde droite, sans gonflement. Ecoulement toujours abondant et fétide.

23 juin. Diminution de la suppuration à droite coïncidant avec un redoublement de la douleur temporale et de la fièvre. Température axillaire 40°,9.

24 juin. Persistance de la fièvre et de la douleur.

25 juin. Réapparition de la suppuration à droite accompagnée d'une défervescence complète et d'une accalmie qui se maintiennent jusqu'au 29 juin.

Le *29 juin.* Réapparition des douleurs et de la fièvre (39°), accompagnées cette fois d'un nouveau symptôme, de vomissements verts avec état nauséeux continuel, les vomissements se produisant à l'occasion de tout déplacement de la malade. Le Dr Paillotte, médecin habituel de la malade, constate en outre un peu d'albuminurie, 1 gr. par litre. Les vomissements se reproduisent *le 30 juin* et le *1er juillet.*

Le 1er juillet, rappelé près de la jeune fille, je m'alarme de ces vomissements bilieux dans lesquels je crois voir une menace de complication intra-cranienne et je décide de pratiquer dès le lendemain matin l'évidement pétro-mastoïdien. Bien que les symptômes alarmants n'existent que du côté droit, je me résous à opérer les deux oreilles dans la même séance, étant donné qu'une oreille suppurante nécessite des soins tout différents suivant qu'elle a été ou non opérée, et craignant que si l'oreille gauche n'est pas opérée, les pansements fréquents qu'elle nécessitera ne nous obligent à déranger sans cesse le pansement à demeure post-opératoire de l'oreille droite.

Le 2 juillet, je pratique, d'abord sur l'oreille droite, puis sur la gauche, l'opération de Stacke étendue à l'antre, avec l'aide des Drs Gouly et Paillotte, le chloroforme étant administré par le Dr Bresson. Cette double opération fut terminée en deux heures : elle ne fut pourtant pas exempte de difficultés : la cavité tympano-antrale étant à gauche

comme à droite très exiguë et située à une grande profondeur sous une couche extrêmement épaisse de tissu compact. L'oreille droite présentait en outre une lésion toute spéciale rendant l'opération particulièrement laborieuse et dont j'avais eu l'occasion de rencontrer un exemple semblable dans une intervention antérieure : tout au fond du conduit étroit, à travers le tegmen détruit, la dure-mère faisait saillie dans la cavité tympanique, rétrécissant encore ses dimensions si exiguës et rendant l'emploi de la gouge et de la curette extrêmement laborieux et délicat dans l'étroit espace compris entre le cerveau coiffé de la dure-mère, le nerf facial, et le sinus latéral. J'attachai d'autre part une grande importance, au point de vue du pronostic, à cette constatation de la dénudation de la dure-mère, sachant que c'est dans ces conditions que l'abcès cérébral se produit le plus volontiers. Aussi, dès ce jour, représentai-je à mes aides cette grave complication comme possible et je leur fis remarquer que dans le cas où elle se produirait la voie était tout ouverte vers le lobe sphénoïdal où il serait tout indiqué d'aller la rechercher, du fait de la topographie toute spéciale des lésions osseuses.

Les deux foyers osseux furent, suivant mes habitudes, badigeonnés avec une solution de chlorure de zinc, à 1/5; puis tamponnés avec de la gaze iodoformée.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, la température axillaire oscilla encore de 38° à 38°,9.

La défervescence ne se produisit que *le 5 juillet*, accompagnée d'une grande amélioration de l'état général.

Le 6 juillet, je renouvelle les deux pansements et trouve les plaies dans un état très satisfaisant.

Le 8 juillet, réapparition des douleurs dans la tempe droite, des nausées et des vomissements verts. La température oscille entre 36°,5 et 39°. Un purgatif provoque des selles abondantes.

Le 9 juillet, je trouve la malade dans l'état suivant : elle est somnolente, répond exactement mais péniblement aux questions qu'on lui adresse : elle se plaint toujours de douleurs dans la tempe droite : elle peut encore se lever pour son pansement, mais elle éprouve en quittant son lit de violents vertiges accompagnés de nausées et de vomissements bilieux. Pas de modifications pupillaires : pas de troubles de la sensibilité ni du mouvement ; pas d'hémianopsie, pouls régulier et lent (63). Sur cet ensemble de symptômes caractéristiques (céphalée malgré l'ouverture du foyer osseux, vomissents verts avec vertige, somnolence, ralentissement du pouls et athermie), je pose sans hésitation le diagnostic d'abcès encéphalique et, en raison de la localisation spéciale des lésions osseuses, je localise l'abcès soupçonné dans le lobe temporo-sphénoïdal droit. Dès le soir même je prends toutes mes dispositions pour procéder, le surlendemain matin, à l'opération indiquée, mais je me propose de ne faire part de mes intentions à la famille que le lendemain, quand le coma aura, suivant toutes les probabilités, succédé à la somnolence, constituant un élément d'alarme suffisamment impressionnant.

Le lendemain 10 *juillet*, un télégramme m'annonce que le coma attendu s'est produit : je me décide à ne pas différer au lendemain mon intervention et le jour même à cinq heures du soir je suis près de la malade avec mes aides et tout ce qui est nécessaire pour l'opération. Après un nouvel examen de la jeune fille j'annonce aux parents qu'elle est irrémédiablement perdue si nous laissons les choses suivre leur cours naturel, que seule l'ouverture du crâne peut nous donner des chances de salut et que ces chances me paraissent très grandes si nous pouvons intervenir le jour même.

Les parents ayant donné leur consentement je procède, séance tenante, à l'opération projetée.

Le coma étant encore très léger, et la jeune fille réagissant fortement sous l'influence de la moindre excitation, je me décide à la chloroformer et c'est le Dr Paillotte qui veut bien se charger de la narcose en l'absence du Dr Bresson qui n'a pu être prévenu à temps. Je suis assisté par le Dr Gouly et par le Dr Liébaud, habitant la localité.

Pour mettre à jour la région cérébrale suspecte je suivis la pratique préconisée par Schede et par Hansberg consistant à suivre pas à pas la lésion osseuse. Je commençai donc par prolonger en avant, horizontalement, au-dessus du pavillon de l'oreille, l'extrémité supérieure de ma première plaie opératoire : je fis partir, en outre, de la partie moyenne de la prolongation de l'incision, juste au-dessus du conduit auditif, une courte incision perpendiculaire à la première, longue de trois centimètres, et destinée à me donner plus de jour. Les parties molles ayant été refoulées, y compris le périoste, je me mis à agrandir, d'abord avec la gouge et le maillet, puis avec la pince coupante, la perforation osseuse notée au niveau du tegmen, de bas en haut, puis d'arrière en avant, jusqu'à ce que j'eusse créé au-dessus du conduit auditif externe une fenêtre laissant la dure-mère à nu, mesurant exactement trois centimètres de long et s'élevant d'un bon centimètre au-dessus du plancher de l'étage moyen du crâne. La dure-mère était saine. Elle fut incisée d'arrière en avant sur une longueur de deux centimètres, puis de bas en haut de manière à avoir une ouverture cruciale. Il se produisit au cours de cette manœuvre une petite hémorragie, peu gênante d'ailleurs.

A travers la boutonnière ainsi créée le tissu cérébral fit aussitôt hernie sous forme d'une bouillie diffluente représentant le volume d'une noisette. Le tissu cérébral était animé de pulsations très nettes. Je procédai alors à la recherche de l'abcès conformément à la pratique que j'avais adoptée lors de mon opération antérieure, au moyen d'un long bistouri étroit que j'enfonçai dans le tissu cérébral, d'abord bien exactement au-dessus du conduit auditif et perpendiculairement à la surface cérébrale, à une profondeur de deux centimètres, en ayant soin, le bistouri une fois enfoncé, de lui imprimer un léger mouvement de rotation de façon à faciliter l'écoulement du pus. Cette ponction fut répétée sans résultat sur huit points différents de la région cérébrale dénudée et dans des directions différentes en ne dépassant jamais trois centimètres afin d'éviter la blessure du ventricule latéral. Prenant alors en considération les douleurs temporales persistantes de la malade,

j'agrandis antérieurement la brèche osseuse et pratiquai une neuvième ponction à la partie antérieure du lobe sphénoïdal : cette nouvelle tentative ayant été infructueuse, je revins à la place de ma première ponction et j'enfonçai cette fois le bistouri un peu obliquement en arrière à une profondeur de quatre centimètres : j'eus la sensation que la pointe du bistouri rencontrait une membrane élastique tendue : je surmontai sa résistance et je perçus aussitôt un bruit de gaz qui s'échappe en même temps que s'écoulait un flot de pus crémeux, verdâtre, d'une horrible fétidité, accompagné de gaz, et dont la quantité fut unanimement évaluée par nous à deux cuillerées à soupe. Je trouvai une grande difficulté à retrouver le trajet de l'abcès pour y loger un drain par lequel je lavai la poche avec une solution tiède saturée d'acide borique : ce drain fut fixé à l'un des bords de la plaie cutanée par un point de suture. La surface cérébrale herniée fut recouverte de petites bandelettes de gaze iodoformée trempées dans une solution de formol à 1/1.000 et soigneusement exprimées ensuite. Je renouvelai par la même occasion le tamponnement des cavités osseuses, et appliquai un pansement ouaté légèrement compressif.

La malade ne tarda pas à se réveiller, mais elle entra bientôt dans un état d'agitation violente avec délire et laissant échapper inconsciemment ses urines. Le lendemain 11 *juillet*, 9 heures du matin, je la trouve dans le même état de délire et d'agitation. Le pouls qui marquait 63 avant l'opération était remonté à 100. Température 38°.

Je la revois à 5 heures du soir. Son agitation est moindre : elle répond assez exactement aux questions qui lui sont adressées avec une certaine insistance, mais ne reconnait personne.

Le pansement est renouvelé et l'abcès lavé avec une solution tiède de formol à 1/1.000. Température 37°,5. Dort profondément la nuit suivante.

12 *juillet*. Pouls 88. Température 36°,9. La malade reconnait son père et sa mère, indique exactement son âge et la date de sa première communion, garde le lait qu'elle prend ; la solution injectée dans l'abcès ressortant parfaitement clair, je supprime le drain. En revanche, remarquant que la hernie du cerveau menace de compromettre le drainage du foyer osseux, je glisse par la plaie un petit drain sous cette hernie et je tamponne très soigneusement le conduit auditif jusque dans la cavité tympanique.

13 *juillet*. Nous notons comme particularité, dans cette journée, des bâillements incessants. Température 36°,4. Pouls 70. Retour complet de la connaissance. La malade se rend elle-même de son lit à la table sur laquelle on pratique le pansement.

L'abcès cérébral est fermé. Après avoir détamponné le conduit auditif, je constate que la solution de formol injectée par le drain ressort facilement par le conduit. Le drainage du foyer osseux est donc bien assuré.

14 *juillet*. Retour de l'appétit. Disparition de toute trace d'albumine.

15 *juillet*. La malade commence à présenter un appétit vorace. Elle

s'inquiète à tout instant de ce qu'on va lui donner à manger. Le mieux s'accentue rapidement les jours suivants et le 19 *juillet*, neuf jours après l'opération, la jeune fille peut descendre à son jardin. Elle paraît revenue à un état cérébral normal à part une certaine accentuation du côte enfantin de son caractère.

23 *juillet*. La cicatrisation de la plaie cutanée fait de grands progrès La hernie cérébrale offre une teinte gris-jaunâtre et paraît tendre à se sphacéler. L'iodoforme dont on la saupoudre chaque jour est remplacé par le traumatol.

23 *juillet*. Vomissement alimentaire accompagné d'une légère élévation thermique 38°,5, que l'on attribue à un bain pris peu de temps après le repas.

24 *juillet*. Le malaise de la veille est complètement dissipé. Progrès rapide de la cicatrisation de la plaie. La hernie cérébrale paraît se réduire et se confond à sa périphérie avec les granulations de bonne apparence des bords de la plaie ; la malade joue du piano, se promène dans son jardin, mange avec appétit, et paraît parfaitement gaie et bien portante. Le soir même de ce jour elle commence à être prise de somnolence : elle pousse des gémissements presque toute la nuit, accusant une céphalée frontale qu'elle ne localise pas plus à droite qu'à gauche. On ne peut la dresser dans son lit sans qu'elle soit prise de vertiges et de vomissements verts. Les symptômes s'accusent le lendemain 25 *juillet*.

Rappelé près de la malade par télégramme, je la trouve couchée sur le côté droit, fuyant la lumière, répétant sans cesse : J'ai mal au cœur; elle paraît complètement absorbée par son malaise et il faut une grande insistance pour fixer son attention et lui arracher des réponses qui sont d'ailleurs exactes. La température axillaire lors de ma visite (7 heures du soir) était 37°,8. Pouls 88.

Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Pas d'hémianopsie. Je diagnostique un nouvel abcès cérébral ou plutôt une nouvelle collection de pus renfermée dans la poche primitive par suite d'une ouverture et d'un drainage insuffisants. Je me propose de ponctionner dès le lendemain matin la hernie cérébrale.

26 *juillet*. A 10 heure du matin je suis près de la jeune fille, assisté du Dr Bresson et du Dr Flammarion qui remplace le Dr Paillotte. Je cherche tout d'abord à procéder à un examen ophtalmoscopique de la malade, en vue de trouver de ce côté un élément confirmatif de mon diagnostic, mais la jeune malade dont l'agitation est extrême oppose une telle résistance à cette tentative que je suis forcé d'y renoncer. La température axillaire est à ce moment de 37° et le pouls à 80. La hernie cérébrale se montre animée de très légères pulsations. J'enfonce au milieu de la hernie un trocart de moyenne dimension et je ramène, à moins d'un centimètre, du pus, en même quantité, et présentant les mêmes caractères que lors de la première évacuation. Je glisse aussitôt le long du trocart un bistouri et je pratique cette fois dans la substance cérébrale une longue incision de deux centimètres. Il paraît évident que, comme je l'avais supposé, l'abcès, insuffisamment ouvert et drainé la première fois, s'est reformé insensiblement les jours précédents et a

continué à se développer vers la surface, ce qui explique sa situation plus superficielle la seconde fois.

C'est ici le moment de dire que l'examen du pus du premier abcès qui avait été recueilli à l'aide d'un tube de Pasteur au moment de l'opération avait été confié par nous à notre ami M. Jean Binot, interne des hôpitaux et préparateur au laboratoire de l'Institut Pasteur. Cet examen lui avait révélé la présence d'une grande proportion de streptocoques courts, de pneumocoques, de quelques rares staphylocoques.

L'abcès ouvert fut longuement lavé avec une solution tiède de sublimé à 1/2.000, puis étanché avec de la ouate, saupoudré de poudre d'iodoforme, et bourré de gaze iodoformée. Le pansement terminé, la malade fut retransportée dans son lit où elle s'endormit profondément.

27 *juillet*. L'abcès cérébral a continué apparemment à couler depuis a veille, car je trouve les pièces de pansement abondamment trempées par du pus fétide; état satisfaisant. Température 37°. Disparition de la céphalée, mais il reste la gastralgie et un état nauséeux. La jeune fille a rejeté du lait que l'on a voulu lui faire prendre. Après avoir levé le pansement je constate que la cavité de l'abcès s'est considérablement réduite depuis la veille; il est toujours largement ouvert, grâce à la mèche de gaze iodoformée qui y a été introduite. En vue de modifier et de désinfecter sa paroi interne, j'en pratique le badigeonnage avec un petit tampon d'ouate imprégné d'une solution iodo-iodurée à 1/40. Après quoi la cavité est de nouveau saupoudrée d'iodoforme et tamponnée comme la veille. J'apporte, en même temps, un grand soin au tamponnement et au drainage des foyers osseux dont l'aspect est d'ailleurs satisfaisant, car je n'y constate ni pus en stagnation ni fongosités.

28 *juillet*. En levant le pansement je constate que toute fétidité a disparu et que la gaze iodoformée est fort peu imprégnée. Le seul symptôme qui persiste chez la malade est une inappétence accompagnée de nausées. Température 37°. Pouls 80.

29 *juillet*. Etat parfaitement satisfaisant. Retour de l'appétit et de la gaîté.

31 *juillet*. Continuation de l'amélioration. Je note une inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus dilatée que la droite. Cette inégalité disparaît les jours suivants.

Pendant les *premiers jours d'août* rien de particulier à noter. La jeune fille continue de se trouver bien : elle mange avec appétit, et a presque repris sa vie habituelle. Tous les deux jours les pansements sont renouvelés : ils consistent à introduire une mèche de gaze iodoformée au fond de chacun des foyers osseux, ainsi que dans le trajet de l'abcès cérébral ouvert au bistouri. Je pensais jusque-là que la cavité de cet abcès se réduisait à la petite poche superficielle que je bourrais de gaze iodoformée à chaque pansement, m'expliquant la disproportion entre l'exiguité de cette poche et la grande quantité de pus évacué lors de mon intervention par la supposition, qu'immédiatement après cette évacuation il s'était produit un resserrement des parois de l'abcès, et pourtant je n'avais pu par cette supposition me rendre compte, pourquoi, le lendemain de ma seconde intervention sur le

cerveau, après que j'avais cru laver complètement la cavité de l'abcès, j'avais trouvé les pièces de pansement imprégnées d'une grande quantité de pus fétide, d'origine évidemment cérébrale, qui s'était écoulée pendant la nuit.

C'est *le* 6 *août* seulement, presque exactement un mois après ma première opération sur le cerveau, qu'il me fut donné de me rendre un compte exact des particularités précédentes et de me faire une idée précise des dimensions et du siège des lésions encéphaliques. Ce jour-là en effet je fus invité à me rendre près de la jeune fille que j'avais soigneusement pansée la veille, le pansement étant trempé depuis la nuit par une grande abondance de pus horriblement fétide. Arrivé près de la malade avec le Dr Gouly, je constatai l'exactitude de ces renseignements, et supposant bien que le pus écoulé provenait du cerveau, comme en témoignait suffisamment sa fétidité spéciale, j'introduisis un long stylet ayant à peu près l'épaisseur d'un cathéter d'oreille ordinaire dans le trajet cérébral où je ne pouvais généralement faire pénétrer la gaze iodoformée à plus d'un centimètre de profondeur.

Grande fut ma surprise de voir le stylet s'engager sans difficulté à une profondeur ne mesurant pas moins de cinq centimètres, autant que je pus m'en assurer par une mensuration exacte, en même temps qu'il donnait la sensation de se mouvoir dans une grande cavité. La direction du trajet paraissait oblique en haut et en dedans. Cette introduction du stylet donna lieu à un abondant écoulement de pus fétide, pareil à celui qui imbibait le pansememt. Je compris alors que la petite cavité à laquelle s'étaient jusque-là limitées mes manœuvres de tamponnement et de drainage n'était qu'une sorte de vestibule communiquant plus ou moins mal avec une cavité beaucoup plus grande, située en dedans d'elle, et qui évacuait d'une façon intermittente le trop plein de son contenu. Je réussis à introduire jusqu'au fond de ce foyer un petit drain que j'avais sous la main et par lequel je vis le pus continuer de s'écouler : je pratiquai alors avec un bistouri glissé le long de ce drain plusieurs incisions dans différents sens dans la substance cérébrale, de façon à faire place à un second drain qui fut insinué à côté du premier : je pus ainsi laver complètement la cavité de l'abcès avec une solution tiède de formol à 1/2.000 que j'injectais par un des drains et qui rejaillissait par l'autre. Au temps qui s'écoulait pour que le liquide injecté ressortit et à la quantité de liquide qui continuait de s'écouler, après que la seringue avait été enlevée, il était facile de juger qu'on avait affaire à une poche volumineuse, dont les dimensions ne devaient guère être inférieures à celles d'un œuf de poule.

La jeune fille supporte toutes ces manœuvres assise sur une chaise, n'accusant ni douleurs ni sensations vertigineuses. Il est remarquable que la présence de la collection purulente infecte qu'elle portait depuis plusieurs jours dans la profondeur de son lobe sphénoïdal ne s'était traduite chez elle par aucun symptôme : elle acusait seulement depuis la veille un peu de sécheresse de la langue, mais continuait de manger de bon appétit.

7 *août*. Toute fétidité a disparu. Etat général bon.

Température 37°. Langue toujours un peu sèche. Je trouve la cavité de l'abcès encore remplie par la solution de formol injectée la veille. Je remplace les deux petits drains par un gros drain de caoutchouc à extrémité évasée (type servant au drainage fronto-nasal) ayant six millimètres de diamètre et que je fais pénétrer à cinq centimètres de profondeur. Lavage avec une solution de formol à 1/2.000, provoquant encore l'issue de quelques rares flocons purulents, puis avec une solution iodo-iodurée à 1/40 que je laisse séjourner dans la cavité pathologique jusqu'au pansement suivant.

10 *août*. Nouvelle alerte : à 5 heures du soir, température 37°, 8 ; pouls 120. Il y a eu de petits frissons dans la journée. Inappétence. Langue sèche. Haleine fétide.

11 *août*. 11 heures du matin. Céphalée frontale sourde, depuis la veille. L'inappétence se complique d'état nauséeux. Néanmoins la jeune fille a bien dormi et reste gaie. Température 36°,8 ; pouls 120.

Un bistouri mince est plongé dans la substance cérébrale, en divers points et dans des directions diverses, sans provoquer la sortie de pus.

Deux drains minces sont introduits côte à côte et laissés à demeure. La profondeur à laquelle pénètre le supérieur dépasse sensiblement 4 centimètres.

Immédiatement à la suite de l'introduction des drains la jeune fille accuse une céphalée frontale violente, des nausées et du vertige. Elle est aussitôt remise au lit. Son pouls, à ce moment, est tombé à 48. De cinq minutes en cinq minutes, il remonte successivement à 60, 68 et 72. Vomissement de bile mêlée de caillots de lait ; puis deux vomissements verts, dans la journée. 38°,1 le soir.

12 *août*. Détente. La jeune fille a bien dormi. Température 36°,9. Retour de l'appétit et de la gaîté, diminution de la fétidité de l'haleine. Langue humide. Pouls 100.

Cette détente s'explique par le fait de l'écoulement par les drains d'une assez grande quantité de pus dilué dans le liquide injecté, la veille. Je constate en pratiquant des injections par les deux drains que leurs trajets ne communiquent pas l'un avec l'autre, que le supérieur conduit dans la poche principale.

14 *août*. État très satisfaisant. Température 36°,8 ; pouls 68. Je remplace le tube fin supérieur par un gros drain mesurant six millimètres de diamètre et cinq centimètres de long et qui est introduit à fond dans la cavité.

Désirant mesurer exactement la capacité de la cavité suppurante, je commence par la vider par aspiration. J'en retire ainsi du liquide clair, teinté en brun soit par du sang, soit par l'iode introduit antérieurement. Je réussis ensuite à y faire pénétrer exactement 20 centimètres cubes d'eau tiède saturée d'acide borique, dont la plus grande partie s'échappe en jaillissant, au moment où je retire la seringue. C'était bien là l'extrême limite de la capacité de la poche, car, au moment où elle a été atteinte, la jeune fille a accusé de la douleur frontale et du vertige.

15 *août*. Je quitte Paris pour quinze jours, confiant à mon ami, le Dr Gouly, le traitement de la malade.

Persistance du bon état général pendant toute la semaine qui suit.

Dès le 17 *août* le drain inférieur tend à ressortir et ne peut être réintroduit que difficilement. Le Dr Gouly le raccourcit progressivement.

19 *août*. Le Dr Gouly note la sortie, par le drain supérieur, d'une petite quantité de liquide roussâtre et filant.

21 *août*. Mauvaise nuit. État nauséeux. Température 37°,8.

22 *août*. Disparition des symptômes de la veille.

23 *août*. Céphalée frontale. Langue sèche. Haleine très fétide. Les drains contiennent un peu de pus.

24 *août*. Même état. Il s'écoule par le drain supérieur une petite quantité de liquide roussâtre et filant. L'injection d'eau boriquée par ce tube provoque une violente douleur frontale qui se dissipe très vite.

26 *août*. Disparition de tout symptôme inquiétant. Le lavage de la cavité pathologique se fait facilement et le liquide injecté ressort clair.

31 *août*. Je revois ma malade après une absence de dix-huit jours. Elle-même est venue m'ouvrir la grille de son jardin. Sa mine est excellente. Elle accuse un fort appétit et n'a pas de fièvre. Elle se plaint seulement, notamment la nuit, d'un peu de sécheresse de la bouche. Pourtant la langue est humide au moment de ma visite.

La plaie opératoire gauche est complètement cicatrisée.

Il en serait de même à droite sans la présence des deux drains qui sont complètement entourés par le tissu de cicatrice. En revanche les oreilles continuent à suppurer et l'examen des caisses est rendu bien difficile par l'étroitesse des conduits. La suppuration est moindre à gauche mais très fétide. Une injection poussée avec force de ce côté détermine l'expulsion de quelques lames épidermiques et d'un petit polype. Je n'en distingue pas d'autres et pratique un attouchement avec une solution de chlorure de zinc à un cinquième, au niveau de l'implantation du polype. A droite, le fond de la caisse est en partie masqué par une masse fongueuse, saignant facilement et paraissant faire corps avec la substance cérébrale qui a toujours fait hernie à ce niveau.

Je la touche avec la même solution de chlorure de zinc.

Je passe à l'examen de l'abcès cérébral. Je retire et supprime définitivement le drain inférieur qui semble aboutir à un cul-de-sac peu profond et dont l'utilité ne me paraît pas démontrée.

Le drain supérieur plonge toujours à une profondeur de près de cinq centimètres. J'y fais pénétrer environ cinq centimètres cubes d'une solution boriquée qui ressort teintée de sang. La jeune fille accuse alors une forte douleur frontale qui se calme rapidement.

Le pansement terminé, elle se déclare très bien et m'accompagne, en causant gaiement, jusqu'à l'extrémité de son jardin. Je ne devais retourner près d'elle que le surlendemain.

Je suis pourtant rappelé dès le lendemain, 1er *septembre*, la situation s'étant aggravée.

Je trouve en effet la jeune fille moins gaie que la veille, sans appétit, fébrile (37°,7) et accusant de la céphalalgie frontale et des nausées.

Dans le but de m'assurer si le drain fonctionne bien et s'il ne reste pas de pus en stagnation dans le foyer, j'adapte au drain la seringue vide et je retire lentement le piston. Cette manœuvre aspiratrice amène en dehors cinq centimètres cubes de liquide sanguinolent, mais pas de pus.

Il est impossible de faire pénétrer le drain à plus de cinq centimètres de profondeur. Je le retire et lui substitue un drain de calibre moitié moindre que je fais glisser sans le moindre effort jusqu'à une profondeur de six centimètres. Ce drain est laissé en place.

Dans la journée la jeune fille qui a eu, le matin, sous mes yeux, un vomissement alimentaire, est prise deux fois de vomissements glaireux, La céphalalgie frontale continue. Le soir, à 4 heures, la température monte à 39°,8.

Le 2 septembre. Température matin 38°,7. Je revois la jeune fille à 5 heures du soir. La température marque 38°,6 et son pouls 100. Elle n'a pas vomi de la journée, cause avec une certaine gaieté et se déclare mieux que la veille ; mais elle est toujours sans appétit.

Je trouve le drain très à l'étroit dans le trajet cérébral et tendant à en ressortir, tandis que, la veille, il s'y mouvait très à l'aise.

Je tente d'y faire pénétrer avec une extrême lenteur une petite quantité d'une solution de formol à 1/2.000, mais à peine cinq centimètres cubes y ont-ils pénétré que la jeune fille accuse un redoublement de sa céphalée frontale, avec sensation de dyspnée et affaiblissement du pouls (sans ralentissement). La température s'élève dans la soirée (40°) et la céphalée persiste, toute la nuit, avec une grande violence.

Le 3 septembre. La jeune fille a dormi, toute la matinée. A la suite de ce repos, la cephalée a diminué, mais elle reparait au moindre déplacement de la malade dans son lit. Elle ne délire pas, mais elle est notablement absorbée. Pas de vomissements. Température 39°,2 le matin et 38°,6 le soir; pouls, à 5 heures du soir, 108.

Pupilles égales.

En raison de la gravité de la situation, je pense qu'une nouvelle intervention peut être urgente d'un moment à l'autre, et comme la confiance de la mère de la jeune fille paraît fort ébranlée à cet égard, je juge à propos d'appeler en consultation le Dr Broca étant donnée sa grande compétence bien connue en matière de chirurgie cranienne.

Le lendemain, 4 septembre, à 10 heures et demie du matin, le Dr Broca se trouve avec moi au chevet de la malade.

Depuis la veille le tableau clinique s'est de plus en plus accentué dans le sens d'une compression intra-cranienne de nature inflammatoire.

La jeune fille ne délire toujours pas, mais son état de somnolence s'accuse de plus en plus. Elle se plaint sans cesse de douleurs de tête et de nausées et est prise fréquemment de vomissements verts.

La température est de 37°,7. Le pouls est régulier et marque 64.

C'est la reproduction exacte de l'ensemble clinique observé anté-

rieurement, toutes les fois que la jeune fille a été sous l'influence d'une collection purulente encéphalique.

En raison de la profondeur extrême atteinte actuellement par le drainage intra-cérébral, nous songeons aussi à la possibilité d'une extension de l'infection à la cavité ventriculaire. Nous nous décidons toutefois à intervenir sur-le-champ, dans l'espoir de découvrir une nouvelle collection de pus, située en dehors du trajet drainé jusqu'ici.

Après chloroformisation, les téguments sont incisés horizontalement en avant et en arrière de la fistule cérébrale et la brèche osseuse élargie avec la gouge et le maillet. La substance cérébrale est ensuite largement incisée au point de pouvoir admettre le petit doigt ; par la large brèche ainsi créée, le lobe sphénoïdal est ponctionné au bistouri, à plusieurs reprises et jusqu'à ses extrêmes limites, dans toutes les directions, sans issue de pus. Le petit doigt introduit dans ce lobe par la large incision qui vient d'y être faite, se meut à l'aise dans une vaste cavité constituée par le trajet primitivement drainé et augmenté des incisions qui viennent d'y être pratiquées. Nulle part il ne rencontre de paroi rénitente pouvant faire songer à une collection liquide, sauf tout à fait dans la profondeur, au niveau de la région ventriculaire.

Nous sommes donc amenés à la conclusion que les symptômes constatés doivent être mis sur le compte d'une hydropisie ventriculaire à laquelle a abouti la marche serpigineuse de plus en plus profonde de la suppuration encéphalique.

Nous nous décidons, en désespoir de cause, à plonger un troquart fin dans cette direction et nous obtenons l'issue d'une grande quantité de liquide ventriculaire.

Un gros drain entouré de gaze iodoformée est introduit dans le foyer. La jeune fille reprend partiellement connaissance après notre départ ; puis elle retombe dans la somnolence et succombe vers minuit.

Obs. III. — *Sinusite frontale dans le cours d'un sarcome fronto-orbitaire droit. Méconnaissance d'un prolongement orbitaire lors de la première intervention par la méthode Ogston-Luc, d'où curettage incomplet du foyer. Consécutivement, méningite suppurée enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le nettoyage de la région infectée de la pie-mère. — Ponctions inopportunes du lobe frontal ayant pour conséquence une encéphalite suppurée, serpigineuse de l'hémisphère cérébral droit jusqu'à 13 centimètres de profondeur. — Large ouverture et drainage prolongé du vaste abcès cérébral. — Survie de près de 4 mois. — A l'autopsie, découverte d'un second abcès cérébral indépendant du premier et non diagnostiqué pendant la vie.*

Cette très intéressante histoire pathologique comprend deux phases distinctes, la première s'étendant du 24 *novembre* 1896, date de ma première intervention, jusqu'au 7 *janvier* 1897, date à laquelle la

malade pouvait être considérée comme convalescente de sa méningite et de sa pneumonie consécutive, la seconde comprenant les 4 mois consécutifs, au cours desquels se développa, et fut traitée, l'encéphalite suppurée manifestement consécutive aux ponctions du lobe frontal et qui devait emporter la malade au commencement de mai.

La première partie de cette longue histoire pathologique ayant été l'objet de la communication faite, en mon nom, par le professeur Berger, à l'Académie de Médecine, au mois de mars dernier, et ayant, en outre, été publiée, *in extenso*, dans le numéro d'avril des *Archives internationales d'otologie*, je n'en donnerai ici qu'un court résumé. La deuxième partie, au contraire, sera publiée ici avec tous les détails qu'elle comporte.

Résumé de la première partie de l'observation.— La femme Cout..., âgée de 33 ans, se présente à mon dispensaire de la rue Malebranche, le 21 *novembre* 1896, pour un gonflement osseux bulliforme de la partie interne de l'arcade sourcilière droite accompagné d'exorbitisme, et d'une très légère suppuration dans le méat moyen de la fosse nasale du même côté.

Le 24 novembre, la malade ayant été admise au petit hôpital Saint-Michel, le sinus frontal est ouvert, et trouvé rempli d'un tissu fongueux entremêlé de petites masses colloïdes, sans suppuration appréciable En deux points, le plancher du sinus est perforé par le néoplasme : au niveau de l'arcade orbitaire, et plus en arrière. Cette dernière perforation, méconnue lors de ma première intervention, livrait passage à un prolongement du néoplasme dans l'orbite.

L'examen histologique du tissu fongueux révéla un sarcome fibro-cellulaire accompagné d'un très léger degré de suppuration. Réunion immédiate de la plaie. Drainage fronto-nasal (méthode Ogston-Luc).

12 et 13 *décembre*. Réouverture de la plaie. Signes de suppuration fronto-orbitaire, qui vont en s'accusant les jours suivants.

23 *décembre*. Réouverture du foyer frontal, et résection de la partie interne de l'arcade orbitaire permettant d'atteindre le prolongement néoplasique rétro-orbitaire et drainer le pus qui séjournait dans la même région. Cessation de l'exorbitisme.

30 *décembre*. Premiers symptômes d'une complication intra-crânienne. Fièvre. Inappétence. Céphalée.

31 *décembre*. Somnolence. Parésie des membres du côté gauche. Pas de ralentissement du pouls.

1er *janvier*. Coma. Le même jour, ouverture de la paroi profonde du sinus frontal. Pas de pus à la surface de la dure-mère. Incision de la dure-mère ; petite nappe de pus à la surface de la pie-mère lavée au sublimé. Trois ponctions du lobe frontal sans résultat.

Dès le lendemain, retour de la connaissance, défervescence, disparition de la parésie des membres du côté gauche.

Le 4 janvier, éclate une pneumonie de la base droite qui pendant quelques jours trouble la convalescence.

7 janvier, défervescence définitive.

Deuxième partie de l'Observation. — A partir du 7 janvier jusqu'à

la fin de février la malade parut se remettre progressivement des graves épreuves qu'elle venait de traverser. Son appétit se rétablissait avec ses forces et nous n'attendions plus que la cicatrisation de sa plaie pour proclamer sa guérison.

Malheureusement, cette cicatrisation se faisait attendre. Le lambeau cutané triangulaire libéré au moment de l'opération, s'était appliqué sur la partie dénudée du lobe frontal qu'il masquait complètement; mais, entre la pointe de ce lambeau et la racine du nez, il restait une brèche profonde communiquant d'une part avec la fosse nasale droite par le canal fronto-nasal de ce côté, d'autre part avec l'orbite, enfin avec le sinus frontal gauche, par suite de la destruction de la cloison inter-sinusienne.

Du fond de ce foyer s'écoulait nuit et jour une abondante quantité de pus crémeux traversant toutes les pièces de pansement qui, deux fois par jour, étaient appliquées sur la plaie. Nous ne savions, mes collègues et moi, comment nous expliquer cette suppuration intarissable. Le pansement du foyer se composait de nombreuses couches de gaze humide. Une seule fois, le 12 *janvier*, j'essayai l'emploi de gaze iodoformée sèche, mais il en résulta une élévation thermique brusque à 39°, en même temps que la malade tombait temporairement dans un état d'abattement et de somnolence qui aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic. Ces accidents cessèrent d'ailleurs, dès la reprise des pansements humides.

Ce n'est qu'au commencement de mars que je devais découvrir, en même que la provenance véritable du pus, la grave lésion qui, depuis deux mois, évoluait et progressait insidieusement. A cette époque, je fus rappelé près de la malade, que je n'avais pas vue depuis une douzaine de jours. Elle était toujours sans fièvre, mais elle mangeait peu et restait somnolente la plus grande partie de la journée.

En examinant la plaie, je constatai que ses bords tendaient à se rapprocher, et que la brèche osseuse, en partie comblée par le tissu granuleux, ne communiquait plus avec la fosse nasale ni avec le sinus frontal gauche. Néanmoins, la suppuration persistait toujours. Je notai, d'autre part, que le lambeau triangulaire recouvrant le lobe frontal était manifestement soulevé par une tuméfaction molle, pulsatile, provenant visiblement d'un commencement de prolapsus de ce lobe.

Désireux de m'éclairer, une bonne fois, sur la cause de la persistance de la suppuration, et songeant moins à une complication intracranienne qu'à l'existence de quelque trajet fongueux dans la profondeur de l'orbite, je convins, avec le Dr Hallé, de pratiquer une exploration méthodique du foyer après chloroformisation.

Ce projet fut réalisé le lendemain, 6 *mars* : le trajet fistuleux fut prolongé en dehors, par une incision conduite le long de l'arcade orbitaire. Cela fait, un écarteur abaissa de haut en bas le contenu de l'orbite, tandis qu'un autre refoulait doucement, de bas en haut, la hernie cérébrale coiffée du lambeau triangulaire primitif. Nous trouvâmes dans le foyer ainsi mis largement au jour, des fongosités

qui furent soigneusement curettées ; mais l'inspection la plus attentive ne nous permit pas de découvrir aucun suintement purulent, alors même qu'une pression était exercée sur le prolapsus cérébral. Réapplication du pansement humide.

C'est le lendemain, seulement, que je devais éclaircir le mystère qui, depuis plusieurs semaines, nous préoccupait.

Le matin de ce jour-là, en effet (7 *mars*), je trouvai le pansement de nouveau trempé de pus ; après l'avoir enlevé, je vis une petite quantité de pus s'échapper de la face inférieure de la hernie cérébrale, mise à nu depuis notre intervention de la veille. Je découvris à ce niveau une fistulette dans laquelle je réussis à faire pénétrer une sonde cannelée, en plein lobe frontal, à la profondeur de 5 centimètres et demi. Cette manœuvre provoqua l'écoulement abondant d'un pus crémeux, non fétide, identique à celui qui, depuis deux mois, tenait notre interprétation en échec. Séance tenante, glissant un bistouri le long de la sonde cannelée, j'incisai le tissu cérébral jusqu'à la limite de la brèche osseuse, en haut et en dedans. J'introduisis alors, côte à côte, dans la cavité de l'abcès, deux drains de moyen calibre, et je tentai d'y pratiquer une irrigation par l'un des tubes, au moyen d'une solution tiède de sublimé à 1/2.000 ; mais le liquide ressortit imparfaitement et la malade accusa aussitôt une douleur occipitale vive.

Je substituai aux deux drains un drain plus gros et unique et j'appliquai un pansement humide. Je laissai la malade gaie, en pleine connaissance, avec une température de 37°.

Le soir, la température monta à 39° et la malade commença à tomber dans un état de prostration marquée.

3 *mars*, matin. T. 38°,9. P. 80. Pleine connaissance, mais prostration continue.

Le drain s'échappe au moment où je lève le pansement, entrainant à sa suite une abondante quantité de pus, dilué dans le liquide injecté la veille, preuve que le drain n'avait rien drainé !

Pas de lavage, cette fois. Je constate que la cavité de l'abcès s'étend bien au-delà de mon estimation de la veille. J'y fais pénétrer, en effet, une sonde à près de huit centimètres de profondeur ! Peut-être y a-t-il eu dissociation des éléments nerveux par mon injection de la veille, malgré ma précaution de ne la pratiquer qu'après introduction de deux tubes.

Le drain n'est pas réintroduit. La douleur occipitale persiste.

9 *mars*. Consécutivement à un abondant écoulement de pus, grande amélioration locale et générale. T. 37°,5. P. 100. Connaissance parfaite. Le pansement est trempé de pus, mais il ne s'en échappe pas une nouvelle quantité, après que la gaze, recouvrant la plaie, a été retirée.

10 *mars*. T. 38. P. 80. Même état, persistance de la douleur occipitale, un stylet introduit dans le trajet cérébral ne provoque pas l'écoulement d'une nouvelle quantité de pus.

Augmentation du prolapsus cérébral, formant une saillie grosse comme une noix à la partie supérieure du foyer.

Langue saburrale, mais humide. La malade se nourrit un peu (œuf, bouillon, champagne).

11 *mars*. Grande amélioration. T. 37°. Connaissance parfaite, gaieté, appétit. Diminution de la suppuration. Le prolapsus cérébral paraît en voie de mortification.

19 *mars*. Au cours de cette dernière semaine, la température a oscillé entre 37°,5 et 39°.

État général moins bon. Inappétence. Malade absorbée, se lève la nuit en délirant.

La suppuration continue, bien que diminuée. Elle paraît provenir de la partie inférieure de la hernie ; mais je ne retrouve plus le trajet primitif.

Soupçonnant de la rétention purulente, j'incise, au bistouri, la partie inférieure du prolapsus, d'abord transversalement, puis d'arrière en avant sur une profondeur de 3 centimètres. Au moment où je prolonge ma première incision en dedans, j'obtiens l'écoulement d'une cuillerée à soupe de pus. Je résèque ensuite avec des ciseaux la portion supérieure du prolapsus qui paraît mortifiée ; après quoi, je repasse par toutes mes incisions avec un thermo-cautère fin pour obtenir une ouverture large, infundibuliforme et permanente. Introduction d'une mèche de gaze humide dans l'abcès et réapplication du pansement humide.

20 *mars*. Je complète l'élargissement de la fistule avec le thermo-cautère.

21 *mars*. Peu de pus sur le pansement. Pas de fièvre. Grand relèvement de l'état général. Gaieté. Retour de l'appétit.

22 *mars*. Pansement trouvé étanche. Excellent état général. La malade descend au jardin de l'hôpital et s'y promène une partie de l'après-midi.

23 *mars*. Ouverture, au thermo-cautère, d'un nouveau petit clapier purulent découvert à la partie inférieure du prolapsus.

25 *mars*. Après avoir retiré la gaze introduite jusqu'à 5 centimètres de profondeur, obliquement en arrière et en haut dans le foyer cérébral, je vois s'écouler encore une certaine quantité de pus, hors de la fistule. Cela me fait soupçonner un second foyer situé en arrière du précédent. Je parviens effectivement à découvrir une seconde fistule tout à fait à la face inférieure du lobe frontal, au niveau de la portion reséquée de la paroi orbitaire supérieure, et j'y introduis un stylet, puis une sonde cannelée jusqu'à une profondeur de 10 centimètres, presque directement d'avant en arrière. Cette manœuvre provoque l'écoulement d'une grande cuillerée de pus crémeux. Le long de la cannelure de la sonde, je glisse, le plus profondément possible, un thermo-cautère fin incandescent, que je ramène ensuite d'arrière en avant, de façon à réunir les deux trajets en un seul. Après quoi, je fais pénétrer dans le foyer un drain de 5 millimètres de diamètre que je laisse en place.

26 *mars*. Malade moins gaie, se plaint de douleurs frontales. T. 37°,5.

J'enlève le drain : aussitôt s'écoule un flot de pus. Convaincu une bonne fois de l'inefficacité des drains, je renonce à leur usage et je tamponne la cavité de l'abcès au moyen d'une longue mèche de gaze humide.

27 *mars*. Excellent état général. Pas de fièvre. La gaze est retirée imprégnée de pus, et il s'écoule ensuite du pus. Cautérisation de la cavité de l'abcès avec un tampon imprégné d'une solution de chlorure de zinc à 1/10, en vue de modifier et de désinfecter la surface suppurante.

28 *mars*. Même état, mais il ne s'écoule pas de pus après l'extraction de la gaze.

30 *mars*. Injection d'éther iodoformé par la fistule cérébrale, en vue de diffuser l'iodoforme dans toutes les anfractuosités du foyer.

31 *mars*. Malade sans fièvre, mais abattue et se plaignant de douleur occipitale. Elle a vomi deux fois de la bile, ce matin, et attribue son malaise à l'iodoforme. Après extraction de la mèche de gaze, il s'écoule une petite cuillerée de pus.

J'agrandis le plus possible la fistule cérébrale avec le thermo-cautère, et j'y loge une longue mèche de gaze au salol.

2 *avril*. La malade a déliré pendant la nuit, je la trouve somnolente. T. 37°,6. P. 70.

La gaze est retirée à peine imprégnée de pus; écartant les deux lèvres de la fistule cérébrale, j'en inspecte l'intérieur et j'aperçois une goutte de pus en bas et en arrière. Insinuant une sonde cannelée à ce niveau, je l'engage facilement à une grande profondeur, provoquant ainsi l'écoulement d'un flot de pus.

3 *avril*. Malade moins déprimée. T. 36°,8. Mêmes constatations locales que la veille. Résolu à m'éclairer, une fois pour toutes, sur la topographie de cette lésion cérébrale qui, sans cesse, m'occasionne de nouvelles surprises, je commence par réséquer complètement la hernie cérébrale avec une pince et des ciseaux courbes. Je me sers ensuite du thermo-cautère pour arrêter l'écoulement sanguin et j'agrandis encore la fistule. Je réussis alors à introduire toute la longueur de mon petit doigt dans la cavité cérébrale et je puis me rendre compte de l'existence de deux poches, l'une antérieure, confinant, en avant, à la face profonde du tégument sur toute l'étendue de la brèche osseuse de l'os frontal, l'autre postérieure, dont les limites peuvent à peine être atteintes par le doigt, et séparée de la précédente par une cloison flottante de substance nerveuse qui n'a été que partiellement détruite par le thermo-cautère. Seule, la première a été jusqu'ici tamponnée, tandis que le pus continuait à s'accumuler dans la seconde. Je m'efforce, séance tenante, de rompre le plus complètement possible cette cloison, au moyen d'une sonde cannelée que je ramène de la poche postérieure vers l'antérieure. Je cherche ensuite à tamponner successivement et distinctement les deux poches.

4 *avril*. T. 37°,5. Il s'écoule peu de pus après l'extraction de la gaze.

6 *avril*. T. 37°. Retour de la gaîté et de l'appétit. A partir de cette date, j'adopte le traitement suivant : matin et soir, le pansement

est renouvelé. Après avoir enlevé la gaze du pansement précédent, *je nettoie minutieusement* le foyer en introduisant méthodiquement dans chacune de ses anfractuosités un tampon de ouate imprégné d'eau boriquée, puis bien étanché et fixé au bout d'une longue pince coudée, après quoi, une nouvelle mèche de gaze humide est glissée dans sa profondeur. Par cette fréquence des pansements, je me propose de triompher des difficultés spéciales du drainage résultant de la grande épaisseur du pus épuisant vite la force absorbante de la gaze. Je m'abstiens systématiquement de tout lavage.

Du 6 au 18 avril. Ces pansements fréquents paraissent donner les résultats les plus satisfaisants. En effet, en même temps que l'état général de la malade se maintient excellent, l'extraction de la gaze, à chaque pansement, n'est pas suivie de l'écoulement d'une quantité supplémentaire de pus, d'où je conclus qu'il est absorbé dans sa totalité.

18 *avril.* Après un intervalle exceptionnel de 24 heures entre deux pansements, je vois du pus s'écouler du fond du foyer, après avoir enlevé la gaze. Cette constatation me fait soupçonner un clapier non drainé. En vue de bien explorer la cavité de l'abcès, j'introduis dans la fistule un spéculum nasi et je réussis à inspecter l'intérieur de la poche, en utilisant la lumière d'une bonne lampe réfléchie par un miroir frontal. Je vois effectivement sourdre du pus de la paroi inférieure du foyer et je découvre à ce niveau un nouveau trajet se dirigeant obliquement en bas et en arrière et permettant la pénétration d'une sonde courbe à concavité inférieure jusqu'à une profondeur de neuf centimètres.

Mesurant très exactement ce jour-là la profondeur des diverses anfractuosités de l'abcès, je constate que le lobe frontal de ma malade est creusé de trois trajets distincts : l'un se dirigeant obliquement en haut, en arrière et en dehors, et qui de sept centimètres et demi mesurés antérieurement, paraît actuellement réduit à quatre centimètres et demi; c'est le premier trajet découvert, situé immédiatement en arrière du tégument recouvrant la brèche de l'os frontal; le deuxième s'étendant directement d'avant en arrrière sur une longueur de dix centimères; le troisième oblique en arrière et en bas et mesurant neuf centimètres.

Ce jour-là et les suivants, j'exécute chacun de mes pansements, à l'aide de la lumière réfléchie par le miroir frontal et du speculum nasi introduit dans la fistule, et j'insinue successivement et distinctement une longue mèche de gaze humide dans chacun des trajets susmentionnés. Ces pansements sont renouvelés une fois en 24 heures.

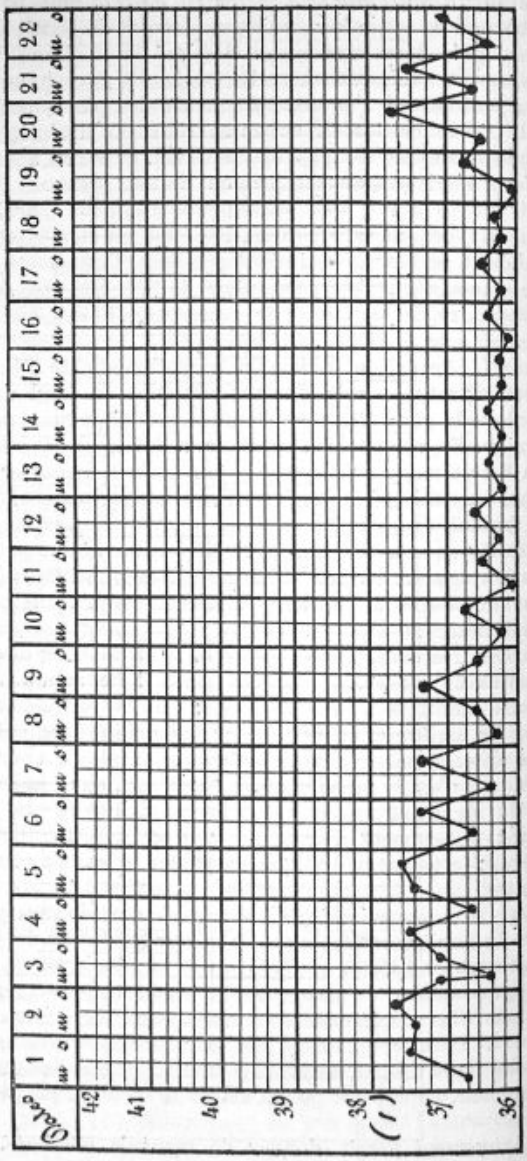
20 *avril.* Le tamponnement est par exception pratiqué avec de la gaze sèche dans l'espoir d'absorber une plus grande quantité de pus. Ce pansement, appliqué le matin, est laissé en place jusqu'au lendemain matin.

Ce changement paraît donner de mauvais résultats. Somnolence toute la journée. T. soir 37°,8.

21 *avril matin.* Je trouve la malade moins gaie, vomissant de la

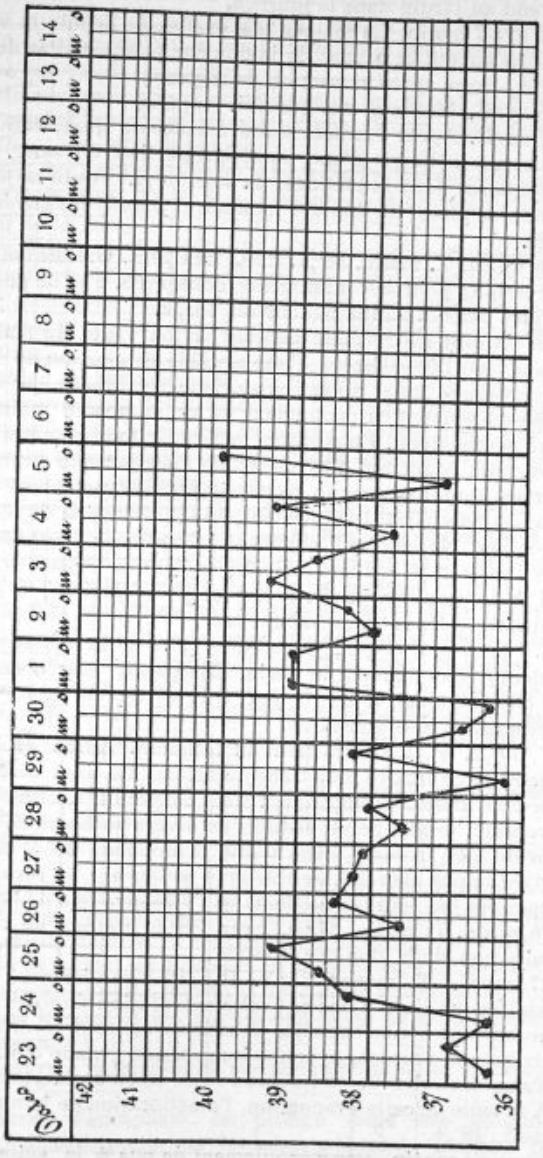
OBS. III. — Mme Cout...

Mois d'avril.



(1) Pour la première partie du tracé thermique, voir le numéro mars-avril des *Archives internationales d'Otologie*.

Obs. III (*Suite*).



bile. Je rétablis le pansement humide. Retour de la gaîté. La malade descend au jardin dans la journée.

22 *avril* matin. La malade n'a pas rendu depuis la veille; mais elle est sans appétit et accuse de la douleur frontale. Pas de pus visible au fond du foyer après extraction de la gaze.

23 *avril*. Meilleur état général. Appétit.

24 *avril*. Après extraction des mèches de gaze, écoulement de pus paraissant mélangé d'une forte proportion de sang. Vomissements alimentaires dans la matinée. T. soir 38°,4. Toute la journée et toute la nuit, se plaint de douleur frontale et pousse des gémissements continuels.

25 *avril*. T. matin. 38°,7. P. 93 très petit. Grande faiblesse. Œil sans expression; pourtant intelligence conservée. Pas de phénomènes paralytiques dans la moitié gauche du corps.

En retirant les mèches de gaze à ma visite du matin, je constate de nouveau l'écoulement d'une notable proportion de sang. Mesurant de nouveau le trajet antéro-postérieur de l'abcès, je constate qu'il a gagné notamment en profondeur et qu'il mesure maintenant plus de treize centimètres ! En d'autres termes, le fond de cet abcès frontal est maintenant beaucoup plus voisin de l'occiput que du front, et il n'y a pourtant toujours aucune paralysie du mouvement ni de la sensibilité et la malade paraît toujours en pleine possession de ses facultés intellectuelles. Ne sachant comment m'expliquer l'aggravation survenue dans son état, je redoute un effet irritant de la gaze sur le tissu cérébral, à de pareilles profondeurs, et je m'abstiens, à titre d'essai, de réintroduire les mèches habituelles.

A 6 heures du soir, je retourne près de la malade ; je la trouve beaucoup plus mal que le matin. Elle paraît sans connaissance, pourtant elle reconnaît le son de ma voix et répond encore faiblement et brièvement à mes questions.

T. 39°,2. P. toujours petit et fréquent. Après avoir levé le pansement, je ne trouve plus trace de fistule. Le tissu cérébral s'est complètement réuni. Soupçonnant une collection de pus emprisonnée et méconnue, je plonge un bistouri en divers points et en diverses directions du lobe frontal, jusqu'à une profondeur de 5 centimètres, sans trouver le pus cherché. Je retrouve facilement, en revanche, les trajets tamponnés les jours précédents et j'y réintroduis de la gaze humide.

26 *avril*. T. matin, 37°,6. Soir, 38°,5. Retour de la connaissance. Diminution de la douleur frontale.

27 *avril*. T. matin, 38°,2. P. 100. Persistance de la connaissance. Je me livre à une nouvelle exploration du foyer, et, après avoir introduit une sonde cannelée dans le foyer, tout contre le bord externe de la brèche osseuse, je donne issue à une grande cuillerée de pus.

Tamponnement de ce nouveau foyer avec de la gaze humide.

A la suite de cette évacuation, l'amélioration de la malade s'accentue. T. soir, 38°,1.

28 *avril matin*. Pas d'écoulement de pus à la suite de l'extraction des mèches de gaze. La malade est en possession, non seulement de

toute son intelligence, mais de sa gaité habituelle. Elle exprime le désir de se lever dans la journée et passe effectivement plusieurs heures hors de son lit, et mange de bon appétit. T. matin, 37°,5. T. soir, 38°.

29 *avril*. T. matin, 36°,5. La malade descend au jardin, où elle passe plusieurs heures. T. soir, 38°.

30 *avril*. Malade moins bien, sans appétit, se plaint de douleurs frontales. On me fait, en outre, remarquer que, depuis le 25, elle présente une raideur accusée de la nuque.

Élargissement de la fistule cérébrale avec le thermo-cautère.

T. matin; 37°. T. soir, 36°,9. Pas d'écoulement de pus au moment du changement de la gaze.

1er *mai*. A 3 heures du matin, la malade a pâli subitement et a présenté pendant près d'un quart-d'heure des contractions cloniques dans la moitié gauche de la face. Depuis lors, les membres du côté gauche n'obéissent plus à la volonté, mais sont en même temps légèrement contracturés.

Pas de troubles de la sensibilité. Intelligence conservée, mais il existe une gêne prononcée de l'articulation des mots. Seconde attaque de convulsions de la face à 7 heures du matin. T. matin, 39. T. soir, 38°.

Incontinence de l'urine et des matières. Il ne s'écoule pas de pus de l'abcès au moment du pansement.

2 *mai*. Amélioration sensible. T. matin, 38°. T. soir, 38°,4. Connaissance complète. Articulation des mots beaucoup plus nette. Les membres du côté gauche sont toujours dans un état de paralysie rigide. Quand on provoque le rire, la bouche se dévie à droite. L'œil gauche se ferme très complètement. Pas de déviation de la langue.

3 *mai*. Je trouve la malade sans connaissance. Quand on lui adresse une question, elle semble faire effort pour répondre, mais aucune parole ne sort de sa bouche. T. mat. 39°,4. T. s. 38°,8, p. 125.

4 *mai*. La malade a repris connaissance, mais elle divague la plupart du temps. Commencement d'escarre au sacrum. T. m. 37°,9. T. s. 39°,2.

5 *mai*. Malade très absorbée. Répond encore aux questions, mais très faiblement. T. m. 37°. T. s. 40°.

6 *mai*. — Mort à sept heures du matin.

AUTOPSIE PARTIELLE. EXAMEN DU CERVEAU, LE 2 JUIN. — En extrayant le cerveau de la cavité cranienne, nous constatons une adhérence de l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, au niveau de la perforation de l'os frontal, et l'extraction ne peut être faite dans cette région qu'en incisant circulairement la dure-mère autour de l'ouverture de l'abcès et en laissant à ce niveau une sorte de collerette formée par cette membrane.

Il n'existe pas trace de méningite sur aucun point de la surface encéphalique.

Une fois extrait, l'encéphale est plongé dans une solution de formol à 2 0/0 dans laquelle on le laisse séjourner pendant quinze jours pour le faire durcir; après quoi on le maintient pendant douze

jours dans une solution de bi-chromate de potasse à 4 0/0 pour en colorer distinctement les parties blanches et grises.

En pratiquant, sous la direction de M. le Dr Gombault, chef de laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine, une série de coupes verticales, transversales, nous faisons les constatations suivantes.

Dans toute sa moitié antérieure, l'hémisphère droit (dont les circonvolutions sont d'ailleurs notablement aplaties) est plus volumineux que le gauche. Le premier mesure en effet sept centimètres et le second quatre centimètres seulement sur une des coupes en question.

Le lobe frontal droit est creusé de deux cavités pathologiques distinctes et indépendantes : l'une interne commence en avant au niveau de l'orifice fistuleux ouvert et agrandi pendant la vie, qui correspond exactement à la partie antérieure de la première circonvolution frontale ; elle s'étend au-delà de douze centimètres d'avant en arrière ; c'est la cavité drainée pendant la vie. Elle ne renferme pas de pus. Elle se compose de plusieurs anfractuosités, l'une occupant la moitié droite du corps calleux, une autre occupant la circonvolution du corps calleux, une troisième située en plein centre ovale, une quatrième partant de l'extrémité antérieure de la cavité et s'étendant transversalement de dedans au dehors.

La seconde cavité pathologique située très en dehors de la précédente, indépendante d'elle et encore pleine de pus, occupe l'écorce de la troisième frontale, l'écorce du pied de la frontale et de la pariétale ascendantes et de la partie supérieure de l'insula, ainsi que la substance blanche sous-jacente à ces circonvolutions.

Elle n'est séparée de la surface pie-mérienne que par un intervalle de 5 millimètres. Cette cavité mesure 2 centimètres dans le sens vertical et 2 centimètres et demi dans le sens transversal.

Elle se termine antérieurement en cul-de-sac, à environ 3 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal et s'étend postérieurement à environ 3 centimètres en arrière de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, mesurant ainsi 8 ou 9 centimètres de longueur.

Ainsi que nous l'avons dit, ces deux grandes cavités ne communiquent pas l'une avec l'autre, mais leurs zones de ramollissement se confondent.

Les régions motrices ne sont pas atteintes directement par elles, mais la zone de ramollissement correspondant au foyer externe non drainé, englobe la région de l'avant-mur et devait agir par compression sur la capsule interne très voisine de lui, ce qui explique l'hémiplégie du mouvement observée dans les derniers jours de la vie.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS. — En somme, indépendamment du foyer ouvert et drainé pendant la vie et situé à la partie interne du lobe frontal, au niveau du corps calleux et de sa circonvolution, l'hémisphère droit renfermait un second abcès non moins volumineux, occupant l'écorce de la 3e circonvolution frontale et celle de la frontale et de la pariétale ascendantes, à leur partie inférieure, ainsi que la région supérieure de l'insula.

Ce second abcès, complètement indépendant du premier, ne fut ni

soupçonné ni ouvert pendant la vie. En fait, malgré ses vastes dimensions, il resta longtemps latent et ne révéla son existence que pendant les 6 derniers jours de la vie, par de la fièvre et par une hémiplégie gauche de la face et des membres, précédée de convulsions cloniques et s'expliquant par le voisinage de la capsule interne, subissant à distance l'action compressive de la collection purulente. Si la même lésion eût siégé à gauche, elle n'eût pas manqué de se traduire symptomatiquement par de l'aphasie vraie, la 3e circonvolution frontale étant occupée, dans presque toute sa longueur, par le foyer et la zone de ramollissement.

Diagnostiqué, le foyer n'aurait pu être atteint que par une brèche osseuse distincte de la première et faite au voisinage du bord supérieur de l'écaille du temporal.

Nous trouvons donc dans cette observation un remarquable exemple de foyers d'encéphalite multiples et distincts, engendrés par une même cause infectante, et une nouvelle preuve de l'extraordinaire latence de lésions destructives étendues, localisées dans certaines régions de l'encéphale, et de la quasi-impossibilité de les soupçonner et à plus forte raison d'en déterminer le siège et de les aborder chirurgicalement.

Nous ferons remarquer enfin que la cavité ventriculaire du cerveau, d'ailleurs refoulée à gauche par la pression excentrique exercée autour d'eux par les deux foyers, se montra, à l'autopsie, indemne de toute lésion, et distante de 2 centimètres au moins du foyer interne.

Aussi croyons-nous que, dans des cas semblables, la crainte de léser le ventricule est quelque peu exagérée ou que, du moins, la distance qui normalement sépare cette cavité de la surface cérébrale se trouve plus ou moins accrue par le fait de la distension des parois de l'abcès et de la déformation qui en résulte pour les régions voisines.

Obs. IV. — *Opération de Stacke pour une suppuration classique attico-antrale. — Rétention de pus à la surface de la dure-mère dénudée, ayant eu pour unique manifestation clinique une grande attaque éclamptiforme avec coma passager.*

Henri L., 20 ans. Bonne constitution, pas de maladies antérieures, nervosisme marqué.

A l'âge de 6 ans, écoulement purulent de l'oreille droite sans cause appréciable, qui persiste jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque l'otorrhée aurait cessé pour ne reparaître qu'au mois de juillet dernier.

Le jeune homme vient pour la première fois me consulter le 13 juillet 1896. Je constate chez lui les signes d'une suppuration chronique de l'attique (polype sortant à travers une perforation de la membrane de Shrapnell), ce qui me porte à penser que l'oreille devait suppurer au moins depuis plusieurs mois et que le malade s'est illusionné en faisant dater la réapparition de l'écoulement du mois de juillet.

Le polype est enlevé avec une curette fine et la petite cavité acces-

sible par la perforation qui lui donnait passage est soigneusement badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 1/5.

Les jours suivants, lavages de l'attique avec la canule de Hartmann modifiée par moi et tamponnement de la petite cavité pathologique avec une mince mèche de gaze iodoformée.

Du 3 septembre au 15 octobre le jeune homme est soigné par le docteur Brunner à Zurich ; celui-ci constate au mois d'octobre une reproduction du polype et me laisse le soin de l'extirper de nouveau au retour du jeune homme à Paris.

Le 20 octobre, après avoir laissé pendant un quart d'heure une solution de cocaïne à 1/3 en contact avec la perforation tympanique, j'introduis une fine curette dans l'attique dans l'espoir d'extraire la fongosité à son point d'insertion et je curette la cavité pathologique dans tous les sens, aussi loin que l'instrument peut pénétrer. Ce curettage est suivi d'un badigeonnage du foyer avec une solution de chlorure de zinc à 1/5, et les jours suivants de lavages avec la sonde de Hartmann et de tamponnements avec de la gaze iodoformée.

Je préviens à cette époque le père du jeune homme que dans le cas où la fongosité extraite viendrait à se reproduire ultérieurement, il faudrait en conclure que le foyer d'ostéite s'étend au delà des limites accessibles par le conduit et qu'il faudrait alors songer à une opération plus sérieuse pouvant seule me permettre d'atteindre la totalité des lésions. Dans ma pensée l'opération en question ne pouvait être que l'ouverture large attico-antrale. Je ne croyais pas en effet, étant donnée l'étroitesse du conduit, devoir tenter préalablement l'extraction du marteau et de l'enclume, dont l'exécution aurait présenté chez ce jeune malade fort nerveux de très sérieuses difficultés.

A la fin de novembre, la suppuration persistant toujours et un nouveau polype réapparaissant au niveau de la perforation tympanique, l'ouverture large des cavités de l'oreille est proposée aux parents du malade et acceptée par eux.

Je la pratique, le 28 novembre, à la Maison des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, avec l'aide de mes élèves et amis les Drs Gouly et Roy.

Plusieurs particularités anatomiques contribuèrent à rendre l'opération laborieuse : d'abord l'étroitesse du conduit mentionnée plus haut, puis les faibles dimensions et la situation profonde de l'antre, enfin la structure éburnée de l'apophyse mastoïde. Pour me donner du jour, tout en me tenant à distance du sinus latéral et du nerf facial, je dus entamer la paroi supérieure du conduit osseux à partir de son orifice externe jusqu'à la dure-mère, qui fut dénudée sur l'étendue d'un demi-centimètre carré environ. L'attique et l'antre étaient remplis de fongosités qui furent curettées avec grand soin. Le marteau et l'enclume étaient également entourés de masses fongueuses adhérant à eux et partiellement détruits par la carie. Après badigeonnages avec une solution de chlorure de zinc au 1/5, le foyer, dont les parois étaient maintenant complètement lisses, fut tamponné avec de la gaze au traumatol, dont une partie ressortait par la partie inférieure de la plaie suturée dans sa moitié supérieure, et l'autre par le conduit auditif. Le panse-

ment fut terminé par l'application d'autres pièces de gaze au traumatol et d'une épaisse couche de ouate. La solution antiseptique employée avait été une solution de formol au 1/1.000.

Les jours suivants, à part un état nauséeux consécutif à la chloroformisation, l'état du malade est parfaitement satisfaisant. La température prise avec grand soin, matin et soir, ne révèle aucune élévation thermique.

Le mardi, 2 décembre, 3e jour consécutif à l'opération, le malade accuse un léger mal de tête dans la soirée ; mais comme il a commencé à manger avec appétit, ce jour-là, et qu'il est toujours sans fièvre, je ne crois pas devoir attribuer à cet unique symptôme, d'ailleurs faiblement accusé, aucune signification sérieuse.

Le lendemain, mercredi, 3 décembre, la première partie de la journée se passe sans incident, mais à deux heures de l'après-midi, après avoir reçu la visite d'un de ses amis, visite au cours de laquelle il s'est montré gai comme d'habitude, il commence à accuser des sensations vertigineuses. Il répète, à plusieurs reprises, qu'il lui semble qu'il va tomber dans un abîme. En même temps, ses pupilles se dilatent et son corps se couvre d'une sueur profuse. Il se plaint en même temps d'une augmentation de sa céphalalgie.

Au bout d'une demi-heure de cet état, ses membres et sa face commencent à présenter des secousses cloniques, d'abord très espacées, puis de plus en plus fréquentes. Enfin, vers 3 heures, il perd complètement connaissance.

Une demi-heure plus tard, mandé en toute hate auprès du jeune homme, je le trouve en pleine crise éclamptiforme : le visage considérablement cyanosé est sans cesse agité de mouvements convulsifs prédominant dans sa moitié gauche ; les membres légèrement contracturés sont le siège de secousses cloniques qui prédominent également du côté gauche ; la respiration rapide, haletante, est rendue bruyante par l'accumulation des mucosités dans la trachée et les grosses bronches ; le pouls donne 130 pulsations par minute ; les globes oculaires portés en haut sont en partie recouverts par la paupière supérieure ; en soulevant cette dernière on constate que les pupilles égales, mais fortement dilatées, réagissent peu à la lumière. De temps en temps le malade profère une plainte, mais sa perte de connaissance est absolue. Il n'y a pas eu de morsure de la langue, mais bien émission involontaire de l'urine et des matières fécales.

En présence de cet ensemble de symptômes alarmants au milieu desquels la paralysie bulbaire paraît prédominer, le malade n'étant pas albuminurique et n'ayant jamais présenté auparavant de manifestations épileptiques, complètes ou frustes, je suis naturellement amené à soupçonner quelque complication intra-cranienne en relation pathogénique avec la lésion auriculaire ou avec l'opération pratiquée il y a cinq jours, malgré l'apyrexie complète notée depuis et au moment même des accidents éclamptiformes.

Mais comment admettre que l'irritation ou l'inflammation de la région dénudée de la dure-mère qui correspond à la face inférieure du

lobe sphénoïdal loin des centres moteurs puisse avoir une semblable expression clinique? Aussi ne puis-je m'expliquer les accidents présents que par l'hypothèse d'une collection purulente encéphalique qui, après s'être développée d'une façon absolument latente depuis une époque indéterminée, viendrait de s'ouvrir brusquement soit dans la cavité arachnoïdienne, soit dans la cavité ventriculaire.

La situation me paraît donc presque désespérée. Je tiens pourtant à m'éclaircir de l'avis d'un collègue dont j'avais pu, dans d'autres circonstances graves, apprécier et le dévouement et les grandes qualités cliniques et chirurgicales.

Une heure plus tard, le Dr Noël Hallé se trouvait avec moi auprès du malade.

A ce moment un grand changement s'était produit dans l'état de ce dernier. Convulsions, cyanose, râle trachéo-bronchique avaient disparu comme par enchantement, mais la perte de connaissance persistait absolument et le malade présentait une agitation incessante, en sorte que la présence de deux personnes était nécessaire pour l'empêcher de tomber hors de son lit. Le pouls marquait 120 à la minute. Cette grande accalmie excluant complètement mon hypothèse de la rupture d'un abcès encéphalique latent, nous donnait le temps d'intervenir du côté de la brèche cranienne si l'examen de la plaie nous en fournissait l'indication.

Je mandai sans tarder le Dr Jouly, qui voulut bien se charger du chloroforme, l'extrême agitation du malade indiquant formellement l'emploi de cet anesthésique, ne fût-ce que pour un simple examen de la plaie.

A 6 heures et demie du soir, le malade fut transporté dans la salle d'opération. Avant que l'on commençât l'administration du chloroforme, je notai une tendance au retour spontané de la connaissance. En effet, en l'interpellant vivement par son nom, j'obtins de lui la réponse : « Eh bien ! ». Mais il continuait à ne pas me reconnaître.

Dès que le sommeil chloroformique fut obtenu, nous défîmes les pièces de pansement et nous pûmes constater tout d'abord que la gaze traumatolée, imprégnée de sang coagulé, formait une carapace rigide tout à fait impropre à l'absorption des sécrétions de la plaie.

Sous ces pièces de pansement, nous découvrîmes du pus fétide remplissant le foyer et s'échappant par la partie inférieure de la plaie laissée béante. Les points de suture suppuraient également.

Toutes les sutures furent coupées et les lèvres de la plaie écartées et refoulées de chaque côté à l'aide d'une rugine. Je pus alors noter que la surface de la dure-mère, qui s'était montrée blanche et parfaitement intacte, lors de mon intervention, paraissait rouge, dépolie et comme enflammée. Il était donc à craindre que l'infection du foyer se fût déjà étendue à travers elle jusqu'aux enveloppes plus profondes du cerveau, ou même au tissu encéphalique lui-même.

Néanmoins, en raison de la détente spontanément produite dans l'état du malade, nous ne crûmes pas devoir pénétrer, pour le moment, au-delà de la dure-mère. Le foyer fut soigneusement lavé avec une

solution de sublimé à 1/1.000. Après quoi, j'agrandis la fenêtre osseuse représentée par la dénudation de la dure-mère, de façon à m'assurer qu'il n'y avait pas d'infiltration purulente entre cette membrane et l'os. Du même coup, la brèche était toute préparée pour une intervention intra-cérébrale, dans le cas où les symptômes graves auxquels nous venions d'assister se seraient reproduits le lendemain.

Conformément aux conseils du Dr Hallé, j'appliquai cette fois un pansement humide composé de mèches de gaze iodoformée trempées dans une solution boriquée puis soigneusement pressées.

Quand je revis le malade, à 9 heures du soir, il était dans un état d'agitation incessante, se démenant dans tous les sens et nécessitant la présence de deux gardiens pour ne pas tomber hors de son lit. Il était toujours sans connaissance, mais répondait à certaines questions très simples faites avec insistance.

Son pouls marquait 88 à la minute.

Le lendemain matin, jeudi, 3 décembre, je trouvai le tableau clinique complètement modifié : le malade avait repris toute sa connaissance, n'accusait aucune souffrance, mais n'avait conservé nul souvenir de ce qui s'était passé la veille.

Les pansements humides furent renouvelés quotidiennement pendant la semaine suivante.

Ultérieurement, l'histoire pathologique de ce jeune malade ne présenta plus aucun incident ni aucune particularité, sauf une extrême lenteur de la plaie à se cicatriser.

Obs. V. — *Otite moyenne aiguë consécutive à une angine à streptocoques. — Abcès sous-dural autour du sinus latéral atteint de peri-sinusite fongueuse aiguë, avec ramollissement de ses parois. Symptômes méningitiformes enrayés par l'ouverture et la désinfection du foyer. Ouverture du sinus latéral au cours de l'opération. — Arrêt de l'hémorragie par tamponnement. — Reprise de l'hémorragie au troisième pansement. — Anurie et albuminurie transitoires. — Abcès métastatique de l'articulation du coude ouvert. — Mort par hémorragies internes.*

Maurice L., 11 ans, enfant d'une remarquable et précoce intelligence, une de ces natures d'élite qui semblent vouées à une fin prématurée. En 1895, a été déjà soigné par moi pour une otite moyenne suppurée, droite, aiguë, compliquée d'une mastoïdite qui a failli nécessiter la trépanation de l'apophyse, mais qui s'est dissipée à la suite d'une simple application de glace.

Depuis lors, est resté bien portant jusqu'au 29 mars dernier. A cette date, douleurs dans les articulations du pouce droit.

31 *mars*, endolorissement et gonflement du triceps fémoral droit, sans fièvre.

1er *avril*, le gonflement s'étend au genou et à la hanche.

2 *avril*, développement d'une angine fébrile avec un exsudat renfermant des streptocoques.

3 *avril*, douleurs dans l'oreille droite.

4 *avril*, écoulement purulent par cette oreille.

7 *avril*, un vomissement alimentaire.

8 *avril*, la température axillaire monte dans la soirée à 39°, en même temps que la suppuration de l'oreille diminue et que le malade accuse des douleurs frontales.

9 *avril, matin*, le tableau clinique est celui d'une méningite initiale : l'enfant est tourmenté incessamment par des vomissements bilieux s'échappant brusquement de sa bouche. Dans l'intervalle de ces vomissements, il se plaint toujours de douleurs frontales et se maintient couché en chien de fusil, fuyant la lumière. Le visage contracté exprime la souffrance. Il n'y a pas de délire, le pouls est fréquent (130) mais régulier. La respiration est également fréquente (30) et régulière; les pupilles sont égales. L'examen attentif de la région mastoïdienne y révèle un très léger gonflement limité à la pointe de l'apophyse, avec faible douleur à la pression. Sur notre demande, notre ami le Dr Valude veut bien, le jour même, pratiquer l'examen du fond de l'œil. Sa réponse est la suivante :

« Pas de névrite optique, proprement dite, d'où je conclus à « l'absence de foyer purulent constitué à la base cérébrale, au niveau « du chiasma et des bandelettes optiques.

« Je trouve à droite les veines papillaires sinueuses et gorgées de « sang. Cet aspect existe aussi, mais moins marqué, à gauche. Par « conséquent, il y a évidemment un retentissement inflammatoire sur « les méninges. De plus je constate de la diplopie dans tous les sens, « ce qui indique un état spasmodique des muscles intrinsèques de l'œil « plutôt qu'une paralysie, et cela s'accorde avec l'hypothèse d'un état « méningitique tout à fait initial. »

Ces précieuses constatations venaient me confirmer dans l'opinion que je m'étais faite, dès le matin, relativement à la nature et au siège des lésions intra-craniennes. Ma conviction était en effet qu'il s'agissait, moins d'une méningite constituée, que de lésions voisines des méninges, et, très probablement, d'une extension de l'infection auriculaire à la face externe de la dure-mère. Ce diagnostic allait bientôt être confirmé par mon intervention opératoire; seulement, au lieu de trouver l'abcès sous-dural au-dessus du tegmen, comme je m'y attendais, je devais le trouver en arrière, au niveau du sillon sigmoïde.

A 4 heures de l'après-midi, le professeur Hutinel voulut bien, sur la demande du docteur Barbillon, médecin de la famille, examiner l'enfant avec nous. Il conclut à l'urgence de l'ouverture mastoïdienne que je pratiquai le soir même, à heures, avec l'assistance de mes amis les docteurs Barbillon et Hallé. Je commençai parcourir l'antre qui se montra vide de pus, je réséquai alors avec la gouge, couche par couche le tegmen antro-tympanique, jusqu'à dénudation de la dure-mère recouvrant le lobe sphénoïdal : pas de pus, non plus, de ce côté. Me rappelant alors le léger gonflement et la sensibilité à la pression

constatés à la pointe mastoïdienne, prolongeai la brèche osseuse de haut en bas, et j'eus la satisfaction de trouver du pus et des fongosités dans les cellules de la pointe de l'apophyse. Ces lésions se prolongeaient en arrière, vers le sinus latéral qui fut bientôt mis à découvert. Dès lors la question était de savoir s'il n'existait pas déjà de la thrombose phlébitique du sinus. Je me mis donc en devoir après avoir soigneusement curetté les fongosités, de dénuder le vaisseau sur une certaine étendue, afin de l'explorer à mon aise. Au cours de cette manœuvre, la simple pression du protecteur de Stacke appliqué contre le sinus suffit à en provoquer l'ouverture. Il s'ensuivit un fort jet de sang veineux que j'arrêtai assitôt par la pression de la pulpe de l'index gauche gauche, tandis que je terminai l'opération avec la main droite restée libre et avec la très habile assistance du docteur Hallé. Je remplaçai alors mon doigt qui avait jusqu'alors contenu l'hémorragie par un petit tampon serré de gaze iodoformée, sur lequel j'en appliquai une série d'autres. Le pansement fut complèté par de la ouate hydrophile, puis, par de la ouate ordinaire et enfin par une bande de crêpe élastique fortement serrée.

L'ouverture du sinus s'étant produite à la fin de l'opération, alors que le foyer avait été amplement désinfecté, je ne m'en préoccupai pas outre mesure ; j'éprouvai même une certaine satisfaction à acquérir ainsi la certitude qu'il n'existait pas encore de thrombo-phlébite. Il fut décidé que le pansement serait laissé en place au moins quatre jours et même plus s'il ne survenait aucun incident particulier.

A minuit la température s'élève à 39°,4.

10 *avril matin* la température est tombée à 37°. Le facies est reposé. Il n'y a plus de photophobie. Pouls, 120, respiration 30. L'intelligence de l'enfant est parfaite, il s'assied de lui-même dans son lit et répond nettement aux questions qu'on lui adresse. Il n'y a plus ni céphalalgie, ni photophobie. Il y a eu, dans la nuit, un seul vomissement de boisson attribuable au chloroforme.

Toute menace de méningite a donc disparu.

11 *avril*, vomissements attribuables au chloroforme, l'enfant ayant bu d'une façon immodérée à la suite de son opération.

12 *avril*, moins de vomissements, mais alors apparaissent deux nouveaux symptômes graves : l'albuminurie et une diminution considérable des urines dont le taux s'abaisse à 60 gr. en 24 heures. Teinte sub-ictérique. L'enfant commence à se plaindre de vives douleurs dans le coude gauche.

13 *avril*. Depuis le lendemain de l'opération, la température axillaire ne s'est pas élevée au dessus de 27°,9, elle a été le plus souvent normale. Toutefois l'état général laissant à désirer, nous nous décidons à changer le pansement.

Nous trouvons la plaie parfaitement étanche et désinfectée. L'hémorragie du sinus paraît définitivement arrêtée. On voit le sinus dénudé se gonfler à chaque expiration. Toutes les anfractuosités du foyer sont mollement tamponnées avec de la gaze iodoformée sèche. Le pansement est terminé par de la ouate et une bande élastique modé-

rément serrée. Le Dr Hallé examine soigneusement l'articulation du coude gauche, dont les mouvements sont extrêmement douloureux. Il n'y trouve pas encore d'épanchement constitué. L'articulation est immobilisée dans une gouttière. Depuis la veille, pour rétablir la fonction rénale, on pratique de grands lavements et d'abondantes injections sous-cutanées de sérum ; enfin, l'enfant est soumis au régime exclusif du lait, coupé d'un tiers d'eau de Vichy. A la fin de la journée, la quantité d'urine rendue depuis 24 heures est montée à 120 grammes. L'albumine a diminué.

14 *avril*. Continuation de l'amélioration. 200 grammes d'urine. Cessation de l'albuminurie.

15 *avril*. Le pansement de l'oreille est de nouveau changé. Au moment où la dernière pièce de gaze en contact avec le sinus est enlevée, l'hémorragie reparaît brusquement, provenant, cette fois, manifestement, de la partie supérieure du vaisseau dénudé. J'arrête aussitôt l'hémorragie par l'application du doigt, pendant que du chloroforme est administré à l'enfant pour la facilité de nos manœuvres. Un nouveau pansement de gaze iodoformée, méthodiquement tassé couche par couche, assure le maintien de l'hémostase.

Pendant que l'enfant est endormi, le Dr Hallé procède à un nouvel examen du coude, où il constate les signes d'un commencement d'épanchement. La température est, ce jour-là, de 37°,9. Nous décidons de laisser en place le pansement de l'oreille, 8 jours pleins, s'il ne se produit pas d'élévation thermique inquiétante.

16 *avril*. Toujours peu de fièvre, mais grande faiblesse et pâleur prononcée du teint. Les parents appellent notre attention sur la présence de caillots sanguins au milieu de matières vomies par l'enfant. Je m'assure, par l'examen du pharynx, que ce sang ne provient pas de la trompe d'Eustache, mais me rappelant que le petit malade a eu des épistaxis, quelques jours auparavant, j'inspecte les fosses nasales et constate une ecchymose sur le côté gauche de la cloison. Je suppose donc que c'est là la source du vomissement de sang.

17 *avril*. Le Dr Hallé trouvant une collection constituée au coude gauche, en pratique l'ouverture, sous le chloroforme, par une incision faite à la partie externe de la région. Il donne issue à plus de 100 grammes de pus brunâtre, non fétide, provenant de la cavité articulaire, mais ayant perforé la synoviale et commençant à remonter sous le triceps. Nous recueillons cette petite quantité de pus, en vue de l'examen bactériologique ; malheureusement, cet échantillon se trouve égaré. Après avoir abondamment lavé la cavité articulaire avec une solution de sublimé à 1/1.000, le Dr Hallé y loge deux drains et applique un pansement humide.

Deux heures plus tard, nous sommes rappelés auprès de l'enfant, dont le pansement du coude s'infiltre de sang. Après avoir levé le pansement, nous nous assurons qu'il s'agit d'une sorte d'exsudation sanguine se faisant sur toute la surface de la plaie. Cette constatation, rapprochée des épixtaxis observées les jours précédents, et des deux hémorragies survenues en deux points différents du sinus latéral,

sans que ce vaisseau eût été blessé par un instrument piquant ou tranchant, ces constatations, dis-je, assombrissent singulièrement notre pronostic, en mettant en évidence une sorte d'hémophilie aiguë, résultat probable d'un état d'infection et de dénutrition générales.

La plaie du coude est soigneusement tamponnée avec de la gaze iodoformée.

A partir de là, l'enfant va s'affaiblissant à vue d'œil, sa température restant voisine de la normale.

Le pouls devient de plus en plus fréquent et filiforme.

Dans l'après-midi, il est pris d'une hématemèse. Il visible qu'il se produit chez lui des hémorragies internes. Le docteur Barbillon avec un dévouement infatigable s'efforce par tous les moyens de soutenir les forces déclinantes de l'enfant, par l'administration répétée de petites quantités de champagne, par des piqûres d'éther, par des injections sous-cutanées de sérum. Il lui pratique même dans la soirée, avec le concours du docteur Hallé, une injection intra-veineuse de sérum qui relève le pouls pendant quelque temps.

Vers 7 heures le petit malade commence à se refroidir malgré des frictions incessantes sur tout le corps, tandis que sa température rectale s'élève à 39°,4.

Il succombe enfin à 9 heures du soir.

IV

OSTÉOMYÉLITE AIGUË

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

simulant un Empyème soi-disant " classique " de

L'ANTRE D'HIGHMORE

Par le Dr **LICHTWITZ**, de Bordeaux

(Travail envoyé à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris, 9 avril 1897).

Lorsqu'on examine minutieusement les observations d'empyème, dit *classique*, du sinus maxillaire, on acquiert la conviction que les divers symptômes extérieurs qui d'après les auteurs caractériseraient cette affection, tels que douleur sous-orbitaire, gonflement et rougeur de la joue et parfois l'ectasie de l'antre, ne sont pas provoqués uniquement par la suppuration de cette cavité. Il y a même des cas dans lesquels le sinus ne participe nullement à la production de ces symptômes.

En effet, toutes les fois que nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas d'empyème avec les manifestations extérieures sus-mentionnées, nous avons été obligé d'abandonner notre diagnostic premier, car il s'agissait soit d'un épithélioma soit d'un kyste dentaire ou osseux suppurés, soit d'une gomme, soit d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur.

Dans certains cas, le sinus maxillaire était complètement indemne, dans d'autres la participation du sinus n'était qu'un épiphénomène de l'inflammation de l'os maxillaire.

L'observation suivante, qui a trait à un cas d'ostéomyélite aiguë, est un exemple des plus démonstratifs de ce que nous venons d'avancer. Elle offre en outre un certain intérêt à cause de sa rareté.

Obs. — M. M..., 29 ans, vient à la clinique le 7 décembre 1891 pour une fluxion intense qui occupe toute la moitié gauche de la face. — Il y a deux ans, un tuyau de cuivre tombant d'une hauteur de deux mètres l'avait atteint dans la région de la fosse canine gauche et à la suite de ce traumatisme une tuméfaction se produisit au niveau de l'aile gauche du nez. Cette tuméfaction disparut spontanément au bout de dix jours après un écoulement de pus dans la bouche par l'alvéole de la deuxième incisive supérieure gauche.

Depuis lors le malade souffrait presque tous les mois d'une tuméfaction de la même région qui disparaissait chaque fois à la suite d'un écoulement de pus dans la bouche. Mais cette fluxion à répétition, au lieu de diminuer, allait en augmentant. Il y a un mois et demi la tumeur a commencé à grossir pour la dernière fois, et lorsque le malade se présente à la clinique elle remonte jusqu'au-dessus de l'arcade orbitaire. La peau de la joue est rouge, tendue et douloureuse à la pression. On constate en même temps de la fièvre, de la céphalée et une douleur vive dans l'oreille gauche.

Interrogé, le malade nous raconte que depuis son accident il mouchait du pus par la narine gauche, mais que depuis une quinzaine de jours surtout il s'est établi un écoulement purulent et fétide très abondant par cette narine et par les arrière-fosses nasales. Le malade salit plusieurs mouchoirs par jour et sent une mauvaise odeur dans le nez.

A l'examen du malade, on constate une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur et une saillie de la paroi latérale de la fosse nasale gauche. Dans la bouche on trouve un gonflement et bourgeonnement de la gencive du maxillaire supérieur gauche, la pression fait sourdre du pus de toutes les alvéoles. Avec le stylet on tombe partout sur le rebord alvéolaire carié.

Après l'ablation de toutes les dents et racines du maxillaire supérieur gauche, on réussit facilement à retirer toute l'apophyse alvéolaire nécrosée.

Il était permis de penser un moment à l'existence d'un épithélioma de l'antre d'Highmore ayant envahi tout le maxillaire; mais l'examen microscopique de quelques bourgeons enlevés, pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès, montre qu'il ne s'agissait ni de tumeur maligne ni de tuberculose.

A partir de l'ablation du grand séquestre alvéolaire l'état général du malade s'améliore rapidement; au bout de deux mois et demi la joue gauche paraît presque complètement affaissée et la suppuration diminue. A la place du rebord alvéolaire supérieur gauche existe une cavité longue et profonde de trois centimètres et haute de deux centimètres.

Sur la paroi postérieure de cette cavité on voit de petits orifices dont l'un conduit dans le naso-pharynx et l'autre dans la fosse nasale gauche au-dessous du cornet inférieur. La paroi supérieure de la cavité est formée par le revêtement muqueux du plancher de l'antre d'Highmore.

On perce facilement ce revêtement à l'aide d'un trocart et l'on se rend compte qu'il n'est constitué que par des parties molles.

L'antre lui-même ne contient pas de pus.

Le 22 juillet 1892 la guérison est complète. Le malade ne crache et ne mouche plus de pus, mais il est obligé de bourrer la cavité artificielle de son maxillaire avec de la gaze iodoformée ou de la ouate. La parole est défectueuse sans ce tamponnement.

M. M... revient de temps en temps à la Clinique. A sa dernière visite, le 31 mars 1897, la cavité s'est montrée comblée en grande partie; il n'y a pas de suppuration, la joue présente un aspect normal.

Dans notre cas, à la suite d'un traumatisme violent au niveau de la fosse canine, il s'est produit sans doute un foyer d'ostéomyélite du maxillaire supérieur qui à la longue a donné lieu à la formation d'un gros séquestre constitué par toute l'apophyse alvéolaire gauche. Étant donnée la suppuration nasale unilatérale, on avait pensé au début à un empyème dit classique du sinus maxillaire, mais cette cavité était saine. Le foyer purulent siégeait en effet dans l'épaisseur du maxillaire et avait refoulé en haut le sinus.

Le pus s'écoulait dans la narine non par l'intermédiaire du sinus, mais par une fistule qui s'ouvrait dans le méat inférieur.

A priori le voisinage de la bouche et du nez qui contiennent à l'état normal la plupart des microbes agents habituels de l'ostéomyélite aiguë (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc.), semble prédisposer les os voisins aux inflammations phlegmoneuses avec formation ultérieure de séquestres. Et cependant si les cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur ont été quelquefois signalés, on a passé complètement sous silence ceux du maxillaire supérieur. En effet, nous n'avons retrouvé sous cette désignation qu'une observation publiée récemment par E. Schmiegelow [1]. Cette observation concerne un enfant de 4 ans qui, à la suite d'une fièvre éruptive, présenta du gonflement de la joue. Il se forma un abcès qui se vida en partie par l'apophyse alvéolaire et en partie par la fosse nasale.

Finalement il se produisit plusieurs séquestres, dont quelques-uns s'éliminèrent tandis qu'un autre de gros volume persista en entretenant la suppuration pendant plusieurs années.

Schmiegelow rapporte aussi deux observations, l'une de Grandidier [2] qui a trait à un enfant de six ans. L'affection avait été prise pour une périostite du maxillaire ayant occa-

1. SCHMIEGELOW. Ueber acute Osteomyelitis des Oberkiefers (*Arch. f. Laryngol. u. Rhinol.*, 1896, vol. V, p. 115-124).

2. GRANDIDIER (*J. f. Kinderkrankheiker* 1861, p. 364).

sionné un empyème de l'antre et une nécrose consécutive. La mort s'était produite le 14e jour. A l'autopsie on trouva une nécrose complète du maxillaire supérieur droit.

L'autre observation, de Rudaux[1], chez un enfant de trois semaines, fut décrite sous le nom d'empyème du sinus maxillaire. Schmiegelow rattache à l'ostéomyélite ces deux observations. On pourrait en faire autant de bon nombre de celles que nous avons pu compiler et qui ont été rapportées sous le titre d'empyème du sinus maxillaire chez l'enfant, par Bouchut[2], en 1875 (enfant de 2 mois); Wight[3], en 1877 (enfant de 14 mois); Helferich[4], en 1890 (enfant de 4 ans); Bauer[5], en 1894 (enfant de 3 ans); Würdemann[6], en 1894 (enfant de 7 ans); Greidenberg[7], en 1896 (enfant de 20 jours).

Il ressort de ces faits que l'ostéomyélite a été prise pour un empyème classique.

Si l'on songe que, outre l'ostéomyélite, les gommes du maxillaire, l'épithélioma, les kystes dentaires et osseux suppurés et la tuberculose osseuse qui est relativement fréquente dans cette région, peuvent fournir le cortège des symptômes de l'ancien empyème, on verra que la part qui revient à l'empyème classique est pour ainsi dire nulle. On est en droit de se demander si cette affection existe réellement en tant qu'entité morbide telle qu'elle a été décrite jusqu'à ce jour.

Dans des travaux antérieurs, nous avons avancé avec Ziem que l'empyème classique de l'antre d'Highmore avec manifestations extérieures était beaucoup plus rare que la forme que nous avons proposé de dénommer « empyème latent ». Nous croyons aujourd'hui que le nom d'empyème classique ne doit plus être employé du tout, et qu'il vaut mieux désigner chaque cas de ce genre d'après la cause qui a provoqué l'ostéite du maxillaire supérieur avec ou sans participation du sinus.

1. Rudaux (*Annales des mal. dè loreille, etc.* n° 9, septembre 1896).
2. Bouchut (*Gaz. des hôpitaux*, n° 74, 1875).
3. Wight (*Britsh Med. Journ.*, 1877, I., 370).
4. Helferich (*Jahresber. überdie Chir Klinik. d. Universität Greifswald* 1889-1890).
5. Bauer (*Verein süddeutscher Laryngologen*, 14 mai 1894, *in Intern. Centralbl. f. Laryngol.*, XI, p. 143).
6. Wurdemann (*Annales of ophthalm. and otology*, juillet 1894).
7. Greidenberg (*Med. Obosrenje*, n° 5, 1896).

V

SINUSITE FRONTALE PRIMITIVE SUBAIGUË

EMPYÈME;

PERFORATION DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU SINUS

MIGRATION INSOLITE DU PUS

A TRAVERS LE DIPLOÉ DU FRONTAL EN HAUT ET PERFORATION DE LA TABLE INTERNE DE CET OS,

AYANT DÉTERMINÉ UNE MÉNINGO-ENCÉPHALITE SEPTIQUE MORTELLE

Par le Dr **FORESTIER**,

Médecin de l'hôpital à Aix-les-Bains.

M. Veul... (Jean), 48 ans, cultivateur, près Aix-les-Bains.

Pas de tuberculose dans la famille ; deux frères bien portants.

Le sujet a fait la campagne de 1870, a été prisonnier, et conséquemment a été très exposé aux intempéries. Pas de syphilis. Pas d'habitudes alcooliques.

L'histoire du malade au point de vue qui nous intéresse semble remonter à quinze à seize ans en arrière.

En effet, depuis 1870 il a été sujet à de fréquents maux de tête, se localisant au front, et déterminant une susceptibilité au froid très particulière, qui l'obligeait l'hiver à porter constamment une casquette très chaude. Cependant la santé est restée satisfaisante sous tous les autres rapports jusqu'à 1896.

Dans les six premiers mois de cette année, le sujet se plaint de ses maux de tête devenus un peu plus fréquents.

En septembre leur fréquence et surtout leur intensité s'accusent.

Du 15 au 30 octobre ils deviennent continus et toujours plus intenses, et le front devient enflé et douloureux au toucher. L'enflure siège au milieu et un peu à droite. A ce moment, d'après les renseignements recueillis par le médecin, il y aurait eu à diverses reprises un écoulement muco-purulent dans les fosses nasales plusieurs fois dans la même journée. L'état général commence à devenir mauvais : abattement, perte de l'appétit, amaigrissement.

Vers le 12 novembre, les phénomènes s'aggravent. L'écoulement par le nez se tarit. Le médecin est appelé.

Le 24 novembre, dans l'espace d'une nuit, se forme sous la peau du

front une tumeur du volume d'une mandarine. Le médecin y fait une ponction qui livre passage à du pus. Mais l'état continuant à s'aggraver on fait appeler un autre médecin, le Dr César (de Culoz) qui incise l'abcès le 27 novembre, et fait les constatations suivantes : le pus est mal lié, fétide, strié de sang. La palpation détermine du gargouillement et l'issue du pus par les narines et dans l'arrière-gorge, et permet de sentir une perte de substance osseuse. Après l'incision, injection de solution de sublimé, mèche de gaze iodoformée, pansement antiseptique.

Le 1er décembre. Le pansement est enlevé ; il y a peu de pus. Mais l'état général est devenu très mauvais : agitation nocturne, céphalalgie intense et continue. Le malade accuse un mauvais goût à la bouche, ne s'alimente pas, et commence à *crachoter*.

Les phénomènes s'aggravant toujours, fièvre, abattement, hébétude, il m'est envoyé à l'hôpital d'Aix-les-Bains (4 déc.).

État du malade. — 5 *décembre.* État semi-comateux. Fièvre modérée ; T. rect. 39° à 39° 5.

Il faut que je l'interpelle à haute voix pour le tirer un moment de sa torpeur ; il ne répond que par oui et non indifféremment.

Mais d'autre part il *crachote* d'une façon incessante toutes les trois ou cinq minutes, avec force, expulsant des matières muco-purulentes épaisses.

Le front dans sa partie médiane et sa partie droite présente une tuméfaction considérable, s'étendant à la racine du nez en bas, à la région temporale droite latéralement, et à la partie supérieure du front en haut. Pas d'œdème des paupières ; rien du côté de l'orbite.

Un écoulement muco-purulent se fait par la narine droite.

A la partie moyenne du front est l'incision par laquelle le pus s'écoule abondamment.

Opération. — Pas d'anesthésie ; j'opère seul. Deux grandes incisions, l'une de la racine du nez à la partie supérieure du frontal, sur la ligne médiane ; l'autre transversale au-dessus des sourcils.

Je constate alors que la partie droite de la paroi antérieure des sinus frontaux est détruite et que la perforation osseuse mesure environ 12 à 16 millimètres de haut ; il en reste une petite lamelle amincie. Le pus a fusé du côté de la région temporale droite sous la peau. Avec une rugine j'enlève les parties avoisinantes de la table externe en haut et à droite.

En explorant avec le stylet je constate encore que la paroi antérieure du sinus dans sa partie gauche est intacte, et qu'il en est de même pour *la paroi postérieure* tout entière, mais que la paroi supérieure du côté droit est détruite. Partout le tissu osseux est dénudé. Il y a large communication de la partie droite à la partie gauche du sinus ; on sent bien un étranglement de la cavité, mais pas de cloison.

J'introduis facilement une bougie urétrale molle (n° 5 filière Charrière) dans le canal fronto-nasal *droit* et la fais descendre jusque dans la fosse nasale correspondante. Le canal fronto-nasal gauche est éga-

lement perméable, car une injection passe facilement dans la narine gauche. Suivant le trajet du pus qui paraît avoir fusé en haut dans les aréoles du diploé du frontal, je fais sauter avec la gouge et le maillet la table externe de l'os, à droite de la ligne médiane, et je mets à jour une surface osseuse, creusée irrégulièrement de larges aréoles d'aspect sinueux, pleines de pus. J'arrive ainsi à la partie supérieure du frontal, toujours sur le côté droit de la ligne médiane, et là en explorant avec le stylet je constate que la table interne de l'os est perforée. A travers la perforation qui mesure un centimètre de diamètre au moins, et que je mets à jour, mon stylet pénètre jusqu'à la dure-mère. J'aperçois un magma de pus épais.

N'ayant pas de trépan, et craignant en frappant avec la gouge et le maillet de blesser les méninges, j'arrête là l'opération, estimant qu'elle suffira, si les lésions de la méningo-encéphalite ne sont pas trop avancées déjà.

Malheureusement l'état comateux ne fait que s'accentuer dans la soirée, et le jour suivant. La mort survient dans la nuit du 6 au 7, sans phénomènes convulsifs. La méningo-encéphalite septique a été pendant toute sa durée à *forme dépressive*. L'autopsie n'a pu être pratiquée, ce qu'il faut moins regretter puisque l'opération a permis de constater les lésions essentielles. Autant qu'on pouvait l'apprécier, il n'y avait rien eu du côté du sinus maxillaire.

Cette observation est intéressante en raison du mécanisme tout à fait exceptionnel des accidents cérébraux : fusée du pus à longue distance dans le diploé et perforation de la table interne du frontal. Ce fait que la paroi postérieure du sinus est restée intacte, sauf bien entendu la dénudation, et que le pus est allé chercher si loin un point de pénétration dans la cavité cranienne est extrêmement rare. Je n'ai pu en trouver aucun autre de ce genre ; mais je ne saurais affirmer qu'il n'en existe point, mes recherches bibliographiques ayant été forcément incomplètes.

Quelle disposition anatomique, spéciale à mon malade, a pu favoriser cette migration singulière du pus ? Il est difficile de le dire. Même au début de l'empyème, il n'y a eu, on a pu le noter, aucun œdème des paupières, aucun phénomène du côté de l'orbite. Il faut croire que dès le premier moment le pus a forcé le bord ou paroi supérieure du sinus droit et a commencé son trajet à travers le tissu spongieux du frontal. Peut-être faut-il mettre en cause l'âge du sujet (48 ans), c'est-à-dire la résistance plus grande du tissu osseux de la paroi postérieure du sinus, pour expliquer ce fait insolite. Tandis

que cette paroi à tissu compacte résistait, la lamelle séparant la partie supérieure du sinus des aréoles du diploé a cédé.

Admettons cette explication pour valable. Mais alors en l'appliquant à la perforation de la paroi antérieure du sinus, elle nous amène à penser que cette paroi était de faible épaisseur, puisqu'elle a été détruite par le pus, avant que celui-ci n'ait avancé du côté de l'orbite.

Quoi qu'il en soit, si les conditions de la migration du pus restent difficiles à préciser, le fait n'en est pas moins instructif en lui-même. D'ailleurs l'observation est encore intéressante à d'autres points de vue. En ce qui concerne la pathogénie, cette sinusite paraît être primitive. Deux faits sont à apprécier à cet égard : l'ancienneté des phénomènes du côté du nez d'abord, la perméabilité constatée du canal fronto-nasal des sinus, ensuite.

L'origine de l'affection se rattache probablement aux coryzas contractés pendant la campagne de 1870. Voilà un homme qui depuis cette époque reste sujet à des maux de tête, à localisation frontale. Vraisemblablement il s'agissait déjà de rhinite chronique retentissant sur la muqueuse des sinus ou plus simplement d'empyème latent des cellules frontales. Cette susceptibilité au froid, l'amenant à porter une casquette très chaude, semble bien indiquer qu'il y avait quelque chose d'anormal chez lui du côté de ses fosses nasales.

Cependant les années se passent et les choses restent en l'état. Puis rapidement cette année, après une période de douleurs lombaires apparaissent des phénomènes aigus : douleurs frontales vives, gonflement au-dessus de la racine du nez, fièvre, etc.

Pour expliquer ce qui s'est passé alors, on peut admettre, étant donnés les signes que nous venons d'énumérer, que le malade a eu la grippe. Sous son influence, et dans ce milieu de culture tout préparé des cavités frontales, la virulence des germes s'est trouvée subitement augmentée. De là, les accidents aigus qui ont éclaté soudain du côté des sinus, alors que jusqu'à ce moment l'empyème était resté latent. Cette interprétation n'a rien d'invraisemblable si l'on se reporte à ce qui a lieu dans l'otorrhée. Un malade a un léger écoulement pendant longtemps. Il le néglige. Survient l'influenza et l'otite se

réchauffe, comme on disait autrefois, les germes récupèrent une virulence exceptionnelle, et les accidents redoutables ne tardent pas à survenir.

Ceci étant, l'obstruction du canal fronto-nasal et conséquemment la rétention du pus dans le sinus, ont-elles ici joué un rôle dans la migration du pus ? Je crois qu'on peut répondre par l'affirmative. Evidemment au début et à la fin de la maladie l'écoulement purulent a paru se faire plus ou moins librement par le canal fronto-nasal. Mais pendant une période au moins, vers le 12 novembre, précisément au moment de l'aggravation des phénomènes, la perméabilité du canal a été compromise. Jusqu'au 24 novembre, c'est-à-dire jusqu'à la perforation de la paroi antérieure du sinus, la rétention paraît avoir été complète, car c'est seulement vers le 1er décembre que le crachotement a apparu, crachotement témoignant la perméabilité rétablie du canal fronto-nasal.

Pendant l'évolution de l'empyème, quel a été le sort de la cloison ? Celle-ci devrait exister probablement, puisque nous savons (Herbert Tilley. Recherches sur les sinus frontaux de 120 crânes, etc., *in the Lancet*, 1896) qu'elle est constante, quoique plus ou moins déviée. D'après la succession des phénomènes on peut admettre que la cloison a résisté jusque vers le 27 novembre. A ce moment, le médecin constata que le pus s'écoulait par les deux narines quand on pressait l'abcès frontal. Le jour de l'opération j'ai trouvé libre passage d'un sinus à l'autre.

VI

HÉMORRHAGIES DU LARYNX

Au cours d'une Cirrhose alcoolique

Par le Dr **LUBET-BARBON**

(Travail lu à la Société de Laryngologie de Paris, 9 juillet 1897.)

M. L..., 40 ans, boucher, a été pris il y a plus d'un mois d'une extinction de voix marquée surtout vers le soir, il a dès le début craché un peu de sang, mêlé à des crachats, en petite quantité. Puis au bout de quelques jours ces petites hémorragies ont été plus abondantes et se produisaient au reveil; d'abord c'étaient de petits caillots de sang noirâtre, presque des croûtes, puis il rendait sous l'influence de la toux du sang rouge et fraîchement sorti des vaisseaux.

L'état général du malade est d'ailleurs mauvais, c'est un éthylique avéré et incorrigible, et son médecin le soigne en ce moment pour des accidents ascitiques liés à de la cirrhose atrophique.

Il est amaigri, le teint jaunâtre mais sans ictère, il présente sur les pommettes et sur dos du nez les varicosités caractéristiques de son affection, et a des épistaxis chaque matin. Pas d'hémorrhoides, dit-il, et pas d'hématémèses. L'auscultation de la poitrine ne relève rien d'anormal et en particulier aucun point de congestion ou d'induration pulmonaire.

En examinant la bouche du malade on trouve sur le voile du palais et le pharynx buccal des varicosités et un certain piqueté rouge-brun comme du purpura.

Dans le nez on trouve un lacis vasculaire couvrant toute la partie antérieure de la cloison, avec des érosions d'où partent, suivant la règle, les épistaxis.

Toute la cavité du larynx est rouge, comme lavée avec du sang, on voit sur la corde vocale droite et dans l'espace inter-aryténoïdien de petits caillots brunâtres. La trachée au contraire paraît normale, un peu rouge, mais d'un rouge inflammatoire.

Lorsque l'on introduit dans la cavité du larynx un pinceau de coton, on le retire teinté de sang, et comme la légère friction a suffi pour détacher les caillots peu adhérents, on voit très nettement le sang sourdre de la corde vocale, s'étaler et forcer par sa présence le malade à tousser et à émettre trois ou quatre crachats sanguinolents. C'est, nous dit-il, ainsi que cela se passe chaque matin. L'examen du larynx après cette expuition montre une coloration plus vive de toute la cavité et une place plus rosée sur la corde vocale et l'espace inter-aryténoïdien. C'est donc bien une hémorragie locale du larynx que nous avons sous les yeux.

Les hémorragies du larynx ne sont pas fréquentes et la cause n'est pas en général aussi facile à trouver que dans le cas présent. C'est évidement au trouble de la fonction hématopoiétique du foie par la cirrhose qu'il faut l'attribuer, et notre malade présente ici les mêmes accidents que d'autres qui ont des varices de l'œsophage, des hématémèses ou des épistaxis repétées.

VII

UN CAS
DE
MOLLUSCUM PENDULUM DE L'AMYGDALE

Par le Dr **FURET**.

Communication à la Société française d'Otologie, mai 1897

M. D... vient le 10 février à ma consultation, se plaignant de chatouillements continuels dans la gorge et de fréquentes quintes de toux.

C'est un homme de 48 ans, au visage coloré et d'aspect robuste, sans tare héréditaire ou personnelle d'aucune sorte.

En l'examinant, je vois aussitôt appendue à l'amygdale du côté droit, et à peu près au milieu de la glande, une petite tumeur allongée, longue de deux centimètres environ, pédiculée, très mobile, et de couleur rosée comme les tissus voisins. Pour en donner une idée plus nette, je puis dire que cette petite tumeur avait assez bien l'aspect d'une luette légèrement hypertrophiée. En la touchant avec le stylet, il était facile de la soulever et de la manœuvrer dans tous les sens, sans que le malade accusât aucune sensation désagréable.

L'amygdale elle-même n'offrait à la vue rien de particulier : elle n'était ni grosse, ni douloureuse; il n'y avait pas d'adhérences avec les piliers. Le malade d'ailleurs ne se rappelle pas avoir jamais eu d'amygdalite.

Du côté des organes voisins (nez, pharynx, larynx), rien de spécial à signaler.

Poursuivant plus loin mon examen, je trouvai disséminées sur le cou et le tronc, et plus particulièrement au niveau des

aisselles, une trentaine de petites tumeurs très pédiculées, comme étranglées à leurs bases, ridées, flasques, de grosseur variable, les plus petites étant à peine perceptibles et les plus considérables ne dépassant pas le volume d'un haricot. Ces lésions, tout à fait indolentes d'ailleurs, semblables à des grains de raisin vides, étaient faciles à reconnaître même à l'œil le moins exercé, et je n'eus pas de peine à faire le diagnostic de *molluscum commun*, ou *molluscum pendulum*.

Pour enlever la tumeur de l'amygdale, dont j'avais seulement à m'occuper, je me servis de l'anse galvanique et l'opération fut évidemment des plus faciles. Je ne me contentai pas de l'ablation pure et simple ; après cocaïnisation je morcelai l'amygdale au point d'implantation et je découvris une masse considérable de magma caséeux qui semblait servir de base à la tumeur en question.

Mon excellent ami M. Veillard voulut bien se charger de l'examen microscopique, et voici la petite note qu'il me remit à ce sujet :

« La tumeur est fibreuse, formée de faisceaux enchevêtrés « de fibres conjonctives laissant voir dans leurs interstices les « noyaux des cellules conjonctives. Au centre, les faisceaux « sont denses, épais, séparés par des fentes très étroites. Les « vaisseaux sont peu nombreux. Vers la périphérie, ils deviennent peu à peu plus ténus, s'espacent, sont plus vasculaires. « En certains points même, tout à fait à la surface, le tissu « fibreux est devenu du tissu muqueux à fibres très fines et « qui devait être très infiltré sur la tumeur fraîche. Par places, « ces parties périphériques sont infiltrées de leucocytes, principalement au pourtour des capillaires et ceci donne lieu de « penser que la tumeur était actuellement en voie d'accroissement. L'épithélium qui revêt le tout est celui de la muqueuse palatine, pavimenteux stratifié, avec cette différence « qu'ici la muqueuse n'a pas de glandes et que les papilles y « sont rares (particularités qui se retrouvent dans le *molluscum* « de la peau).

« En résumé, tumeur fibreuse ayant l'apparence extérieure « et les caractères histologiques du *molluscum pendulum* « *commun* »

Pour terminer cette observation, j'ajoute que j'ai revu M. D...

ces jours derniers. La toux a complètement disparu et l'amygdale semble tout à fait normale.

Réflexions. — Ainsi donc, voici le fait : une tumeur de l'amygdale coexistant avec de nombreux *molluscum pendulum* de la peau, et l'identité entre les deux lésions confirmée par l'examen histologique.

Je ne crois pas que le *molluscum pendulum* ait jamais été observé sur les muqueuses. Dans les traités classiques il est fait mention de quelques cas rares de *molluscum fibrosum*, qu'on appelle plus ordinairement aujourd'hui *neurofibromatose généralisée*, ayant envahi la muqueuse des gencives ou du voile du palais. Mais ces deux affections, *molluscum pendulum* et *molluscum fibrosum*, n'ont d'autre point commun que le nom.

D'autre part, dans un travail très complet sur les « *tumeurs bénignes de l'amygdale* » qui a paru récemment dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, M. le Dr Ardenne ne cite aucun cas de *molluscum*. J'ai donc tout lieu de croire que l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter est la première qui ait paru sur ce sujet.

VIII

CONTRIBUTION

A LA

CHIRURGIE DE L'OREILLE

Considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne.

Par le Dr **A. BONAIN**,

Chirurgien-adjoint de l'Hôpital civil de Brest (oto-rhino-laryngologie).

Quelques cas de complications mastoïdiennes et péri-mastoïdiennes d'otite moyenne, opérés dans ma pratique privée ou hospitalière, m'ont paru présenter de l'intérêt, soit dans leur évolution, soit dans les lésions observées. Leur étude jointe à la remarque, dans nombre d'observations de suppurations mastoïdiennes et péri-mastoïdiennes, de certaines particularités, m'a conduit à vous soumettre quelques considérations sur l'ostéo-périostite de la mastoïde, consécutive aux inflammations de l'oreille moyenne.

Un fait m'a frappé dans les six interventions dont j'ai joint à cette étude les observations succinctes : l'importance des lésions trouvées au niveau de la face interne de la mastoïde ou s'y rattachant de façon évidente. Dans cinq cas, en effet, j'ai pu constater nettement l'atteinte de la paroi du sillon sigmoïdien ou latéral. Une fois, la caisse et l'antre étant indemnes de toute suppuration, j'ai trouvé sur le trajet du sinus latéral une collection purulente extra-durale ayant perforé la table interne de l'os, au niveau du bord supérieur de la portion mastoïdienne

du temporal et en train de se frayer un chemin dans son épaisseur. Une autre fois, la caisse était encore indemne de suppuration, et s'il existait dans les cellules voisines de l'antre, un peu de pus, la collection principale se trouvait au contact même de la portion sigmoïde du sinus latéral. Les trois autres fois, la caisse et la mastoïde renfermaient du pus et des fongosités; dans deux de ces cas, la corticale externe était partiellement nécrosée, mais la corticale interne était encore plus atteinte, puisqu'elle avait presque complètement disparu; dans le troisième cas, la corticale externe était simplement dénudée par le décollement du périoste que soulevait une collection purulente assez étendue et il existait vers le bord postérieur de la portion mastoïdienne du temporal, une perforation de l'os livrant passage au pus qui, d'autre part, communiquait avec l'intérieur de la mastoïde, à travers sa paroi interne largement perforée.

Dans un sixième cas, la caisse et l'antre suppuraient légèrement et l'ouverture de l'antre ne donna qu'un résultat médiocre. L'os était d'apparence saine et l'intervention fut évidemment incomplète, la seule présence d'un peu de pus dans l'antre ne suffisant pas à expliquer le gonflement considérable des téguments, de la mastoïde à l'occiput. Une incision exploratrice des téguments ne me renseigna guère davantage et je n'osai aller reconnaître le sinus, en l'absence de symptômes bien nets de son atteinte. Vingt jours après, une collection se formait au niveau de la rainure digastrique, et après l'avoir ouverte, je trouvai l'os dénudé sur la paroi interne de la pointe mastoïdienne. Je ne pus malheureusement pas, par refus d'intervention plus complète, trouver l'origine exacte de cette collection.

En parcourant les relations d'interventions pour complications mastoïdiennes et péri-mastoïdiennes d'otite moyenne, publiées en ces dernières années, on est surpris de la fréquence des lésions ayant évolué au niveau ou aux environs de la paroi interne ou para-sinusienne de la mastoïde. Phlébites du sinus et de la jugulaire, thromboses, abcès extra-duraux et sub-dure-mériens, méningites, abcès du cerveau et du cervelet, mastoïdites de Bezold, sont d'observation presque courante. En tout cas, c'est presque un fait banal

au cours d'une intervention sur la mastoïde atteinte d'ostéo-périostite, que d'être conduit sur le sinus latéral mis à découvert; et la lésion de ce vaisseau par le chirurgien n'est point chose bien rare.

On conçoit aisément, qu'au temps où la chirurgie de la mastoïde se bornait le plus fréquemment, à la simple trépanation de corticale externe, les lésions de la paroi interne n'aient guère attiré l'attention. Le gros écueil à éviter était le sinus et on respectait le mieux possible son voisinage. Les progrès de cette chirurgie spéciale ont rendu l'intervention plus osée et, du même coup, ont fait peu à peu la lumière, sur l'évolution de l'ostéo-périostite mastoïdienne et la fréquence relative de ses complications intra-craniennes, autrefois tout juste soupçonnées.

Si, de façon générale, l'ostéo-périostite aiguë ou subaiguë peut se terminer par résolution, il n'est pas rare non plus de la voir déterminer de la suppuration; et les rapports physiologiques entre le périoste et l'os sont trop intimes, pour que l'un et l'autre ne soient pas, dans la plupart des cas, également atteints. S'il y a suppuration, ce sera même le plus fréquemment sous le périoste, que se formera la collection. Aussi voyons-nous dans l'ostéo-périostite mastoïdienne, le périoste de l'apophyse prendre toujours, sur un point ou sur un autre, sa part à l'inflammation. Si l'ostéo-périostite peut se terminer entièrement par résolution, il se peut aussi que l'inflammation osseuse proprement dite, s'étant alors terminée par résolution, la périostite donne lieu à de la suppuration.

Des diverses faces de la mastoïde, l'interne, dont le périoste est constitué par la dure-mère cérébrale, est certes la plus exposée; et c'est selon toute apparence sur elle, que doit retentir le plus souvent l'inflammation ostéo-périostique. La minceur, la plupart du temps très accentuée à ce niveau, de la corticale qui représente la lame interne ou vitrée des os du crâne et ses rapports immédiats avec les cellules mastoïdiennes ou l'antre lui-même, la rendent particulièrement vulnérable. En outre, les relations vasculaires de l'apophyse avec le sinus latéral facilitent grandement l'infection de cette partie de l'os, dont la paroi même du sinus forme le périoste. Or l'ostéo-périostite se complique presque toujours d'ostéo-phlébite.

On ne saurait se dissimuler la gravité relative de cet état de choses, en considérant les conséquences qui peuvent en résulter. Car si, en ce point comme ailleurs, les phénomènes inflammatoires peuvent disparaître par résolution, l'abcès extra-dural, la phlébite et la thrombose du sinus pouvant entraîner celles de la jugulaire et occasionner la pyohémie, la suppuration sub-dure-mérienne et la méningite, la production d'abcès du cerveau ou du cervelet, sont des accidents dont on doit redouter la production. Ces complications intra-craniennes reconnaissent en effet dans la plupart des cas, comme point de départ, la lésion parasinusienne ou sinusienne. C'est ainsi que Jansen, à la clinique otiatrique de Berlin, a trouvé en excluant la méningite, sur 148 suppurations intra-craniennes : 108 abcès extra-duraux, 35 thromboses du sinus et 5 abcès du cerveau.

Mais en dehors des suppurations intra-craniennes, des thromboses du sinus ou de la jugulaire diagnostiquées avant l'intervention, que de fois l'atteinte de la face interne de la mastoïde doit rester ignorée ! La méconnaître c'est exposer le malade à des complications souvent redoutables. Combien de fois cependant n'est-il pas arrivé que, soit par timidité, soit par ignorance ou insouciance de cette lésion de la face interne, l'intervention est demeurée incomplète ! On fait l'incision de Wilde, on trépane la corticale externe, on ouvre l'antre mastoïdien et les cellules avoisinantes, satisfait si on arrive à donner issue à du pus ; mais d'habitude, si les lésions rencontrées ne conduisent pas directement sur la paroi interne, on ne songe pas à aller l'explorer. Assez fréquemment, l'intervention suffit, sinon à conjurer tout danger, du moins à soulager les souffrances du malade ; souvent aussi la nature fait le reste et complète l'opération. Mais il n'est pas non plus très rare de voir, tôt ou tard, après une amélioration plus ou moins marquée, de nouveaux symptômes apparaître qui montrent l'importance des lésions ayant évolué au niveau de la face interne de l'apophyse. Heureux, dans ces cas, si par une nouvelle intervention, nous arrivons à enrayer ou à guérir les complications qui se sont produites !

Il est surtout une modalité de l'ostéo-périostite mastoïdienne, où l'importance des lésions de la paroi interne et de leur re-

cherche paraît, en bien des cas, avoir été méconnue, bien que justement des signes assez caractéristiques eussent dû attirer l'attention de ce côté. Je veux parler de la mastoïdite, dite de Bezold, dont la pathogénie généralement admise semble, en bien des cas du moins, quelque peu sujette à caution. Elle consisterait, dit-on, en une suppuration des cellules de la pointe de l'apophyse, suppuration primitivement ou consécutivement indépendante de la caisse du tympan. L'issue de la collection dans la rainure digastrique ou à la face interne de la pointe mastoïdienne, et sa descente sous les muscles qui s'insèrent à cette pointe, lui donnent un caractère particulier, fixant le diagnostic. Toutefois, une conformation anatomique spéciale de la mastoïde serait nécessaire pour sa production : l'extension du système cellulaire de l'antre jusqu'à la pointe.

Cette explication ne me satisfait qu'à demi et ne doit satisfaire que fort incomplètement tout le monde, à en juger par les divergences d'opinions qui existent touchant la symptomatologie précise, la fréquence et la gravité de la mastoïdite de Bezold. Ce que l'un admet comme telle, l'autre le met en doute ou le nie, parce que certain symptôme, fort net en bien des cas, manque dans le cas en question. Broca [1] la considère comme exceptionnelle. Hamon du Fougeray [2], d'accord avec Gradenigo, admet qu'elle se présente dans 30 0/0 des mastoïdites aiguës. Enfin pour M. Broca, bien traitée, elle est de pronostic bénin ; et cependant sa gravité ressort de la plupart des observations publiées.

Assurément, s'il existe une forme de mastoïdite caractérisée par une suppuration limitée aux cellules de la pointe, cette forme doit être exceptionnelle et il n'est guère, en effet, de raisons de sa gravité, si, les cellules une fois ouvertes, le drainage du foyer cervical est établi. Mais, à moins que dans la plupart des observations publiées de mastoïdites de Bezold, le diagnostic soit erroné, on est obligé de convenir de la gravité de cette affection, gravité constatée même en

1. Abcès du cou consécutifs aux otites moyennes suppurées. (*Arch. intern. de Laryngologie*, etc., n° 6, nov.-déc. 1896).

2. Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne (*Communication au 10e Congrès de chirurgie*. Paris, 10 oct. 1896).

certains cas paraissant avoir été convenablement traités. Ce qu'il n'est pas rare d'observer en cette occurrence, qu'il y ait eu ou non intervention opératoire, c'est l'apparition dans un délai variable, de symptômes endo-craniens : périphlébite, endo-phlébite et thrombose du sinus latéral pouvant s'étendre à la jugulaire et déterminer la pyohémie ; abcès extra ou sub-dural, méningite, abcès du cerveau ou du cervelet, complications dont une simple suppuration des cellules de la pointe mastoïdienne ne saurait être coupable. L'issue de la suppuration sous les muscles de la région cervicale, le long des vaisseaux du cou, peut avoir sa gravité ; mais celle-ci est d'un autre ordre.

En résumé, il paraît bien probable que la mastoïdite de Bezold n'est qu'un des modes de terminaison de l'ostéo-périostite suppurée de la face interne de la mastoïde ; sa particularité consistant dans la perforation de la corticale à la face interne de la mastoïde, au niveau de la rainure digastrique. « *Au siège près*, comme le dit M. Broca [1], *cette collection est identique par sa pathogénie, à l'abcès retro-auriculaire banal et à l'abcès extra-dural.* » Elle n'est même bien souvent sans doute, qu'une collection primitivement extra-durale qui a trouvé issue vers le fond de la rainure digastrique qui, nous le savons, contribue à former la paroi osseuse du sillon sigmoïdien, assez mince en ce point.

Nous voyons, d'ailleurs, les lésions de la paroi interne de la mastoïde, donner lieu à des symptômes assez différents et se trahir par des variétés cliniques intéressantes, selon le chemin suivi par la suppuration. Que la collection se soit formée au niveau même du sillon sigmoïdien ou à quelque distance, sur le trajet du sinus latéral, elle cherchera une issue vers l'extérieur, soit à travers la paroi osseuse nécrosée, soit par un orifice normal, quelquefois assez loin du lieu de sa formation. Les observations de Rossi et de Gérard-Marchand, citées par Luc [2], sont, à cet égard, instructives. Dans un de ces cas, le pus sortait du crâne par le trou déchiré postérieur et s'épan-

1. *Loc. cit.*
2. Contribution à l'étude des mastoïdites de Bezold (*Arch. Intern. de Laryngologie*, etc.., n° 1, janvier-février 1896).

chait dans la région cervicale ; dans l'autre, sortant par une perforation de l'os située entre le trou occipital et la mastoïde, la suppuration avait fusé sous les masses musculaires de la nuque. Dans ces deux cas la paroi interne de la mastoïde était perforée au niveau du sillon sigmoïdien et la collection extérieure communiquait avec les cellules mastoïdiennes en passant par l'intérieur du crâne. Intéressant encore le cas observé par Gradenigo [1], et qui peut se résumer ainsi : pas d'otorrhée, tuméfaction douloureuse de la mastoïde et fluctuation profonde à 0,03 centimètres en arrière de son bord postérieur ; une collection extra-durale s'est fait jour au niveau de la suture mastoïdo-occipitale. L'antre est trépané et l'on trouve la face interne de la mastoïde cariée et friable au niveau du sinus dont la paroi est couverte de granulations noirâtres s'étendant sur la dure-mère cérébelleuse voisine. Enfin dans un de mes cas (Obs. V), une vaste collection s'étendant sous les téguments, de l'occipital à l'attache supérieure du pavillon de l'oreille, sortait du crâne par un orifice situé au niveau de la suture mastoïdo-occipitale et communiquait largement en passant par l'intérieur du crâne, avec les cellules mastoïdiennes, à travers la paroi interne de l'apophyse.

Le but de cette étude forcément écourtée a été d'attirer l'attention sur la fréquence et l'importance de l'atteinte de la corticale interne de l'apophyse, dans l'ostéo-périostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne. Quelques conclusions doivent s'en dégager.

Si au cours de l'intervention, après exploration de l'antre, il est bon de se laisser guider par les lésions rencontrées, il est aussi de toute nécessité de songer aux lésions possibles de la corticale interne de la mastoïde. Si l'ouverture de la corticale externe et de l'antre ne fournit pas l'explication suffisante des symptômes observés, si surtout le gonflement des tissus dépasse le bord postérieur de l'apophyse, il me parait rationnel d'élargir en arrière la brèche osseuse et d'aller explorer la corticale interne, c'est-à-dire de mettre à nu le sinus. En agissant de la sorte, nous n'aggravons guère l'intervention et nous écartons les chances d'insuccès. La peur du sinus ne

1. *Arch. ital. di otol., rhinol.*, etc., n° 1, 1896.

saurait nous arrêter ; car s'il nous arrive parfois de le rencontrer sans que nous le recherchions, et de le léser même par mégarde, sans trop d'inconvénient, il faut convenir que sa recherche de propos délibéré n'est certes pas plus périlleuse.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — Homme de 24 ans. Surdité de l'oreille droite et douleurs vagues autour de l'oreille. Aurait eu, il y a six mois, une attaque de grippe (?) avec violentes douleurs dans l'oreille droite ; pas d'otorrhée.

Oreille gauche normale. Diapason vertex latéralisé à droite. De ce côté, avant comme après le cathétérisme, la perception osseuse est bonne. La montre n'est entendue qu'à 0,02 centimètres de l'oreille. Rinne négatif. Bruit de grillon continuel. Tympan rougeâtre et légèrement enfoncé. Trompe et caisse libres et vides de tout exusdat. L'oreille n'a jamais suppuré ; l'apophyse mastoïde n'est ni tuméfiée ni douloureuse à la pression. Etat général satisfaisant.

Quinze jours après, douleurs plus vives, surtout au niveau de la mastoïde dont les téguments sont légèrement œdématiés. Le gonflement s'étend vers l'occipal. T. 38° 4.

Intervention. Ouverture de la mastoïde au niveau de l'antre. L'os est sain et l'antre, comme la caisse, ne renferme aucune trace de suppuration. Sur la paroi postérieure de la brèche osseuse, à 6 ou à 7 millimètres de la surface extérieure, une goutte de pus vient sourdre en tissu osseux d'apparence normale. Incision des téguments jusqu'à l'occipital. L'os est attaqué suivant la route indiquée par un ruisselet de pus qui chemine dans son épaisseur et nous mène vers l'angle inférieur du pariétal. La tranchée ainsi creusée suit à peu près la direction du sinus latéral. Elle aboutit à une collection extra-durale contenant environ une grande cuillerée de pus phlegmoneux. La table externe de l'os est intacte. La table interne seule a été perforée par le pus qui, s'étant frayé un chemin dans l'épaisseur de l'os, s'apprêtait à se créer une issue soit dans les cellules mastoïdiennes, soit sous le périoste de la corticale.

La poche extra-durale lavée à l'eau bouillie, un drain est placé dans la tranchée osseuse et sort par la plaie rétro-auriculaire. Suture de la plaie transversale et tamponnement de la brèche mastoïdienne à la gaze iodoformée. Dès le lendemain disparition de toute douleur et des bourdonnements.

Pansement levé au bout de huit jours. Réunion parfaite de la plaie transversale.

La cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire est complète vingt-cinq jours après l'intervention. L'audition est restée la même. Etat général excellent.

Obs. II. — Homme de 31 ans. Otite moyenne aiguë suppurée, droite, il y a quatre mois. L'écoulement par le conduit s'est tari assez rapide-

ment. Il y a quelques jours, gonflement douloureux de la mastoïde droite. Frissons et fièvre. L'oreille gauche est normale. L'oreille droite perçoit la montre à 0,05 centimètres. Le tympan est rougeâtre, légérement enfoncé. La trompe n'est guère perméable.

Le malade n'acceptant pas d'intervention sur la mastoïde, je pratique la paracentèse du tympan et fais de la révulsion sur l'apophyse. Il n'est sorti par l'ouverture tympanique, que quelques gouttes de sang. Je prescris des instillations de glycérine phéniquée à 1/10 répétées trois fois par jour.

Le lendemain, écoulement de pus par le conduit. Disparition des douleurs et du gonflement.

Quelques jours après, réapparition du gonflement mastoïdien s'étendant cette fois vers l'occiput. Douleurs vives, frissons et fièvre. Douleurs dans l'épaule gauche.

Un mois après le premier examen, aucune amélioration ne s'étant produite, le malade accepte l'intervention. L'écoulement par le conduit n'a pas discontinué; l'œdème des téguments est considérable, s'étendant vers la nuque et vers le pariétal.

Ouverture de l'antre qui contient très peu de pus. L'os est relativement sain. Les lésions observées ne suffisant pas à expliquer l'œdème considérable des tissus, une incision exploratrice est pratiquée allant de la plaie rétro-auriculaire vers l'occipital. En un point, le tissu cellulaire sous-cutané laisse échapper quelques gouttes de pus. A l'extrémite postérieure de l'incision, au niveau de l'occipital, le périoste est quelque peu rugueux, mais l'os n'est nullement dénudé... Ne trouvant pas d'indication bien nette pour procéder à l'ouverture du crâne, je suture la plaie transversale et draine la brèche mastoïdienne avec de la gaze stérilisée.

Le pansement est levé au sixième jour. Réunion parfaite de la plaie transversale. Les douleurs et le gonflement ont disparu. Pas d'élévation de température. Quatre jours après, apparition d'un œdème très mou s'étendant de l'occiput au frontal, se limitant au-dessus de l'oreille et empiétant sur la moitié gauche du crâne. Seize jours après l'intervention, un petit abcès sous-cutané se forme, à l'extrémité postérieure de la plaie transversale cicatrisée. Il est ouvert et guérit en très peu de temps.

Il persiste un léger écoulement par le conduit. Apparition d'une paralysie faciale du côté droit. La plaie rétro-auriculaire maintenue béante suppure à peine.

Vingt jours après l'intervention : gonflement très douloureux et rougeur des téguments en arrière et au-dessous de l'apophyse. Œdème s'étendant jusqu'à la nuque. Les mouvements de la tête sont difficiles et douloureux.

Incision des téguments le long du bord postérieur de la mastoïde et écoulement abondant de pus phlegmoneux. Le stylet pénètre dans la fosse digastrique et trouve l'os dénudé sur la face interne de la pointe de l'apophyse. Un drain est fixé dans la plaie.

Le gonflement et la douleur ont très vite disparu. La plaie rétro-au-

riculaire se cicatrise et l'écoulement de l'oreille se tarit au bout de quelque temps. Une fistule persiste pendant six mois sur le bord postérieur de la mastoïde et finit par se fermer.

Le malade revu au bout d'un an est en bonne santé. Le tympan largement perforé laisse voir la caisse complètement sèche. La paralysie faciale persiste, quoique un peu atténuée.

Obs. III et IV. — Garçon de 3 ans, atteint depuis un an d'otorrhée double, suite de diphtérie. Large fistule de la face externe de la mastoïde gauche. Les deux conduits sont remplis de fongosités faisant issue à l'extérieur. Surdité complète.

Curettage des fongosités des conduits et des caisses. Extraction par la fistule mastoïdienne d'un volumineux séquestre bien mobile. Apparition de paralysie faciale à gauche. Ecoulement de pus fétide par les conduits et reproduction de fongosités dans les caisses. Intervention pour l'oreille gauche : *Evidement complet de la mastoïde et de la caisse.* La paroi interne de la mastoïde a disparu en entier laissant à nu le sinus latéral. Tamponnement par le conduit et la brèche mastoïdienne à la gaze stérilisée. Suites normales.

Huit jours après la mastoïde droite se tuméfie et devient douloureuse. Nouvelle intervention : *Evidement complet de l'antre mastoïdien et de la caisse.* Sous la peau, la corticale externe est nécrosée. Extraction d'un séquestre mobile au centre de l'apohyse. La paroi postérieure du conduit osseux est en partie détruite dans sa moitié supérieure. La paroi interne de l'apophyse manque également, laissant à nu le sinus latéral. Pendant l'évidement de la caisse et l'ablation de la paroi externe de l'attique, le toit du tympan nécrosé s'effondre sous l'action de la curette, laissant à nu la dure-mère. Tamponnement à la gaze stérilisée par le conduit et la brèche mastoïdienne. Suites normales.

Au bout de cinq mois la plaie rétro-auriculaire gauche est cicatrisée; il persiste à droite une fistule entretenue par un point de nécrose osseuse. Léger suintement par les conduits, audition médiocre, mais suffisante pour que l'enfant ait appris à parler quelque peu.

Obs. V. — Femme de 38 ans, enceinte de six mois. Otorrhée gauche depuis 4 mois, survenue sans grande douleur. Cessation de l'écoulement il y a un mois et apparition de violentes douleurs au niveau de la mastoïde. Depuis 15 jours, en dépit de tous les calmants, la malade ne repose ni jour ni nuit. Amaigrissement marqué, grande faiblesse. Teint sub-ictérique.

Tuméfaction considérable des régions occipitale, mastoïdienne et temporale. Fluctuation au niveau de la mastoïde.

Audition presque abolie de ce côté. Caisse remplie de fongosités.

Intervention acceptée pour le lendemain : *Evidement complet de l'antre et de la caisse.*

Dès l'incision des téguments, jaillit un flot de pus phlegmoneux. La mastoïde est dénudée sur une grande surface par la collection sous-

périostée. La corticale est saine au niveau de l'antre. Le pus paraissant provenir des régions occipitale ou pariétale, une incision transversale est pratiquée de la base de l'apophyse vers l'occiput. Le périoste est partout décollé, épaissi, fongueux.

Vers l'angle postéro-supérieur du temporal, à 1/2 centimètre environ de son union avec le pariétal et l'occipital, existe dans l'os un orifice irrégulier, d'un demi-centimètre carré de dimension, livrant passage à une collection extra-durale.

L'antre est ouvert au lieu d'élection; il est rempli de pus et de fongosités. Avec la pince coupante, le pont osseux s'étendant de l'ouverture de l'antre à l'orifice pathologique du temporal, est enlevé, laissant à nu le sinus latéral dans ses portions transverse et réfléchie. La dure-mère est couverte de fongosités noirâtres et décollée de l'os sur une certaine étendue. L'os est réséqué jusqu'aux limites de ce décollement qui s'étend jusqu'au pariétal et à l'occipital. Les fongosités sont curettées avec soin.

La caisse du tympan est ensuite ouverte, évidée et curettée. La brèche osseuse s'étendant de la caisse aux sutures de la portion mastoïdienne du temporal avec le pariétal et l'occipital, mesure environ 4 à 5 centimètres carrés. Curettage du périoste externe; suture de la plaie transversale et drainage de la cavité. Tamponnement à la gaze stérilisée, de la caisse et de la brèche mastoïdienne.

Le pansement est levé au huitième jour. Réunion parfaite de la plaie transversale. Pas d'élévation de température. Cessation complète des douleurs et rétablissement complet de la santé. Trois mois après, la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire est complète, et tout écoulement par le conduit a disparu.

Obs. VI. — Homme de 27 ans. Il y a quatre mois, douleurs vives et surdité de l'oreille gauche. Les douleurs disparaissent au bout de quelques jours; la surdité persiste. Pas d'otorrhée.

Depuis quelque temps, douleurs vagues autour de l'oreille. Etat de santé satisfaisant.

Il y a six jours, frissons et fièvre. Douleurs vives au niveau et en arrière de la mastoïde; anorexie, insomnie. Gonflement des tissus au niveau de l'apophyse, s'étendant au dessous et en arrière de la pointe. Douleur très vive à la pression au centre et au bord postérieur de l'apophyse. La pression, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, est légèrement douloureuse.

Oreille droite normale. Diapason vertex perçu à gauche.

L'oreille gauche ne perçoit pas la montre au contact avant le cathétérisme; elle la perçoit après. Rinne négatif.

Conduit auditif œdématié. Tympan rougeâtre et légèrement enfoncé. Trompe et caisse complètement libres de tout exudat.

Intervention: *Trépanation de la mastoïde.*

Incision retro-auriculaire et incision tranversale.

La corticale est saine. Dès l'ouverture des cellules un peu de pus phlegmoneux apparaît sur le bord antérieur de l'orifice; puis la curette

ouvrant les cellules en arrière, donne issue à un flot de pus. L'orifice pratiqué au niveau de l'antre est agrandi à la pince coupante; toute la corticale externe est ainsi enlevée, de la base à un centimètre et demi, environ, de la pointe de l'apophyse. Le sinus latéral est à nu dans toute l'étendue de sa portion réfléchie, en contact immédiat avec la collection purulente. L'antre lui-même parait indemne.

Suture de la plaie transversale; tamponnement de la brèche mastoïdienne à la gaze stérilisée. Suites normales; disparition des douleurs et de la fièvre. Le pansement est levé au huitième jour : réunion parfaite de la plaie tranversale. Le gonflement des téguments a disparu, ainsi que l'œdème du conduit auditif.

Au bout de 15 jours le tympan a sa coloration normale, et la montre est perçue à 10 centimètres.

La cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire est complète au bout de 35 jours.

REVUE CLINIQUE

DIAGNOSTIC OPHTALMOSCOPIQUE DES COMPLICATIONS CÉRÉBRALES DANS LES SINUSITES

Par M. **E. VALUDE**
Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Leçon faite à la clinique du Dr Luc.

L'ophtalmoscope nous donne la possibilité d'examiner à découvert le nerf optique, qui est une émanation directe du cerveau, à ce point que les trois enveloppes céphaliques, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, se prolongent sous forme de gaines autour de lui, étant séparées les unes des autres comme le sont les membranes cérébrales, jusqu'au lieu où ce nerf disparaît dans la coque fibreuse sclératicale; c'est véritablement une partie de l'appareil cérébral qui se trouve ainsi sous les yeux de l'observateur pendant l'examen ophtalmoscopique, et l'on peut, par la vue, constater les signes de certains états pathologiques de l'encéphale qui se manifestent au niveau de l'extrémité rétinienne du nerf optique.

Il y a une vingtaine d'années, Bouchut avait essayé de donner à cet examen ophtalmoscopique, plus qu'ophtalmoscopique, cérébral, l'importance qu'il comporte, au point de vue du diagnostic des affections encéphaliques, notamment de la tuberculose méningée, et il avait créé, dans ce but, l'expression très topique de *cérébroscopie* qui n'a pas trouvé, chez les auteurs, à notre sens, la faveur qu'elle méritait, probablement parce que l'origine de ce terme, très imagé, est simplement française. C'est qu'en effet, lorsqu'il s'agit de décider, en certains cas, s'il existe ou non une lésion de l'appareil cérébral, l'oculiste, armé de son instrument, voit réellement à nu une portion du cerveau, et les résultats de son examen sont d'une importance décisive au point de vue du diagnostic.

Il nous est arrivé plus d'une fois de reconnaître, par la constatation de l'intégrité du nerf optique, que les phénomènes morbides constatés chez un malade n'étaient que d'origine névropathique alors que le diagnostic des médecins tendait à faire admettre l'existence de lésions cérébrales ; plus souvent encore l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil, nous donnant à reconnaître l'existence d'une névrite optique, nous a permis d'affirmer que le cerveau était atteint, à l'encontre de l'opinion du médecin général, impuissant à découvrir à cette période la lésion cérébrale.

Les exemples de ces deux catégories de faits abondent et il serait puéril de les multiplier ; qu'il me soit permis cependant de citer le cas suivant qui est resté profondément gravé dans ma mémoire à cause de la couleur un peu tragique du récit : un jeune homme de vingt et quelques années se présenta un jour à moi pour une fatigue visuelle qui le gênait dans son travail. C'était un ingénieur de la marine extrêmement distingué et qui, vu son jeune âge, occupait une situation très brillante. Travailleur acharné, il s'était fatigué beaucoup les yeux et venait me voir dans la pensée de trouver des verres capables de lui reposer la vue pour son travail. Sa santé et sa vision générale étaient excellentes, affirmait-il. Je pratiquai l'examen ophtalmoscopique sans aucune arrière-pensée : et quelle ne fut pas ma stupéfaction de constater chez ce jeune homme, très gai et très sain d'aspect, une double névrite optique, signe évident d'un processus cérébral ! Je dirigeai aussitôt mon interrogatoire du côté de l'examen général et tout ce que je pus apprendre, c'est que ce jeune homme, exempt de tout antécédent morbide, avait depuis quelques mois des faiblesses subites dans la marche, mais qui ne duraient qu'un instant. Il n'existait aucune douleur de tête. La vision était elle-même à peine diminuée. Je crus de mon devoir d'exposer à ce jeune homme, très intelligent, le résultat de mes investigations et de mes réflexions, et je lui expliquai que mes craintes étaient du côté d'un état cérébral encore méconnu, dont l'éclosion était imminente, selon moi, et qu'il importait de surveiller. Le jeune homme me regarda d'un air très étonné, pas convaincu, et s'en alla.

Dix-huit mois plus tard, je vis entrer dans mon cabinet ce même jeune homme aveugle, qu'un domestique conduisait. Il me raconta alors la plus lamentable histoire qui soit possible. Il me confessa tout d'abord que lors de ma première consultation, mes révélations l'avaient laissé plus qu'incrédule ; il m'avait tenu pour fou, et, me disait-il, pendant que je parlais, il s'orientait de façon à se

rapprocher de la porte. Il lui était inadmissible de penser que lui, en pleine possession de son intelligence et de ses moyens de travail, se trouvait menacé du côté du cerveau.

Or, moins de quinze jours après cette consultation, il fut pris de phénomènes encéphaliques, sur lesquels je passe, qui le laissèrent dans un demi-coma et complètement paraplégique pendant plus de cinq mois. Pendant ce laps de temps, sa conscience fut complètement abolie; il parlait, mangeait, mais ne se rendait compte de rien, à ce point que sa mère, qu'il adorait, est morte pendant cette période sans qu'il en ait le souvenir. Petit à petit il a retrouvé toute son intelligence, toute sa force physique, sa mémoire, mais ses nerfs optiques sont entièrement atrophiés et il ne distinguait pas le jour de la nuit.

S'étant souvenu, et avec une netteté extraordinaire, malgré une longue phase d'inconscience, de la consultation que je lui avait donnée où il m'avait cru fou, il était revenu me raconter son histoire.

Nous pouvons donc par l'examen du fond de l'œil, du nerf optique, par la cérébroscopie, établir le diagnostic de certains états cérébraux tels que ceux qui peuvent compliquer les sinusites, alors que ces états seraient difficiles à reconnaître avec certitude par les moyens d'investigation dont dispose la clinique générale.

La modification du fond de l'œil par quoi se manifeste l'existence d'une lésion du cerveau, encéphale ou méninges, est la *névrite optique* qui affecte deux types principaux: la *stase papillaire* et la *papillite*.

La *stase papillaire* ou *papillite par stase*, se caractérise par la tuméfaction de la papille qui apparait en saillie au-dessus des parties circonvoisines de la rétine; c'est un bouton œdémateux qui représente la papille optique et ce bouton se montre strié de rouge et de blanc. Les artères et les veines, qui sont flexueuses et dilatées, apparaissent noyées dans l'œdème papillaire. A la limite de ce bouton d'œdème, les vaisseaux reprennent leur plan normal, parfois après un crochet qui accuse la saillie papillaire. Cet aspect, très particulier de la papillite par stase, justifie le nom de *papille étranglée* (strauungs-papille) qui lui a été donné.

Il est important de remarquer que la diminution de l'acuité visuelle n'est nullement en rapport avec le degré de l'œdème papillaire; dans certaines papillites par stase, la vision est parfois peu et même pas du tout atteinte, et le malade dont j'ai rapporté plus haut l'observation en est un exemple. Nous traitons depuis plus d'un an une malade assez curieuse à ce point de vue,

atteinte probablement d'un tubercule de la base du cerveau. Elle se présenta à nous pour une diminution de la vision de l'œil droit. Il existait de ce côté une stase papillaire ; mais l'autre œil, doué d'une vision normale, présentait une stase tout aussi prononcée, et cette situation anormale se prolonge sans modifications. En général, cependant, la vision est atteinte assez notablement dans toute stase papillaire.

Dans la *papillite simple* on n'observe pas de saillie notable de la papille mais les bords en sont flous et même complètement effacés. La papille optique est noyée par un voile rouge uniforme qui s'étend un peu sur les parties voisines de la rétine et dans lequel les vaisseaux sont légèrement enfoncés, mais sans déviation de leur cours, comme dans la forme précédente. Les veines ne sont qu'à peine tortueuses et dilatées et les artères ne subissent pas de modifications appréciables.

Les troubles visuels sont ici beaucoup plus marqués que dans la forme précédente et l'acuité visuelle est ordinairement très abaissée.

De Græfe qui, le premier, avait reconnu les différences ophtalmoscopiques de ces deux formes de papillite, appelait la papillite simple *névrite descendante* et la considérait comme un processus inflammatoire descendu du cerveau, tandis que la papillite par stase serait causée par une gêne circulatoire intra-cérébrale. Cette façon de comprendre les choses fut un peu modifiée par la constatation faite par Schwalbe de la communication de l'espace sus-arachnoïdien du cerveau avec le canal vaginal du nerf optique. La théorie du trop plein cérébral fut alors fondée sur ce fait anatomique et sur les recherches cliniques et expérimentales de Schmidt et de Manz. On admit que la stase papillaire résultait d'une compression intra-cérébrale qui avait refoulé le liquide céphalo-rachidien dans les gaines optiques jusqu'à produire l'œdème de la papille, et la papillite continuait à être une névrite descendante, un processus inflammatoire issu du cerveau, d'un foyer infectieux intra-cérébral.

La stase papillaire appartenait aux tumeurs cérébrales, la papillite était le symptôme des accidents méningitiques et des foyers d'inflammation.

Il eût été agréable et commode pour le diagnostic différentiel des complications cérébrales, de conserver la notion d'une division clinique aussi simple, mais malheureusement cet aspect schématique des lésions visibles à l'ophtalmoscope n'est pas conforme à la réalité des faits.

D'abord on rencontre en clinique une foule de cas dans lesquels

la papillite se présente avec des caractères mixtes de la papillite simple et de la stase ; entre les deux formes il est une foule d'intermédiaires.

Puis surtout, des expériences très précises instituées par Deutschmann ont démontré le caractère infectieux et inflammatoire de la stase papillaire. Pour le prouver, il inocula du tubercule dans la cavité des méninges et quelque temps après il vit apparaître une papillite par stase des plus prononcées, alors qu'il n'obtint rien de semblable en poussant une quantité considérable d'eau stérilisée dans le crâne.

Enfin Parinaud a porté le dernier coup à la théorie de Schmidt-Manz, du refoulement liquide par excès de pression intra-crânienne, en établissant que la papillite par stase n'était que la propagation d'un œdème cérébral dû lui-même à des lésions localisées qui peuvent être de différente nature.

En résumé, il faut reconnaître, tout en le regrettant, que la présence de l'une des formes de papillite n'indique qu'une chose, c'est l'existence d'une lésion cérébrale, mais qu'elle ne peut, par elle-même, renseigner sur la nature de cette lésion. On rencontre la papillite aussi bien dans une tumeur cérébrale dénuée de tout processus inflammatoire ou infectieux, que dans un état méningitique avec exsudat abondant et infectieux.

Malheureusement il nous faut aller plus avant encore dans la voie des regrets et reconnaître que l'ophtalmoscope, en nous révélant l'existence de la papillite, s'il ne nous permet pas de diagnostiquer par ce signe seul et exactement la nature du mal, ne nous laisse pas davantage reconnaître avec précision le siège de ce mal. On observe la stase papillaire et la papillite aussi bien dans certaines tumeurs de la convexité du cerveau que lorsqu'il s'agit d'un foyer suppuré de la base du crâne, et des erreurs fréquentes ont été faites quand certains signes accessoires ne pouvaient conduire et éclairer le diagnostic. Un des signes collatéraux les plus importants pour le diagnostic du siège de la lésion intra-cérébrale se tire de l'examen des autres nerfs sensoriels et principalement des nerfs olfactifs. S'il existe de l'anosmie en même temps que de la névrite optique, on peut en conclure avec certitude que le foyer de la lésion siège ou s'étend à la région du chiasma optique à la base du cerveau ; si l'anosmie est unilatérale, c'est de ce côté que se trouve localisé le mal.

Jusqu'ici nous avons à peine parlé des complications cérébrales des sinusites, et c'est qu'en effet, l'examen ophtalmoscopique, pour les raisons qui viennent d'être exposées, ne permet pas de les distinguer des lésions du même ordre mais provenant d'une

autre source. Tous les sinus de la face peuvent donner lieu à des complications intra-craniennes : ceux qui avoisinent directement la cavité encéphalique par propagation directe d'un foyer d'ostéite ou d'ostéo-périostite, ceux qui en sont éloignés, par un transport infectieux qui s'opère par les voies lymphatiques ou par les veines. Si les symptômes concomitants ne déterminaient le diagnostic, la présence de la papillite ne pourrait permettre de reconnaître qu'il s'agisse de l'extension au cerveau d'une sinusite plutôt que d'une méningite localisée tuberculeuse ou d'un néoplasme cérébral. Mais comme les phénomènes propres aux affections des sinus existent toujours et précèdent même les déterminations encéphaliques, les constatations ophtalmoscopiques, malgré les lacunes exposées plus haut, n'en gardent pas moins leur très haute importance surtout aux yeux des rhinologistes qui attendent d'elles la notion de l'existence ou de l'absence d'une complication cérébrale.

En résumé, dans le cours d'une phlébite sinusienne, l'apparition d'une névrite optique signifie que la cavité encéphalique est envahie par l'infection.

Nous ne pourrions, sans sortir du cadre que nous nous sommes imposé, traiter de l'évolution des complications cérébrales dénoncées par la névrite optique, mais il faut savoir que ces complications cérébrales n'ont pas toujours une issue funeste, car la névrite optique ne signifie pas nécessairement méningite ni abcès du cerveau, mais indique simplement que le cerveau, par lui-même ou par ses enveloppes, participe à un degré quelconque à l'inflammation du sinus malade.

Peut-on prévoir cet envahissement ou plutôt en reconnaître l'imminence ? Nous le croyons après avoir, avec notre ami le Dr Luc, examiné un jeune malade atteint de suppuration des cellules mastoïdiennes, chez lequel le retentissement cérébral se présentait comme douteux. L'examen ophtalmoscopique nous montra qu'il n'existait pas de névrite optique à proprement parler, mais une certaine gêne circulatoire de la papille optique témoignait d'un embarras de la circulation du voisinage et nous donna à penser que le foyer d'infection était là tout voisin, menaçant et irritant par approche la région du chiasma optique. En fait, l'exploration opératoire l'a prouvé par la suite, le sinus, sans être envahi, était dénudé par le foyer suppuratif, et la circulation veineuse avait souffert de cette atteinte ; rapidement d'ailleurs le processus intra-cérébral se précisa.

Avant de terminer et pour être complet, je dois mentionner une complication un peu spéciale d'une sinusite spéciale aussi,

la *névrite rétro-bulbaire*, qui s'observe dans les affections du sinus sphénoïdal. Cette maladie est cérébrale en ce sens qu'elle porte sur la partie du nerf optique qui appartient à la cavité crânienne, mais, à moins qu'elle ne s'étende, elle ne s'accompagne pas ordinairement de méningite, car cette complication s'observe surtout si la sinusite retentit directement sur le cerveau par le fait d'une propagation d'ostéo-périostite suivant le type précédent.

La *névrite rétro-bulbaire* simple est une affection toute autre et différente de la névrite optique que nous venons de décrire.

On sait que le canal optique, par où le nerf optique sort du crâne, est creusé dans le sphénoïde et placé à la limite supéro-externe du sinus sphénoïdal. Des recherches anatomiques, faites par E. Berger, lui ont permis d'établir que la paroi qui sépare le sinus du canal optique est très mince et même que cette paroi présente parfois des solutions de continuité qui font que la gaine du nerf optique est recouverte par la muqueuse du sinus. On comprend alors avec quelle facilité les processus inflammatoires peuvent se propager du sinus sphénoïdal vers le nerf optique. Un simple rhume pourra, dans ces conditions, menacer la vue, et c'est ce qui rend compte de la pathogénie de certains cas de névrite rétro-bulbaire dont la cause avait jusqu'ici échappé. Voici la description classique de ces cas : l'affection se manifeste par l'apparition soudaine du trouble visuel qui peut atteindre un tel degré, en peu de jours, que toute perception lumineuse est perdue. Le malade accuse en même temps des douleurs orbitaires et céphaliques, et les mouvements de l'œil sont douloureux. Le plus souvent un seul œil est pris ; il arrive parfois que l'affection est bilatérale. *L'examen ophtalmoscopique donne un résultat négatif.* La raison de ce fait réside dans les conditions anatomiques du nerf optique qui reçoit, comme on sait, ses vaisseaux centraux, artère et veine, dans l'intérieur de l'orbite à 10 mm. à 15 mm. du globe de l'œil. Il en résulte qu'une lésion localisée dans le canal optique, à une région du nerf postérieure à ce point, ne retentira pas sur la circulation que l'ophtalmoscope permet d'examiner, et que la même lésion ne peut occasionner de stase papillaire puisque nous savons que celle-ci est la conséquence d'un œdème cérébral. Le diagnostic ophtalmoscopique de la névrite rétro-bulbaire consiste donc à ne rien découvrir d'anormal dans la physionomie de la papille optique alors qu'il existe une amblyopie plus ou moins prononcée. Or, autrefois, ces *névrites rétro-bulbaires*, dites *aiguës*, étaient mises sur le compte banal d'un refroidissement général, tandis que nous savons, par les recherches de E. Berger, qu'il convient, en pareil cas, de recher-

cher l'origine directe de la névrite dans une inflammation du tissu sphénoïdal. Le refroidissement aura occasionné un rhume, un catarrhe des sinus, et l'infection de la muqueuse du sinus sphénoïdal se sera communiquée directement au nerf optique. Une atrophie plus ou moins complète du nerf peut en être la conséquence, et, à mesure que celle-ci s'affirme, la papille optique devient de plus en plus blanche, état qu'il est alors très facile de constater à l'ophtalmoscope. Heureusement cette terminaison fatale n'est pas constante et, dans bon nombre des cas de sinusite sphénoïdale qui auront occasionné de la névrite rétro-bulbaire aiguë, on observera la guérison et un retour au moins partiel de la fonction visuelle; le pronostic est néanmoins toujours sérieux.

M. E. Berger a proposé, pour cette variété particulière de névrite rétro-bulbaire, qui mérite assurément d'être distinguée des névrites rétro-bulbaires toxiques, le nom de *périnévrite canaliculaire*. Il importe que le diagnostic exact en soit posé dès le début, car le processus inflammatoire peut franchir les limites du canal optique et gagner les méninges, transformant rapidement la névrite rétro-bulbaire, sans symptômes ophtalmoscopiques, en une névrite optique ordinaire avec la signification que nous lui connaissons. Le diagnostic, en remontant dans ce cas à l'origine des accidents, permet de localiser étroitement le foyer méningitique au voisinage du tissu optique et on peut en conclure également à une certaine limitation de ce foyer.

LA SPÉCIALITÉ EN PROVINCE

LETTRE DE TOULOUSE

La première clinique oto-rhino-laryngologique avait été ouverte à Toulouse par le regretté Charazac; à sa mort elle passa sous la direction de M. Lacoarret, élève de Moure.

Cette clinique installée place Victor-Hugo, très populaire dans notre ville, est actuellement en pleine prospérité; le mouvement des malades y est très considérable.

Les analyses des thèses inspirées par notre maître M. Lacoarret ainsi que les observations intéressantes recueillies dans ce milieu plein d'activité, sont publiées par un organe spécial : le *Journal de la Polyclinique.*

Nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui sur cette clinique très connue dans notre région par tous ceux qui s'intéressent à notre spécialité; nous nous proposons seulement de dire quelques mots sur la clinique de M. Escat, de création beaucoup plus récente.

Depuis trois ans M. Escat s'est particulièremeut consacré à la vulgarisation de la spécialité à Toulouse.

A la Faculté où l'enseignement officiel de l'oto-rhino-laryngologie n'existait pas, il a inauguré un cours libre sous les auspices du doyen, le professeur Labéda, et à l'Hôtel-Dieu il a fondé, grâce au concours du professeur Ch. Audry, une consultation annexe de la clinique de dermato-syphiligraphie.

A l'heure actuelle, la popularité qu'a rapidement acquise ce petit service spécial, le mouvement tous les jours croissant des malades qui le fréquentent, l'importance enfin des soins qui y sont donnés, nous autorisent à le considérer comme un vrai service, bien qu'il ne soit en vérité, ni officiel, ni autonome et constitue plutôt une dépendance de la clinique de dermato-syphiligraphie.

C'est donc dans ce vieil hôpital de province, antique masure dont les murs noirs et tristes s'élèvent sur la rive gauche de la Garonne, que la jeune spécialité est venue chercher asile. Elle l'y a trouvé.

Sur le portique de l'Hôtel-Dieu sont indiquées sur une affiche les diverses consultations. Et n'y cherchez point celle d'oto-rhino-laryngologie, vous ne l'y trouverez pas. Cela doit-il nous étonner? Certes non; l'otologie, comme sa sœur ainée l'ophtalmologie, n'est-elle point née dans la rue? Des années nombreuses peut-être s'écouleront encore, avant qu'on lui reconnaisse tous ses droits.

Mais ne soyons pas trop exigents; l'administration lui a ouvert ses portes, c'est bien quelque chose.

Bien que ce petit service ait été inauguré sans tambour ni trompette, étudiants et malades savent parfaitement en trouver le chemin; et cela en vérité n'est peut-être pas si facile, car la clinique du Dr Escat est installée dans les bâtiments extrêmes de l'hôpital.

L'installation est modeste, mais suffisante, si elle n'est pas plus luxueuse ne nous en prenons pas à son chef, qui a dû l'organiser à ses frais.

A ce propos d'ailleurs nous pouvons dire que si le service est le plus petit de l'hôpital, il n'est certes pas le moins actif.

Ayant eu l'honneur d'être pendant deux années attaché à M. Escat comme aide de clinique, j'ai pu apprécier les services rendus par son enseignement. Aussi consacrerai-je uniquement ces quelques lignes au compte rendu de sa pratique.

Dans la thérapeutique des fosses nasales, nous dirons un mot sur le traitement de l'ozène, institué à la clinique.

Quoique convaincu de la nature infectieuse de la rhinite atrophique, M. Escat ne s'en tient pas à un traitement systématique; sa thérapeutique se résume dans le traitement suivant :

1° Déterger les fosses nasales par de grandes douches à l'eau salée tiède.

2° Aseptiser les cavités par des douches antiseptiques de préférence au lysol à 1/2 p. 100 et par l'application de pommade à la résorcine à 1/50, 3 fois par jour.

3° Stimuler la nutrition de la muqueuse par des douches nasales chaudes, aussi chaudes que le malade peut les supporter et par des badigeonnages très méthodiques de tous les recoins du labyrinthe olfactif avec de la glycérine iodée ou même de la teinture d'iode pure.

Ces badigeonnages sont répétés le plus souvent possible, au minimum deux fois par semaine.

4° Exciter la sécrétion des glandes muqueuses par l'usage interne d'iodure de potassium, dont l'action élective sur la pituitaire a pour effet de congestionner cette muqueuse atone et sans

vie et de réveiller la sécrétion de ce mucus bactéricide dont la suppression est la principale cause des fermentations microbiennes, qui constituent l'ozène.

Le coryza iodique ainsi obtenu provoque l'élimination des croûtes desséchées et adhérentes.

Voilà certes un traitement bien simple, qui n'a rien de bien révolutionnaire, puisque l'iode en fait presque tous les frais, toutefois il donne d'excellents résultats et je doute fort que ceux qui ont récemment vanté dans notre pays les succès obtenus par la sérothéraphie de l'ozène puissent montrer des ozèneux en aussi bonne voie que ceux qui fréquentent notre clinique.

Il n'est point permis de parler de guérison définitive, quand il s'agit de malades traités depuis un an, deux ans, deux ans et demi au maximum, mais nous pouvons affirmer que chez ceux de nos malades qui suivent avec régularité le traitement, nous avons obtenu des quasi guérisons vraiment fort encourageantes.

L'insuccès de ce traitement dans quelques rares cas semble attribuable à l'existence de sinusite ozéneuse concomitante et de lésions de même nature des cellules ethmoïdales, que le traitement local a tant de peine à atteindre.

Les lupus de la pituitaire traités à la clinique sont nombreux. M. Escat a constamment observé des lésions lupiques de la pituitaire dans tous les cas de lupus de la face du service de dermatologie. Aussi partage-t-il l'opinion professée par M. Audry, à savoir que le lupus de la face est toujours secondaire au lupus des muqueuses et en particulier de la pituitaire.

Le curettage et les cautérisations galvano-caustiques ont donné d'excellents résultats dans le traitement de cette affection.

Toutefois l'ozène secondaire observé dans beaucoup de cas de lupus s'est montré très rebelle ; il est vrai de dire que les cautérisations galvano-caustiques si efficaces contre le lupus en raison de leur action atrophiante constituent un traitement détestable de la rhinite atrophique secondaire.

En ce qui concerne les déviations de la cloison, nous dirons un mot seulement du traitement des éperons cartilagineux. M. Escat n'a qu'une méthode : la résection de l'éperon au bistouri suivant le procédé de Sarremone. Chez les enfants trop agités, nous pratiquons cette petite opération sous le bromure d'éthyle. Les résultats sont parfaits.

Dans le traitement des sinusites, nous n'avons rien de bien spécial à signaler.

Un cas de sinusite maxillaire caséuse guérie par le traitement

intra-nasal a été publié l'an dernier dans les *Archives médicales* de Toulouse.

Actuellement nous voyons un cas d'empyème des cellules ethmoïdales avec complications orbitaires graves, qui ont cédé à l'ouverture de la bulle ethmoïdale par la pince de Lermoyez.

L'observation de ce malade en bonne voie de guérison sera prochainement publiée.

Pour terminer ce qui a trait aux fosses nasales et aux sinus, nous citerons *l'Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage rétro-maxillaire*, imaginé par M. Escat et qui a fait le sujet d'une communication au dernier Congrès de laryngologie.

Nous n'insisterons pas non plus sur ce sujet, qui doit être développé dans un article actuellement sous presse à la *Revue de Laryngologie*.

Partisan convaincu de la pratique de ses maîtres Lubet-Barbon et Martin, M. Escat enlève toujours les végétations adénoïdes chez les enfants en une séance avec l'adénotome et sous le bromure d'étyle.

Chez l'adulte il pratique l'ablation après anesthésie à la cocaïne avec le secours du releveur de Moritz-Schmidt. Les amygdales hypertrophiées sont enlevées généralement chez l'enfant avec l'anse du galvano-cautère, plus rarement avec l'amygdalotome.

Chez l'adulte nous n'employons que l'anse chaude et le morcelleur de Ruault.

Les amygdales enchatonnées, quand le désenchatonnement doit être trop pénible, sont enlevées par morcellement.

Contre l'amygdalite lacunaire nous employons la discision et le morcellement, quelquefois même l'ablation totale avec l'anse chaude.

Nous avons complètement abandonné l'ignipuncture. Cette méthode, en effet, présente de sérieux inconvénients.

De nombreuses séances de cautérisation sont parfois nécessaires.

On a beau affirmer que les amygdales ne sont pas sensibles, il n'en est pas moins vrai que ce traitement est généralement douloureux, plus douloureux que l'ablation par l'amygdalotome et le morcelleur, dans tous les cas aussi douloureux que l'ablation par l'anse chaude.

La docilité des petits malades à subir l'ignipuncture n'est pas plus grande que pour l'amygdalotomie, bien au contraire, il faut voir cela à la seconde séance.

Ce ne sont pas là les seuls inconvénients : n'en est-ce pas un considérable que de maintenir sur les amygdales d'un enfant pendant des semaines et des mois des portes d'entrée aux infections

gutturales, en entretenant un état inflammatoire continu et en créant constamment des escarres, qui ne sont jamais aseptiques?

Ce n'est pas tout, l'ignipuncture ne détruisant jamais complètement l'amygdale laisse persister des cryptes, tout en oblitérant leurs orifices : le processus cicatriciel emprisonne ainsi le loup dans la bergerie et on voit à la suite se développer des abcès lacunaires et même des amygdalites phlegmoneuses. M. Escat nous raconte avoir ouvert récemment un abcès périamygdalien chez une jeune fille, qui, traitée depuis six mois dans une ville du centre de la France par les cautérisations ignées, en était depuis deux mois à son troisième abcès pharyngien.

L'ignipuncture enfin laisse après elle des déformations des piliers, des cicatrisations vicieuses, des adhérences qui compromettent la phonation, provoquent de la dysphagie douloureuse et même des pharyngodynies très rebelles.

Il nous reste à mentionner dans les affections du pharynx traitées à la clinique un cas d'adénome énorme du voile, qui obstruait tout l'oro-pharynx. Cette tumeur analogue à celle décrite dans les *Archives de chirurgie* (mai 1897) a été opérée avec un résultat parfait.

Dans la pratique otologique, nous signalerons comme ayant donné les meilleurs résultats la suppression presque absolue des injections d'oreille faites par le malade ou son entourage. Admettant, conformément aux intéressantes et savantes recherches de MM. Lermoyez et Helme, que dans l'otite moyenne aiguë suppurée la chronicité de la suppuration est uniquement imputable aux infections secondaires venues du dehors, nous avons réduit au minimum le rôle du malade dans les soins thérapeutiques.

Après l'ouverture, spontanée ou chirurgicale, du tympan, une seule et simple injection à l'eau bouillie, faite par le médeciu lui-même, suffit pour déterger le conduit. En présence d'une otite moyenne aiguë suppurée, non compliquée, qui évolue d'une façon régulière, la conduite à tenir doit-elle être différente, dans les principes, de celle qui est commandée en présence d'une plaie chirurgicale de bonne nature?

On ne doit pas laver une plaie de bonne nature, disent les chirurgiens, le drainage et l'asepsie doivent suffire. Conformément à ces principes, nous avons proscrit impitoyablement les injections boriquées. Nos malades, adultes et enfants, se contentent de faire des instillations à la glycérine phéniquée et au bichlorure de mercure. Dans des cas où la guérison se faisait attendre, maintes fois nous avons constaté que des injections boriquées avaient été

faites à notre insu par l'entourage du malade ; leur suppression était généralement suivie d'amélioration.

Bien plus, nous avons remarqué que si des otites aiguës moyennes suppurées non soignées guérissaient quelques fois spontanément en 10 ou 15 jours, cela n'arrivait jamais quand des injections boriquées avaient été instituées.

Je n'en dirai pas plus long sur les méfaits des injections boriquées dont le procès a déjà été fait par M. Lermoyez.

Dans les otorrhées accompagnées d'écoulement abondant et fétide, nous avons recours aux injections antiseptiques au permanganate de potasse, au sublimé, à l'acide phénique, au lysol...

Mais sitôt que l'écoulement a diminué et que la fétidité a disparu, nous les supprimons pour les remplacer par les seules instillations.

Nous n'employons le tamponnement à la gaze qu'après les opérations sur la caisse, telles que l'ablation des polypes, le curetage, l'extirpation des osselets.

L'ablation du marteau était pratiquée tout d'abord par M. Escat à l'aide du serre-nœud, ce qui est certainement une bonne méthode ; depuis deux ans toutefois, il se sert pour cette opération d'une érigne formée de deux petits crochets séparés par un intervalle égal à l'épaisseur du col du marteau. Avec cet instrument on luxe très aisément le marteau et on peut en outre décrocher aussi facilement l'enclume.

En ce qui concerne le larynx, nous insisterons seulement sur l'examen du larynx chez l'enfant par l'abaisse-langue laryngoscopique.

Cette méthode, sur laquelle M. Escat fit incidemment une communication à la réunion de mai 1896 de la Société française d'Otologie et qui a été l'objet d'un mémoire paru dans ce journal, est appliquée couramment chez l'enfant non seulement à la clinique otologique, mais aussi et surtout au service des diphtériques, où M. Escat a été chargé par le chef de service de la surveillance des larynx.

Avec les modifications qu'il a apportées à son abaisse-langue et l'expérience qu'il a acquise dans cette manœuvre, le Dr Escat parvient aujoud'hui à examiner presque tous les larynx chez l'enfant. Kirstein, qui jusqu'ici employait la seule spatule dans la technique de son antoscopie, s'est décidé récemment à combiner l'emploi du miroir à celui de cet instrument. Le procédé qu'il vient de décrire dans les *Annales des maladies de l'oreille* sous le nom de *laryngoscopie combinée*, nous semble présenter bien des analogies avec celui de M. Escat. Pour terminer l'exposé de la pratique de notre maître, nous ajouterons que M. Escat a été

le premier dans notre ville à vulgariser le tubage du larynx depuis sa récente résurrection. Du mois de mars 1895 jusqu'à ce jour, M. Escat a traité par le tubage tous les cas de croup du service des diphtériques de l'Hôtel-Dieu sans avoir eu une seule fois à recourir à la trachéotomie.

Les thèses soutenues par les élèves de la clinique ont été :

1° *De Tien.* La rhinite purulente chez l'enfant (Thèse de Paris, 1895).

2° *Laur.* L'adénoïdite aiguë primitive (Toulouse 1895).

3° *Cluzel.* De l'examen externe du larynx (Toulouse, 1895).

4° *Grand.* Contribution à l'étude du sarcome du larynx (Toulouse, 1896).

5° *Pagne.* De la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique (Toulouse, 1896).

Dr CLAUDA,
ancien aide de la Clinique otologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

VARIÉTÉS

L'Anatomie du Nez, de l'Oreille et du Larynx à l'époque de la Renaissance,

Par le Dr Ch. Fiessinger, d'Oyonnax,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Il semble qu'une constatation anatomique ne doive guère prêter à controverse; on présente la pièce qu'on a disséquée et tout est dit. Cela va de soi. Les assistants regardent et approuvent.

Pas constante, cependant, cette unanimité.

Il est des époques où l'air est tellement chargé d'une électricité spéciale qu'à le respirer, chacun s'imprègne comme d'un besoin de bataille et du coup devient enragé.

A la Renaissance, on s'imagine qu'il n'y avait que les guerres de Religion : mais les massacres des protestants et des catholiques n'étaient eux-mêmes qu'une conséquence du massacre général qui avait commencé avec la découverte de l'Imprimerie : massacre de la tradition sous toutes ses formes, massacre des idées, des dogmes, des croyances, des formules et cela, aussi bien en art, dans les lettres et les sciences que dans la Théologie. Un souffle de tempête bouleversait le monde. Les esprits paisibles s'enfuyaient affolés. Les novateurs au contraire exultaient dans cette fin d'une époque; frénétiques, ils accouraient, brandissant comme des engins de sauvetage, leurs doctrines et leurs découvertes. Et l'on vit cette chose incroyable : les anatomistes, gens de commerce reposé, être entraînés par le tumulte du milieu, et dans leur amphithéâtre, séjour pour l'ordinaire rebelle aux emportements, se dresser tout à coup l'œil allumé et se menacer de leurs scalpels. Les bonnes âmes qui disséquaient étaient devenues furies. Des périodes de calme relatif séparaient les exaltations à leur paroxysme; mais même dans les meilleurs moments, l'excitation était dans l'air. Heureuse époque! on se sentait vivre.

Voici par exemple, le muscle interne du marteau. Eustache, parrain de la trompe, le décrit; Aranzi hésite. Ce muscle est-il bien un muscle? N'est-il pas plutôt une artère ou une veine? Ni

l'une ni l'autre, articule une voix qui accourt. C'est celle de Varole. Le muscle du marteau n'est pas un muscle ; il n'est pas une veine, n'est pas une artère ; c'est un nerf tout simplement dont les dents de la scie ont déchiré les fibres pendant la section de l'os temporal. Même interprétation à l'endroit du muscle de l'étrier, découvert également par Eustache. Toutefois il semble à Varole que le muscle de l'étrier est plus muscle que le muscle du marteau ; il est même possible qu'il le soit tout à fait. Et la lumière pénètre dans l'œil de Varole ; mais oui, il s'agit d'un muscle et si évidemment muscle que chacun est apte à le contracter à volonté.

Au sujet des muscles, la gamme de la discorde s'était passée dans les tons doux ; elle n'avait pas été renforcée par la pédale. Mais quand les os avaient été en jeu, c'est alors que l'amour-propre avait fait sonner ses fanfares. Un droit de priorité ayant fourni le signal, ç'avait été l'orchestre donnant dans son ensemble, les instruments empoignés à plein souffle, un vacarme assourdissant de finale d'opéra.

Seulement ici la finale avait été l'ouverture. La querelle au sujet des os avait précédé la discussion courtoise à propos des muscles. C'était l'étrier qui avait ouvert la lice.

Les champions entrent dans l'arène. Ils sont quatre : Ingrassias, Eustache, Colombo, Collado. Ils se saluent et tout de suite se provoquent. Leurs défis se croisent ; de calculer leur élan et les voilà aux prises. Colombo n'a pas de chance ; des premiers il est à bas. Ingrassias et Eustache le terrassent. L'étrier, ils le connaissaient quelques années avant lui. La défaite de Colombo est d'élémentaire justice. Pauvre Colombo ! Quelle disgrâce ! Successeur de Vésale à la chaire d'anatomie de Padoue, on lui en avait fait bien d'autres. Le clitoris, ne lui avait-on pas reproché d'en avoir figuré une peinture outrée et obscène ? Comme si ce n'avait pas été Fallope qui le premier avait établi la ressemblance de cet organe délicat et érectile avec le membre viril, moins délicat, mais tout aussi merveilleusement développable !

Colombo n'avait fait que suivre. Il n'avait pas manœuvré en première ligne. Que n'a-t-on flétri d'un reproche semblable Eustache qui le premier avait révélé au monde l'existence du muscle constricteur du vagin ! Mais voilà. Eustache avait de la chance. Colombo, lui, avait la guigne. Ce qu'il revendiquait, je veux dire la découverte de l'étrier, lui était refusé et ce dont il n'était pas responsable, j'entends la description du clitoris, était attaché, en stigmate de honte, à sa réputation d'anatomiste honnête et chaste. On rencontre de ces gens ; le malheur les poursuit.

Pour en revenir à l'étrier, c'est Ingrassias le premier qui le

démontra dans ses leçons publiques à Naples, en 1546. Eustache, ce semble, l'a serré de très près dans la description de cet os et quant à Collado, il n'arrive avec son livre qu'en 1555. C'était un peu tard pour se jeter dans une rixe de priorité.

Heureusement que la fortune n'est pas constamment ingrate. Elle a des retours et des sourires. Après les avanies, le triomphe. Colombo en fournit la preuve. Quand ils lui eurent contesté l'étrier et qu'ils l'eurent flagellé de son clitoris, les contemporains firent la paix avec notre homme. C'est en toute abondance de cœur qu'ils acceptèrent la configuration qu'il avait tracée des ventricules du larynx et aussi des muscles externes de l'oreille, de ceux que le convive farceur contracte, dans un mouvement de ressort qui fait monter et descendre le pavillon à la fin des banquets de campagne, quand chacun y va de son petit talent.

C'est qu'elle n'est pas commode du tout l'anatomie de l'oreille et on comprend la gloire qui allait à ses premiers fondateurs. Parmi les plus illustres, Alexandre Achillini !

Né à Bologne, grand admirateur d'Aristote et dialecticien accompli, il avait démontré l'immortalité de l'âme et scié l'os temporal. L'âme, on en avait déjà discouru ; mais l'os temporal, nul ne s'était avisé de le scier avant lui. Et voilà pourquoi les spéculations métaphysiques d'Alexandre Achillini sur l'immortalité de l'âme ne nous transportent plus, tandis que la découverte de l'enclume et du marteau lui demeure à jamais acquise. Nous sommes en 1480.

Une cinquantaine d'années plus tard, Berengario de Carpi, le même qui au dire de Fallope, gagna cinq cent mille ducats d'or à pratiquer des frictions mercurielles lui-même sur les malades qu'il traitait, Berengario de Carpi décrivit la membrane du tympan. Mais voyez le contre-temps ! D'où vient-elle cette membrane ? Berengario est partagé : vient-elle du nerf auditif ou des membranes du cerveau ? Problème palpitant ! Et Berengario y rêvait, tandis que manches retroussées, il frictionnait ses clients. Pratique, on voit qu'il ne dédaignait pas l'argent ; notre homme n'était pas de ces étourdis qui viennent annoncer du nouveau sans avoir pris leurs précautions. Il y avait la membrane du tympan, mais aussi Galien et Aristote. Il faut ménager ces gens-là et c'est en toute humilité qu'après avoir sollicité leurs conseils et comme ils n'avaient pas réponse précise sur la confirmation de la membrane du tympan, on pouvait se risquer à décrire quelque chose qu'ils ne connaissaient pas. Même tactique à l'égard des deux cartilages aryténoïdes, du muscle thyro-épiglottique, de la glande épiglottique. Berengario les présente à Aristote et à Galien. Les Maîtres n'opi-

nent pas, demeurent impassibles. Que fait Berengario ? Il passe outre et réfère de sa découverte au public.

Plus que Berengario, Fallope fut novateur dans l'anatomie de l'oreille. Et pourtant il ne vécut pas longtemps, trente-neuf ans à peine. Durant ce court passage, il eut le temps de disséquer la membrane du tympan plus complètement que n'avait fait Berengario et aussi de nous renseigner sur l'aqueduc du vestibule, la lame spirale et les rampes du limaçon, la fenêtre ovale. Disciple de Vésale, Fallope avait d'abord possédé un canonicat à la cathédrale de Modène ; seulement l'état ecclésiastique n'était pas son fait. Il enseigna l'anatomie à Padoue et cela lui agréait mieux que la théologie. En toute matière sa timidité s'ouvrait au jour. On admettait au XVIe siècle que les nerfs facial et auditif étaient les deux branches d'un seul et même tronc. Fallope était bien persuadé du contraire : il n'osait le dire et conserva l'ancienne division. Un délicat, un modeste, un ennemi de la controverse, un fidèle de la solitude, tel nous apparaît Fallope, dans la pénombre de sa vie dont les grandes lignes seulement nous sont parvenues.

Jules Casserio avait quinze ans à la mort de Fallope. Le livre qu'il nous a laissé sur l'anatomie de l'organe de la voix et de l'ouïe est d'une beauté d'exécution faite pour rabattre l'orgueil de nos éditeurs modernes. Ce sont planches magnifiques, superbement gravées et d'un art qu'ignorent nos contemporains.

Aussi bien, que n'ignorent-ils pas? Ils prétendent tout savoir, parce qu'avec la multitude des faits amassés, ils ont recueilli beaucoup de clefs. Mais que ces clefs ouvrent peu de serrures et que de matériaux inutiles qui encombrent le marché ! La pléthore de la production scientifique ne tient qu'à la marée montante de ce flot grossissant qu'est la démocratie : chacun se croit en droit d'écrire comme chacun a droit de vote. La quantité remplace la qualité, et celle-ci, que d'attention pour la démêler d'entre les produits mal venus et mort-nés, bien que gonflés et réclamant place !

Au XVIe siècle, la démocratie n'existait pas dans le sens de la médiocrité souveraine ; par contre, pour peu que l'homme du peuple fût vraiment intelligent, il opérait quand même sa trouée dans le monde. A preuve ce Jules Casserio qui, domestique de Fabrice d'Aquapendente et commis à la préparation des pièces anatomiques de son maître, fut chargé plus tard et Fabrice s'étant retiré, du cours d'anatomie par le Sénat de Venise. Jules Casserio resta en fonctions sept ans. Il dessina le muscle externe du marteau, les deux apophyses de cet os, l'anneau cartilagineux qui en-

toure la membrane du tympan. Philosophe et médecin, comme l'intitule le titre de son livre, Jules Casserio, qui était monté en grade depuis l'époque où il était aux gages de Fabrice, nous montre dans sa face vulgaire, aux sourcils froncés, à l'ossature massive, un cachet de force et d'opiniâtreté. Ces qualités lui avaient servi. Grâce à elles, il avait recueilli faveurs et gloire. Aujourd'hui il lui faudrait autre chose. La persévérance, fût-elle encore secondée par une intelligence plus haute que la sienne, ne suffirait pas à arrêter l'attention. Les politiciens qui dispensent les honneurs n'ont pas l'oreille très fine; ils ne sont émus que par la grosse caisse et alors seulement ils s'écrient : Voilà un grand homme.

Nous avons déjà croisé Varole au sujet du muscle du marteau. Rappelons, pour être complet, que ce jeune anatomiste (il mourut plus jeune encore que Fallope, n'ayant que trente-deux ans) rappelons que Varole, professeur à la Sapience de Rome, sépara nettement le nerf facial du nerf acoustique. Il plaça l'origine de celui-ci dans le pont qui porte son nom : le pont de Varole. Pour expliquer la mutité des sourds de naissance, il avait sa raison à lui : l'anastomose de la troisième branche de la cinquième paire avec la corde du tympan. Cette interprétation fut contestée plus tard par Du Laurens, médecin de Henri IV.

Et le nez. Hélas ! plus encore qu'avec le larynx dont la structure était à peu près connue, l'anatomie récoltait de maigres lauriers à s'en occuper. Organe chirurgical de premier ordre, le nez valait moins comme organe d'amphithéâtre. Il était bien délaissé, le pauvre ! Vésale, qui pour l'oreille connaissait le vestibule du labyrinthe et le manche du marteau, lui jette pourtant un regard en passant. Il aperçoit les muscles internes qui resserrent les narines et cette constatation n'offusque personne. Si pourtant, Colombo. L'homme à l'étrier disputé et au clitoris inconvenant prend sa revanche; il n'admet pas l'existence des muscles internes des narines. Il n'existe qu'un constricteur externe.

Combien il eût été mieux inspiré de renfermer son objection au plus profond de son cœur! Car déjà voici Posthius, un commentateur, qui fait le grincheux. Ces constricteurs internes dont Colombo ne veut pas, il les lui présente au bout de son scalpel. Il suffit que le sujet soit musclé pour que la préparation soit évidente.

Mais Colombo s'en va. Il en a assez des hommes. Tous des imposteurs, des ingrats, des calomniateurs. Imposteur Vésale. Il l'a vu, lui Colombo, et tandis qu'il était son élève, il l'a vu disséquer publiquement l'œil, la langue et le larynx d'un bœuf et persuader

à ses auditeurs qu'il s'agissait là d'organes humains. Et Vésale est baptisé grand homme alors que lui-même, Colombo, il a disséqué des chiens en place des cochons sacrifiés avant lui, connait la circulation pulmonaire mieux que Servet et cependant ne récolte que des déboires.

Paul IV l'appelle à Rome et il se réfugie dans la ville sainte. Auprès du Souverain-Pontife, il trouve l'allègement de ses peines; les calomnies qui se sont exercées contre son œuvre se dissipent au contact des âmes pieuses. Et, bien que ce point d'histoire ne soit pas éclairci, sur son lit de mort, le Souverain Pontife a dû tranquilliser sa conscience inquiète : « Colombo, mon fils, lui a-t-il dit, allez en paix, le cœur léger. La description que vous avez faite du clitoris n'est pas une description obscène. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

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

Séance du Vendredi 9 juillet 1897.

Compte rendu par le Dr GEORGES GELLÉ.

Présidence de M. MARTIN, *président.*

M. Martin fait part aux membres de la Société de l'invitation du gouvernement russe au Congrès Médical de Moscou. L'assemblée décide que le Bureau désignera ceux de ses membres qui devront la représenter au Congrès.

Le **Dr Max Scheier**, de Berlin, a adressé à la Société plusieurs de ses travaux sur la spécialité, ainsi qu'une lettre de candidature au titre de membre correspondant étranger.

Cette candidature mise aux voix est adoptée, M. Max Scheier est donc nommé *membre correspondant étranger*. M. le secrétaire général est chargé de lui faire connaître le résultat du vote.

Les laryngites traumatiques consécutives au tubage de la glotte chez l'enfant.

M. Glover, au nom de M. Variot et au sien, donne lecture d'un long travail sur ce sujet. Entre autres choses intéressantes, les auteurs montrent que le calibre des tubes doit être en rapport avec la taille des sujets et non point avec leur âge.

M. Martin. — Aucun, parmi nous, n'a l'occasion de pratiquer bien souvent des tubages ; aussi sommes-nous trop peu documentés pour discuter la communication très intéressante de M. Glover.

Traitement des otites suppurées par l'acide picrique.

M. Lacroix. — (Le mémoire de M. Lacroix sera publié *in extenso* ultérieurement.)

Discussion.

M. Lubet-Barbon. — Je demanderai à M. Lacroix tous les combien il fait ses lavages à l'acide picrique.

M. Lacroix. — J'en fais tous les jours.

M. Lubet-Barbon. — Nous savons tous l'action de l'acide picrique sur l'albumine ; cette substance, en lavage auriculaire, doit donc provoquer la coagulation des sécrétions. N'est-ce pas un inconvénient ?

M. Lacroix. — Sans doute l'acide picrique provoque la précipitation des substances albuminoïdes, mais j'ai soin de recommander l'emploi de larges irrigations dans le but de balayer tous ces précipités. Les injections ne sont pas toujours très bien supportées, quelques malades les ont sans doute mal acceptées, car ils ne sont plus revenus.

M. Lubet-Barbon. — Il me semble que si l'on doit surveiller les malades avec autant de soins et aussi fréquemment que dans les autres traitements, cette médication perd un de ses avantages, le malade devant revenir journellement se faire irriguer.

M. Lacroix. — Quoi qu'il en soit, ce médicament m'a paru avoir une grande efficacité et il peut être sans crainte confié aux malades intelligents. Malgré tout, il faut absolument pratiquer de grandes irrigations.

Un cas de phlébite suppurée du sinus latéral consécutivement à l'ouverture accidentelle de ce vaisseau, au cours d'un évidement pétro-mastoïdien. Ouverture et nettoyage de toute la longueur infectée du sinus. Mort.

M. Luc et Jacquin (de Reims). — Cette communication sera publiée *in extenso* dans un prochain numéro.

Discussion.

M. Lermoyez. — Je désire appeler l'attention de mes collègues sur la pathogénie de cet accident. Est-ce bien le traumatisme chirurgical qui est la cause de l'infection ? Le plus souvent, c'est du moins l'avis de plusieurs chirurgiens que j'ai consultés à ce sujet, jamais la phlébite ne surviendrait après l'ouverture accidentelle du sinus. On tamponne et on laisse le tamponnement huit jours sans y toucher.

M. Lubet-Barbon. — Je partage l'opinion de M. Lermoyez, quand pareil incident nous arrive, nous laissons le pansement en place durant les huit premiers jours, puis nous laissons le second pansement 15 jours sans y toucher. En règle générale, il faut toucher aux pansements le moins possible, car c'est moins pendant l'opération que pendant les pansements que l'on peut commettre des fautes contre l'asepsie. Si j'avais un reproche à adresser à notre confrère, ce serait donc d'avoir fait deux pansements alors que la malade allait bien et que la température n'indiquait rien d'anormal.

M. Ménière. — J'ai assisté à deux cas d'ouverture du sinus, avec hémorragie abandante. On a tamponné et laissé les tampons en place 8 jours ; il n'y a pas eu d'infection secondaire.

M. Lermoyez. — Est-ce que dans le cas de M. Luc, il n'y aurait pas eu une périphlébite fongueuse capable d'expliquer la suppuration ?

M. Luc. — Oui, j'en conviens, les accidents de ce genre sont heureusement très rares. Mais je ne crois pas qu'il y ait eu ici, comme le pense M. Lermoyez, périphlébite avant l'intervention; car alors il n'y aurait pas eu d'hémorragie au moment de l'ouverture du sinus.

Pour moi, dans ce cas, je pense que c'est la curette, infectée dans le foyer purulent, qui a infecté le sinus, en le perforant.

Hémorragies du larynx au cours d'une cirrhose du foie.

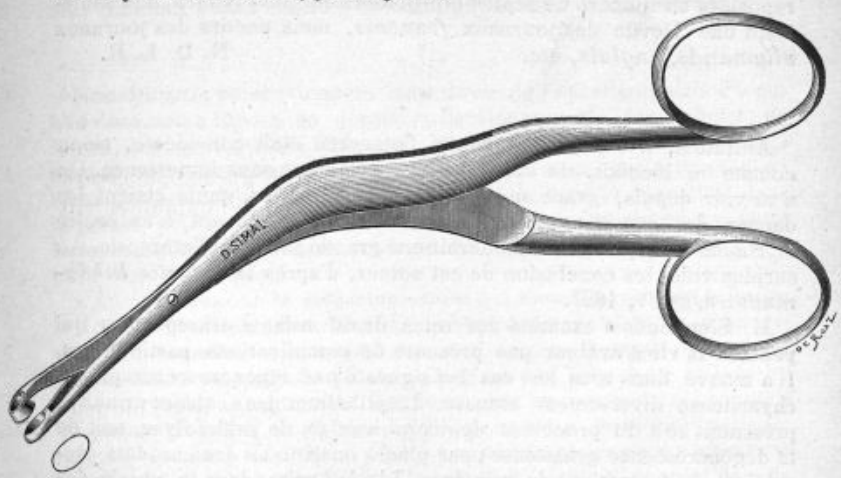
M. Lubet-Barbon. — (Lire le mémoire de M. Lubet-Barbon, page 47.)

Elimination d'un cholestéatome volumineux du temporal par une vaste brèche du conduit auditif osseux.

M. Lichtwitz. — Ce mémoire sera ultérieurement publié *in extenso*.

Présentation d'instruments.

M. Martin présente la pince dont il se sert pour couper la muqueuse nasale hypertrophiée.



M. Ruault. — Il y a bien longtemps que j'ai fait construire par Mathieu une pince analogue à celle-ci. On ne peut guère prévoir l'importance d'une hémorragie nasale; mais chaque fois que j'ai décortiqué un cornet avec ma pince, j'ai été étonné de voir couler si peu de sang, alors que de simples pointes de feu peuvent parfois causer des hémorragies inquiétantes.

M. Egger. — Je demanderai à M. Martin s'il faut que sa pince coupe, au lieu d'écraser comme celle de M. Ruault.

M. Martin. — Parfaitement, avec mon procédé il faut couper nettement et non broyer la muqueuse.

La prochaine réunion de la Société aura lieu le 12 novembre 1897.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Nous avons tenu à faire paraître le fascicule de juillet-août avant la période des vacances. D'autre part, vu l'importance des mémoires originaux et la place qu'ils occupent, nous n'avons pu cette fois encore insérer les *Analyses* qui devaient figurer dans ce fascicule. Elles seront reportées au numéro de septembre-octobre qui comprendra, non seulement une Revue des journaux *français*, mais encore des journaux *allemands*, *anglais*, etc. N. D. L. R.

* * *

Autrefois, à ce qu'on raconte, l'otorrhée était considérée, sinon comme un bienfait, du moins comme une chose sans importance. On a su voir depuis, grâce aux efforts des spécialistes, quels étaient les dangers des complications otitiques. Voici maintenant, à en croire M. Simmonds, que l'otorrhée aurait une grande part dans l'athrepsie. Au surplus voici les conclusion de cet auteur, d'après la *Gazette hebdomadaire*, n° 31, 1897.

M. Simmonds a examiné les reins de 60 enfants athrepsiques qui pendant la vie n'avaient pas présenté de complications particulières. Il a trouvé dans tous les cas les signes d'une dégénérescence parenchymateuse diversement accusée. L'épithélium des canaux urinaires présentait soit du processus de nécrobiose ou de psalmolyse, soit de la dégénérescence graisseuse ; par places on trouvait des exsudats capsulaires, la formation de cylindres. L'urine prise dans la vessie des cadavres contenait toujours de l'albumine.

D'après M. Simmonds, il est impossible d'admettre que la dégénérescence du parenchyme rénal soit le résultat du trouble général de la nutrition, car il n'y avait aucun parallélisme entre l'intensité de l'athrepsie et l'intensité des lésions rénales ; d'un autre côté, chez les athrepsiques un peu âgés et fortement affaiblis par cette cachexie prolongée, les troubles rénaux de ce genre ne s'observent ordinairement pas.

Parmi les autres complications qui ont été constamment trouvées à l'autopsie de presque tous ces enfants, M. Simmonds cite l'otite moyenne. La fréquence de ces otites a encore été confirmée par ce fait que, sur 449 athrepsiques âgés de moins de 2 ans, cette otite a été trouvée 135 fois. L'examen bactériologique fait dans 60 cas a montré le pneumocoque de Frænkel dans la moitié des cas ; dans les autres cas on trouva des streptocoques, des staphylocoques.

Si l'on songe que l'exsudat contenant ces microbes se trouve dans une cavité tapissée d'une muqueuse et est soumis à une certaine pression, on est en devoir de se demander si l'existence constante de ce foyer d'infection n'est pas pour quelque chose dans l'ensemble des troubles généraux, qu'on désigne sous le nom d'athrepsie.

Pour démontrer la possibilité d'une infection généralisée par ce foyer, dans l'athrepsie, M. Simmonds a fait l'examen bactériologique complet des reins de ces enfants. Presque toujours les cultures faites avec le parenchyme rénal ont donné naissance à des pneumocoques et aux bacilles pyocyaniques. Du reste Kossel a déjà attiré l'attention sur les cas d'infection pyocyanique généralisée chez des enfants porteurs d'otites, et sur les modifications des reins en cas de pneumonie.

De tous ces faits M. Simmonds conclut que la néphrite qu'on trouve dans l'athrepsie est produite par l'action directe des micro-organismes qui, cantonnés dans l'oreilel, finissent par envahir toute l'économie.

* * *

Nos lecteurs se souviennent sans doute de l'excellent mémoire publié dans notre Revue, en décembre dernier, par M. Max Scheier, de Berlin, sur les rayons de Rœntgen. M. Scheier a continué ses recherches et voici les résultats auxquels il est arrivé en perfectionnant sa technique primitive. Son mémoire ayant été analysé et reproduit dans la presse politique française, tous les journaux ont entretenu leurs lecteurs du travail de notre confrère. La note ci-après est celle qui a paru dans le *Temps* :

« Au congrès pour la médecine interne qui vient d'avoir lieu à Berlin le docteur Max Scheier a démontré qu'on peut *voir* chanter en se servant d'une certaine manière des rayons Rœntgen. Il paraît qu'on peut voir comment le voile du palais se lève un peu quand on chante ou parle la voyelle *a*, comment il se lève plus haut quand on prononce les autres voyelles en dehors de l'*i* ; pour cette dernière voyelle, le voile se lève tout à fait haut. On voit aussi très clairement à travers la peau tous les changements que le parler et le chant opèrent dans la configuration interne de la bouche, ainsi que le mouvement de la langue et des mâchoires. Bientôt les professeurs de chant devront étudier la partie de la physiologie qui les concerne spécialement, et se munir d'un appareil pour appliquer les rayons Rœntgen en vue de corriger les défauts de l'émission de la voix chez leurs élèves. Le *Ménestrel* fait remarquer que la médecine doit déjà à un professeur de chant, à l'illustre Manuel Garcia, frère de M^me^ Pauline Viardot — lequel, par parenthèses, sera bientôt centenaire — des études fort utiles sur le mécanisme de l'appareil laryngien dans le chant, et, indirectement aussi, l'invention même du laryngoscope, qui est devenu l'instrument le plus indispensable dans le traitement des maladies de la gorge. »

* * *

Puisque nous sommes sur le chapitre de l'électricité, voici quels seraient les effets de la franklinisation sur la voix des chanteurs :

Chez les artistes qui ne sont atteints d'aucune lésion de l'appareil vocal, ni même d'affection générale pouvant avoir une influence sur le bon fonctionnement de cet appareil, on observe à la suite de la fran-

klinisation, pratiquée suivant la technique des auteurs, des modifications profondes dans la voix chantée :

La voix est plus ample, le son est renforcé.

La respiration est, en effet, modifiée, les inspirations sont plus puissantes, plus profondes, tandis que l'expiration se fait plus également et dure plus longtemps.

L'appui est meilleur, plus solide.

La résistance à la fatigue est plus grande.

Les notes élevées sont plus faciles et plus puissantes.

La voix plus claire acquiert, au point de vue du timbre, une qualité spéciale, *du mordant*, qui lui donne un charme inusité.

* * *

MM. Binet et Courtier ont étudié à l'aide d'appareils enregistreurs l'influence de la musique sur la respiration, le cœur et la circulation capillaire.

Ils ont constaté d'une manière générale chez le sujet soumis à l'observation que la respiration et le cœur ont fonctionné à l'unisson ; que sous l'influence des excitations sensorielles, sans écho émotionnel, il y a eu une accélération légère des deux fonctions ; que l'audition d'une mélodie triste ou gaie a augmenté cette accélération et qu'enfin les motifs tirés d'ouvrages dramatiques et sus par cœur ont porté cette accélération au maximum.

Pour la circulation capillaire, les excitations musicales agréables, d'un mouvement vif, tendent à rapetisser la pulsation et à renforcer son dicrotisme. Au contraire les excitations pénibles, tristes, ne produisent pas cet effet ou le produisent à un degré bien moindre.

Ainsi la *Dernière Pensée* de Weber atténue très légèrement le dicrotisme ; la *Coupe* de Gounod, aussi bien que l'*Étoile* du Tannhauser, déterminent des « ondulations vaso-motrices ». La *Marche funèbre* de Beethoven rapetisse la pulsation de 1/8e tandis que la *Marche Lorraine*, de Ganne, ne la rapetisse que de 1/6e. Le chant de l'*Épée* de *la Walkyrie* et la *Chevauchée* rapetissent la pulsation l'un de moitié, l'autre de 1/6e, tous deux amollissent la pulsation, tandis que le *Veau d'or* de *Faust* agrandit la pulsation après l'avoir rapetissée de 1/3.

Que conclure ? C'est, d'après MM. Binet et Courtier, que dans l'audition des morceaux tristes l'accélération du cœur et de la respiration est moins forte que dans les morceaux où domine la joie.

Féré et Tarchanof avaient déjà conclu que les mélodies tristes et lentes diminuent la force musculaire, tandis que les mélodies gaies produisent l'effet inverse.

En somme, il paraît résulter de ces faits que les émotions d'ordre musical ne sont pas de nature à troubler bien fortement la circulation et que l'on peut sans danger en permettre l'usage même aux cardiaques.

Le Gérant : G. MAURIN.

PARIS. — IMP. V. GOUPY G. MAURIN SUCC., 71, RUE DE RENNES

RICHARD-CH. HELLER ET Cie
81, CITÉ TRÉVISE, PARIS

Fabrique d'Appareils d'Électricité médicale

Spécialité : Moteurs pour le massage vibratoire
ET OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Accumulateurs perfectionnés

Tableaux pour le Courant de la Ville

SERVICE SPÉCIAL POUR LA CHARGE D'ACCUMULATEURS

Envoi gratis et franco du Catalogue illustré sur demande.

OUVRAGES REÇUS

— Traité de Pathologie générale de Bouchard, tome III, chez Masson : la séméiologie des affections des voies respiratoires, par BOULAY ET LERMOYEZ.

— Physiologie et Pathologie de la respiration nasale, par le Dr Henri MENDEL (Soc. d'Edit. scientifiques) 1897.

— Le traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements, par P. GARNAULT (A. Maloine, éditeur, 1897.)

— Nineteenth annual Report of the presbyterian eye, ear and throat Charity hospital. — Baltimore, 1897.

— Extraction du marteau et de l'enclume dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par le Pr GHERARDO FERRERI de Rome (Extrait des *Arch. ital. d'otol.* vol. V. 1897.)

— Biographie du Prof. E. de Rossi, par G. FERRERI (Extrait des *Arch. it. di otol.* vol V, 1897).

— Opérations pratiquées par la voie abdominale pour tumeurs et suppurations de l'utérus et des annexes, par le Dr. L DEFONTAINE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot (Extrait du journal *Le Centre médical*, nov. 1896).

— Adénome du voile du palais par E. ESCAT, de Toulouse (Extrait des *Arch. prov. de chir*, mai 1897).

— Die Bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre radicalbehandlung (Les tumeurs malignes du larynx et leur traitement) par Dr Johann Sendziak, de Warschau (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1897. 240 pages).

— Annuaire des Eaux minérales, stations climatériques et sanatoria de la France et de l'étranger suivi d'une nomenclature des établissements hydrothérapiques et des bains de mer publié par la Gazette des Eaux (39e années, 1897) chez Maloine. — Prix du volume 1fr. 50.

— Les écoulements urétraux providentiels, par A. Guépin (Extrait de la *Tribune médicale*).

— Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts, par A. Souques et G. Marinesco (Extrait de la *Presse médicale* (no 45, 2 juin 1897).

— Crachoirs et crachats, par le Dr L. Séailles (Extrait de la *France médicale*, no 22, 1897).

— Etude comparative des procédés employés en chirurgie amygdalienne, par A. Frémont, Paris, chez G. Carré, 1897.

La "PHOSPHATINE FALIÈRES" est l'aliment le plus agréable et le plus recommandé pour les enfants dès l'âge de 6 à 7 mois, surtout au moment du sevrage et pendant la période de croissance. *Il facilite la dentition, assure la bonne formation des os.*

PARIS, 6, AVENUE VICTORIA ET Phies

VIN DE KOLA
LÉOUTRE
Préparé avec des noix de kola fraîches
TONIQUE STIMULANT, RÉGULATEUR DU CŒUR

ALCOOLATURE DE KOLA
LÉOUTRE
RENFERMANT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE LA NOIX DE KOLA

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Docteurs

Pharmacie normale des Pyramides
62, rue des Petits-Champs. 62.

PASTILLES DE COCAPYRINE
DE J. PAILLARD
Pharmacien de Première Classe, Ancien Interne et Lauréat des Hôpitaux de Paris
24, rue de Montessuy, PARIS
Ces Pastilles sont rigoureusement titrées à :
Antipyrine, 0,04 centigr., **Cocaïne, 0,002** milligr. — Elles sont agréables au goût et utilement employées dans toutes les affections inflammatoires ou spécifiques du Pharynx et du Larynx.
Spécialité de fournitures de médicaments pour les Cliniques oto-laryngologiques à des prix exceptionnels. — Analyses, etc.

TOME X. — N° 5 SEPTEMBRE-OCTOBRE 1897.

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE

BULLETIN

Le laryngologiste qui voudra bien se reporter par la pensée à quelques années en arrière, sera, comme nous, frappé, sinon émerveillé, de la frondaison extraordinaire de mémoires qui surgissent de tous côtés dans notre spécialité. Si notre champ était restreint autrefois, il s'agrandit chaque jour, grâce au labeur persévérant de chacun. En résumé, nous assistons à un effort considérable, la plupart d'entre nous s'appliquant à soumettre le résultat de leur pratique et de leur expérience à l'appréciation du public spécial.

Nous tâchons ici de suivre de notre mieux le mouvement ; nous n'y arrivons pas toujours, je le sais. Sans nous plaindre de l'abondance de la copie, — ce qui serait trouver que la mariée est trop belle, — nous voudrions évidemment donner plus de place aux extraits et aux analyses. Mais cela n'est pas toujours facile, tant est grande, je le répète, la quantité de mémoires publiés un peu partout ; ils sont si nombreux que nous ne saurions rendre compte de chacun.

Nous les lisons cependant, et maintes fois nous avons pu faire la remarque sur laquelle je désire attirer votre attention, et qui est la suivante : Nous parcourons un mémoire présenté sous un titre nouveau, et qui nous paraît devoir contenir des idées neuves. Or quel n'est pas notre étonnement de rencon-

trer dans le susdit des faits déjà analysés et commentés précédemment, des déductions posées comme originales et qui ne le sont peut-être que pour leur auteur! Bref, maint travail très bien fait n'est passible que d'un reproche, c'est de manquer d'originalité, et cela parce que l'auteur n'a pas su ou n'a pas voulu faire de bibliographie. On ne se cite pas assez les uns les autres.

Ne voyez point dans ce que j'avance la moindre question personnelle, c'est là une observation d'ordre général; la remarque d'aujourd'hui a déjà été faite par M. Semon, de Londres, au commencement de l'année. Il suit de là que ceux qui ont un mauvais caractère, — il peut s'en trouver, n'est-ce pas, — sont furieux d'avoir été ainsi oubliés, et ils ne manquent pas de croire que l'omission est volontaire. Ceux, au contraire, qui savent opposer un peu de philosophie aux petits incidents de la vie, se contentent de pester contre l'auteur qui leur a fait perdre leur temps à lire une chose qu'ils connaissaient parfaitement. Je donne surtout raison à ces derniers, car j'ai cru m'apercevoir que bien souvent les redites, les sujets ressassés, enfin le défaut de citations, provenaient surtout d'une certaine paresse de notre esprit qui s'accommode mal de recherches bibliographiques minutieuses.

Le mot oreiller de Montaigne est ici un meuble fort agréable; on préfère douter qu'il y ait jamais rien eu de publié sur la question que l'on veut traiter, et fort de ce doute on s'abstient de recherches complètes. Sans doute on feuillette encore les écrits publiés dans sa langue, mais l'étranger, on préfère l'ignorer.

Ne pourrait-on pas s'inquiéter davantage de ce qui se passe derrière le mur du voisin? Je verrais à cela maints avantages; d'abord on éviterait de faire de la peine à des braves gens qui ne vous ont rien fait; ensuite on ne perdrait plus son temps à explorer un terrain déjà fouillé par d'autres; enfin on éviterait d'encombrer la littérature de mémoires en tout semblables et dont le titre seul diffère. En tous pays, celui qui se dispose à écrire devrait tout d'abord se pénétrer de la pensée de La Bruyère, qui trouve son application sous toutes les latitudes : « On a tout dit depuis six mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent. »

F. H.

I

Indications et Contre-Indications DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LA TUBERCULOSE DU LARYNX

et résultats que l'on en peut espérer.

Par le Dr **Ricardo BOTEY**, de Barcelone.

(Communication faite au XIIe Congrès International de Médecine, Moscou, 19-26 août 1897.)

La tuberculose du larynx, comme vous le savez tous, présente à observer différentes formes qui, au fond, signifient divers degrés d'atténuation du virus tuberculeux et diverses localisations de celui-ci. Dans certains cas où tout le larynx est envahi profondément, il existe des infiltrations considérables des aryténoïdes, des replis ari-épiglottiques, des bandes ventriculaires et de l'épiglotte, les cordes vocales étant infiltrées et ulcérées superficiellement en différents endroits; dans de semblables occasions, principalement si la maladie a pris une marche subaiguë et si les poumons se trouvent tuberculisés d'une manière analogue, si l'état des forces du patient n'est pas satisfaisant, je n'interviens pas chirurgicalement, me tenant aux attouchements locaux avec la glycérine lacto-phéniquée de concentration progressive, selon les résultats que j'obtiens et selon la tolérance du malade.

Je préfère cette solution parce qu'elle réunit les avantages de l'acide lactique sans ses propriétés irritantes, et parce que l'acide phénique agit réellement à peu près de la même manière, comme je le crois avec Gottstein. En outre, ce dernier

possède l'avantage d'exercer une action anesthésique sur la muqueuse du larynx, ce qui fait que les malades peuvent supporter des solutions très concentrées. Et j'affirme cela, Messieurs, après m'être servi comparativement des solutions lactiques de Heryng et de Krause, du phénol sulfo-riciné de Ruault et de la glycérine phéniquée de Gottstein adoptée par Moure, car les résultats curatifs que j'en obtins dans quelques cas rares et les améliorations que j'observe presque toujours, sont des plus manifestes.

A part cette forme subaiguë et la miliaire aiguë, que je n'ai observée que peu de fois, et la chronique vulgaire infiltro-ulcéreuse très généralisée, je pense que dans presque toutes les autres formes l'on peut et même l'on doit agir chirurgicalement, avec la conviction de soulager immédiatement le malade, dans les cas, malheureusement assez fréquents, où nous n'aurions pu obtenir la guérison définitive de l'affection locale.

Bien qu'il s'agisse d'un malade opérable, il ne faut pas oublier pour intervenir, que l'état plus ou moins avancé des lésions pulmonaires, le manque de résistance du malade, son peu de courage, son manque de patience et son excessive impressionnabilité, peuvent être des facteurs qui rendent presque impossible ou très imprudent le traitement chirurgical endo-laryngé.

Quant au genre d'intervention chirurgicale, je n'admets que le curettage, l'extirpation des végétations tuberculeuses et l'aryténoïdectomie et épiglodectomie avec les pinces coupantes, sans application immédiate de l'acide lactique ou de la solution lacto-phéniquée, etc., car ces applications produisent ou augmentent considérablement la tuméfaction, l'infiltration, la phlogose et par conséquent la douleur post-opératoire. Au bout de 4 à 8 jours, et une fois passée la réaction inflammatoire des tissus, j'applique, mais seulement alors et quand je le crois nécessaire, la solution lacto-phéniquée ou l'acide lactique. Si je me sers d'une solution très concentrée, je l'applique seulement sur l'épiglotte, sur les aryténoïdes et les replis ari-épiglottiques. Mais s'il s'agit des bandes ventriculaires ou des cordes vocales et si la lésion est principalement unilatérale, je m'abstiens même de ces applications avec des

liquides concentrés, car malgré tous les soins imaginables pour limiter l'action caustique à la lésion, il arrive presque toujours que le côté opposé, étant donnés les mouvements intérieurs du larynx, apparaît le jour suivant cautérisé et quelquefois enflammé et gonflé, ce qui donne lieu à des douleurs très vives à la déglutition, à des difficultés respiratoires dans certains cas pleines d'alarmes, et à des ulcérations qui peuvent s'infecter et qui ne se cicatrisent pas toujours rapidement, même dans les cas favorables.

En outre, je proscris d'une façon absolue les scarifications des tissus infiltrés, parce que je les considère comme complètement inutiles, car il ne s'agit pas, comme vous savez tous, d'un œdème vrai, ni séreux, ni inflammatoire. En effet, la section de ces tissus, chez le vivant comme chez le cadavre, ne donne pas lieu à la sortie de la moindre sérosité claire ou jaunâtre, sanguinolente ou trouble; sa consistance est toujours dure, car ces tissus se trouvent gorgés d'éléments embryonnaires. De la même manière l'électrolyse ne doit pas être utilisée, car son action est lente, elle occasionne quelquefois des ulcérations qui augmentent les souffrances du malade et en outre elle est de difficile application.

Je me suis servi uniquement du galvano-cautère, avec d'excellents résultats; chez quelque malade très craintif, et ayant des hyperplasies végétantes de l'épiglotte et de l'entrée du larynx; en d'autres termes dans les cas de lupus de cet organe; la sensibilité est très émoussée dans de semblables cas, en outre il s'agit d'une tuberculose très atténuée dans sa virulence, ce qui fait que la réaction inflammatoire est presque nulle. Je n'ai rien publié sur cette question bien que j'aie eu l'occasion d'observer au moins cinq cas de lupus du larynx. Dans tous ces cas le processus local guérit à peu près, ou fut considérablement amélioré par le raclage dans trois cas, et par l'emploi du galvano-cautère dans les deux autres cas.

Nous avons donc une première indication absolue ou presque absolue du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx : le lupus et les formes scléro-végétantes hypertrophiques atténuées de son orifice supérieur.

Quand il existe des lésions polypoïdes, fongueuses sur les

bandes, sur l'espace inter-aryténoïdien et sur les cordes vocales, en d'autres termes des pseudo-polypes tuberculeux du larynx, lésion décrite avant personne par mon illustre compatriote le docteur Rafael Ariza, la nécessité de les extirper avec les pinces coupantes et de cautériser leur pédicule, est évidente aussi, c'est là une deuxième indication du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx.

S'il existe, au contraire, des infiltrations de l'un ou des deux aryténoïdes ou de l'épiglotte, infiltrations principalement limitées à ces organes, le reste du larynx étant relativement peu ou presque pas malade, comme cela m'est arrivé assez souvent dans ma pratique; alors, surtout si la surface de la muqueuse est excoriée et enflammée, ce qui est cause de douleurs intolérables à la déglutition et fait que le malade se condamne lui-même à mourir de faim; dans cette triste situation je n'hésite pas un moment, et bien que les lésions pulmonaires soient assez avancées, si le malade est courageux et a les forces suffisantes j'exécute l'arytenoïdectomie, comme Gouguenheim, et après, s'il le faut, l'épiglodectomie, généralement en 3 ou 4 séances, séparées l'une de l'autre par un espace de 8 à 10 jours. La plaie se cicatrise en 2 ou 3 semaines et la base adhérente de la portion de tissu extirpée diminue, chose rare, considérablement d'épaisseur; en d'autres termes, se désinfiltre, se résorbe et se réduit souvent même au point de n'être guère plus épaisse qu'à l'état normal. Le malade avale alors au bout de quelques jours bien mieux, plus tard parfaitement, il reprend par conséquent des forces et de l'embonpoint, s'il n'a pas tout à fait perdu l'appétit, ce qui arrive malheureusement dans quelques cas. Dans ce cas, s'il ne guérit pas radicalement, il ne souffre pas, ou moins, et il prolonge beaucoup sa vie.

Bien que l'infiltration de l'épiglotte soit moins fréquente que celle des aryténoïdes, il existe assez souvent des cas, et en ce moment j'en ai 7 d'opérés, dans lesquels le processus tuberculeux se caractérise par une infiltration très accentuée de l'épiglotte, qui devient 5 ou 6 fois plus épaisse qu'à l'état normal, les aryténoïdes se trouvant relativement peu malades ou presque pas infiltrés et le restant du larynx en assez bon état. Dans ces circonstances, l'obstacle mécanique à la

déglutition est considérable, à part la douleur, et il n'y a pas moyen, même en se servant de doses très fortes de cocaïne de faire disparaître un semblable état, excessivement grave.

Au premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie tenu à Madrid, au mois de novembre de l'an dernier, je disais : « Si avec les pinces de Krause, de Mathieu ou de Ruault, excellentes pour sectionner les aryténoïdes, nous prétendons couper l'épiglotte, nous ne le pouvons pas, nous ne faisons que mâcher et sectionner partiellement les tissus superficiels, en laissant intact ou imparfaitement coupé le fibro-cartilage qui se trouve au centre de l'infiltration. L'usage de pinces coupantes plus robustes s'impose donc. En outre il est nécessaire que la circonférence de section des pinces soit plus grande, dans le but d'extraire d'un seul coup une portion de tissu plus grande. »

M. Mathieu m'a construit des pinces que je ne pus présenter à Madrid et que je vous montre. Vous pouvez vous convaincre que leur puissance est bien plus grande que toutes les autres destinées au même but. Avec ces pinces en deux ou trois séances, et si je le juge nécessaire ou possible dans une seule, j'ampute en 4 ou 5 coups toute ou presque toute l'épiglotte, ce qui n'empêche pas une parfaite déglutition, car la langue, les bandes ventriculaires, etc., se chargent alors de fermer l'entrée du larynx. Je fais aussi quelquefois avec ces pinces l'aryténoïdectomie, malgré la brièveté de leur extrémité laryngienne. Voilà donc une troisième indication, bien claire aussi, du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx.

Une quatrième et dernière indication du traitement chirurgical peut, à mon opinion, se trouver même dans les cas de tuberculose infiltro-ulcéreuse chronique du larynx pas trop étendue. Je me souviens avoir guéri de cette façon trois malades, à mon grand étonnement et à celui de la famille, et après un séjour prolongé à la campagne où ils firent une cure de repos et d'air. Dans les autres cas de ce genre, opérés par moi, au nombre de 16 ou 17, les résultats, bien que très dignes d'être tenus en grande considération, ne furent pas aussi brillants. Dans la plupart de ceux-ci l'opération ne fut qu'un moyen palliatif, mais bien plus efficace et durable que l'application de n'im-

porte quel topique que l'on puisse employer. Ces idées sont aujourd'hui pour moi inébranlables, et malgré les craintes et les doutes que j'avais quelques années auparavant, je pense que l'on doit conseiller le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx dans les circonstances mentionnées plus haut, et uniquement dans ces circonstances, ce qui ne peut malheureusement s'effectuer que dans 15 ou 20 pour cent des cas, selon mon expérience personnelle.

Dans de certaines occasions, excessivement rares, le traitement chirurgical réveille la marche torpide de la tuberculose du larynx, et s'il est vrai que momentanément il se produit un soulagement positif pendant quelques semaines, plus tard la maladie locale et quelquefois aussi le processus pulmonaire subissent une poussée aiguë qui précipite la marche chronique de la maladie, comme cela m'est arrivé récemment chez une malade de 29 ans qui avait une tuberculose laryngienne bien localisée au côté gauche du larynx où il existait des végétations, des ulcérations et une infiltration modérée de l'aryténoïde.

Dans 80 p. 0/0 des cas restants de tuberculose du larynx, et chez lesquels on observe de profondes altérations infiltro-ulcéreuses, étendues aux aryténoïdes, aux replis ary-épiglottiques, à l'intérieur du larynx, etc., et dans lesquels le processus pulmonaire est assez avancé, le malade est très impressionnable, peu docile, faible et nerveux, je préfère m'en tenir aux attouchements à la glycérine phéniquée.

Quant à la douleur et à l'hémorragie opératoires je crois qu'on les a exagérées. En agissant avec prudence, en opérant petit à petit, en 5 ou 6 séances, sans vouloir par exemple extirper toute l'épiglotte en un jour, jamais l'hémorragie n'a été copieuse chez mes malades, et la douleur a été toujours en grande partie amoindrie considérablement par la cocaïne à 10 ou à 15 p. 0/0, sans avoir eu besoin d'hospitaliser les patients après une séance.

Je poserai donc ainsi mes conclusions :

1° Dans les formes aiguës et subaiguës de tuberculose du larynx, le traitement chirurgical est contre-indiqué.

2° On peut dire la même chose pour les cas de tuberculose

infiltro-ulcéreuse chronique généralisée à tout l'organe ou à presque tout l'organe.

3° Dans 20 p. 0/0 des cas restants, c'est à dire : dans le lupus du larynx, la tuberculose scléro-végétante et polypoïde, les infiltrations unilatérales ou localisées à l'entrée du larynx, les infiltro-ulcérations chroniques de la moitié ou des deux tiers de l'organe ; le traitement chirurgical est parfaitement indiqué à moins de conditions défavorables tenant au malade.

4° Les scarifications et l'électrolyse sont inutiles ; seul le galvano-cautère peut servir dans le lupus de l'entrée du larynx.

5° Le résultat de ces interventions dépend en grande partie d'une bonne sélection des cas opérés. Nous obtenons presque toujours une amélioration durable et quelquefois la guérison.

II

NOUVEAUX FAITS RELATIFS A LA MÉTHODE OGSTON-LUC POUR LA CURE RADICALE DE L'EMPYÈME FRONTAL

Examen critique des insuccès et des accidents pouvant résulter de son exécution défectueuse

Par le Dr **LUC**

Communication à la Société française d'Otologie, 4 mai 1897.

Messieurs, j'ai eu l'honneur de vous présenter, il y a un an, un certain nombre de malades radicalement guéris de leur suppuration du sinus frontal par une méthode opératoire, dont je venais de vous exposer la technique, et consistant, vous vous en souvenez, à ouvrir largement le sinus et à le curetter par voie frontale, puis à refermer immédiatement et complètement la plaie, après introduction d'un drain fronto-nasal auquel est confié ultérieurement le drainage du foyer jusqu'à la guérison.

Je vous ai montré, à cette époque, comment j'avais successivement évolué dans l'exécution de cette méthode, n'ayant d'abord osé refermer la plaie frontale que graduellement, puis m'étant risqué à la réunir primitivement dans un cas de suppuration aiguë du sinus, et finalement, encouragé par le succès, ayant appliqué le même procédé tout aussi heureusement aux formes les plus invétérées de la maladie. Depuis lors, j'ai fait franchir à la méthode une étape de plus, en ce sens que, ainsi que vous pourrez vous en convaincre par la lecture de l'Obs. II publiée plus loin, j'ai obtenu la réunion, par première intention, dans un cas où les deux sinus frontaux

avaient été déjà opérés plusieurs fois sans succès, faute d'un curettage suffisant, et où la plaie non suturée lors de la troisième intervention était restée longtemps fistuleuse. Je pratiquai, dans ce cas, un avivement général de la plaie, en réséquant toutes les parties cicatricielles et fongueuses des téguments; après quoi, j'effectuai la suture totale de la plaie. J'eus le bonheur d'obtenir, même dans ces conditions défavorables, une réunion primitive complète, sauf en un point limité où les deux lèvres de la plaie n'avaient pu être affrontées, mais qui ne manqua pas de se combler ultérieurement. Ce cas établit donc péremptoirement que le fait de l'existence d'une fistule cutanée frontale ne saurait contre-indiquer la méthode opératoire préconisée par nous et que, même dans ces circonstances, la réunion immédiate peut être obtenue, pourvu que toutes les parties infectées de la peau aient été soigneusement retranchées.

Depuis la publication de mes premiers travaux sur ce sujet, j'ai eu la satisfaction de voir ma méthode adoptée, avec succès, par plusieurs de mes collègues. Je leur laisse le soin de confirmer mes résultats en publiant les leurs. Pour ce qui me concerne, je ne crois plus avoir à insister sur les avantages de ce procédé. Je veux au contraire, aujourd'hui, après avoir publié mes cas heureux de la première heure, mettre non moins en lumière les insuccès et les accidents que j'ai observés depuis, dans ma pratique ; mais je veux surtout en rechercher devant vous la cause immédiate et établir solidement, qu'ils doivent être mis sur le compte d'une mauvaise exécution de la méthode et non sur le compte de la méthode elle-même. Ce sera là, je pense, le meilleur moyen de la mettre ultérieurement à l'abri d'attaques injustes et d'objections mal fondées, et de l'empêcher de tomber dans un discrédit immérité. J'ai l'espoir, en effet, qu'instruits par mes propres fautes, ceux de mes collègues qui se décideraient à appliquer la méthode en question éviteront de les répéter et que leurs statistiques ne compteront que des succès.

Mon expérience m'a montré de la façon la plus nette que la condition, *sine quâ non*, de la réussite de l'opération et de son innocuité, c'est la désinfection complète et le curettage radical du foyer. Suivant les cas, le manquement à la règle en

question entrainera des conséquences diverses : soit le simple insuccès opératoire, la plaie ne se réunissant pas, ou se rouvrant secondairement après s'être refermée, ou bien la suppuration nasale continuant après l'occlusion de la plaie, auquel cas on en est quitte pour recommencer l'opération ; soit de graves complications intra-craniennes, résultant d'une sorte de coup de fouet donné par l'opération incomplète à l'infection dont le sinus est le siège, et de son extension à l'encéphale ou à ses enveloppes. C'est ce qui s'est produit manifestement chez mes deux malades des obs. I et IV, les fongosités sinusiennes ayant été très incomplètement curettées chez le premier, en même temps que la sinusite du côté opposé était méconnue, tandis que chez l'autre malade on avait laissé inaperçu un prolongement orbitaire des masses néoplasiques remplissant le sinus.

On ne saurait donc apporter trop de soins dans l'exécution du curettage du foyer. C'est vraiment là le temps capital de l'opération. Dans un grand nombre de cas cette tâche n'est pas trop difficile à remplir. Tout dépend des dimensions du sinus : ces dimensions sont-elles modérées, on réussira facilement à en atteindre toutes les limites et à opérer le nettoyage des fongosités accumulées à la jonction des parois antérieure et postérieure. Il est malheureusement des cas où les dimensions exceptionnelles du sinus créent à l'opérateur d'extrêmes difficultés. Tel fut le cas de notre malade de l'obs. II dont les deux sinus malades se prolongeaient latéralement jusqu'aux fosses temporales, et où la guérison radicale ne fut obtenue qu'à une quatrième intervention, après résection totale de la lame intérieure du frontal s'étendant supérieurement jusqu'au tiers supérieur du front et latéralement jusqu'aux fosses temporales. La résection de la table antérieure du frontal doit en effet, de toute évidence, être proportionnée, comme étendue, aux dimensions du sinus, car elle doit donner à l'opérateur toutes facilités pour atteindre avec la curette l'angle de jonction des deux tables. On n'hésitera même pas, dans les formes rebelles, notamment à la suite d'un premier échec, à entamer avec la gouge la table antérieure du frontal au delà des limites du sinus (comme dans l'obs. II) de façon qu'elle se continue, en pente douce, avec la table profonde, et qu'après su-

ture de la plaie, la plus grande partie de la cavité sinusienne disparaisse par application du tégument sur la surface osseuse sous-jacente; cette façon de procéder, que je considère, dans l'espèce, comme la ressource extrême de la chirurgie, me paraît particulièrement indiquée, en cas de sinusite frontale double. En pareil cas, en effet, l'enfoncement post-opératoire du tégument se produisant également des deux côtés, il en résulte une défiguration peu sensible du malade.

J'attache aussi une grande importance à ce que, en cas d'ouverture d'un sinus manifestement atteint d'empyème, pour peu que l'intégrité de l'autre soit suspecte, ce dernier soit inspecté au cours de l'opération. Il suffira pour cela d'étendre la résection de la table antérieure du frontal jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Alors, de deux choses l'une : ou bien la cloison inter-sinusienne fait défaut et l'on voit les fongosités s'étendre de l'un des sinus dans l'autre, ou bien elle est conservée, mais souvent alors, en raison de sa minceur, elle pourra permettre d'apercevoir par transparence (obs. IV) le pus accumulé dans le sinus non ouvert. Je dois avouer d'ailleurs que, de plus en plus frappé de la fréquence de la bilatéralité de l'empyème frontal, j'ai tendance, depuis quelque temps, à substituer dans les cas douteux, à l'incision sourcilière préconisée par moi, à mes débuts, l'incision verticale mediane recommandée par notre collègue américain Mayo-Collier. En matière de curettage, on ne se tiendra pour satisfait qu'après avoir laissé les surfaces osseuses parfaitement lisses, et l'on fera suivre le travail de la curette d'un badigeonnage de toutes les infractuosités du foyer avec de minces tampons montés sur une pince ou sur un stylet et imprégnés d'une solution de chlorure de zinc à 1/5.

On s'attachera enfin à opérer le nettoyage des fongosités qui, presque toujours, encombrent le canal fronto-nasal et son embouchure dans le méat moyen. Cette partie de l'opération sera pratiquée a l'aide d'une assez forte curette qui permettra d'exécuter un véritable ramonage du conduit en question et d'en élargir considérablement le calibre, de telle sorte que, l'opération une fois terminée, et les drains une fois retirés, les sinus restent d'un accès facile par voie nasale et qu'on puisse

facilement (comme dans nos obs. II et IV) en cas de prolongation de la suppuration, y pratiquer par cette voie des lavages et des cautérisations complémentaires.

Obs. I. — *Sinusite frontale, fongueuse, chronique, double. Méconnaissance de la sinusite du côté gauche. Curettage incomplet du sinus droit. Consécutivement, phlegmon de la paupière supérieure droite et réouverture spontanée de la plaie, puis développement d'un abcès du lobe cérébral frontal droit qui est diagnostiqué et ouvert. Mort cinq jours plus tard malgré l'intervention.*

Cette observation est celle de M. de la P..., âgé de 54 ans, qui figure également sous le numéro I dans mon travail sur les complications intra-craniennes des suppurations voisines du crâne. Je me contente donc d'en donner ici le résumé succinct sous forme de titre.

Obs. II — *Sinusite chronique, fongueuse, du sinus frontal droit et du sinus maxillaire du même côté, secondairement étendue au sinus frontal et au sinus maxillaire du côté opposé. Trois interventions successives dont l'une (par la méthode Ogston-Luc) sans résultat radical, faute d'un curettage suffisant Quatrième intervention (par la méthode Ogston-Luc) couronnée de succès à la suite d'un curettage à fond du foyer, facilité par la résection de la totalité de la paroi antérieure des deux sinus frontaux.*

Mme L., 36 ans, a commencé à observer qu'elle mouchait du pus par la narine droite en *décembre* 1894. Attribue le début de son affection à un refroidissement contracté à cette époque ; mais depuis 7 ou 8 ans déjà elle portait un abcès fistuleux au-dessus de la 2e petite molaire droite. Son affection paraît donc avoir été d'origine dentaire. Dès cette époque elle ressentait des douleurs dans la moitié droite du front.

En mai 1895, elle consulta M. Lermoyez, qui pratiqua l'éclairage électrique du front et de la bouche, et constata que, seule, la moitié gauche du visage (moitié gauche du front, œil gauche et paupière gauche) s'illuminait. Notre collègue conclut donc à une sinusite fronto-maxillaire droite. Le 11 mai, il pratique l'ouverture du sinus maxillaire qu'il trouva effectivement rempli de pus.

Le 17 janvier 1896 le docteur Ch. Monod voulut bien, sur sa demande, pratiquer l'ouverture du sinus frontal droit à l'hôpital Saint-Antoine. Il réséqua la plus grande partie de la paroi antérieure du sinus ; mais d'une part, le sinus, qui était rempli de fongosités, se prolongeant jusqu'à la fosse temporale, le curettage ne put être pratiqué à fond dans cette direction ; d'autre part, la cloison inter-sinusienne fut détruite par la curette, et il semble que cela ait été le point de départ de la suppuration ultérieure du sinus gauche, qui était indemme lors de la première intervention.

La plaie fut suturée, sauf à son extrémité inférieure et interne qui fut laissée béante pour recevoir un drain.

Le 17 février, la plaie étant fermée, et la malade, n'éprouvant plus ni douleurs ni suppuration nasale, quitta l'hôpital.

En avril 1896, réapparition des douleurs frontales; la plaie se rouvre à la place antérieurement occupée par le drain, livrant passage à un abondant écoulement de pus.

Le mois suivant, la malade note, en outre, qu'elle mouche du pus, des deux côtés.

Le mois suivant (*juin* 1896) mon ami le docteur Lermoyez, constatant les signes d'une suppuration des deux sinus frontaux, m'invite à aller pratiquer ma méthode sur sa malade et veut bien me servir d'aide pour la circonstance.

Le 11 *juin*, la malade est donc chloroformée, la moitié interne de chaque sourcil est rasée et une incision cruciale est pratiquée à la région fronto-sourcilière, sa partie verticale descendant sur la ligne médiane du front jusque sur le dos du nez, et sa partie horizontale longeant la moitié interne des deux régions sourcilières. La plus grande partie de la paroi antérieure du sinus gauche est réséquée. Je respecte toutefois la portion de cette paroi immédiatement sus-jacente à l'arcade orbitaire, ainsi que sa portion la plus externe, la cavité de ce sinus, comme celle de son congénère, s'étendant jusqu'à la fosse temporale. Je ne trouve que fort peu de pus et de fongosités dans le sinus droit, en revanche le sinus gauche était farci de fongosités. Elles sont soigneusement curettées.

Cautérisations au chlorure de zinc, introduction d'un drain fronto-nasal de chaque côté; réunion immédiate et totale de la plaie, bien qu'il restât un trajet fistuleux, ainsi que nous l'avons dit, au moment de cette seconde intervention.

Sans doute, par suite d'un avivement insuffisant des parties fongueuses de la peau et d'un curettage incomplet de la cavité sinusienne, nous n'obtenons pas la réunion complète espérée : la plaie reste en effet fistuleuse sur la ligne médiane.

Le 18 *septembre*, la plaie étant toujours fistuleuse, constatant, d'autre part, au moyen de l'éclairage électrique, les signes d'une suppuration secondairement développée dans le sinus maxillaire gauche, je me décide, en l'absence du docteur Lermoyez, à une nouvelle intervention portant sur toutes les cavités suspectes.

Les deux sinus maxillaires (le droit était refermé depuis quelques mois) sont ouverts par l'alvéole au moyen du tour électrique : le gauche seul renfermait du pus. Après quoi, une nouvelle incision cruciale est pratiquée à la région frontale, et les parties fongueuses, tant des téguments que de la cavité sinusienne, sont soumises à un nouveau curettage. Cautérisation consécutive avec une solution de chlorure de zinc au 1/5.

Etant donné l'échec de ma tentative précédente et l'infection prolongée des parties molles, je crois devoir cette fois renoncer à toute tentative de réunion immédiate de la plaie, et je me décide à la laisser

complètement ouverte et à tamponner ultérieurement le foyer de telle sorte que la cicatrisation s'opère peu à peu de la périphérie vers le centre.

Les semaines suivantes, la plaie granula activement, présentant une énergique tendance à la réunion secondaire. Au bout de trois semaines, il ne restait plus qu'un petit orifice fistuleux par lequel on pouvait engager un stylet, à droite et à gauche, dans la partie inférieure de chaque sinus, jusqu'au voisinage de la fosse temporale.

A la faveur de la résection de la paroi antérieure du sinus droit, plus complète que celle du côte gauche, les téguments s'appliquèrent bientôt sur sa paroi profonde et il cessa d'être en communication avec la fistule. Mais la persistance de la suppuration dans la fosse nasale droite indiquait qu'il suppurait toujours. Du côté gauche, au contraire, l'état fistuleux de la plaie était maintenu par la conservation de la paroi osseuse antérieure sur une hauteur de plus d'un centimètre au dessus de l'arcade orbitaire. Cet état fistuleux persista malgré tous les moyens employés (drain graduellement raccourci, nettoyages quotidien du foyer au moyen de petits tampons, injections d'eau oxygénée, cautérisations, etc. etc.).

A la fin de décembre l'état de la malade était toujours le même : elle mouchait du pus fétide, des deux côtés, et la région frontale présentant toujours à sa partie médiane et inférieure une communication avec le sinus frontal gauche était en outre le siège d'une vaste cicatrice étoilée extrêmement défigurante. Enfin, de temps en temps, la malade était tourmentée par des crises de violentes douleurs frontales paraissant liées à des phénomènes de rétention purulente.

C'est dans ces conditions que je songeai à une quatrième intervention, dont mon ami le Dr Lermoyez voulut bien, sur ma prière, m'abandonner l'exécution.

Je me proposai, cette fois, d'en finir avec la suppuration sinusienne, en supprimant radicalement la cavité des deux sinus par la résection totale de leur paroi osseuse antérieure, et songeai, du même coup à diminuer la défiguration de la malade en réséquant complètement sa vaste cicatrice cutanée.

Ce plan fut heureusement réalisé, le 6 janvier de cette année, au petit hôpital Saint-Michel, où j'avais fait admettre la malade.

La malade étant chloroformée, les sourcils rasés, et le champ opératoire désinfecté, je commençai par pratiquer deux incisions horizontales se confondant, à droite et à gauche, à la partie moyenne de chaque région sourcilière, mais s'écartant ensuite, pour passer l'une au dessous, l'autre au dessus de la vaste plaque cicatricielle qu'il s'agissait de réséquer. Cette résection fut facilement pratiquée à l'aide d'une pince à dissection et d'un fort bistouri court. Il ne restait plus désormais que du tégument sain. J'adjoignis alors à mes deux premières incisions une troisième, verticale, s'élevant de la partie moyenne de la plaie, sur la ligne médiane du front, jusqu'au voisinage de la naissance des cheveux. J'obtins ainsi deux vastes lambeaux triangulaires qui furent soigneusement libérés de chaque côté avec la rugine. Cela fait, tout ce qui res-

tait de la paroi osseuse des sinus fut retranchée au moyen d'une forte pince coupante. Latéralement, cette résection fut poussée jusqu'aux fosses temporales; inférieurement, elle entama les arcades orbitaires; supérieurement enfin, elle dépassa la jonction des deux parois, de telle sorte que, l'opération terminée, la surface de la table antérieure se continuait en pente douce avec celle de la table postérieure.

Au cours de cette manœuvre, je découvris, chemin faisant, tant à droite qu'à gauche, de petits foyers fongueux, notamment à l'extrême limite supérieure de la cavité sinusienne, qui avaient échappé à la curette, lors des interventions précédentes. Toute la surface osseuse fut cautérisée avec une solution de chlorure de zinc au 1/5, puis saupoudrée d'iodoforme; après quoi, frappé du bon aspect de la plaie qui avait été complètement débarrassée de toutes ses parties fongueuses, je résolus de tenter encore une fois la réunion immédiate.

Cette fois, au lieu des deux drains, j'eus l'idée d'en employer un seul ressortant par chaque narine et à cheval, par sa partie moyenne échancrée latéralement en vue du drainage, sur la base du nez, au niveau de l'insertion primitive de la cloison inter-sinusienne, je procédai alors à la suture de la plaie; mais j'avais dû, pour faire disparaître la cicatrice, retrancher une portion si considérable de peau, qu'il resta, à la partie moyenne, un petit intervalle qui ne put être comblé. Pas de fièvre les jours suivants.

Un premier lavage par les drains fut pratiqué le 9 janvier.

11 *janvier*. — Je lève le pansement et je trouve la plaie réunie partout, sauf au point limité où l'affrontement n'a pu être effectué.

12 *janvier*. — Elévation éphémère de température (39°) consécutivement à une obstruction temporaire du tube.

13 *janvier*. — Défervescence. Les sutures sont enlevées.

Quand on pratique un lavage par un des bouts du tube, le liquide ressort, en partie par l'autre bout, en partie par le point où la plaie n'a pu être réunie.

15 *janvier*. — La malade se plaignant toujours d'écoulement fétide par la narine droite, malgré les lavages pratiqués par le tube, j'en arrive à soupçonner une reproduction de la suppuration du sinus maxillaire de ce côté, bien que je l'aie trouvé sain, lors de mon intervention précédente, Je réussis à rouvrir, avec un perforateur à main, le trajet fistuleux aujourd'hui cicatrisé, provenant de la dernière ouverture du sinus, et je le trouve en effet plein de pus fétide.

Le lendemain, 16 *janvier*, les deux sinus maxillaires sont largement ouverts avec le tour électrique, soigneusement curettés, nettoyés, cautérisés au chlorure de zinc et tamponnés avec de la gaze iodoformée.

Dès lors, la malade n'éprouve plus de signes de suppuration nasale,

25 *janvier*, la malade quitte l'hôpital Saint-Michel, non encore guérie, mais se trouvant dans la nécessité de rentrer chez elle pour s'occuper de son jeune enfant.

1er *février*. La suppuration frontale me paraissant insignifiante, je me décide à enlever le drain.

La petite fistule frontale et une légère suppuration nasale du côté

droit persistèrent pendant les mois de février et de mars. Pendant ces deux mois je vis régulièrement la malade deux ou trois fois par semaine. A chacune de ses visites j'introduisais dans le canal fronto-nasal droit, par voie nasale, un cathéther de trompe d'Eustache et je pratiquais ainsi dans la cavité frontale des injections de solution d'eau boriquée ou oxygénée dont quelques gouttes s'échappaient par le petit trajet fistuleux du front. Je profitai du même moyen pour pratiquer de temps en temps, une cautérisation de foyer avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Au commencement d'avril seulement toute trace de suppuration a disparu et la fistulette frontale paraît s'être définitivement fermée.

Obs. III. — *Un cas de pan-sinusite suppurée fongueuse chronique avec dégénérescence myxomateuse généralisée de la muqueuse nasale. — Ouverture et curettage de la totalité des cavités accessoires des fosses nasales.*

Jules D..., 45 ans, cultivateur.

Depuis plus de quinze ans, signes d'obstruction nasale, avec écoulement purulent par les deux narines. N'a jamais suivi aucun traitement antérieurement.

Le malade vient me consulter, pour la première fois, à mon dispensaire de la rue Malebranche *le 2 octobre* 1896. Je trouve les deux fosses nasales littéralement farcies de polypes muqueux. Il existe en outre un certain degré de surdité et des signes nets d'imperméabilité tubaire double (tympans rétractés, etc.). Le malade n'accuse pas de douleurs mais simplement des vertiges.

En un petit nombre de séances menées avec énergie, les myxomes extrêmement nombreux et volumineux sont complètement extraits, partie avec l'anse froide, partie avec des curettes *ad hoc*.

Consécutivement : amélioration de l'ouïe, cessation des vertiges.

Au commencement de *décembre*, toutes les masses pédiculées ont été extraites, mais la presque totalité de la muqueuse nasale présente un aspect myxomateux caractéristique, notamment au niveau des cornets et des méats moyens, et ces régions se montrent baignées de pus crémeux. Poursuivant le curettage des régions en question avec des curettes simples ou doubles, je constate que, sous la couche myxomateuse, l'os est friable et se laisse facilement entamer.

Plusieurs de ces fragments osseux, examinés obligeamment par M. le Dr Gombault, se montrèrent manifestement atteints d'ostéite (élargissement des canaux de Havers, grossissement et prolifération des ostéoplastes...). Il existait donc de l'ethmoïdite indiscutable. Au surplus, des deux côtés la curette rencontra une vaste bulle ethmoïdale remplie de pus, de fongosités et de nouvelles masses myxomateuses. Ces cavités, ainsi que la totalité des cellules ethmoïdales furent largement ouvertes, curettées et cautérisées avec une solution de chlorure de zinc à 1/10e. Cependant la suppuration nasale continuant,

malgré le curettage ethmoïdal, je suis amené à soupçonner la participation d'autres cavités au processus suppuratif.

Le 12 *décembre*, je pratique l'éclairage électrique buccal et sous-frontal. A l'éclairage buccal, les joues s'illuminent, mais les paupières inférieures et les pupilles oculaires restent sombres. D'autre part la région frontale demeure obscure des deux côtés, la lampe électrique ayant été successivement placée sous chacune des arcades orbitaires.

Je diagnostique donc une sinusite maxillaire double et je soupçonne simplement une sinusite frontale double, me réservant de résoudre cette seconde partie du problème par exclusion, après que les deux sinus maxillaires auront été ouverts et lavés.

Cette opération est pratiquée le lendemain par l'alvéole au moyen de la scie circulaire mue par le tour électrique, après extraction des premières grosses molaires cariées. Par la brèche ainsi faite de chaque côté, qui ne mesure pas moins de 9 millimètres de diamètre, je pratique un curettage énergique des deux sinus et j'en extrais ainsi une énorme quantité de pus caséeux et de masses myxomateuses. Consécutivement, cautérisation au chlorure de zinc et tamponnement avec gaze iodoformée.

A la suite de ces interventions répétées, le malade se montre très déprimé : il accuse des douleurs de tête, des étourdissements et je juge indiqué de lui accorder quelques jours de répit pour lui permettre de se remonter, malgré son désir de regagner le plus promptement possible son village.

Cependant, malgré le nettoyage des sinus maxillaires, la suppuration continue de se montrer dans les méats moyens, et je suis amené à la conclusion, que les sinus frontaux suppurent aussi.

Le 26 *décembre*, ces cavités sont donc attaquées à leur tour. Cette opération est exécutée, après chloroformisation, suivant la méthode Ogston-Luc. Dans ce cas particulier une double incision cruciale est pratiquée à la région fronto-nasale : l'une verticale occupant la ligne médiane du front et descendant sur une longueur d'un centimètre, sur le dos du nez, l'autre perpendiculaire à la précédente, occupant le tiers interne des régions sourcilières préalablement rasées. Après refoulement du périoste et écartement des lambeaux, j'ouvre d'abord le sinus frontal droit avec la gouge et le maillet. Par l'intérieur de ce sinus on voit la cloison inter-sinusienne représentée par une mince membrane distendue et colorée en jaune par le pus qui remplit l'autre sinus. La brèche osseuse est étendue à la paroi antérieure de ce dernier, et finalement j'obtiens une ouverture des deux sinus réunis en un seul ne mesurant pas moins du diamètre d'une pièce de 5 francs. Cette large résection de la paroi osseuse est pratiquée tant avec la pince coupante qu'avec la gouge et le maillet. Je m'assure d'ailleurs au moyen d'une sonde que les limites extrêmes de la cavité sinusienne ne dépassent guère celles de la brèche en question et que le curettage pourra en être pratiqué facilement et radicalement, ce qui est exécuté très minutieusement aussi bien d'un côté que de l'autre. J'apporte en outre un soin tout particulier à débarrasser les deux conduits fronto-nasaux des fongosités qui

les encombrent et à en élargir le plus possible le calibre, par des mouvements de rotation imprimés à leur intérieur à l'aide d'une forte curette. Après quoi : cautérisation du foyer avec solution de chlorure de zinc à 1/5e, insufflation d'iodoforme, installation d'un unique drain fronto-nasal ressortant inférieurement par chaque narine, puis réunion totale de la plaie par première intention et application d'un pansement iodoformé et ouaté compressif qui est laissé en place huit jours pleins.

Pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération, le malade, très affaibli par les chocs opératoires répétés et les pertes de sang, peut à peine se tenir assis sur son lit. Le troisième jour, il commence à s'alimenter et à reprendre des forces. A partir de cette date, des lavages sont pratiqués quotidiennement dans les sinus ouverts. Cette manœuvre est très simplifiée, pour la cavité frontale, par la présence du drain, le liquide injecté par l'une de ses extrémités ressortant facilement par l'autre.

Le 2 *janvier*, huit jours après l'opération, le pansement frontal est levé. Je trouve la plaie complètement réunie et cicatrisée. Les lavages sont répétés de deux en deux jours.

Le 13 *janvier*, le drain est enlevé. Je découvre alors dans la région des méats moyens quelques masses myxomateuses qui ont échappé à mes intervention précédentes, ou se sont reproduites depuis. Curettage complémentaire des méats moyens et tamponnement iodoformé, pour arrêter l'hémorragie.

Le 14 *janvier*, après avoir enlevé mon tamponnement, je vois du pus s'écouler tant à droite qu'à gauche. La cavité frontale (désormais unique) suppurerait donc encore ? Pour résoudre cette question je tente de pratiquer le lavage de la cavité frontale par voie nasale, et je parviens très facilement, tant à droite qu'à gauche, grâce à l'élargissement opératoire des conduits fronto-nasaux, à y faire pénétrer de bas en haut un cathéter pour trompe d'Eustache, dont je sens très nettement le bec buter contre la face profonde de la peau du front. Par ce cathéter je lance dans la cavité frontale une solution boriquée qui ressort claire. Ce n'est donc pas là la source du pus découvert sous le tampon et par exclusion j'en arrive à incriminer les sinus sphénoïdaux.

Effectivement, le lendemain 16 *janvier*, après avoir enlevé les croûtes qui tapissent les cavités nasales, je découvre une nappe de pus coulant le long de la cloison, à sa partie postérieure, et paraissant venir d'une cavité située à environ un centimètre au dessus de l'orifice des choanes, aussi bien à droite qu'à gauche. Je dois ajouter que ces constatations m'étaient extrêmement facilitées par la spaciosité anormale des cavités nasales distendues pendant tant d'années par une énorme formation de myxomes.

Me servant alors d'un long stylet nasal, et faisant buter son extrémité contre la paroi supérieure de la fosse nasale, au dessus de la choane, je note que l'instrument pénètre alors à sept centimètres et demi de profondeur à partir de l'entrée de la narine ; mais si, le portant un peu plus en avant, je le fais pénétrer dans la dépression d'où je vois s'écouler le pus, il s'enfonce à quinze millimètres de plus, mesure qui représente exactement la profondeur du sinus sphénoïdal.

La preuve d'ailleurs que l'instrument est bien engagé dans la cavité du sinus, c'est qu'il est arrêté inférieurement par un obstacle constitué par le bord inférieur de l'orifice naturel. Substituant alors au stylet un long perforateur à main, j'attaque la paroi antérieure du sinus, au dessous de l'orifice en question et j'y pratique facilement une seconde ouverture, puis, à l'aide d'une forte curette, je fais sauter la lame intermédiaire, et réunis ainsi les deux orifices en un seul que j'agrandis dans tous les sens. Je tombe ainsi dans une cavité pleine de pus et de fongosités myxomateuses qui sont curettées avec soin.

Du côté gauche la curette suffit seule pour agrandir l'orifice naturel, et je trouve de même, de ce côté, du pus et des fongosités dont je pratique le nettoyage avec le même soin que précédemment. Ce curettage est complété, des deux côtés, par une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc à 1/10, par une insufflation d'iodoforme, et par un tamponnement avec de la gaze iodoformée qui est laissée en place pendant 24 heures.

Le malade insista pour retourner dans son pays quatre jours plus tard. On ne pouvait à vrai dire le considérer alors comme véritablement guéri, mais son état local avait été singulièrement modifié et amélioré, et le principal résultat obtenu avait été de le mettre à l'abri du danger de la rétention purulente dans toutes ces cavités si voisines de l'endocrâne. Si je dis qu'il n'y avait pas chez lui de guérison radicale, à proprement parler, c'est que la muqueuse nasale, modifiée dans sa totalité et comme infectée par le contact prolongé de puss'écoulant depuis de nombreuses années de toutes les cavités nasales accessoires, avait fini par subir sur toute son étendue une véritable dégénérescence fongueuse et myxomateuse. Malgré le curettage et les cautérisations pratiquées au cours de tant de séances et avec tant d'énergie sur toutes ses parties accessibles, je trouvais sa surface recouverte, du jour au lendemain, de pus concrété sous formes d'énormes croûtes, comme s'il se fût agi d'un cas de rhinite atrophique. En revanche toutes les cavités ethmoïdales avaient été détruites et les sinus frontaux et sphénoïdaux mis largement en communication avec la fosse nasale correspondante.

Dans ces conditions, le malade échappant à mon contrôle et à mes soins, je ne pouvais mieux faire que lui recommander l'emploi journalier de la douche nasale après la lui avoir fait exécuter soigneusement devant moi ; cette manœuvre, exécutée dans des cavités nasales aussi anormalement élargies, ne pouvant guère présenter les inconvénients et les dangers auxquels elle expose les sujets porteurs de fosses nasales étroites et surtout inégalement étroites.

Au commencement de mai, je revois le malade qui s'est décidé à faire le voyage de Paris pour venir se soumettre de nouveau à mon examen et a bien voulu accéder à mon désir de le présenter à la *Société française d'otologie*. Je le retrouve dans l'état suivant, après cet intervalle de trois mois et demi : tout d'abord son état général s'est considérablement amélioré à la suite de la suppression de l'occlusion na-

sale et des sources d'infection multiples dont il souffrait depuis tant d'années. Son teint est excellent, l'œil présente une animation qu'il n'avait pas au moment de son départ, et sa bonne nutrition s'accuse par un accroissement de poids de 8 kilogs.

L'examen des fosses nasales permet de constater l'absence de toute reproduction polypeuse, résultat auquel j'étais loin de m'attendre étant donnée l'extrême diffusion des formations myxomateuses.

La brèche faite à la paroi antérieure des sinus sphénoïdaux est toujours perméable au stylet, bien que rétrécie. Il s'en écoule encore du pus. Les sinus maxillaires sont encore en communication avec la bouche. Une solution boriquée injectée dans ces cavités ressort claire après un intervalle de 24 heures par rapport au lavage précédent.

Le résultat est moins satisfaisant pour ce qui a trait aux sinus frontaux. La suppuration dont ces cavités étaient encore le siège au moment du départ du malade a évidemment diminué, à en juger par la quantité bien moindre de croûtes observées dans les méats moyens; mais elle persiste à un certain degré. D'autre part il s'est produit une infection limitée de la peau du front formant actuellement l'unique paroi du sinus. Je constate en effet, au niveau de la partie la plus déprimée de la cicatrice, sur la ligne médiane, une toute petite fistule qui s'est établie, au dire du malade, trois semaines après son retour dans son pays, à la suite de quelques phénomènes douloureux, mais présente plus de tendance à se rétrécir qu'à s'étendre.

Je parviens facilement, tant à droite qu'à gauche, à introduire un cathéter courbe à travers le canal fronto-nasal, jusque sous le tégument frontal et à injecter dans le foyer une solution boriquée tiède qui ressort, partie par la fosse nasale, partie par la fistule, d'où elle s'échappe en jaillissant, n'entrainant qu'une minime quantité de pus.

A l'eau boriquée je fais succéder une solution de chlorure de zinc à 1/10, en vue de modifier les parois du foyer. C'est ce à quoi je suis forcé de limiter mon intervention, le malade insistant pour quitter très promptement Paris.

Peut-être la formation de la fistule frontale eût-elle été évitée si le malade, au lieu de se soustraire prématurément à mes soins, m'eût permis d'assurer l'évacuation régulière du pus frontal, à l'aide des lavages du foyer rendus si faciles à exécuter par suite de la perméabilité des canaux fronto-nasaux au cathéter.

Il suffirait d'autre part, vraisemblablement, d'une très simple opération complémentaire (résection du territoire très limité de peau infectée et nouvelle réunion des bords avivés de la plaie, après curettage des fongosités très probablement limitées au voisinage des canaux fronto-nasaux) pour obtenir la suppression de la fistule et une guérison, cette fois, complète, ainsi qu'il m'est arrivé pour d'autres malades dont je n'avais pu réaliser du premier coup la cure radicale (1).

(1) Voir l'obs. précédente ainsi que l'observation de Mme R... présentée à la *Brit. otolog. associat.* 1895 et publiée dans *The Journ. of Laryng.* 1895, p. 562.

OBS. IV. — *Sinusite frontale dans le cours d'un sarcome fronto-orbitaire droit. Méconnaissance du prolongement orbitaire, lors de la première intervention par la méthode Ogston-Luc, d'où curettage incomplet du foyer; consécutivement, méningite suppurée enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le nettoyage de la région infectée de la pie-mère. — Ponctions inopportunes du lobe frontal, ayant pour conséquence une encéphalite suppurée serpigineuse de l'hémisphère cérébral droit jusqu'à 13 centimètres de profondeur. — Large ouverture et drainage prolongé du vaste abcès cérébral. — Survie de plus de 4 mois. — A l'autopsie découverte d'un second abcès cérébral indépendant du premier.*

Cette observation est celle de Madame Cout..., âgée de 33 ans, dont la première partie ayant trait au traitement chirurgical de la méningite a été présentée en mon nom par le professeur Berger au mois de mars dernier à l'Académie de Médecine.

On la trouvera publiée *in extenso* dans mon travail sur *les complications intra-craniennes des suppurations voisines du crâne*. J'en donne donc simplement ici le résumé succinct, sous forme de titre.

OBS. V. — *Empyème fongueux, chronique, du sinus maxillaire droit suivi d'empyème fongueux des deux sinus frontaux, le sinus maxillaire gauche demeurant indemme. — Deux ouvertures du sinus maxillaire droit par la fosse canine, à 4 ans d'intervalle, la seconde fois, par la nouvelle méthode de Luc, malgré une fistule canine datant de la première intervention. Dans la même séance que la seconde ouverture maxillaire, ouverture des deux sinus frontaux par la méthode Ogston-Luc. Réunion immédiate de la plaie. Suppression rapide de la suppuration.*

Cette observation n'est autre que celle de M. F..., âgé de 31 ans, publiée *in-extenso* dans mon travail intitulé : *Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire*. Je me contente donc d'en donner ici le résumé sous forme de titre.

III

HYPERTROPHIE CHRONIQUE

DE

L'AMYGDALE LINGUALE

Revue de Clinique et de Physiologie Pathologique

Par le Dr **G. DIDSBURY**.

L'amygdale linguale ou quatrième amygdale a attiré depuis quelques années déjà l'attention des médecins. Les travaux les plus importants dont elle a été l'objet portent surtout sur les inflammations aiguës aboutissant quelquefois à la formation d'abcès. RUAULT [1], SALLARD [2], MOUNIER [3], BAR [4], R. BEAUSOLEIL [5], l'ont étudiée à ce point de vue.

MARION [6], inspiré par LERMOYEZ, dont il publie une observation dans son travail, étudie les affections aiguës de l'amygdale linguale, affections qui s'accompagnent de douleurs à la déglutition, et de dyspnée lorsqu'il y a refoulement de la glotte. Ces cas aboutissent à la résolution en quelques jours ou bien à l'évacuation spontanée d'une certaine quantité de pus.

Bien différent est le but que nous nous sommes proposé : il ne s'agit plus d'accidents aigus avec rougeur et inflammation du pharynx : dyspnée, dysphagie, etc. ; nous voudrions dans ce travail étudier l'hypertrophie chronique de l'amygdale linguale en utilisant les travaux des auteurs français et étran-

1. RUAULT. Traité de Médecine Charcot-Bouchard.
2. SALLARD. Amygdalites aiguës, Paris, 1892.
3. MOUNIER. Deux cas d'abcès aigus de l'amygdale linguale (*Société française de laryngologie* 1894).
4. BAR (de Nice). Inflammations de l'amygdale linguale (*Société Française*, 1897).
5. R. BEAUSOLEIL. Inflammation aiguë de l'amygdale linguale (*Revue de Laryngologie* 1895).
6. MARION. Les maladies de l'amygdale linguale et spécialement de l'amygdalite linguale aiguë (*Thèse de Paris*, 1894).

gers de ces dernières années et en y ajoutant quelques observations personnelles.

Le nom d'amygdale désignant les follicules clos étalés sur la partie verticale de la langue rappelle qu'il s'agit d'organes à texture lymphatique. Ce terme, impropre au point de vue étymologique, mais consacré par l'usage, ne désigne pas ces follicules d'après leur forme et leur volume normal, comme leurs congénères du pharynx (ἀμυγδαλῆ, *amande*).

La seule partie de la muqueuse linguale qui soit ainsi munie d'organes lymphatiques est la partie verticale; et les autres différences qui séparent cette portion verticale, ou base de la langue de la partie horizontale ou buccale de cet organe sont tellement nettes, qu'elles méritent que nous nous y arrêtions un instant.

Dans cette portion de la langue qui nous occupe, tout diffère des deux autres tiers de cet organe: développement, direction, rapports, structure, innervation, et en étudiant ces différents points nous espérons rendre plus intéressante l'étude clinique qui va suivre.

Le développement est différent pour la partie de la langue située en avant du V et la partie située en arrière du V. En effet la masse commune des 2e et 3e arcs branchiaux représente la racine de la langue et le tubercule lingual répond au corps de cet organe. La ligne de jonction se trouve un peu en arrière du V. On peut résumer d'après His le développement de la langue comme il suit: chez un embryon de 3 millimètres, il existe une éminence arrondie, le tubercule lingual, au niveau des 1er et 2e arcs, qui occupe le sommet de l'aire triangulaire à base inférieure limités par les arcs branchiaux non encore fusionnés sur la ligne médiane. Au dessous du tubercule lingual (au niveau des 2e et 4e arcs) existe une saillie en fer à cheval (furcula), un bourrelet limitant une dépression qui sera l'ouverture supérieure du pharynx.

Sur un embryon de 7 millimètres les deux bourgeons sous-maxillaires du premier arc branchial se sont rejoints en avant du tubercule lingual pour constituer la mâchoire inférieure ; de même les 2e et 3e arcs se sont fusionnés sur la ligne médiane en une sorte de barre transversale qui ne sera autre lors du développement complet que la base ou portion verticale de la

langue. Ce développement de la langue comporte beaucoup d'autres points intéressants concernant : le canal glosso-thyroïdien, le rudiment médian de la thyroïde, le foramen cæcum, etc., et ces différents points éclairent la pathogénie de certains kystes congénitaux de la région ; mais nous limitons volontairement notre étude à l'hypertrophie des follicules clos de la base de la langue et aux symptômes qu'elle provoque.

Les anomalies de développement peuvent frapper cette région verticale de la langue et laisser l'autre indemne ; nous en voulons pour preuve une observation citée par WINGRAVE [1] dans laquelle un enfant mourut peu après sa naissance d'une tumeur obstruant la glotte, résultat d'une énorme hypertrophie de la base de la langue, la partie antérieure de la langue étant normale.

Chez l'adulte la portion verticale de la langue est limitée en haut et au milieu par le foramen cæcum qui n'est autre que l'orifice supérieur du canal glosso-thyroïdien et qui reste parfois perméable pendant quelques millimètres, sur les côtés il n'y a ordinairement aucune ligne de démarcation, toutefois chez quelques sujets nous avons vu un sillon faiblement marqué dirigé très obliquement du sommet du V vers les bords de la langue et que nous avons pensé être la trace de l'union des deux parties embryonnaires de cet organe. Ce sillon est appelé le sulcus terminalis par quelques auteurs.

L'extrémité la plus inférieure de la base de la langue avoisine les petites cornes de l'os hyoïde, mais la véritable limite inférieure intéressante pour le clinicien est constituée par les replis épiglottiques médians et latéraux.

Si l'on regarde la figure que nous reproduisons ici, faite sur sujet congelé, empruntée à Cruveilher (Cruveilher et M. Sée, *Anatomie Descriptive*) on voit que la base de la langue surplombe l'orifice du larynx, lorsque la bouche est fermée. L'épiglotte lui est parallèle, séparée par un petit intervalle et s'inclinant sur le larynx. On se rend facilement compte que si l'on tire la langue en avant on écarte au maximum la base de la langue de l'épiglotte et si dans cette attitude l'épiglotte est accolée contre la langue on peut présumer que dans l'attitude

1. WINGRAVE (V. H. Wyatt). *Journal of Laryngology, Rhinology, and Otology*, 1892. New-York. Philadelphie.

normale, c'est-à-dire la bouche étant fermée, le contact de ces deux organes sera encore beaucoup plus intime.

Cette figure permet en outre de constater à quel point l'orifice buccal est peu un orifice respiratoire, en raison du circuit que l'air inspiré par la bouche doit faire pour pénétrer dans le larynx, tandis que celui-ci se trouve presque placé sous

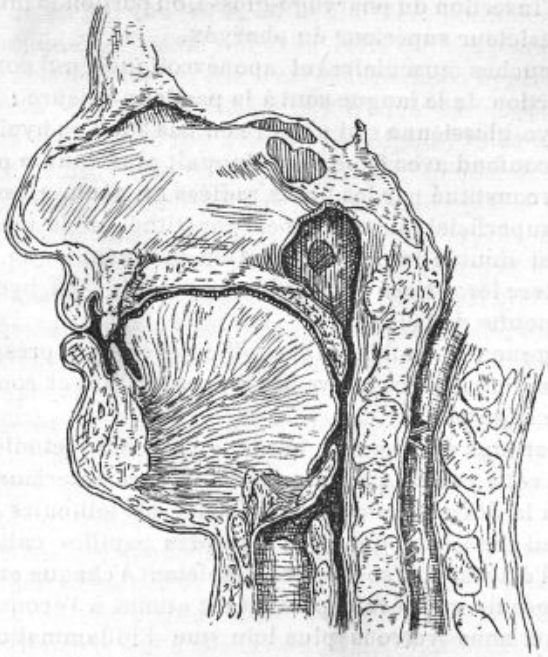


Fig. 1. — (Empruntée à Cruveilhier et M. Sée. *Traité d'Anatomie descriptive*. t, II, p. 94. Cette figure montre les rapports de la base de la langue avec l'épiglotte, et l'orifice du larynx qui se trouve surplombé par la langue. *La coupe a été faite sur un cadavre congelé*.

l'orifice postérieur des fosses nasales. Cette simple considération anatomique mérite, croyons-nous, de prendre place parmi les raisons qui font de l'orifice nasal, l'orifice respiratoire par excellence, ainsi que le démontrent les expériences de MENDEL dans son dernier travail [1].

Lorsque la base de la langue présente des saillies mamelonnées par l'hypertrophie de ses follicules clos, l'épiglotte

1. MENDEL. Physiologie et Pathologie de la Respiration nasale. Paris, 1897.

vient alors butter contre la base de la langue et provoque ainsi un certain nombre de phénomènes que nous étudierons à la partie clinique de ce travail.

Latéralement et à la partie supérieure, la portion verticale de la langue est limitée par l'insertion du pilier antérieur contenant dans son épaisseur le muscle glosso-staphylin et plus bas par l'insertion du pharyngo-glosse, ou portion la plus élevée du constricteur supérieur du pharynx.

Les couches musculaires et aponévrotiques qui constituent cette portion de la langue sont à la partie inférieure : la membrane hyo-glossienne qui s'insère en bas sur l'os hyoïde et en haut se confond avec le septum lingual; plus haut le plan profond est constitué par les fibres radiées du génio-glosse; enfin le plan superficiel musculaire est constitué par le muscle lingual qui double immédiatement la muqueuse, et dont on peut suivre les fibres longitudinales depuis l'os hyoïde jusqu'à la pointe de la langue.

La muqueuse, en dehors des follicules clos, ne présente rien de particulier ; elle conserve (Frey) ses papilles et son épithélium pavimenteux.

Elle est plus épaisse aux bords qu'au centre et elle est plus mince à cette région que dans les deux tiers antérieurs.

Ce qui la différencie c'est la présence des follicules lymphatiques qui l'infiltrent depuis la ligne des papilles caliciformes jusqu'à l'épiglotte, et souvent en empiétant à chaque extrémité.

L'apogée de son développement est atteint à l'époque de la puberté et nous verrons plus loin que l'inflammation chronique de ces follicules peut attirer à cette période l'attention des cliniciens.

D'après Frey, leur structure est la suivante : « Les follicules clos de la langue se groupent autour de petites cavités infundibuliformes d'une profondeur pouvant atteindre 3 à 5 millimètres. La muqueuse linguale plonge dans ces dépressions pour les tapisser. On trouve ces dernières doublées de tissu conjonctif réticulé qui loge de nombreuses cellules lymphathiques et présente çà et là de petits follicules; ceux-ci peuvent manquer complètement. »

Une capsule enveloppe en général l'ensemble du système. La région est riche en glandes en grappes dont les canaux

excréteurs s'ouvrent tantôt dans les cavités folliculaires même, tantôt autour de leurs orifices.

Nous considérons l'amygdale linguale comme faisant partie normalement de l'anneau lymphoïde de Waldeyer et non pas comme une anomalie pathologique de ce même anneau, résultat d'inflammations répétées qui affectent ces follicules, selon l'opinion de M. Bar (de Nice). Il existe bien, normalement, (à notre sens) une amygdale linguale, mais qui est plane et distante de l'épiglotte lorsqu'elle n'est pas atteinte d'hypertrophie.

Wingrave et Dundas Grant ont trouvé des dépressions munies de cils, lorsqu'il y avait hypertrophie de l'amygdale; tous deux y voient une conséquence d'une inclusion fœtale : les cryptes ciliées n'existant pas dans les amygdales pharyngées (Wingrave). Dans un cas, Dundas Grant ayant examiné l'amygdale hypertrophiée d'un sujet âgé de trente et un ans, y constata des cryptes bordées par des cellules cylindriques ciliées, évidemment trace d'une inclusion fœtale, car il est extrêmement rare de trouver des cryptes ciliées si tard dans la vie, d'après cet auteur.

Les artères de cette région viennent de la dorsale de la langue, importante collatérale qui se détache à angle droit de l'artère linguale qui à ce niveau chemine horizontalement au-dessus de l'os hyoïde.

Les veines correspondantes constituent six à huit troncs flexueux parallèles qui se rendent à la jugulaire interne. Ces veines peuvent être dilatées et être le siège de véritables varices.

D'après Sappey, qui a découvert en 1847 l'existence des vaisseaux lymphatiques de la langue, les papilles du V semblent limiter les réseaux anastomotiques de ces vaisseaux, en arrière. Ces papilles elles-mêmes sont richement entourées, mais ces lymphatiques se résolvent en un petit nombres de troncs qui descendent sur la ligne médiane jusqu'à l'épiglotte, s'y anastomosent avec des troncs qui ont suivi les bords de la langue, pour se rendre définitivement à deux ganglions, situés au devant de la jugulaire interne sur les côtés du cricoïde.

Les nerfs viennent de quatre sources : du facial, du glosso-pharyngien, du pneumo gastrique par l'intermédiaire du laryngé supérieur, et de l'hypoglosse pour les vaso-moteurs, d'après Vulpian.

Le facial n'abandonne à la langue qu'un petit filet qui se rend à la muscularis mucosæ : il a été appelé par Hirschfeld rameau lingual du facial. Ce rameau est la terminaison du rameau des muscles stylo-glosse et glosso-staphylin, il aborde la langue avec le pilier antérieur. Il reçoit un ou deux ramuscules du glosso-pharyngien pendant son trajet.

Il s'anastomose dans la langue avec les branches terminales du glosso-pharyngien.

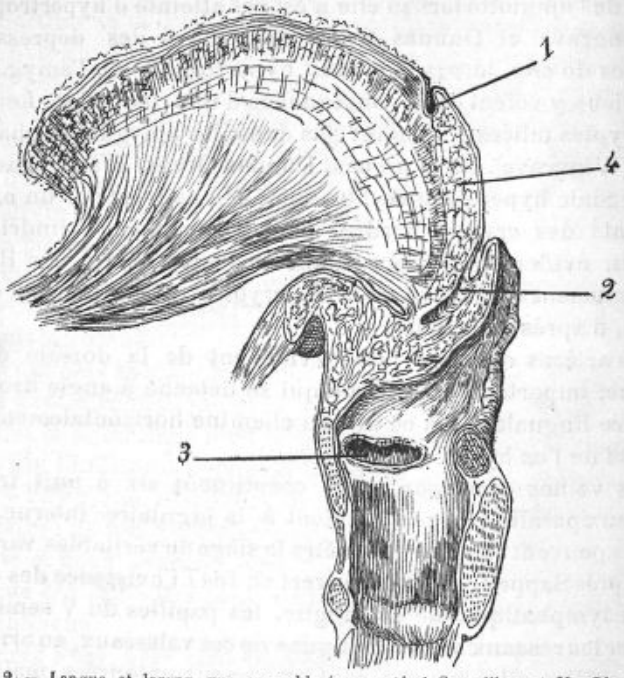


Fig. 2. — Langue et larynx vus ensemble (empruntée à Cruveilher et M. Sée. *Traité d'Anatomie descriptive*, tome II, p. 51.

Légende : 1. Foramen cæcum. — 2. Ligament glosso-épiglottique médian. — 3. Ventricule du larynx. — 4. Couche glanduleuse de la base de la langue.

Le glosso-pharyngien est de beaucoup le plus gros tronc qui aborde la base de la langue. Il atteint la langue par le bord de sa région verticale et se dirige obliquement en abandonnant de très nombreux rameaux aux papilles, vers le foramen cæcum au niveau duquel il s'anastomose avec le nerf correspondant du côté opposé, en formant un petit plexus, le plexus circulaire de Valentin.

Tout à fait à la partie inférieure de la région de la langue qui nous occupe, le laryngé supérieur envoie deux rameaux de chaque côté qui se subdivisent et peuvent être suivis de bas en haut jusqu'au foramen cæcum.

Ces filets sont extrêmement ténus et nécessitent, pour être vus sur les pièces, des macérations spéciales.

L'épiglotte reçoit de même que la base de la langue, plusieurs filets du laryngé supérieur. Sappey mentionne seulement des filets que l'épiglotte reçoit sur ses faces antérieure et postérieure. Cruveilher décrit de plus un filet que nous avons recherché et facilement trouvé sur plusieurs pièces, et qui monte le long du bord libre de l'épiglotte pour se terminer à son sommet.

Le nerf de sensibilité du larynx envoie donc des branches assez importantes à la base de la langue et à l'épiglotte et justement à une partie de l'épiglotte (ses bords et sa pointe) qui est très facilement irritée lors de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, comme nous l'avons dit plus haut : nous verrons ultérieurement les déductions qu'on peut en tirer.

Les premières recherches sur l'hypertrophie de l'amygdale linguale sont dues à Swain[1]. Cet auteur signale cette hypertrophie à l'époque de la puberté. Il constate qu'elle atteint au double du volume normal et que les follicules eux-mêmes deviennent considérablement plus larges. Rice et Curtis[2] signalent : le premier, les accès de toux spasmodiques, et le second l'influence sur la voix, ces deux phénomènes étant causés par l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de l'hypertrophie de l'amydale linguale nous signalerons : Gleitsman[3], Ruault[4], Schaede de Kœnisberg[5], Wyatt Wingrave[6], Scheppegrell[7],

1. Cité par Gleitsman. *Medical Record*, 1887.
2. Cité par Gleitsman (même article).
3. Gleistman. *Medical Record*, 1887.
4. Ruault. *Revue de Laryngologie*, 1888—1889.
5. Schoede. Hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement. *Berliner Klin. Woch.*, 1891, nº 13.
6. V. H. Wyatt Wingrave. Points concernant l'amygdale linguale au sujet d'une nomenclature régionale de la langue, in *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology*. New-York, 1892.
7. Scheppegrel. W. Hypertrophie de l'amygdale linguale, *Méd. Mens.* 1892.

ROBERTSON [1], BOULANGIER [2], HAMILTON [3], CHAUVEAU [4], RAY D. [5], STEINFELD [6], CLARK [7] (de Philadelphie), LENNOX BROWNE [8], AYMÉ [9].

La fréquence relative chez les deux sexes a été étudiée par Scheppegrell qui a examiné quinze cas concernant cinq hommes et dix femmes ; quant à l'âge, c'était entre dix-neuf et trente ans que les cas étaient le plus fréquents, et rares de quarante à cinquante ans. Hamilton trouve rarement l'hypertrophie dans l'enfance, mais plus communément chez l'adulte ; le plus jeune de ses malades était âgé de dix-neuf ans et 50 pour 100 des autres malades avaient de dix-neuf à trente ans, un très petit nombre au dessous de cinquante ans, un seul soixante-douze ans.

Quant au sexe c'est également chez la femme que les cas sont le plus nombreux, sur vingt cas on note les deux tiers de femmes et souvent la maladie est liée à des troubles de la menstruation. Les symptômes augmentent à l'époque de la ménopause et quand il existe des varices on voit fréquement des hémorragies.

Les causes de l'hypertrophie de l'amygdale linguale sont mal connues. Lennox Browne et Hamilton y voient l'influence de la diathèse rhumatismale. Pour Curtis, l'abus de la voix mal employée aurait une certaine influence. Pour les cas que nous avons observés nous n'avons trouvé aucune espèce de causes. Les amygdales pharyngées n'étaient nullement hypertrophiées. Scheppegrell a rapporté quelques cas où l'hypertrophie de l'amygdale linguale était associée à celle des amygdales

1. ROBERTSON. *Journal of laryngology*. New-York, 1893.
2. BOULANGIER. Trois exemples cliniques d'affection de l'amygdale linguale. *Presse Med. Belge*, 1893.
3. HAMILTON (Adélaïde). *Journal of Laryngology*. 1893.
4. CHAUVEAU. *Journal des praticiens*, 1894.
5. RAY-D. Hypertrophie des follicules lymphatiques chez les chanteurs. *Med-News*, 1895.
6. STEINFELD (München). Hyperplasie de l'amygdale linguale. *Aerzte Rundschau*, 1895 (Revue).
7. CLARK. Hypertrophie de l'amygdale linguale, avec sept observations. *The Philadelphia Policlinic*, 1896.
8. LENNOX BROWNE. L'amygdale linguale. *The Medical Magazine*, 1896.
9. AYMÉ. *Thèse de Paris*, 1895.

palatines, à des pharyngites, à des rhinites, etc. Il note ces coïncidences sans leur donner une valeur étiologique.

Le tableau symptomatique est bien connu depuis quelques années, ce fut Curtis qui le premier attira l'attention des cliniciens sur les troubles de la voix.

Gleitsman[1] résume ainsi le tableau symptomatique, et si l'on excepte des cas rares comme celui qui fait l'objet de l'observation de Chauveau que nous résumerons, il n'y a rien à ajouter à ce tableau :

1° Sensation de corps étranger ou d'une compression dans la gorge;

2° Interruptions dans la parole ou dans le chant;

3° Douleur correspondant à l'inflammation subaiguë de l'amygdale;

4° Douleur irradiée;

5° Toux;

6° Attaque d'asthme.

Ce n'est pas, à notre avis, la sensation de corps étrangers (miette de pain, arête de poisson, fil collé en travers de la gorge) qui est le symptôme sur lequel il faille le plus insister, pas plus que sur les troubles de la déglutition, qui sont rarement notés d'ailleurs, et qui appartiennent surtout aux cas aigus, mais bien sur les attaques convulsives de toux, comparables plus ou moins d'après quelques auteurs à des attaques d'asthme, ainsi que sur les troubles de la voix parlée et surtout chantée.

Dans toutes les observations que nous avons lues, aucun auteur, sauf Hamilton, n'a signalé l'obstacle aux mouvements de l'épiglotte causé par l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Non-seulement l'épiglotte vient butter sur la base de la langue, ce qui est une cause d'irritation permanente pour les deux organes, mais encore, l'épiglotte gênée dans son mouvement d'élévation empêche le larynx d'émettre des sons élevés.

Hamilton voit même une importante partie de l'étiologie dans ces contacts anormaux de l'épiglotte et de la base de la langue. Il dit que c'est l'épiglotte qui commence à irriter la base de la langue en provoquant la toux et que celle-ci réagit en irri-

1. *Medical Record*, 1887.

tant la langue: d'ou constitution d'un « cercle vicieux ».

Sans partager cette manière de voir, il faut cependant attribuer une juste valeur aux malformations congénitales de l'épiglotte, comme l'a fait remarquer le même auteur. Dans ces malformations l'épiglotte avoisinerait la base de la langue et il n'y aurait aucun symptôme pénible, tant que la partie déformée ne viendrait pas au contact de la langue, mais quand ce contact existe, par suite du frottement, l'épaississement de l'épiglotte augmente par l'inflammation chronique et « un autre cercle vicieux est constitué » (Hamilton). Aussi les chanteurs se plaignent-ils de ne pouvoir émettre des sons aigus, ce qui s'explique facilement, le larynx ayant de la peine à s'élever : de plus, quelques auteurs ont remarqué que c'étaient surtout les ténors et les sopranos qui étaient atteints parmi les chanteurs, à cause de l'importance de leur registre aigu.

Les accès de toux convulsive sont signalés parmi les signes les plus fréquents de cette maladie chez les jeunes gens; cette toux attira l'attention d'ANDREW CLARKE [1] qui l'appela « toux aboyante de la puberté ». On sait en effet que c'est au moment de la puberté que s'observe l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Hamilton attribue à cette cause la « maladie du clergyman » désignant ainsi les troubles chez les professionnels de la voix parlée. Pour expliquer cette sensation spéciale que les malades éprouvent, Lennox Browne se sert de l'expression « ténesme pharyngé » et l'applique aux cas dans lesquels il y a une sensation de raideur et de plénitude accompagnée d'une perpétuelle envie d'avaler un corps étranger imaginaire, produisant plus ou moins de toux et de douleur. « Il y a peu de temps encore, écrivait Hamilton, en 1893, tous ces symptômes (ceux que nous venons d'enumérer) étaient mis sur le compte de l'hystérie (globe hystérique) tandis que la cause passait inaperçue ».

D'après Hamilton les symptômes de cette catégorie aboutiraient aux peurs morbides et à l'hypocondrie, tandis qu'un traitement approprié les ferait disparaître.

Jusqu'à présent les auteurs ont été muets sur la durée de cette affection. Ceux qui signalent depuis combien de temps les malades se plaignaient, notent, en général, quelques mois.

1. ANDREW CLARKE. *British Med. Journal*, dec. 1892.

Il faut dire que tout dépend de l'intensité des symptômes, et de la catégorie de malades où ils s'observent. Les chanteurs consultent le médecin de bonne heure, mais un certain nombre d'autres malades sont gênés seulement par de la toux qu'on met, dans leur entourage, sur le compte d'une mauvaise habitude.

La durée est donc subordonnée aux soins plus ou moins tardifs réclamés par le malade.

Une des rares complications que nous ayions vues signalées a été l'œsophagisme (Joal, Hamilton).

On peut citer également comme autre complication, ou comme signe rare, l'hémorragie venant des veines de l'amygdale linguale hypertrophiée. Joal (*Société Française de Laryngologie*, 1893) a rapporté trois cas dans lesquels du sang venait de petites ulcérations et de ruptures vasculaires situées sur l'amygdale linguale. Dans ces trois cas, qui avaient été pris pour de la tuberculose pulmonaire au début, les veines de la base de la langue n'étaient pas dilatées.

Moure a signalé également (*Soc. Française de Laryngologie* (1893) des crachements de sang venant de varices de la langue.

On peut prouver que c'est bien la base de la langue qui est la cause des phénomènes observés, en touchant la partie malade avec un stylet, ce contact réveille la sensation de corps étranger et quelquefois un accès de toux. L'application de cocaïne en détruisant la sensation de contact vient confirmer le diagnostic par la contre-épreuve.

Pour nous, le gros signe qui explique une partie des symptômes précédemment énumérés, est le contact, le frottement de l'épiglotte sur la base de la langue hypertrophiée.

Les causes d'erreur sont très peu nombreuses. Les kystes de la base de la langue sont d'abord rares, et ensuite ils sont d'origine congénitale le plus généralement.

Warren Collins, de Boston [1], a signalé une glande thyroïde accessoire à la base de la langue chez une femme de 52 ans qui en souffrait depuis trente ans. Nous avons à citer comme type de diagnostic difficile, le cas d'épithélioma de la base de la langue rapporté par Jonathan Wright (Brooklyn) dans

1. Warren Collins. *Journal de Laryngologie*. Philadelphie, 1895.

lequel on voyait deux saillies dures et fermes de chaque côté de la base de la langue. Le diagnostic resta en suspens jusqu'à l'ulcération de la tumeur, c'est-à-dire pendant plusieurs mois.

La syphilis de l'amygdale linguale a été l'objet d'une étude de SEIFFERT, de Wurzbourg [1]. Cet auteur n'a pas observé de syphilis primitive de l'amygdale linguale, mais en revanche les manifestations secondaires ne sont pas rares : il a fréquemment vu l'amygdale linguale rouge, tuméfiée et recouverte de plaques muqueuses.

Le pronostic de l'hypertrophie de l'amygdale linguale est extrêmement bénin et son diagnostic ordinairement facile : il suffit de porter le miroir dans le fond de la bouche pour la reconnaître. Le traitement consiste en cautérisations avec le galvano-cautère, d'où production de larges escarres, dont l'élimination amène le retrait de la tuméfaction d'une façon rapide. Il importe de ne pas brûler l'épiglotte et on ne risque aucun accident en se servant d'un cautère coudé que l'on introduit froid en suivant la courbure de la langue, puis en l'attirant légèrement à soi on l'écarte de l'épiglotte au moment où on fait passer le courant. La douleur ressentie est très minime après la cocaïnisation, aussi est-il préférable, à notre avis, de se servir de cautères plats à grande surface pour pouvoir agir plus rapidement.

Quelques auteurs, et notamment CLARK, de Philadelphie [2], préconisent l'emploi de caustiques chimiques, tels que la glycérine iodée, l'acide chromique, etc. Le galvano-cautère présente des avantages tels, qu'il est inutile d'insister sur sa supériorité, tant au point de vue de la sécurité que de la rapidité des effets obtenus.

Nous ne pensons pas que la maladie abandonnée à elle-même puisse rétrocéder spontanément; aussi faut-il considérer comme absolument exceptionnel le cas relaté par BRONNER [3] dans lequel il y eut « expulsion spontanée » en trois jours d'une tumeur grosse comme une noix située dans le côté droit

1. *Münchener Med. Woch.* 1893.
2. CLARK. Hypertrophie de l'amygdale linguale, avec sept observations. *The Philadelphia Polyclinic*, 1896.
3. BRONNER. Myxôme hémorragique de l'amygdale linguale. *Société Laryngologique de Londres*, 1896.

de l'amygdale linguale et qui occasionnait depuis huit jours de la dysphagie et des crachements de sang. Il faut ajouter qu'il ne s'agissait pas là d'une simple hypertrophie du tissu lymphoïde, mais d'une variété de fibrôme (Pegler).

Nous avons dit que nous voyions dans l'irritation du laryngé supérieur par ses branches terminales (langue et épiglotte) une explication des symptômes violents consistant en attaques de toux, d'asthme, etc...

Ces phénomènes peuvent même aller jusqu'à provoquer des crises syncopales, comme le prouve une intéressante observation de CHAUVEAU [1] dont nous donnons le résumé :

Madame X. . était sujette à des accidents nerveux graves qui ressemblaient à une attaque d'épilepsie. Le Dr Potain, consulté, avait rejeté cette opinion et pensait que ces crises se rattachaient plutôt à l'hystérie. Voici comment se passaient les choses : brusquememt, sensation de strangulation, suivie immédiatement de sensation de défaillance et de perte de connaissance. Parfois l'accès débutait par un chatouillement à la gorge plus accentué du côté gauche, puis survenait une toux convulsive, de l'angoisse et une syncope. Ces phénomènes étaient tellement brusques que la malade tombait (une fois dans le feu) sans accidents convulsifs. Comme c'était fréquemment au commencement d'un repas que se manifestait l'attaque, l'idée vint de regarder la base de la langue où l'on constata l'existence d'une tuméfaction de l'amygdale linguale, irrégulière, paraissant former des îlots et manquant par places ; la région était vascularisée et colorée.

La malade ne se plaignait pas de la gorge ; elle ressentait fréquemment des chatouillements, des cuissons; parfois une sensation de corps étranger à demeure, la voix était voilée par instants.

Respirations nasales faciles, larynx et épiglotte normaux ; pharynx granuleux..... Cavités nasales et naso-pharyngiennes, rien à noter.

Les parties hypertrophiées de la tonsille furent détruites au thermocautère en deux séances : au bout de la première, cessation complète, absolue, des troubles précédents.

L'auteur a eu des nouvelles de sa malade les mois qui suivirent et eut la confirmation que les crises syncopales avaient complètement disparu.

Nous avons cité cette observation parce qu'elle met en évidence l'origine réflexe de ces accidents, réflexe dont le siège est au niveau de l'amygdale linguale ou de l'épiglotte. Le peu de temps qu'il a fallu pour faire disparaître les accidents vient encore prouver l'origine nerveuse de l'affection.

1. CHAUVEAU. Crises syncopales dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Journal des Praticiens*, 1894.

Le chemin suivi par le réflexe est le laryngé supérieur dont le rameau lingual était irrité par la présence de l'hypertrophie tonsillaire et il nous paraît hors de doute qu'il en soit ainsi pour les autres symptômes trouvés dans les observations, comme la toux, les attaques d'asthme, etc...

Les expériences de Laborde faites à l'occasion des tractions rythmées de la langue viennent confirmer, à notre sens, cette manière de voir. On sait qu'après un certain temps de tractions rythmées sur un animal qui a été soumis à la submersion, les premières inspirations sont précédées d'un hoquet, c'est-à dire d'une convulsion diaphragmatique.

La traction de la langue suffit pour exciter le laryngé supérieur dont les noyaux bulbaires transmettent l'excitation au nerf phrénique qui constitue la voie motrice du réflexe; le laryngé inférieur ayant constitué la voie sensitive. (Laborde.) Laborde prouve qu'il en est bien ainsi, en sectionnant les deux laryngés supérieurs. On observe d'abord des variations dans les mouvements respiratoires qui deviennent de 25 à 30 par minute au lieu de 16 à 18. Après avoir soumis l'animal à la submersion (jusqu'à la cessation complète des mouvements du cœur et la disparition du réflexe pupillaire) les tractions de la langue ne réussissent plus à ramener le hoquet inspirateur ; il faut continuer pendant un temps double de celui qui est nécessaire d'habitude, pour que le réflexe s'effectue par la voie du glosso-pharyngien, qui est resté intact. Le laryngé supérieur a donc un rôle prépondérant dans l'élément sensitif. De même en poursuivant la démonstration, en coupant le phrénique chez un chien, on n'obtient plus ensuite, après la submersion, le hoquet inspirateur par les tractions de la langue.

On voit donc combien est net le rôle que joue cette portion de la langue comme centre de réflexes et l'on conçoit de quelle importance elle est pour le laryngologiste.

En effet par la toux réflexe elle réagit sur le larynx en déterminant les troubles vocaux que nous avons énumérés : enrouement, difficulté d'émission, etc., par la sécrétion exagérée de ses glandes, du « hemmage » se produit par suite des tentatives d'expulsion de ces mucosités qui tombent dans le larynx situé immédiatement au-dessous. Dans les cas que nous avons observés le larynx était absolument indemne

de toute lésion, et c'était cependant pour des manifestations absolument laryngées que les malades étaient venus consulter.

Nous avons été frappés du retentissement sur le larynx causé par les affections chroniques de la base de la langue: aussi nous paraît-il logique de consacrer à cette portion verticale de la langue la qualification de *portion laryngée*. Si l'on se rappelle à quel point les deux portions de la langue, la portion buccale et la portion laryngée, ont une physiologie et une structure différentes, que le développement de cette dernière partie se fait en même temps et aux dépens des mêmes éléments embryonnaires que l'orifice supérieur du larynx et que la pathologie de cette région retentit bruyamment sur cet organe, on comprendra que nous proposions ce qualificatif.

Nous en voyons l'emploi dans le langage clinique comme étant une simplification et une abréviation, en laissant au langage anatomique l'expression classique de base ou de portion verticale de la langue.

C'est dans ce sens que nous nous servons de cette expression dans les deux observations que nous mettons à la fin de ce travail.

Observation I

M. L. R..., âgé de 41 ans, employé de banque, se présente à mon examen au mois de *septembre* 1896. Il se plaint d'une toux opiniâtre qui a débuté en 1893 par des phénomènes aigus de bronchite. Il fut alité pendant huit jours et resta à la chambre un temps égal. A la suite d'un traitement (tisanes, révulsifs, cataplasmes) il y eut une légère amélioration de la toux, mais la voix chantée était absolument couverte à tel point qu'il cessa complètement tout exercice vocal. Pendant deux ans, les choses restèrent ainsi : alternatives de toux et de repos et chant toujours impossible, surtout la voix de tête était complètement disparue. Au mois de *mars* 1895, après une nouvelle période de toux ayant rendu la voix parlée plus fatigante que d'habitude, il alla consulter un spécialiste, qui, après examen, lui dit qu'il avait des varices de la langue. Le traitement institué consista en badigeonnages à la résorcine qui amena les résultats suivants : en quinze jours disparition de la toux et légère amélioration de la voix : donc amélioration très sensible. Le malade ne retourna plus à la clinique du médecin qui l'avait soigné le premier.

Au mois de *septembre* 1896 le malade se plaignait surtout de ne pouvoir chanter. Il n'y avait aucun symptôme douloureux dans la gorge, aucune difficulté ni pour la déglutition ni pour la respiration,

mais seulement quelques chatouillements que le malade attribuait au larynx et qui déterminaient des accès de toux, surtout le matin. La toux était sourde et comme étouffée. Examen au miroir :

Portion laryngée de la langue hypertrophiée et parcourue dans toute sa hauteur par une série de veines superficielles parallèles prédominant surtout à droite. Au milieu il y avait un gros tronc veineux saillant.

L'épiglotte venait au contact de la portion laryngée de la langue et était rouge et épaissie. Le traitement consista en pointes de feu au galvano-cautère faites superficiellement. Il y eut rapidement une amélioration très notable.

21 *novembre*. — La toux est complètement disparue et le malade peut chanter. Localement on constate la réduction de volume de l'amygdale linguale, l'épiglotte étant à ce moment distante d'un demi-centimètre environ de la portion laryngée de la langue. On voit encore quelques veines superficielles.

Mars 1897. — Nous avons des nouvelles du malade qui depuis ces derniers mois ne s'est plus plaint de toux, n'a cessé de pouvoir chanter.

Observation II

Mlle J. P..., âgée de 20 ans. Depuis le mois de décembre 1896, cette jeune fille remarque qu'elle ne pouvait plus chanter parce qu'elle avait des « chats » produits par des mucosités qui lui tombaient dans le larynx et la faisaient « hemmer » fréquemment.

Les notes aiguës étaient très nettement disparues. La voix s'enrouait facilement : cependant il y avait des périodes où le chant était à peu près possible, pendant lesquelles elle remarquait qu'il lui était plus facile de vocaliser que de prononcer des paroles.

Examen au miroir (13 *mai* 1897). — Larynx normal.

La portion laryngée de la langue est couverte depuis la ligne des papilles jusqu'au sillon glosso-épiglottique par un semis de saillies arrondies, confluentes, volumineuses, humides et rosées : elles s'étendent latéralement jusqu'aux confins de la langue et garnissent également les replis aryténo-épiglottiques, surtout à droite où il y a un groupe de trois saillies.

L'épiglotte arrive au contact de la portion laryngée de la langue et frotte sur ces saillies mamelonnées (d'ou l'on comprend la difficulté que l'épiglotte avait à s'élever).

Pendant plusieurs séances cautérisation de l'amygdale linguale avec un cautère plat.

Production de larges escarres qui mettent quelques jours à se détacher.

1er *juin*. — Rapide amélioration. L'épiglotte et la langue sont nettement séparées par un espace d'un demi-centimètre environ.

12 *juin*. — La voix est complètement revenue. Localement on constate que la muqueuse est lisse, sauf un petit groupe de follicules assez volumineux sur le repli aryteno-épiglottique droit, mais en raison du retour complet de la voix nous négligeons de les cautériser.

IV

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

LE RÔLE DU LARYNX

DANS LES CONSONNES SOURDES ET SONORES

(VOIX HAUTE, VOIX CHUCHOTÉE, VOIX RESPIRATOIRE [1])

Par le Dr **ROSAPELLY,**

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'avais montré autrefois, au moyen de tracés graphiques [2], que le bruit qui accompagne les consonnes sonores est produit par des vibrations du larynx identiques aux vibrations des voyelles, et j'en avais conclu que la présence ou l'absence de ces vibrations constitue le caractère distinctif des *sourdes* et des *sonores*.

Mais on avait objecté à cette manière de voir que les sonores se distinguent aussi des sourdes dans la voix chuchotée, dans laquelle les vibrations laryngiennes font cependant défaut; de là une certaine hésitation à accepter l'action du larynx, même dans la parole à haute voix, qui m'avait engagé à entreprendre des observations et des expériences plus concluantes.

Ces recherches ont mis en évidence les faits suivants :

1° Dans la voix haute, non seulement le larynx fournit des vibrations rendant les consonnes sonores comme pendant les voyelles, mais ces vibrations comme dans les voyelles peuvent se produire à différentes hauteurs de l'échelle musicale. La glotte garde la même disposition pendant les consonnes

1. Extrait des *Mémoires de la Société de linguistique de Paris*, E. BOUILLON, éditeur.

2. ROSAPELLY, *Inscription des mouvements phonétiques.* (*Travaux du laboratoire de M. Marey.* Paris, Masson, 1876).

sonores que pendant les voyelles : elle change au contraire d'aspect pour les consonnes sourdes ;

2° Dans le chuchotement, les vibrations laryngiennes sont remplacées par un bruit d'une autre nature, mais également d'origine laryngienne, et qui, comme les vibrations de la parole à haute voix, reste identique à lui-même dans les consonnes sonores et dans les voyelles ;

3° Enfin il existe un troisième type de parole qu'on peut appeler *parole respiratoire* ou *voix respiratoire*. Dans cette manière de parler, d'ailleurs exceptionnelle, la glotte garde toutoujours le même aspect, et toute différence entre les sourdes et les sonores est effacée.

§ 1. VOIX HAUTE.

A. Comparaison entre les vibrations des consonnes sonores et celles des voyelles.

Deux tracés simultanés sont nécessaires pour étudier cette question : le tracé des mouvements des lèvres, et celui des vibrations laryngiennes. Le tracé inférieur indique les mouvements des lèvres ; sa ligne descend au moment de l'occlusion buccale, reste abaissée tant que l'occlusion persiste, et se relève quand les lèvres se rouvrent : elle marque par consé-

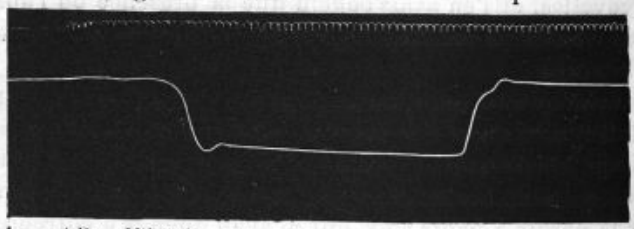


Fig. 1. — ABA. Vibrations laryngiennes pendant la durée de la consonne.

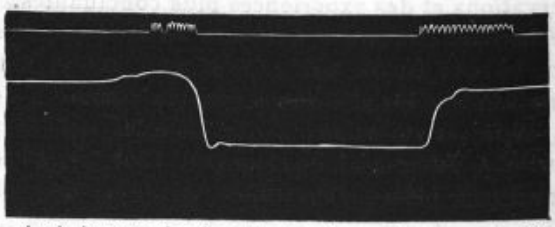


Fig. 2. — ArA. Interruption des vibrations laryngiennes pendant la consonne.

quent le commencement, la durée et la fin de la consonne. Le tracé supérieur donne les vibrations du larynx inscrites au moyen de l'instrument actionné par l'organe lui-même. Les

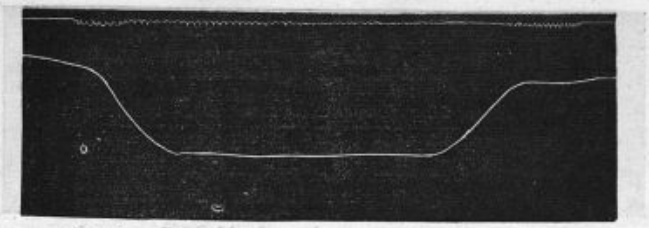


Fig 3. — ABBA. 88 vibrations doubles à la seconde.

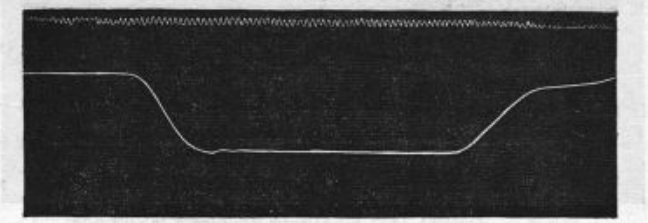


Fig. 4. — ABBA. 120 vibrations doubles à la seconde.

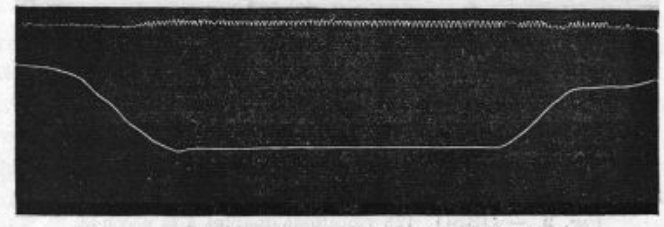


Fig. 5. — ABBA. 144 vibrations doubles à la seconde.

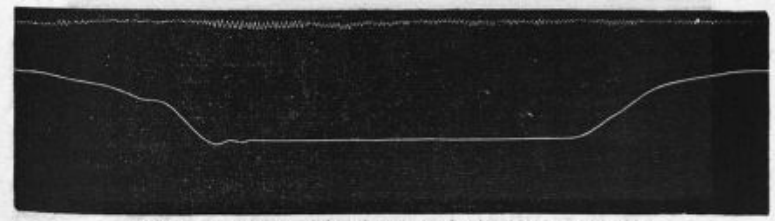


Fig. 6. — ABBA. 168 vibrations doubles à la seconde.

tracés originaux ont été reproduits après agrandissement photographique de $\frac{8}{1}$, de sorte qu'une seconde est représentée par une longueur de 8 centimètres de tracé.

Non seulement ou voit que ces vibrations persistent pendant la consonne sonore : *aba*, tandis qu'elles s'interrompent pendant la durée d'une sourde : *apa;* mais, si à l'aide d'une

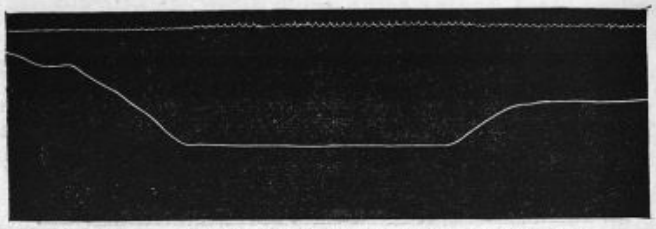


Fig 7. — OBBO. 80 vibrations doubles à la seconde.

Fig. 8. — OBBO. 112 vibrations doubles à la seconde.

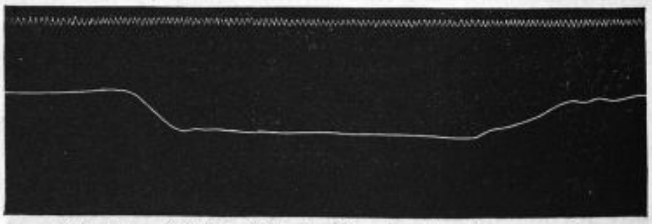


Fig. 9. — OBBO. 128 vibrations doubles à la seconde.

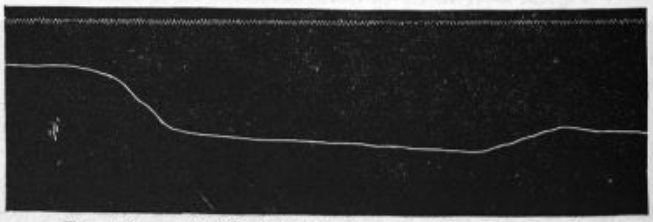


Fig. 10. — OBBO. 176 vibrations doubles à la seconde.

loupe, on compte combien il y en a dans 2 centimètres de longueur (ce qui, avec la vitesse de rotation du cylindre enregistreur et l'agrandissement des images, correspond à un

quart de seconde), on voit que ces vibrations ne sont pendant les consonnes ni plus ni moins fréquentes que pendant la voyelle associée : elles correspondent à la même hauteur de son.

J'ai prononcé les groupes syllabiques *abba*, *obbo* (c'est-à-dire composés d'une consonne redoublée sonore entre deux voyelles) successivement sur quatre notes auxquelles j'ai cherché à donner la hauteur des quatres notes d'un accord parfait; et, si je compte à la loupe le nombre de vibrations ainsi produites, je trouve pour *abba* les chiffres de 22, 30, 36, 42 vibrations par quart de seconde; l'accord parfait demanderait les chiffres 22, 27,5, 33, 44, qui auraient été obtenus avec une voix plus juste que la mienne; mais le point important est que le nombre des vibrations a toujours été le même pendant une consonne que pendant la voyelle associée : le larynx chante pendant les consonnes sonores comme pendant les voyelles.

Quant l'amplitude des vibrations, elle n'est pas moindre pendant les consonnes sonores que pendant les voyelles. Il est même remarquable que sur beaucoup de tracés les vibrations des consonnes sont très nettement inscrites, tandis que celles des voyelles font défaut. Cela ne veut pas dire que le larynx vibre plus fort pendant la consonne ; ses vibrations se transmettent seulement mieux aux parois du cou, et par elles aux instruments inscripteurs, quand la masse d'air en vibration est enfermée que quand elle communique librement avec l'extérieur. Il n'en est pas moins intéressant de constater que c'est pendant la consonne, où leur présence a été contestée, que les vibrations laryngiennes s'inscrivent le mieux.

Mon explorateur du larynx ne donnant pas les différences d'amplitude des vibrations, j'ai essayé de prendre les vibrations venant du larynx en introduisant dans la bouche l'extrémité ouverte d'un tube fin de caoutchouc, muni à son autre extrémité du tambour à levier enregistreur, j'ai obtenu pour *adda*, chanté successivement sur les notes de l'accord parfait, le tracé suivant qui montre que l'amplitude est généralement plus grande pendant la consonne. J'ai fait la même expérience avec *ibbi*, *iddi*, *oubbou*, etc., et j'ai été amené à choisir, pour les expériences ultérieures au moyen de cet appareil, des voyelles à diamètre ou à orifice rétréci, de préférence aux

voyelles ouvertes qui n'impressionnent pas aussi facilement les instruments graphiques, la vitesse de translation de l'air étant d'autant plus grande que les points traversés par lui sont plus rétrécis.

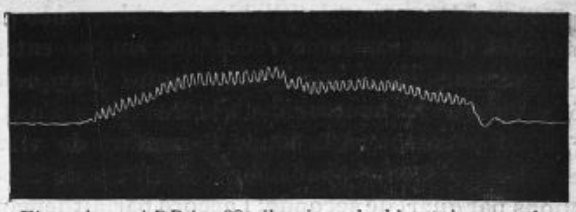


Fig. 11. — ADDA. 88 vibrations doubles à la seconde.

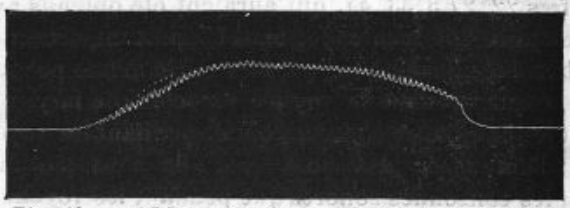


Fig. 12. — ADDA. 104 vibrations doubles à la seconde.

Fig. 13. — ADDA. 128 vibrations doubles à la seconde.

Fig. 14. — ADDA. 160 vibrations doubles à la seconde.

Je pense que ces expériences plusieurs fois répétées, toujours avec le même résultat, ne laissent subsister aucun doute sur la nature du bruit des consonnes sonores à haute voix : il est le résultat de vibrations laryngiennes identiques à celles des voyelles.

B. *Identité d'aspect de la glotte pendant les voyelles et pendant les consonnes sonores.*

A cette identité d'action du larynx correspond une identité d'aspect.

Il n'est pas aisé de voir le larynx pendant les consonnes puisque celles-ci exigent l'occlusion plus ou moins complète de la bouche. J'ai pu toutefois y réussir, en usant d'un subterfuge. Si l'on commande à une personne un mouvement d'ensemble dont on empêche partiellement l'exécution, les parties du mouvement auxquelles on ne fait pas obstacle s'exécutent néanmoins; si, par exemple, on commande de fermer la main tout en retenant un doigt, les doigts restés libres se fermeront.

Fig. 15.

Chez plusieurs sujets dont je voulais examiner la glotte au laryngoscope [1], j'ai placé entre les mâchoires des bouchons de liège destinés à les empêcher de se rapprocher ; en même temps je maintenais leur langue comme pour l'examen laryngoscopique ordinaire. Puis je leur commandais de prononcer des groupes phonétiques tels qu'*èbè*, *èpè*, etc., c'est-à-dire

Fig. 16.

composés d'une consonne entre deux voyelles. L'occlusion de la bouche étant empêchée, la consonne était assurément fort altérée, remplacée par un son inarticulé ; mais les sujets faisaient effort pour la prononcer, et rien ne s'opposait à ce que leur larynx s'acquittât alors comme dans les circonstances normales du rôle qui lui incombe dans la prononciation de chaque consonne.

1. Ces expériences ont été faites en collaboration avec mon ami le Dr Coupard.

En effet, dans les groupes à consonnes sourdes, comme *âpâ*, *êpê*, entre deux voyelles, pour lesquelles la glotte se réduit à une fente linéaire, j'ai vu les cordes vocales s'écarter largement pendant la consonne comme pour la respiration silencieuse.

Au contraire, dans les groupes à consonnes sonores, comme *aba*, *ébé*, la glotte reste, pendant la consonne, exactement semblable à ce qu'elle est pendant la voyelle antécédente et la voyelle suivante.

On constate facilement par l'oreille, dans ces expériences, le bruit des sonores et le silence des sourdes.

§ 2. Voix Chuchotée.

Rôle du larynx dans la voix chuchotée.

Le larynx fournit à la voix chuchotée un souffle qui y joue exactement le même rôle que les vibrations musicales dans la voix haute. Je croyais avoir été le premier à observer ce fait, mais notre président, M. Psichari, a bien voulu me signaler le travail de Brücke [1] où il est déjà constaté. Notre confrère M. Raillard a eu l'obligeance de me communiquer cet ouvrage.

Voici la traduction *in extenso* de ce que dit Brücke (*loc.cit.*, p. 5) : « Il est aussi en notre pouvoir de ne donner à la fente vocale ni l'étroitesse nécessaire pour produire des sons musicaux, ni une ouverture assez large pour que l'air s'en échappe tout à fait librement. Nous pouvons la rétrécir de telle sorte, qu'à la vérité les cordes vocales n'entrent pas en vibrations musicales, mais que l'air en les franchissant produise un bruit de frottement léger, mais appréciable. C'est ce bruit par lequel nous remplaçons, dans le chuchotement, le son musical de la voix, de façon à distinguer, même dans la voix basse et tout à fait dépourvue de son musical, les lettres qui, dans la voix haute, possèdent ce son de celles où il n'existe pas ; car, même dans le chuchotement, nous distinguons *s* dur et *s* doux, *f* et *w*, *j* et *ch*, etc. »

1. *Grundzüge der Physiologie und Systematik der Sprachläute*, von Ernst Brücke, 2e Auflage. Wien, Carl Gerold's Sohn, 1876.

Cette description est exacte [1]; mais, en la confirmant, je crois pouvoir ajouter quelques détails intéressants aux observations laryngoscopiques de Brücke, et aussi indiquer des moyens de contrôle d'un emploi plus facile que le laryngoscope.

A. *Examen laryngoscopique.*

Bien que Brücke affirme que c'est le souffle produit dans la glotte semi-ouverte qui permet de distinguer des sourdes les consonnes sonores, il paraît n'avoir observé le souffle et examiné le larynx que dans l'émission des voyelles, et n'avoir conclu que par induction à son existence dans les consonnes. Grâce à l'artifice décrit plus haut, j'ai pu observer le larynx pendant l'émission des consonnes elles-mêmes.

Fig. 17.

La figure 17 représente ce que l'on voit sur un sujet qui prononce *apa* en voix chuchotée : pendant les a, la glotte forme non plus une simple fente linéaire, comme dans la voix haute, mais un triangle à base étroite; pendant la consonne sourde *p*, elle s'ouvre complètement et prend le même aspect que pendant la même consonne prononcée à haute voix. La

Fig. 18.

comparaison de cette figure avec la figure 15 montre que la glotte en triangle étroit tient, dans le chuchotement, la même place que la glotte linéaire dans la voix haute.

La figure 18, qui devra être comparée avec la figure 16, représente ce que l'on voit quand la consonne du mot chuchoté

1. Certains observateurs disent avoir vu la glotte largement ouverte dans le chuchotement. C'est évidemment qu'à leur insu et au sien le sujet observé a fait usage non de la voix chuchotée, mais de ce qui sera décrit plus loin sous le nom de *voix respiratoire*.

est sonore. Alors, au lieu de former comme dans la voix haute une fente linéaire, elle forme le triangle étroit ci-dessus décrit comme caractéristique du chuchotement, c'est-à-dire que, comme dans la voix haute, elle garde pendant la consonne sonore exactement le même aspect que pendant les voyelles antécédente et suivante.

B. *Observation au moyen de l'oreille, nue ou aidée du stéthoscope.*

Le souffle du chuchotement pendant les consonnes sonores peut-être entendu par la personne même qui l'émet, pourvu qu'il règne autour d'elle un silence parfait. Si elle est entourée de bruit, il devient utile qu'elle se bouche avec soin les oreilles. Elle peut le faire avec les doigts, mais le frémissement des muscles de l'avant-bras et des mains peut troubler l'observation ; on se place dans de meilleures conditions en fermant les oreilles avec du coton, et surtout avec de la cire. Si, dans ces conditions, on prononce successivement *appa* et *abba*, *atta* et *adda*, *akka* et *agga*, on entend pour les consonnes sourdes les deux bruits implosif et explosif séparés par un silence ; pour les consonnes sonores, les deux mêmes bruits réunis par un bruit soufflant.

Un autre moyen d'observer le souffle laryngien est d'ausculter, pendant la parole chuchotée, soit son propre larynx, soit celui d'une autre personne. Dans ce dernier cas, le stéthoscope ordinaire suffit ; pour ausculter son propre larynx, le meilleur instrument est le stéthoscope bi-auriculaire, composé d'un entonnoir très petit dont on applique sur la région à ausculter l'extrémité évasée ; de l'extrémité effilée partent deux tubes de caoutchouc dont on introduit l'autre bout dans les oreilles. On peut n'adapter à l'entonnoir qu'un seul caoutchouc ; alors on bouche l'oreille inutile.

Quand la personne dont on ausculte le larynx respire sans parler, on entend un souffle très net, mais peu intense, à moins qu'elle ne respire fortement. Si elle se met à parler en voix chuchotée, le souffle prend une intensité plus grande ; il est plus rude et semble plus près de l'oreille. Dans les deux cas, le maximum d'intensité du souffle se trouve au niveau du cartilage cricoïde, c'est-à-dire au niveau même des cordes vocales.

Le souffle du chuchotement s'entend dans les voyelles et dans les consonnes sonores ; il ne s'entend pas dans les sourdes. Il est aisé à percevoir dans les sonores occlusives ; dans les semi-occlusives, il faut quelque attention pour les distinguer du souffle buccal qui s'y surajoute, mais on arrive à faire cette distinction en comparant *affa* avec *avva*, *assa* avec *azza*, etc., c'est-à-dire la sourde qui n'a que le souffle buccal avec la sonore correspondante qui a ce même souffle et le souffle laryngien.

C. *Sensation du travail laryngien pendant l'émission du souffle du chuchotement.*

Comme le son vibratoire de la voix haute, le souffle du chuchotement s'accompagne d'une sensation de travail laryngien qui n'existe pas dans la respiration silencieuse, ni dans ce qui sera décrit plus loin sous le nom de *parole respiratoire*.

D. *Monotonie du souffle du chuchotement.*

Le souffle du chuchotement est *monotone*, au sens étymologique du mot ; il n'a qu'une note, et par conséquent ne se prête ni au chant ni à la vocalise.

Il n'est cependant pas impossible de donner, en chuchotant, des notes variant dans une certaine étendue ; mais une observation attentive montre que ces modifications sont dues non au larynx, mais à la langue, dont les mouvements modifient la forme du résonnateur buccal, et par conséquent la résonance, ou, en d'autres termes, la voyelle émise.

Qnant au larynx, tout au plus peut-on, en poussant l'air plus fortement, lui faire rendre une note un peu plus élevée.

Conclusion. — Enfin on peut résumer toutes les données précédentes en disant qu'une phrase, qu'elle soit prononcée à voix chuchotée ou qu'elle soit prononcée à haute voix, s'exécute par des mouvements identiques des organes phonétiques ; la seule différence réside dans le rapprochement des cordes vocales, plus complet à haute voix, moins complet dans la parole chuchotée.

Au point de vue des consonnes, qui nous intéressent particulièrement dans ce travail, les sonores possèdent, dans la voix

chuchotée comme dans la voix haute, un bruit laryngien identique à celui des voyelles; et les sourdes, dans la voix chuchotée comme dans la voix haute, sont dépourvues de ce bruit.

J'ajoute pourtant que, si l'oreille distingue ces deux ordres de consonnes, c'est, surtout dans la voix chuchotée, moins à cause de la présence du souffle laryngien dans les sonores, qu'à cause de la plus grande intensité du souffle buccal dans les sourdes : plus grande intensité qui a fait donner aux sourdes le nom de consonnes *dures*, et qui est due à ce qu'alors la glotte est largement ouverte et laisse passer une plus grande quantité d'air.

§ 3. VOIX RESPIRATOIRE.

Quand la glotte est ouverte, comme lorsque l'on respire sans parler, l'air la traverse généralement sans produire de souffle appréciable, si ce n'est à l'aide du stéthoscope appliqué sur le larynx. Toutefois, si la respiration est énergique, comme lorsqu'elle prend le type haletant, le souffle respiratoire devient perceptible à l'oreille.

A la vérité, ce bruit n'est pas exclusivement laryngien. Il résulte du frôlement de l'air sur toute l'étendue des voies respiratoires, ainsi qu'on peut le vérifier en appliquant successivement le stéthoscope depuis la base des poumons jusque sur la paroi de la bouche et du nez ; mais la glotte qui, même ouverte, constitue un rétrécissement auquel fait suite une partie plus large, est l'endroit où ce souffle complexe se produit principalement. Les cavités supérieures lui impriment les mêmes modifications qu'au son laryngien musical de la haute voix et au souffle du chuchotement ; elles en font des phonèmes. Il existe donc une manière de parler qui mérite le nom de *voix respiratoire*.

Mais cette manière de parler est à peu près inusitée. Elle s'entendrait fort mal et fatiguerait très vite, à cause de l'énorme quantité d'air qu'elle dépenserait. On la rencontre pourtant, à l'état exceptionnel et pour de courtes phrases, chez des personnes essoufflées, c'est-à-dire chez celles qu'un état maladif ou un travail musculaire exagéré obligent à accélérer leur respiration et à tenir leur glotte largement ouverte. C'est

quelquefois de cette parole respiratoire que font usage, à la fin des phrases, les personnes qui laissent tomber les finales. Enfin l'*e* muet terminal est souvent purement respiratoire.

Dans la voix respiratoire, les consonnes sonores ne se distinguent pas des sourdes. En réalité, dans cette manière de parler, tous les phonèmes sont sourds, sans excepter les voyelles.

V

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS AURICULAIRES CHEZ LES GOUTTEUX ou les individus de race goutteuse

par le Dr **Georges GELLÉ**

(Communication faite à la Société française de Laryngologie, séance du 5 mai 1897).

Dans ce travail, je me propose de montrer comment les diverses affections otiques se comportent chez les goutteux ou les individus de race goutteuse. Pour ne point surcharger ce mémoire je n'ai pas relaté toutes les observations sur lesquelles sont fondées les opinions émises dans cette étude, je n'ai cité que quelques types de chacun des groupes morbides sur lesquels je désirais attirer l'attention.

Je me suis attaché surtout à mettre en lumière les quelques points suivants :

1° Les goutteux ou les individus de race goutteuse offrent une fâcheuse prédisposition aux affections auriculaires ;

2° Chez eux, l'otite offre un aspect clinique spécial, presque caractéristique ; sa marche a une allure toute particulière ;

3° Les troubles otiques annoncent parfois l'apparition d'une attaque de goutte ou d'une autre manifestation de la diathèse arthritique pour cesser à l'apparition de ces nouveaux accidents ;

4° Enfin, le vertige décrit communément sous le nom de *vertige goutteux* n'est souvent qu'un vertige labyrinthique pur provoqué chez un goutteux par une affection otique aiguë ou chronique, parfois méconnue.

I

LES GOUTTEUX OU LES INDIVIDUS DE RACE GOUTTEUSE OFFRENT UNE FACHEUSE PRÉDISPOSITION AUX AFFECTIONS OTIQUES.

De l'étude de l'ensemble des observations que j'ai compulsées pour ce travail, il semble résulter que la goutte, comme le rhumatisme chronique, ne ménage guère l'oreille.

Dans nombre de cas où les antécédents pathologiques des scléreux, des vertiginés, étaient suffisamment exposés, j'ai pu me convaincre, sans toutefois pouvoir faire une moyenne, que très fréquemment on pouvait dans les antécédents retrouver la goutte ou le rhumatisme chronique chez les malades ou leurs ascendants directs, paternels surtout.

Cela ne doit que médiocrement étonner si l'on veut bien se rappeler l'extrême fréquence des catarrhes des voies respiratoires (rhumes, coryzas), des angines, des amygdalites chez les malheureux candidats à la goutte.

D'autre part la pathogénie de l'ankylose des osselets chez le goutteux est peut-être comparable à celle qui explique la production de l'ankylose de plus grandes articulations. Des dépôts d'urate se font dans toutes les parties constituantes de l'article (cartilage, synoviale, tissu fibreux, bourses séreuses) et autour de lui. La sclérose s'installerait alors lentement, causée par l'irritation entretenue par les cristaux incrustés, et l'ankylose s'établirait.

Ce n'est point là une vue théorique, l'anatomie pathologique seule pourrait répondre, mais nous n'apportons aucune nécropsie pouvant élucider ce point de pathogénie.

Je ne ferai aussi que rappeler, vu leur fréquence, les affections du pavillon (eczéma et tophus) ainsi que les exostoses du conduit auditif externe produites par la goutte ou par le rhumatisme chronique qui si souvent vient compliquer la première.

Je signalerai aussi le fait d'observation suivant : il semble que la goutte héréditaire (et en parlant ainsi j'entends la prédisposition à devenir goutteux du sujet issu d'un père goutteux), comme la syphilis héréditaire, frappe le jeune âge et que chez ces malheureux prédisposés l'oreille est souvent touchée

dans la première enfance (eczéma, otite externe, otorrhée). Je rappellerai aussi que chez les candidats à la goutte les otorrhées consécutives aux pyrexies de l'enfance sont souvent graves et interminables.

Au point de vue de la thérapeutique qui doit être le but final de nos travaux, je crois qu'on peut conclure que chez les prédisposés on devra redoubler de précautions hygiéniniques, soigner avec sollicitude le moindre catarrhe pharyngien, le plus léger coryza pour éviter dans la mesure du possible toute espèce d'infection secondaire de l'oreille.

Une fois l'affection otique déclarée, à côté de la thérapeutique locale de toute première importance, je pense qu'on ne devra pas négliger le traitement général hygiénique et médical qui aura une influence prépondérante sur l'évolution ultérieure du processus otique. Au traitement topique, on joindra l'emploi du *benzoate de lithine* [3 fois par jour, dans une infusion de stigmates de maïs un paquet de 0 gr. 50] ou du *salicylate de soude* [toutes les deux heures, une cuillerée de salicylate de soude 2 à 4 grammes, eau de tilleul 90 grammes, sirop de fleurs d'oranger 30 grammes] ou bien encore on usera de la *colchicine* [pendant trois jours, deux granules de colchicine de 1 milligramme le premier jour, 3 granules le second et 4 granules le troisième jour, à une 1/2 heure d'intervalle].

En dehors des crises, on conseillera la vie au grand air et la pratique raisonnée des exercices du corps. Aucun excès et peu de travail intellectuel. Le régime alimentaire sera réformé et l'été on prescrira une saison à Vittel, Contrexéville ou Vichy, suivant les indications spéciales à chacune de ces stations.

II

ASPECT CLINIQUE DE L'OTITE GOUTTEUSE.

La goutte est une maladie prédisposant avant tout aux fluxions : fluxion hémorrhoïdaire, fluxion périarticulaire... fluxion otique.

L'otite catarrhale goutteuse peut se reconnaître à l'aspect du tympan et à son évolution.

Si l'on examine l'oreille au moment même de la poussée,

on peut voir un tympan en général très enfoncé et en totalité (obstruction tubaire), le manche du marteau est presque horizontal, injecté fortement, apparaissant comme raccourci et élargi par suite de l'épaississement de la membrane. L'apophyse externe fait une assez forte saillie et de ce point monte en éventail une teinte rouge vif formant un triangle à sommet inférieur correspondant à l'apophyse externe et à base se perdant sur le pourtour du cadre tympanal, empiétant même sur le mur de la logette. A travers la membrane, on aperçoit le fond de caisse fortement injecté lui aussi. C'est en somme l'aspect d'une inflammation de l'attique ou loge des osselets. La fluxion paraît donc se localiser à la logette des osselets et à la chaîne elle-même qu'elle immobilise.

En dehors des poussées aiguës, il n'est pas rare d'observer des dépôts calcaires infiltrant la membrane tympanique ; le manche du marteau épaissi, massif, se termine par une large spatule.

L'évolution de l'affection se caractérise surtout par son mode de début et sa terminaison.

Le début est le plus souvent brusque, soudain, sans autres prodromes le plus ordinairement qu'une pharyngite œdémateuse concomitante reconnaissable à cet aspect spécial que nous désignons sous le nom de « faux piliers ». Dans ce cas, la muqueuse pharyngée apparaît lisse, brillante, carminée, rutilante, pliée verticalement. Le vide n'existe plus derrière l'isthme du gosier (*pharynx virtuel*) : tout est comblé. Sur la paroi postérieure du pharynx, on distingue nettement deux bourrelets ou replis muqueux, épais, colorés, verticaux, qui forment derrière chaque pilier postérieur à droite et à gauche, un troisième pilier plus volumineux et dont les bords, comme deux rideaux, couvrent le fond visible seulement dans le sillon étroit, vertical, qui sépare ces deux replis pathologiques (*faux piliers*).

On peut trouver cette lésion unilatérale, dans le cas de lésion otique unilatérale[1]. Cette pharyngite indolore n'attire pas l'at-

1. GELLÉ : De la pharyngite rhumatismale chronique dans les maladies de l'oreille (in *Etudes d'otologie*, tome II, page 99. Lecrosnier et Babé, 1888).

tention des malades, il faut la rechercher pour la constater; elle est assez fréquente.

La terminaison peut se faire par le passage à la suppuration s'il survient des infections secondaires; et l'on sait par exemple avec quelle facilité les amygdales suppurent chez les goutteux et fils de goutteux; ou bien, ce qui est heureusement plus fréquent, la terminaison a lieu par la cessation brusque de tous les symptômes coïncidant le plus souvent soit avec une attaque de goutte légitime, soit avec une crise hémorroïdaire ou une attaque de colique hépatique ou néphrétique, etc.

Le processus fluxionnaire peut être assez intense pour occasionner une paralysie faciale (Observation II).

Les vertiges sont assez fréquents et tenaces (Observations III, V, VII, VIII, IX).

III

LES TROUBLES OTIQUES ANNONCENT PARFOIS L'APPARITION D'UNE ATTAQUE DE GOUTTE OU D'UNE AUTRE MANIFESTATION DE LA DIATHÈSE ARTHRITIQUE POUR CESSER A L'APPARITION DE CES NOUVEAUX ACCIDENTS.

Dans les observations I, II, on voit des otites moyennes aiguës intenses (puisque dans la première on était sur le point de faire la parencentèse du tympan et que dans la seconde il y avait de la paralysie faciale) disparaître dès la venue de l'accès de goutte légitime, diagnostic indiscutable.

Plus loin ce sont des vertiges (Observation III) ou des bourdonnements (Obs. IV) qui cessent brusquement dès que la goutte réapparait aux pieds. Ces troubles auriculaires s'évanouissant lors de l'apparition de l'attaque de goutte légitime sont des incidents pathologiques que l'on observe pour d'autres organes au cours de la goutte.

MORELL-MACKENZIE [1] rapporte une observation de pharyngite aiguë cédant à l'inflammation du gros orteil.

« Chez un autre de mes malades, dit-il, qui souffrait de

1. MORELL-MACKENZIE : *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, traduit par Moure, page 71.

pharyngite aiguë, les symptômes s'amendèrent tout à coup, et le gros orteil du pied droit devint le siège d'une attaque de goutte aiguë. Trois jours après l'inflammation du gros orteil s'évanouit et fut remplacée par une pharyngite aiguë. »

Bien connu pour le pharynx, ce mode pathologique n'avait pas, à notre connaissance, encore été signalé pour l'oreille. La lecture des observations suivantes montrera qu'il existe encore assez fréquemment.

Obs. I (résumée). — *Otite aiguë, au huitième jour, au moment où devant l'intensité des symptômes on se disposait à faire la parencentèse du tympan ; rémission coïncidant avec un accès de goutte légitime.*

M. L..., miroitier, depuis 8 jours souffre atrocement de l'oreille droite. La tempe droite et la nuque sont très douloureuses. Insomnie, forte fièvre.

Conduit rétréci, impossible d'introduire le petit spéculum dans la portion osseuse. L'apophyse mastoïde droite porte encore la cicatrice d'une première incision faite il y a 10 ans pour une mastoïdite.

Diagnostic : otite aiguë; traitement : bains d'oreilles, sulfate de quinine.

Le 4e jour (le 12e jour depuis le début de la maladie) au matin, comme on se disposait à faire la paracentèse du tympan décidée la veille vu la persistance des douleurs et du gonflement, on est étonné de trouver tout calmé, et la fluxion bien diminuée. Le soir, on a l'explication, l'articulation métacarpo-phalangienne du pied droit devient douloureuse, enflure chaude.

Le lendemain, amélioration très rapide de la lésion auriculaire aidée par le traitement local.

Huit jours après, le genou droit est pris également.

La lésion auriculaire a complètement guéri.

Observation II (résumée). — *Otite aiguë, paralysie faciale, un accès de goutte légitime annonce la guérison.*

M. D....., entrepreneur, dont le père était goutteux, a lui-même déjà souffert d'un accès de goutte aux deux pieds il y a 6 ans.

Le 23 *mai*, vient consulter parce que, à la suite d'un refroidissement banal, il s'est réveillé ne pouvant clore l'œil gauche, ni siffler, ni souffler. Epiphora.

Point d'hyperacousie, ni d'audition douloureuse.

L'oreille gauche est assourdie, pas de douleurs, pas de bourdonnements ni de vertige.

La palpation le long des vaisseaux du cou à gauche est douloureuse.

A l'examen : oreille droite, bonne ; oreille gauche n'entend la montre qu'à 10 centimètres et bien sur l'apophyse mastoïde. L'inspection montre le tympan gauche d'une opacité diffuse, avec enfonçure générale ; disparition du triangle lumineux.

Pharyngite légère.

Diagnostic : Otite aiguë catarrhale gauche se compliquant de paralysie faciale gauche.

Le 25 *mai*, 2 jours plus tard, douleurs très vives à l'articulation métacarpo-phalangienne du pied gauche ; l'otite entre aussitôt en voie de guérison et la paralysie disparaît peu à peu progressivement.

OBSERVATION III (résumée). — *Sclérose auriculaire, vertige augmentant avant l'accès de goutte pour disparaître dès que la goutte réapparaît aux pieds.*

M. H....., goutteux, fils de goutteux, a déjà eu des accès de goutte régulière, a souffert en outre d'eczéma, d'hémorroïdes, etc.; face vultueuse, épanouie, apparence d'une santé florissante.

Très dur d'oreille depuis longtemps, surtout du côté droit, il entend à peine la voix de la conversation s'il ferme son oreille gauche ; il souffre de bourdonnements et de vertige.

Le malade me raconte, et il est très affirmatif, que les vertiges deviennent plus forts un peu avant que l'accès de goutte ne survienne pour disparaître complètement lorsque la goutte revient aux pieds.

Ce malade est un scléreux auriculaire d'ancienne date.

OBSERVATION IV (résumée). — *Otite chronique, bourdonnements d'oreille dont le retour coïncide avec la cessation des douleurs articulaires.*

Mme Vol....., 40 ans, névropathe, atteinte de catarrhe naso-pharyngien d'ancienne date, se plaint de bourdonnements d'oreille très pénibles, et la gênant dans sa profession par leur intensité ; elle est assourdie, ne peut soutenir une conversation.

Signes de vieille otite chronique. La malade goutteuse, fille de goutteux, atteinte de rhumatisme chronique (genou, épaule, doigts) m'affirme que le retour de ses bourdonnements (bruit de cloches au loin) coïncide avec la disparition de ses douleurs.

Parfois c'est une autre manifestation de la diathèse qui semble juguler l'affection otique, une crise de colique hépatique comme dans les observations suivantes (V, VI, VII).

OBSERVATION V (résumée). — *Otite catarrhale; vertige et bourdonnements ne disparaissant qu'après une crise de coliques hépatiques chez une goutteuse héréditaire.*

Mme F..., 50 ans, a eu un père goutteux, a souffert elle-même d'eczéma généralisé, de douleurs vagues dans les jointures, de névralgies fréquentes et tenaces.

Depuis six semaines elle se plaint de bourdonnements d'oreilles survenus sans cause, dit-elle; sensation de plénitude dans la tête et d'autophonie; il lui semble qu'elle parle dans un tonneau.

A l'examen, on note une pharyngite subœdémateuse sans douleur, faux piliers postérieurs.

Obstruction tubaire droite, le Politzer passe avec de gros gargouillements, aussitôt après l'audition de la montre augmente d'une façon notable (8 cent.).

Diapason-Vertex latéralisé à droite, mauvaise oreille.

La tympan droit est opaque, flasque, dépoli, sans voussure, pas de mobilité par le valsava.

L'oreille gauche semble saine.

Les *vertiges* sont fréquents et aucun des traitements habituels ne peut les calmer.

Au bout d'un mois, *crise de coliques hépatiques*. Aussitôt les vertiges rebelles cessent ainsi que les bourdonnements, pour ne plus revenir. L'audition s'améliore ensuite par le traitement méthodique de l'affection tubaire.

OBSERVATION VI (résumée). — *Otite catarrhale aiguë; crise de coliques hépatiques annonçant la guérison.*

Dr T..., 3 juillet 1895 en traitement depuis quelque temps pour une otite catarrhale avec obstruction tubaire rebelle à tous les traitements; aucune amélioration de l'ouïe.

La veille à 7 heures du soir, devient sourd complètement, bourdonnements intenses.

Tympan rouge dans le secteur supérieur et le mur de la logette.

— Le 10 juillet 1895, à la suite de l'expulsion d'un calcul de cholestérine, les trompes redeviennent libres, l'état local s'améliore, le tympan reprend sa transparence, les bourdonnements cessent et l'audition commence à revenir.

OBSERVATION VII (très résumée). — *Vertige rebelle au traitement disparaissant à l'apparition d'une crise de colique hépatique.*

M. K..., 69 ans, sclérose bilatérale ancienne; vertige avec surdité bilatérale.

Vertige rebelle au sulfate de quinine, mal pris du reste, nous devons l'avouer.

Ces vertiges disparaissent à l'apparition d'une colique hépatique.

IV

LE VERTIGE DÉCRIT COMMUNÉMENT COMME VERTIGE GOUTTEUX N'EST SOUVENT QU'UN VERTIGE LABYRINTHIQUE PUR PROVOQUÉ CHEZ UN GOUTTEUX PAR UNE AFFECTION OTIQUE AIGUE OU CHRONIQUE, PARFOIS MÉCONNUE.

Le symptôme vertige, si commun pourtant au cours des affections auriculaires, a vu plus d'une fois sans nul doute sa véritable origine méconnue dans la maladie qui nous occupe.

Tous les auteurs ont signalé la fréquence des vertiges chez les goutteux. On a même décrit un vertige goutteux.

Ces vertiges goutteux, disent nos classiques, peuvent être très légers, consister seulement en un état nauséeux ou vertigineux habituel ; mais ils peuvent revêtir l'apparence du vertige labyrinthique avec bruits subjectifs de bourdonnements ou de sifflement, sensations subites de tournoiement ou de culbute, angoisse, nausées, vomissements.

C'est bien là, en effet, le vertige auriculaire. Cette ressemblance nous étonnerait moins, croyons-nous, si l'on pratiquait systématiquement l'examen des oreilles de tous les goutteux vertigineux. Souvent, en effet, on verrait une poussée fluxionnaire dans la caisse survenant avant l'accès de goutte régulière, fluxion dont l'intensité peut être telle parfois qu'elle seule suffit à expliquer le vertige, puisqu'on l'a vue donner naissance à une paralysie faciale (Obs. II); et la preuve que la fluxion auriculaire, cause du vertige, est bien sous la dépendance de la goutte, c'est qu'il est fréquent d'observer la disparition de la fluxion otique et conséquemment du vertige dès l'apparition de la douleur pathognomonique dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et aussitôt que les tissus périarticulaires se tuméfient, la peau devenant rouge, luisante et chaude (Obs. III).

La justesse de cette remarque sera encore rendue plus évi-

dente par la lecture de l'observation suivante résumée et prise parmi beaucoup du même ordre.

OBSERVATION VIII (très résumée). — *Vertige, bourdonnements, surdité chez un goutteux ; sclérose auriculaire.*

M. K....., 60 ans, fils de goutteux, grand-père goutteux, goutteux lui-même, a eu des vraies attaques ; se plaint de vertige et de bourdon d'oreille.

Oreille gauche perdue depuis longtemps, signes de sclérose ancienne (améliorée par le salicylate de soude).

Ici, encore, les lésions otiques comme cela arrive très fréquemment expliquent la production du vertige sans qu'il soit besoin d'admettre le diagnostic de vertige goutteux.

Le vertige auriculaire peut chez le goutteux dyspeptique être pris longtemps pour du vertige stomacal pourtant si rare ; diagnostic qui voit de plus en plus, heureusement pour les malades, sa popularité disparaître.

OBSERVATION IX (résumée). — *Vertige otique traité pendant 7 ans sans succès comme vertige stomacal chez un goutteux.*

M. B... est, au dire de son médecin, un goutteux avéré, fils et frère de goutteux ; s'il n'a pas eu d'accès de goutte régulière, il a souffert des multiples inconvénients de son hérédité pathologique. En effet dans son passé on note des hémorroïdes, des douleurs sciatiques, des pertes séminales. L'examen de son urine montre un excès d'acide urique.

Il y a 7 ans au plus des bourdonnements intenses et des vertiges qui n'avaient jamais existé auparavant se sont installés ; il a été traité pendant tout ce temps pour de la goutte stomacale. Ce n'est que devant la surdité progressive que l'on a songé à l'oreille. L'examen montre des lésions de sclérose suffisamment avancées et en tout cas amplement suffisantes pour expliquer les bourdonnements et les vertiges.

Les heureux résultats du traitement otique confirment encore le diagnostic de vertige auriculaire.

EN RÉSUMÉ, nous avons voulu dans ce travail attirer l'attention de nos confrères sur la fréquence des complications auriculaires de la goutte.

1°) Outre les complications banales et bien connues de l'oreille externe (eczéma du pavillon et du conduit auditif

externe, ecthyma, tophus ulcéré ou non) l'oreille moyenne peut être atteinte d'une façon aiguë ou chronique, suppurée ou non suppurée. L'oreille du goutteux ou du prédisposé à la goutte peut être touchée dès la première enfance ; dans ce cas l'otorrhée est particulièrement tenace.

2°) L'otite moyenne goutteuse peut être une otite suppurée par infection partie du rhino-pharynx, ou une otite simplement fluxionnaire. Le processus fluxionnaire, dans ce cas, se localise généralement à l'attique et à la chaine des osselets. Plus tard, on observera la sclérose avec infiltration calcaire de la membrane tympanique et épaississement du manche.

3°) Très souvent l'otite catarrhale annonce une attaque imminente de goutte qui fait tout rentrer dans l'ordre et jugule en quelque sorte la complication otique. Dans la sclérose, les bourdonnements et le vertige cessent avec l'apparition de la fluxion auriculaire ou d'une crise de colique hépatique.

4°) Le prétendu vertige goutteux n'est le plus souvent qu'un vertige *ab aure læsa* méconnu ; si l'on examine l'oreille on trouve presque toujours des lésions otiques suffisantes pour expliquer bourdonnements et vertiges.

VI

LABYRINTHITE SYPHILITIQUE DOUBLE

Guérie en sept semaines.

Par le Dr **N. ANDÉRODIAS** (d'Amiens).

M. X..., âgé de 37 ans, voyageur de commerce, vient me consulter, le 16 mars 1897, pour une surdité droite avec bourdonnements, survenue tout d'un coup, il y a six jours.

Je l'interroge sur ses antécédents héréditaires : il me dit que son père est d'un tempérament scrofuleux, malingre, que sa mère, au contraire, est bien portante, plutôt nerveuse : c'est, suivant son expression, une femme « à tempérament ». Il a quelques antécédents personnels : otite moyenne suppurée datant de l'enfance et pour laquelle il a été réformé. Pas d'autres maladies ; il a plutôt l'aspect d'un homme sain et vigoureux.

Atteint le 1er janvier 1897 d'un chancre induré à la verge, il voit apparaître quelques jours après, sur tout le corps, des taches de roséole. Le médecin qu'il consulte lui fait prendre un gramme d'iodure de sodium par jour.

Le 16 *mars*, jour où j'examine le malade, le chancre est guéri, mais les taches roséoliques subsistent. Il y a du psoriasis palmaire, et quelques plaques muqueuses à l'intérieur des lèvres ; rien sur les gencives, les joues et les amygdales. Le nez est enchiffrené et présente un éperon de la cloison, à gauche.

L'*examen des oreilles* donne les résultats suivants :

A droite : Le tympan, un peu enfoncé, est coloré à peu près normalement. A sa partie antéro-supérieure, en avant de

l'apophyse externe du marteau, on voit une plaque blanchâtre, nettement limitée, spécifique ; une autre siège à la partie postéro-supérieure du conduit auditif, et empiète sur la membrane du tympan. Le spéculum de Siegel ne parvient pas à faire mouvoir cette membrane ; le cathétérisme indique qu'il y a quelques mucosités dans la trompe d'Eustache. L'audition par la montre est perçue au contact. La perception osseuse est presque nulle en avant, nulle en arrière et en haut. Le langage à voix basse est entendu à un demi-mètre ; à voix haute, à peu près normalement. L'épreuve du diapason est aussi concluante : les vibrations qu'il produit sont entendues plus longtemps lorsqu'on le place devant l'oreille que lorsqu'on l'applique sur l'apophyse mastoïde ou sur toute autre partie du crâne : le *Rinne* est donc *positif*.

A gauche : Ce qui frappe, à première vue, c'est l'absence de la moitié antérieure du tympan, et la caisse comblée par un énorme polype entouré de pus sanieux et fétide. Après lavage, il est facile de remarquer que le pus vient de l'attique. Le *Rinne* est *positif*, la perception cranienne est sensiblement supérieure à celle du côté droit ; mais la perception aérienne par la montre et par le langage est nulle ; seul, le diapason placé au-devant de l'oreille est entendu, et plus fortement qu'à droite. Cette oreille est donc, elle aussi, atteinte par l'infection syphilitique, mais à un degré moindre.

La pression sur les apophyses n'occasionne aucune douleur ; il n'y a pas d'œdème et jamais le malade ne s'est plaint de céphalalgie ; il a eu plusieurs vomissements depuis six jours, c'est-à-dire depuis qu'il est devenu sourd de l'oreille droite, oreille qui, auparavant, était douée, paraît-il, d'une très grande acuité auditive. Pas de vertiges. De chaque côté se voit un ganglion mastoïdien très dur et volumineux ; les ganglions cervicaux sont très nombreux.

Le *diagnostic* est évident : nous sommes en présence d'une otite labyrinthique double, d'origine syphilitique ; l'oreille gauche, même, quoique atteinte depuis très longtemps d'otite moyenne suppurée, présente, elle aussi, une affection du labyrinthe, par suite de la positivité du signe de Rinne ; de plus, l'affection due à la syphilis est, en général, bilatérale.

Comme *traitement*, j'ordonne : Frictions mercurielles tous

les deux jours; à l'intérieur : iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Je prescris à gauche des lavages à l'eau boriquée, suivis d'un pansement avec de la glycérine phéniquée à 1/15 ; le malade repoussant une intervention plus active.

Le 23 *avril*, il m'écrit pour m'annoncer la guérison presque complète de sa surdité, depuis une huitaine de jours environ.

Le 3 *mai*, il revient à ma consultation, et là, je puis l'examiner à loisir.

Je me trouve devant un homme complètement changé comme aspect : de terreux, le teint est devenu mat, presque blanc ; il respire la force et la santé. Le corps, sain, ne présente aucune trace de syphilis ; il n'y a plus de ganglions, ni au cou, ni sur l'apophyse mastoïde. L'état moral n'est pas moins caractéristique : c'est un être heureux de vivre, ne pensant plus à son mal, et ne me disant plus, comme au premier jour : « Je suis un homme taré. » En somme, il y a là une double guérison agréable à constater ; mais il faut dire que le malade a suivi le traitement dans toute sa rigueur, et l'a très bien supporté.

A l'examen, je ne trouve pas que l'oreille droite ait subi des modifications bien marquées ; comme auparavant, je vois sur le tympan les deux plaques blanchâtres dont j'ai parlé précédemment ; elles sont, cependant, moins nettes et moins étendues. La membrane a recouvré ses mouvements et l'épreuve de l'audition donne des résultats merveilleux. La perception osseuse par la montre placée, soit sur l'apophyse mastoïde, soit en haut, soit en avant du pavillon, est normale; avec le diapason le *Rinne* est maintenant *négatif*, et la perception aérienne, bien que plus forte, puisque la montre est entendue à 1 m. 50 et le langage à voix basse à 3 m. 50, est loin d'avoir l'acuité de la perception osseuse. L'oreille droite est bien guérie ; les bourdonnements même ont disparu.

L'otite moyenne gauche a été traitée par le malade ainsi que je l'avais ordonné; il n'y a pour ainsi dire plus de suppuration, et le polype, rouge et du volume d'une lentille, apparaît bien net, faisant hernie à travers la perforation tympanique. De ce côté aussi, le traitement iodé et mercuriel a produit un bon effet, mais seulement au point de vue de l'af-

fection labyrinthique. Encouragé par les bons résultats déjà obtenus, le malade veut bien se laisser débarrasser de ce polype, opération à laquelle je procède immédiatement, au moyen de la curette. Je cautérise le point d'implantation, situé près de l'ouverture de la trompe, avec une solution de chlorure de zinc à 1/5, et je fais un pansement avec de l'acool boriqué. Ce traitement sera fait par le malade, tous les deux jours, jusqu'à son prochain passage. Pendant ce temps, il abandonnera les frictions mercurielles et l'iodure de potassium pour les reprendre un peu plus tard à une dose un peu moins élevée.

Au 23 *mai*, sept semaines environ après la production subite de la surdité, la guérison se maintient ; à droite, l'acuité auditive est toujours aussi bonne que possible ; à gauche, l'oreille est bien sèche, la suppuration n'a pas reparu, et je ne vois plus de traces du polype. La perception aérienne semble meilleure, de ce côté ; nul doute qu'elle n'augmente dans des proportions relativement étendues.

Cette observation m'a semblé intéressante à relater, tant au point de vue du diagnostic, qu'à celui du traitement. Elle constitue une preuve de plus en faveur de ce fait : que, dans la syphilis labyrinthique, la surdité, généralement bilatérale, atteint un côté plus profondément que l'autre, et qu'elle peut être masquée, en partie, par une affection antérieure de l'oreille moyenne. Dans ce cas, le signe de Rinne peut être négatif, à cause des altérations profondes de tous les organes de la caisse ; le diagnostic, de ce fait, peut devenir très délicat. Il est rare, cependant, qu'il en soit ainsi d'une manière absolue, et que la perception aérienne soit tellement insensible qu'elle ne l'emporte sur la perception par les os du crâne. De toute façon, il ne faudra pas hésiter à employer le traitement mixte, le plus tôt possible, et à en donner des doses élevées ; car, si dans les inflammations du labyrinthe, d'origine syphilitique, le pronostic est en général défavorable, surtout dans les cas anciens et dans les affections unilatérales, au contraire, plus la maladie est récente et le sujet vigoureux, plus on a de chances de guérison. On n'oubliera pas de traiter énergiquement la suppuration, ou cas où elle viendrait compliquer l'affection labyrinthique.

VII

PARALYSIE TRAUMATIQUE

DU

VOILE DU PALAIS

Par le Dr **Paul RAUGÉ.**

Les paralysies du voile du palais sont loin d'être une rareté. Il semble même que l'appareil nerveux qu anime les muscles de cet organe soit particulièrement impressionnable à certaines causes d'altération : je n'en veux pour exemple que la prédilection singulière que montre, pour cette région, le poison de la diphtérie et la part, à peu près constante, que prend le voile palatin au syndrome labio-glosso-laryngé que Duchenne avait primitivement décrit sous le nom de « paralysie progressive de la langue, des lèvres *et du voile du palais* ».

Mais, dans l'immense majorité des cas, la paralysie palatine n'est pas un phénomène isolé; elle n'est qu'un élément dans un ensemble et joue, au milieu d'autres manifestations morbides, un rôle plus ou moins contingent. Soit qu'elle s'associe, comme dans les paralysies bulbaires systématisées, avec des troubles analogues de la langue, du larynx et des lèvres; soit qu'elle s'ajoute à certaines paralysies faciales; soit enfin qu'elle survienne à titre de complication dans les maladies infectieuses (diphtérie, fièvre typhoïde), elle n'a, dans tous les cas de ce genre, que la valeur d'un symptôme de détail, ou d'un simple épiphénomène. Je ne sache pas qu'il existe un grand nombre d'observations où la paralysie palatine existait à la fois d'une façon primitive et en même temps indépendante de

tout autre trouble moteur. A ce titre, le fait qui va suivre m'a paru digne d'être rapporté, d'autant plus que son interprétation se prête, au point de vue pathogénique, à une discussion intéressante : il s'agit d'un cas dans lequel une paralysie du voile, absolument pure et dégagée de tout autre désordre moteur, eut pour cause déterminante un traumatisme limité à la partie latérale de la tête et de la région cervicale.

OBSERVATION. — Homme de 59 ans, bien portant, très vigoureux et ne présentant rien d'anormal avant l'accident qui a été le point de départ des phénomènes actuels. La voix, en particulier, n'a jamais été ni nasillarde, ni enrouée; pas de tremblement ni de paralysie des lèvres ou de la langue. Aucun signe de disphagie.

Le 27 février 1897, cet homme fit une chute d'une hauteur de 3 mètres environ dans les conditions que voici : il était monté sur un tas de bois qu'il chargeait sur une voiture voisine, quand le morceau auquel il se tenait vint à céder brusquement; il tomba en arrière et la partie latérale gauche du cou porta sur le bord d'une caisse placée sur la voiture. Il perdit aussitôt connaissance, fut relevé immédiatement et transporté dans son lit, où il revint à lui au bout d'une heure. A ce moment on s'aperçut que la voix était complètement nasonnée et que les liquides ingérés refluaient en partie par le nez. Pas d'hémiplégie de la face ni des membres. Pas d'hémorragie par l'oreille. Il s'écoule quelques gouttes de sang par le nez. En somme, pas d'autres symptômes que des troubles de la phonation et de la déglutition indiquant une paralysie du voile du palais.

Les choses restent en cet état jusqu'au moment où je vois le malade, 3 mois après l'accident. Voici, à ce moment, les phénomènes que je constate :

Le nasonnement est extrême et poussé à un tel degré que la parole est difficilement intelligible. Le malade parle comme quelqu'un qui aurait soit une division ou une perforation du voile ou de la voûte, soit une insuffisance velo-palatine (Lermoyez).

Il existe en même temps, des troubles très marqués de l'articulation. Ce sont les consonnes explosives qui sont naturellement le plus compromises : *q* et *k* sont prononcés *g* ; les *b* et les *p* sont changés en *m*, les *t* en *d*, les *f* en *v*. On sait en effet que ces consonnes résultent de vibrations énergiques imprimées aux parties molles de la bouche par la colonne d'air expiré et « exigent une condensation d'air au niveau du lieu d'articulation. Cette condensation devient impossible si l'air trouve une porte de sortie ». (André Bonnes, *de la Rhinolalie*, Lyon 1897). Ici, la porte de sortie est l'isthme naso-pharyngien, dont l'inocclusion permanente laisse l'air intra-buccal fuir abondamment par le nez. Et la preuve, c'est que le malade atténue dans une certaine mesure ses troubles d'articulation par le stratagème classique qui con-

siste à parler en se bouchant les narines, c'est-à-dire à aveugler la *voie d'air* qui détruit la pression buccale.

Pour la même raison le malade ne peut ni siffler ni souffler avec force par la bouche, ni pratiquer des mouvements de succion, ni faire la manœuvre du gargarisme. La respiration, pendant le sommeil, est gênée et s'accompagne de ronflements. Il existe de la sécheresse de la langue et une légère diminution du goût.

Si l'on fait boire le malade, on voit une partie du liquide refluer par les deux narines à la fois. Ce symptôme, bien que moins marqué, se produit également pour les solides, et le malade, qui s'alimente fort mal depuis 3 semaines, est pâle et notablement amaigri.

Pas trace de paralysie faciale. L'orbiculaire des paupières, celui des lèvres, se contractent normalement. La mimique est intégralement conservée, la face parfaitement symétrique, et la langue, qui n'est nullement déviée, a conservé sa mobilité dans tous les sens.

La région cervicale est le siège d'une raideur très marquée : le malade tourne et incline difficilement la tête, comme s'il avait un torticolis. Il se plaint d'une douleur assez nettement localisée derrière et surtout sous la branche montante du maxillaire inférieur gauche. Cette douleur, exagérée par la pression, s'irradie en s'atténuant, en bas vers la base du cou, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Le maximum de la douleur semble répondre au point probable où le cou a porté sur le bord de la caisse au moment de la chute. Il n'existe pourtant, à ce niveau, ni plaie, ni gonflement, ni ecchymose.

Si l'on fait ouvrir la bouche du malade, on voit le voile du palais pendre complètement immobile, mais symétrique et sans déviation de la luette. Quels que soient les mouvements que le sujet cherche à exécuter, qu'il essaie de parler ou de déglutir, de respirer par le nez ou par la bouche, le voile reste inerte et tombant. Le contact, sur sa face antérieure, du doigt ou de l'extrémité d'une sonde, paraît normalement senti, mais ne provoque pas le moindre réflexe : ce qui semble manquer pour produire ce phénomène, ce n'est pas la sensibilité, qui est intacte, c'est uniquement l'élément moteur.

Le toucher pharyngien, que le défaut de réaction musculaire permet de pratiquer avec une facilité inaccoutumée, ne révèle rien d'anormal.

L'examen laryngoscopique fait constater une obliquité de la glotte très marquée, et que je pris, à première vue, pour une paralysie de la corde gauche. Mais, à un examen plus attentif, je constate que les deux cordes et les deux aryténoïdes sont mobiles : l'obliquité de la fente glottique est due à une asymétrie du thyroïde, probablement congénitale, et très perceptible extérieurement à travers les parties molles du cou, Pendant l'examen laryngoscopique, on aperçoit constamment, dans la partie inférieure du pharynx, des mucosités qui s'accumulent derrière le pli muqueux inter-aryténoïdien, dépassent peu à peu le bord supérieur de ce pli, et pénètrent dans le larynx, provoquant alors un accès de toux qui les rejette péniblement et au milieu de violents efforts.

Le miroir pharyngien, supporté sans aucun réflexe, ne montre rien

de particulier à la rhinoscopie postérieure. Le cavum est vide et régulier, les fosses nasales sont normales, sauf une déviation de la cloison rétrécissant le côté gauche.

En somme, l'examen le plus attentif démontre qu'il n'existe, ni dans le pharynx ni dans le nez, aucune lésion matérielle, et que les troubles qui provoquent le nasonnement et la régurgitation nasale sont d'ordre purement fonctionnel.

Il n'existe, du côté des membres, ni anesthésie, ni hémiplégie, ni troubles moteurs dissociés.

Le malade accuse un peu d'hyperacousie et dit que les bruits intenses l'impressionnent péniblement. Les deux oreilles sont très égales et entendent la montre à 10 centimètres. Les tympans sont tout à fait normaux.

Pas de troubles de la vision. Rien du côté du fond de l'œil. Les pupilles réagissent normalement. Pas de strabisme ni de diplopie, ni le moindre trouble moteur des muscles du globe oculaire

Rien du côté de l'appareil circulatoire si ce n'est un peu d'athérôme; les radiales sont dures et flexueuses.

Voilà donc une paralysie limitée au voile du palais, en débutant subitement à la suite d'un traumatisme. Il s'agit d'en préciser le mécanisme et de chercher, autant qu'on peut le faire, à déterminer la nature et le siège probable de la lésion originelle.

Que le traumatisme ait été, en ce cas, la cause unique et suffisante des troubles moteurs observés, c'est sur quoi il serait, je crois, presque puéril d'insister : le début brusque de ces désordres aussitôt après l'accident, l'absence de tout symptôme antérieur, en font foi surabondamment.

Mais quelle espèce de lésion ce traumatisme a-t-il produite, et surtout sur quel point de l'appareil nerveux a-t-il dû porter son action ? Es-ce sur les centres nerveux ou sur les nerfs périphériques, sur le bulbe ou sur le cerveau, sur les troncs ou sur les branches terminales ? C'est là un problème de pathogénie difficile mais intéressant, et que nous allons discuter en détail :

On me permettra tout d'abord de rappeler sommairement l'innervation du voile du palais, question, du reste, assez complexe et encore incomplètement résolue.

Les nerfs moteurs des muscles palatins viennent de plusieurs sources différentes qui sont :

1° *pour le périostaphylin interne et le palato-staphylin* : le

facial, par le grand nerf pétreux superficiel et le ganglion de Meckel.

2° *pour le péristaphylin externe*, le facial encore, et peut-être la racine motrice du trijumeau, par le ganglion otique, ou quelquefois par une branche directement émanée du maxillaire inférieur.

3° *pour le pharyngo-staphylin* : le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique, et peut-être le spinal par le plexus pharyngien.

4° *pour le glosso-staphylin* le rameau lingual du facial.

Ainsi le facial, par différentes voies, joue un rôle prépondérant, dans l'innervation du voile. Le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique, le trijumeau (par sa branche motrice) y prennent une part moins active, pour certains même hypothétique.

Reprenons avec quelque détail le trajet de ces différents rameaux :

Dans le canal de Fallope, au niveau du premier coude du facial, on voit, sur le tronc de ce nerf, ou plutôt accolé à ce tronc, un renflement triangulaire, le ganglion géniculé. La base de ce ganglion, adossée contre le facial, reçoit par son angle interne le nerf intermédiaire de Wrisberg, qui semble venir s'y terminer, tandis que de son angle externe part le petit nerf pétreux superficiel. Le sommet du triangle donne naissance au grand nerf pétreux superficiel. Ce sont ces nerfs, grand et petit pétreux, tous deux issus du ganglion géniculé, qui fournissent, comme nous allons le voir, aux muscles élévateurs du voile, après avoir traversé les deux petits ganglions annexés à chacune des deux dernières branches du trijumeau : le ganglion sphéno-palatin et le ganglion otique, dont les pétreux superficiels représentent respectivement les racines motrices.

Peu après qu'il s'est détaché du ganglion géniculé, le grand pétreux superficiel sort du canal de Fallope à travers l'hiatus du même nom, et gagne ainsi la face antérieure du rocher, qu'il suit jusque vers son sommet dans une gouttière spéciale. Il reçoit, pendant ce trajet, le nerf grand pétreux profond, qui lui envoie le rameau de Jacobson, et forme avec lui un tronc commun qui gagne le trou déchiré antérieur. A ce niveau vient s'y adjoindre un rameau du grand sympathique, le rameau caro-

tidien, provenant du plexus sympathique qui entoure la carotide interne pendant son trajet dans le rocher.

Grossi par ces deux anastomoses, le nerf pétreux forme avec elles un tronc nerveux complexe qui, sous le nom de nerf vidien, traverse le canal de ce nom, lequel parcourt d'arrière en avant la base des apophyses ptérygoïdes. Il se trouve ainsi amené à la partie supérieure de la fosse ptérygo-maxillaire, où l'attend le ganglion de Meckel, auquel il apporte à la fois, confondues dans le tronc vidien, les racines motrices et sympathiques et une partie des racines sensitives : ces dernières sont, comme on sait, complétées par les courts et grêles filets qui descendent au ganglion, du tronc même du maxillaire supérieur.

Ce qui nous importe pour le moment, c'est seulement de constater que la seule racine motrice que reçoive le ganglion de Meckel est fermée par le grand pétreux superficiel, et lui vient conséquemment du facial. Comme ce ganglion, d'autre part, parmi ses branches efférentes, n'en fournit qu'une seule motrice, celle qui descend aux muscles du voile, il est bien certain que le grand nerf pétreux superficiel est tout entier destiné à ces muscles. Le filet moteur efférent gagne le voile du palais par un canal palatin accessoire, situé quelque peu en arrière du canal palatin postérieur et, sous le nom de nerf palatin postérieur, se distribue au péristaphylin interne et au palato-staphylin.

Le petit pétreux superficiel a un trajet très analogue et une destinée anatomique qui ressemble à celle du grand pétreux. Emané, comme celui-ci, du ganglion géniculé, il sort du canal de Fallope par un conduit particulier, qui l'amène à la face supérieure du rocher à travers un petit orifice situé au-dessous et un peu en dehors de l'hiatus de Fallope. Il suit alors une gouttière du rocher parallèle à celle du grand pétreux superficiel, reçoit, comme ce dernier, une anastomose du glosso-pharyngien par le rameau de Jacobson (petit pétreux profond), sort du crâne par un orifice situé entre les trous ovale et petit rond, et vient aboutir au ganglion otique. De ce ganglion se détache un rameau moteur pour le péristaphylin externe, généralement par un tronc commun avec le filet destiné au ptérygoïdien interne.

Il convient de noter ici que, pour le ganglion otique, la racine d'origine faciale n'est pas, comme pour le ganglion de Meckel, la seule racine motrice : il en existe une seconde, fournie par le maxillaire inférieur, en dedans duquel le ganglion est accolé, juste au-dessous du trou ovale : on sait en effet que le maxillaire inférieur, par le fait de sa fusion avec le nerf masticateur, est un véritable nerf mixte, qui possède des fibres motrices et peut conséquemment participer à travers le ganglion otique, à l'innervation du péristaphylin externe.

A part cette restriction, on peut dire que les muscles élévateurs du voile sont innervés par le facial, les ganglions de Meckel et d'Arnold n'étant que des lieux de passage traversés par les deux pétreux superficiels.

Telle est du moins la conception classique, car personne, à l'heure actuelle, ne semble hésiter à considérer les pétreux superficiels comme de simples émanations du faisceau commun du facial. Cette opinion, toutefois, n'a pas toujours été admise, et il est permis de la modifier un peu si l'on considère avec soin la disposition du ganglion géniculé.

Nous avons vu que ce ganglion émet, par deux de ses angles, les deux pétreux superficiels, tandis qu'il reçoit, par le troisième, le nerf intermédiaire de Wrisberg, ce tronc grêle qui a d'abord cheminé entre le facial et l'auditif, puis a suivi le facial à son entrée dans le canal de Fallope. Il semble donc que c'est ce petit nerf, sorte d'annexe du facial, qui est à travers le ganglion géniculé, l'origine des deux nerfs pétreux superficiels, c'est-à-dire la véritable source de l'innervation motrice des trois muscles élévateurs du voile, le palato et les deux péri-staphylins. Cette opinion d'ailleurs n'est pas nouvelle : c'était celle de Claude Bernard qui, d'après certains cas cliniques de paralysies dissociées du facial et d'après les faits expérimentaux, avait conclu que le nerf de Wrisberg fournit non-seulement les pétreux, mais les autres branches profondes du facial, celles que ce nerf émet à l'intérieur du canal de Fallope, c'est-à-dire le nerf du muscle de l'étrier et la corde du tympan.

Quant aux deux muscles contricteurs glosso et pharyngo-staphylins, contenus respectivement dans les piliers antérieur et postérieur du voile, ils possèdent une innervation fort

simple, et moins difficile à décrire que celle des élévateurs.

Sur les parois latérales du pharynx, existe un plexus nerveux auquel concourent le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique et le sympathique. C'est de ce plexus que partent les nerfs destinés au pharyngo-staphylin.

Qnant au palato-staphylin, il est innervé, concurremment avec le stylo-glosse, par la longue branche que le facial fournit, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, sous le nom de rameau lingual.

Après nous être ainsi remémoré le réseau un peu compliqué des voies nerveuses qui amènent la motilité au voile du palais, il va nous être plus facile de discuter notre observation clinique et de chercher quel point du territoire nerveux a pu, être atteint par la lésion. Cette lésion a pu porter :

1° sur les rameaux extérieurs,

2° sur les troncs intra-craniens,

3° sur les noyaux bulbaires,

4° sur le cerveau (substance grise des circonvolutions ou fibres intra-cerébrales).

Ces quatre cas étant, en somme, les seuls qui aient pu se présenter, c'est entre eux que nous aurons à choisir celui que les conditions anatomiques et les circonstances de l'observation en cause nous feront trouver le plus vraisemblable.

1° *Nerfs périphériques*. La situation très profonde qu'occupent, dans le squelette de la face, les filets moteurs terminaux et les ganglions d'où ils émanent, permet difficilement de supposer que ces éléments aient été atteints directement par le traumatisme.

Nous avons vu que le nerf palatin postérieur descend du ganglion de Meckel à travers un canal osseux (canal palatin accessoire) qui l'enveloppe et le protège jusqu'à son épanouissement terminal ; que le ganglion de Meckel est lui-même profondément enfoui dans la fosse ptérygo-maxillaire ; nous savons que le ganglion otique et le filet qu'il envoie au péristaphylin externe sont cachés derrière la branche montante du maxillaire inférieur. Il est donc assez peu probable que ces nerfs ou leurs ganglions aient pu être détruits ou altérés par un traumatisme qui, sans doute, a porté sur la région qui les renferme, mais qui n'a produit dans cette région ni plaie, ni

contusion profonde, ni le moindre épanchement sanguin. Tout au plus pourrait-on admettre la possibilité très douteuse d'une contusion du plexus pharyngien, et peut-être une névrite traumatique ayant plus ou moins compromis dans leur activité fonctionnelle les nerfs émanés de ce plexus. Mais, sans parler des justes doutes que peut inspirer ce mécanisme, il ne s'agirait, en tout cas, que de l'innervation du pharyngo-staphylin. Or la description de l'état du voile qui se montrait, avons-nous dit, tombant et incapable de s'élever et de se tendre, indique que l'inactivité musculaire portait sur les élévateurs, beaucoup plus que sur les constricteurs.

2° *Portion pétreuse des troncs nerveux.* On sait qu'on observe souvent, à la suite des altérations du facial dans l'intérieur du canal de Fallope, des symptômes de paralysie profonde (troubles du goût et de la sécrétion salivaire par lésion de la corde du tympan, hyperacousie par altération des nerfs qui se rendent au muscle interne du marteau ou au muscle de l'étrier). Parmi ces symptômes profonds, la paralysie palatine est un des plus souvent signalés. Mais, en ce cas, la palatoplégie ne se montre pas isolée. Elle accompagne les symptômes classiques de la paralysie extérieure du facial, et l'hémiplégie de la face indique que le tronc du nerf a été frappé dans son ensemble et assez haut pour que les nerfs pétreux aient été compris dans le désastre. A l'exception d'un fait déjà ancien, relaté par Claude Bernard, et dans lequel l'impotence du voile se montrait d'une façon exclusive, ou tout au moins prédominante, je ne connais pas d'observation où la paralysie palatine ait existé à l'exclusion de celle des muscles de la face à la suite d'une lésion du facial. Mais rien m'empêche, en théorie, d'admettre la possibilité d'une dissociation de ce genre, en supposant, ce qui n'est point inacceptable, qu'une fracture du rocher, tout en ménageant le facial, ait dilacéré isolément l'un ou l'autre des pétreux superficiels, peut-être même l'un et l'autre, dans le parcours assez prolongé que suivent ces minces filets nerveux sur la face antérieure du rocher. Cette dissocation des lésions peut d'ailleurs s'expliquer encore d'une manière différente, si l'on accepte, avec Claude Bernard, l'isolement, dans le nerf de Wrisberg, des filets destinés à former, au-delà du ganglion géniculé, les deux pétreux superficiels,

ainsi que je l'indiquais tout à l'heure. Il suffirait, en ce cas, qu'on admît l'existence d'une lésion ayant atteint isolément soit le nerf de Wrisberg lui-même, soit le ganglion géniculé, sans intéresser le facial. Je sais bien qu'en pareil occurrence on devrait observer aussi la diminution du goût et certains troubles auditifs, puisque la corde du tympan (Mathias Duval) et les nerfs moteurs des osselets remontent également vers les centres par le tronc du nerf de Wrisberg. Mais n'avons-nous pas noté, chez notre malade, un certain degré d'hyperacousie, un peu de sécheresse de la bouche et une légère paresse gustative ? Je signale pour ce qu'elle vaut cette hypothèse d'une lésion isolée de l'intermédiaire de Wrisberg, qui expliquerait assez complètement la nature, et surtout l'indépendance, des symptômes observés dans ce cas.

3° *Lésion du bulbe.* Bien que les lésions en foyer portant sur les noyaux du bulbe soient infiniment moins fréquentes que les altérations systématisées de ces noyaux (paralysie labio-glosso-laryngée), il existe cependant dans la science un certain nombre d'observations (Ollivier d'Angers, Leyden, Hallopeau, Luneau, Jodin, Fabre, Tuengel), dans lesquelles des lésions hémorragiques ou destructives ont frappé les éléments du bulbe sans ordre, et en quelque sorte au hasard.

Ce qui nous importe surtout, c'est que ces lésions en foyer peuvent fort bien avoir pour origine des violences extérieures : « Les traumatismes, dit Grasset (1), s'exerçant sur le crâne ou sur la nuque, peuvent aussi entraîner des hémorragies bulbaires, quoiqu'ils n'atteignent pas la moelle allongée. Westphal a expérimentalement développé des foyers de cet ordre chez les cochons d'Inde en leur donnant de petits coups sur la tête, Duret a vu également se produire des accidents analogues dans ses expériences sur les traumatismes cérébraux et le choc céphalo-rachidien. » N'est-il pas permis de supposer que, dans le cas qui nous occupe, un choc extrêmement violent portant sur la région cervicale, ainsi que cela s'est produit, ait déterminé dans le bulbe un foyer circonscrit de ce genre, étant donné surtout que les artères du malade se trouvaient disposées à la rupture et par l'âge et par l'athérome ?

1. *Traité des Maladies du système nerveux*, 4e édition, t. II, p. 4.

Quelle a dû être, en pareil cas, la localisation de l'hémorragie ? Cela dépend évidemment du choix différent qu'on peut faire parmi les doctrines variables sur l'origine des nerfs palatins moteurs. Il est du reste à remarquer que, quelle que soit l'opinion qu'on accepte, cette localisation est à peu près la même.

Tous les nerfs qu'on a considérés, isolément ou simultanément, comme donnant passage à l'innervation motrice du voile procèdent en effet de noyaux qui se trouvent très rapprochés dans le bulbe : ces noyaux sont superposés dans la colonne motrice antérieure formée, comme on sait, par l'isolement de la corne antérieure dans la substance grise bulbaire. On trouve, se suivant de bas en haut dans cette colonne motrice antérieure, d'abord les noyaux du spinal, du pneumo-gastrique et du glosso pharyngien, puis celui du nerf de Wrisberg, que M. Mathias Duval considère comme une dépendance, une sorte de nodule aberrant du noyau glosso-pharyngien ; un peu plus haut, le noyau propre du facial, enfin celui du nerf masticateur. Si donc on admet l'hypothèse d'une lésion localisée du bulbe, c'est assurément quelque part dans la hauteur de la colonne motrice antérieure qu'il faudrait aller la chercher.

4° *Lésion cérébrale*. Je ne cite que pour mémoire la probabilité d'une lésion atteignant les éléments moteurs dans la zone la plus élevée de leur parcours, c'est-à-dire dans le faisceau qui relie les noyaux bulbaires à la substance grise des circonvolutions, ou dans la partie de cette substance grise qui répond au centre moteur commandant les mouvements du voile. Il s'agirait, en pareil cas, d'une véritable lésion cérébrale déterminant cliniquement une variété traumatique, et extrêmement localisée, de ce que M. Lépine a décrit sous le nom de *paralysie pseudo-bulbaire*. Il y aurait là, en d'autres termes, une altération qui serait aux lésions en foyer du bulbe ce que la paralysie pseudo-bulbaire est au syndrôme labio glosso-laryngé. On sait que le centre certical du voile du palais est situé probablement dans le pied de la frontale ascendante, que les fibres émanées de ce foyer passent, au niveau du centre ovale, dans le faisceau frontal inférieur de Pitres, traversent la capsule interne dans le faisceau géniculé, puis longent, dans le pédoncule, le côté externe du faisceau de l'aphasie, pour atteins-

dre, dans la protubérance, le côté postéro-interne du faisceau pyramidal, avant d'arriver aux noyaux bulbaires, qui sont le terme de leur parcours.

C'est dans un point de ce trajet, ou sur le centre cortical lui-même, qu'il faudrait placer la lésion, si l'absence de fracture de la voûte et le peu de probabilité d'une altération traumatique des fibres intra-cérébrales ne rendait cette supposition éminemment invraisemblable.

En résumé, et bien que, dans l'espèce, il soit visiblement impossible de hasarder plus qu'une simple hypothèse, je conclus qu'il faut rejeter à la fois l'idée d'une lésion périphérique et celle d'une lésion cérébrale. Et, s'il fallait me prononcer, je m'arrêterais, en définitive, soit à une hémorragie du bulbe faisant un foyer très circonscrit dans la colonne motrice antérieure, soit à une altération dissociée du facial dans le rocher, et peut-être à une lésion du nerf intermédiaire de Wrisberg.

VARIÉTÉS

Sur un ivoire Japonais

Par le Dr M. LANNOIS,

Agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'ivoire que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît intéressant, en dehors de la valeur artistique qu'il peut avoir, en raison du petit problème médical qu'il soulève.

Il représente une jeune fille, une *mousmé*, occupée à enlever, à l'aide d'un bambou effilé, le cérumen qui peut se trouver dans l'oreille du bonze assis devant elle. Il s'agit bien d'un prêtre bouddhiste, en japonais *bôzou*, reconnaissable à son *hossou*, sorte de sceptre religieux terminé par une queue de cheval que les bonzes agitent continuellement autour d'eux, dans les cérémonies religieuses surtout, pour éloigner les innombrables mauvais esprits. Le siège sur lequel il est assis est également caractéristique, car il s'agit, malgré son apparence occidentale, d'une chaise de temple importée par les Chinois avant l'arrivée des étrangers au Japon. A ses pieds est le *tabakobon*, c'est-à-dire la boîte qui contient le tabac, le feu et les accessoires pour fumer. L'artiste, dont le nom est gravé sous la chaise et se lit *Yumin*, n'a d'ailleurs pas oublié la pipe que le bonze a laissée tomber et qui est sous les plis de la robe de la mousmé.

L'attitude du patient est fort intéressante : il a passé son bras autour de la taille de la jeune fille autant, semble-t-il, pour s'accrocher que pour la repousser si elle lui fait trop de mal et, à en juger par la grimace de la moitié gauche de sa face, l'opération ne va pas sans quelques tiraillements.

Cet ivoire est un *okimono*, c'est-à-dire un objet destiné à être posé sur une étagère; il a évidemment été fabriqué pour l'exportation, ainsi que l'indique sa hauteur de 14 à 15 centimètres. Les Japonais n'utilisent, en fait d'ivoire, que les *netzuké*, petites pièces qui servent à retenir à la ceinture la pipe ou la boîte à

médecine et dont les plus anciennes sont ardemment recherchées par les collectionneurs.

Je m'empresse de dire que je ne suis guère japonisant et que les renseignements ci-dessus, comme ceux qui vont suivre, m'ont été surtout fournis par mon ami le docteur J. Soller qui a fait de longs séjours au Japon, par M. Appert qui a passé plusieurs années à l'Université de Tokio comme professeur de droit et a publié un certain nombre d'ouvrages sur les mœurs et l'histoire du Japon, par M. Oneda, ancien interprète du consulat de France à Yokohama, enfin par le savant japonisant, M. Hayashi, qui a bien voulu adresser quelques notes sur ce sujet à mon ancien externe, M. Mayet. C'est à ce dernier que je dois la très bonne photographie dont la reproduction ci-jointe est tirée du *Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, t. XV. Je remercie toutes ces personnes de leur obligeance.

Pour qui sait avec quelle sincérité et quelle extraordinaire fidélité les artistes japonais reproduisent de toutes façons les menus faits de la vie journalière, il était naturel de supposer que le groupe en question représentait une pratique courante au Japon. Or, il n'en est rien ; les personnes citées ci-dessus et plusieurs Japonais interrogés sur ce point ont été unanimes pour affirmer n'avoir jamais rien vu de semblable. « En revanche, m'écrit le docteur Soller, il est d'observation courante d'assister à pareil spectacle dans les rues, soit en Chine, soit dans les quartiers chinois de toutes les villes importantes de l'Extrême-Orient.

« Les Chinois ont l'habitude de se raser une partie de la tête, excepté un rond tout à fait au sommet, origine de la longue natte qui caractérise cette race. Tout autour de cette natte, ils se font régulièrement raser par des barbiers chinois dont la plupart n'ont pas même d'échoppe et opèrent en plein vent. Le patient s'assied sur un escabeau en forme de trépied... Mais ce qui est le plus intéressant pour les Européens, c'est le complément ordinaire de tout rasage, le curettage de l'oreille que le barbier pratique avec une longue pince pointue, une petite curette et trois ou quatre tiges de bambou à l'extrémité desquelles sont adaptées de petites éponges pour nettoyer le conduit.

« Je me suis souvent arrêté dans la rue pour assister à ces opérations et j'étais toujours étonné de la dextérité avec laquelle ces Figaros chinois enlevaient les moindres débris et parcelles de cérumen, sans que le patient bronchât le moins du monde,

gardant toujours la figure impassible de leurs bouddhas de pagode. »

Comment expliquer dans ces conditions que l'artiste ait représenté avec des personnages japonais une scène qui n'est pas dans leurs mœurs? Peut-on supposer qu'il ait voulu plaisanter une coutume de ces bons amis de Chinois sur lesquels s'exerce si souvent la verve satirique des Japonais? Un de nos correspondants suggère que l'artiste a dû trouver amusant le rapprochement de cette jeune femme et de ce vieux monsieur grave, ou censé grave. Il a été séduit par le côté piquant et grotesque de la situation.

M. Oneda y voit deux personnages célèbres dans les annales populaires du Japon : Ikkiou, fameux prêtre bouddhiste, et Djigokou, courtisane des plus renommées, qui aimaient à s'entretenir de la vanité de ce monde, véritable enfer où l'homme est entré on ne sait ni pourquoi ni comment, où il ne connaît

de positif que les maux dont il souffre, où il n'a d'autre espérance que la délivrance par la mort. Mais la scène qui les réunit est de pure fantaisie, car Ikkiou vivait au XV^e^ siècle et les *cureurs d'oreille* n'ont apparu à Yedo qu'au commencement du XVIII^e^ siècle.

L'explication de M. Hayashi est plus simple et par suite plus satisfaisante : d'après lui, c'est il y a près de deux cents ans, qu'un barbier chinois de Yedo introduisit cette coutume parmi ses compatriotes habitant les îles de l'Extrême-Orient. Celle-ci excita une vive curiosité et devint une mode qui fit fureur parmi les Japonais eux-mêmes, ainsi qu'en témoigne un nombre très considérable de tableaux et de dessins de cette époque. Mais aussi inconstants que des Occidentaux, les Japonais abandonnèrent bientôt cette mode étrangère qui resta confinée aux quartiers chinois. C'est tout récemment, au moment de la grande expansion commerciale qui suivit la chute des taïcouns, que les artistes japonais se mirent à copier dans le riche trésor de leurs ancêtres tout ce qui leur semblait de nature à intéresser les étrangers. De là sans doute, l'origine de l'ivoire en question qui, ainsi que l'indique son allure générale et ses dimensions, date d'une trentaine d'années.

Cette explication n'est pas sans enlever à cette pièce une petite partie de sa valeur en tant que document médical. Cet ivoire fait figurer par les personnages d'un peuple donné une pratique qui n'existe que chez le peuple voisin et il faut ici rendre aux Chinois ce qui n'appartient pas aux Japonais. A part cette restriction, il représente un fait courant chez la fraction la plus populeuse de la race jaune en Extrême-Orient et c'est à ce point de vue qu'il m'a paru devoir intéresser les anthropologistes et les médecins.

NOTES DE LECTURE ALLEMANDE

De la Pyémie otique (Ueber die otitische Pyœmie) par le Dr ERNEST LEUTERT (de Halle).

Cet important travail basé sur douze faits fort bien observés constitue une importante contribution à l'étude de la pyémie d'origine auriculaire et tend à modifier les vues généralement admises relativement à la pathogénie des accidents en question et aux indications de l'intervention chirurgicale qu'ils réclament.

Après avoir résumé brièvement les travaux de KOERNER, d'HESSLER et de JANSEN sur ce sujet, l'auteur s'attache à effacer complètement la distinction proposée par le premier de ces auteurs entre la pyémie grave liée à la thrombo-phlébite suppurée d'un des gros sinus veineux voisins du rocher, et une autre forme relativement bénigne, non accompagnée de phlébite sinusienne, mais résultant de la production de petites phlébites intra-osseuses.

Partant de ce principe, que jamais pareille lésion n'a été observée, L. rejette l'existence de cette deuxième forme : pour lui il n'y a pas de pyémie otique sans phlébite sinusienne. Seulement la phlébite n'est pas toujours oblitérante ; elle peut être simplement pariétale (wandständig) et consister dans la formation, à la face interne de la paroi vasculaire, d'une couche de caillots suppurés et infectieux par places, mais ne remplissant pas complètement le calibre du vaisseau. D'autre part la thrombo-phlébite née des germes infectieux de l'oreille et du rocher peut se développer primitivement, non dans le sinus latéral, mais dans le golfe de la veine jugulaire, à la faveur du ralentissement éprouvé par le courant sanguin dans cette portion subitement élargie du tronc veineux.

Si ce siège (fréquent, d'après L.) de la thrombo-phlébite, a été généralement méconnu, c'est qu'on a négligé de le rechercher à l'autopsie, dans de bonnes conditions d'investigation, et notamment après résection complète du rocher.

La notion de ces deux faits anatomiques solidement établis dans le travail de l'auteur est évidemment de nature à jeter un grand jour sur les cas de pyémie aujourd'hui bien connus, dans lesquels le sinus latéral se révéla soit à la ponction, soit à l'ouverture voulue ou accidentelle, rempli de sang liquide.

En raison même de ces faits l'auteur s'élève contre la valeur généralement attribuée à la ponction du sinus, ou du moins le

résultat n'en est probant, d'après lui, que lorsqu'elle ne donne pas de sang, l'écoulement de sang par l'aiguille étant parfaitement compatible avec l'hypothèse d'un caillot pariétal, non oblitérant, mais parfaitement infectant.

D'après l'expérience de L. la thrombo-phlébite pariétale serait propre aux empyèmes auriculaires aigus ou subaigus. Il cherche à expliquer cette particularité en supposant que dans ces conditions la virulence extrême des germes infectieux s'accuse par des manifestations pyémiques avant que la thrombose ait eu le temps d'aboutir à l'oblitération vasculaire.

Quant aux différences très nettes mises en évidence par KŒRNER entre les métastases dans les deux variétés de pyémie auriculaire admises par lui, L. les explique de la façon suivante :

Dans les formes chroniques accompagnées de thrombo-phlébite oblitérante, l'extrémité du caillot battue de biais par le courant sanguin, au niveau d'une branche latérale, se laisse morceler sous forme de fragments, qui, arrêtés dans les capillaires pulmonaires, donnent lieu à la formation d'infarctus à leur niveau.

Au contraire, en cas de thrombo-phlébite latérale propre aux cas aigus, la surface du caillot polie par le frottement du courant sanguin ne se laisse pas fragmenter ; donc pas de gros embolus ni d'infarctus ; mais cela n'empêche pas les germes infectants contenus dans certaines parties du caillot de passer directement dans le sang et, après avoir franchi les capillaires pulmonaires, d'aller donner lieu à des épanchements articulaires ou autres, dans des parties plus ou moins éloignées.

Voyons maintenant quelles conséquences l'auteur tire des faits précédents dans le domaine de la pratique.

Partant de ce principe que, sauf chez les tout jeunes enfants, l'empyème auriculaire, une fois qu'une voie de sortie a été créée pour le pus, ne saurait donner lieu à une manifestation thermique, tant soit peu élevée et prolongée, et que par suite l'apparition d'une élévation thermique de quelque importance non justifiée par des accidents de rétention, dans le cours d'un empyème auriculaire aigu ou chronique, doit éveiller le soupçon d'une infection sinusienne (thrombo-phlébite constituée ou péri-sinusite avec commencement d'infection du sinus), il trace la ligne de conduite à tenir en face des accidents de cet ordre, sous forme des préceptes suivants :

1° En tout cas d'empyème mastoïdien consécutif à une suppuration aiguë de l'oreille, on mettra le sinus à nu, si, le stade aigu une fois passé, et malgré l'écoulement facile du pus, la température atteint ou dépasse 39°.

2° Dans les cas récents, ou attendra les effets de cette première mesure. Si, au bout de 3 jours, la fièvre n'est pas tombée, ou si, après une période athermique, la température remonte à des chiffres élevés et surtout si cette recrudescence s'accompagne de frissons, on procèdera sans retard à l'ouverture du sinus.

3° Si le cas est encore aigu mais non tout à fait récent, si par exemple la température se maintient élevée depuis un certain temps déjà, mais tout particulièrement quand cette occurrence se produira dans le cours d'une suppuration chronique, sans apparence de signes mastoïdiens et alors que l'hypothèse d'une complication méningitique aura été écartée par le résultat négatif de la ponction lombaire, dans ces conditions on procèdera, dès le premier acte opératoire, à l'ouverture du sinus, à moins qu'on n'ait constaté, chemin faisant, l'existence d'une suppuration péri-sinusienne, lésion parfaitement capable, d'après l'expérience de l'auteur, de produire un haut degré de fièvre.

4° Chez les jeunes enfants, tout en songeant à la possibilité d'une complication sinusienne, on n'accordera pas à l'élévation thermique, dans des circonstances semblables, la même signification qu'à un âge plus élevé.

L'ouverture chirurgicale du sinus est considérée par l'auteur comme une opération parfaitement inoffensive. Dans les cas où le vaisseau contient du sang liquide en circulation, l'arrêt de l'hémorragie par tamponnement ne présente pas de difficultés sérieuses, et quant à la crainte de produire artificiellement ainsi une thrombose infectante, l'auteur la croit absolument dénuée de fondement. Il rappelle à ce propos le résultat négatif des expériences d'EBERTH et de SCHIMMELBUSCH cherchant à réaliser des thromboses artificielles chez l'animal. Quant aux faits connus de production d'une thrombo-phlébite sinusienne à la suite de l'ouverture accidentelle du sinus latéral, il considère qu'ils ont été mal interprétés : d'après lui, la fièvre qui existait avant l'ouverture sinusienne doit faire admettre que déjà alors le vaisseau était le siège d'une thrombose infectieuse encore à l'état pariétal, qui ultérieurement devint oblitérante.

Nous ne mettons pas en doute la grande valeur des faits sur lesquels repose le travail de L. et nous pensons qu'il a fait œuvre éminemment utile en montrant l'innocuité de l'ouverture chirurgicale du sinus pratiquée dans des conditions rigoureuses d'asepsie et en établissant l'utilité d'y recourir avec moins de circonspection qu'on ne l'avait fait avant lui.

Mais est-ce à dire qu'après l'apparition de ce travail il ne doive rien rester des idées de KÖRNER sur le même sujet et notamment

de la distinction admise par lui et devenue pour ainsi dire classique, de deux formes de pyémie auriculaire, l'une presque fatalement mortelle en dehors de l'intervention chirurgicale, l'autre tendant habituellement à la guérison spontanée? Nous ne le croyons pas. Assurément KÖRNER a manqué de clarté dans l'exposé du substratum anatomique qu'il prête à cette dernière forme. Mais comment en serait-il autrement, alors qu'il s'agit d'accidents le plus souvent bénins auxquels manque par là même le contrôle de l'autopsie? Il y a donc quelque mauvaise grâce de la part de LEUTERT à exiger avec tant d'insistance la preuve de la *phlébite intra-osseuse* hypothétiquement admise par KÖRNER pour les faits de cet ordre.

Mais laissons là les hypothèses. A nous en tenir aux données de la pure clinique, il est un fait qui subsiste à la suite des travaux de KÖRNER, et cela reste son grand mérite et le grand service rendu par lui, c'est qu'à côté des accidents pyémiques auriculaires presque inexorablement graves manifestement liés à la phlébite du sinus latéral ou de la jugulaire, il est d'autres accidents à allure également pyémique quant aux caractères de la fièvre qui les accompagne, mais méritant d'être distingués des premiers par leurs rapports *habituels* avec une suppuration aiguë de l'oreille, par une localisation *habituellement* différente de leurs métastases, et surtout par leur tendance *habituelle* à la guérison spontanée. Que KÖRNER ait quelque peu forcé les traits de cette distinction, et que l'on ait signalé depuis des exceptions aux règles tracées par lui, nous n'en disconvenons aucunement. Mais quelle règle, quelle loi est donc absolue en médecine?

Pour nous, de sa contribution à ce sujet nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est qu'il existe un groupe d'accidents pyémiques auriculaires facilement reconnaissable à certains caractères cliniques tranchés et tendant, dans la grande majorité des cas, à la guérison spontanée. De ces faits nous avons recemment[1] publié deux remarquables exemples empruntés à notre pratique personnelle. Nous nous félicitons aujourd'hui de n'avoir ni dans l'un ni dans l'autre cas recouru ni à l'ouverture ni même à la dénudation du sinus, la guérison s'étant spontanément produite pour l'un comme pour l'autre, sans aucune autre intervention de notre part que la paracentèse tympanique et les mesures propres à antiseptiser la caisse et à assurer le drainage du pus.

LUC.

1. *Médecine moderne* (10 juillet 1897).

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des voies respiratoires supérieures. (Die Krankheiten der oberen Luftwege), par le professeur MORITZ SCHMIDT, de Francfort sur Mein, (2e édition publiée chez Julius Springer, éditeur à Berlin, janvier 1897).

Si nous nous trouvons quelque peu en retard pour annoncer l'apparition de la seconde édition du beau livre de Moritz Schmidt, c'est que nous avons tenu à en prendre une connaissance approfondie avant de le signaler aux lecteurs des « *Archives* ».

Qu'on n'attende pas cependant de nous un compte rendu détaillé de cet ouvrage, les traités classiques se prêtent mal à une analyse complète, au vrai sens du mot.

Nous voulons indiquer simplement ici dans quel esprit ce livre a été conçu.

La devise « Aus der Praxis für dei Praxis » qui figure en sous-titre sur le frontispice résume admirablement l'esprit en questio. Fruit d'une expérience pratique qui date aujourd'hui de plus de trente années, le traité du professeur M. Schmidt est destiné à guider les nouveaux venus de la rhino-laryngologie au milieu des difficultés de la pratique journalière de leur spécialité.

Pour bien marquer ce caractère essentiellement pratique de son livre, l'auteur paraît s'être appliqué à en bannir toute division artificielle. Considérant les fosses nasales, le pharynx et le tube laryngo-trachéal comme les divers étages d'une même région dont les divers processus pathologiques ne reconnaissent et ne respectent guère les limites respectives, il décrit en bloc toutes les affections susceptibles d'occuper simultanément ou successivement ces diverses cavités, ne morcelant sa description que pour nous montrer comment telle ou telle localisation se traduit par une symptomatologie spéciale.

Presque à chaque pas de cette longue incursion à travers le territoire aujourd'hui si vaste et si touffu de la pathologie des premières voies aériennes, l'attention du lecteur se trouve retenue en même temps que reposée par une remarque, une observation, un fait tirés de l'expérience personnelle de l'auteur et attestant son souci de ne parler, autant que possible, que de ce qu'il a vu ou expérimenté lui-même; et cela s'applique surtout au

traitement des affections décrites, car il n'est guère de méthode opératoire, d'instrument d'exploration ou de traitement, et même de nouveauté pharmaceutique dont l'auteur n'ait tenu à éprouver lui-même la valeur avant de lui faire les honneurs de l'admission dans son livre.

Ce caractère pratique sur lequel nous avons tenu à insister et auquel la première édition de l'ouvrage a certainement dû la plus grande part de son beau succès n'exclut pas l'intérêt scientifique. Il est même admirable de constater comment l'auteur a su, au milieu de sa vaste pratique, éviter de se laisser absorber par elle, suivant au contraire, de tout près, le mouvement scientifique de ces dernières années, tout particulièrement pour ce qui a trait aux applications de la bactériologie à notre spécialité.

Nous tenons, à ce propos, à faire remarquer que plusieurs des planches coloriées annexées à l'ouvrage sont consacrées à la représentation des diverses espèces microbiennes susceptibles de jouer un rôle actif dans la pathologie nasale ou pharyngo-laryngienne.

En somme nous pensons que les jeunes rhino-laryngologistes ne sauraient avoir de meilleur *vade-mecum* que le traité de Moritz Schmidt, et nous appelons de nos vœux le traducteur français qui rendra, à ses collègues et compatriotes non familiarisés avec la langue allemande, le service de leur permettre de puiser à cette excellente source d'enseignement.

LUC.

Les tumeurs malignes du larynx et leur traitement (Die Bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes), par le Dr JOHANN SENDZIAK, de Warschau (1 vol., 240 pages, 10 figures, chez J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1897).

Dans cet ouvrage l'auteur reproduit et complète principalement au point de vue thérapeutique, son travail publié en 1893 sous le même titre et couronné pour la Société médicale de Toulouse, au concours international.

Grâce à l'accueil favorable que la plupart des laryngologistes et chirurgiens ont réservé à son appel, M. S... a pu réunir des statistiques complètes.

Son livre est divisé en deux parties : l'une traite du Cancer (Carcinome), l'autre du Sarcome. L'auteur fait la nosographie complète de ces deux affections dont il donne un historique intéressant, et une bibliographie des plus détaillées.

La partie intéressante de ce travail consiste dans la thérapeutique qu'il divise en quatre périodes : 1° Nihilisme thérapeutique (avant 1873) ; 2° début de la thérapeutique rationnelle (de 1873, c'est-à-dire de l'époque où fut pratiquée la première laryngectomie totale par Billroth) ; 3° la période des grandes oscillations dans nos vues relativement à la thérapeutique du cancer du larynx (de 1881, c'est-à-dire à partir du congrès international de Londres : cette période comprend la maladie et la mort de l'empereur Frédéric III) ; enfin 4° la phase de la critique (de 1888 jusqu'à ces derniers temps).

La statistique de l'auteur comprend 452 cas de cancer du larynx et 50 de sarcome opérés par différentes méthodes. La *méthode endolaryngée* dans le cancer (32 cas dans la statistique de S.) donne 25 0/0 de résultats favorables, c'est-à-dire de cas dans lesquels il n'y avait pas de récidives au bout d'un an. Récidives 40,7 0/0. C'est une méthode recommandable dans certains cas (Carcinome polypoïde).

La *trachéotomie* n'a aucune valeur thérapeutique dans le cancer, elle n'a d'importance que comme traitement symptomatique ou comme opération préliminaire.

La *thyréotomie* (92 cas) est une méthode thérapeutique très importante, elle donne 21,7 0/0 de résultats favorables (dont 8,7 0/0 de guérisons définitives). Récidives 53,3 0/0. Elle n'est presque pas dangereuse (9,8 morts après l'opération). Cette méthode a aussi une valeur diagnostique (avant l'extirpation du larynx).

La *pharyngotomie sous-hyoïdienne* (8 cas) peut être exécutée avec succès dans les cancers de l'épiglotte, du pharynx, c'est-à-dire dans tous les cas de cancers extra-laryngés.

La *laryngectomie partielle* (110 cas) donne 22,7 0/0 de résultats heureux parmi lesquels 11,8 0/0 de guérisons définitives. Elle est certainement la meilleure méthode thérapeutique dans les cas appropriés. (Récidives 28,2 0/0, morts 26,3 0/0.)

La laryngectomie totale (188 cas) donne des résultats bien inférieurs. Succès 12,8 0/0 dont 5, 85 de guérison définitive. Toutefois il faut appliquer ce procédé sans hésitation dans tous les cas où il est indiqué. Il donne 32, 45 0/0 de récidives et 44,7 0/0 de morts. La cause la plus fréquente de la mort après la laryngectomie est la pneumonie infecteuse et le collapsus. L'auteur donne la technique opératoire de la laryngectomie et signale les différentes méthodes (PÉRIER, PÉAN, SOLIS, COHEN).

Il insiste sur l'importance du traitement consécutif aux opérations nécessitées par le cancer du larynx et en particulier sur l'alimentation du malade après l'opération.

Les *larynx artificiels* peuvent trouver leur emploi, bien qu'ils ne soient pas absolument nécessaires. Les indications, contre-indications de l'intervention opératoire dans le cancer du larynx ont une importance capitale. Il faut opérer aussitôt que possible. Comme contre-indication relative il n'y a qu'un processus pathologique très étendu (ganglions, pharynx, etc.), un état général très mauvais, des complications du côté des autres organes (surtout du côté des poumons).

Le sarcome est beaucoup plus rare que le cancer.

Les mêmes méthodes opératoires lui sont applicables, l'extirpation totale donne les meilleurs résultats : 36,3 0/0 succès dont 27,3 0/0 guérison définitive.

Les autres méthodes peuvent donner d'assez bons résultats. L'auteur d'après sa statistique est convaincu que dans les tumeurs malignes du larynx le traitement opératoire seul est rationnel et doit être appliqué dans la plupart des cas.

C. V.

Des exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise, par VICTOR URBANTSCHITSCH, professeur extraordinaire d'Otologie à l'Université, chef du service d'Otologie à la Polyclinique générale de Vienne, traduit par le Dr LÉON EGGER, préface du Dr LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; 1 volume, 185 pages, chez Maloine, éditeur, Paris, 1897.

La question des exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise est à l'ordre du jour. Née en France, avec Péreire et Itard, cette méthode thérapeutique fut peu à peu abandonnée chez nous et c'est d'Allemagne qu'elle nous revient.

Nous devons vivement féliciter le traducteur d'avoir permis au public médical français de parcourir le consciencieux travail d'Urbantschitsch. Ainsi les médecins et les familles pourront se rendre compte qu'il est coupable d'abandonner un enfant après quelques mois de soins otiques et dès que le diagnostic est posé. Il y a mieux à faire.

Chez les jeunes sourds, on doit cultiver ce qui reste d'audition par tous les moyens et non les laisser plongés dans le silence. Ces exercices on devra les commencer le plus tôt possible, car si l'on tarde trop, la besogne deviendra plus pénible. En effet, une fois l'audition réapparue, alors le sujet devra réapprendre à parler.

La lecture du livre d'Urbantschitsch est, somme toute, consolante, elle nous montre qu'il ne faut pas désespérer des pires surdités puisque, sur cent élèves de l'Ecole des sourds-muets de Vienne, trois seulement ont été reconnus absolument sourds.

Dans ce livre, gracieusement présenté, et précédé d'une humoristique préface du Dr Lermoyez, l'auteur décrit longuement sa méthode, indique les cas favorables aux exercices, fixe la durée de leur application et montre le résultat final ainsi que la valeur pratique de ce procédé thérapeutique. Avec l'auteur de la préface nous disons que si Urbantschitsch s'est occupé surtout des sourds-muets, on doit généraliser sa méthode et penser un peu à la légion des vieux sourds : « C'est fort bien de faire entendre les sourds-muets, écrit Lermoyez, mais ils se comptent. Tandis que c'est mieux de soulager les otites sèches, car elles sont innombrables ; ne sommes-nous pas à une époque où il faut avant tout se préoccuper d'améliorer le sort des masses? »

GEORGES GELLÉ.

Physiologie et pathologie de la respiration nasale,

par H. MENDEL (*Soc. d'éd. scient.*, Paris, 1897).

Dans ce travail, présenté au public médical par M. le professeur Gariel, l'auteur s'attache à établir et à prouver scientifiquement une théorie admise par la généralité des cliniciens mais à laquelle il manquait la consécration expérimentale que lui donne ici notre confrère et ami le Dr Mendel.

Le nez, dit-il, est l'organe naturel de la respiration, probablement parce qu'il réchauffe, humecte et filtre l'air inspiré, mais surtout parce qu'il est disposé de façon à laisser passer pour un temps égal et pour un effort inspiratoire égal, une plus grande quantité d'air que la bouche.

Presque toutes les affections nasales apportent un obstacle à la respiration par le nez, soit diurne, soit nocturne : en conséquence, presque toutes ces maladies comportent une absorption moindre d'oxygène ; la déperdition de l'oxygène est en relation directe avec le degré de l'obstruction nasale.

L'auteur a divisé son mémoire en deux parties :

Dans la première, essai de mécanique respiratoire, il cherche à fixer expérimentalement l'importance de l'orifice respiratoire au point de vue de la respiration.

Dans la seconde, partie clinique, il étudie l'insuffisance nasale et les conséquences qu'elle entraîne. GEORGES GELLÉ.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

PAR

Le Dr **M. GOULY.**

I. — **OREILLES.** — *De la sténose du conduit auditif externe consécutive aux opérations pratiquées dans les maladies de l'oreille moyenne*, par le Dr **A. G. Miller** (*The Lancet*, 15 mai 1897). — Parmi les complications qui viennent retarder la guérison de la plaie rétro-auriculaire dans les cas d'ouverture des cavités de l'oreille moyenne, une des plus ennuyeuses est la sténose du conduit auditif. Elle rend, en effet, le drainage complet très difficile, favorise la rétention du pus, et entrave par ce fait la marche régulière vers la guérison définitive. Cette sténose peut s'expliquer, soit par un épaississement inflammatoire post-opératoire des parois du conduit, soit par leur rétraction progressive quand les pansements ne se font, par oubli ou par négligence, que par l'ouverture rétro-auriculaire.

Pour parer à cet inconvénient, il faut maintenir le conduit largement ouvert, et l'auteur préconise dans ce but l'emploi de tubes métalliques de diamètres et de courbures appropriés, que l'on introduit par le conduit jusqu'au fond de la plaie et dans lesquels on fait pénétrer une mèche de gaze antiseptique qui assure l'écoulement des produits de sécrétion. Les pansements doivent être renouvelés tous les jours et chaque fois le tube est enlevé, nettoyé, puis remis en place.

Suppuration mastoïdienne suivie de pyémie du sinus latéral, traitée par l'excision partielle du sinus et la ligature de la veine jugulaire interne dans le cou, par les Drs **Mayo Robson**, et **Herbert Keighley** *The Lancet*, 6 février 1897). — Homme de 37 ans, atteint depuis son enfance d'une otite moyenne suppurée. L'écoulement était intermittent, et toujours précédé de céphalée violente et de vives douleurs dans l'oreille. Ecoulement continu et mélangé du sang du mois de juillet au mois d'octobre 1895. Le 27 octobre cessation brusque de l'écoulement et, trois jours après, fièvre élevée avec fortes douleurs dans la moitié droite de la tête. La paracentèse donne issue à du pus fétide. Deux jours après, grand frisson le matin suivi d'un second frisson six heures plus tard, et d'un troisième trois heures après. L'apophyse mastoïde est alors ouverte. Le sinus latéral était dénudé et baignait dans le pus. Désinfection soigneuse de la cavité osseuse et des parois du sinus. Onze jours plus tard nouveau frisson et ascension brusque de la température. La brèche

osseuse est agrandie, le sinus est dénudé jusqu'au pressoir d'Hérophile, ouvert, curetté, et tamponné. A la partie inférieure de la plaie, la veine jugulaire est mise à nu jusque dans le cou, et ouverte entre deux ligatures. Pansement iodoformé. Depuis cette intervention le malade alla de mieux en mieux jusqu'au jour de la guérison définitive.

De l'otite moyenne suppurée chronique, par le Dr **R. Moss** (*Med. Record*, 27 février 1897). — Lorsque, dans une otite moyenne, la suppuration s'éternise malgré le traitement approprié dirigé contre sa cause probable (polypes, fongosités, carie osseuse, cholestéatome) il faut, malgré le peu ou même l'absence de phénomènes généraux auxquels donne lieu l'affection, ne pas hésiter à aller à la recherche du foyer infectieux dans les régions les plus profondes, c'est-à-dire que l'opération de Stacke doit être la règle ; la temporisation est inutile et dangereuse. Plus tôt on opère, plus vite le malade est guéri.

Hyperostoses du conduit auditif externe chez une malade atteinte depuis longtemps d'otite moyenne suppurée, par le Dr **J. Dunn** (*The Virginia Med. Semi-Monthly*, 26 février 1897). Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans, atteinte depuis plus de treize ans d'otite moyenne suppurée accompagnée de polypes d'abord, puis d'hyperostoses multiples du conduit. Cette dernière complication ayant rétréci le conduit au point d'y rendre impossible même l'introduction d'un stylet, il se produisit à un moment donné des phénomènes de rétention du pus accompagnés de paralysie faciale qui rendirent nécessaire l'ouverture large de l'oreille moyenne par la voie mastoïdienne. La malade guérit complètement après l'abrasion totale des hyperostoses, et des curettages répétés des polypes. Pour l'auteur, cette longue suppuration était due à la dégénérescence polypiforme fongueuse de la muqueuse de la caisse, dégénérescence qui avait gagné peu à peu le tissu osseux du conduit.

Abcès mastoïdien se prolongeant sur le trajet du sinus latéral, par le Dr **W. Flanders** (*Med. Record*, 17 avril 1897). — L'observation a trait à une dame souffrant de douleurs d'oreille intenses à la suite d'une attaque d'influenza. Au bout de quelques jours, perforation au niveau du quadrant supérieur et postérieur, et suppuration accompagnée deux jours après de paralysie faciale. Ouverture de l'apophyse mastoïde : après décollement du périoste on constate que les cellules mastoïdiennes sont entièrement détruites, et ne forment plus qu'une vaste cavité pleine de pus. Le sinus latéral est dénudé sur une longueur de deux pouces et baigne dans le pus. Curettage. Désinfection minutieuse de la plaie et des parois du sinus. Pansement à la gaze iodoformée. Guérison.

Ce cas, dit l'auteur, est à ajouter à la liste de ceux déjà publiés, dans lesquels on ne peut, d'après les signes extérieurs, préjuger de l'étendue des lésions profondes.

Rapports de la diathèse goutteuse avec les maladies de l'oreille, par le Dr **A. Buck** (*Med. Record*, 22 mai 1897). — Les manifestations auriculaires de la diathèse goutteuse, peu étudiées jusqu'à présent, sont, d'après l'auteur, plus fréquentes qu'on ne le croit. Les sept observations qu'il publie à ce sujet lui paraissent assez probantes pour conclure à incriminer la goutte comme cause première des lésions de l'oreille dans une proportion assez importante de cas.

Les lésions observées sont assez variables comme siège et comme nature. La première, la moins grave, c'est l'eczéma du lobule ou du conduit, soit limité à la partie la plus externe du conduit, soit diffus, et occupant jusqu'aux parties les plus profondes. A un degré de plus, l'os sous-jacent est attaqué, et on remarque à sa surface des productions calcaires plus ou moins abondantes, analogues aux tophus des doigts. Enfin, le tympan d'abord, puis la muqueuse de la cavité tympanique peuvent être affectés. On remarque alors sur la membrane des épaississements, ou des masses dures qu'il est parfois très difficile d'enlever. Dans la caisse on trouve des fongosités, des polypes, surtout au niveau des deux fenêtres.

Vu le caractère rebelle de ces lésions, il faut, outre un traitement local énergique, apporter la plus grande attention au traitement général.

Mastoïdite, par le Dr **Bacon** (*Med. Record*, 22 mai 1897). — Statistique de vingt cas de trépanation de l'apophyse mastoïde tant chez les enfants que chez des adultes. Parmi les symptômes de la mastoïdite, B. en considère deux comme une indication opératoire formelle : une poussée de mastoïdite aiguë au cours d'une otite moyenne suppurée chronique; la persistance de la suppuration chez un malade atteint de perforation de la membrane de Shrapnell.

II. — NEZ. — SINUS. — *Étude clinique de la syphilis nasale*, par le Dr **Dunbar Roy** (in *South. Med. Record*, janvier 1897). La syphilis se manifeste dans le nez sous forme d'accidents primitifs, secondaires, ou tertiaires.

L'accident primitif est très rare : c'est presque toujours une érosion de l'aile du nez provoquée par l'ongle. La muqueuse est moins souvent atteinte. Le diagnostic est difficile à poser d'une façon certaine : l'engorgement des ganglions submaxillaire et sublingual est un bon signe de probabilité.

Les manifestations secondaires présentent trois variétés : l'érythème, le condylôme, l'ulcération ; cette dernière variété n'est qu'une phase de transition entre l'accident secondaire et l'accident tertiaire.

L'érythème s'accompagne de rhinite plus ou moins intense avec ou sans adhérence du cornet à la cloison.

La variété condylomateuse est plus rare et est presque toujours suivie de l'ulcération superficielle de la muqueuse.

Les accidents tertiaires sont plus faciles à reconnaître en raison de l'étendue des lésions auxquelles ils donnent lieu. L'ulcération, d'abord limitée à la muqueuse, gagne la profondeur, s'attaque au périoste, puis à l'os : la cloison se perfore, des séquestres se forment, entraînant des déformations considérables, quelquefois même la destruction totale de l'organe.

Le traitement doit être général et local. Pendant les deux premières périodes il faut administrer le mercure avant d'avoir recours à l'iodure de potassium ; les accidents tertiaires avec lésions osseuses ne sont justiciables que de l'iodure de potassium. Localement, il faut nettoyer les fosses nasales avec le plus grand soin, au moyen d'une solution de bicarbonate de soude à laquelle on ajoute deux gouttes d'acide phénique. Les ulcérations doivent être cautérisées de préférence avec le nitrate d'argent.

Un cas de kyste nasal, par le Dr **F. J. Chamberlin** (*The Virginia Med. Semi-Monthly*, 23 avril 1897). — Observation d'un homme de 42 ans se plaignant d'obstruction nasale croissante. La rhinoscopie postérieure fit constater dans le naso-pharynx une tumeur de consistance molle, pédiculée, implantée sur la partie postérieure du cornet moyen, remplissant tout le côté droit du pharynx et projetant en avant le voile du palais. Ablation à l'anse. Cautérisation du point d'implantation avec l'acide chromique. Guérison.

Le kyste contenait un liquide semi-muqueux, ayant à peu près la consistance du blanc d'œuf.

Nouvelle méthode de traitement de l'hypertrophie des cornets, par le Dr **Bryson Delavan**. (*Med. Record*, 23 mai 1897.) — L'auteur préconise l'emploi des incisions sous-muqueuses. Après cocainisation préalable, on glisse un couteau à lame fine sous la muqueuse que l'on débride, et l'on retire le couteau en ayant soin de ne pas agrandir l'incision première. Il faut ensuite faire des applications de cocaïne sur la muqueuse pendant plusieurs heures et laisser l'hémorragie s'arrêter d'elle-même.

Bref exposé de recherches bactériologiques sur le mucus nasal dans cent cas d'écoulement nasal chronique, plus spécialement au point de vue de la présence du bacille de KLEBS-LOEFFLER, par le Dr **E. Vanrant** (*Philad. Polyclinic*, 13 mars 1897). — Cette étude sommaire, dont l'auteur publiera ultérieurement les détails complets, porte sur cent malades dont 25 étaient atteints de rhinite chronique atrophique, 31 de rhinite chronique hypertrophique, 14 de rhinite chronique simple, 16 de rhinite chronique purulente, 7 de syphilis nasale, 2 de maladie des sinus accessoires, 4 de rhinite aiguë, 1 de rhinite fibrineuse.

On trouva le bacille de la diphtérie chez 26 malades. Chez les autres, on rencontra les différentes variétés de staphylocoque, quelquefois le leptothrix. Chez quelques-uns des malades, on put retrouver la cause première de l'infection diphtérique ; presque toujours c'était un des membres de leur famille qui avait été atteint quelque temps auparavant et auprès duquel ils n'avaient cessé de vivre. L'aspect extérieur de ces malades, le bénéfice qu'ils retirèrent du traitement général, font croire à V. qu'il y a probablement là une toxémie chronique légère provoquée par l'infection de la muqueuse nasale.

Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par le **Pr Foucher** (*Union Méd. du Canada*, février 1897). — Il s'agit d'un cultivateur de 51 ans frappé à la région de l'œil par une branche d'arbre. Il existait une large ouverture à la partie inférieure de l'orbite avec dénudation de la paroi inférieure de l'orbite, et enfoncement de cette paroi dans le sinus maxillaire. La suppuration continuant malgré le traitement institué, le sinus maxillaire est ouvert : on y rencontre des masses de tissu granuleux qu'on enlève à la curette, et un morceau de bois ayant une attache profonde vers le sommet de l'orbite; ce corps étranger est enlevé avec une pince, quelques jours plus tard on en enlève un second. Une sonde introduite dans le fond de la plaie pénètre jusqu'à 6 centimètres; sa direction est d'arrière en avant, de dehors en dedans, sur un plan presque horizontal avec le bord inférieur de l'orbite. Le traumatisme a donc intéressé la voûte du sinus maxillaire, le massif de l'ethmoïde, et en dernier lieu le sinus sphénoïdal à la face interne duquel le corps étranger a été s'arrêter.

Actuellement le malade va bien, mais il lui reste de la diplopie et de l'amblyopie causées par l'affaissement du plancher de l'orbite et les changements dans les rapports de la réfraction des différents méridiens de la cornée.

III. — LARYNX. — *Lupus primitif du larynx*, par le Dr **E. Mayer** (*Med. Record*, 22 mai 1892). — M. communique deux observations qu'il fait suivre des conclusions suivantes : Le lupus primitif du larynx existe. C'est une affection indolore, et qui peut rester méconnue pendant des années. Les bacilles de la tuberculose s'y rencontrent, mais en petit nombre. Ses rapports paraissent être plus grands avec la syphilis qu'avec la tuberculose. L'absence de brides cicatricielles est la caractéristique du lupus. Le pronostic est relativement bon.

Un cas de tumeur sous-glottique causant une dyspnée considérable, enlevée, après trachéotomie, au moyen de la curette, par le Dr **J. Farlow** (*Med. Record*, 22 mai 1897). — La tumeur en question était un fibrome bilobé du côté droit, unilobulé du côté gauche, implanté sur la trachée dont il occupait une grande partie, et dont il

rétrécissait la lumière au point de rendre presque impossible le passage de l'air.

Trois cas complexes de maladie du larynx : tuberculose, syphilis, épithélioma, par le Dr **Ch. Knight** (*Med. News*, 5 juin 1897). Le premier cas, tuberculose laryngée simulant une affection maligne, est celui d'un homme de 60 ans présentant tous les signes d'un cancer du larynx, infiltration et immobilité de la moitié gauche du larynx, avec une tumeur sessile implantée sur la bande ventriculaire gauche, et engorgement des ganglions du cou. L'aile gauche du cartilage thyroïde était sensible à la pression, et la douleur se propageait à l'oreille gauche. Au bout de quelque temps, apparition des premiers signes de tuberculose pulmonaire, envahissement du côté droit du larynx par l'infiltration d'abord, puis par l'ulcération, extension des lésions aux aryténoïdes et à l'épiglotte. Mort par tuberculose généralisée.

La seconde observation, tuberculose laryngée compliquée de syphilis latente, a trait à un homme qui, quatre ans auparavant, avait eu la blennorrhagie et une ulcération du frein. Le malade maigrissait, toussait beaucoup ; son larynx était hyperémié ; on remarquait une ulcération superficielle sur le bord gauche de l'épiglotte et du pli aryépiglottique adjacent. Quelques mois plus tard, extension brusque des lésions tuberculeuses, puis apparition sur la paroi postérieure du pharynx d'une ulcération si typique que le malade est soumis au traitement spécifique. Le larynx est badigeonné avec l'acide lactique. Au bout d'une année, l'état général était excellent, le larynx était guéri. Sur le pharynx on remarquait des brides cicatricielles caractéristiques d'une syphilis ancienne.

L'arrêt du processus tuberculeux est attribué par K. d'abord au traitement général et local, et à l'antagonisme probable des diathèses syphilitique et tuberculeuse chez un même individu.

Dans le troisième fait, épithélioma du larynx marqué par une rémission marquée des symptômes, il s'agit d'une dame de 40 ans se plaignant depuis 14 mois de raucité de la voix avec douleur continue au niveau du larynx, et léger degré de dysphagie. On constatait sur le tiers antérieur de la corde vocale droite une tumeur à surface irrégulière. La bande ventriculaire, le pli ary-épiglottique, l'épiglotte étaient épaissis. Le côté droit du larynx était immobile. Un morceau de la tumeur fut enlevé avec la pince de Mackenzie : c'était un épithélioma. L'opération, laryngotomie, fut remise en raison de l'état de grossesse avancée de la patiente. Depuis ses couches, la malade va beaucoup mieux. La tumeur n'a pas augmenté de volume. Pas de dyspnée. La voix est revenue. Actuellement, l'état est assez bon pour qu'il n'y ait pas lieu de proposer à nouveau l'opération.

IV.—PHARYNX.—*Cas d'amygdalite folliculaire due à une infection provoquée par le lait*, par le Dr **Grey-Edwards** (*The Lancet*, 12 juin 1897). — Huit malades, tant enfants qu'adultes, furent atteints successivement d'amygdalite folliculaire type à la suite d'ingestion de

lait qu'ils prenaient tous à la même ferme. Le lait de chaque vache fut analysé par le Dr Severn; celui de l'animal infecté contenait des staphylocoques et des streptocoques. Les personnes qui avaient bu de ce lait en le faisant bouillir tout d'abord n'éprouvèrent aucun accident.

Des diathèses comme origine des végétations adénoïdes chez l'enfant, par le Dr **H. Mulford** (*Med. Record*, 23 janvier 1897). — En dehors de la tuberculose et de la syphilis dont l'influence héréditaire est hors de doute, les autres diathèses dont sont atteints les parents peuvent être chez les enfants la cause première de l'hyperplasie du tissu normal du naso-pharynx. C'est en effet à ce niveau que les chances d'infection sont les plus grandes, et la résistance du tissu normal peut être considérablement diminuée sous l'influence d'un trouble de la nutrition ou de la circulation. C'est dans ces cas que l'on voit les enfants atteints de végétations adénoïdes présenter des récidives lorsqu'après l'opération on ne les soumet pas à un traitement général approprié.

Cancer primitif du naso-pharynx guéri par des injections d'alcool, par le Dr **E. Kuh** (*Med. Record*, 17 avril 1897). — Le malade qui fait le sujet de cette intéressante observation était âgé de 37 ans, souffrant depuis son enfance de catarrhe naso-pharyngien avec poussées intermittentes d'amygdalite. A l'âge de 21 ans l'une de ces poussées aiguës fut suivie d'un phlegmon de la face et du cou qui s'ouvrit au niveau de la région cricoïdienne. L'examen du pharynx révéla l'existence d'une tumeur de consistance molle du côté droit, globuleuse et dure du côté gauche, remplissant la presque totalité du naso-pharynx.

Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés des deux côtés. Par suite de circonstances particulières, le malade resta plusieurs mois sans pouvoir se faire opérer et ce ne fut qu'en juillet 1896 que l'on pratiqua l'ablation du néoplasme dont l'examen microscopique montra la nature carcinomateuse. Une semaine après, la tumeur se reformait, et elle avait repris son volume primitif un mois plus tard. Se rappelant alors les beaux succès de Hasse (de Nordhausen) dans le traitement du cancer du sein par les injections d'alcool, l'auteur essaya cette méthode. Les injections furent commencées en octobre 1896; elles étaient pratiquées, sous le contrôle du miroir, par la voie nasale au moyen d'une seringue de Pravaz à laquelle était fixée une longue aiguille. Fort douloureuses, elles étaient répétées deux fois par semaine. La régression de la tumeur commença après la septième injection; elle fut complète après une douzaine d'injections de plus. En février 1897, l'examen du pharynx montra qu'il ne restait plus trace de la tumeur.

Remarques sur les végétations adénoïdes, avec observations à l'appui, par le Dr **J. James** (*Med. Record*, 17 avril 1897). — Les végétations adénoïdes peuvent, dans certains cas, outre les désordres

habituels qu'elles provoquent dans l'organisme, être la cause première d'accidents plus rares. C'est ainsi que l'auteur a vu des enfants, dont il publie les observations, traités pendant longtemps pour de l'hypertrophie des cornets, de l'incontinence d'urine, du spasme laryngé, des convulsions hystériformes, guérir après l'ablation de végétations dont l'existence avait été méconnue. J. insiste sur la présence simultanée des végétations et des grosses amygdales, et recommande de toujours pratiquer le toucher du naso-pharynx en présence d'enfants souffrant d'obstruction nasale, de quelque cause qu'elle paraisse être, ou de troubles auriculaires. L'opération doit toujours être faite sous le chloroforme, avec la pince d'abord, puis avec la curette.

Pseudo-sarcôme de l'amygdale, par le Dr **Bryson Delavan** (*Med. Record*, 22 mai 1897). — Homme de 43 ans souffrant de la gorge depuis deux mois. L'amygdale gauche était un peu hypertrophiée, présentant une érosion centrale, tandis que le reste de la glande était induré. Les ganglions cervicaux étaient légèrement engorgés. Ablation d'un morceau de la tumeur. Malgré le caractère sarcomateux démontré par le microscope, D. soumit le malade à l'iodure de potassium et enleva le reste de la tumeur à l'anse froide. L'usage prolongé de l'iodure amena la guérison complète, et, à l'heure actuelle, il n'y a pas trace de récidive.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

PAR

M. BAROZZI,

Interne en médecine des Hôpitaux de Paris.

I. — OREILLES. — K. Weissgerber. — *Thrombose du sinus latéral consécutive à une otite moyenne suppurée et terminée par la guérison* (*Deut. med. Woch.*, 1897, 3 juin, n° 23, p. 357). — Il s'agit d'une femme âgée de 20 ans. Au moment où l'auteur eut l'occasion de l'examiner, elle se trouvait dans un état assez inquiétant : frissons violents et répétés, température à 40°, pouls accéléré, écoulement purulent abondant par l'oreille droite, douleur vive à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde du même côté, faiblesse générale assez marquée, etc. On porta naturellement le diagnostic d'otite moyenne suppurée avec participation probable des cellules mastoïdiennes, et, dès le lendemain, une intervention chirurgicale fut décidée : mise à nu de l'apophyse, débridement de l'os avec la gouge et le maillet, etc. Il s'écoule un peu de pus sans odeur. Les jours suivants, pas d'amélioration. On résolut alors de pénétrer dans la cavité cranienne, ce qui fut fait sans difficulté notable : on trouva du pus collecté entre la paroi du sinus latéral et l'os; l'incision fut alors agrandie, la veine jugulaire liée, et la paroi du sinus ouverte ; il s'écoula du pus en assez grande importance. Pansement avec des mèches iodoformées. A la suite de cette opération, les phénomènes généraux s'amendèrent, puis disparurent complètement. Au bout d'un mois et demi, la plaie était presque entièrement cicatrisée.

En terminant l'auteur recommande expressément de ne pas attendre l'éclosion de phénomènes graves, l'apparition du gonflement et de la rougeur au niveau de l'apophyse mastoïde, pour se décider à une intervention; il est partisan convaincu du débridement précoce : c'est à ce prix qu'on a des chances de sauver les opérés.

V. Lange, de Copenhague. — *Diagnostic des perforations du tympan* (*Therap. Monatshefte*, 1897, n° 4, p. 211). — On sait qu'il n'est pas toujours aisé de reconnaitre s'il existe une perforation du tympan. Pour faire ce diagnostic, l'auteur a, depuis quelque temps, recours à un petit artifice assez ingénieux. Il se sert de l'appareil imaginé par Kafemann pour les irrigations nasales ; à l'aide d'un tube en

caoutchouc, l'oreille suspecte est reliée à l'une des tubulures de l'instrument dans lequel on a versé quelques gouttes du mélange suivant : menthol 4 gr., eucalyptol 2 gr. 50, terpinol 2 gr., huile de térébenthine 1 gr.; on chauffe à la lampe à alcool, puis on met en œuvre le procédé de Valsava ; on voit aussitôt le contenu de l'appareil s'échapper par la tubulure libre sous forme de vapeurs projetées avec une certaine force. Cette expérience est décisive : elle permet d'affirmer l'existence de la perforation tympanique cherchée.

J. Gruber, de Vienne. — *Un cas de kyste de l'oreille* (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1897, n° 16, p. 175). — L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un homme âgé de 49 ans, tuberculeux avéré, et atteint de troubles de l'ouïe du côté droit. A l'examen, on constatait la présence d'une tumeur de consistance élastique au niveau de la moitié latérale droite du naso-pharynx ; la trompe d'Eustache du même côté était complètement oblitérée. Le malade se plaignait de bourdonnements d'oreille et d'une diminution notable de l'acuité auditive.

Cet homme ne tarda pas à succomber aux progrès de sa tuberculose. A l'autopsie, on trouva un kyste gros comme une noisette, à contenu franchement séreux, implanté dans la fossette de Rosenmuller : de ce point, la tumeur faisait saillie en bas et en avant et venait comprimer la portion cartilagineuse de la trompe. Il va sans dire que si le malade avait vécu, son kyste eût été justiciable de l'intervention chirurgicale. L'auteur termine en attirant l'attention sur la rareté des productions de cette sorte.

W. Antow, de Prague. — *Un cas d'atrésie congénitale du conduit auditif externe, avec malformation du pavillon et bec de lièvre* (*Prager med. Woch.*, 1897, n° 20, p. 235). — Il s'agit d'un nouveau-né ayant succombé à une pneumonie dix-neuf jours après l'accouchement. Du côté gauche, l'organe de l'ouïe était normal dans sa totalité, tandis que du côté droit, on trouva des anomalies très curieuses qui, au dire de l'auteur, n'ont pas encore été signalées.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et toute la région temporale droite soumise à un examen des plus minutieux.

Le labyrinthe était normalement conformé ainsi que le reste de l'oreille interne. Dans l'oreille moyenne, les dimensions de la caisse étaient réduites à des proportions insignifiantes; les osselets étaient d'une petitesse extrême; absence complète de tympan et d'anneau tympanique ; trompe d'Eustache incomplètement développée ; l'antre mastoïdien faisait complètement défaut; il y avait, d'ailleurs, arrêt de développement de tout le temporal.

Du côté de l'oreille externe, on observait aussi des difformités remarquables : le pavillon était renversé en bas et en avant et adhérait à la peau de la joue par la partie supérieure du bord postérieur de l'hélice, de sorte que l'orifice du conduit autitif externe se trouvait

réduit à une simple fente ; la portion cartilagineuse du conduit auditif externe était elle-même incomplètement développée.

Enfin, il existait au niveau l'os maxillaire supérieur droit une fissure large de 1 centimètre, intéressant à la fois les parties molles et le squelette ; cette fissure se prolongeait d'avant en arrière, à travers toute l'étendue du plancher des fosses nasales et comprenait en même temps le voile du palais et la luette.

II. — NEZ ET PHARYNX. — Moriz Weil, de Vienne. — *Traitement des sinusites suppurées et, en particulier, des sinusites maxillaires* (*Wien. med. Woch.*, 1897, avril et mai). — Dans ce travail, fort intéressant, mais incomplet, l'auteur divise les sinusites, au point de vue thérapeutique, en deux catégories bien distinctes : sous l'une, il range toutes celles qui cèdent rapidement aux moyens habituellement employés pour les guérir ; sous l'autre, il comprend celles qui résistent aux traitements les plus variés. Quelle est la cause de cette différence? A son avis, les sinusites facilement curables sont celles dans lesquelles les lésions sont nettement circonscrites, limitées à la cavité sinusiale que l'on traite, tandis que les sinusites suppurées rebelles sont des sinusites compliquées, c'est-à-dire que le processus intéresse plusieurs cavités à la fois ; prenons pour exemple un cas de sinusite maxillaire invétérée ; il suffira, le plus souvent, de se livrer à une exploration un peu minutieuse pour découvrir qu'il existe du pus, non seulement dans l'antre d'Highmore, mais encore dans la plupart des cavités analogues, lesquelles, on le sait, communiquent toutes entre elles, de sorte qu'en se bornant à traiter les lésions apparentes, on permet au processus de poursuivre son évolution au niveau de ses localisations secondaires qui ont échappé à l'examen, d'où les réinfections et les récidives, etc. Bien plus, M. Weil est convaincu que, dans les cas rebelles sur lesquels il insiste tant, le point de départ de l'affection réside, au moins chez la plupart des sujets, dans la portion labyrinthique de l'ethmoïde ; c'est donc sur cet os que doit se porter, dès le début, toute l'attention du médecin ; c'est l'ethmoïde qu'il faudra explorer tout d'abord, c'est lui qu'il importera de traiter sans retard, dès que l'existence de lésions aura été décelée à son niveau. Malheureusement, on n'y pense que bien rarement.

L'auteur s'appuie, pour justifier sa manière d'expliquer les faits, sur un assez grand nombre d'observations qui ne manquent pas d'intérêt.

D'ailleurs il compte revenir sur cette importante question dans un travail qui doit paraître prochainement.

Kayser, de Breslau. — *Rapports de l'ozène avec les adénoïdites* (*Wien. Klin. Rundschau*, 1897, n° 9, p. 138). — Quelques auteurs ont voulu trouver des relations de cause à effet entre l'ozène et les végétations adénoïdes du pharynx nasal. Les uns, avec Grünwald, ont soutenu que l'ozène méritait d'être considéré comme une compli-

cation directe des adénoïdites, et, à l'appui de cette assertion, ils citent des cas dans lesquels l'ablation des végétations fut suivie de la disparition des croûtes et de la fétidité. D'autres, avec Ziem, ont prétendu, au contraire, que c'était l'ozène qui favorisait l'apparition des végétations adénoïdes. Enfin, quelques auteurs avec Wyss et Schestakow, ont avancé que ces deux affections étaient en quelque sorte, antagonistes, ou, plus exactement, que l'amygdale pharyngée et les amygdales palatines elles-mêmes étaient notablement atrophiées chez les individus atteints d'ozène.

Schestakow va même plus loin et soutient que les ozéneux n'offrent jamais d'adénopathie cervicale, et que cette absence d'engorgement ganglionnaire suffit à elle seule pour affirmer le diagnostic.

M. Kayser avoue que cette dernière opinion le séduit infiniment; pour lui, il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, ce qui ne l'empêche pas d'être assez embarrassé pour donner de cette relation une explication pathogénique satisfaisante. Il ne lui répugne pas d'admettre que ces deux affections se développent sur des terrains essentiellement différents; et, pour ainsi dire, opposés; ainsi, l'ozène se manifesterait surtout chez des sujets dont le système lymphatique est peu développé, chez des personnes pourvues d'un nez petit, arrondi et un peu épaté, etc.; enfin, chez l'ozéneux, l'angle frontal serait de 73,6, l'angle nasal de 62,8 et l'index céphalique de 68,6, tandis que chez les adénoïdiens on relèverait, par ces mêmes mensurations, les chiffres suivants : 65,9; 51,5; 66.

En dépit de ces déductions plus ou moins ingénieuses, Kayser finit par reconnaître que ce ne sont là que simples hypothèses; il termine en admettant que sans un microoganisme, qui reste encore à découvrir, l'ozène n'existerait pas.

L. Rethi, de Vienne. — *Traitement de l'ozène par l'électrolyse* (*Wien. Klin. Rundschau*, 1897, n° 10, p. 155). — L'auteur considère ce mode de traitement comme le seul capable, non seulement d'améliorer, mais même de guérir cette triste infirmité, qui, à son avis, doit être comprise dans la catégorie des trophonévroses. En effet, c'est en agissant sur les extrémités nerveuses de la pituitaire que l'électrolyse arrive à triompher de cette affection qui, jusqu'ici, s'est montrée fatalement rebelle à tous les traitements connus.

Rethi a eu l'occasion d'appliquer cette méthode thérapeutique dans 8 cas; sept de ces malades ont été améliorés d'une façon surprenante; un seul a complètement guéri; en somme, il n'a pas eu un seul insuccès réel à déplorer.

Ses expériences lui permettent de conclure que, traité de bonne heure, l'ozène est susceptible de guérison; seuls les cas anciens, invétérés, restent incurables.

En ce qui concerne la durée de l'application ainsi que l'intensité du courant à utiliser, l'auteur est d'avis qu'il faut s'en rapporter à la susceptibilité individuelle des sujets. C'est ainsi qu'il a toujours procédé, sans avoir jamais enregistré le moindre accident. Le plus souvent la

durée de l'application n'a pas dépassé 5 à 10 minutes ; après cocainisation préalable des parties, il plante l'aiguille positive (en cuivre), dans le cornet moyen, et l'aiguille négative (en platine) à la partie inférieure du septum des fosses nasales.

O. Schwidop, de Carlsruhe. — *Du massage de la pituitaire, de la muqueuse naso-pharyngienne et de la muqueuse du pharynx* (*Allg. med. Central-Zeitung* 1897, 5 mai, n° 36, p. 443). — L'auteur est convaincu que le massage de ces muqueuses, exécuté sous forme de petits frottements, peut rendre de réels services dans un certain nombre d'affections rebelles aux traitements habituellement employés. Il y a eu recours dans un très grand nombre de cas, et notamment chez des personnes atteintes de coryzas chroniques invétérés, de catarrhes naso-pharyngiens, de pharyngites chroniques, etc. Il cite, à l'appui de ses affirmations, un nombre assez considérable d'observations qui semblent concluantes.

Quant au mécanisme suivant lequel agirait cette sorte de massage pour amener la guérison, Schwidop avoue qu'il lui est impossible pour le moment de trancher la question : il se borne à rapporter des faits et attend de recherches et d'expériences ultérieures la solution de cet intéressant problème de thérapeutique.

P. Bergengrün, de Riga. — *De la valeur thérapeutique des irrigations nasales* (*Therap. Wochenschrift*, 1897, n° 14, p. 328. — De l'examen d'un grand nombre de faits cliniques et expérimentaux, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Chez les très jeunes enfants, ces irrigations devront être faits avec beaucoup de circonspection et par une personne exercée dans cette manœuvre ; il est essentiel de pousser le liquide avec beaucoup de précaution et empêcher le malade d'éternuer aussitôt le lavage fait.

2° Pendant le passage du liquide à travers les fosses nasales, il faut recommander au malade de ne pas parler, de n'exécuter aucun mouvement de déglutition ; mais si cela venait à se produire en dépit de la bonne volonté du malade, il faudra suspendre l'irrigation ; il sera bon de procéder de même toutes les fois que, pendant le lavage, le malade accusera une sensation anormale quelconque dans les oreilles.

3° Il importe de pratiquer ces irrigations en poussant une petite quantité de liquide à la fois, d'une manière progressive, et en observant une petite pause après le passage de 5 à 10 grammes.

4° En ce qui concerne le liquide employé pour ces irrigations, l'auteur insiste sur les particularités suivantes : la température devra osciller autour de 24° centigr. ; on se servira surtout des solutions boriquées à 1 ou 2 pour cent, de solutions de borate de soude, de chlorure de sodium, etc.

Quant au choix de l'instrument destiné à faire les irrigations en question, il est loin d'être indifférent. L'auteur se montre peu enthousiaste de la seringue au caoutchouc, du syphon de Weber ; il leur

préfère le Politzer, tout en accordant la première place à l'irrigateur de Frankel, auquel Moritz Schmidt a apporté quelques modifications assez importantes.

En terminant, Bergengrün déclare que la pratique des irrigations nasales rend tous les jours de grands services, à la condition d'en bien observer les indications et de ne les mettre qu'entre des mains de spécialistes rompus à cette manœuvre, qui, mal exécutée, peut donner lieu à de sérieux accidents.

Max Reichert, de Berlin. — *A propos des ethmoïdites chroniques* (*Wiener Klin. Rundschau*, 1897, 9 mai, n° 19, p. 307). — L'ethmoïdite chronique est une affection relativement fréquente, mais encore assez mal connue. On observe des formes légères et des formes très graves. Quoi qu'il en soit, dans l'immense majorité des cas, elle se manifeste à la suite d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique et paraît déterminée par l'action des microorganismes de l'affection primitive. Elle débute par une inflammation de la muqueuse qui tapisse les cellules ethmoïdales.

L'auteur décrit trois phases à cette maladie. La première est caractérisée par de l'obstruction nasale, avec écoulement assez abondant de mucosités claires, accompagnées de maux de tête et, parfois, d'injection conjonctivale. A ce moment, l'examen rhinoscopique permet de constater que la muqueuse du méat moyen est rouge, tuméfiée et épaissie ; au microscope l'auteur a décelé la présence de productions papillomateuses et kystiques disséminées; la muqueuse est épaissie dans sa totalité; il existe, par places, un certain degré d'hyperplasie de la couche choriale.

A la seconde période de l'affection, on trouve de véritables formations papillaires et polypoïdes dans l'intérieur des cellules ethmoïdales; les troubles fonctionnels de la première période se sont aggravés. Dans ces conditions, le débridement de l'ethmoïde à travers le méat moyen, l'extirpation de ces petits polypes et l'ablation des cellules malades peuvent donner lieu à des guérisons rapides et durables.

La troisième période s'annonce par l'apparition de la suppuration avec élimination de cellules ethmoïdales mortifiées, avec nécrose du cornet moyen, et enfin production de polypes dans les fosses nasales. Très souvent, le processus destructeur empiète sur le sphénoïde, envahit le sinus maxillaire et peut même gagner le sinus frontal. Dans ces cas, la guérison est très longue à obtenir, elle réclame des interventions répétées, et, parfois même, un traitement rigoureux de toutes les anfractuosités voisines.

Il va sans dire que cette affection compte parmi les plus rebelles. Au début, et à la condition d'intervenir rapidement, la guérison complète, absolue, n'est pas impossible; mais, lorsqu'on se trouve en présence de sujets porteurs de lésions invétérées, il faudra se contenter d'une thérapeutique palliative, et se borner à prévenir la trop grande et rapide extension de la maladie.

Quant au traitement prophylactique, il est d'une efficacité très réelle : aussi est-il sage de surveiller et de traiter « certains rhumes de cerveau rebelles » qui se manifestent au terme des maladies infectieuses.

V. Lange, de Copenhague. — *A propos du facies adénoïdien* (*Berl. Klin. Woch.* 1897, n° 1, p. 5). — D'après l'auteur, on aurait tort de supposer que les végétations adénoïdes du pharynx se rencontrent, sans exception, chez tous les sujets affligés de ce qu'on est convenu d'appeler « l'habitus adénoïdien ».

Il résulte de longues et patientes recherches poursuivies par Lange, dans le but d'élucider cette question, que le « masque adénoïdien » peut exister chez des sujets dont le naso-pharynx a toujours été indemne dans cette affection. Il importe donc de classer les personnes offrant le type adénoïdien en trois groupes distincts : 1° dans le premier sont compris tous les sujets atteints de végétations et des troubles physiques et fonctionnels symptomatiques de cette infirmité ; ici le traitement est souverain : en même temps que les végétations, tous les autres accidents disparaissent. 2° Dans ce second groupe doivent rentrer tous les individus qui, après l'ablation de leurs végétations, conservent le masque adénoïdien et les troubles nerveux variés (neurasthénie, défaut de mémoire, torpeur intellectuelle, irascibilité, etc.). 3° Quant au troisième groupe, il renferme des individus porteurs du masque caractéristique, affligés de troubles du côté du système nerveux, mais absolument indemnes de toute trace de végétations adénoïdes.

D'après Lange, les malades appartenant à ces deux dernières catégories sont de véritables dégénérés : chez eux, c'est le système nerveux qui est atteint, c'est à lui que doivent s'adresser tous les soins du médecin.

M. Hajek, de Vienne. — *Traitement des adhérences du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx* (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1897, n° 2, p. 13). — On sait que cette infirmité est une des plus rebelles que les spécialistes soient appelés à traiter.

M. Hajek propose un nouveau procédé opératoire qui lui a donné quelques succès et sur lequel il compte beaucoup pour prévenir les récidives, si fréquentes à la suite des autres traitements.

Cette méthode n'est applicable que chez les individus dont le voile du palais n'offre pas de délabrements trop considérables ; voici en quoi elle consiste.

Après cocaïnisation méthodique de la paroi pharyngienne postérieure et du naso-pharynx, on introduit, par les fosses nasales, une sonde qui est poussée aussi loin que possible entre le voile et la paroi du pharynx jusqu'au fond de la gouttière constituée par la connexion pathologique du voile avec le pharynx. L'extrémité de la sonde sert de point de repère au chirurgien qui pratique alors une incision horizontale dans le but de déterminer la rupture de ces adhérences ; cette

rupture devra être faite lentement et progressivement : dans les cas d'adhérences en surface, il vaudra mieux s'y prendre à plusieurs reprises en laissant, chaque fois, une mèche de gaze iodoformée pour empêcher la soudure des parties cruentées. Jusqu'ici rien de plus simple ; il s'agit maintenant d'empêcher les deux surfaces de se resouder, et c'est là le temps difficile de l'opération. Dans ce but, M. Hajek a imaginé un instrument très analogue au spéculum nasi de B. Fränkel. Il se compose de deux longues branches parallèles dont les extrémités sont légèrement recourbées en haut et qui se terminent chacune par une sorte de petit plateau offrant une petite convexité externe. Ces deux branches sont articulées, par leur bout opposé, aux extrémités d'une troisième branche, beaucoup plus petite, qui est perpendiculaire aux deux autres ; à l'aide d'un pas de vis, on peut les rapprocher ou les écarter à volonté.

Pour se servir de cet instrument, on l'introduit, fermé, par la bouche, jusqu'en arrière du voile du palais, en maintenant les plateaux dirigés en haut ; on écarte alors progressivement les deux branches de façon à mettre les deux extrémités en contact avec les angles palato-pharyngiens, puis on exagère cet écartement jusqu'à ce qu'on soit arrêté par une résistance suffisante ; on laisse alors l'instrument en place pendant environ cinq minutes, puis on le retire après avoir eu soin de le fermer. Au début, cette petite opération devra être répétée tous les jours ; puis, il suffira d'y avoir recours tous les deux jours ; au bout de 4 à 6 semaines, on pourra espacer encore les séances. Avec un peu d'habitude, il y a des malades qui réussissent à manœuvrer l'instrument tout seuls, et cela sans aucun danger.

L'auteur a appliqué ce procédé à un malade avec un plein succès, puisque la récidive ne s'est pas produite depuis un an. Il cite aussi un résultat favorable obtenu par M. Schmidt, de Francfort.

Il n'en est pas moins certain que les cas de guérison sont encore trop peu nombreux pour permettre de porter sur cette intervention un jugement définitif.

III. — LARYNX. — Walther Vulpius, de Weimar. — *Un cas de laryngo-trachéite dite ozéneuse* (*Deut. med. Woch.*, 1897, 28 janvier, n° 5, p. 75). — L'auteur rapporte l'intéressante observation d'une jeune femme de 18 ans, présentant des troubles du côté du larynx (enrouement, raucité de la voix, parfois même aphonie complète, etc.) et affligée d'une haleine horriblement fétide ; dans les fosses nasales et dans le naso-pharynx lésions caractéristiques de l'ozène. L'examen laryngoscopique révéla les modifications pathologiques suivantes : hypertrophie de l'amygdale linguale, épaississement très marqué des bandes ventriculaires ; cordes vocales peu mobiles pendant la phonation et offrant une teinte gris sale ; l'espace sous-glottique du larynx et la surface interne de la trachée présentent une coloration grisâtre et sont tapissés d'une infinité de croûtelles.

L'auteur recueillit quelques croûtes et, après les avoir colorées au

violet de gentiane, il les soumit a l'examen microscopique qui lui révéla la présence du diplocoque décrit dans l'ozène par Löwenberg. En dépit de ce résultat positif, Vulpius soutient que la spécificité de ce microganisme n'est encore rien moins que démontrée.

Comme traitement, il prescrivit à la malade des inhalations avec une solution de peroxyde d'azote à 3 pour cent et des attouchements locaux avec la solution de Lugol. Sous l'influence de cette médication, les troubles laryngo-trachéaux s'amendèrent ; Vulpius ignore si cette amélioration s'est accentuée, cette femme ayant été perdue de vue depuis quelque temps.

Léopold Gluck. — *Traitement de la syphilis laryngée par les injections intra-musculaires de sublimé à hautes doses* (*Wiener med. Woch*, 1897, n° 2, p. 62). — L'auteur considère cette médication comme très utile pour combattre les laryngites syphilitiques secondaires, surtout chez les individus affligés des formes graves de la maladie. Il l'a appliqué dans trente cas, chez des sujets âgés de 16 à 38 ans, et chez tous sans exception, ce traitement s'est montré efficace, mais à des degrés divers : 17 fois, la guérison est survenue, complète, dans l'espace de 8 à 30 jours ; dans les 13 derniers cas, Gluck n'a enregistré que des améliorations très nettes, très encourageantes. Quant à la quantité de sublimé injecté, elle a varié de 5 à 24 centigrammes pour toute la durée du traitement.

Malheureusement, ce travail est fort incomplet au point de vue des détails ; l'auteur ne nous dit rien de la technique de ces injections, ni des règles à suivre ; il est également muet en ce qui concerne les accidents et complications : peut-être n'en a-t-il jamais observé.

O. Chiari. — *De l'inflammation primitive aiguë du tissu sous-muqueux du larynx* (*Wiener Kl. Wochenschrift*, 1897, n° 5 p. 109). — L'auteur déclare qu'il a ici exclusivement en vue les inflammations primitives du tissu sous-muqueux du larynx avec formation d'abcès circonscrits ; il élimine tout ce qui a trait aux suppurations symptomatiques de la tuberculose, de la syphilis, etc., à la laryngite œdémateuse, aux infiltrations qui succèdent aux traumatismes, aux maladies générales, etc.

A son avis, l'inflammation primitive sous-muqueuse du larynx mérite d'être considérée comme une entité morbide bien définie, relevant d'agents infectieux très disparates, ce qui rend sa physionomie clinique très variable : tout dépend du microorganisme infectant, de sa virulence, du terrain sur lequel il évolue, etc. C'est ainsi qu'on observe des formes légères, des formes moyennes, ou des formes très graves capables d'alarmer sérieusement le médecin et l'entourage du malade ; mais, le plus souvent, la maladie se termine par la guérison, l'évacuation du pus pouvant se faire spontanément, ou survenant par le fait d'une intervention chirurgicale.

Chiari rapporte trois cas relatifs à cette maladie : le premier

observé chez une femme de 66 ans, le second chez une femme de 43 ans, et le troisième chez un homme de 50 ans. Ces trois malades ont parfaitement guéri.

L'auteur termine en insistant de nouveau sur l'importance qu'il y a à distinguer cette localisation infectieuse, qui est un véritable abcès aigu idiopathique du larynx, de la laryngite phlegmoneuse diffuse et des suppurations secondaires. Comme traitement, il recommande au début l'application de topiques antiphlogistiques ; plus tard, on sera forcé de faire des scarifications, puis d'ouvrir l'abcès déjà formé. Dans le cas où il y a menace de sténose, le trachéotomie est formellement indiquée.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS

PAR

Le Dr **Georges GELLÉ**

I. — OREILLES. — Ewald (*Berliner Klinische Wochenschrift*, nº 42, 19 oct. 1896). *Des relations entre la zone excitable du cerveau et le labyrinthe.* Si on enlève à un chien le labyrinthe d'un côté, il présente des phénomènes acoustiques et des phénomènes non acoustiques. Ces derniers, passagers, s'accentuent quand on pratique la destruction du deuxième labyrinthe. Il reste sur ses pattes, mais sa marche devient incertaine, irrégulière, il tombe, ne peut courir et sauter; cet état disparaît au bout de quelques mois.

Si chez le même on enlève le centre pour la patte antérieure et postérieure : troubles de motilité passagers et peu manifestes ; mais si on enlève les mêmes centres sur l'hémisphère opposé on voit se produire des symptômes très manifestes, violents. L'auteur a constaté que des animaux ainsi opérés présentent trois phénomènes particuliers : diminution de la force musculaire, incertitude des mouvements et *perte du sens musculaire.*

Pour lui, les cellules ciliées du labyrinthe déterminent par leurs mouvements continuels de l'excitation dans le système nerveux central où elles entretiennent un état de tonus qui s'appelle le tonus labyrinthique (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 14 fév. 1897).

M. Panzer (*Semaine méd.*, 3 mars 1897) a présenté à la Société império-royale des médecins de Vienne le rocher d'un enfant mort subitement à la suite d'une *hémorragie grave de l'oreille.* Cet os est le siège d'une carie tuberculeuse. L'hémorragie est dû à l'érosion de la carotide dans le canal carotidien. D'après Panzer, on ne connaît que treize cas de mort relevant de cette pathogénie, c'est le premier observé chez l'enfant.

A. Chipault (*Académie de médecine*, séance du 9 fév. 1897) lit un travail sur *la cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral.* Il présente une fillette de 14 ans atteinte de phlébite otitique du sinus latéral opérée il y a un an environ par **M. Albin Lambotte** (d'Anvers).

Il n'y a pas dix ans, la phlébite otitique du sinus latéral était considérée comme à peu près fatale, et comme absolument inaccessible aux tentatives thérapeutiques.

Des chirurgiens allemands et anglais : ZAUFAL, SALZER, MAC EWEN,

BALLANCE, ARBUTHNOT LANE, AF. FORSELLES, furent les premiers à essayer contre elle un traitement opératoire.

En France, LANCIAL, CHIPAULT et DUCELLIER (1894), enfin BROCA et MAUBRAC traitent ce point thérapeutique.

Pour Chipault : *il faut intervenir toujours, le plus tôt possible et le plus largement possible.*

La technique de l'auteur comprend trois temps :

Premier temps : Double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale.

Deuxième temps : Ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale.

Troisième temps : Attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intrasinusaux, l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales, enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs.

L'auteur n'avait jamais eu l'occasion de pratiquer cette intervention chirurgicalement et c'est M. Albin Lambotte qui l'a pratiquée pour la première fois, l'an dernier. Son opérée, présentée par Chipault, par sa guérison qui remonte aujourd'hui à près d'un an, apporte une éclatante confirmation aux idées théoriques de l'auteur.

M. Aubert (*Médecine moderne*, 24 mars 1897) a eu l'occasion de constater, chez trois malades qui avaient antérieurement éprouvé des bourdonnements d'oreilles, à la suite d'absorption d'un sel de quinine quelconque, qu'il était possible, sinon de faire disparaître complètement, du moins d'atténuer considérablement cet inconvénient en associant l'atropine au sel de quinine. La quantité d'atropine prescrite par M. Aubert a été d'un demi-milligramme pour la dose de sel de quinine à prendre dans la journée.

M. Hennebert (*Gaz. heb. de méd.*, 11 mars 1897) a fait au cercle médical de Bruxelles une communication sur une *mastoïdite aiguë, avec abcès subdural*. Au cours du décollement opératoire du périoste de l'apophyse mastoïde, on découvrit à quinze millimètres environ en arrière du cratère opératoire, un point osseux friable, où venait sourdre une gouttelette de pus. Cette fistule, élargie à la curette et à la pince-gouge, conduisait dans un vaste abcès subdural. Les deux cavités suppurantes furent drainées à la gaze iodoformée, et la guérison, obtenue en six semaines, fit récupérer au malade une ouie normale du côté droit.

M. Villard (*Lyon méd.*, 28 mars 1897) rapporte l'observation d'un malade trépané pour *phlébo-sinusite d'origine otitique*. Cette obser-

vation est intéressante, en premier lieu, par la difficulté du diagnostic, lequel a été rarement fait du vivant des sujets, et que M. Rivière a pu déduire des symptômes suivants : absence des signes de mastoïdite de Bezold s'ouvrant à l'intérieur, — exophtalmie, — gêne de la circulation veineuse de la face et de la rétine, — dissociation des signes généraux graves, coma, collapsus, et locaux, peu marqués, à peine appréciables à la mastoïde.

Quant à l'insuccès opératoire, il tient à ce que l'intervention a été trop tardive, alors que la thrombose de la jugulaire interne avait gagné vers le tronc innominé.

M. Graupner, de Manheim (*Semaine méd.* 7 avril 1897) : *De l'influence des sons sur la coordination des mouvements.* On sait que Ewald a démontré que, pour déterminer une ataxie complète, permanente, des membres, il faut détruire non seulement le labyrinthe, mais encore la zone motrice corticale correspondante des deux hémisphères. Si une seule de ces zones est détruite, l'ataxie est passagère et finit par disparaître.

La coordination des mouvements dépend donc d'impressions sensibles, et comme les vibrations du tympan se transmettent à l'endolymphe du labyrinthe, on peut supposer que les vibrations régulières sont susceptibles de provoquer un processus de coordination. Il est donc possible qu'il existe une connexion entre le labyrinthe et l'exercice de mouvements coordonnés : partant de ces données, on pourrait peut-être faire récupérer, aux malades qui l'ont perdue, la coordination des mouvements en associant dans leur esprit un son spécial à l'exécution de chaque mouvement.

Pour M. **Goldscheider**, il est certain que le labyrinthe joue un rôle dans la coordination des mouvements, mais ce fait n'a aucun rapport avec les propriétés auditives du nerf acoustique. Il est plus que douteux que les impressions de l'ouïe aient une influence sur la coordination des mouvements.

M. Lannois, au nom de M. **Nové-Josserand**, montre à la *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, juillet 1897, un malade attient de *pneumatocèle de la région mastoïdienne*. Cet homme, âgé de 31 ans, ayant autrefois présenté des suppurations de l'oreille, depuis quelques années voyait, quand il riait un peu fortement, se produire en arrière de l'oreille un gonflement. Il s'agissait d'une pneumatocèle de la région mastoïdienne, affection des plus rares.

Il y a un mois, la tumeur a rougi, s'est enflammée, M. Nové-Josserand a ouvert l'abcès et drainé ; il n'a pas trouvé l'orifice de sortie de l'air.

L. Lévi : *De l'aspergillose* (*Gaz. des hôp.*, 26 juin 1897). L'aspergillose a sa place marquée dans le cadre nosologique. Parmi les différents aspergillus, le plus répandu et le plus pathogène des champignons

de son espèce est l'aspergillus fumigatus. Il est également le mieux connu ; c'est lui qui a servi de thème d'observation à M. Rénon.

Nous ne retiendrons de cette intéressante étude que ce qui doit nous intéresser plus spécialement.

Aspergillose naso-pharyngée. — Des fosses nasales d'une femme de 75 ans, Schubert retira une masse composée d'un aspergillus, probablement aspergillus fumigatus. Dunn a observé des lésions nasales, dues à un aspergillus; de même Siebenmann, Zarniko, Mackensie un cas d'aspergillose de l'antre d'Highmore.

Otomycose aspergillaire. — Signalée par Mayer, Pacini, Virchow, Wreden, mais c'est à Siebenmann que l'on doit le travail le plus complet sur la question (*Zeits. f. Ohr.* 1883, XII). La mycose, qui évolue parfois dans une oreille saine, est favorisée en général par une inflammation légère du conduit, une sécrétion sérieuse peu abondante. L'action des corps gras introduits dans l'oreille rend plus facile le développement du champignon. Le pronostic est bénin. Le diagnostic est fondé sur les cultures. Le traitement local consiste à faire disparaitre la membrane parasitaire qui tapisse la face externe du tympan et le tiers interne du conduit.

B. Lœvenberg. *Etude bactériologique et clinique sur une affection nouvelle de l'oreille* (pseudo-diphtérie auriculaire à streptocoques).

Ce travail apporte et commente la première observation d'une maladie pseudo-membraneuse grave du conduit auditif, de la caisse du tympan et plus que probablement aussi du labyrinthe, maladie d'apparence et d'allure diphtériques mais sans bacille de Klebs-Lœffler et dont la cause exclusive était le streptocoque pyogène. (*Bull. med.* 1897, n° 19.)

II. — NEZ. — J.-S. Woodruff (*Sem. méd.*, 10 mars 1897) recommande le *traitement de la rhinite par les applications de phénacétine.* — Lorsqu'il s'agit de rhinite avec sécrétion abondante, il recommande de priser une poudre ainsi composée : Phénacétine et poudre d'amidon, ää quatre grammes ; poudre d'acacia huit grammes. Dans la rhinite sèche, il fait instiller dans les fosses nasales quelques gouttes d'un mélange de glycérine et de phénacétine.

M. Buys (*Presse méd.*, 13 février 1897) a communiqué à la Société d'Otologie de Belgique les résultats de sa pratique de la *sérothérapie de l'ozène.*

Chez deux femmes atteintes d'ozène typique il a pratiqué des injections de serum antidiphtéritique. Il a observé l'action élective et bienfaisante du remède sur la muqueuse malade.

L'expérience n'a pas été poussée assez loin pour permettre de juger si le serum peut à la longue guérir, mais l'auteur affirme qu'il s'est roduit une modification locale non douteuse.

M. Berger (*Académie de Médecine*, 9 mars 1897) présente une charpente métallique fabriquée par M. le Dr Goldenstein pour servir de support aux parties molles du nez dans les réparations de cet organe nécessitées par une destruction étendue de son squelette. Cet appareil de *prothèse nasale* est construit sur le principe de ceux inventés par M. Claude Martin (de Lyon).

La prothèse faite au moyen de charpentes métalliques peut rendre de réels services dans les cas de destruction du squelette du nez ; néanmoins M. Berger pense qu'elle n'est qu'un pis-aller et qu'il ne faut l'employer que dans les cas où les méthodes autoplastiques sont impuissantes à faire disparaître la difformité.

Freytag (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mai 1897) rapporte un cas de *fracture de la paroi externe des fosses nasales* (maxillaire sup., branche montante et cornet), intéressant parce qu'il diffère des fractures de la cloison dont on s'occupe presque uniquement d'habitude.

Cette observation de fracture du cornet inférieur par traumatisme extérieur est la première qui ait été publiée. (*Mon. f. Ohrenh.*, 1897. nº 5.)

Gaudres (*Bull. de la Soc. Centr. de méd. du Nord*, nº 4, 1897 et *Gaz. méd.*, nº 19) publie une observation de *tumeur de la cloison des fosses nasales*, particulièrement intéressante au point de vue de la difficulté du diagnostic anatomo-pathologique. Cliniquement il s'agit là très vraisemblablement d'une tumeur tuberculeuse.

Péan. *Polypes des fosses nasales* (*Gaz. des hôp.*, 4 mai 97). Il s'agit de quatre malades qui ont présenté : le premier des polypes myxo-glandulaires, le second des polypes vasculaires, le troisième des polypes fibreux et le quatrième des polypes tuberculeux des fosses nasales.

Chez ces malades, la récidive s'est produite avec la plus grande rapidité, malgré une extirpation complète, ce qui pouvait faire naître des conjectures sur la nature maligne de toutes les productions morbides, bien que les examens histologiques pratiqués par Cornil et Brault aient paru l'infirmer.

III. — PHARYNX. — Meyer (*Arch. f. Laryngologie*, 1896, t. IV, p. 66) a pratiqué l'*examen bactériologique* dans cinquante-cinq cas d'*angine lacunaire typique*. Le staphylocoque doré fut rencontré quatorze fois; le streptocoque, quinze fois; dans vingt-quatre cas il y avait association de staphylocoque et streptocoque. Le bacille de Lœffler fut trouvé deux fois bien qu'il s'agit d'angine lacunaire et non pseudo-membraneuse. On trouva quelquefois des diplocoques, mais trop peu caractérisés pour qu'on en pût faire du pneumocoque.

L'auteur en conclut que la plupart des angines lacunaires sont causées par le streptocoque phyogène seul ou associé au staphylocoque doré (*Journal des connaissances méd.*, 4 mars 1897).

Paul Simon (*Jour. de Clinique et thér. infantiles*, 25 février, 1897) discute le *diagnostic des angines diphtériques*. Pour beaucoup de médecins, toute angine à bacille de Lœffler, quelle que soit sa forme clinique, est cotée d'emblée diphtérique et par suite, justiciable des injections de sérum.

De nombreux cliniciens ont protesté avec raison. Normalement le bacille de Lœffler habite la gorge de certains individus; on le rencontre dans nombre d'angines et d'affections diverses sans relations aucunes avec la diphtérie.

Aussi Variot et d'autres admettent-ils qu'à côté de l'angine diphtérique vraie, la fois *bactériologique et clinique*, il existe des angines diphtéritiques *purement bactériologiques*, c.-a.-d. des angines bénignes, catarrhales ou avec exsudat pultacé; *nullement contagieuses, guérissant parfaitement sans l'emploi du sérum*, où l'examen bactériologique révèle l'existence du bacille de Lœffler, mais à l'état *non virulent*. Sabatier (*Th. Paris*, 1896) conclut de même, de l'examen de soixante-cinq faits personnels, que l'examen bactériologique est insuffisant pour fournir un diagnostic et un pronostic exacts et qu'on ne saurait le prendre pour unique guide ni pour pratiquer les injections de sérum ni pour déterminer la dose nécessaire.

La simple constatation du bacille de Lœffler, tout en conservant son caractère de renseignement utile pour le clinicien, ne serait donc pas un criterium infaillible pour le diagnostic de la diphtérie. La recherche de la virulence des cultures serait un criterium plus certain, si elle ne nécessitait un délai exagéré. La parole reste donc en dernière analyse à la clinique.

M. Jullien (*Soc. franç. de dermatologie*, 11 mars 1897) rapporte l'observation d'une jeune fille de 17 ans, vierge, qui contracta par la succion des seins d'une de ses cousines (nouvelle accouchée) un *chancre syphilitique des deux amygdales*. Ce cas est doublement intéressant, sous le rapport de son origine et de sa modalité, le chancre double de l'amygdale étant fort rare.

Hofer (*Deut. Arch. f. Klin. Médic.*, 1896, LVII, p. 579) préconise les *injections interstitielles de solutions phéniquées dans les tonsillites aiguës*. Dans les amygdalites lacunaires suppurées, les injections interstitielles de sol. phéniquées (trois injections par jour, chacune de deux centimètres cubes d'une solution phéniquée à 3 0/0) feraient disparaître la dysphagie et exerceraient une influence favorable sur les phénomènes locaux et généraux dûs à l'amygdalite (*Gaz. heb. de méd.*, 14 février 1897.)

M. Comby (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février 1897) a traité, en 1896, cinq cents enfants scarlatineux au pavillon de l'hôpital Trousseau.

Il insiste sur l'*importance pour le diagnostic, de l'exanthème*

bucco-pharyngé, presque constant, *qui permet de distinguer la scarlatine vraie des érythèmes scarlatiniformes.*

Dans les cas d'angines blanches, outre les irrigations de la gorge, on faisait, deux ou trois fois par jour, des badigeonnages avec des collutoires antiseptiques variés.

En voici les diverses formules avec les résultats quant aux infections secondaires (otites, bubons, etc.).

Sur soixante-sept enfants badigeonnés avec le *naphtol camphré* (naphtol β 10 gr., camphre 20 gr., glycérine 30 gr.), on a noté 8 otites, 1 bubon, 1 rhumatisme (près de 12 0/0).

Les badigeonnages à la *glycérine mentholée* à 1/20, employés chez dix malades, n'ont été suivis d'aucune complication.

La *résorcine* à 1/10 (glycérine ou eau résorcinée), employée chez quarante-six enfants, a donné 4 otites (8, 6 0/0).

La résorcine en solution au cinquième employée chez dix-neuf enfants, a donné deux otites (10, 5 0/0). De plus, sept de ces derniers ont eu les urines noires ou vertes, avec diminution parfois de la quantité des vingt-quatre heures. C'est le seul inconvénient de la résorcine employé à un titre trop fort.

MM. Lermoyez et Barozzi (*Presse méd.* 13 février 1897) présentent à la Société médicale des hôpitaux, 12 février, l'observtion *d'un cas de zona double bucco-pharyngien*, dépendant de la deuxième branche du trijumeau. Les deux zonas furent symétriques, mais non synchrones, le zona gauche retardait sur celui du côté droit.

A ce propos, MM. Lermoyez et Barozzi discutent la théorie émise par Ollivier, reprise par Herzog, défendue par Pouzin qui considère l'angine herpétique comme un zona de la deuxième branche du trijumeau. Ils croient que, dans certains cas, cette assimilation se justifie. Ils pensent qu'il faut faire cesser la confusion due à ce que beaucoup de médecins ont étendu outre mesure le domaine de l'angine herpétique. Il faut la distinguer des angines lacunaires aiguës, du pseudo-herpès pharyngo-laryngé de Fischer, des poussées aiguës au cours de la pharyngo-mycose leptothryxique, etc.

Ainsi émondé, le groupe de l'herpès du pharynx comprend trois formes principales, faciles à distinguer par leurs caractères cliniques. 1° La forme infectueuse aiguë, qui correspond à l'angine herpétique classique. 2° La forme trophoneurotique, qui est en réalité le zona bucco-pharyngien. 3° La forme chronique, récidivante, sur la nature de laquelle les opinions varient.

IV. — LARYNX, TRACHÉE. — Gluck (*Médecine mod.*, 3 février 1897) a présenté à la Société médicale de Berlin, le 20 janvier, un certain nombre de patients sur lesquels il a fait de *grandes opérations portant sur le larynx* (extirpation partielle ou totale). Les cas opérés le plus anciennement remontent de 6 à 4 ans 1/2.

A. Goldschmidt (*Presse méd.*, p. 72, 13 février) rapporte *deux cas de périchondrite primitive du larynx suivis de guérison.* Le premier cas est celui d'une femme de 48 ans, qui fut, un soir, prise de fièvre avec dyspnée et douleur pour parler et avaler. Le laryngoscope permit de constater de la tuméfaction rouge de l'épiglotte, de aryténoïdes et des bandes ventriculaires qui surplombaient les vraies cordes. Aphonie, douleur par pression externe du larynx. Application de glace au-devant du cou, badigeonnages à la glycérine phéniquée amenant rapidement de la détente. Trois ou quatre semaines plus tard réapparition de la dyspnée, tuméfaction dans la moitié gauche du cou, où une incision donna issue à un peu de pus collecté derrière l'aryténoïde. Les symptômes alarmants disparurent immédiatement et l'intérieur du larynx reprit son aspect normal.

Le second cas concerne un homme de 61 ans chez qui survinrent brusquement de la dysphagie, de l'aphonie et un gonflement du côté gauche du cou au niveau de l'épiglotte, tumeur rouge masquant les cordes qu'on ouvrit avec le doigt en cherchant à en déterminer la consistance. Flot de pus verdâtre ; c'était un abcès de l'épiglotte de cause inconnue (*Monatsch, f. Ohrenheilk*, 1896, n° 9).

Raoul Bayeux (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 28 février 1897) montre *l'importance du mandrin dans un appareil de tubage.* Cette pièce manquait dans l'appareil de Bouchut (1858), O' Dwyer l'a créée ; depuis Ferroud (de Lyon) l'a supprimée, dans le but de simplifier l'appareil ; cette tentative louable ne paraît pas à l'auteur entièrement justifiée par la pratique.

Commode pour la fixation des tubes à l'introducteur, le mandrin, en effet, remplit un rôle essentiel dans les divers temps de l'introduction ; c'est un *guide* et un *conducteur* pour le tube, un *protecteur* pour le larynx.

Après une étude critique des divers mandrins employés, l'auteur recommande le mandrin numéroté, proéminent, à articulation haute, actuellement adopté par M. Richardière à Trousseau.

Barling (*Gaz. heb. de méd* ; 21 janvier 1897) a rapporté l'observation d'un malade auquel, en juillet 1892, il a fait une *thyrotomie* suivie d'ablation d'une tumeur papillomateuse simple qui remplissait le larynx. Récidive. Seconde thyrotomie au bout de deux ans. L'examen microscopique montre que la tumeur renferme plusieurs foyers de cellules cancéreuses. En 1895, surviennent des phénomènes de sténose nécessitant une canule de trachéotomie à demeure. En juillet 1896, récidive, nouvelle thyrotomie suivie d'ablation de la tumeur et complétée par une cautérisation de la cavité. Actuellement, le malade, 54 ans, deux mois après l'opération, se porte bien. L'examen a montré que la tumeur avait subi une dégénérescence épithéliomateuse complète.

L. Fayolle (*Lyon médical*, 31 janvier 1897) rapporte six nouveaux cas *d'ictus laryngé* observés par Garel. Dans deux cas un accès de rire

causa la crise, pour les autres ce fut une quinte de toux prolongée — Dans aucun cas il n'y a eu de phénomène subjectif de vertige et toujours il y a eu perte de connaissance. Ni cri, ni émission involontaire d'urine, ni aucune secousse musculaire. — Les crises ont débuté entre quarante et cinquante ans et dans les antécédents héréditaires et personnels antérieurs on ne trouve aucune trace d'attaque épileptiforme. — Presque toujours l'affection a évolué parallèlement à une bronchite chronique, dans certains cas les crises ont disparu avec elle. Avec Garel et Collet, l'auteur admet que l'ictus laryngé est un phénomène nerveux réflexe dû à une excitation périphérique du nerf laryngé supérieur. Cette excitation se porte, soit directement sur l'écorce cérébrale, soit sur le centre bulbaire expirateur. Dans ce cas, après plusieurs secousses de toux violente, il se produit une augmentation de la pression intra-thoracique et une gêne de la circulation cardiaque. Consécutivement il y a une modification de la circulation cérébrale qui cause la perte de connaissance.

Demetrio Galatti, de Vienne (*Gaz. des hôp.*, 4 mars 1897), a eu l'occasion d'observer deux cas d'*occlusion cicatricielle du larynx à la suite du tubage* et cela malgré le peu de durée relative de l'intubation (quatre cent trente-six heures dans le premier cas, deux cent treize heures dans le second, avant l'apparition des symptômes d'obstruction complète). Il rapporte une série de cas d'intubation bien plus longue, non suivis d'accident.

Deux opinions existent au sujet de la prophylaxie de cet accident, les uns conseillent de pratiquer la trachéotomie secondaire, régulièrement, du quatrième au cinquième jour de l'intubation ; les autres ne songent à la trachéotomie que lorsqu'ils constatent l'impossibilité d'un détubage définitif. Galatti pense qu'il faut pratiquer la trachéotomie sans hésiter, toutes les fois que les symptômes cliniques indiquent que le tubage est mal supporté. (*Jarhb. f. Kinderheilk.*, 1896, Band XLII, p. 333).

M. Haushalter (*Jour. de clin. et hér.*, 25 mars 1897) a présenté à la Société de médecine de Nancy un *larynx d'enfant de neuf ans atteint de tuberculose ulcéreuse*. La petite malade a succombé à une bronchopneumonie vulgaire. Les premiers symptômes de la laryngite tuberculeuse s'étaient montrés deux ans auparavant et avaient nécessité le trachéotomie. Au bout de trois mois la canule avait pu être enlevée ; l'enfant demeura aphone jusqu'à sa mort. L'épiglotte est percée d'un orifice de la largeur d'une lentille, les cordes vocales ont disparu et sont remplacées par des tractus fibreux ; les replis aryténo-épiglottiques sont creusés de petites ulcérations superficielles.

Les poumons ne présentaient aucune trace de tuberculose. Adénopathie tuberculeuse des ganglions cervicaux ; tuberculose du foie, ostéite tuberculeuse du tibia droit.

M. Bernoud (*Lyon méd.*, 28 mars 1897) rapporte une observation de *paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs* survenue *dans le cours de la fièvre typhoïde*. Elle se manifesta dès la troisième semaine. s'ac-

compagnant de douleur et de dyspnée inspiratoire avec cornage. L'examen laryngoscopique montra qu'il n'y avait pas de laryngo-typhus, mais que les cordes vocales s'écartaient mal pendant l'inspiration.

Les jours suivants il survint une paralysie du voile du palais, qui diminua progressivement et vint confirmer le diagnostic porté au sujet de l'affection laryngée.

M. Eug. Druon (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 27 mars 1897) relate une observation de *nécrose du larynx au déclin d'une fièvre typhoïde*. Les manifestations laryngées au cours de la fièvre typhoïde ont été classées en trois groupes : lésions érythémateuses, lésions ulcéreuses apparaissant au cours de la période d'état ; lésions nécrosiques, beaucoup plus rares, ne se rencontrant qu'une fois sur soixante environ. Les manifestations ulcéreuses et surtout nécrosiques sont d'un mauvais pronostic ; le danger immédiat est l'asphyxie par œdème de la glotte, ou sténose ; le danger éloigné est encore la sténose et la destruction plus ou moins complète des cordes vocales. Les lésions de nécrose sont souvent le résultat de l'infection par les microbes vulgaires de la suppuration et de la gangrène.

Aviragnet et Apert (*Gaz. des hôp.* nº 83 et 86, 1897) publient une revue générale sur ses *indications et mode d'emploi du sérum antidiphtérique* ; ils étudient le sérum, indiquent son action, son mode d'emploi, les indications, ils terminent par l'exposé des inconvénients qui, de côtés et d'autres, ont été reprochés au sérum. En somme ce sont des inconvénients bien petits, dont il y a à peine à tenir compte en regard des bienfaits du sérum qui a fait tomber la mortalité diphtérique de 70 ou 80 à 17 0/0. Elle a donc diminué de plus des trois quarts.

Kofmann conseille de se servir (*Bull. méd.* 21 avril 1897), *pour improviser une canule à trachéotomie*, d'un simple tube à drainage de 8 centimètres de long et d'un demi-centimètre de diamètre. Pour la maintenir en place, il suffit de diviser le bout externe sur une longueur d'un centimètre et demi et d'attacher aux valves les cordons qui doivent fixer l'instrument.

Si la canule doit servir pour parler, on peut y pratiquer un orifice à l'endroit voulu, orifice dont les bords seront arrondis à l'aide d'une flamme de lampe à alcool, puis de frictions avec un tampon d'ouate imbibé d'éther. (*Centralb. f. chir.*, nº 14, 1897).

V. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — Un assez grand nombre d'accidents surviennent, en pratique courante, avec les solutions toxiques employées dans un but antiseptique.

Le moyen de prévenir les accidents est très simple. Il est déjà en vigueur dans les hôpitaux de Paris. Il consiste à additionner toute solution toxique d'une certaine proportion de colorant. **G. Maurange**

voudrait avec raison que cette précaution fût rendue obligatoire pour le pharmacien. En attendant, le médecin doit s'astreindre à formuler le colorant. **M. Robert** (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 mars 1897) conseille les colorants suivants :

1° Sublimé :	*vert malachite* à 1 0/0.	V	gouttes,
—	*violet de méthyle* à 1/20.	II	—
3° Acide phénique :	*fuchsine* à 1 0/0.	II	—
3° Oxycyanure de mercure :	*Aniline orange* à 1/20	III	—

Delamare et Descazals: *De l'emploi des solutions salines en injections massives* (*Gaz. des hôp.*, 12 juin 1897). Ces injections pourront se pratiquer dans quatre séries de cas: les hémorragies, les maladies infectieuses médicales, les infections chirurgicales et obstétricales, les empoisonnements.

Dans les hémorragies, elles relèvent la tension artérielle et agissent comme hémostatique. Les auteurs de cette revue étudient soigneusement le manuel opératoire de ces injections (sous-cutanées et intraveineuses) et la nature des liquides employés.

M. Denigès : *Le cyanure de mercure pour la stérilisation des instruments de chirurgie* (*Médecine moderne*, 22 septembre 1897).

M. Denigès, d'après le *Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*, a remarqué que les instruments de chirurgie, dans la composition desquels entrent le fer, l'acier et le nickel, se conservaient dans les solutions de cyanure de mercure alcalinisées. La solution dont il fait usage est ainsi composée :

Eau distillée	1 litre
Cyanure de mercure. . . .	de 2 à 5 grammes.
Borate de soude.	10 —

Ou bien :

Carbonate de soude. . . .	14 grammes.

Denigès donne la préférence au borate de soude ; il pense que le bicarbonate pourrait lui être substitué avantageusement, puisque des expériences récentes lui ont reconnu des propriétés antiseptiques.

Il émet le vœu que les chirurgiens abandonnent le sublimé pour le cyanure, qui n'est pas plus toxique, qui est tout aussi antiseptique et qui présente l'avantage de n'être pas caustique et d'être inactif sur les substances albuminoïdes.

Georges Gellé.

Le Gérant : G. Maurin.

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., 71, RUE DE RENNES

TOME X. — N° 6 NOVEMBRE-DÉCEMBRE 1897.

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

BULLETIN

Un de mes amis donnait ses soins à un petit malade atteint d'une pneumonie grave. Au bout de quelques jours, quand tout semblait être pour le mieux, voici que le thermomètre remontait soudain. Notre confrère, qui est, je dois le dire, un homme très distingué, chercha avec soin la cause de ce retour à l'état fébrile; impossible de rien déterminer de précis. Une consultation eut lieu, et malgré tout, le diagnostic resta en suspens. — Si vous examiniez un peu l'oreille, dis-je à mon ami, comme il me faisait part de ses inquiétudes, peut-être quelque pneumocoque est-il allé faire un tour du côté de la caisse? — Tiens! c'est, ma foi, vrai, me fut-il répondu; personne de nous n'y avait songé. — J'ajoute, pour finir, que le lendemain même les deux oreilles se mettaient à couler.

Ainsi voilà un praticien remarquable, qui sera un jour Médecin des hôpitaux, voilà des Maîtres qui s'entendent admirablement à examiner un malade; les poumons, le cœur, le foie, la rate, que sais-je! rien n'échappe à leur sagacité. Mais quand ils arrivent à l'oreille ils s'arrêtent sur le seuil du conduit : ce n'est point leur vitrine. Cela devrait-il être, en vérité? Oh! je sais bien que pour examiner une oreille, surtout chez l'enfant, il faut avoir une habitude assez grande de notre technique; mais l'auscultation du cœur ou des poumons n'exige-t-elle pas, elle aussi, un long apprentissage? Pourquoi refuser à l'étude de l'oreille un peu de ce temps dont on est si prodigue pour les autres organes? Serait-ce parce que le

rôle de la pathologie auriculaire est infime? Non, n'est-ce pas. C'est donc une simple question de misonéisme. Mais ce qu'on pouvait admettre il y a quelque temps, étant donné notre esprit de routine, ne saurait être compris aujourd'hui, au moment où l'on démontre le rôle capital des inflammations de l'oreille dans la pathologie infantile. Tout récemment on a pu lire dans ces *Archives* l'analyse d'un travail de Deycke. L'auteur allemand, qui n'est pas spécialiste et comme tel sujet à caution, soutenait que dans la plupart des cas l'athrepsie des nourrissons est fonction d'otorrhée (80 p. 0/0 d'otorrhées sur 104 autopsies.) Dans la discussion qui suivit, des hommes comme Pluder, comme le professeur Frænkel, l'éminent bactériologiste, n'avaient pas hésité à se ranger à l'avis de Deycke. Eh bien, la question vient d'être reprise sous une autre forme plus générale; cette fois c'est M. Ponfick qui met l'oreille en cause. (Voir *Gazette hebdomadaire* du 21 nov. 1897, et *Berliner Klin. Wochen*; nos 38 et 41, 1897); ses enfants ayant été atteints de troubles digestifs qu'après de minutieuses recherches il put rapporter à des otites moyennes méconnues, il voulut se rendre compte de la fréquence des otites dans l'enfance. Il trouva sur 100 autopsies d'enfants de 1 mois à 4 ans : otite purulente double, 77 cas; otite purulente unilatérale, 14; et oreille saine, 9 cas; total, 100. Voici les diagnostics portés durant la vie de ces petits malades : Maladies non infectieuses, 6 cas; maladies infectieuses aiguës, 75 cas; maladies infectieuses chroniques, 19 cas; total, 100. La place me manque; je ne peux, à regret, insister sur le rôle pathogénique des otites tel que l'auteur le développe. Quoi qu'il en soit, ce que j'ai pu dire montre assez combien l'examen de l'oreille est important. Mais ce que j'ai noté pour l'oreille s'applique aussi au nez (porte d'entrée de la streptococcie, de la lèpre, etc.), aux amygdales palatines ou pharyngées (tuberculose pulmonaire, bronchites et troubles digestifs, suites d'adénoïdites, etc.).

On nous a accusés de vouloir « fourrer le nez partout »; il semblait plaisant, il n'y a pas encore longtemps, de railler notre manie envahissante. — Mais vous allez faire passer toute la pathologie par le nez et par l'oreille! disait-on.— Hé! bonnes gens, elle n'a pas besoin de nous pour cela la pathologie, elle y passe bien toute seule, hélas! Ceux qui exagèrent ce sont bien plutôt les médecins qui refusent de s'en apercevoir.

F. Helme.

I

UN CAS
DE
PHLÉBITE SUPPURÉE DU SINUS LATÉRAL

CONSÉCUTIVEMENT A L'OUVERTURE ACCIDENTELLE DE CE VAISSEAU, AU COURS D'UN ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

Ouverture et nettoyage de toute la longueur infectée du Sinus. Mort.

Par les Drs **LUC** (de Paris) et **JACQUIN** (de Reims) [1]

Il s'agit d'une petite fille de 9 ans, Suzanne B.., qui présentait depuis plusieurs années une suppuration de l'oreille droite, dont l'évolution avait été marquée, notamment depuis ces quatre derniers mois, par des symptômes de rétention (diminution ou cessation temporaire de l'écoulement coïncidant avec de grands accès fébriles et de la céphalalgie).

Le Dr Jacquin est appelé pour la première fois auprès d'elle au commencement de mai 1897. Elle sortait à cette époque d'une période fébrile qui avait duré quatre jours. Il la trouve pâle, amaigrie, sans gaîté.

L'examen otoscopiqué lui révèle la disparition du mur de la logette et des osselets et l'écoulement de pus à la région postéro-supérieure de la caisse.

L'évidement pétro-mastoïdien proposé par le Dr Jacquin est accepté par les parents et exécuté par lui *le 14 mai*.

Les premiers temps de l'opération se passèrent sans inci-

1. Communication à la Société d'Otologie de Paris (juillet 1897).

dents ; l'antre avait été découvert à une faible profondeur, et trouvé rempli de pus et de fongosités. Le curettage fut d'abord pratiqué dans l'antre puis dans la caisse du tympan. Le foyer était donc presque complètement nettoyé quand la curette fut appliquée de nouveau à la partie postéro-inférieure de l'antre au fond d'une petite anfractuosité dissimulée sous une portion intacte de la corticale, et où le sinus latéral se trouvait évidemment à nu. Dès le premier coup de curette à ce niveau, jaillit un jet volumineux de sang noir provenant manifestement du sinus. L'hémorragie fut facilement arrêtée par un tamponnement serré de gaze iodoformée.

Pas d'élévation thermique le soir même.

15 *mai*. — T. m., 37°. T. s., 37°,5. L'enfant réclame à manger, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

16 *mai*. — T. m., 37°. T. s., 39°. Élévation thermique pouvant s'expliquer par l'apparition d'un gros furoncle au bras gauche. Appétit vorace.

17, 18, 19 *mai*. — T. m., 37°. T. s., 37°,5. Persistance de l'appétit.

20 *mai*. — Renouvellement du pansement sous le chloroforme. La gaze tamponnant le foyer est imprégnée d'un peu de pus. Craignant un retour de l'hémorragie, le Dr Jacquin laisse en place la pièce de gaze immédiatement en contact avec le vaisseau ouvert, se contentant de l'arroser copieusement avec une solution de sublimé.

Du 20 au 25 mai. — Pas de fièvre. Continuation du bon appétit.

Le 25 mai.— Seulement, la mèche de gaze qui, depuis onze jours, était appliquée sur le sinus ouvert, est enlevée. On trouve, ce jour-là, le foyer rempli de pus fétide. Lavage au sublimé. Insufflation d'iodoforme, pansement avec de la gaze iodoformée.

26 *mai*. — Pas de fièvre. Appétit.

27 *mai*. — Enfant triste. Le soir, grand accès de fièvre (40°).

28 *mai*. — Frissons intenses et prolongés. T. s., 39°,5.

Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, le Dr Jacquin ne peut renouveler le pansement que le 31 mai. Les deux jours précédents, la matinée a été marquée par un grand frisson suivi d'une élévation de la température au-dessus

de 40°. Chaque accès de fièvre ne dure pas moins de 4 à 5 heures, la température atteignant son maximum dans la seconde partie de la journée. Dans l'intervalle de ces accès, l'enfant retrouve de la gaîté et de l'entrain, mais peu d'appétit.

31 *mai*. — Renouvellement du pansement. La plaie est trouvée sèche et blafarde.

A partir de ce jour jusqu'au 6 juin, l'enfant n'a plus de grands frissons, mais la température continue de présenter le caractère pyémique, oscillant du matin au soir entre 36°,5 et 40° ou 41°.

Pendant cette période les pansements sont renouvelés chaque jour.

En présence de ces graves manifestations, le Dr Jacquin fit entrevoir à plusieurs reprises aux parents la nécessité d'une consultation qui aboutirait vraisemblablement à une seconde intervention ; mais ce n'est que le 4 *juin* que sa proposition fut acceptée.

Ce jour-là le Dr Luc appelé auprès de l'enfant la trouva dans un état marqué d'accalmie : la température avait été de 36°,6 le matin, et n'atteignait pas 37° le soir. L'enfant s'était alimentée avec plaisir et l'auscultation des poumons avait donné un résultat négatif. Enfin l'inspection de la plaie ne fournissait aucune indication particulière. D'autre part, l'exploration du cou sur le trajet de la veine jugulaire n'y révélait aucun signe anormal.

Dans ces conditions, le Dr Luc émit l'opinion qu'aucune intervention n'était légitime pour le moment, mais insista pour que la température rectale fût prise plusieurs fois dans la nuit, se réservant de revoir l'enfant le lendemain, de bonne heure, et d'intervenir en cas de réapparition de la fièvre.

6 *juin*. — L'enfant ayant eu dans la nuit un nouvel accès de fièvre, avec élévation de la température à 40°, le Dr Luc émet l'opinion que l'on se trouve en présence d'accidents pyémiques, manifestement dus à une phlébite suppurée du sinus latéral, consécutive elle-même à l'ouverture de ce vaisseau et au contact prolongé de sa plaie avec un foyer incomplètement désinfecté. Il présente aux parents l'enfant comme irrévocablement perdue si on laisse les choses suivre leur cours naturel, et propose l'exploration, et au besoin, l'ouver-

ture et le nettoyage du sinus, comme offrant la seule chance de sauver la petite malade.

Cette proposition ayant reçu l'approbation des Drs Jacquin et Henrot, et ayant été acceptée par la famille, on procède séance tenante à l'opération, qui est exécutée par le Dr Luc avec l'aide des Drs Jacquin, Lévêque et Henri Henrot, le chloroforme étant administré par le Dr Adolphe Henrot.

Après avoir fait raser près de la moitié droite du cuir chevelu, le Dr Luc fait partir du milieu de la plaie primitive, rétro-auriculaire, une nouvelle incision horizontale, perpendiculaire à la première. Refoulement de la peau et du périoste avec la rugine en haut et en bas. Dans le but de découvrir le sinus latéral, le Dr Luc attaque la corticale avec la gouge et le maillet immédiatement en arrière de l'antre ouvert, là même où le vaisseau a été ouvert par la curette, se servant chemin faisant du protecteur de Stacke, pour protéger ce dernier. Malgré la création d'une vaste brèche osseuse, il éprouve de grandes difficultés à découvrir le sinus qui est comme perdu au milieu d'abondantes fongosités, saignant abondamment quand on tente de les enlever avec la curette, au point qu'on a, à chaque instant, l'illusion d'une nouvelle hémorragie sinusienne. Heureusement ces hémorragies sont facilement arrêtées par l'application de tampons de ouate ou de gaze iodoformée pendant quelques instants, et finalement, après une bonne heure de dissection laborieuse, le Dr Luc parvient à mettre nettement au jour le sinus latéral au niveau de son genou, la région dénudée comprenant environ 2 centimètres de la portion descendante et autant de la portion horizontale du sinus. Déjà la simple inspection de ce vaisseau permet de présumer que la circulation sanguine est suspendue à son intérieur. Il se montre en effet grisâtre, comme rétréci, et n'est le siège d'aucun mouvement d'expansion. Pour confirmer ses soupçons à cet égard, le Dr Luc commence par ponctionner le sinus au moyen d'une seringue de Pravaz. N'ayant pas obtenu ainsi l'issue d'une seule goute de sang, il substitue à l'aiguille un bistouri long et mince à l'aide duquel la paroi du sinus est piquée, puis incisée sur la sonde cannelée d'abord de haut en bas, le long de la portion descendante du sinus, puis d'avant en arrière, le long de sa portion horizontale. Les lèvres de la

plaie sinusienne étant écartées, on constate que le vaisseau renferme, au lieu de sang liquide, des caillots grisâtres, adhérant à sa paroi, mais ne remplissant pas tout son calibre. Ces caillots sont soigneusement enlevés à la curette. En poursuivant ce curettage vers la base du crâne, le Dr Luc voit bientôt succéder aux caillots grisâtres des caillots cruoriques mous, noirâtres, de formation évidemment récente, et en enlevant ces derniers, il obtient une abondante hémorragie veineuse, dénotant que la limite inférieure de la thrombo-phlébite a été atteinte. L'hémorragie est arrêtée au moyen d'un tamponnement serré de gaze iodoformée, puis la même manœuvre est répétée dans la portion horizontale du sinus; mais de ce côté, immédiatement après avoir enlevé les premiers caillots gris, le Dr Luc découvre un véritable abcès intra-veineux occupant plusieurs centimètres de la longueur du vaisseau. Il est obligé pour en atteindre les limites de prolonger la brèche osseuse, au moyen d'une forte pince coupante, jusqu'à 3 centimètres environ de la protubérance occipitale. Au delà de la collection purulente intra-sinusienne il retrouve les mêmes caillots gris que précédement, puis des caillots cruoriques, et enfin, après l'ablation de ces derniers, se produit une nouvelle hémorragie veineuse plus abondante encore que la précédente, indiquant que la limite postéro-supérieure de la thrombo-phlébite a été atteinte. Cette seconde hémorragie est maîtrisée, comme la première, par un tamponnement serré de gaze iodoformée. N'omettons pas de dire qu'avant la production des deux hémorragies, toute l'étendue du foyer, y compris l'intérieur du sinus, a été lavée au sublimé et touchée avec une solution de chlorure de zinc au dixième.

L'enfant ne tarde pas à sortir de son sommeil chloroformique, elle se montre manifestement anémiée à la suite de la perte de sang relativement considérable qu'elle vient de subir. Son pouls est petit et fréquent, mais au lieu de paraître déprimée, elle s'agite et pousse des cris quand on fait mine de s'approcher d'elle.

Deux heures après l'opération l'enfant est prise d'un grand frisson prolongé et le thermomètre introduit dans le rectum donne plus de 40°.

Les frissons et la fièvre se reproduisent les jours suivants,

les forces de l'enfant déclinant de plus en plus dans leur intervalle. *Le 10 juin* l'enfant qui, depuis la veille, est tombée dans un état d'adynamie profonde, succombe dans la soirée.

RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS

Ce dénouement n'était assurément pas celui auquel on avait le droit de s'attendre, l'enfant ne présentant, au moment de l'opération ultime, aucune manifestation métastatique, notamment dans les poumons, et l'intervention ayant été aussi radicale, aussi complète que possible. En effet, le nettoyage de l'intérieur du sinus avait été poursuivi jusqu'aux extrêmes limites de la thrombo-phlébite, ainsi que l'attesta l'hémorragie qui se produisit aux deux extrémités du thrombus à la fin du curettage intra-sinusien.

On ne saurait donc expliquer ici la mort qu'en admettant que la proportion des germes infectieux répandus dans la circulation, au moment de l'intervention, était déjà incompatible avec la vie, chez une enfant épuisée par plusieurs années de suppuration, par toute une semaine de fièvre intense et par l'abondante perte de sang causée par la dernière opération.

En fait, il ne s'écoula pas moins de dix jours entre l'apparition du premier grand frisson et la désinfection du sinus. Il est regrettable que le Dr Jacquin n'ait pu obtenir plus tôt le consentement des parents à la consultation qui devait entraîner comme conséquence la seconde opération qui seule pouvait assurer à l'enfant des chances de salut. En un mot, si l'intervention du Dr Luc ne laissa rien à désirer au point de vue du radicalisme, elle fut incontestablement trop tardive. Elle aurait pu et dû être exécutée six ou huit jours plus tôt et aurait eu alors toutes chances d'être couronnée de succès.

C'est là le plus important enseignement à retirer de ce fait.

Il est, d'autre part, absolument hors de doute que l'origine de la phlébite dans ce cas doive être attribuée à l'ouverture accidentelle du sinus, lors de l'évidement pétro-mastoïdien, alors que le foyer n'avait pu être complètement désinfecté, et à l'infection consécutive du vaisseau.

Est-on en droit d'incriminer ici le retard apporté au renouvellement du premier pansement et notamment à l'enlèvement

de la pièce de gaze directement appliquée sur la plaie veineuse? Nous ne le pensons pas. C'est une règle bien établie aujourd'hui, en cas de blessure accidentelle du sinus, d'arrêter l'hémorragie par un tamponnement de gaze iodoformée et de n'enlever cette dernière qu'après un délai de huit jours. L'un de nous suivit ce principe, il y a quelques années, à l'occasion du même accident et n'eut pas à le regretter; et en fait on peut dire, aujourd'hui qu'on connaît un assez grand nombre de faits d'ouverture accidentelle du sinus latéral, que le développement consécutif de phlébite et de son cortège pyémique dans ces conditions est exceptionnel. Comme d'autre part il est inadmissible que l'endophlébite ait préexisté ici à l'opération, auquel cas le vaisseau thrombosé n'aurait pas donné de sang, force est bien de supposer, ou bien que le vaisseau fut infecté par la curette imprégnée des débris septiques dont elle s'était chargée au contact des fongosités du foyer, ou bien que sa paroi baignant déjà dans le pus à travers une déhiscence osseuse, il existait déjà un commencement de périphlébite, et que la curette transmit l'infection à l'intérieur de la veine.

Cette dénudation du sinus par le fait d'une déhiscence de la paroi osseuse est fréquemment constatée au cours de l'ouverture chirurgicale de l'antre. Cette particularité constitue donc aussi un enseignement qui mérite de ne pas être perdu de vue. Il doit en effet rendre les opérateurs tout particulièrement circonspects relativement au maniement de la curette dans cette région de la paroi postéro-inférieure de l'antre qui correspond au sillon sigmoïde et qui, trop souvent pour la vie des malades, présente des solutions de continuité qui représentent autant de portes ouvertes à l'infection de l'étage inférieur du crâne et du sinus latéral en particulier.

II

DES TROUBLES DE LA VOIX

D'ORIGINE NASO-PHARYNGIENNE CHEZ LES CHANTEURS [1]

Par le Dr **A. COURTADE**

Toynbee estimait que sur 6 oreilles il y en avait au moins une qui n'était pas normale ; sans atteindre cette proportion les troubles de la voix n'en sont pas moins très fréquents, et le seraient davantage si on avait soin d'explorer méthodiquement cette fonction dans tous les cas. Mais cette étude, dont l'utilité est très problématique, est à peu près impossible, car il faudrait avoir un point de repère, un étalon de la voix normale, hors duquel ou jugerait qu'il y a trouble fonctionnel ; or la diversité infinie des voix se prête mal à la comparaison. Cette difficulté se présente tout d'abord dans l'explication du mécanisme de la voix humaine, si on en juge par les nombreuses théories qui ont été émises.

Nous n'avons point l'intention de revenir sur les questions de physiologie déjà traitées par Savart, Cagnard-Latour, Garcia, Bataille, J. Müller, Diday et Petrequin, Mandl, Vacher, Beaunis, Gouguenheim et Lermoyez, Morell-Mackenzie, Lennox-Browne, etc.

Quelques notions nous semblent, cependant, utiles à rappeler.

La machine vocale se compose de trois parties distinctes :

1. Communication lue à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris, séance du 12 novembre 1897.

la soufflerie représentée par les poumons, *la partie vibrante* par les cordes vocales, enfin *la table d'harmonie* ou *caisse de résonance* qui comprend les diverses cavités qui surplombent le larynx : bouche, pharynx et fosses nasales.

L'exercice régulier, normal de la voix, dans toute l'étendue de l'échelle musicale que peut gravir chaque larynx particulier, réclame le fonctionnement parfait de chacune des trois parties que nous avons énumérées.

Or, ce sont précisément les trois régions du corps humain qui sont le plus vulnérables, qui sont le plus fréquemment atteintes d'affections diverses, les unes graves, les autres bénignes, mais, en tout cas, toujours sérieuses pour la fonction vocale. Aussi, la voix, surtout la voix chantée qui exige la perfection non-seulement dans l'émission de quelques notes de médium mais encore dans toute l'étendue du clavier vocal qui lui est propre, est-elle souvent altérée.

Le rôle de l'insuffisance respiratoire trouve son explication dans les expériences de Cagnard-Latour ; ce physicien qui a mesuré la pression de l'air que nécessite l'émission des divers sons, a trouvé que cette pression égale une colonne d'eau de 16 centimètres pour les sons moyens, 20 centimètres pour les notes élevées et 95 centimètres pour les notes très élevées ; aussi toutes les affections de la poitrine qui restreignent la capacité des poumons (pleurésie, bronchite, emphysème), ou gênent le libre jeu de la cage thoracique (névralgie, zona, etc.), modifieront-elles l'intensité, l'ampleur de la voix et aussi la tonalité puisque la force du courant d'air est un des facteurs de l'élévations des sons.

Quant aux affections du larynx, elles altérent à peu près toutes les voix ; on peut observer toutes les formes de troubles fonctionnels depuis l'aphonie jusqu'à la voix forte de rogomme; nous croyons inutile d'énumérer ces affections, car ce serait passer en revue toute la pathologie de l'organe vocal.

Un larynx isolé et préparé pour les expériences physiologiques est un organe inerte comme un instrument de musique, qui, dans les mêmes conditions de tension et de pression de l'air, rend toujours la même note ; il est soumis, dans une certaine mesure, aux lois de l'acoustique.

Sur le vivant, le son émis par le larynx traverse avant

d'arriver au dehors les cavités buccale et naso-pharyngienne qui en modifient, transforment pour ainsi dire la nature ; l'influence de ce tube surajouté au larynx est des plus importantes, car c'est de lui que dépend pour ainsi dire la personnalité de la voix de chaque individu.

La cavité buccale et pharyngo-nasale peut être assimilée à un tuyau essentiellement mobile dont les modifications de longueur et de diamètre sont instantanées pour pouvoir s'accommoder à la note émise par le larynx, car il y a une relation étroite entre la hauteur du son et la forme que prend le tuyau pharyngo-buccal.

Son influence est évidente dans les cas où existe une obstruction passagère ou durable des cavités nasale ou pharyngienne (coryza, hypertrophie des cornets, polypes, végétations adénoïdes) ; dans ces cas, la tonalité de la voix baisse; de plus la voix prend un caractère particulier de sourdine que l'on a désigné sous le nom de voix nasonnée pour indiquer sa pathogénie ; on peut en donner l'explication physique en se rappelant la loi de Bernouilli, qu'un tuyau ouvert donne l'octave aiguë du même son fourni par un tuyau de même longueur mais fermé à son extrémité. Cependant, il faut avouer que l'assimilation du conduit pharyngo-nasal ou buccal à un tuyau est assez imparfaite, car, dans les tuyaux, la longueur de la colonne d'air est l'unique facteur de la hauteur du son ; or, il suffit de remarquer combien est modifiée la voix dans certaines maladies qui ne changent pas la longueur du tuyau humain, comme la paralysie du voile du palais, pour être obligé d'admettre l'intervention d'un autre facteur qui est la contractilité et la mobilité de toutes les parties qui constituent la cavité bucco-pharyngée.

Les affections qui portent atteinte aux fonctions de la bouche et du pharynx peuvent à elles seules, indépendamment de toute maladie du larynx, entraîner des troubles sérieux dans l'émission de la voix ; si la lésion est profonde comme dans l'amygdalite aiguë, la paralysie du voile ou sa perforation, etc., l'intensité et le timbre de la voix sont modifiés au point que l'on peut presque diagnostiquer la maladie dont est atteint le sujet, rien qu'à l'entendre parler.

Il n'en est plus de même si la lésion pharyngo-nasale est

superficielle ou très limitée ; ce n'est plus dans la voix de médium, celle de la diction, que l'altération se fait sentir, mais dans les notes plus élevées qui nécessitent une mobilité et une contraction plus marquées du conduit pharyngo-buccal. Aussi, telle affection légère du pharynx qui ne déterminera aucun trouble dans la diction, la déclamation, pourra-t-elle produire chez un chanteur, une modification dans la hauteur du son, dans son éclat ou ses qualités harmonieuses.

Tandis que chez un orateur ou un artiste dramatique les sons émis ne comprennent au plus que quelques notes du médium, chez le chanteur la voix doit être pure, sonore dans l'étendue de deux octaves en moyenne ; qu'il y ait une lacune dans une partie de l'échelle musicale, le chanteur se trouve hors d'état de satisfaire aux besoins de son rôle.

« Le chanteur, écrivait KRISHABER, qui peut encore se servir de sa voix pour parler et même pour exécuter certains airs, mais qui, par une cause quelconque, a perdu 1 ou 2 notes de sa gamme ou qui est devenu incapable de donner au son ce qui en constitue la douceur et le charme ; l'artiste dramatique qui, tout en disant ses vers comme autrefois, ne peut plus cependant donner à sa voix les inflexions et les intonations qui, par les insaisissables nuances de l'art, en faisaient toute la puissance ; ces gens-là sont des malades qui réclament justement vos soins et seront peu satisfaits de l'assurance que leur affection ne porte pas atteinte à la vie. »

Nous ne ferons que signaler les troubles de l'articulation, dus aux affections de la bouche et de la langue (tumeurs, ulcérations, paralysie faciale, etc.).

Les affections du rhino-pharynx déterminent des modifications dans les qualités de la voix : *pureté*, *étendue*, *timbre*, *sonorité*, de plusieurs manières ; elles diminuent la mobilité et la contractilité des muscles sous-jacents à la muqueuse ; la sécrétion du mucus normal est, ou insuffisante ou trop abondante ; dans beaucoup de cas la sécrétion est muco-purulente, d'où la sensation de corps étranger ou de chatouillement qui provoque la toux et oblige à faire des efforts d'expuition ; enfin, des lésions inflammatoires par continuité gagnent le larynx, si l'organe n'est pas mis au repos.

Comme c'est surtout dans l'émission des notes élevées que la

contraction des muscles pharyngiens est à son maximum, il en résulte que c'est tout d'abord dans le haut de l'échelle vocale que le trouble fonctionnel se fera sentir ; les notes aiguës ne pourront être rendues qu'avec effort ou même pas du tout ; il devient impossible au chanteur de rendre les nuances, de chanter à mi-voix avec autant de justesse ; la voix perd de sa sonorité, de son éclat, elle devient plus ou moins sourde, étouffée.

A l'appui des considérations physiologiques et pathologiques que nous venons d'exposer, nous citerons quelques observations de troubles vocaux survenus chez les chanteurs.

Nous avons cru, dans ces observations, ne pouvoir mieux faire que d'exposer les troubles de la voix accusés par les malades eux-mêmes, meilleurs juges que nous en pareille matière ; le résultat est aussi celui que nous ont signalé les artistes, peu enclins en général à atténuer leur mal, surtout quand il s'agit de la voix.

Observation I. — M. X. Jean, opéré il y a dix-huit mois de végétations adénoïdes vient me consulter le 13 mars 1893, parce que sa voix a perdu de son étendue ; il ne peut monter jusqu'au *la* qu'il rendait facilement autrefois.

L'examen révèle l'existence d'une crête nasale à droite peu prononcée ; par la rhinoscopie postérieure on constate que le plafond pharyngien est tapissé de mucosités et que les choanes sont libres ; le larynx ne présente aucune lésion.

Il se plaint d'ailleurs d'être obligé de faire constamment des efforts de hemmage ou râclage pour arracher les mucosités.

Le 27 mars, à la suite du traitement institué, le malade dit n'avoir plus de mucosités et affirme que la voix a repris son étendue et son timbre antérieurs.

Observation II. — M. X..., 25 ans, ténor, se plaint de ne pouvoir, comme autrefois, monter jusqu'à *l'ut* et que dans les notes élevées la voix est moins sonore, moins éclatante.

Le 24 *mai* 1893, je constate que le pharynx est rouge vif, mais sans granulations ; le pharynx supérieur est tapissé de mucosités assez abondantes ; pas de végétations adénoïdes. Le cornet inférieur gauche est très notablement tuméfié ; le droit est normal.

Les cordes vocales sont légèrement injectées par place ; la muqueuse de la région aryténoïdienne est plus rouge qu'à l'état normal ; il est vrai qu'au lieu de se reposer le malade est obligé en ce moment de surmener son larynx.

A la fin de mai le malade peut vocaliser à voix basse, ce qu'il ne pouvait faire depuis longtemps.

Au milieu de juin l'amélioration est très manifeste ; les mucosités sont beaucoup moins abondantes et la voix a repris son étendue et sa sonorité normales.

OBSERVATION III. — M. X..., 23 ans, accuse une diminution de sonorité de sa voix qui devient sourde dans les notes élevées, du *fa* au *do*. A l'examen, pratiqué le 18 *sepembre*, on ne constate pas autre chose que de la pharyngite catarrhale et une légère injection des cordes vocales.

Le 9 *octobre*, la voix est meilleure ; il donne facilement le *la* en voix de poitrine ; un rhume contracté en ce moment, retarde la guérison de quelques jours.

OBSERVATION IV. — M. X... il y a dix-huit mois, but un verre de bière, ayant chaud ; à la suite de cette imprudence, il survint des troubles de la voix, caractérisés par l'impossibilité de chanter *piano*, dans les notes au-dessus du *fa* qu'il donnait autrefois en voix de poitrine.

Le 30 *octobre* 1893, il existe une rougeur modérée des cordes vocales, surtout de la gauche ; la rhinoscopie postérieure, révèle un léger gonflement de la muqueuse de la voûte pharyngienne. Le malade expectore beaucoup moins de mucosités qu'autrefois, à la suite du traitement conseillé par deux spécialistes qu'il a consultés.

Le 20 *novembre* la voix est redevenue ce qu'elle était avant son imprudence.

OBSERVATION V. — Mme X... 30 ans est atteinte en *juillet* 1893 d'otite moyenne aiguë suppurée qui guérit rapidement. Elle se plaint de ne pouvoir chanter sans se fatiguer très-vite; elle ne peut plus, comme avant, atteindre les notes élevées et rendre les nuances musicales.

Par la rhinoscopie, je constate l'existence d'une angine de Tornwaldt qui est traitée par l'incision et des badigeonnages ; à la suite de ce traitement, il survient une très grande amélioration de la voix.

En *septembre* légère rechute, accompagnée de hemmage, râclements fréquents ; le larynx ne présente cette fois aucune altération appréciable.

En *octobre* l'état est très satisfaisant au point de vue local et de l'état de la voix.

Dans tous ces cas, sauf dans le dernier, où nous avons badigeonné le larynx deux fois, le traitement a été exclusivement dirigé contre l'affection pharyngienne.

On a une tendance naturelle à regarder le larynx comme coupable, toutes les fois qu'il existe un trouble dans la fonc-

tion vocale ; il est certain que les affections dont il est le siège apportent les plus grandes perturbations dans la voix, mais alors, le trouble fonctionnel est ordinairement manifeste, sérieux ; on pourrait presque dire que le larynx ne s'abaisse pas à produire des symptômes bénins, secondaires, comme ceux que nous avons rapportés ; il laisse ce soin à son collaborateur le pharynx.

En résumé, on peut exprimer schématiquement la participation de chacune des trois parties qui constituent la machine vocale en disant que : des poumons dépend l'ampleur de la voix ; du larynx, la tonalité et peut-être le timbre ; et que le conduit pharyngo-nasal donne le timbre et l'harmonie des sons.

III

ÉCOULEMENT SPONTANÉ

DE

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

PAR LE

CONDUIT AUDITIF EXTERNE

FISTULE CONGÉNITALE PROBABLE

Par le Dr **E. ESCAT**, de Toulouse

Louise B..... âgée de 10 ans (n° 627 du registre de la clinique), est présentée par sa grand'mère le 8 mai 1897 à la consultation otologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Dans les antécédents de l'enfant on ne relève ni affection générale grave, ni otite ; pas de chute, pas de traumatisme ayant pu provoquer une fracture du rocher ; pas d'introduction de corps étranger vulnérant dans l'oreille.

Il y a dix-huit mois environ, spontanément, sans le moindre prodrome, un écoulement de liquide fluide comme de l'eau se produit par l'oreille droite ; l'écoulement est intermittent, il dure quelques minutes, s'arrête ensuite brusquement pour se reproduire jusqu'à dix et douze fois dans la même journée ; cet état dure deux mois environ et cesse brusquement sans que le moindre traitement autre que des médicaments populaires soit institué.

Il y a six mois le même phénomène se reproduit et dure un mois environ.

Enfin il y a huit jours l'écoulement reparaît et l'enfant nous est conduite pour la première fois.

La grand'mère nous raconte que l'écoulement se manifeste de temps en temps sans cause apparente, toutefois la petite fille est prévenue chaque fois par un sifflement dans l'oreille droite qui précède le début de l'écoulement de quelques secondes et cesse sitôt qu'il commence.

L'enfant penche alors la tête et on peut voir à ce moment couler du

méat auditif le liquide semblable à un fin filet d'huile s'écoulant d'une burette.

A chaque crise il s'écoule environ un demi-verre de liquide.

L'écoulement se produit aussi pendant le sommeil à l'insu de la malade qui trouve à son réveil le traversin tout inondé.

Pendant le jour la petite fille est obligée de porter constamment fixé sur son oreille droite un gros mouchoir plié en compresse et maintenu par un bandeau; ce linge constamment humide doit être renouvelé à tout instant; la grand'mère le tordant sous nos yeux en exprime une quantité considérable de liquide qui couvre une large surface du parquet.

La quantité de liquide perdu en 24 heures peut être évaluée sans exagération à un demi-litre environ. L'écoulement est généralement plus abondant pendant les trois heures qui suivent les repas.

Sur ma prière la grand'mère a pu recueillir sans difficulté 150 grammes environ de liquide dans une seule crise; dans la suivante survenue deux heures après, elle en a recueilli une quantité à peu près égale.

Il ne peut s'agir évidemment que de liquide céphalo-rachidien, toutefois je crois intéressant de le soumettre à l'analyse chimique.

Monsieur le professeur agrégé Gérard, chef du laboratoire d'analyses biologiques de l'Hôtel-Dieu, eut l'extrême complaisance de l'analyser et de m'adresser la note suivante :

« J'ai examiné le liquide que vous m'avez fait envoyer : c'est bien du liquide céphalo-rachidien comme l'indique l'examen ci-bas :

Liquide incolore, mobile, légèrement alcalin, se troublant très légèrement par la chaleur et en présence de l'acide acétique.

Chlorure de sodium	6 gr. 30 par litre.
Phosphates terreux (ou Ph^2O^5)	0 gr. 40.
Traces de cholésterine et d'albumine.	

Examen clinique. La petite fille est bien constituée, ne porte aucune malformation extérieure ni aucun stigmate physique de dégénérescence.

L'intelligence est bien développée; toutefois l'entourage a observé, pendant la période où l'oreille coule, un peu de lassitude et de torpeur intellectuelle. Mais cette dépression est si légère que sans le renseignement qu'on nous fournit nous l'aurions complètement méconnu.

L'enfant ne se plaint d'aucune douleur ni d'aucun malaise; elle s'amuse et travaille à l'école comme par le passé; en résumé son état général de santé est satisfaisant.

Malgré cette perte considérable il n'y a point de polydypsie; mais on constate une oligurie très manifeste.

L'examen de l'audition donne les résultats suivants :

Montre.	OG : 70 cent. OD : 15 cent.
Rinne.	OG + OD +

L'épreuve de Weber ne donne aucun résultat.

L'oreille droite est examinée :

Le tympan est normal y compris la membrane de Schrappnel.

Le cathétérisme ne fait entendre à l'auscultation qu'un souffle normal sans bruit de perforation.

Le conduit est normal dans ses deux tiers externes facilement explorés.

Nous procédons avec un soin tout particulier à l'examen du tiers profond dans l'espoir de déceler une déhiscence.

En raison des courbures du conduit, les parois inférieure, antérieure et supérieure du tiers profond ne peuvent être explorées que par le miroir d'acier de Weismann ; par ce mode d'exploration je ne découvre rien d'anormal sur les parois inférieure et antérieure.

Il ne reste donc que la paroi supérieure ; au lieu d'être sur le prolongement des deux tiers externes de la même paroi, cette portion de la paroi supérieure est un peu excavée et ne peut être explorée totalement comme elle l'est d'habitude en faisant incliner la tête du sujet sur l'épaule opposée.

Avec le miroir de Weismann je découvre une ligne irrégulière rappelant un V, longue de 3 à 4 millimètres environ, se dessinant sur la peau normale et non enflammée ; cette ligne plus blanche que le fond sur lequel elle se détache semble formée par une fine arête limitant une dépression moins éclairée.

Je pense alors que c'est là le siège de la déhiscence du conduit, ouverture externe de la fistule.

Une irrigation du conduit et un essuyage consciencieux ne fit point disparaître cette ligne.

Un stylet coudé de 2 millimètres à son extrémité exploratrice ne put pénétrer dans la fente supposée ; promené dans toutes les autres parties du tiers profond du conduit il n'amena la découverte d'aucune anomalie.

Dans l'espoir de provoquer l'isssue du liquide et de découvrir ainsi le siège exact de l'orifice fistulaire, je fis l'aspiration dans le conduit avec le spéculum de Siegle ; mais cette manœuvre, quoique renouvelée plusieurs fois et pendant plusieurs jours, resta sans résultat.

La petite fille s'était aperçue qu'en faisant effort elle parvenait souvent à provoquer l'écoulement ; mais toutes les tentatives qu'elle fit en ma présence échouèrent.

Malgré la tolérance apparente de l'organisme devant cette perte constante et considérable de liquide céphalo-rachidien qui durait depuis 15 jours, je crus devoir chercher à y mettre fin.

Avant de discuter sur le choix d'une intervention, il était indispensable d'être fixé, sinon sur l'étiologie et la nature de la fistule, tout au moins sur le siège précis de son ouverture dans le conduit.

L'observation la plus consciencieuse ne nous ayant éclairé que d'une façon très insuffisante, je crus devoir m'appuyer sur des considérations d'ordre anatomique.

Les deux tiers externes du conduit très bien explorés étaient indemnes ; il en était de même de la membrane du tympan ; la déhiscence ne pouvait donc siéger que dans le tiers profond du conduit ;

Or des quatre parois de ce segment du conduit, je pouvais éliminer :

1° La paroi inférieure en rapport avec la seule loge parotidienne.

2° La paroi antérieure en rapport avec l'articulation temporo-maxillaire.

3° La paroi postérieure en rapport avec les cellules mastoïdiennes. Cette dernière à la rigueur pourrait être traversée par un trajet fistuleux venant de la cavité cranienne, mais dans ce cas la fistule traverserait les cellules mastoïdiennes et ces dernières cavités seraient inondées par le liquide céphalo-rachidien, et par suite l'oreille moyenne en communication avec elles.

Or nous avions constaté avec l'aide du cathétérisme la vacuité absolue de la caisse.

Restait donc la paroi supérieure du tiers profond du conduit : cette paroi, en effet, est la plus mince et affecte seule des rapports directs avec le crâne ; dans quelques cas ses deux tables sont bien séparées par des cellules aériennes, mais dans la plupart, au moins sur une partie de sa surface, la paroi osseuse est formée d'une lame de tissu compact, parfois très mince.

Suivant toute probabilité le pertuis devait siéger à ce niveau ; et la ligne colorée de 2 à 3 millimètres décelée sur cette région par le miroir de Weismann devait être, malgré l'insuccès de l'exploration au stylet, le siège exact de la déhiscence.

Des constatations et des considérations anatomiques qui précèdent, se dégageaient les conclusions suivantes :

1° L'orifice externe de la fistule siège dans le conduit, dans son tiers profond, et presque sûrement sur la paroi supérieure.

2° Cet orifice est extrêmement étroit, et par conséquent susceptible de se rétrécir, sinon de s'oblitérer sous l'influence

d'un processus inflammatoire provoqué dans un but thérapeutique.

Je décidai d'employer à cet effet le galvano-cautère. J'anesthésiai le conduit par une instillation de chlorhydrate de cocaïne à 1/5 maintenu un quart d'heure dans le conduit ; puis je pratiquai dans la région susdite une cautérisation avec le bouton galvano-caustique légèrement coudé sur sa tige à 3 millimètres de son extrémité.

L'anesthésie étant insuffisante, la malade fit un mouvement violent et la cautérisation fut très superficielle.

Le résultat de cette première tentative fut nul ; quelques heures après l'écoulement reparaissait.

Trois jours après, à l'examen, je ne trouvais plus trace de la cautérisation : je n'avais donc provoqué qu'une brûlure du premier degré ; je renouvelai la même opération.

L'enfant, plus raisonnable cette fois, la supporta avec plus de docilité ; le chlorure d'éthyle parut d'autre part donner une anesthésie plus complète que la cocaïne. Je ne me contentai pas de cautériser un seul point, mais je promenai le cautère sur une surface aussi large que possible de façon à intéresser toute la paroi supérieure du tiers profond du conduit.

Pour garantir la plaie, je prescrivis des instillations à la glycérine phéniquée à 1/50.

Depuis ce moment l'écoulement n'a plus reparu.

J'ai revu l'enfant pendant les deux semaines qui ont suivi ; au quinzième jour il restait encore un peu de gonflement et de rougeur au niveau de la cautérisation.

N'ayant plus revu la petite malade, je me transportai moi-même chez elle le 9 juillet 1897 et je pus constater que la guérison s'était maintenue.

Réflexions. — Est-il permis de formuler une opinion sur la nature de cette fistule ?

Aucun processus ulcéreux, aucun traumatisme n'est à invoquer ; les antécédents sont très nets sur ce point.

La déhiscence est donc congénitale, ou a été tout au moins préparée par une atrophie congénitale de la paroi supérieure du conduit qui s'exagérant au cours du développement du temporal aura abouti à une véritable résorption partielle du plancher de la fosse temporale.

Cette hypothèse nous conduit à admettre l'existence d'une communication directe entre la fosse temporale et le conduit auditif externe.

Toutefois nous devons faire remarquer qu'une simple communication de la cavité arachnoïdienne avec l'extérieur ne saurait expliquer une perte de liquide céphalo-rachidien : en effet, la cavité arachnoïdienne à l'état normal est une cavité séreuse, virtuelle comme le péricarde, contenant non point du liquide céphalo-rachidien, mais de la sérosité lymphatique qui, en dehors d'un état pathologique du cerveau dont il ne saurait être question dans notre cas, est incapable d'atteindre une abondance comparable à celle du liquide qui s'écoulait de l'oreille de notre malade.

En outre le liquide des séreuses est visqueux et franchement coagulable, tandis que le liquide recueilli dans notre observation était fluide, très mobile, très faiblement coagulable.

Ses autres caractères physiques et chimiques, comme en atteste l'analyse faite par M. Gérard, montrent bien qu'il s'agissait de liquide céphalo-rachidien.

Or nous savons que le liquide céphalo-rachidien siège sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde dans l'espace sous-arachnoïdien ; il faut donc admettre pour être d'accord avec l'anatomie que la déhiscence du conduit était en rapport avec cet espace, grâce, sans doute, à une anomalie dans la réflexion de l'arachnoïde qui s'arrêtait au-dessus du conduit auditif laissant à ce niveau le cerveau en contact direct avec la fosse temporale.

L'intermittence de l'écoulement peut s'expliquer : il se manifeste, sans doute, lorsque la pression du liquide céphalo-rachidien est assez élevée pour vaincre la résistance opposée par le revêtement du trajet ou de son orifice cutané.

Il cesse automatiquement quand la perte d'une certaine uantité de liquide a abaissé la pression intra-cranienne.

La faculté dont jouissait l'enfant de provoquer l'écoulement par l'effort, prouve bien que l'augmentation de la tension sanguine dans le système veineux du crâne favorisait l'écoulement ; d'autre part l'exagération du phénomène sous l'influence de la tension sanguine qui accompagne la digestion vient bien aussi à l'appui de cette interprétation.

On s'explique plus difficilement l'arrêt spontané de l'écoule-

ment qui a mis fin aux deux premières crises et qui a duré plusieurs mois.

Comment interpréter cette guérison apparente ?

Un amas de cerumen aurait-il suffi pour oblitérer l'orifice cutané, ou bien les remèdes populaires et les liquides septiques introduits dans le conduit par l'entourage de l'enfant auraient-ils irrité la région et provoqué une inflammation oblitérante ?

Nous n'avons trouvé dans les auteurs que des renseignements bien vagues sur les déhiscences congénitales du conduit auditif.

Celles des parois de la caisse et surtout de son toit semblent avoir surtout préoccupé les anatomistes depuis Valsalva, qui essaya de démontrer que les déhiscences étaient normales et que la communication entre la cavité cranienne et la caisse était constante.

Körner cité par Steinbrügge, sur 39 crânes dolichocéphales a observé 7 fois des ouvertures faisant communiquer le crâne avec des lacunes osseuses, notamment dans un système de cellules osseuses situées au-dessus du conduit auditif externe, dans l'angle formé par le plancher et la paroi latérale de la fosse moyenne du crâne.

Notre cas semble bien se rattacher à cette dernière anomalie; ici toutefois elle est plus complète, puisqu'il n'y a pas seulement diverticule de la cavité cranienne, mais fistule complète et ouverture à la surface cutanée du conduit.

J'ai cru devoir publier cette observation en raison de la rareté du cas et du succès complet du traitement si simple qui a été appliqué.

IV

TRAITEMENT

DES

OTITES SUPPURÉES

PAR

L'ACIDE PICRIQUE

Par le Dr **LACROIX** [1]

La thérapeutique des suppurations d'oreille possède des armes nombreuses, et d'ailleurs, à côté du traitement médical dont la mise en œuvre remonte loin dans l'histoire de la Médecine, il existe, pour ces affections souvent rebelles, un traitement chirurgical absolument moderne.

Ce dernier, grâce à son efficacité réelle, à ses brillants avantages, doit être considéré comme l'intervention la plus utile et la plus rationnelle. Toutefois on ne l'emploie pas sans quelque danger, et dans bien des cas, les malades s'y prêtent difficilement. Aussi toute arme médicale nouvelle, destinée à reculer tant soit peu les limites de la chirurgie, sera-t-elle bien accueillie par tout le monde.

On connaît les beaux résultats dus à l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Cette méthode, inaugurée par M. Thiery, est à l'heure actuelle très connue, et bon nombre de médecins l'ont définitivement adoptée dans leur pratique journalière

En présence de tels résultats et en raison même des pro-

1. Travail lu à la Société d'Otologie de Paris (9 juillet 1897).

priétés de l'acide picrique — dont nous parlerons plus loin — nous avons eu l'idée d'expérimenter cet agent dans la thérapeutique des diverses affections suppurées de l'oreille, plus particulièrement de l'otorrhée, et nous allons consigner, dans ce travail, les résultats de ces essais cliniques.

I

L'acide picrique ou trinitrophénique est un corps cristallisé, inodore, d'une teinte jaune d'or très pénétrante, d'une saveur particulièrement amère, d'où son nom (πικρος = amer). Il est soluble dans l'alcool, l'éther et assez dans l'eau, puisque sa solubilité dans ce dernier liquide est d'environ 1 pour 87, à la température ordinaire. De plus, la solution ainsi obtenue est très stable et se conserve facilement. Son prix de revient est très peu élevé, puisqu'il ne coûte guère plus de 4 à 5 francs le kilogramme,

Les usages de l'acide picrique sont assez variés, mais nous ne voulons retenir ici que ses applications médicales et en particulier ses propriétés comme agent topique.

A l'intérieur, il a été prescrit dans différentes circonstances à la dose journalière de 0 gr. 05 à 0 gr. 10. Sa toxicité ne paraît pas bien considérable, en tout cas, son emploi dans l'otorrhée, à ce point de vue, ne présente pas d'inconvénient.

Les propriétés topiques de l'acide picrique sont des plus intéressantes à connaître. Il est d'abord antiseptique, et antiseptique de valeur. Quotidiennement en effet dans les laboratoires, on l'utilise pour la conservation des pièces anatomiques, avec le plus grand avantage.

L'application de l'acide picrique sur les tissus n'est en aucune façon douloureuse. Il y a plus. Non seulement il n'est ni caustique, ni douloureux, mais encore il détermine un certain degré nettement appréciable d'analgésie. Si le traitement d'une brûlure par l'acide picrique — nous dit le Dr Filleul — est fait de bonne heure, la douleur n'apparaît pas. Si la douleur existait déjà, elle diminue rapidement, puis disparaît.

L'action de l'acide picrique sur la peau et même sur les os est tout à fait spéciale. Lorsqu'un os séjourne assez longtemps dans une solution d'acide picrique, on le voit peu à peu se ra-

mollir, perdant ainsi ses sels calcaires, se décalcifiant en un mot.

Sur la peau et sur les plaies, cet agent possède une propriété plus particulièrement importante. Il favorise l'épidermisation en vertu d'une véritable puissance kératoplastique que Unna définit de la façon suivante :

« La cicatrisation des plaies cutanées dépend du rapport « qui s'établit dans la formation des feuillets meso et ectoder- « miques. Des bourgeons irréprochables peuvent rester long- « temps sans se recouvrir d'épiderme et cela se voit en géné- « ral sous nos pansements antiseptiques. L'acide phénique, « l'acide salicylique, le sublimé un peu concentrés détruisent « l'épiderme, empêchent la kératinisation. La kératinisation se « fait malgré les antiseptiques, mais elle n'est nullement fa- « vorisée par eux. La majorité des antiseptiques sont des « oxydants des ozonides et en même temps des substances « qui activent le bourgeonnement. Peu de substances réduc- « trices peuvent être utilisées en médecine ; tel est cependant « l'acide pyrogallique, produit éminemment réducteur et ké- « ratoplastique. »

A ce point de vue l'acide picrique ne le cède en rien à l'acide pyrogallique et, comme lui, il favorise nettement l'épidermisation. Il fixe les éléments de l'épiderme et du derme, si bien que l'épiderme se déssèche et s'applique sur le derme. Aussi — comme le prouvent les recherches du Dr Filleul, — placé de suite sur une brûlure au deuxième degré avant l'apparition des phlyctènes, celles-ci ne se forment pas. Si, au contraire, elles existaient déjà, en voit la sérosité épanchée se résorber rapidement et des squames croûteuses se former. La cicatrisation se fait au dessous dans les meilleures conditions.

Nous avons insisté sur cette propriété parce qu'elle possède une véritable importance. En résumé, les qualités essentielles de l'acide picrique sont au nombre de trois : il est à la fois antiseptique, analgésique et kératoplastique.

Les applications cliniques de cet agent comme topique sont, à l'heure actuelle, assez nombreuses.

Déjà, en 1876, Curie et Chéron avaient reconnu son influence bienfaisante sur les plaies suppurantes. Plus tard, Césari l'employa contre l'eczéma impétigineux et obtint ainsi d'heureux effets.

Toutefois, il faut le reconnaître, c'est au Dr Thiery que revient l'honneur d'avoir véritablement exposé la valeur de l'acide picrique comme médicament externe. Grâce à lui, l'acide picrique est fréquemment employé dans le traitement journalier des brûlures et l'on connaît les beaux succès qu'il permet d'obtenir.

Plus tard, le Dr Chéron en préconise à nouveau l'emploi dans l'urétrite féminine si rebelle et en signale les précieux avantages (Thèse de Vigneron). Très récemment enfin, M. Gaucher l'utilise dans la thérapeutique de l'eczéma aigu et se loue également de son emploi.

II

Dans ces conditions, en présence de tels éloges, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'appliquer encore l'acide picrique à l'otologie, pour le traitement des suppurations de l'oreille moyenne, si nombreuses et trop souvent rebelles. Nos recherches datent déjà de plus d'une année, puisqu'elles ont commencé en janvier 1896, aussi avons-nous une certaine expérience de cette médication.

Nos premiers essais furent consacrés à de vieilles otorrhées, réfractaires à toute thérapeutique antérieure, ayant jusqu'alors résisté à toutes les interventions médicales connues, telles que instillations diverses, lavages de l'attique, ablation de végétations ou de polypes. Plus tard nous en avons étendu l'emploi aux suppurations subaiguës, aux otites aiguës et aussi à certains états particuliers de la caisse et de la membrane tympanique. Nous ne parlerons pas, pour le moment, de ces dernières applications que nous réservons pour plus tard.

Les formules employées sont de deux ordres : d'abord la solution aqueuse, au centième, ou à saturation (un pour quatre-vingt-sept) ; puis la solution hydro-alcoolique que l'on peut prescrire de la façon suivante :

Acide picrique.	0 gr. 20
Alcool à 90 degrés.	3 gr. »
Eau distillée	20 gr. »

F. S. A.

Instiller, matin et soir, XX gouttes tièdes et conserver 5 minutes dans l'oreille en penchant la tête sur l'autre épaule. Il est bon avant de relever la tête, de placer dans le conduit un tampon d'ouate pour absorber le liquide et l'empêcher de couler sur la conque qu'il colorerait en jaune.

Quelle que soit l'abondance de la suppuration, quel que soit l'état de l'oreille, voici ce que l'on observe généralement après quelques jours de l'emploi de l'acide picrique : la peau du conduit devient sèche et se recouvre de squames. Les mêmes phénomènes se produisent dans la caisse et on voit la muqueuse de l'oreille moyenne se sécher et se couvrir également de débris épidermiques, parfois abondants.

Il s'ensuit de cette action constante deux conséquences immédiates.

D'abord, tout le temps que dure l'emploi de l'acide picrique en instillations auriculaires, il est absolument indispensable de faire de larges irrigations et de nettoyer rigoureusement l'organe. Il est de toute nécessité effectivement, d'éviter l'encombrement et l'obstruction de l'oreille, car sans cette précaution capitale, on s'expose à ne produire aucun résultat, puisque le médicament est alors arrêté par les débris et les squames et n'arrive certainement pas jusqu'à la muqueuse.

Une deuxième conséquence également importante de cet effet constant des instillations picriques est la suivante : l'acide picrique est contre indiqué s'il y a une tendance manifeste au cholestéatome. Il favoriserait certainement sa production.

Lorsque les irrigations sont soigneusement faites, lorsque les instillations sont appliquées régulièrement, pendant quelque temps — plusieurs semaines, parfois quelques jours seulement — on se trouve en présence de trois alternatives.

1° L'acide picrique ne produit aucun résultat, ni bon, ni mauvais ; autrement dit, l'oreille conserve intégralement ses lésions sans modification aucune. Ce cas est rare, pour ainsi dire exceptionnel, et pour ma part, je ne l'ai guère observé que deux ou trois fois, au maximum.

En effet, l'acide picrique, pour une oreille malade, est une préparation active, que je comparerais volontiers à ce point de vue, à l'iodure de potassium. C'est un topique d'une certaine énergie, agissant toujours en vertu de ses trois propriétés

fondamentales, bon antiseptique, modeste analgésique, puissant kérotoplastique, cette dernière propriété étant de beaucoup la plus importante. Aussi, dans la majorité des circonstances, nous pouvons dire que l'acide picrique rentre dans les deux alternatives suivantes : ou exercer une action curative certaine plus ou moins énergique ou au contraire être mal toléré.

Voyons d'abord les cas où l'emploi de l'acide picrique est suivi de guérison ou tout au moins d'amélioration notable, alors même que la suppuration d'oreille est très ancienne. En voici quelques observations intéressantes :

OBSERVATION I. — M. X..., 27 ans, est atteint d'otorrhée gauche datant de l'enfance. La suppuration, d'abondance variable, subit continuellement des alternatives d'augmentation et de diminution ; elle s'accompagne de maux de tête assez fréquents. L'examen otoscopique révèle l'existence d'une perforation tympanique étendue aux 2/3 antéro-inférieurs de la membrane. Des attouchements au stylet permettent de constater en quelques endroits un certain degré de carie osseuse. Jusque-là le malade n'a suivi aucun traitement digne de ce nom.

Pendant deux mois, nous appliquons les méthodes ordinaires, — instillations de phénosalyl, lavages de l'attique à l'eau oxygénée, etc., — qui ne produisent aucun résultat appréciable. Nous instituons alors le traitement par l'acide picrique et nous faisons aussi quelques lavages de l'attique avec le même agent. Dès les premiers jours, l'amélioration est très rapide, presque surprenante et l'oreille se sèche immédiatement.

Le malade supportant bien l'acide picrique, nous employons la solution saturée. Après quinze jours environ, l'oreille est sèche, ne suppure plus et la perforation est sensiblement diminuée. Trois mois après le commencement de ce traitement l'oreille est guérie, la perforation remplacée par une membrane d'aspect satisfaisant.

OBSERVATION II. — X..., âgé de 6 ans, de constitution délicate, père tuberculeux. Suppuration de l'oreille droite depuis huit mois, assez abondante puisque l'oreiller est quotidiennement sali par le pus. Soigné successivement daus une clinique et aux Enfants-Malades, sans résultat. Nous prescrivons d'emblée les instillations d'acide picrique. L'enfant nous est représenté un mois après seulement et la mère nous déclare à ce moment, qu'elle n'est pas venue plus tôt uniquement parce que l'enfant est guéri depuis un certain temps. Son oreille a cessé de couler dès le quatrième ou le cinquième jour du traitement. A l'examen otoscopique, la caisse ne présente pas effectivement, de traces de suppuration, mais la perforation tympanique, quoique sèche, persiste presque aussi étendue qu'au premier jour. Malgré notre insistance auprès de la mère du jeune X... la priant de ramener son enfant à notre consultation, nous avons été obligé d'interrompre le traitement commencé, n'ayant pas revu le sujet malade.

OBSERVATION III. — Mlle X..., 19 ans, est atteinte d'otite moyenne aiguë double suppurée, consécutivement à une adénoïdite aiguë. Les amygdales palatines sont très hypertrophiées et il existe de volumineuses végétations adénoïdes.

Antisepsie rigoureuse des oreilles, puis successivement ablation des amygdales et des adénoïdes. Sous l'influence de cette thérapeutique l'oreille droite guérit complètement et la gauche s'améliore. Cette dernière se présente sous l'aspect suivant : tympan épaissi, perforation petite, en bas et en avant, impossible à voir en raison de sa position déclive. Il existe à ce niveau une sorte de petit clapier où le pus s'accumule, en petite quantité il est vrai. Cet état persiste pendant quatre mois, quoi que nous fassions. Nous appliquons une mèche de gaze iodoformée à demeure, suivant la méthode de Hamon du Fougeray, et sous son influence la suppuration paraît cesser ; malheureusement elle revient chaque fois que l'on supprime la mèche.

C'est alors que le traitement par l'acide picrique est institué, et quoique la malade ait quitté Paris, nous la revoyons deux mois après environ ; l'oreille est sèche.

OBSERVATION IV. — Analogue à la précédente. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche, ayant laissé une légère suppuration qui se fait jour au travers d'une petite perforation antéro-inférieure de la membrane. — Rebelle aux autres traitements.

Instillations d'acide picrique pendant huit jours, le pus disparaît, puis revient insensiblement, le traitement n'étant pas continué assidûment. On le recommence alors, cette fois très régulièrement et la perforation se ferme peu de temps après d'une façon absolument définitive.

OBSERVATION V. — M. X..., 34 ans, otorrhée datant de l'enfance, à droite. Suppuration constante, d'abondance variable, parfois fétide. A l'examen otoscopique, large perforation tympanique, le manche du marteau n'a plus que deux ou trois millimètres. Sur la paroi postérieure (massif du facial) quelques granulations au milieu desquelles on trouve un point carié. Suppuration évidente de l'attique : au stylet, point cariés ; lorsque le malade exécute la manœuvre de Valsalva, on aperçoit une grosse goutte de pus sourdre de l'attique.

Nous détruisons les granulations et quelques brides, puis lavages au phénosalyl, instillations d'acide picrique, lavages de l'attique à l'acide picrique. Le traitement a été fait régulièrement pendant un an.

Lentement mais progressivement, la suppuration a diminué, tout en présentant, à certains moments, une augmentation sans cause bien apparente. Toutefois, peu à peu, nous obtenons des périodes de plus en plus longues, de plusieurs semaines sans suppuration et la perforation a sensiblement diminué. Le malade quitte Paris alors que son oreille est sèche depuis plus d'un mois. Il nous écrit de Menton que depuis son départ, sept mois environ, son oreille n'a plus coulé du tout.

OBSERVATION VI. — M. X..., 20 ans, otite suppurée datant de six mois, perforation tympanique dans laquelle font hernie des végétations polypoïdes. Destruction des végétations; l'oreille restant humide, nous conseillons les instillations d'acide picrique. En une semaine la perforation est fermée.

Dans toutes ces observations on peut voir l'acide picrique réussir, quelque fois rapidement là où les autres médications étaient restées insuffisantes. Parfois, comme dans l'observation V, le résultat a été véritablement surprenant, en raison de la gravité du cas qui tout d'abord ne semblait guère devoir relever que de l'intervention chirurgicale. Les lésions osseuses elles-mêmes ont été modifiées et peut-être faut-il l'attribuer à l'action décalcifiante bien connue de l'acide picrique sur le tissu osseux.

En tout cas, ce que l'on observe toujours c'est l'action manifestement siccative du médicament.

Durant son emploi l'oreille se recouvre de squames, parfois abondantes, et lorsqu'on les enlève, par une injection bien faite, on trouve au-dessous d'elles l'oreille plus sèche et moins congestionnée.

Toutes les observations ne sont malheureusement pas aussi favorables que les précédentes et à côté de guérisons, il faut enregistrer de simples améliorations et même quelques insuccès absolus. Je dois dire toutefois que les insuccès absolus — à part les circonstances, dont nous parlerons plus loin, où l'oreille supporte mal la médication — sont rares.

Voici d'abord les OBSERVATIONS VII et VIII, deux vieilles otorrhées, soignées déjà par plusieurs confrères, sans succès. L'acide picrique sèche sensiblement l'oreille, mais lorsqu'on en suspend l'emploi, l'écoulement reparaît. Après quelque temps les malades ne sont plus revus.

L'OBSERVATION IX se rapporte à un jeune homme de 28 ans, otite suppurée à gauche ayant laissé un suintement chronique, petite perforation antéro-inférieure. L'emploi de l'acide picrique supprime l'écoulement après huit jours de traitement, mais l'écoulement réapparaît quinze jours plus tard et le malade, habitant la province, n'est plus revu.

Il nous reste maintenant à parler des cas où l'oreille ne supporte pas l'acide picrique et où il provoque au contraire des accidents, en raison même de son activité. Au point de

vue topique, comme nous l'avons dit précédemment, cet agent doit être considéré comme un remède actif, pouvant avoir par conséquent, sur un organe comme l'oreille, des inconvénients réels lorsque son action est déviée ou dépasse le but.

Déshydratant et kératoplastique par excellence, l'acide picrique va quelquefois trop loin et devient irritant. Les accidents qu'il peut provoquer se manifestent, en effet, le plus souvent sous forme d'irritation de la caisse et du conduit et revêtent l'aspect d'un eczéma aigu de l'organe. C'est une sorte de réaction rapide, mais courte, et on voit alors la peau se tuméfier, devenir rouge, tendue, douloureuse, le tout disparaissant lorsqu'on suspend l'usage de cette substance. A ce moment tout rentre dans l'ordre, mais reparaît si le traitement par l'acide picrique est repris.

Ces accidents — que nous avons toujours vus cesser rapidement en supprimant les instillations provocatrices — sont dus à une susceptibilité spéciale de l'oreille et se montrent en général dans deux circonstances particulières, qu'il est bon de connaître si on veut les éviter.

D'abord lorsqu'il s'agit d'une otite aiguë, encore dans sa phase aiguë, surtout si l'inflammation est vive, s'il y a des bourdonnements ou des battements pulsatifs (Observation X).

On les observe également dans les oreilles dont le conduit est enflammé ou atteint d'eczéma chronique et même simplement chez des sujets eczémateux (Observation XI).

Observation X. — M. X..., 22 ans, otite moyenne aiguë à droite, suppuration abondante, conduit enflammé et diminué de calibre. Perforation tympanique en bas, de trois à quatre millimètres, circulaire. On aperçoit au travers, le pus soulevé à chaque pulsation artérielle. D'ailleurs, il y a encore quelques légères douleurs, des bourdonnements et surtout des battements.

Aucune amélioration après trois semaines. Nous prescrivons alors l'acide picrique. Les instillations sont douloureuses, et déterminent le troisième jour une véritable réaction, les battements et les douleurs augmentent, le conduit est très sensible. On supprime l'acide picrique et alors tout rentre dans l'ordre. Une semaine après on essaie de le reprendre, les mêmes phénomènes se reproduisent. On le cesse enfin définitivement et l'oreille demeure alors dans le même état qu'elle était avant son emploi primitif.

Observation XI. — M^me^ X..., 42 ans, otorrhée datant de dix ans, continuelle, mais d'abondance variable. Le tympan est largement per-

foré avec quelques granulations polypoïdes. La malade est herpétique et a déjà eu quelques poussées eczémateuses sur la peau.

Acide picrique en instillations. Le quatrième jour, augmentation de la secrétion avec douleurs très vives. Le conduit est tuméfié, rouge, suintant, très sensible, sa lumière est presque nulle. C'est en somme une poussée d'eczéma aigu de l'oreille externe déterminée par l'acide picrique. Suspension du médicament, tout revient comme auparavant.

L'acide picrique devra donc être manœuvré prudemment dans toute oreille irritable, et le mieux est de s'en abstenir totalement tant qu'il reste des traces d'inflammation aiguë. Son champ d'action comporte exclusivement les suppurations torpides subaiguës ou chroniques, avec ou sans carie, et nous avons vu que là, il produit parfois d'excellents résultats. Si le malade est herpétique ou eczémateux il faudra le prescrire avec prudence.

La couleur jaune vif du médicament, très persistante sur la peau une fois celle-ci imprégnée, est également un inconvénient à son emploi. Pour l'homme, ce désagrément a peu d'importance, mais il n'est pas de même pour la femme, d'autant plus que le traitement doit être toujours suivi pendant un certain temps.

Les moyens qui ont été préconisés pour y remédier, ne sont pas, il faut bien le reconnaître, absolument parfaits. Nous allons cependant les indiquer.

On a conseillé d'employer de préférence la solution alcoolique — ce que nous faisons, en général — l'alcool facilitant la dissolution de cette substance et permettant aussi de l'enlever plus aisément.

Dans le *Concours Médical* le Dr F. Prieur, de Besançon, indique le procédé suivant :

« Pour faire disparaître cette coloration en quelques minu-
« tes, il suffit de se laver la peau en frictionnant, avec une
« solution saturée de carbonate de lithine. Cette solution al-
« caline et non caustique, fait en même temps l'office de savon,
« assouplit et adoucit la peau. On peut la préparer au mo-
« ment de s'en servir, en jetant une ou deux pincées de carbo-
« nate de lithine dans un verre d'eau ordinaire. »

On emploiera d'une façon analogue une pâte légère, avec un peu de carbonate de lithine et d'eau. Le carbonate de lithine

est si léger, si peu soluble dans l'eau, il en faut une si petite quantité pour saturer la solution, que malgré son prix assez élevé, la décoloration de la peau par ce moyen revient à très bon marché.

L'emploi du carbonate de lithine a été indiqué, voilà deux ou trois ans, par Jelinkz, de Prague, pour la décoloration rapide des pièces histologiques traitées par l'acide picrique ou par les mélanges dans la composition desquels entre cet acide.

En pratique otologique, le mieux est d'introduire le minimum de liquide et d'en absorber l'excès avec un tampon d'ouate enfoncé dans le conduit. Puis, on nettoiera la peau de la conque avec une légère pâte au carbonate de lithine.

En résumé, nous avons expérimenté les solutions d'acide picrique dans les variétés suivantes de suppurations d'oreille.

Otite moyenne aiguë, subaiguë et chronique. Chez deux malades atteints d'otites aiguës, l'acide picrique a déterminé une première fois des douleurs, une seconde fois (observation X) une véritable réaction. Aussi, croyons-nous que, tant que l'inflammation revêt un caractère encore *aigu*, l'acide picrique est contre-indiqué, ou en tout cas, doit être manié très prudemment. Il est juste d'ajouter que les accidents dont il est question, n'ont eu aucune conséquence fâcheuse puisque l'oreille est revenue au même état qu'auparavant.

En ce qui concerne l'otite moyenne subaiguë — je range sous ce nom, pour faciliter ma description, tous les cas d'otite moyenne aiguë suppurée traînant en longueur, n'étant pas guérie après plusieurs mois, — les résultats ont été véritablement favorables. On rencontre en effet souvent de ces otites aiguës dont les phénomènes inflammatoires sont depuis longtemps calmés, mais où la suppuration persiste, plus ou moins abondante. L'otite est alors sur le chemin de la chronicité. Sans doute il y a bien d'autres indications à remplir, tenant soit à l'état général (tuberculose), soit à l'état local (tumeurs adénoïdes, polypes de la caisse) : cependant, on n'arrive pas toujours de cette façon, il s'en faut, au résultat désiré. C'est dans ces circonstances que nous avons vu l'acide picrique réussir quelquefois brillamment, puisqu'à côté de simples améliorations (Observation IX) ou d'améliorations momentanées, nous avons enregistré de véritables guérisons, qui certainement ne

se seraient pas produites sans son action : les Observations II, III, IV, en sont des types.

J'arrive maintenant à l'otorrhée, à la suppuration véritablement chronique, qui date de plusieurs années, quelquefois de longues années, puisque souvent même elle remonte à l'enfance. On sait qu'alors les lésions sont généralement considérables, non seulement muqueuses, mais encore osseuses et qu'alors la thérapeutique simplement médicale parait impuissante, devant faire place à l'intervention du chirurgien. Ici encore l'acide picrique nous a donné des résultats favorables et je n'en veux pour preuve que mon Observation V. Il s'agissait là d'une suppuration classique de l'attique, l'épreuve de Valsalva montrant sans réplique possible la source du pus et le stylet permettant de constater des points cariés en différents endroits. La suppuration d'ailleurs, datait de l'enfance et nous avions essayé en vain antérieurement les autres médications. Un an de traitement régulier avec l'acide picrique a procuré au malade une amélioration telle, qu'il se considère comme guéri, puis qu'il nous écrivait qu'en sept mois, son oreille n'avait pas suinté une minute ! alors qu'auparavant elle coulait plus ou moins, mais constamment. D'ailleurs nous avons pu constater nous-même la sécheresse de l'organe et la diminution de la perforation tympanique.

Voilà donc une otorrhée sérieuse, qui a dû à l'acide picrique seul une quasi-guérison et le résultat était suffisant pour que j'y insistasse.

Malheureusement tous nos malades n'ont pas été aussi heureux — il faut dire que le malade de l'Observation V avait admirablement supporté l'acide picrique et avait suivi et continué le traitement ordonné avec la plus rigoureuse exactitude ; — et si j'enregistre encore dans mon Observation I un autre succès il faut reconnaitre que parfois aussi, après des modifications favorables de trop courte durée, l'acide picrique est resté impuissant. D'ailleurs, il est bien évident que, si la carie osseuse est profonde, si les lésions ont envahi — comme le fait arrive souvent — les cellules mastoïdiennes, toute thérapeutique médicale sera forcément insuffisante.

Enfin, dans un cas d'otorrhée (Observation XI), chez une malade herpétique, l'acide picrique a provoqué l'éruption d'un

eczéma aigu du conduit, rapidement calmé une fois la médication supprimée.

Nos observations sont certainement insuffisantes comme nombre, puisqu'il n'y a guère qu'une vingtaine de malades que nous avons pu suivre assez longtemps et assez sérieusement pour en tenir compte. Beaucoup de malades en effet se soignent trop irrégulièrement et d'une façon générale d'ailleurs, nous avons donné le traitement par l'acide picrique, alors que les autres interventions n'avaient pas abouti.

L'acide picrique adapté aux suppurations d'oreille paraît donc posséder des propriétés véritablement siccatives. Lorsque l'oreille le supporte bien, il diminue rapidement l'humidité de l'organe de l'ouïe. Sous son influence la muqueuse durcit, s'épidermise, la membrane tympanique se reforme. C'est d'autre part, nous le savons, un antiseptique puissant.

Il est particulièrement efficace contre les suppurations aiguës de l'oreille moyenne *à leur déclin*, alors qu'elles traînent en longueur et tendent vers la chronicité.

Dans l'otorrhée, il donne également de bons résultats, même lorsque l'attique est prise, mais il est nécessaire cependant, que les lésions ne soient ni trop profondes, ni trop étendues. L'otite aiguë proprement dite, n'est pas justiciable de ce traitement, elle le contre-indique presque toujours.

On en usera également avec prudence chez les malades dont le conduit est irritable — car l'acide picrique est un irritant pour la peau du conduit — chez les eczémateux, les herpétiques. Les accidents qu'il provoque n'ont, il est vrai, aucune gravité, mais ils sont quelquefois assez vifs.

Ajoutons, qu'en raison de ses propriétés kératoplastiques, l'acide picrique est contre-indiqué s'il y a tendance au cholestéatome. Comme tout médicament actif, l'acide trinitrophénique a ses contre-indications.

Enfin, une précaution à prendre — et que nous rappelons — lorsqu'on prescrit l'acide picrique dans l'oreille, est de faire soigneusement de larges irrigations, de façon à chasser au dehors en totalité les squames et les débris qui s'accumulent dans l'oreille, du fait de l'action même du médicament.

V

ŒDÈME PRÉCOCE

DANS LA

SYPHILIS SECONDAIRE DU LARYNX [1]

Par le Dr **P. LACROIX**

L'œdème syphilitique laryngé se montre habituellement, soit au cours de la période tertiaire, soit à la fin de la période secondaire et il se greffe alors autour d'une ulcération spécifique dont il est une des conséquences. L'œdème qui apparait dans ces circonstances, en effet, doit être considéré, le plus souvent, comme une simple complication des syphilides érosives ou ulcéreuses, plus ou moins profondes, de la muqueuse du larynx. En ce qui concerne, d'autre part, les accidents secondaires de cet organe ils ne sont accompagnés, dans la majorité des cas, que d'un œdème léger, simple tuméfaction de la muqueuse.

Parfois, cependant, l'œdème n'est pas en rapport avec le peu d'étendue de l'ulcération qui l'a provoqué et on connait fort bien certaines observations où quelques érosions peu importantes ont suffi à produire un œdème assez considérable pour entraîner une dyspnée intense.

Cette dernière variété se rapproche de l'œdème précoce, apparaissant au début de la période secondaire, primitif, c'est-à-dire ayant son existence propre indépendante de toute ulcération provocatrice : c'est un symptôme de la syphilis secondaire du larynx, rare peut-être, en tous cas peu connu. L'observation suivante que nous avons recueillie récemment ne laisse aucun doute sur son existence :

1. Travail lu à la Société de Laryngologie de Paris. Séance du 12 nov. 1897.

Le 15 *juin dernier* nous examinons la gorge d'une malade, âgée de 23 ans, mariée depuis 3 à 4 mois environ. Elle se plaint d'une sensation assez pénible pendant les mouvements de déglutition. L'examen local nous montre de l'hypertrophie des amygdales d'une part et de l'autre une certaine tuméfaction de tout le repli ary-épiglottique droit, dont la couleur, d'ailleurs, est plutôt pâle. Cette dernière lésion reste pour nous sans explication, car la malade ne tousse pas et son état général est satisfaisant.

Retenue chez elle par quelques accidents dus à un début de grossesse, la malade revient nous voir un mois seulement après ce premier examen. La situation, à ce moment, paraît sérieuse. La déglutition est devenue progressivement de plus en plus pénible et actuellement — 17 *juillet* — la patiente éprouve les plus grandes difficultés à s'alimenter tant les douleurs sont vives pour avaler ; les élancements se propagent à l'oreille surtout du côté droit. Privée de nourriture la malade pâlit, perd ses forces, s'anémie visiblement ; elle se plaint de mouvements fébriles à exaspération vespérale. L'examen de la gorge nous fait constater les lésions suivantes : amygdales rouges, déchiquetées ; sur la droite une petite fausse membrane, ovale, de deux à trois millimètres de diamètre, très épaisse et adhérente ; sur la gauche deux fausses membranes, aussi petites. Rien sur la luette, rien sur la base de la langue. Le repli ary-épiglottique droit est énorme : c'est un cordon, de teinte assez pâle, rappelant l'œdème tuberculeux, de plus de 1 centimètre d'épaisseur. Pas d'altération de la voix, pas de dyspnée. Le reste du larynx ne présente rien de particulier et on ne trouve pas trace, nulle part, d'ulcération.

Enfin le larynx nasal sur la paroi postérieure est tapissé d'un exsudat pseudo-membraneux.

L'œdème de tout le repli ary-épiglottique droit ressemblait aux lésions de ce genre de la tuberculose. L'apparence des amygdales et du pharynx nasal rappelaient la diphtérie. L'état général était celui d'une affection aiguë et nous étions loin de penser, en raison des commémoratifs, à la syphilis. L'absence de bacille de Lœffler seule nous empêcha de pratiquer une injection de sérum de Roux. Et cependant, malgré un traitement énergique, à la fois calmant et antiseptique, l'affection persistait sans s'améliorer le moins du monde. Les analgésiques généraux, antipyrine, exalgine, phénacétine, salol, à doses élevées, le menthol et la cocaïne n'arrivaient pas à soulager la dysphagie et l'état local restait le même. Ceci dura trois semaines.

Dans des circonstances analogues il est toujours difficile de rechercher la syphilis. C'est en multipliant les questions que cette jeune malade finit par signaler l'existence de quelques boutons sur la peau. Il s'agissait de syphilides secondaires papuleuses qui venaient d'apparaître et je retrouvai alors la trace d'une éruption de roséole.

Immédiatement après les premières doses de mercure la dysphagie, qui avait résisté à tous les calmants, cessa, bien avant même que l'état local fût modifié. La guérison, dès lors, fut rapide, quoique l'œdème ary-épiglottique fût le dernier à diminuer et à disparaître.

Cette observation, intéressante d'ailleurs au point de vue diagnostic, établit l'existence d'un œdème syphilitique précoce du larynx, indépendant de toute ulcération ou érosion, seul symptôme de la syphilis au larynx. Dans le cas particulier l'œdème n'a pas revêtu les caractères attribués à l'œdème syphilitique, dureté, rougeur. Celui-ci était de consistance normale et d'une teinte plutôt pâle. Ce nouveau symptôme n'avait pas été signalé, à ce que nous sachions, par les auteurs qui se sont occupés de la syphilis laryngée.

VI

TUMEUR MALIGNE DU LARYNX
CHEZ UN TUBERCULEUX

Par le Dr **L. BAR**, de Nice [1].

Les tumeurs malignes du larynx chez les tuberculeux sont assez rares pour qu'il ne soit pas sans intérêt de rapporter l'observation qui suit :

Une femme de 65 ans, ayant des antécédents héréditaires de tumeur maligne, était depuis longtemps atteinte d'une tuberculose pulmonaire, décelée par des symptômes aux sommets, et microscopiquement par la présence de bacilles plusieurs fois rencontrés en grand nombre dans les crachats. — Une amélioration très remarquable se manifestait, lorsque la malade se trouva progressivement obsédée par une sensation de gêne à la gorge. — L'examen nous fit voir une tumeur lisse, élastique, non pédiculée, sans coloration spéciale et grosse comme un pois, localisée sur le repli ary-épiglottique gauche du vestibule laryngien. — Nous diagnostiquâmes une tumeur maligne du larynx, jeune, sans infiltration ganglionnaire, réserve faite de la rareté du cas et d'une confusion, toujours possible sans examen microscopique, avec une infiltration bacillaire très localisée de cette région. La malade refusa l'intervention nécessitée pour obtenir un fragment de la tumeur, indispensable à l'analyse microscopique. Huit mois après ce premier examen, la région malade était devenue le siège d'une infiltration générale, d'une ressemblance telle avec le pseudo-œdème d'aspect sarcomateux de la phtisie laryngée, que notre diagnostic devient très hésitant. La muqueuse toutefois demeurait sans ulcération et les symptômes pulmonaires silencieux. L'infiltration laryngienne, unilatérale jusqu'alors, envahit bientôt le côté droit, un engorgement des ganglions sous-maxillaires devint manifeste en même temps qu'une teinte jaunâtre de la peau, cachectique, confirmait les prévisions du début. Dès le treizième mois la malade éprouvait des difficultés de déglutition et de respiration, bientôt suivies de mort. La malade refusa toujours une intervention opératoire, et en dernier lieu la trachéotomie. Dès le dé-

1. Observation communiquée au Congrès international de Médecine de Moscou, séance du 9 août 1897.

but, à un traitement analeptique nous avions joint l'administration d'arséniate de soude et fait localement des attouchements divers au chlorure de zinc, à la pyoctanine 10/10 et des pulvérisations astringentes au sulfate de zinc, etc., toujours sansrésultat appréciable.

Cette observation fait partie de la série très-rare et peu connue des tumeurs malignes envahissant le larynx d'un individu déjà atteint de tuberculose pulmonaire. Les laryngologistes et particulièrement notre ancien maître, le professeur C..., etc, le professeur Chiari, de Vienne, en ont signalé quelques cas. Au début et même pendant longtemps, le diagnostic demeura très difficile à cause de la ressemblance souvent parfaite de ces tumeurs avec celles polypoïdes de la tuberculose laryngée, ces dernières étant envahies plus tard par le pseudo-œdème tuberculeux laryngien décrit par Gouguenheim. Relativement au traitement à suivre, il repose évidemment sur la connaissance du diagnostic, d'où l'importance d'analyses microscopiques faites sur des fragments enlevés à la tumeur. — Le larynx tuberculeux est en effet, comme le pense avec raison Lermoyez, essentiellement maniable; il tolère la chirurgie. Le larynx cancéreux se révolte à la première intervention. — Quand donc il s'agira de cancer, l'abstention demeurera le procédé le plus sûr et le plus honnête. Quand il s'agira de tuberculose, même en n'étant pas absolument partisan de la chirurgie du larynx tuberculeux, on pourra agir sans crainte de mal faire; l'intervention chirurgicale en pareil cas est devenue le moyen le plus nécessaire et le mieux efficace. Dès lors le *noli me tangere* du cancer fait place au curettage laryngien, lequel soulage au moins le malade, et lui donne, d'après les statistiques de Heryng, la chance d'une guérison momentanée et l'espérance d'une guérison locale définitive.

VII

ÉLIMINATION

D'UN

CHOLESTÉATOME VOLUMINEUX DU TEMPORAL

PAR UNE

Vaste brèche du Conduit auditif osseux

Présentation du Cholestéatome

Par le Dr **LICHTWITZ** de Bordeaux [1].

Malgré la fréquence relative du cholestéatome du temporal, on ne trouve dans la littérature que peu de cas où les masses cholestéatomateuses se sont fait jour à travers une brèche du conduit auditif osseux.

En 1894, M. Sabrazès et moi [2] avons publié un cas de ce genre. Depuis, M. Redmer [3] a rapporté trois cas de guérison spontanée de cholestéatomes, avec issue par le conduit auditif. Hessler [4] dans un long travail sur les *bouchons épidermiques du conduit auditif* résume 35 cas de sa pratique, et 32 cas recueillis dans la littérature. Bon nombre de ces cas ne doivent pas être, à notre avis, considérés comme des bouchons épidermiques du conduit, mais bien comme des cholestéatomes de l'attique et de l'antre mastoïde, ayant fait irruption dans le conduit. Mentionnons encore l'observation que

1. Travail envoyé à la Soc. d'Otologie de Paris (9 juillet 1897).
2. Lichtvitz et Sabrazès. — Du cholestéatome de l'oreille (*Bulletin médical*, n° 25, 1894).
3. K. Redner. — Ueber spontanheilung von cholestéatomen und cholesteatomæhulichen Erkrankungen in den Hohlræumen des Schlæfenbeins (*Zeitschr. f. Ohrenh.* B. XXVIII, p. 265, 1896).
4. Hessler. — Die Epidernuspfroepfe des Gehoerganges (*Archiv, f. Ohrenh.* B. 41. p. 176 et B. 42, p. 1).

Guranowski [1] a présentée dernièrement à la Société médicale de Varsovie.

Nous avons eu l'occasion d'observer un nouveau cas semblable de cholestéatome qui offre un certain intérêt.

M. L..., 25 ans 1/2, se présente à notre consultation pour une affection des oreilles survenue à l'âge de 7 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. A cette époque se produisit une suppuration des oreilles qui disparut à plusieurs reprises, mais qui récidiva souvent, surtout à droite, jusqu'à l'âge de 13 ans. A ce moment, le malade est vu par un auriste qui constate un cholestéatome de l'oreille droite et propose à maintes reprises une large ouverture de l'apophyse mastoïde. Bien que cet avis fût partagé par un autre confrère, le malade, ne souffrant pas, hésita à se faire opérer, d'autant qu'aucun des médecins consultés ne pouvait garantir un succès définitif après cette intervention radicale.

A l'examen, nous constatons dans l'oreille gauche une vaste perforation du tympan à travers laquelle on aperçoit la muqueuse de la caisse suintante. A droite, on trouve toute la paroi postérieure et supérieure du conduit osseux recouverte par une masse gris blanchâtre, velvétique qui s'effrite lorsqu'on cherche à l'enlever avec la pince.

Audition à la montre : O. D. = 0 ; O. G. = 0,02.

Le D. V. est également entendu des deux côtés. L'expérience de Rinne pour les différents diapasons (ut 2, ut 3, ut 4, ut 5) est négative à droite. Du côté gauche elle est également négative par le diapason ut 2 et ut 3, tandis que les diapasons ut 4 et ut 5 sont aussi longtemps perçus par l'air que par l'os. Il n'y a pas de paralysie faciale, le malade n'éprouve ni maux de tête ni vertiges. Au début de la maladie il y aurait eu un seul accès de vertige qui ne s'est pas reproduit depuis. A chaque injection de l'oreille droite, le malade dit avoir éprouvé une sensation de plénitude comme si « une éponge se gonflait à l'intérieur ».

Ce n'est pas tant la souffrance que l'inquiétude « d'avoir une affection dangereuse », qui décide le malade à venir demander notre avis.

Après divers sondages et lavages du conduit, nous concluons à l'existence d'un cholestéatome, probablement de l'antre, s'étant ouvert par le conduit osseux, et nous conseillons son ablation. Mais puisque l'ouverture spontanée du conduit osseux nous semble assez vaste, nous proposons d'essayer avant l'ouverture par voie externe, l'extraction des masses cholestéatomateuses par le conduit. A cet effet, nous pratiquons des lavages réitérés à l'aide de la canule coudée de Hartmann qui font sortir une quantité de débris et de lamelles épidermiques. Au commencement de mai 1897, des bourgeons charnus obstruent le conduit et il survient une périostite du conduit avec gonflement en haut et en avant du pavillon de l'oreille. Ces bourgeons sont enlevés à l'anse froide et l'incision de la partie gonflée donne issue à du pus.

1. Guranowski. — Société médicale de Varsovie, séance du 17 nov. 96 (in *Archiv. f. Ohrenh.* B. 42 p. 312).

Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre ; lorsque quinze jours après, on vit apparaître au fond du conduit une grosse masse grisâtre qu'on put saisir en entier avec la pince. Cette masse a le volume d'une grosse noisette. Le lendemain une deuxième masse, cette fois blanchâtre, nacrée, apparait à nouveau au fond du conduit. Enlevée avec la pince, elle offre enroulée un volume un peu plus gros que la première ; étalée, elle ressemble avec sa coloration et son feutrage à une couche épaisse d'amiante.

A l'examen du conduit, on aperçoit une vaste cavité à parois lisses et nacrées creusée au niveau de l'ancienne paroi postérieure du conduit dont il ne reste qu'un rebord mince qui se trouve au point de réunion de la paroi inférieure et postérieure du conduit. La cavité est à peu près sphéroïde et malgré son étendue on s'étonne qu'elle ait pu contenir toutes les masses enlevées. Cependant l'exploration avec un stylet ne fait découvrir aucun prolongement ; il n'existe pas non plus de points cariés. Au niveau de la caisse on voit une lame grisâtre simulant les deux tiers supérieurs du tympan et qui, au toucher, offre une consistance osseuse. Au niveau du tiers inférieur où il n'existe pas de lame osseuse, on aperçoit la muqueuse humide de la caisse.

Le malade, après l'ablation du cholestéatome, se sent aussitôt soulagé ; la tête lui parait plus légère. L'audition reste la même. Actuellement, il n'existe qu'une faible suppuration qui provient des bords bourgeonnants de la vaste cavité.

Voilà donc un cas, où une large ouverture de l'oreille moyenne avec maintien d'un orifice rétro-auriculaire semblait indiquée et dans lequel le cholestéatome a pu être enlevé en totalité par le conduit. L'ouverture artificielle étant très grande, il sera facile de voir si le cholestéatome récidive, et dans ce cas de l'enlever à nouveau. Nous ne croyons pas qu'une large ouverture eût pu donner un résultat meilleur ; au contraire, vu l'étendue de la cavité, il eût été difficile d'attaquer ses parois sans léser le facial ou les canaux semi-circulaires.

Etant donnée l'origine et l'allure clinique de notre cas, nous sommes en droit d'admettre que le cholestéatome n'a pas débuté par le conduit mais par les cavités de l'oreille moyenne, en formant d'une part une ostéite condensante dont on aperçoit une portion au niveau de la caisse, et d'autre part une ostéite raréfiante suivie de perforation du côté de la paroi postérieure du conduit. Ce cas ne peut donc confirmer l'opinion de Hessler, pas plus du reste que notre premier cas qu'il mentionne en faveur de sa théorie.

VIII

DEUX CAS DE PAPILLOMES DU VOILE DU PALAIS[1]

Par le Dr **P. GOOD**

Médecin de l'Établissement thermal d'Enghien.

Avant de vous raconter l'histoire des deux malades qui feront l'objet de cette communication, permettez-moi, Messieurs, de vous présenter quelques généralités sur la nature et le siège de l'affection dont je me permets de vous entretenir aujourd'hui.

Suivant la classification de MM. Cornil et Ranvier, nous considérons que les papillomes sont engendrés par les tissus épithéliaux en formant des papilles hypertrophiées mais toujours revêtues d'épithélium. Toute tumeur, quelle que soit sa nature, fibrome, sarcome, carcinome, peut, dans certains cas, offrir à sa surface des bourgeons disposés en forme de papille, ce n'est pas pour cela un papillome ; le papillome est simplement formé par l'hypertrophie des papilles normales reposant sur un tissu normal. Il est donc constitué : 1° par un stroma ou charpente de tissu conjonctif dans lequel se trouvent des vaisseaux disposés en anses ; — 2° par un revêtement épithélial formé : A, tantôt de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux et corné (papillomes cutanés) ; B, tantôt : d'une simple couche de cellules cylindriques (papillomes des muqueuses) et dans ce cas ils se combinent fréquemment avec

1. Mémoire présenté à la Société française de Laryngologie, mai 1897.

l'hypertrophie des culs de sac glandulaires, l'hypertrophie des vaisseaux, ou avec des kystes ; C, tantôt enfin ce revêtement est formé d'une couche fort mince de cellules endothéliales (papillomes des séreuses).

Les deux cas que nous avons à vous présenter se rattachent naturellement à la deuxième de ces classes, aux papillomes des muqueuses, et, dans ces cas particuliers à la muqueuse du voile du palais dans sa portion buccale, nous aurons à rechercher dans quelle mesure ils peuvent se combiner avec une hypertrophie glandulaire ou une hypertrophie des vaisseaux, ce qui, dans le premier cas, les rapprocherait des adénomes et, dans le second, des angiomes.

Généralement ces tumeurs se développent sous l'influence d'irritations locales répétées ; on saisit facilement cette cause lorsqu'il s'agit de papillomes de la surface cutanée (durillons, etc.) ou de papillomes de certaines régions plus ou moins baignées par des liquides irritants, par exemple les végétations. Pourtant ces tumeurs peuvent aussi se développer sans que l'on arrive à saisir ces causes, c'est ce que nous voyons dans certains cas de papillomes du rectum chez les enfants.

Il semble bien que nous devions ranger dans ce groupe à cause indéterminée les tumeurs que nous vous présentons aujourd'hui. Rien en effet dans l'historique de ces deux malades ne peut appeler spécialement notre attention sur l'étiologie probable de ces néoplasmes ; sauf peut-être, dans le deuxième cas la pharyngite concomitante, mais cette dernière nous parait être plutôt effet que cause dans le cas actuel.

Rien non plus de particulier sur la région qui était le siège de ces tumeurs. Les papillomes du voile du palais, sans être inconnus, sont cependant une affection rare ; bien des auteurs, et non des moindres, les passent sous silence et les quelques cas antérieurs aux nôtres, que nous avons pu recueillir, se trouvent cités dans notre bibliographie.

Le voile du palais adhérant intimement par un de ses bords à la voûte palatine dont il n'est que la continuation, remarquablement épais (6 à 8 millimètres) au niveau de ce bord, va en s'amincissant jusqu'à son bord libre ou il ne se compose plus que de deux plans muqueux reliés l'un à l'autre par une mince lamelle de tissu conjonctif. En allant de sa face supé-

rieure à sa face inférieure nous lui trouvons huit plans différents superposés.

1° Plan muqueux supérieur qui fait partie des fosses nasales ;

2° Plan glandulaire sous-jacent ;

3° Plan musculaire constitué par le muscle palato-staphylin :

4° Plan musculaire constitué par les muscles péristaphylin interne et pharyngo-staphylin.

5° Plan fibreux du péristaphylin externe.

6° Plan musculaire du glosso-staphylin.

7° Plan glandulaire.

8° Plan muqueux inférieur ou muqueuse du voile du palais dans sa partie buccale.

C'est à ces deux derniers plans qu'il faut rattacher le siège des tumeurs que nous vous présentons aujourd'hui.

Nous laissons en effet de côté les papillomes vrais des fosses nasales, y compris ceux de la face supérieure du voile du palais qu'il faut bien se garder de confondre, soit dit en passant, avec les dégénérescences pseudo-myxomateuses circonscrites du cornet inférieur, ainsi que l'a fait remarquer M. le Dr Lermoyez.

Obs. I. — *Papillome du voile du palais.*

M. L. D.., 66 ans, se plaint d'éprouver dans la gorge depuis deux mois environ une gêne excessive. En s'examinant lui-même dans une glace il a constaté, raconte-t-il, quelque chose qui ne lui paraît pas naturel. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Le père serait mort à un âge avancé par suite d'une hémorragie cérébrale, la mère est décédée à 68 ans on ne sait à la suite de quelle affection ; le malade a deux frères et une sœur, tous bien portants.

Comme nous l'avons dit plus haut, il souffre depuis deux mois environ et depuis les deux dernières semaines ses souffrances se sont considérablement exagérées. Il éprouve, nous raconte-t-il, la sensation d'une masse volumineuse qui appuie sur la langue et l'oblige à des efforts d'expuition continuels. En s'examinant lui même il s'est rendu compte que quelque chose d'anormal s'était développé dans son pharynx. La déglutition n'est pas très douloureuse, il n'a jamais eu d'hémorragie, la voix qui paraît devoir être passablement rauque à son état normal présente un léger timbre nasonné. L'état général est satisfaisant, pas d'antécédents alcooliques, le malade ne fume plus depuis 30 ans.

En abaissant la langue et en la tirant en avant on découvre immédiatement une tumeur du volume d'un gros pois, présentant une coloration rouge framboisé, d'aspect papillomateux, située sur le bord libre du voile à 5 millimètres environ en dehors de la base de la luette du côté gauche. La muqueuse qui la recouvre est intacte; malgré les recherches les plus minutieuses il est impossible de constater la moindre ulcération. Les mouvements du voile, provoqués par le contact de l'abaisse-langue ou par les différentes manœuvres de l'examen auquel il a fallu se livrer, permettent de se rendre compte de la mobilité de la tumeur qui tantôt s'applique tout entière sur la face antérieure du voile, tantôt s'abaisse et paraît comme suspendue à son bord libre. Elle est absolument indépendante des organes voisins et en particulier de l'amygdale et de sa loge; jamais elle ne franchit le bord libre du voile pour remonter sur sa face supérieure ou pharyngienne.

L'examen avec le stylet mousse permet de confirmer les résultats de ce premier examen; la tumeur est excessivement mobile, n'adhérant au voile que par un pédicule court et mince ; ce pédicule est de coloration moins foncée que le reste de la tumeur et ne se laisse distendre à aucun moment de l'examen, il est lisse tandis que le reste de la tumeur qu'il supporte est hérissé d'une foule de petites saillies qui lui donnent un aspect framboisé. Le contact du stylet en cherchant à soulever et à attirer en avant la tumeur pour examiner sa face postérieure détermine un léger suintement sanguin qui s'arrête spontanément. Les ganglions de la région ne présentent aucune trace d'engorgement.

La rhinoscopie antérieure, la rhinoscopie postérieure et l'examen laryngoscopique, ces deux derniers rendus assez difficiles par la présence de la tumeur d'abord et ensuite par les réflexes exagérés qu'elle paraît provoquer au moindre attouchement, donnent des résultats absolument négatifs; tous les organes sont normaux et l'on ne peut rapporter les différents phénomènes dont se plaint le malade qu'à la seule présence de sa tumeur sur le bord du voile du palais.

Le diagnostic de tumeur maligne ayant été tout d'abord écarté, ceux du polype, tumeur érectile, adénome, adéno-sarcome, lipome, ont été successivement éliminés et on a été amené à s'arrêter à celui de tumeur papillomateuse pédiculée implantée sur le bord libre du voile du palais.

Le traitement fut des plus simples ; après cocaïnisation préalable la tumeur fut enlevée avec l'anse galvanique sans accident. Le pédicule, comme nous l'avions vu par l'examen préalable, est très court et très étroit; aucune hémorragie consécutive; six jours après l'eschare peu étendue produite par le passage de l'anse est déjà détachée en grande partie, la muqueuse sous-jacente paraît saine. Il n'y a aucune déformation ni aucun épaississement du voile au niveau du point ou siégeait la tumeur. Quinze jours après l'opération la guérison est complète. Actuellement quatre mois après l'opération l'état du malade est toujours le même, la voix toujours un peu rauque mais le nasonnement a disparu. Aucune gêne à la déglutition ni pendant les mouvements provoqués ou spontanés du voile du palais.

Obs. II. — *Papillome de la luette.*

Mme G. M..., 30 ans, se plaint d'éprouver une gêne excessive dans le fond de la gorge ; elle compare cette gêne à un chatouillement de la base de la langue l'obligeant à cracher fréquemment et provoquant quelquefois de véritables efforts de vomissements. Cette gêne est presque continuelle depuis six semaines. Quand la malade soutient une conversation un peu prolongée elle est forcée de s'arrêter, saisie par une véritable crise de crachotements ; la déglutition des aliments est le plus souvent facile, celle de la salive parfois douloureuse. Du reste cette malade est extraordinairement nerveuse. L'état général est satisfaisant ; quelques douleurs musculaires au moindre refroidissement et des migraines fréquentes révèlent seules une constitution arthritique. Mariée de bonne heure, elle a eu trois enfants et a toujours été bien réglée. Rien à signaler parmi les antécédents héréditaires de cette malade.

A l'examen on découvre des lésions de pharyngite vasculaire assez accentuée, mais l'attention est immédiatement attirée sur la luette qui porte à l'union de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs une petite tumeur rouge mamelonnée à aspect papillomateux. Cette tumeur très mobile se déplace facilement dans le sens vertical. L'examen avec le stylet, qui ne peut être pratiqué qu'après cocaïnisation préalable, vu l'extrême nervosité de la malade, montre que cette tumeur est pédiculée mais à pédicule très court et implanté dans le bord gauche de la luette. C'est le contact de cette tumeur avec la base de la langue qui occasionne les réflexes gênants pour la malade et pour lesquels elle demande une intervention. Ces réflexes du reste sont puissamment secondés par une sensibilité exagérée de tout le système nerveux. En dehors des symptômes de pharyngite vasculaire déjà signalés, l'examen laryngoscopique et la rhinoscopie antérieure et postérieure ne révèlent rien d'anormal.

La petite tumeur est enlevée par l'anse galvanique chaude après cocaïnisation préalable et sans incident. On institue en même temps le traitement de la pharyngite concomitante, qui consiste en douches pharyngées tièdes et badigeonnages au chlorure de zinc. Comme traitement général, à l'intérieur sirop tri-bromuré devant agir à la fois pour calmer les réflexes exagérés qui auraient pu persister par suite de la présence de l'escarre et l'état nerveux de la malade auquel j'ai déjà fait allusion.

Peu de jours après l'escarre est détachée, il reste à sa place une surface lisse, la muqueuse est saine, la luette apparaît un peu épaissie au niveau du point où siégeait la tumeur.

Le mari de cette dame ayant dû subitement rejoindre son poste en Orient, il a été impossible de suivre plus longtemps cette malade, mais une lettre récente porte que sa santé se maintient parfaitement satisfaisante ; la pharyngite se serait même considérablement améliorée.

Il nous a paru intéressant de présenter ces deux observations de papillomes l'un de la luette, l'autre du voile du palais, ces localisations de tumeurs papillomateuses n'étant pas de celles que l'on rencontre fréquemment. Il y a en outre un caractère commun à ces deux cas sur lesquels nous désirerions attirer plus spécialement l'attention. C'est que, dans les deux cas, ces tumeurs étaient supportées par un pédicule très net, quoique très court, qui, si ce n'avait été l'aspect extérieur, aurait pu faire croire qu'il s'agissait là de polypes.

Etant données la gêne et les souffrances que ces tumeurs occasionnaient à leurs porteurs et la bénignité de l'intervention nécessaire pour leur ablation, celle-ci était absolument indiquée. Elle l'était d'autant plus qu'il s'agissait bien, ainsi que le prouve l'examen histologique qui en a été fait, de papillomes et que, ainsi que le rapporte M. le Dr P. Reclus, il existe des observations indiscutables de papillomes transformés en épithéliomas.

Ces papillomes sont, comme il est facile de s'en rendre compte par l'examen des pièces ci-jointes[1], presque dépourvus d'éléments glandulaires, ce qui, dans une région aussi riche en ces derniers éléments, est encore à noter. Les adéno-papillomes du voile du palais sont en effet infiniment plus fréquents que les papillomes purs ou presque purs.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces pièces histologiques, elles prouvent que ces tumeurs offraient bien en effet la structure caractéristique des papillomes ; cellules conjonctives nombreuses avec travées, vaisseaux entourés de ces mêmes cellules et très nombreux mais sans dilatations, muqueuse recouvrant les tissus présentant un épithélium facile à reconnaître par places. Au-dessous de l'épithélium on remarque une couche de cellules conjonctives formant presque avec les fibres conjonctives qui s'y ajoutent une véritable enveloppe fibreuse.

Bibliographie.

1851. J. Syme.—Tumour of the soft palate. (*J. M. S. Lond. and Edim.*)
1851. Marjolin. —Tumeur située dans l'intérieur du voile du palais (*Bull. Soc. Chir. Paris*).

1. Un accident arrivé aux préparations nous empêche, à notre grand regret, de donner ici le dessin de ces pièces.

1852. DENUCÉ. — Tumeur à la face antérieure du palais. (*Bull. Soc. Anat. Paris*).

1852. NÉLATON. — Leçon sur une variété de tumeurs du voile du palais. (*Gaz. d. Hop. Paris*).

1853. VELPEAU. — Tumeur du voile du palais. (*Monit. d. Hop. Paris*).

1855. HILTON AND WILKE. — Papilloma or warty growthon the palate. (*Tr. path. Soc. Lond*).

1856. PARMENTIER. — Essai sur les tumeurs de la région palatine. (*Gaz. Med. Paris*).

1857. FANS. — Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. (Paris.)

1858. VERNEUIL. — Une tumeur du voile du palais. (*Bull. Soc. Anat. Paris*).

1860. PANCOART. — Soft brain like tumor in the velum pendulum palati removal. (*Med. and Surg. Rep. Philadelphie*).

1861. HAAS. — De quelques tumeurs du voile du palais. (Paris).

1870. GUM. — Tumor in the right side of the velum pendulum palati. (Chicago).

1871. MARCACCI. — Tumore al velo pendulo del palato. Movimento (Napoli).

1872. BRYANT. — A tumour in the soft palate. (Lond).

1874. COYNE. — Note sur une tumeur du voile du palais. (*Bull. Soc. Anat. Paris*).

1875. DOBSON. — Tumour of the soft palate. (*Saint-Thomas Hosp. Rep. Lond*).

1878. VAN DER MEULEN. — Tumor in het palatum molle ter grootte van e en kippenei. (Amsterdam).

1878. BARRIÈRE. — Essai sur les tumeurs du voile du palais. (Montpellier).

1878. MERCIER. — Tumeur du voile du palais, etc. (*Rev. mens. Méd. et Chir. Paris*).

1878. FONTIS. — Note on the excision of tumour of the palate (*Brit. med. Journ. Lond*).

1879. DIONISIO. — Tumore della volta palatina. (*Osservat. Torino*).

1880. GRANT. — Fibro-cellular tumor of the hard palate removed recovery. (*Virginia. M. Mouth*. Richmond).

1880. OTT. — Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais. Paris.

1883. DUBRUEIL. — Tumeur du voile du palais (*Gaz. Med. Paris*).

1884. TREWES. — Two cases of primary tumour of the soft palate (*Lancet*. Lond.).

1885. COURTADE. — Des polypes papillomateux du voile du palais. Paris.

1885. BRUCH. — Papillo-adénome de la voûte palatine (*Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris*).

1887. BOURSIER. — Papillome du voile du palais (*Dec. clin. chir. Paris*).

1887. FRENCH. — Papilloma of the uvula (*Med. Rec.* New-York).

1888 ELLERMAN. — Two rare growths of the soft palate (*Brit. Med. Journ.* Lond).

1881. LEFFERTS. — Multiple papillomata of the velum (*Med. N. Philadelphie* et *Ann. laryng.* New-York).

1891. DUNN. — Pedicled papillomata of the soft palate (*New-York med. Journ*).

1892 GRAZZI. — Sopra due casi di papilloma della gola (*Soc. It. laryng.* Florence).

1893. WAGNER. — Papillomatous growths of the palatal arches and uvula (*J. Med.* New-York).

1896 GOUGENHEIM ET RIPAULT.. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du voile du palais (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Paris).

1896. BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais (*Bull. Med* Paris).

1858. VIDAL. — Tumeur de la luette formée par une hypertrophie papillaire (*Bull. Soc. An.* Paris).

1875. NEPVEU. — Papillome de la luette (*Bull. Soc. An.* Paris).

1891. POTHERAT. Papillome de la luette (*Bull. Soc. An.* Paris).

NOTES DE LECTURE ALLEMANDE

L'évidement opératoire des cavités de l'oreille moyenne. — *Die operative Freilegung der Mittel ohrräume*; par le Dr Ludwig Stacke (d'Erfurt)[1].

Six années se sont écoulées depuis que Stacke publia pour la première fois la description de la méthode opératoire qui a justement popularisé son nom dans le monde des otologistes. Dans cet intervalle ont paru de nombreuses communications sur ce sujet, la plupart favorables à la nouvelle méthode opératoire, d'autres, au contraire, en contestant les bons résultats, ou signalant des inconvénients, des dangers mêmes qui auraient échappé à l'observation de l'auteur, d'autres enfin mettant en doute sa priorité et tendant à voir dans sa méthode une simple modification de procédés opératoires déjà connus.

Il est à noter d'ailleurs que la plupart des adversaires déclarés de la nouvelle opération laissaient voir manifestement qu'ils avaient méconnu ou mal interprété certains détails importants de la description de l'auteur.

Désireux d'en finir une bonne fois avec les critiques et les attaques mal fondées dont sa méthode était l'objet, Stacke attendit, pour y répondre, qu'il eût pu réunir un nombre de cas opérés suffisamment imposant, et c'est sur la base solide d'une statistique de cent opérés qu'il vient d'édifier un travail d'ensemble où se trouve condensé le résultat de son expérience de ces dernières années, et dans lequel les détails opératoires de sa méthode et les soins consécutifs qu'elle comporte se trouvent pour ainsi dire *mis au point*.

Dans un premier chapitre, d'une portée générale, Stacke commence par établir solidement sa priorité. Il montre à quoi se réduisait la chirurgie à tendances radicales, à l'égard des otorrhées rebelles, à l'époque de sa première publication : d'une part l'évidement mastoïdien tel que le pratiquaient Schwartze et ses élèves, ne visant qu'à la création d'une contre-ouverture pour le

1. Tubingen, Verlag von Franz Pietzcker 1897.

drainage du foyer auriculaire, et laissant l'attique non curetté, d'autre part l'extraction des osselets par la méthode de Ludwig facilitant assurément l'écoulement du pus provenant de la cavité attico-antrale, mais respectant les lésions pariétales de cette région.

Quant à l'opération de Zaufal, elle diffère tout d'abord de celle de Stacke, le premier procédant à l'ouverture du foyer, en allant de l'antre vers l'attique, tandis que le second suit la marche inverse; et d'ailleurs l'auteur établit nettement que le premier cas opéré par lui, par sa méthode, est antérieur à ceux du médecin de Prague.

Il s'élève, d'autre part, avec une grande force, dès le début de son travail, sur l'interprétation erronée dont sa méthode a été l'objet dans l'esprit d'un grand nombre d'otologistes, à la suite de la relation des premiers cas opérés par lui et dans lesquels il avait cru devoir limiter l'évidement opératoire à l'attique, en dehors de preuves suffisantes de la participation de l'antre à la suppuration.

Bientôt son expérience (ainsi qu'il advint pour nous-même)[1] l'amena à la conviction que, dans l'immense majorité des cas d'otorrhée rebelle, les lésions de l'attique s'étendaient à l'antre, et que par conséquent l'ouverture et le curettage de cette dernière cavité étaient le complément obligé de l'intervention d'abord limitée à l'étage supérieur de la caisse. L'auteur tient donc essentiellement à ce que l'expression aujourd'hui usitée d'*opération de Stacke* soit synonyme d'*évidement de l'attique et de l'antre, en allant de l'attique à l'antre.*

Loin de rejeter l'extraction isolée des osselets, selon le procédé de Ludwig, il envisage cette intervention comme la première manœuvre opératoire à tenter, en présence d'une otorrhée rebelle, alors que l'antre ne participe pas manifestement à la suppuration. En cas d'échec de cette première tentative, on se trouve en meilleure posture, vis-à-vis du malade, pour lui proposer un acte opératoire d'une importance plus grande.

Stacke fait ensuite le procès des critiques adressées à sa méthode, danger d'atrésie du conduit, de la paralysie faciale, douleurs inhérentes aux pansements, etc. Il remarque que le reproche de l'atrésie du conduit lui a été fait par des opérateurs qui avaient omis tout simplement d'inciser la paroi postéro supé-

1. Luc. — Résultats d'une série de quatorze cas d'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne. — *Arch. internat. de laryng.*, 1895, p 152.

rieure du conduit membraneux, suivant les règles tracées par lui !

Quant à la paralysie faciale, elle serait facilement évitée par un bon emploi de l'instrument proposé par lui sous le nom de protecteur, et en se conformant aux détails de technique exposés plus loin, au chapitre *traitement*. Sur un total de cent opérés, Stacke n'a observé que deux cas de paralysie faciale, d'ailleurs transitoire, et dont l'occurrence s'expliquait par la carie avancée de l'os, ayant détruit la paroi extérieure de l'aqueduc de Fallope, en sorte que le nerf était exposé, à nu, à l'action de la curette.

Pour ce qui est des pansements, ils ne sont guère douloureux qu'en proportion de l'inhabileté ou de l'inexpérience de l'opérateur qui, faute d'avoir réprimé à temps les granulations tendant à obstruer l'entrée du foyer, éprouve ensuite des difficultés parfois très grandes à y faire pénétrer la gaze destinée à le drainer. D'ailleurs Stacke fait très justement remarquer que les pansements consécutifs, non moins que l'opération elle-même, exigent, pour être bien menés, une expérience personnelle qui ne s'acquiert qu'avec le temps et entraîne à sa suite un tact spécial et une juste appréciation de chaque cas et des indications particulières qu'il comporte.

Autant pour les pansements que pour l'opération, l'auteur recommande une asepsie rigoureuse. On obtient à ce prix une guérison plus rapide, et en cas d'accidents imprévus survenant, au cours de l'opération (lésions sinusiennes ou méningées), on se met à l'abri des conséquences mortelles que ceux-ci sont de nature à entraîner.

L'un des buts que se propose Stacke par son opération est, grâce à la brèche osseuse créée aux dépens de la paroi postérieure du conduit osseux, de permettre, une fois la plaie cicatrisée, l'inspection de la totalité de la cavité tympano-antrale par le conduit. Aussi est-il peu partisan de la méthode de création d'une ouverture permanente rétro-auriculaire pour la cure radicale du cholestéatome, ou n'admet-il guère ce procédé que comme une mesure provisoire, permettant la surveillance du foyer pendant une période déterminée, et seulement dans les cas exceptionnels où une étroitesse anormale du conduit rend cette surveillance impossible. Il pense d'ailleurs que l'on s'est fait généralement illusion sur la valeur radicalement curative de cette méthode, et il insiste très justement sur la fréquence des fausses guérisons du cholestéatome. Pour lui la simple *ventilation* du foyer, quelque largement qu'elle soit établie, ne suffit pas pour enrayer ce processus spécial qui infiltre toujours plus ou moins

profondément le tissu osseux. Il est indispensable, pour obtenir un résultat radical, de détruire complètement la matrice dans laquelle les lames nacrées trouvent d'inépuisables éléments de ravitaillement, et, pour cela, il faut enlever une certaine couche de tissu osseux, dans toute l'étendue de la cavité pathologique, soit au moyen de la gouge, soit avec une fraise mue par le tour électrique.

A propos de cette question du cholestéatome, Stacke établit un excellent parallèle entre la forme maligne, envahissante et la forme bénigne ou pseudo-cholestéatome qui paraît être le fait de la desquamation d'un épiderme mal nourri, tel qu'on l'observe notamment dans les grandes cavités osseuses pathologiques, sur les points les plus distants de l'épiderme cutané.

Une autre comparaison très juste, très clinique, à notre sens, est celle que trace l'auteur entre les aspects divers des surfaces osseuses, après l'opération, dans les cas favorables destinés à une guérison rapide, et dans les cas défavorables, à guérison lente ou trompeuse et suivie de récidives répétées. Dans le premier cas, la surface osseuse ne tarde pas à se recouvrir de granulations actives, auxquelles succède bientôt une membrane bleuâtre brillante, épaisse, solidement adhérente, formée d'une couche fibreuse recouverte d'épiderme, tandis que, dans le second, elle se recouvre d'emblée, sans avoir préalablement granulé, de lamelles épidermiques, d'un gris sale, directement superposées à l'os, sans interposition de tissu fibreux et ne tardant pas à se desquamer, avec accompagnement de processus suppuratif au dessous d'elles. Un nettoyage régulier, répété plusieurs jours de suite, a vite raison de ce dernier, et bientôt l'apparition d'une nouvelle couche blanchâtre tapissant le foyer donne une seconde fois l'illusion de la guérison, illusion bientôt détruite par la répétition des phénomènes précédents.

En terminant ce premier chapitre, Stacke résume les avantages de sa méthode, et, la comparant au procédé de Zaufal, il insiste sur ce point particulier, que l'antre cherché, conformément à ses principes, à partir du conduit et en suivant l'aditus *est toujours trouvé*, et, grâce à l'emploi du protecteur, peut être ouvert sans lésion des organes du voisinage, quelque réduites que soient ses dimensions et quels que soient ses rapports avec le sinus latéral, l'aqueduc de Fallope et le canal demi-circulaire horizontal.

Le deuxième chapitre porte pour titre : *Indications.*

Stacke commence par protester contre le reproche d'abus opé-

ratoire qui lui a été adressé. Tout d'abord il insiste fortement sur ce point, que sa méthode opératoire ne s'applique qu'aux otorrhées chroniques et encore pas à toutes. Il est d'avis de n'y recourir que comme à une mesure ultime, à la suite de plusieurs mois d'observation ayant établi l'impuissance du traitement conservateur et après extraction préalable des osselets, dans tous les cas où cette petite opération préliminaire paraît offrir des chances sérieuses de guérison.

Indépendamment du caractère rebelle de l'otorrhée qui constitue une première indication formelle d'opérer, mais dont seule une observation prolongée de chaque cas peut donner la certitude, il est d'autres indications qui peuvent être posées d'emblée dès le premier examen, ou peu s'en faut. Tels sont les signes objectifs de participation de l'antre mastoïdien à la suppuration (fistule de la région mastoïdienne ou au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif osseux).

Ces signes péremptoires de participation de l'antre manquent assurément dans la majorité des cas, mais il en est d'autres qui, pour être, à proprement parler, plutôt des éléments de présomption, ont une valeur telle, qu'ils sont de nature à conférer, surtout après quelques jours d'observation, une conviction voisine de la certitude. Telle est la présence, à la région de l'aditus, de polypes récidivant après chaque extraction, et à la suite de l'ablation desquels l'introduction d'un stylet dans la région en question permet de pénétrer jusque dans l'antre et d'y constater des points osseux cariés, tandis qu'un lavage pratiqué dans la même direction, au moyen d'une canule de Hartmann, provoque l'expulsion de pus fluide ou en grumeaux, de lames nacrées, etc...

L'application de ce dernier moyen, au niveau d'une fistule de Schrapnel, entraînant le rejet d'une abondance de produits pathologiques semblables, en disproportion avec les faibles dimensions connues de l'attique, permettrait d'arriver à la même conclusion relativement à la participation de l'antre à la suppuration.

L'auteur considère en outre comme autant d'indications à l'ouverture attico-antrale, l'apparition d'une paralysie faciale, au cours d'une otorrhée chronique, indiquant un état avancé des lésions osseuses dans la région de l'aditus; mais il envisage, non plus seulement comme de simples indications opératoires, mais comme de pressants appels à opérer, l'occurrence, dans les mêmes circonstances, de symptômes cérébraux ou pyémiques, sa méthode opératoire lui paraissant constituer la première étape rationnelle vers l'ouverture cranienne.

Enfin la coïncidence d'une vieille cicatrice opératoire de la région mastoïdienne avec une otorrhée rebelle, représente encore d'après lui une obligation à ouvrir et à curetter la totalité des cavités de l'oreille moyenne,car elle dénote : 1° la participation de toutes ces cavités, à un moment donné, au processus suppuratif ; 2° une intervention insuffisante par suite de sa limitation à la mastoïde et qui demande actuellement à être étendue à l'aditus et à l'attique.

Ce chapitre se termine par de très sages conseils à l'opérateur, relativement au langage qu'il doit tenir aux malades, quand le moment lui paraît venu de leur proposer l'opération radicale. Tout en les instruisant des dangers auxquels les exposerait une temporisation prolongée, l'auteur est d'avis que, sauf dans des conditions d'urgence exceptionnelle, ces dangers soient présentés, avec une entière sincérité,et en évitant toute exagération, comme *possibles* et non comme *inévitables*, en dehors de l'acte opératoire proposé.

L'auteur passe ensuite à une étude rapide mais substantielle des lésions rencontrées au cours de l'évidement attico-antral et constituant la raison de cette opération.

Il nous montre les cavités auriculaires contenant le plus souvent peu de pus liquide, celui-ci ne rencontrant généralement pas d'obstacles à son écoulement, mais plutôt des grumeaux purulents, des fongosités, de petits séquestres, ou encore des lames nacrées, ou des amas cholestéatomateux. Quant à l'os, il nous le présente dénudé, rongé, friable, infiltré de pus caséeux ou tapissé de lamelles nacrées. Il insiste sur l'aspect spécial du tegmen carié qu'il compare au fond d'un vase de terre dont le vernis a éclaté par places, sur l'extension fréquente des fongosités au plancher de la caisse où elles sont difficilement accessibles à la curette.

Etudiant spécialement les lésions au niveau de la mastoïde, il insiste sur leur diversité dans cette région : tantôt les cellules de l'apophyse ayant complètement disparu, par l'effet d'un travail d'ostéite condensante, tantôt, au contraire, ces cellules persistant et se montrant infiltrées de pus, à une grande distance du foyer originel, circonstance qui aggrave singulièrement les difficultés de la guérison.

Une autre lésion non moins aggravante et sur laquelle l'auteur s'étend longuement, c'est le cholestéatome, dans sa variété ma-

ligne, envahissante, infiltrant le tissu osseux à une profondeur variable, parfois le perforant, et s'étendant jusqu'à la dure-mère ou au sinus latéral.

Après avoir fait un tableau fidèle de ces lésions parfois si étendues et le plus souvent dissimulées sous une corticale mastoïdienne intacte, l'auteur montre combien sont à l'avance vouées à l'impuissance toutes les variétés de traitement non chirurgical, lavages, instillations, cautérisations, etc., etc., et il fait remarquer que dans certains cas, à vrai dire, exceptionnels, la nature a, en quelque sorte, indiqué à l'homme la voie à suivre pour atteindre le résultat curatif radical, la paroi externe de l'attique s'étant trouvée détruite en même temps que les osselets, par le fait des progrès de la lésion osseuse, et ayant permis ainsi l'élimination des déchets pathologiques, puis la guérison spontanée.

Le chapitre suivant est consacré à la description de l'opération, description aujourd'hui trop classique, trop connue, pour que nous jugions utile de la résumer ici. Nous nous arrêterons seulement à quelques détails d'une importance toute spéciale.

D'abord Stacke considère comme un des points les plus importants et les plus originaux de son procédé l'ouverture attico-antrale, en allant de l'attique vers l'antre, le long de l'aditus. Cette route est selon lui la seule qui permette de toujours trouver l'antre, quelque profond et quelque peu développé qu'il soit. C'est pour lui une règle absolue de procéder ainsi, et il ne s'en écarte que dans le cas où l'existence d'une fistule mastoïdienne constitue une indication formelle à attaquer l'os à ce niveau.

On ne sera pas surpris de trouver dans ce chapitre un éloge en règle du *protecteur* inventé par l'auteur, éloge bien mérité, d'après nous, car vraiment, entre des mains expertes, il permet d'éviter presque sûrement de léser les organes voisins, et tout particulièrement le facial, à condition toutefois que, conformément au conseil de Stacke, on ne se serve, dans la région dangereuse pour ce nerf, que d'une gouge étroite dont la largeur ne dépasse guère celle du protecteur.

Stacke insiste, d'autre part, pour que l'antre soit très largement ouvert, de telle sorte que son fond se continue en pente douce avec la surface extérieure du crâne. Le plancher antral devra même, *dans sa partie externe*, se continuer sans interruption, avec le plancher du conduit auditif osseux. On ne conservera que le massif osseux plus profond qui sépare la cavité tympanique de l'antre, car c'est là que gît le facial, mais encore

pourra-t-on rogner et émousser le bord arciforme par lequel ce massif se limite supérieurement.

Plus loin Stacke aborde la question de la taille du lambeau emprunté à la paroi postérieure du conduit auditif membraneux. Lors de ses premiers essais, il se contentait d'inciser horizontalement et de dedans en dehors cette paroi. Aujourd'hui, il procède de la façon suivante : le conduit ayant été incisé transversalement, sauf à sa partie antérieure, le plus près possible de la membrane tympanique, il pratique de dedans en dehors, le long de sa paroi supérieure, une incision horizontale qui, parvenue à l'insertion du pavillon, change brusquement de direction, devient verticale et entame de haut en bas la paroi postérieure du conduit jusqu'au niveau de la paroi inférieure. Il obtient ainsi une sorte de volet quadrangulaire qui, par le fait du tamponnement pratiqué par le conduit, s'applique tout naturellement sur le plancher de la cavité osseuse, constituant une amorce pour son épidermisation et, une fois rabattu ainsi à la façon d'une fenêtre ouverte, donnant toute facilité pour l'inspection ultérieure de la totalité du foyer par le conduit.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'auteur n'est pas un bien chaud partisan de l'ouverture permanente rétro-auriculaire, comme mode de cure radicale du cholestéatome, ou du moins ne l'applique-t-il qu'aux cas où une étroitesse anormale du conduit constitue une voie insuffisante pour la surveillance ultérieure du foyer.

Stacke a imaginé pour ces cas une méthode ingénieuse de taille de lambeaux qui mérite d'être mentionnée ici. Elle consiste à libérer, en arrière du pavillon de l'oreille, deux lambeaux taillés aux dépens des parties molles de la région mastoïdienne, tous deux ayant la forme d'une langue. L'un superficiel, ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et adhérent par sa base située supérieurement, l'autre comprenant seulement le périoste et ayant sa base adhérente située en bas.

Le premier est appliqué sur la paroi supérieure et le second sur le plancher du foyer. La paroi postérieure du conduit auditif membraneux se trouvant d'autre part taillée en lambeau et rabattue en arrière sur la surface osseuse avivée, suivant le procédé décrit plus haut, on se trouve avoir ainsi trois lambeaux et par suite trois points d'amorcement distincts pour l'épidermisation du foyer.

Stacke est d'ailleurs d'avis de ne pas conserver indéfiniment cette ouverture rétro-auriculaire, et il propose un procédé de

fermeture auto-plastique spécial pour la faire disparaître, le jour où la guérison paraît bien assurée.

Le cinquième chapitre de la monographie de Stacke n'est certes pas le moins intéressant, car il traite de la partie la plus délicate et la plus laborieuse du traitement : les soins post-opératoires, et l'auteur nous y donne le résultat de l'expérience acquise aux dépens de ses cent opérés.

Ainsi qu'il le dit fort justement : *le but poursuivi dans ce traitement consécutif n'est pas l'occlusion du foyer osseux ouvert et curetté, mais bien son tapissement par une membrane cicatricielle solide, précédée de la formation de bourgeons, dont l'exubérance demande souvent à être réprimée.*

On ne peut vraiment mieux résumer les phases successives de ce travail de réparation ni la tâche qui incombe au médecin chargé de le diriger.

Stacke conseille de laisser le premier pansement en place huit jours, en dehors de toute élévation fébrile. Il fait d'ailleurs remarquer que, lorsque l'opération a été menée suivant les règles d'une bonne antisepsie, il est bien exceptionnel que la température s'élève, les jours suivants, si elle était normale au moment de l'intervention.

Généralement, ajoute l'auteur, les pièces de gaze retirées, lors des premiers changements de pansement, sont inodores, et d'ailleurs, si elles présentent quelque odeur, il y a lieu de distinguer entre la légère fétidité causée par la décomposition des récents produits de secrétion de la plaie sous le pansement, fétidité sans signification grave, rappelant celle de la gélatine putréfiée, et d'autre part la fétidité bien plus forte, propre à la suppuration émanant d'un os carié. Cette dernière fétidité ne se développe guère avant un délai de huit jours après l'opération. On l'observe même après que l'os a été en apparence curetté à fond.

L'auteur l'attribue au séjour de petits dépôts caséeux dans des canaux de Havers, dépôts qui ne tardent pas d'ailleurs à s'éliminer d'eux-mêmes, car dès le deuxième ou le troisième changement du pansement au plus, la fétidité en question a d'ordinaire complètement disparu. On en accélèrera d'ailleurs la disparition en saupoudrant le foyer de poudre d'iodoforme.

Stacke conseille de changer le second pansement au bout de trois jours et les pansements ultérieurs tous les deux jours, et même, autant que possible, tous les jours. Cette fréquence dans le renouvellement des pansements lui semble tout particulièrement

indiquée à partir de la quatrième ou de la sixième semaine, alors que constatant la bonne marche de l'épidermisation dans le foyer, on aura laissé se refermer la plaie rétro-auriculaire. Stacke fait effectivement remarquer que le conduit auditif représente une voie bien étroite pour le drainage d'un foyer osseux parfois extrêmement étendu, d'où la nécessité de pansements fréquents, sous peine de rétention des secrétions pathologiques qui fermentent, et deviennent irritantes pour le tégument voisin où l'on peut voir se produire, dans ces conditions, des poussées eczémateuses susceptibles de s'étendre au loin. Chez d'autres malades ces accidents sont le fait d'une intolérance spéciale à l'égard de l'iodoforme dont la suppression est alors indiquée.

Comme technique du pansement, Stacke recommande le tamponnement méthodique du foyer, au moyen d'une série de petites pièces de gaze logées successivement, sous le contrôle du miroir, dans chacune des anfractuosités du foyer, de telle sorte qu'en aucun point il n'y ait stagnation du pus. La plaie rétro-auriculaire maintenue largement ouverte pendant les premiers jours post-opératoires donne d'ailleurs toutes facilités pour la bonne exécution de ce tamponnement et la surveillance de toutes les parties du foyer.

L'auteur recommande, pendant toute la durée de ce traitement consécutif, une propreté chirurgicale rigoureuse. Préférant en outre l'asepsie à l'antisepsie, il se sert volontiers de gaze stérilisée, réservant l'iodoforme pour les cas spéciaux où le foyer n'a pas été complètement désinfecté. Si ultérieurement des lavages paraisssent indiqués pour le bon nettoyage des cavités pathologiques, il se sert d'une solution stérilisée de sel marin lancée dans le foyer sous une faible pression.

Dans bien des cas l'opérateur a bientôt à lutter, au cours de ce traitement, contre les granulations exubérantes qui tendent à encombrer le fond du foyer, se développant de préférence, soit au niveau de la paroi antérieure du conduit auditif membraneux, quand celle-ci a été sectionnée, soit au niveau de la crête osseuse de séparation entre la caisse et l'antre. Pour les réprimer, Stacke recommande, de préférence à l'acide chromique qui fuse trop facilement, ou au chlorure de zinc dont les effets sont douloureux, le crayon de nitrate d'argent ou le galvano-cautère.

Règle générale: les tamponnements doivent toujours être pratiqués à fond; mais l'auteur conseille de les suspendre, par exception, immédiatement à la suite des cautérisations, celles-ci ayant pour effet immédiat de provoquer un gonflement des parties qui rend l'introduction de la gaze difficile et son séjour douloureux

pour le malade. Après vingt-quatre heures de cette suspension, on aura l'agréable surprise de trouver le foyer déblayé des fongosités qui l'encombraient la veille. A un moment donné les surfaces osseuses perdent leur tendance à bourgeonner.

C'est là, d'après l'auteur, un moment critique important à saisir, car, dès lors, la continuation des tamponnements ne ferait que contrarier le travail de cicatrisation, et il y aurait intérêt à les remplacer par des insufflations de poudres (acide borique, aristol, etc.). Ce changement est indiqué après que l'on a constaté qu'un côté au moins de la partie étroite représentant le vestibule du foyer et correspondant à sa jonction avec le conduit est déjà épidermisé, en sorte que des adhérences entre ses parois opposées ne sont plus à craindre.

En terminant ce chapitre l'auteur fait remarquer combien la conduite de ce traitement consécutif, qui en fait l'objet, exige de tact et d'expérience de la part de celui qui en assume la responsabilité. Relativement simple quand l'opération a été complète, il est au contraire trop souvent hérissé de difficultés quand quelque faute ou quelque omission a été commise au cours de l'intervention, et alors une lutte de tous les jours sera indispensable pour en triompher.

Au chapitre suivant, l'auteur aborde la question du pronostic.

Pour lui, l'opération, pratiquée suivant les règles de l'antisepsie moderne, est absolument exempte de dangers, si même des accidents (ouverture du sinus latéral, dénudation de la dure-mère) se produisent au cours de son exécution. Lui-même, sur un total de cent opérés, n'a pas eu un seul cas de mort attribuable à l'opération.

La durée du traitement consécutif est extrêmement variable suivant les cas. En se fondant sur sa statistique, l'auteur l'évalue à une moyenne de trois mois et demi. Dans quelques cas particulièrement favorables, il l'a vu se réduire à sept et même six semaines. Au contraire, certaines conditions défavorables (siège prédominant des lésions au niveau de la paroi labyrinthique ou au niveau du plancher de la caisse, terrain tuberculeux, défaut d'assiduité des malades au traitement) peuvent exceptionnellement l'allonger considérablement, et c'est par années que se compte parfois alors le temps qui s'écoule jusqu'à la complète guérison.

L'audition n'est le plus souvent pas diminuée par l'opération. Sur les cent cas de l'auteur, ce résultat défavorable ne fut noté que six fois ; en revanche, le pouvoir auditif se montra amélioré 31 fois ; 49 fois il ne parut pas modifié.

Aux autres 14 opérés, on avait négligé de faire la mensuration de l'audition. Stacke fait d'ailleurs très justement remarquer, qu'alors même que cette fonction serait plus fréquemment compromise par l'opération, cette considération ne mériterait guère d'entrer en ligne de compte, au moment où l'opportunité de l'intervention est discutée, puisqu'il s'agit de mettre le malade à l'abri d'un danger menaçant directement son existence.

Dans le VII[e] et dernier chapitre de son travail, l'auteur aborde la question des récidives consécutives à l'opération.

Il en distingue deux variétés.

La première mériterait le nom de pseudo-récidive. Elle est essentiellement superficielle et caractérisée par la reproduction de pus sous les lamelles d'épiderme peu solide développées à la surface de l'os, et qui, se desquamant et s'accumulant au fond du foyer, paraissent y jouer un rôle irritant. Il s'agit là, bien moins d'un processus cholestéatomateux, à proprement parler, que d'une sorte de dermatite superficielle qui sera toujours à craindre, quand la guérison n'aura été réalisée que par la formation d'épiderme sur les surfaces osseuses avec une très mince couche périostée intermédiaire.

On en a facilement raison par quelques lavages suivis d'insufflation de poudres diverses.

Cette récidive est bien moins à craindre quand la guérison est marquée par l'apparition, sur les parois osseuses, d'un tissu bleuâtre, brillant, constitué, non seulement par des cellules épidermiques, mais encore par une forte proportion de tissu fibreux sous-jacent. La nutrition et la solidité de la couche de tissu cicatriciel se trouvent ainsi mieux assurées.

Bien plus sérieuses sont les récidives inhérentes au cholestéatome vrai, à tendance envahissante, ou celles qui caractérisent de nouveaux foyers de carie osseuse, ainsi qu'il n'est pas rare de l'observer chez les sujets à terrain défectueux, et tout particulièrement chez les tuberculeux.

Dans ces conditions de nouvelles interventions opératoires peuvent être nécessaires, en même temps qu'il est indiqué de remonter l'état général par une alimentation et une hygiène appropriées.

L'auteur croit enfin que certaines récidives à répétition trouvent leur explication dans la persistance de la perméabilité tubaire exposant le foyer aux infections d'origine pharyngée, et il conseille, en pareil cas, de pratiquer l'occlusion de l'orifice auricu-

laire de la trompe à l'aide de cautérisations ou par l'application d'un lambeau au fond du foyer.

En terminant, l'auteur montre comment, par l'effet de l'expérience acquise au jour le jour, sa méthode s'est peu à peu perfectionnée entre ses mains, et comment il a obtenu graduellement une diminution du délai nécessaire pour la réalisation de la guérison.

Se fondant sur cette leçon du passé, il émet l'espoir que, grâce aux perfectionnements et aux simplifications apportés par d'autres, et bénéficiant des progrès ultérieurs de la chirurgie, son opération pourra donner dans l'avenir des résultats de plus en plus satisfaisants, et que notamment une diminution de la durée des soins post-opératoires pourra encore être réalisée.

Suivent les cent observations des malades opérés par Stacke formant la statistique sur laquelle repose le travail que nous venons d'analyser et qui peut être considéré à juste titre comme un des documents les plus importants de l'évolution récente de la chirurgie auriculaire.

LUC.

LETTRE DE BELGIQUE

Bruxelles, novembre 1897.

Très honoré confrère,

En réponse à la demande que vous voulez bien m'adresser de vous renseigner sur le mouvement de notre spécialité en Belgique, je ne puis mieux faire que de vous donner un aperçu de la séance d'été de notre Société d'Otologie et de Laryngologie.

Cette réunion, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres effectifs, se trouvait en outre honorée de la présence de plusieurs confrères de l'étranger, parmi lesquels il convient de citer vos compatriotes MM. GELLÉ, père, GOUGUENHEIM, LUBET-BARBON et MARTIN, de Paris; assez nombreuses ont été les communications sur des sujets divers, ainsi que les présentations de malades et d'instruments; de plus on a discuté des rapports sur des questions otologiques et laryngologiques importantes.

Nous passerons rapidement en revue les principaux faits qui ont été mis en lumière en cette occasion, en insistant particulièrement sur ceux qui par leur valeur scientifique ou pratique se recommandent à l'attention.

Abordons immédiatement le chapitre des communications diverses.

Voici tout d'abord la communication de **M. Eeman**, de Gand, à propos d'un cas de *rhinite pseudo-membraneuse infantile* qui se trouve être le 12e observé et étudié par lui depuis deux ans.

Dans cette série de 12 cas, chaque fois, sans exception, l'analyse bactériologique, bien faite, a démontré d'une façon précise la présence du bacille de Lœffler, ce qui permet à notre confrère d'affirmer la nature constamment diphtérique de l'affection.

C'est la théorie unicitaire opposée à la théorie des causes multiples généralement admise jusqu'ici.

Cette thèse ne rencontre aucun contradicteur au sein de notre société, elle y est au contraire appuyée par de nouvelles observations de MM. Buys et Cheval.

L'intérêt des faits réside en grande partie dans le contraste

existant entre la bénignité apparente de l'affection et le danger qu'elle présente en réalité, sinon pour le malade lui-même, du moins pour l'entourage de celui-ci.

La rhinite pseudo-membraneuse des enfants, forme primaire, strictement limitée au nez, débute sous l'apparence d'un violent coryza; ce moment initial passé, il ne reste plus que l'obstruction nasale, accompagnée d'un certain degré de rhinorrhée; l'enfant ne présente aucune espèce de symptômes généraux, il joue, il va à l'école.

Cependant cet enfant qui paraît bien portant et que l'on ne songe pas à soustraire au commerce des autres enfants, porte dans la cavité nasale le bacille de Lœffler, et celui-ci est parfaitement capable de donner la diphtérie vulgaire de la gorge et du larynx, comme l'a démontré une observation de notre confrère Gevaert. Des recherches faites par M. Eeman et par M. Buys démontrent même, que le bacille des rhinites possède un degré de virulence supérieur à la virulence moyenne des échantillons de laboratoire.

Des mesures d'isolement s'imposent donc, et celles-ci devront être observées aussi longtemps qu'il subsistera des germes dans le nez, c'est-à-dire, plusieurs semaines parfois après la disparition des fausses membranes (une observation de M. Buys).

Poursuivons l'examen des communications.

M. Eeman développe encore une observation de *surdité hystérique* sans autre manifestation d'hystérie, et déclare à ce propos que les surdités hystériques sont d'après lui, et conformément à l'opinion de Gradenigo, beaucoup, plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

M. Broeckaert, de Gand, entretient l'assemblée de recherches expérimentales tentées par lui dans le but de déterminer la cause de la *position médiane des cordes vocales* dans *la paralysie incomplète du récurrent*.

Il n'a pas noté de phénomène bien net de dégénérescence, pas plus dans le muscle abducteur que dans les muscles adducteurs chez des sujets (chiens) opérés depuis 2 mois de résection du récurrent. D'autre part ses expériences n'ont pu démontrer l'existence de fibres nerveuses centripètes.

M. Coosemans, de Bruxelles, recommande l'*holocaïne* comme succédané de la cocaïne. Ce nouveau produit agit comme anesthésiant local sans provoquer la constriction vasculaire. L'orateur a employé la solution à 1 0/0, suffisante dans tous les cas,

sans jamais observer de phénomène d'intoxication Le prix de revient est de beaucoup inférieur à celui de la cocaïne.

M. Jauquet, de Bruxelles, reprend la question si intéressante de l'*anesthésie par le bromure d'éthyle* chez les enfants; pour lui les mécomptes obtenus doivent être imputés à l'impureté du produit d'une part, et d'autre part à une technique imparfaite du mode d'administration.

Le bromure d'éthyle se conserve bien en ampoules; 10 centimètres cubes suffisent dans tous les cas; il faut compter 20 secondes pour réaliser une bonne anesthésie; si l'on dépasse ce temps il se produit du trismus, accident du reste peu redoutable, car il disparaît rapidement lorsque l'on suspend l'administration de l'anesthésique.

Cette communication est suivie d'une discussion démontrant que plusieurs membres de la Société redoutent plus que M. Jauquet le trismus du bromure d'éthyle.

M. Van Doorslaer, de Malines, rapporte un cas curieux de *fracture de l'apophyse styloïde du temporal*, survenue selon toute vraisemblance pendant des efforts de vomiturition.

M. Delie, d'Ypres, relate un cas de *Mastoïdite de Bezold* et **M. Hennebert**, de Bruxelles, expose des considérations à propos d'un *empyème de l'antre suivi d'abcès extra-dural.* Ce cas a présenté en effet la particularité d'évoluer complètement sans fièvre. En second lieu il a permis d'observer une *restitutio ad integrum* du tympan, malgré une suppuration de plusieurs mois de durée. Notre confrère **Hennebert** signale encore sous le terme de *tympans vacuolaires*, un aspect spécial présenté par certains tympans scléreux. On croirait voir des gouttelettes d'un liquide réfractant fortement la lumière; cependant il n'y a pas de relief appréciable sur la surface externe de la membrane. L'existence de ces altérations correspondait dans les cas observés à un pronostic défavorable.

M. Gaudier, de Lille, rapporte un cas de *fibrome naso-pharyngien chez une vieille femme, opérée radicalement* avec succès, sans récidive, au moyen d'une simple curette. Il insiste sur la grande rareté de ces sortes de tumeurs chez des sujets d'un âge avancé, et sur le fait de l'absence de toute hémorragie sérieuse au cours de l'opération pratiquée par son procédé.

L'ordre du jour de la réunion d'été des Otologistes et Laryngologistes belges portait la discussion de deux rapports sur les deux questions suivantes : *la syphilis de l'oreille,* et les *premiers signes de la tuberculose du larynx.*

On devait en outre entendre les conclusions d'une commission chargée d'étudier *l'action de l'électrolyse cuprique dans l'ozène.*

Cette commission composée de MM. EEMAN, SCHLEICHER, GORIS, BUYS et HENNEBERT, avait prié M. CHEVAL, un des partisans les plus convaincus de la méthode, d'électrolyser lui-même quelques malades. Sur 6 sujets en traitement, 1 a subi une seule électrolyse d'un côté, 3 ont subi une seule électrolyse des deux côtés, 1 a subi une seule électrolyse d'un côté et deux de l'autre, un enfin a subi une seule électrolyse des deux côtés.

Défense avait été faite aux malades de recourir à des lavages. Ces séances ont eu lieu de 6 semaines à 2 mois d'intervalle. Dans ces 6 cas la commission n'a pas constaté une seule guérison, elle n'a pas même noté d'amélioration ni de modification objective appréciable.

On voit que ces résultats, sans établir, d'une façon définitive, si l'électrolyse guérit ou ne guérit pas l'ozène, autorisent à conclure que la nouvelle méthode ne possède pas le pouvoir modificateur prompt et décisif que d'aucuns croiraient pouvoir lui attribuer.

MM. Broeckaert et **Hennebert** auxquels était confiée la question de la *syphilis de l'oreille*, ont, dans une exacte mise au point, décrit toutes les manifestations qui peuvent apparaître dans les différentes parties de l'appareil auditif, tant pour la forme acquise que pour la forme héréditaire. Les recherches auxquelles ils se sont livrés leur permettent d'affirmer que la syphilis de l'oreille est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Dans ce travail bien fait et homogène chaque point mériterait une mention, ce qui malheureusement nous entraînerait à des développements incompatibles avec l'espace dont il nous est permis de disposer ici ; force nous est de renvoyer ceux que cette question intéresse à la lecture du bulletin de la Société.

C'est ce que l'on peut dire également du rapport de **MM. Cheval** et **Rousseaux** sur les *premiers signes de la tuberculose du larynx.*

Citons cependant ici quelques conclusions de MM. Cheval et Rousseaux; ils distinguent dans le stade prémonitoire deux formes bien différenciées : *a*) la forme catarrhale : laryngites rebelles, à répétition, le plus souvent localisées à une seule corde ; *b*) la forme anémique, anémie du larynx, du voile du palais sans anémie générale de l'individu.

Un point sur lequel les rapporteurs insistent également d'une façon toute particulière, c'est la forme des ulcérations du début,

qui sont presque toujours plus étendues en surface qu'en profondeur.

Le traitement de la tuberculose ne faisant pas partie du thème imposé, MM. Cheval et Rousseaux ne font qu'effleurer ce point.

Plaçons ici la communication de **M. Goris**, de Bruxelles : présentation de deux malades qui ont subi la *thyrotomie pour tuberculose laryngée au début*.

Un des cas est celui d'une jeune fille de 20 ans, qui présentait une petite ulcération au niveau de l'aryténoïde gauche. Au cours de l'opération, le chirurgien a découvert 6 petits tubercules sous la face inférieure de la corde vocale gauche. Curettage, thermo-cautérisation. Dans la seconde opération il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, dont le larynx était atteint de chondrite unilatérale velvétique. Les résultats paraissent bons dans les deux cas; dans le premier cas la voix est restée claire, dans le second elle est restée rauque comme elle l'était au début.

Ce dernier malade a gagné 9 livres en deux mois.

Pour épuiser le sujet de la tuberculose citons encore l'intéressante présentation de malades de M. **Hicguet**, de Bruxelles, ainsi que la communication de M. **Gouguenheim** de Paris.

M. Hicguet montre deux sujets atteints de *lupus du nez*, qu'il a réussi à modifier dans un sens favorable au moyen des *rayons cathodiques* ; sous l'action de ce traitement les ulcères ont disparu et le tissu s'est raffermi avec une rapidité étonnante.

L'un des malades a subi vingt-cinq, et l'autre cinquante séances de cinq minutes chacune.

Somme toute, un résultat des plus encourageants, qui engage à essayer dans d'autres cas analogues.

La méthode a été employée sans effet dans la tuberculose laryngée.

M. Gouguenheim a fait pratiquer dans un cas de *lupus secondaire du larynx* un curettage profond suivi d'une bonne cautérisation au thermo-cautère. Pas de récidive après 6 mois.

La partie de la séance consacrée à la présentation des malades nous a permis de voir, outre les thyrotomies de M. Goris et les cas de lupus de M. Hicguet, trois sujets *opérés et guéris* par M. Goris de *sinusites maxillaires* chroniques par le procédé de l'ablation de la paroi antérieure, suivie d'un curettage complet de sa cavité.

Seul ce procédé radical est efficace, d'après notre confrère bruxellois; il nécessite en outre un traitement post-opératoire de plusieurs mois.

M. Goris dit quelques mots à *propos des sinusites frontales*, estimant que la bonne méthode d'intervention est la pénétration

par la paroi antérieure; il insiste sur la nécessité d'intervenir le plus tôt possible de crainte des complications cérébrales.

M. Eeman (de Gand) présente un individu opéré, il y a quatre ans, d'un *carcinome kératinisant* de la corde vocale inférieure, et chez lequel aujourd'hui seulement on constate une *récidive à distance*, dans la cicatrice cutanée. Il montre également un temporal offrant l'*anomalie d'un sinus transverse* séparé du conduit auditif par une couche osseuse qui ne mesure pas plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Il était donc impossible dans ce cas de creuser un canal opératoire pour l'antrectomie.

M. Capart, de Bruxelles, met sous nos yeux un *fragment d'os*, qui a séjourné dans la bronche gauche d'un malade pendant 3 ans avant d'être expectoré.

M. Noquet, de Lille, fait la démonstration d'un *polype saignant de la cloison nasale*.

Citons pour terminer les instruments présentés.

Ce sont: de M. **Rousseaux**, de Bruxelles, un *embout métallique destiné à faciliter le cathétérisme* de la trompe en fixant solidement le cathéter au tube de caoutchouc qui termine la poire d'insufflation.

Une *modification au masseur* de Delstanche, pour permettre de contrôler la manière d'agir de l'appareil; auteur, notre confrère **Schleicher**, d'Anvers.

M. Gellé, père, dit à ce propos qu'il a *modifié* le masseur ordinaire de façon à ce que le premier mouvement qu'on lui imprime, lorsqu'il est en place dans l'oreille, soit un mouvement d'aspiration et non de refoulement. De cette façon le premier effort du piston tend à dégager les osselets et assure au massage son maximum d'efficacité.

Dr Buys.

Secrétaire de la Société belge d'Otologie et de Laryngologie.

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

Séance du vendredi 12 novembre 1897.

Compte-rendu par le Dr GEORGES GELLÉ, *secrétaire annuel.*

Présidence de M. MARTIN, *président.*

Présentation d'instruments.

M. Malherbe présente à la Société une boîte contenant son instrumentation spéciale pour pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien dans l'otite moyenne sèche.

M. Martin, *président*, annonce l'envoi par MM. LICHTWITZ et SABRAZÈS, de Bordeaux, d'un travail intitulé : *L'orthoforme comme anesthésique et comme antiseptique. Son action dans les dysphagies de causes diverses.*

Un signe de la thrombose du sinus longitudinal supérieur.

M. Lermoyez. — On sait combien il est souvent difficile de reconnaître la phlébite sinusienne chez un otitique présentant des complications encéphaliques, et, à plus forte raison, de déterminer quels sont les sinus thrombosés et jusqu'où s'étend cette thrombose. L'observation suivante met en évidence un symptôme encore peu connu et dont la valeur séméiologique semble utilisable à ce point de vue.

La nommée L..., âgée de 30 ans, entre le 2 novembre 1897 à la salle Nélaton, hôpital Saint-Antoine. Elle eut dans son enfance une otorrhée double guérie spontanément. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de vomissements et s'aperçut bientôt que son oreille droite recommençait à suppurer. Il y a trois semaines seulement qu'ont apparu des accidents graves : fièvre, vertiges, maux de tête. Bientôt la mastoïde se tuméfie ; on pratique à son niveau une moucheture qui donne issue à du pus, sans amender les symptômes graves.

Quand j'examinai pour la première fois cette malade, le 4 novembre, au vingtième jour des accidents graves, elle présentait le tableau d'une septicémie confirmée, fièvre élevée, sub-continue, sans frissons ; peau sèche, ictérique. Connaissance bien conservée. — Rien aux viscères, sauf un foyer de ramollissement tuberculeux au sommet droit. La malade accuse surtout une douleur violente à la région temporo-occipitale droite, avec hyperesthésie extrême des téguments à ce niveau : la mastoïde est douloureuse mais non œdématiée ; une incision préexistante y donne issue à du pus mal lié. Le conduit est plein de pus : perforation du tympan.

Rien à l'oreille gauche.

L'examen ophtalmoscopique dénote seulement un peu de rougeur de la papille droite.

Au cou, à la partie supérieure et en avant du sterno-mastoïdien, on sent profondément un cordon dur et douloureux évidemment formé par la jugulaire thrombosée.

Le diagnostic de thrombo-phlébite du sinus latéral droit d'origine otique est posé avec certitude, et une intervention large décidée pour le lendemain matin.

Dix huit heures plus tard, la situation s'est très aggravée. La température a dépassé 40°, l'ictère s'est accru. Le cordon de la jugulaire interne thrombosée descend maintenant jusque dans le thorax ; enfin un phénomène nouveau, apparu dans la nuit, appelle notre attention : c'est une *dilatation considérable de toutes les veines du cuir chevelu*, sans participation des veines de la face ; ces veines sont souples, non douloureuses ; il s'agit là non pas d'une extension de la thrombose, mais d'une dilatation simple par circulation veineuse collatérale exagérée.

Bien que ces phénomènes nouveaux rendent la situation désespérée cependant je décide d'intervenir, puisque, étant donnée l'inexorabilité du pronostic de la maladie livrée à elle-même, il y a lieu de tout tenter.

Incision des téguments : traversée d'une corticale éburnée de plus d'un centimètre d'épaisseur à travers laquelle s'est faite une petite fistule, mise à nu d'une cavité attico-mastoïdienne remplie d'un muco-pus purulent fétide ; évidement classique ; on ne constate pas de lésions de la paroi labyrinthique de la caisse. — Le toit de l'antre montre alors une perte de substance étendue par où bombe la dure-mère : celle-ci est décollée par un abcès extra-dural fétide ; de plus elle présente un petit orifice par où le cerveau fait hernie ; curettage de ce prolapsus

cérébral sphacélé, et ponction du lobe temporal répétée trois fois sans ramener de pus. — L'abcès extra-dural me mène alors vers le sinus latéral, dont la cavité est remplie d'un caillot puriforme ancien; le sinus est largement mis à découvert en arrière et en avant, et curetté profondément dans les deux sens, sans que je puisse atteindre les limites du caillot. Pour terminer l'opération, tentative de ligature de la jugulaire interne à la partie inférieure du cou, interrompue par des accidents de collapsus cardiaque.

La malade reprend connaissance pendant l'après-midi et succombe dans le cours de la nuit suivante.

A L'AUTOPSIE, on constate l'absence totale de lésions métastatiques viscérales; il y a seulement un ramollissement diffus avec petites excavations tuberculeuses du sommet droit du poumon, et infiltration récente du sommet gauche. Le rocher droit montre une carie de la paroi même du sillon sigmoïde avec état criblé faisant communiquer les espaces mastoïdiens avec la cavité cranienne.

Les méninges sont distendues par une abondante sérosité louche. Plaque de *méningite purulente* occupant toute la face inférieure du lobe temporal droit. Pas d'abcès cérébral ni cérébelleux; mais toute la masse encéphalique est fortement œdématiée.

Le sinus latéral droit est rempli dans toute son étendue d'un caillot gris jaunâtre fétide purulent, ramolli à son centre et adhérent à la paroi du vaisseau. En avant, ce caillot se prolonge dans la jugulaire interne dont les parois sont aussi considérablement épaissies : en arrière il se continue jusqu'au pressoir d'Hérophile; là brusquement il change d'aspect : il se propage dans le sinus droit et dans le sinus longitudinal supérieur sous forme d'un thrombus fibrineux récent non infecté, qui dans ce dernier vaisseau se prolonge jusqu'à l'embouchure des grandes veines anastomotiques de Trolard où il s'enfonce; au delà le sinus longitudinal supérieur redevient perméable. Le sinus latéral gauche renferme un caillot cruorique récent qui l'obstrue.

En résumé il s'agit d'une femme ayant eu quelques mois avant sa mort un réchauffement d'otite suppurée ancienne, d'où formation d'un abcès extra-dural; puis ce dernier s'étend simultanément dans deux directions: en haut, il perfore la dure-mère et fait éclore une méningite purulente non encore généralisée au moment de la mort; en arrière il dénude le sinus latéral, y détermine une thrombo-phlébite purulente avec manifestations septico-pyohémiques graves; enfin, gagnant de proche en proche, provoque une brusque stase dans la plupart des sinus dure-mériens, d'où œdème cérébral et coma terminal.

Le fait le plus saillant qui se dégage de cette observation, est la présence de la *dilatation généralisée des veines du cuir chevelu*. Celle-ci affectait toutes les veines superficielles, tant à gauche qu'à droite, formant une sorte de tête de Méduse analogue

à celle que présente la peau de l'abdomen dans les cirrhoses atrophiques. Le mécanisme en était le même. Le sang, venu des parties antérieures du cortex, circulant librement dans les espaces sinusaux de la cavité antérieure de la dure-mère, était arrêté, dans sa course rétrograde, en haut, par l'oblitération du sinus longitudinal supérieur; en bas, au niveau de l'abouchement des sinus rétreux demeurés libres dans le sinus latéral thrombosé. Il refluait alors par les veines émissaires pariétales et surtout par les lacs sanguins qui s'ouvrent d'une part dans le sinus longitudinal supérieur, et d'autre part, par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé, dans les veines du cuir chevelu : et de là il gagnait le système de la jugulaire externe demeuré perméable. Ce signe a grande valeur, car, survenant au cours d'une septico-pyohémie d'origine otique, il permet d'affirmer l'extension de la thrombose du sinus latéral au sinus longitudinal supérieur.

C'est donc, à l'heure actuelle, une contre-indication absolue à toute intervention opératoire.

Des troubles de la voix, d'origine naso-pharyngienne, chez les chanteurs.

M. A. Courtade. — (Lire le travail de M. A. Courtade, page 646).

Discussion.

M. Castex serait heureux de connaître l'opinion de ses collègues sur une question qui lui paraît de première importance, il veut parler du rôle étiologique des lésions nasales dans la production des troubles de la voix chez les chanteurs.

Dans sa pratique, il a pu souvent prouver une amélioration de la voix par de simples interventions endonasales, résections de crête de la cloison, par exemple.

M. Lacroix a vu dans un cas à la suite de l'ablation d'un éperon de la cloison des troubles vocaux sérieux disparaître.

M. Lermoyez va plus loin, ce n'est plus une simple amélioration de la fonction qu'il a pu constater, mais une amélioration anatomique du larynx. Après une ablation d'éperon de la cloison, il a vu disparaître un petit nodule des cordes vocales, cela sans traitement endo-laryngé.

Œdème précoce dans la syphilis secondaire du larynx.

M. Lacroix. — (Lire le mémoire de M. Lacroix, page 673.)

L'orthoforme comme anesthésique et comme antiseptique. Son action dans les dysphagies de causes diverses, par MM. LICHTWITZ et SABRAZÈS (de Bordeaux).

MM. Einhorn et Heinz [1] ont étudié sous le nom d'orthoforme un nouvel analgésique qui, en raison de la longue durée de son action et de son innocuité, nous paraît appelé à rendre de grands services dans la pratique de l'anesthésie locale. En outre de ses propriétés analgésiantes l'orthoforme serait, d'après MM. Einhorn et Heinz, antiseptique à un haut degré; de plus, il diminuerait notablement la sécrétion des plaies.

Nous avons expérimenté ce produit : 1° au point de vue antiseptique; 2° au point de vue analgésique.

1° Incorporé à l'urine à la dose de soixante-dix centigrammes par litre, l'orthoforme ralentit sans les empêcher les processus de fermentation ammoniacale.

Un bouillon ensemencé avec du staphylocoque doré n'est pas sensiblement modifié lorsque l'on y ajoute cinquante centigrammes d'orthoforme par litre; au bout d'un mois les transports de ce même bouillon sur les milieux solides sont encore fertiles et la récolte ainsi obtenue ne se différencie pas de celle qui est fournie par un bouillon témoin.

Lorsqu'on élève la dose à 2 grammes par litre il reste au fond des matras un dépôt d'orthoforme; le bouillon où se cultive le staphyloccoque doré, placé à l'étuve à 25°, se trouble et prend une teinte brun chocolat. Pendant les huit premiers jours de la mise en contact de l'orthoforme et du microbe les réensemencements sont positifs; mais il existe un retard de 24 heures dans l'apparition de la culture et on constate par rapport aux tubes témoins des différences en moins relativement au nombre des colonies et à leur extension en surface. Au bout de 15 jours les réensemencements sont devenus stériles à l'encontre des milieux témoins.

1. Einhorn et Heinz (Münchener. Méd. Woch., n° 34, 24 août 1897). On trouvera dans cet article des renseignements précis sur la formule de constitution de l'orthoforme et sur ses propriétés chimiques. Nous avons vu de notre côté que ce corps, peu soluble dans l'eau, se dissout facilement dans la glycérine et dans l'eau acidulée soit avec de l'acide chlorhydrique, soit avec de l'acide azotique ou acétique.

La poudre d'orthoforme telle qu'on la trouve dans le commerce, répandue à la surface de la gélatine et de la gélose, ne cultive pas.

De ces recherches il résulte que l'orthoforme est une substance médiocrement bactéricide.

2° En revanche, l'action sédative que l'orthoforme exerce sur l'élément *douleur* est des plus remarquables. Nous n'en voulons pour preuves que les résultats qu'il fournit dans le traitement des différentes formes de dysphagies.

Nous l'avons expérimenté :

a) Chez des malades atteints de tuberculose du larynx;

b) Dans un cas de cancer à l'entrée du larynx;

c) Après l'amygdalotomie électrothermique.

d) On sait combien il est difficile de calmer les douleurs occasionnées par la présence sur l'épiglotte et sur les arythénoïdes d'ulcérations tuberculeuses; les malades préfèrent souvent mourir de faim plutôt que de supporter ces douleurs réveillées surtout par la déglutition; aussi dépérissent-ils à vue d'œil, avant même que les lésions pulmonaires puissent suffire, par leur étendue et par leur degré de gravité, à expliquer cet amaigrissement profond. La cocaïne, la morphine n'amènent qu'une accalmie passagère; l'effet palliatif des attouchements avec les solutions saturées d'antipyrine, avec de la glycérine phéniquée et les injections intra-laryngiennes d'huile mentholée, n'est également que momentané. L'orthoforme agit mieux et pendant un temps beaucoup plus long; c'est ainsi que la durée de l'analgésie qu'il détermine au contact des surfaces ulcérées excède 24 heures; ce qui s'explique par sa faible solubilité; de plus, il est dépourvu de toxicité.

Voici un cas, entre autres, où il s'est montré très efficace.

M. B..., âgé de 18 ans, est atteint de tuberculose pulmonaire à la phase de ramollissement. L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont infiltrés et ulcérés.

Le malade n'a presque rien mangé depuis 15 jours; les liquides passent très difficilement, surtout le vin, et provoquent de véritables quintes de toux. Nous insufflons la poudre d'orthoforme sur l'épiglotte et au pourtour des aryténoïdes. Deux minutes après cet homme avale de l'eau devant nous sans éprouver les douleurs habituelles. L'action dure jusqu'au lendemain; le malade a pu manger et boire même du vin. A plusieurs reprises l'analgésie consécutive à l'application d'orthoforme a persisté pendant deux jours.

b) Un malade porteur d'un épithélioma marginal de l'aryténoïde et de la bande ventriculaire du côté droit du larynx, ressent depuis un mois des douleurs très vives s'irradiant dans l'oreille droite, surtout pendant la déglutition de la salive; la poudre d'orthoforme déposée *in situ* procure à chaque application du soulagement qui dure 2 jours environ.

c) Après l'ablation des amygdales à l'anse électrothermique, la plaie opératoire saupoudrée d'orthoforme reste insensible pendant une à deux heures, tant que la poudre n'a pas été entraînée mécaniquement par les mouvements de déglutition; il suffit de renouveler l'insufflation pour voir l'analgésie persister.

Ainsi l'orthoforme est indiqué, comme topique, dans les plaies douloureuses de la peau et des muqueuses superficielles ou profondes. C'est un analgésique de premier ordre, mais un antiseptique médiocre.

L'ordre du jour appelle ensuite le vote pour l'élection d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et d'un trésorier.

Sont nommés pour l'année 1898 :

MM. LUBET-BARBON, *vice-président.*
HERCK, *trésorier.*
G. GELLÉ, fils, *secrétaire annuel.*

On procède ensuite à l'élection de la *Commission de vérification des comptes*, conformément à l'article 17 du Règlement. Sont nommés :

MM. BOULAY, SARREMONE, EGGER.

La prochaine séance aura lieu le 18 janvier 1898.

ACTUALITÉS

RADIOGRAPHIE DES CAVITÉS CRANIENNES.

par Jules GLOVER.

Radiographie des cavités osseuses de la face et du crâne. — Le sinus veineux latéral de la dure-mère, le rocher et les trois étages de la base du crâne étudiés au moyen de la radiographie dans leurs rapports avec la paroi cranienne.

Nous avons été conduits à faire, avec le Dr Paul Reynier, au moyen de la radiographie, certaines recherches anatomiques sur le squelette osseux de la face et du crâne, ainsi que sur le cerveau. Quelques-unes de ces recherches se rapportent à l'anatomie topographique des sinus osseux de la face : sinus frontaux, sinus maxillaires ; d'autres ont trait à la topographie des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde. Enfin certains essais nous ont permis d'étudier aussi les rapports immédiats que présentent avec la paroi cranienne : d'une part, le sinus veineux latéral de la dure-mère, et d'autre part, le rocher et les trois étages de la base du crâne.

D'autres résultats obtenus encore au cours de nos recherches et fournis par la radiographie du cerveau au travers de la paroi cranienne, étant d'un tout autre ordre, seront exposés ailleurs [1].

Ainsi que le comporte le titre de cet article, nous ne nous occuperons ici que de la radiographie des cavités craniennes, qui,

1. On trouvera ce complèment, traitant des applications de la radiographie à l'étude de la topographie cranio-encéphalique, dans les *Archives de Neurologie* 1898. Dans une note paraissant dans cette Revue, nous montrons qu'il paraît possible d'étudier en se plaçant au point de vue chirurgical, la topographie cranio-encéphalique par la méthode radiographique ; que *par ces méthodes radiographiques, il y a possibilité d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi cranienne* et qu'enfin, fait important pour s'orienter dans l'étude de la topographie anatomique cranio-cérébrale, il semble que l'on puisse superposer sur le cliché photographique la silhouette des sutures craniennes sur la silhouette des scissures, qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales.

par certains côtés peut intéresser les lecteurs des *Archives*.

Les résultats personnels que nous exposerons ont été déjà communiqués à l'Académie de Médecine au mois d'août dernier. Toutefois, malgré cette première publication, nous reviendrons ici sur ce sujet pour deux raisons, tout d'abord à cause de la nouveauté de ce genre d'études anatomiques, et en second lieu parce que des tentatives faites dans le même sens, mais non pratiquées dans la même intention, paraissent avoir été déjà faites et renouvelées en 1896 à l'étranger. Il devient donc intéressant de mettre au point ces études spéciales, pour que chaque observateur désirant s'y livrer puisse au moins savoir exactement ce dont il s'agit, la méthode expérimentale à choisir et les résultats qu'à l'heure actuelle elle peut donner.

Considérations générales et travaux antérieurs. — Parmi les multiples recherches qu'a suscitées, depuis maintenant plus d'une année dans l'esprit de nombreux observateurs, la découverte de Rœntgen, il en est peu qui aient trait aux études anatomiques méthodiques, ainsi qu'à l'exploration clinique du crâne osseux et des cavités osseuses de la face. Il semble en effet que l'attention des observateurs se soit tout d'abord portée sur la radiographie du squelette des membres et des extrémités, ainsi que sur la radiographie des grandes cavités splanchniques. Toutefois, nous signalerons comme antérieures aux nôtres les recherches de Jacques et Guilloz (de Nancy)[1], de Scheier (de Berlin) et de Macintyre (de Glascow). Nous exposons plus loin les fort intéressantes recherches de ces auteurs. A part ces travaux, les tentatives de recherches des projectiles logés dans l'intérieur du crâne ont été sinon les premières, du moins les plus importantes études radiographiques entreprises sur les régions anatomiques qui nous occupent.

Nous verrons qu'en ce qui touche l'interprétation de l'anatomie radiographique du squelette osseux de la tête, l'évolution même de ces premiers travaux sur la recherche des projectiles intracraniens jette une certaine lumière sur ce genre d'étude assez complexe. C'est pourquoi nous en parlons d'abord.

Nous rappellerons que ces expériences aboutirent à la publication simultanée en France, par Londe d'une part et par Rémy et Contremoulin d'autre part, de radiographies craniennes, les premières moins bonnes, les secondes un peu meilleures, et démontrant : 1° la possibilité déjà certaine de reconnaitre la présence

1. JACQUES et GUILLOZ. — Application de la méthode de Rœntgen aux études anatomiques. Présentation de photogravures, Soc. de Méd. de Nancy, 25 novembre 1896. *In Revue méd. de l'Est*, 1er janvier 1897.

d'une balle dans la tête sur le vivant ; mais 2° l'impossibilité d'en préciser d'une façon absolument exacte la situation.

Bien que déjà ce précieux résultat fût appréciable, la possibilité de reconnaître la seule présence du projectile n'était pas suffisante pour diriger la main du chirurgien. En d'autres termes, d'après l'épreuve radiographique de la tête de son malade, même en s'aidant des signes cliniques, l'opérateur ne se trouvait pas muni de renseignements assez précis pour choisir, à coup sûr, la voie la plus directe dans l'intervention chirurgicale. S'il était simple, dans la plupart des cas, d'extraire de la main une aiguille, de la jambe ou du bras une balle, sur les renseignements fournis par une épreuve radiographique, de grossières erreurs dans le choix de la voie chirurgicale pour l'extraction des corps étrangers métalliques pouvaient être commises, lorsqu'il s'agissait d'intervenir sur la tête.

C'est à ce sujet que nous désirons attirer l'attention sur la façon d'interpréter les radiographies du squelette osseux de la tête.

Lorsqu'on examine avec soin une radiographie du crâne sec par exemple, ainsi que nous la présentons dans les figures ci-jointes, on remarque que l'épreuve photographique confond en un même plan l'image des différents plans d'une même région anatomique.

C'est à peine si de faibles variations de nuances dans la coloration de l'épreuve positive permettent de rétablir dans leur réelle superposition les différents plans osseux de la région envisagée. Certes, les portions de la pièce anatomique les mieux indiquées par une teinte noire franche sont celles qui se trouvent en contact immédiat avec la plaque sensible ou qui en sont les plus voisines. Cependant l'entrecroisement ou la superposition des lignes, parfois leur étroite juxtaposition augmentent sans aucun doute les difficultés de l'interprétation. De telle sorte que l'anatomiste reste assez indécis, lorsqu'il s'agit de lire et de comprendre une radiographie obtenue dans ces conditions.

Si sur une radiographie du pied, vu de profil par exemple, nous remettons en place par l'imagination et avec facilité les silhouettes superposées de l'astragale et du calcaneum dont les images paraissent fusionner sur l'épreuve, si nous comprenons assez aisément la situation réciproque de deux fragments osseux, qui chevauchent l'un sur l'autre ou se pénètrent mutuellement dans la fracture d'un os long reproduite par la radiographie, il n'en est plus de même, nous le répétons, quand il s'agit de lire et d'interpréter la radiographie du crâne sec. Dans les cas précédents,

deux ou trois plans osseux seulement se trouvent superposés et encore s'agit-il de plans constitués par du tissu osseux compact qui donne une image bien accusée sur l'épreuve photographique. Mais dans la radiographie du crâne, c'est un tel nombre de plans osseux superposés et ces plans sont si minces, que leur silhouette en est sur certaines épreuves à peine déterminée et qu'elle tend à se confondre avec la silhouette des plans voisins,

On peut préjuger par ce que nous venons de dire, et aussi par l'examen des pièces anatomiques dont nous donnons ici la reproduction, du soin qu'il va falloir apporter à la lecture des radiographies du crâne et de la face, aussi bien du reste qu'à l'examen radioscopique de ces mêmes régions, si l'on veut éviter d'importantes erreurs d'interprétation.

Pour suppléer à cette absence presque absolue de la notion du plan en matière de radiographie de la tête, nous pouvons dire qu'en ce qui touche la détermination précise de la situation de projectiles logés dans l'intérieur du crâne, le remède est aujourd'hui apporté à ce défaut de la radiographie. M. Marey vient de communiquer à l'Académie de Médecine[1] le résultat d'expériences radiographiques faites à l'aide d'un appareil de M. Contremoulin, appareil qui permet de déterminer avec précision, à l'aide de

1. Académie de Médecine, *séance du* 23 *nov.* 1897.

Le principe de la méthode de Contremoulin est le suivant : a l'aide des deux épreuves radiographiques, obtenues sous des incidences différentes, d'une tête à l'intérieur de laquelle apparaît une balle, on détermine par une construction géométrique la position du centre de cette balle par rapport à trois points fixes, ou points de repère, pris sur la face du blessé. Puis on fixe dans l'espace au moyen de colonnettes mobiles, avec le sommet desquelles on les fait coïncider, les positions relatives des trois points de repère et du centre de la balle. On adapte ensuite les extrémités des quatre branches mobiles d'un compas au sommet des quatre colonnettes.

Enfin on reporte ce compas ainsi réglé sur le blessé. En appliquant sur les trois points de repère de la face les extrémités des trois branches correspondantes, l'extrémité de la quatrième branche, si la tête était perforée, viendrait coïncider exactement avec le centre de la balle. Il suffit donc, pour opérer l'extraction, de suivre la direction indiquée par cette quatrième branche et de pénétrer à la profondeur indiquée par la longueur de cette branche.

Après d'excellents résultats fournis par l'expérimentation sur le cadavre, deux malades porteurs de projectiles intra-craniens viennent d'être opérés par M. Le Dentu et par M. Remy, avec un plein succès et sans difficulté aucune, grâce aux indications préalablement obtenues à l'aide de cet appareil.

deux radiographies de la tête obtenues sous des incidences différentes, la situation mathématiquement exacte d'un projectile intra-cranien, à tel point que le chirurgien peut maintenant intervenir à coup sûr, en suivant fidèlement la direction indiquée par la pointe d'un compas.

Malheureusement nous avons vu qu'il n'est pas aussi facile de s'orienter d'une façon précise, tant sur une radiographie cranienne que l'on veut étudier au point de vue anatomique, que dans la simple exploration radioscopique du crâne et de la face, car il n'existe encore aucun procédé permettant de reconnaître les plans sur la radiographie cranienne elle-même.

De plus, nous avons exposé les inconvénients inhérents au défaut presque absolu de la notion des plans en radiographie cranienne, nous allons avoir à insister plus encore sur les difficultés suscitées dans la lecture des épreuves par la déformation même des images. Quand on considère un instant la reproduction d'une demi-tête d'enfant radiographiée en exposant la pièce aux rayons cathodiques sous ses deux faces (face externe et surface de section) et tout en prenant soin que le dispositif expérimental soit le même dans les deux cas, on remarquera sans peine la différence considérable d'aspect que présentent les deux épreuves. Pourtant, pour obtenir ces deux épreuves que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici[1], le tube est également distant de la plaque photographique sur laquelle repose la pièce anatomique. Dans les deux cas aussi, la pièce anatomique est posée sur la plaque sensible de façon à ce que l'incidence du faisceau des rayons cathodiques se produise suivant une direction aussi exactement perpendiculaire que possible à la surface même de la pièce, et cela surtout lorsque celle-ci prend contact avec la plaque par la joue et les régions voisines. Malgré ces précautions, qu'il faut absolument ne pas négliger dans les recherches de ce genre, l'une des épreuves est en pareil cas considérablement plus grande que l'autre. Et celle-là est précisément celle qui fut obtenue, lorsque la pièce anatomique prenait contact par la joue avec la plaque sensible. On comprend aisément que dans ce cas, les bords de la préparation ne touchant pas la plaque photographique, contrairement à ce qui existe pour l'épreuve dans laquelle la demi-tête d'enfant est en contact avec la plaque photographique par la surface même de section de la pièce, la divergence du faisceau des

1. Nous disposions de 11 radiographies craniennes dont nous n'avons pu reproduire, à notre grand regret, que quatre dans cet article des *Archives*.

rayons cathodiques incidents tend à fixer sur la plaque une silhouette d'autant plus agrandie que la périphérie de la pièce est plus éloignée de cette plaque photographique.

Malgré toute la logique de cette assertion, c'est là un point délicat de la méthode expérimentale qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'appréciation des résultats.

Donc, première déformation de l'image, lorsqu'il s'agit de la radiographie d'une tête, recevant les rayons par sa surface de section, comparativement à la même préparation exposée aux rayons par sa surface externe ; en second lieu, il se produit tout naturellement encore une autre déformation de l'image, lorsque l'incidence du faisceau de rayons cathodiques, au lieu d'être à peu près verticale, est oblique. Les différents plans de la pièce se trouvent alors en quelque sorte déplacés les uns par rapport aux autres. Et de plusieurs épreuves radiographiques obtenues en pareil cas sous une incidence oblique différente, aucune ne ressemble aux autres. Elles ne peuvent se compléter réellement que lorsqu'elles sont soigneusement obtenues en vues stéréoscopiques.

Une des figures que nous n'avons pu reproduire représentait une tête d'adulte recouverte de ses parties molles et radiographiée sans avoir été préalablement placée sur la plaque photographique dans une position telle qu'elle y reçût les rayons suivant une incidence à peu près verticale. Cette figure démontrait très nettement des déformations importantes et trompeuses; ainsi l'arcade orbitaire se trouvait déplacée et se profilait très haut sur le milieu de la région frontale, la cavité du sinus frontal paraissait se confondre avec les fosses nasales, etc. etc.

Il était nécessaire d'insister autant que nous venons de le faire, malgré toute l'aridité de notre discussion, sur ces deux particularités spécialement importantes de la radiographie cranienne :

1° D'une part, absence presque absolue de la notion du plan.

2° Déformation presque inévitable de l'image radiographique ou de l'aspect radioscopique de la région explorée.

Ainsi du moins l'observateur, mis en garde contre ces inconvénients de la méthode expérimentale, sera meilleur juge dans l'appréciation des résultats qu'il aura obtenus.

Après cet exposé des études faites sur la recherche et la détermination du siège exact des projectiles intra-craniens, études qui nous ont permis de montrer du doigt les difficultés de la méthode en ce qui touche l'interprétation des radiographies craniennes envisagées au point de vue anatomique, voyons donc quels ont été jusqu'ici les autres travaux de radiographie cranienne.

En novembre 1896, Jacques et Guilloz (de Nancy) présentaient à

la Société de Médecine de Nancy, la radiographie d'un crâne frais, avec le cerveau en place. « Cette épreuve permettait de distinguer avec les aréoles du diploé les sillons vasculaires qui parcourent sa face interne : gouttières de l'artère meningée moyenne et du sinus latéral. »

Sur un autre crâne appartenant à un homme de 50 ans la carotide interne et la sylvienne injectées montraient clairement tous les détours de leur trajet intra-osseux et intra-cérébral. On voyait aussi les sutures des différents os s'accuser sous forme de lignes noires sinueuses des plus apparentes, notamment les sutures fronto-pariétale et pariéto-occipitale, fournissant ainsi des points de repère pour la localisation des organes plus profondément situés.

« Dans les deux photogrammes que nous présentons, disent les auteurs, les espaces sous-archnoïdiens de l'encéphale ont été injectés avec la masse de Reichmann. L'un d'eux permet d'établir avec certitude la topographie du ventricule latéral, l'autre fait apparaître le cervelet avec ses sillons parallèles convenablement opacifiés. »

Vers la fin de 1896, Alex. Scheier (de Berlin), dans une communication faite à Berlin à la Réunion des médecins et des naturalistes allemands, présentait les résultats de ses premières tentatives à propos de la photographie des cavités des fosses nasales et aussi du larynx, au moyen des rayons de Rœntgen[1].

Cet observateur mettait à profit pour l'exploration des fosses nasales et des cavités voisines à l'aide des rayons cathodiques, les deux méthodes existantes, la méthode radioscopique ou fluoroscopie et le procédé radiographique.

A. Scheier a examiné à l'écran les fosses nasales sur le vivant. Ainsi que beaucoup d'observateurs, il a constaté que la partie antérieure cartilagineuse du nez est presque entièrement transparente.

« L'écran fluoroscopique permet d'en percevoir seulement une image très claire, mais suffisamment nette, pour qu'on puisse reconnaître les contours du nez. Pour bien vérifier cette transparence de la partie antérieure de l'organe, il suffit, dit-il, d'introduire une sonde métallique dans les fosses nasales : chez beaucoup de sujets, il sera facile d'apercevoir l'extrémité de la sonde enfouie à une profondeur de cinq à six centimètres.

1. A. Scheier (de Berlin). A propos de la photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons de Rœntgen *In Arch. internat. de lar.*, nov., décemb. 1896, p. 598.

même lorsque celle-ci a pénétré dans l'arrière cavité des fosses nasales. » De même que la sonde, Scheier a facilement reconnu dans les fosses nasales, la présence de corps étrangers tels que perles, fragments métalliques, pièces de monnaie, boutons, parcelles osseuses; les noyaux de fruit sont peu ou pas visibles. Du reste, l'examen au spéculum nasi nous permet déjà de nous renseigner très suffisamment sur la présence et la situation dans les fosses nasales d'un corps étranger à extraire. Un fait plus intéressant est la mention dans le travail de cet auteur de l'exploration radioscopique des sinus osseux de la face. Bien que l'auteur, à notre avis, ne donne pas d'indication sur le maniement un peu spécial de la méthode pour l'exploration de la tête, nous remarquons qu'il signale que la cavité du sinus maxillaire apparaîtra, dit-il, comme une ombre claire, le sinus frontal se révèlera transparent; quant au sinus sphénoïdal, il ne sera pas possible de le découvrir . « Mais le résultat sera beaucoup plus beau, plus frappant si l'on emploie la méthode photographique, il sera alors possible de découvrir *tous les détails* de la cavité des fosses nasales, ainsi que ceux des cavités qui communiquent avec elles Dans ce but, il faudra coucher le patient sur une table en inclinant de côté la partie du visage qu'on se propose d'examiner. Cela fait, on glissera sous cette moitié du visage la plaque photographique soigneusement enveloppée dans une feuille de carton de couleur sombre et plusieurs fois repliée autour de la plaque. » Et l'auteur présente une radiographie obtenue sur le vivant et sur laquelle il fait remarquer la présence d'un corps étranger métallique dans les fosses nasales, le triangle rectangle transparent reproduisant la cavité du sinus frontal, la racine d'une dent faisant une saillie très nette dans la cavité du sinus, la présence de l'incisure semi-lunaire du maxillaire inférieur. Sur une autre figure, l'auteur montre une canule perdue dans la cavité d'un sinus maxillaire ouvert par l'alvéole.

Mais en vérité, est-ce là la reproduction de tous les détails de la cavité des fosses nasales, ainsi que de celle des cavités qui communiquent entre elles? L'auteur prétend avec justesse qu'un apprentissage est nécessaire pour s'habituer à lire ces radiographies de la tête. A notre avis, il n'insiste pas assez sur le défaut de clarté de ces radiographies de la tête obtenues sur le vivant. Il n'ignore pas la déformation des images, puisqu'il nous parle d'un sinus frontal invisible sur une épreuve obtenue en photographiant le patient de profil, puisqu'il indique l'attitude spéciale à donner à un patient dont il veut radiographier la région de l'amygdale droite, dans laquelle s'est implanté un corps métal-

lique. « Pour obtenir des épreuves aussi exactes que possible, dit-il à ce sujet, il est indispensable que le foyer lumineux, le sujet et l'écran soient placés, par rapport à l'objectif, dans une position bien déterminée ; dans le cas contraire, on risque de fausser la perspective des objets. »

C'est que tous ces détails ont une grosse importance lorsqu'il s'agit de vulgariser une méthode d'exploration clinique aussi nouvelle que celle-ci. Et nombre de médecins croiraient, à l'heure actuelle, qu'il est aussi simple de comprendre une radiographie de la tête sur le vivant, que de lire une radiographie de la main ou du pied, si certaines difficultés d'appréciation des épreuves n'étaient nettement précisées à leurs yeux. Nous signalerons aussi aux lecteurs les très intéressantes recherches radioscopiques de Scheier sur les mouvements du voile du palais dans la phonation [1].

A peu près à la même époque, Sir John Macintyre [2], de Glascow, dans le but de perfectionner les moyens d'explorer les régions nasales et pharyngiennes, faisait construire des miroirs faisant l'office d'écrans fluorescents. Ces miroirs, accompagnés de leurs petits écrans, présentent une forme et un volume tels, qu'ils peuvent être sans inconvénient introduits dans la bouche. Le petit écran fluorescent consiste simplement en un abaisse-langue en verre ou en caoutchouc durci, recouvert sur une de ses faces d'une légère couche de platino-cyanure de baryum ou de potassium. On ne perdra pas de vue que les sels employés étant extrêmement toxiques, ils devront être recouverts d'une mince couche d'aluminium.

Quand les rayons tombent sur cet écran, il s'illumine et fournit sur sa face non recouverte par le sel une image des tissus compris entre lui et le tube.

A l'aide d'un simple miroir laryngien et d'un éclairage ordinaire, on peut alors refléter, s'il n'est pas possible de la voir directement, l'image radioscopique reproduite sur l'écran. « Si l'on voulait par exemple explorer le nez, ou le squelette de la tête dans la région de l'antre d'Highmore, il faudrait disposer le tube en haut et un peu en avant de la tête. On introduirait

1. Scheier. Douzième Congrès international de médecine. Moscou, 19/26 août 1897. Section de rhino-laryngologie. Anal. in *Annales des maladies de l'oreille*, nov., 1897, p. 54.

2. Macintyre, *in British medical journal*, dec., 1896 Anal. in *Archives internationales de laryngologie*, juillet-août 1896, p. 391, janvier, février 1897, p. 10.

ensuite l'écran fluorescent dans la bouche, en dirigeant en haut sa face recouverte par le platino-cyanure de baryum. On obtiendrait alors une image de la région en question et même sans l'aide d'un miroir laryngé, pourvu que la tête soit bien rejetée en arrière. Si cette dernière condition ne pouvait être réalisée, un miroir laryngé ordinaire serait introduit dans la bouche, sa surface réfléchissante tournée en haut. »

Macintyre prétend ainsi avoir facilement examiné non-seulement les fosses nasales et les cavités pneumatiques annexes, mais aussi les conduits pharyngien et laryngien.

Nous avons remarqué à la lecture de son travail, qu'il n'est point donné de figures même schématiques des aspects radioscopiques du nez, des sinus de la face et aussi du larynx, que l'auteur prétend obtenir par les ingénieuses méthodes d'endo-radioscopie dont il est l'inventeur. De plus il ne parle pas des déformations de l'image, qui doivent être, en pareil cas, d'autant plus prononcées quant à la disproportion et à l'asymétrie, qu'il ne semble pas facilement possible dans ces conditions de déplacer l'écran au gré de l'observateur, en l'éloignant ou en le rapprochant de la région envisagée, ainsi que cela se pratique dans l'examen ordinaire avec les grands écrans.

Recherches personnelles. — On serait tenté, au premier abord, de s'étonner des merveilleux résultats fournis par la radioscopie dans l'exploration méthodique des diverses régions de la tête. Et à la lecture de quelques travaux, on croirait presque volontiers que d'ici peu de temps, les actuelles méthodes d'examen endo-buccale, endo-nasale, endo-laryngée seraient supplantées par les applications des méthodes radiographiques à ce genre d'exploration.

Mais il est bon de faire remarquer que cette collaboration avec les rayons X, dont on attendait et dont on attend encore de si précieux résultats en médecine et en chirurgie, aboutit souvent à l'heure actuelle à une presque absolue déception en ce qui a trait sur le vivant à la tête tout particulièrement. Il est donc juste de rétablir son rôle précis.

Il nous semble qu'à l'heure actuelle et au point où en sont les études sur la production des rayons X, à l'aide des appareils que l'on possède aujourd'hui, la radiographie et la radioscopie de la tête peuvent seulement permettre de faire certaines recherches anatomiques d'une part et d'autre part se prêter à une exploration clinique encore assez restreinte.

1° *Recherches anatomiques.* — En ce qui touche les recherches anatomiques faites sur la tête au moyen de ces procédés, l'observateur devra tenir compte des différentes conditions dans lesquelles, il doit se placer pour tirer tout profit de la méthode expérimentale.

Les recherches anatomiques doivent être faites plus particulièrement au moyen de la radiographie, qui a l'immense avantage d'être devancée par la photographie si répandue, si parfaite au point de vue de la méthode et de la facilité des résultats.

Les conditions à remplir pour l'observateur sont les suivantes :

α. — *Préparation de la pièce anatomique.* — De même qu'en micro-photographie, la préparation histologique qui doit être photographiée est avec intention coupée et coloriée suivant des conditions spéciales, de même aussi en radio-photographie crânienne, la pièce anatomique devra subir une préparation particulière.

La préparation histologique qui doit être photographiée est coupée mince autant qu'il est possible, et les réactifs colorants, dont elle doit être imprégnée, sont choisis parmi ceux qui présentent des couleurs bien photogéniques. En radiographie crânienne, les préparations anatomiques seront présentées par coupes bien symétriques, en restreignant autant qu'il est possible sur chacune d'elle la multiplicité des plans osseux. On fera disparaître, si cela semble utile, les parties molles qui, bien que sans intercepter beaucoup les rayons cathodiques, peuvent cependant altérer en certains points la netteté des parties osseuses.

Le squelette crânien adulte donne les meilleurs résultats. Le squelette crânien de l'enfant fournit des épreuves beaucoup moins bonnes, la constitution chimique et organique de l'os n'étant pas parfaite.

Nous avons recherché si certaines manipulations chimiques, que nous faisions subir aux pièces sèches dans le but de modifier l'opacité du tissu osseux, pouvaient donner des résultats appréciables. L'action plus ou moins prolongée de solutions alcalines ou acides, chaudes ou froides, à différents degrés de concentration sur nos pièces sèches, ne nous a point permis d'obtenir de meilleurs résultats radiographiques.

β. *Disposition de la pièce par rapport au tube ; situation que doit occuper sa surface par rapport à l'incidence du faisceau des rayons cathodiques.* — Pour éviter toute déformation de l'image, on prendra grand soin de placer la surface de la pièce

anatomique tournée vers le tube dans une situation telle, que l'incidence du faisceau des rayons cathodiques se produise suivant une direction perpendiculaire à cette surface. Ainsi, si l'on prend soin en outre d'éloigner suffisamment le tube, on réalisera le minimum de déformation de l'image. Nous avons donné précédemment la raison de ce fait.

γ. *Position du tube par rapport à la pièce.*— Le faisceau cathodique est un faisceau lumineux divergent. On sait qu'il n'existe encore aucun moyen d'en converger les rayons, ou de les rendre parallèles, comme les rayons lumineux ordinaires. Cette divergence de ces rayons tend à déformer l'image de l'objet à radiographier. Si cet objet est placé trop près du tube générateur de ces rayons, sa silhouette s'agrandira par le fait de la divergence du faisceau. De telle sorte que, la meilleure position à donner à la pièce par rapport au tube, paraît être la suivante : il faut se placer dans des conditions telles, que les rayons lumineux viennent presque parallèlement comme de l'infini et pour cela, on tiendra le tube distant d'environ 50 centim. de la pièce à radiographier.

δ. *Voltage du courant en radiographie cranienne.* —De toutes façons, on peut dire qu'il n'est pas indispensable d'avoir un voltage important pour obtenir une bonne reproduction radiographique d'une pièce anatomique cranienne. Le fort voltage et la longue étincelle de 38 à 40 centimètres semblent plutôt réservés aux simples examens radioscopiques. Donc : assez faible voltage, étincelle de 30 à 35 centimètres.

ε. *Durée de la pose.* — Contrairement à ce que peuvent penser nos confrères, la durée de la pose n'est pas absolument en proportion de l'épaisseur de la pièce, de l'éloignement du tube par rapport à la pièce, mais bien exactement en rapport avec la bonne marche du tube générateur des rayons.

Les tubes de Crookes fournissent les rayons cathodiques photographiques, lorsque la fluorescence du tube présente cette teinte nettement verdâtre, que les opérateurs connaissent bien et lorsque la main placée derrière l'écran fluorescent ne reflète pas avec netteté la silhouette du squelette. A cet état le tube est dit, à l'état photographique. S'il reste à cet état d'une façon continue, la pose sera d'autant plus courte. Mais on sait combien cet état du tube subit de variations pendant une même pose. Et c'est ainsi que certaines poses doivent dans l'esprit de l'opérateur se prolonger quelque temps.

C'est ainsi qu'en quelques minutes on peut obtenir, en se plaçant dans les mêmes conditions expérimentales, une aussi bonne épreuve photographique que celle que l'on obtiendrait en 15 ou 20 minutes.

2° *Exploration clinique.* — Malgré les ingénieuses méthodes d'exploration radioscopique endo-buccale des voies respiratoires et digestives supérieures que nous exposions précédemment dans le cours de ce travail, nous croyons encore que l'examen radioscopique de la tête à l'aide des grands écrans fluorescents est encore le meilleur procédé. Pratiquement, la méthode est à la portée de chacun et en outre, dans ces conditions, il est facile de déplacer au gré de l'observateur, pour la plus grande netteté de l'examen, soit le tube, soit la tête du patient, soit l'écran fluorescent.

Nous avons dit et nous répétons qu'il paraît possible dans quelques cas de vérifier par le simple examen à l'écran la transparence et l'état de vacuité des sinus frontaux et maxillaires. En ce qui concerne les cellules mastoïdiennes, les résultats sont beaucoup plus discutables. Les sinus frontaux et les sinus maxillaires peuvent être vus des deux côtés de la face, en plaçant la tête de trois quarts. Il faut dire ici, que l'aspect sous lequel se présentent ces cavités osseuses à l'examen radiographique est à peu près celui sous lequel on le reconnaît sur une pièce anatomique, mais avec beaucoup moins de netteté. Pour les sinus maxillaires, l'examen à l'écran ne fournit guère qu'une lueur plus claire en ce point de la face, mais non aussi bien circonscrite que pour les sinus frontaux.

Cet examen radioscopique de la face est absolument différent dans ses résultats, de l'éclairage électrique ordinaire, pratiqué en faisant usage du photophore intra-buccal introduit dans la bouche pour l'éclairage des sinus maxillaires, appliqué sur la paroi supéro-interne de l'orbite pour l'éclairage des sinus frontaux. Les deux méthodes d'examen se complètent et doivent à notre avis rester solidaires. Par l'examen radioscopique de la face, on verra facilement au niveau des cavités osseuses un ostéome, peut-être un kyste formé d'un tissu dense, mais il n'est pas certain que cette méthode permette de se rendre compte de l'existence d'un empyème d'une de ces cavités, ou d'une collection purulente ou muco-purulente, que révèlera plus facilement peut-être l'éclairage électrique ordinaire.

Pour utiliser les tubes focus cylindriques dans l'examen radioscopique de la tête, nous conseillons pour simplifier les manipu-

lations de fixer le tube sur un pied court et léger simplement en bois. Pour assurer l'isolement de l'observateur, la main sera gantée de caoutchouc, si cela paraît nécessaire. Ainsi le tube pourra être approché ou éloigné de la tête du malade et placé à la distance convenable sans que celui-ci coure aucun danger.

Nous renvoyons aux quelques figures [1] qu'il nous a été possible de reproduire et nous prions le lecteur de prendre connaissance de l'interprétation détaillée que nous en avons donnée.

1. Nous avons fait nos recherches au laboratoire de radiographie à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, avec l'aide de M. Contremoulin, préparateur.

PLANCHES

I et II

PLANCHE I. — *Radiographie du squelette de la face (pièce sèche, tête adulte).*

Transparence des sinus frontaux et des sinus maxillaires. Cellules ethmoïdales (*Voir en même temps le schéma représenté planche II*).

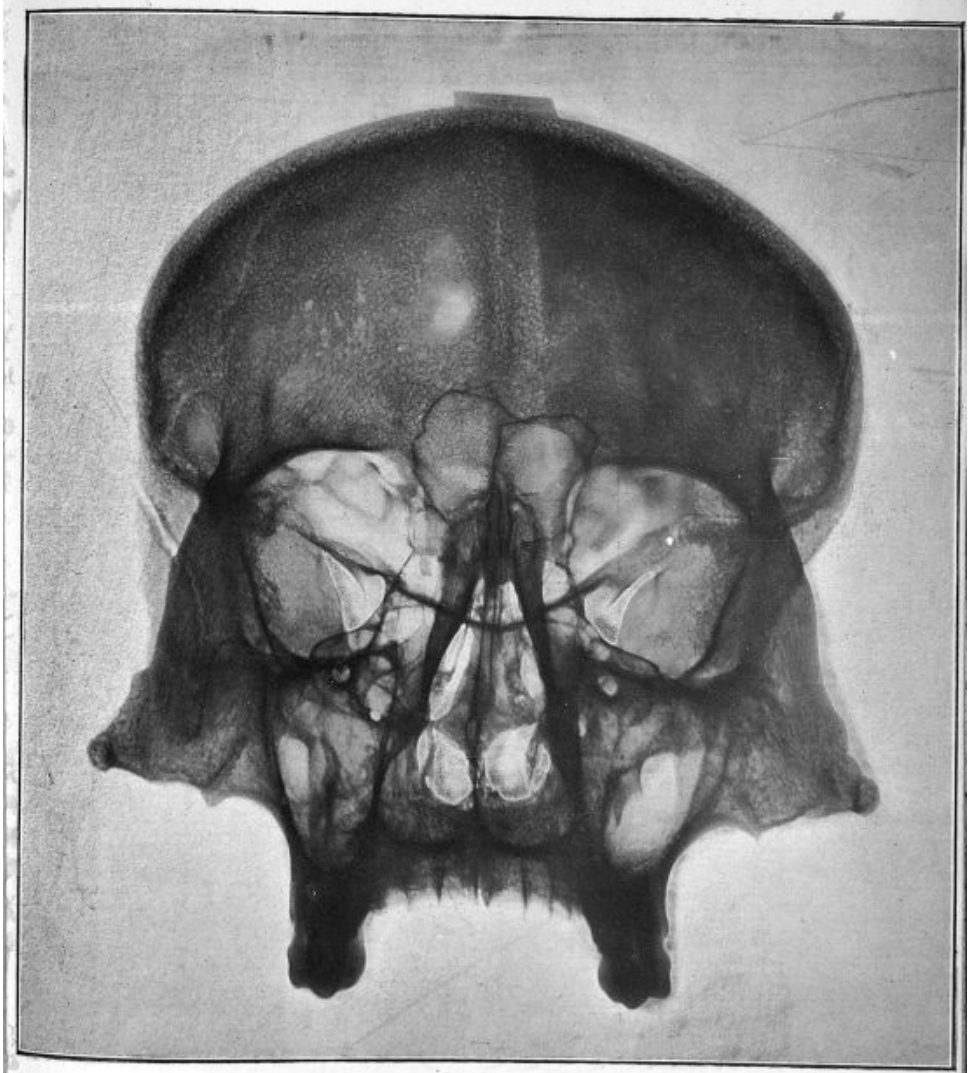
Le crâne est sectionné verticalement dans le sens transversal, en passant en arrière des apophyses ptérygoïdes, de telle sorte que le squelette de la face est seul envisagé sur cette pièce.

C'est la surface externe même de la face, qui est ici mise en contact immédiat avec la plaque sensible.

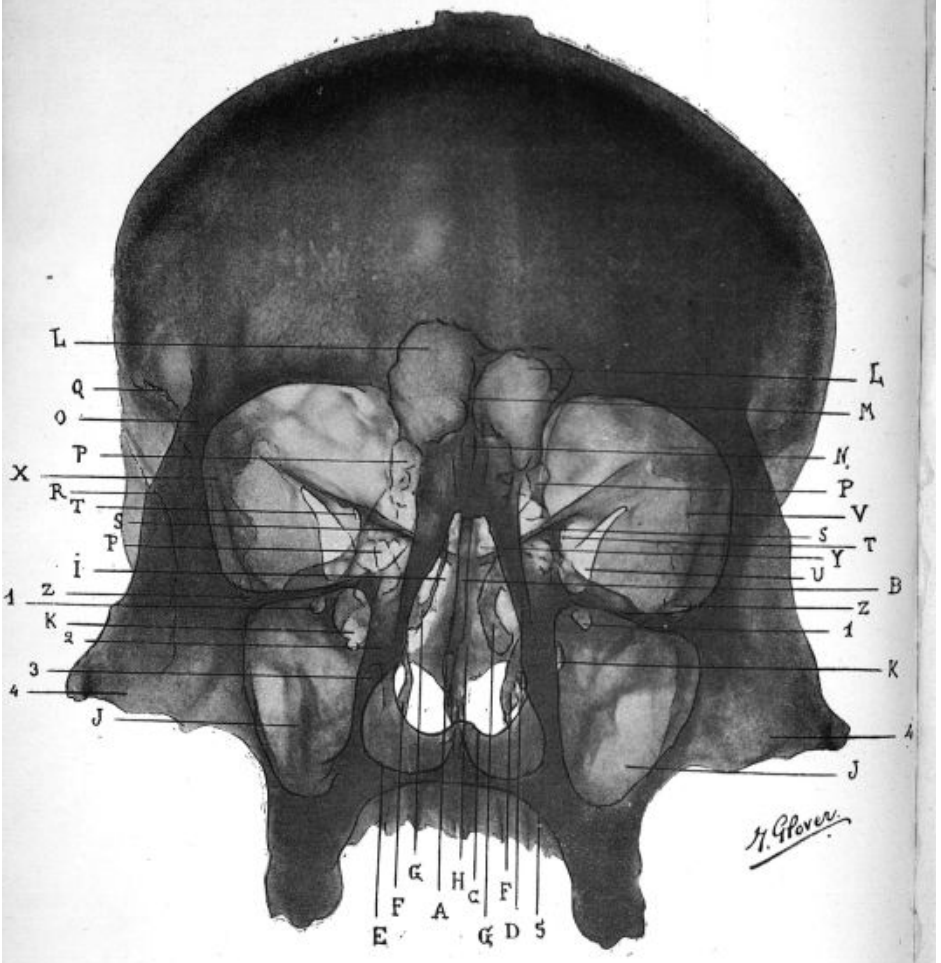
Pour obtenir la radiographie de cette pièce, celle-ci a été maintenue dans une position à peu près exactement perpendiculaire à l'incidence du faisceau de rayons cathodiques.

Distance du tube par rapport à la plaque sensible : 45 centimètres.

Tube focus cylindrique.



Radiographie du squelette de la face.
(*Pièce sèche, tête adulte.*)
Transparence des sinus frontaux et des sinus maxillaires.
Cellules ethmoïdales.



Interprétation
de la radiographie du squelette de la face
représentée par la planche I.
Transparence des sinus frontaux et des sinus maxillaires.
Cellules ethmoïdales.

PLANCHE II. — *Interprétation de la radiographie du squelette de la face, représentée par la planche I.*

Transparence des sinus frontaux et des sinus maxillaires. Cellules ethmoïdales.

A. — Vomer.

B. — Lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

C. — Bord de l'échancrure faisant partie de la bordure antérieure des fosses nasales.

D. — Silhouette du bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

E. — Plancher de la fosse nasale droite.

F. F. — Cornets inférieurs.

G. G. — Cornets supérieurs.

H. — Corps du sphénoïde, dont la portion gauche est formée sur cette pièce de tissu osseux assez compact.

I. — Corps du sphénoïde au travers duquel se dessine en clair la cavité du sinus sphénoïdal déjeté à droite sur cette pièce.

J. J. — Cavités des sinus maxillaires.

K. K. — Orifices de communication des sinus maxillaires avec le méat moyen des fosses nasales. L'orifice du côté droit est plus visible que celui du côté gauche, lequel est en partie dissimulé derrière l'apophyse du maxillaire supérieur et le canal nasal.

L. L. — Cavité droite et gauche du sinus frontal.

M. — Cloison du sinus frontal.

N. — Projection de l'apophyse crista-galli du frontal qui se profile en retrait de la suture des deux os propres du nez entre eux.

O. — Apophyse orbitaire externe du frontal au voisinage de sa suture avec l'angle supérieur de l'os malaire.

P.P.P. — Cellules ethmoïdales (Masses latérales de l'ethmoïde).

Q. — Suture sphéno-frontale.

R. — Suture de la portion écailleuse du temporal avec la grande aile du sphénoïde. On voit se dessiner cette suture à la partie inférieure au travers même de l'épaisseur de l'os malaire.

S. S. — Silhouettes des apophyses d'Ingrassias.

T. T. — Trous optiques.

U. — Fente sphénoïdale.

V. — Suture de la surface quadrilatère du sphénoïde, formant la plus grande partie de la paroi externe de l'orbite, avec l'os malaire.

X. — Cette ligne obscure montre combien est compact en ce point le tissu de l'os malaire, qui soutient les parties latérales du front à la manière d'un arc-boutant entre la maxillaire supérieure et l'apophyse zygomatique, qu'il relie l'un à l'autre.

Y. — Face inférieure de la lame criblée de l'ethmoïde.

Z. Z. — Vestiges de l'extrémité antérieure de la fente sphéno-maxillaire à droite et à gauche. Cette fente est ici dissimulée derrière l'opacité fournie par le bord inférieur de l'orbite qui la rend moins visible.

1. 1. — Trous maxillaires supérieurs à droite et à gauche ; ils se dessinent en arrière de la cavité des sinus maxillaires. On les confondrait volontiers sur cette épreuve radiographique avec un orifice de ces sinus.

2. — Canal nasal.

3. — Orifice inférieur de ce canal dans le méat nasal inférieur.

4. 4. — Os malaire.

5. — Cintre de la voûte palatine.

PLANCHES

III et IV

PLANCHE III. – *Radiographie du crâne sec (tête adulte).*

Transparence de l'apophyse mastoïde. — Les cellules mastoïdiennes et le rocher. (*Voir en même temps le schéma représenté planche IV.*)

Le crâne est sectionné verticalement dans le sens antéro-postérieur, en passant un peu en dehors de la ligne médiane de la base cranienne, de telle sorte que la pièce n'est représentée que par une moitié latérale du crâne.

L'apophyse mastoïde et l'apophyse zygomatique sont ici les points de conctact immédiat entre la pièce et la plaque sensible.

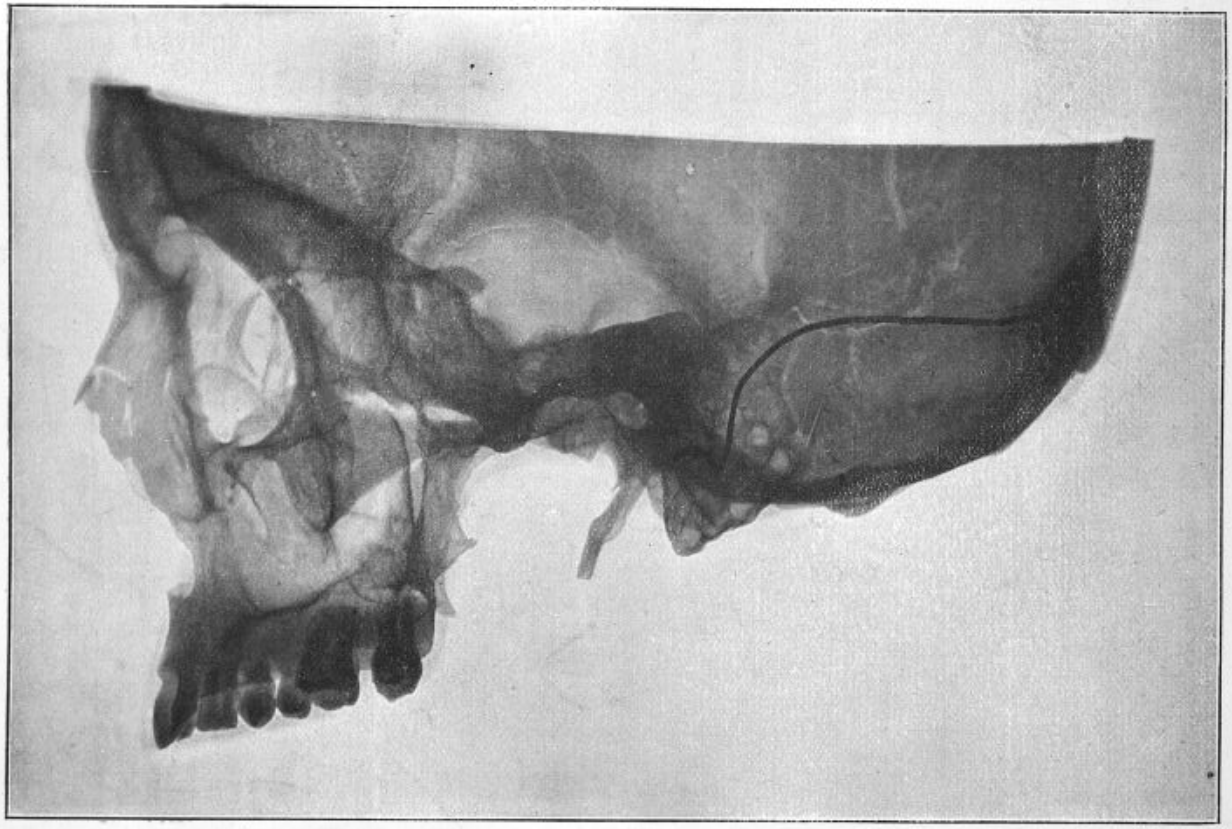
Pour obtenir la radiographie de cette pièce, la surface de section de celle-ci a été maintenue aussi exactement que possible perpendiculairement à l'incidence du faisceau de rayons cathodiques.

On peut aisément se rendre compte sur cette figure des rapports immédiats du sinus latéral avec la paroi cranienne jusqu'au niveau du golfe de la veine jugulaire (fosse jugulaire). La gouttière osseuse du sinus veineux latéral est indiqué par un fil de plomb fixé à la paraffine le long de son trajet.

Une radiographie de cette pièce obtenue en mettant en contact avec la plaque sensible la face inférieure de la base du crâne, complèterait le résultat fourni par cette épreuve. Elle indiquerait les connexions de la portion réfléchie du sinus avec la paroi osseuse et surtout elle montrerait les différentes profondeurs du sinus veineux par rapport à la surface même de la paroi cranienne extérieure. Il serait facile de l'exécuter.

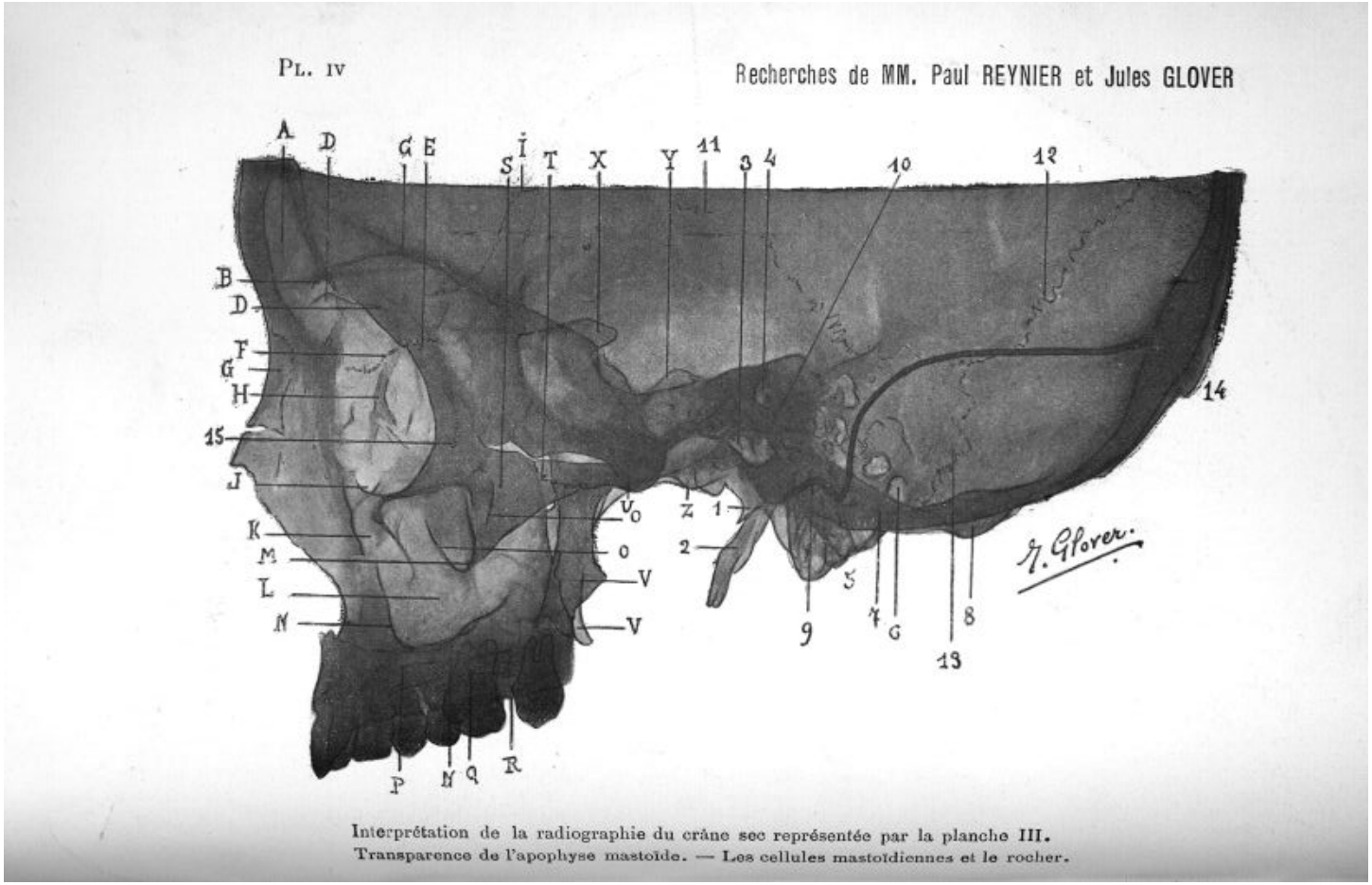
Distance du tube par rapport à la plaque sensible: 45 centimètres.

Tube focus cylindrique.



Radiographie du crâne sec. (*Tête adulte.*)

Transparence de l'apophyse mastoïde. — Les cellules mastoïdiennes et le rocher



Interprétation de la radiographie du crâne sec représentée par la planche III.
Transparence de l'apophyse mastoïde. — Les cellules mastoïdiennes et le rocher.

PLANCHE IV. — *Interprétation de la radiographie du crâne sec représenté par la planche III.*

Transparence de l'apophyse mastoïde. — Les cellules mastoidiennes et le rocher.

A. — Cavité du sinus frontal.

B. — Orifice de communication du sinus frontal avec l'infundibulum.

C. — Silhouette de l'extrême voûte de l'orbite, séparée en partie du plafond de l'orbite par une cellule osseuse assez étendue sur cette pièce.

D. D. — Projection du cloisonnement de diverticules sus-orbitaires des cellules ethmoïdales supérieures.

Ces diverticules cellulaires assez vastes occupent sur cette pièce un espace de 2 à 3 millimètres de hauteur, laissé libre entre l'extrême voûte de l'orbite d'une part et le plafond de l'orbite d'autre part. De telle sorte, qu'une très fine lamelle osseuse sépare cette cavité d'un côté, en haut, de l'étage supérieur de la base du crâne; d'un autre côté, en bas, de la cavité orbitaire.

Ces cellules occupent l'épaisseur de la paroi supérieure de l'orbite dans une étendue correspondant dans le sens transversal au tiers interne de cette paroi, et dans le sens antéro-postérieur à la moitié antéro-interne de cette même paroi.

Enfin, elles communiquent largement en avant avec les cellules ethmoïdales supérieures.

E. — Suture de l'apophyse orbitaire externe du frontal avec l'os malaire.

F. — Suture de l'unguis et de l'ethmoïde avec le frontal au niveau des points d'union de la paroi supérieure et de la paroi interne de l'orbite.

G. — Os propre du nez.

H. — Projection des multiples cloisonnements des cellules ethmoïdales, vus par transparence au travers de la paroi interne de l'orbite.

I. — Suture fronto-pariétale.

J. — Orifice supérieur ou orbitaire du canal nasal.

K. — Canal nasal.

L. — Cavité du sinus maxillaire.

M. — Crête semi-lunaire occupant l'intérieur de la cavité du sinus maxillaire et tendant à cloisonner cette cavité. Cette crête siège sur la partie supérieure de la paroi externe de la cavité.

N. N. — Même crête semi-lunaire de la cavité du sinus maxillaire et saillante au niveau de la paroi inférieure de cette cavité.

O. O. — Ces deux lignes circonscrivent la surface dentelée d'articulation, par laquelle l'apophyse transverse du maxillaire supérieur s'unit avec l'angle antérieur de l'os malaire.

P. — Plancher des fosses nasales.

Q. — Voûte palatine.

R. — Bord alvéolaire du maxillaire supérieur.

S. — Os malaire.

T. — Articulation de l'os malaire avec l'apophyse zygomatique.

U. — Apophyse zygomatique.

V. V. — Ailes interne et externe de l'apophyse ptérygoïde. En haut et en avant de la silhouette de ces ailes, on aperçoit une partie du trou sphéno-palatin.

X. — Silhouette de l'apophyse d'Ingrassias, dont la pointe accuse nettement l'apophyse clinoïde antérieure, toutes deux vues en projection au travers de l'écaille du temporal.

La ligne, qui continue horizontalement en avant la projection de cette apophyse, indique la limite de l'étage supérieur avec l'étage moyen de la base du crâne (bord postérieur de la petite aile du sphénoïde).

Y. — Apophyse clinoïde postérieure, vue en projection au travers de l'écaille du temporal.

Entre X et Y se trouve la silhouette de la selle turcique.

Z. — Epine du sphénoïde.

1. — Apophyse vaginale du temporal.

2. — Apophyse styloïde du temporal.

3. — Orifice du conduit auditif externe.

4. — Orifice du conduit auditif interne, vu au travers de la portion pierreuse du rocher.

5. — Apophyse mastoïde. *Cellules mastoïdiennes.*

6. — Trou mastoïdien.

7. — Projection du condyle de l'occipital au travers de la mastoïde.

8. — Bord postérieur du trou occipital.

9. — Point correspondant au niveau de la fosse jugulaire, à laquelle aboutit la gouttière osseuse du sinus veineux latéral de la dure-mère. Le trajet de cette gouttière du sinus latéral est indiqué à l'aide d'un fil de plomb, dont la silhouette est reproduite au travers de la paroi cranienne.

10. — Portion pierreuse du rocher.

11. — Suture de l'écaille temporale avec le bord inférieur de l'os pariétal.

12. — Suture du bord postérieur du pariétal avec l'occipital.

13. — Suture de la portion mastoïdienne du temporal avec l'occipital.

14. — Protubérance occipitale externe.

15. — Orifice de sortie du nerf malaire.

VARIÉTÉS

LISTE DES THÈSES CONCERNANT LA SPÉCIALITÉ

Soutenues à la Faculté de Médecine de Paris pendant l'année scolaire 1896-1897.

Battier (Marius). Les angines diphtéroïdes de la syphilis. — **Baudrand** (Georges). Contribution à l'étude des ulcérations laryngées consécutives au tubage. — **Bertrand** (Charles). Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge adulte. Essai de division clinique. — **Bibard** (Camille). Contribution à l'étude des troubles de l'odorat. — **Briais**. Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez l'enfant. — **Brousse**. Œdème brightique du larynx. — **Collinet**. Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher. — **Colonna Waleski**. Des abcès de la cloison des fosses nasales. — **Dagail**. Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud. — **Dayot**. Des pansements de l'otorrhée ou pansements simples. — **Deglaire**. Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, chez l'enfant en particulier. — **Devillas**. Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe. — **Dreyfus** (Isidor). L'hérédo-syphilis de l'oreille. Etat actuel de nos connaissances. — **Ernoul**. Du mutisme hystérique. — **Ferro**. Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale. — **Frémont**. Morcellement des amygdales. — **Guillaume**. Contribution à l'étude de l'intubation laryngée dans le croup. — **Guillemaut**. Etude sur le diagnostic clinique de l'angine diphtérique. **Harlez**. De la laryngite suffocante varicelleuse. — **Hébert**. Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacille de Friedländer. — **Hernette**. L'eucaïne, contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique local en chirurgie. — **Heymann**. Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfance. Contre-indications du tubage. — **Kœnig** (Charles-Joseph). Contribution à l'étude expérimentale des canaux semi-circulaires. — **Lacour**. La pharyngotomie sous-hyoïdienne technique opératoire. Indications cliniques. — **Laurens**. Relation entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil. — **Lautmann**. L'ozène atrophique. Clinique. Pathogénie. Sérothérapie. — **Lepelletier**. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les irrigations rétro-nasales. — **Malot**. Des injections sous-cutanées de gaïacol

chloroformé comme analgésique local. — **Morin**. Du traitement des sinusites frontales par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode d'Ogston-Luc). — **O'Followell**. L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacol. — **Palas**. La toux pharyngée chez les enfants. — **Pelletier**. Du tubage du larynx non diphtérique de l'enfant dans certaines formes de laryngite aiguë. — **Pitance**. Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais. — **Pressoir**. Ouverture des abcès dans la trachée. — **Prévost**. Mycosis du pharynx. — **Robert** (Léonce). Des rayons de Rœntgen en médecine et en chirurgie. — **Schultz** (Mlle Marie). Contribution à l'étude du traitement opératoire du croup. Ecouvillonnage et dilatation de la glotte (Cathétérisme temporaire unique et multiple du larynx). — **Séguin**. De l'œdème aigu primitif du larynx. — **Sicard**. Des tumeurs cartilagineuses (enchondromes) des fosses nasales. — **Tarrade**. De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale. De l'efficacité des phosphates de chaux dans son traitement. — **Thomas**. Contribution à l'étude des fractures de la voûte palatine. — **Vagniot**. Le croup fruste. — **Vassal**. Etude sur les rhinites spasmodiques. — **Wéglenski** (Waldemar de). Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée. — **Willemin** (Gaston). Du traitement post-opératoire des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Accidents consécutifs.

Si l'on veut un peu de statistique, voici comment se décomposent ces divers travaux dont le total atteint au chiffre de 45 :

Bouche, pharynx	16
Larynx, trachée	11
Nez, sinus	8
Oreilles	5
Divers (médicaments, rayons de Rœntgen, etc.)	5
Total	45

Le nombre correspondant des thèses pour l'année scolaire 1895-1896 était de 34, soit une augmentation de 9 pour l'année scolaire 1896-1897. Espérons que cette augmentation tient plutôt à l'intérêt toujours plus grand que présentent les questions de spécialité qu'à l'accroissement du nombre des spécialistes déjà si nombreux en France.

G.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas des images tympaniques à l'état normal et à l'état pathologique, par le Professeur ADAM POLITZER. — (Wilhelm Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1896).

L'atlas des images tympaniques a été conçu et exécuté avec une précision et un soin auxquels on ne peut que rendre hommage après avoir parcouru ce nouvel ouvrage du professeur Adam Politzer. A vrai dire ce livre, malgré son titre, est plus qu'un atlas, si l'on entend uniquement par là un ensemble de planches auxquelles sont jointes quelques notes explicatives ; c'est un véritable traité d'otologie. Présentant à la fois des descriptions didactiques très détaillées et de nombreuses planches, il embrasse dans son ensemble toutes les modifications d'aspect, de couleur, de tension, etc., que peut présenter la membrane du tympan dans le cours des affections de l'oreille. Par cela même, ce livre est appelé à rendre de grands services à l'otologiste.

Ainsi que l'auteur le dit dans sa préface, savoir apprécier à leur juste valeur les lésions tympaniques, c'est souvent éclairer à la fois le diagnostic et le traitement. Mais pour arriver à un jugement sûr, des années de pratique jointes à de nombreux examens anatomo-pathologiques sont nécessaires. Dans son livre Politzer nous donne le fruit de tout ce travail. Artiste habile, il a dessiné et peint lui-même d'après nature toute la série d'images tympaniques, et elles sont nombreuses [392] qui sont annexées à son ouvrage ; elles en rendent la lecture attrayante et éclairent singulièrement les descriptions. Nous ne pensons pas qu'il existe de nombreux traités d'otologie où les altérations du tympan soient représentées par des figures à la fois aussi exactes et aussi artistiques. A chaque modification de la membrane du tympan correspond une image coloriée. On se rend de cette sorte compte, presque aussi bien que sur le sujet, de l'aspect du tympan soit normal, soit pathologique ; il existe ainsi de nombreuses séries d'images de tympans enflammés, perforés, scléreux, etc.

Mais parcourons rapidement l'ouvrage : son plan est très simple ; il est divisé en autant de chapitres qu'il y a d'affections de l'oreille susceptibles de retentir sur le tympan. A propos de

chacune de ces affections, l'auteur donne une description très claire des modifications tympaniques observées au spéculum et renvoie à des planches correspondantes. De plus de nombreuses considérations cliniques et thérapeutiques venant s'ajouter et se mêler aux descriptions, la lecture de l'ouvrage en est rendue des plus attrayantes et instructives.

Le livre débute par un aperçu rapide de l'aspect et de la structure du tympan normal, suivi de notions d'otoscopie sur l'éclairage, l'emploi du spéculum de Siegle, la valeur des grossissements optiques de la membrane, etc.

Puis viennent les chapitres consacrés à la pathologie de la membrane. Ce sont d'abord les hyperhémies et les hémorragies du tympan, auxquelles fait suite un long chapitre consacré à la myringite. Dans la forme aiguë de cette affection apparaissent souvent sur le tympan des bulles soit séreuses, soit hémorragiques sur lesquelles Politzer attire tout particulièrement l'attention. Quant à la forme chronique, elle s'accompagne assez fréquemment de l'apparition sur le tympan de petites granulations rouge vif (myringite villeuse) qui peuvent recouvrir la membrane entièrement et alors être une cause d'erreur : on croit à des végétations polypoïdes recouvrant un fond de caisse. Mais l'absence de troubles auditifs et de bruit de perforation, la mobilité des granulations au Siegle feront faire le diagnostic.

Le chapitre suivant traite des déchirures du tympan ; d'après l'aspect de la perforation, son étendue, il est possible d'en diagnostiquer la cause, ce qui a une certaine importance au point de vue médico-légal.

Au sujet des affections de l'oreille moyenne, il y a lieu de distinguer, selon Politzer : le catarrhe de l'oreille moyenne; l'otite moyenne aiguë soit simple, soit suppurée ; l'otite moyenne suppurée chronique.

Le catarrhe de l'oreille moyenne est défini par l'auteur une affection caractérisée par l'apparition dans la caisse d'un exsudat séreux ou séro-muqueux sans participation du tympan qui n'est ni enflammé, ni perforé : le catarrhe se termine soit par retour à l'état normal, soit par la formation de brides immobilisant tympan et osselets. Grâce à de nombreuses figures, il est facile d'en suivre l'évolution et de se rendre compte des lésions terminales, enfoncement du tympan, atrophies partielles, plaques calcaires, etc., auxquelles il aboutit.

Quoique Politzer décrive séparément une forme simple et une forme suppurée d'otite moyenne aiguë, il reconnaît cependant que cliniquement ces deux formes n'ont pas des caractères aussi

tranchés qu'anatomo-pathologiquement. Lorsqu'on se trouve en présence d'une otite moyenne aiguë, il est souvent difficile de prévoir quelle sera son évolution. Cependant on peut s'attendre à du pus et à une perforation, lorsque dans le cours d'une otite suite de rougeole, de scarlatine ou d'influenza, on observe en un point du tympan une saillie circonscrite, jaune verdâtre.

Les différentes phases de l'otite moyenne suppurée chronique sont traitées de main de maître tant au point de vue de la description que de la présentation des lésions par des planches. De nombreuses divisions établies par l'auteur en rendent l'étude plus facile.

Ce sont d'abord les multiples aspects que peut présenter le tympan dans le cours d'une otite moyenne chronique en pleine période de suppuration, avec ses perforations, ses lésions du manche du marteau, son fond de caisse tapissé de granulations et de polypes. Selon Politzer, les perforations doubles que l'on observe parfois sont presque toujours constituées par deux orifices que sépare un mince pont membraneux. Dans certains cas cette bande ainsi que le manche du marteau viennent à adhérer au promontoire, divisant ainsi la caisse en deux cavités secondaires, indépendantes, dont l'une parfois guérit tandis que l'autre continue à suppurer.

Le plus souvent, dans l'otite moyenne chronique, une fois la suppuration tarie, la perforation persiste. Les recherches de Politzer lui font admettre qu'il s'est produit dans ce cas une réflexion de la couche épithéliale du tympan qui se continue sans interruption de la face externe à sa face interne à travers la perforation dont elle épidermise les bords et empêche ainsi la cicatrisation définitive.

Dans certains cas cependant l'arrêt de la suppuration est suivi de la fermeture de la perforation. Il est alors important de savoir reconnaître à quelle sorte de cicatrice on a affaire. Est-elle libre? Est-elle seulement accolée au promontoire, ou y a-t-il adhérence avec le fond de caisse? Politzer insiste tout particulièrement sur les cicatrices adhérentes et les décrit avec grand soin.

L'ouvrage se termine par un chapitre consacré aux suppurations aiguës et chroniques de l'attique, et par un exposé rapide du cholestéatome de l'oreille moyenne. A propos de ce dernier l'auteur nous donne ses idées personnelles sur sa pathogénie; il montre également combien sont grandes les difficultés du diagnostic dans le cas de cholestéatome de l'attique sans perforation de la membrane de Schrapnell.

En résumé, de la lecture de l'atlas des images tympaniques

du professeur Politzer, se dégage cette conclusion que cet ouvrage est appelé à rendre de grands services, à la fois au débutant qui y trouvera un guide sûr, et à l'otologiste déjà expérimenté qui le consultera toujours avec fruit. Ad. GRINER.

La Dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'Homme à l'état normal et pathologique, à l'usage des anatomistes, des médecins auristes et des étudiants; par le Dr A. POLITZER. Traduit de l'allemand par le Dr F. SCHIFFERS (de Liège). — A Paris, chez Doin, et à Liège chez Desœr, 1898.

Le titre même de l'ouvrage du professeur Politzer indique, venant d'un tel auteur, tout l'intérêt que doit présenter ce travail.

C'est en effet un livre bien spécial par le sujet qu'il traite, mais bien spécial aussi par la façon dont y sont présentées les méthodes d'étude de l'anatomie de l'oreille.

Nous sommes ici bien loin des traités classiques d'anatomie, où la description des diverses parties d'un organe est le gros point sur lequel on insiste, en laissant pour ainsi dire de côté le *modus faciendi* à employer pour la dissection.

Dans son traité le Pr Politzer, au contraire, consacre tous ses soins à la description minutieuse et *extraordinairement précise* de tout ce qui doit être fait pour arriver à la préparation des pièces. Il a voulu doter la science otologique d'un incomparable traité de dissection de l'oreille et il est impossible d'être plus clair et plus complet.

Le point le plus original de cette monographie est certainement tout ce qui a trait à l'anatomo-pathologie.

Nous y voyons, après chaque étude de la préparation des différentes parties de l'oreille *normale*, un chapitre particulier sur la technique à suivre pour l'examen des pièces dans les cas *pathologiques*. Nous y lisons, condensées en quelques formules claires, les précautions à prendre pour pouvoir tirer tout le parti possible d'une pièce intéressante, et nous devons savoir beaucoup de gré au savant otologiste de nous avoir donné le moyen le plus simple, contrôlé par sa grande expérience, de profiter, pour la clinique, du résultat des autopsies.

Ce traité est tellement documenté et toutes les choses inutiles en sont tellement éliminées qu'il est pour ainsi dire impossible d'analyser chaque chapitre; tout doit être lu.

Après la description de l'appareil instrumental nécessaire aux

préparations, nous trouvons l'étude très complète des différentes méthodes pour enlever l'organe de l'ouïe sur le cadavre avec ou même sans lésions extérieures visibles du crâne ; point des plus importants dans certaines affections intéressantes où l'autopsie ne peut être pratiquée en entier.

L'étude de la dissection du temporal chez le nouveau-né et l'adulte, qui vient ensuite, est suivie de celle de l'oreille externe, de la caisse et de l'oreille interne. C'est la partie la plus développée de l'ouvrage et rien ne saurait donner une idée de la clarté des descriptions, surtout en ce qui concerne le tympan, la caisse et son contenu.

Après l'exposé de tous les procédés de montage et de conservation des pièces, cet ouvrage se termine par l'examen histologique de l'organe auditif dans les cas normaux et pathologiques.

Nous avons encore ici plusieurs chapitres des plus intéressants sur les moyens de pratiquer l'examen histologique du tympan, de la muqueuse de la caisse, surtout au niveau des fenêtres, des osselets et de leurs articulations, des muscles intrinsèques de l'oreille, du labyrinthe et du trajet central du nerf acoustique.

Le livre du professeur Politzer est en résumé un travail unique dans son genre où sont condensées toutes les méthodes permettant d'étudier à fond la conformation normale des diverses parties de l'oreille, et au point de vue clinique d'utiliser judicieusement tous les matériaux que peut donner l'anatomo-pathologie ; c'est dire quel est son importance pour les otologistes.

Ajoutons, car cela est de toute justice, que M. le professeur Politzer a eu la rare fortune de trouver pour son livre un traducteur comme il s'en rencontre peu. M. Schiffers n'a pas seulement l'avantage de posséder à fond les langues française et allemande, ainsi qu'il nous l'a montré lorsqu'il traduisit le livre de Heyring, il a encore le mérite de connaître admirablement toutes les choses de l'otologie. Ces deux qualités devaient concourir à la production d'un travail excellent en tous points.

Nous remercions donc ici le professeur de Liège d'avoir fait une œuvre de vulgarisation destinée à dissiper des erreurs encore accréditées dans le monde médical relativement à l'otologie.

Enfin, l'exemple de M. Schiffers attendant si longtemps un éditeur, doit être signalé à ceux qui se désespèrent chez nous de voir leurs manuscrits ajournés. Il y a plusieurs années déjà que ce travail était terminé et il a fallu une véritable constance à notre confrère belge, jointe à une foi profonde dans l'utilité de son œuvre, pour avoir pu la mener à bien, Nous regrettons que ce qui est ici à l'éloge du médecin vienne indiquer malheureuse-

ment le défaut d'initiative des éditeurs d'ouvrages spéciaux de langue française.

F. MOUNIER.

Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx (Anatomie normale et pathologique); par MM. J. GAREL, médecin des Hôpitaux de Lyon, et J. F. COLLET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. 30 planches photographiques. — A Paris, chez Doin, éditeur, 1897.

Je viens bien tard pour parler du bel Atlas de MM. Garel et Collet; si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour en dire tout le bien que j'en pense, c'est que cet ouvrage m'est parvenu en juin dernier. A ce moment, chacun de nous, un peu fatigué de la lutte, songe plutôt au repos des vacances qu'à faire des acquisitions de livres nouveaux. J'ai donc pensé que le mieux était d'attendre la rentrée pour vous présenter l'œuvre très originale de nos confrères.

Avec leur modestie habituelle, les auteurs se sont bien gardés d'affirmer qu'ils faisaient besogne de novateurs. Mais moi qui n'ai pas les mêmes raisons qu'eux pour dissimuler le mérite qu'ils ont eu, je tiens à dire qu'ils viennent d'ouvrir une voie nouvelle à l'activité des laryngologistes.

Un atlas, si bien fait qu'il soit, si exactement qu'il reproduise la nature, n'est jamais qu'une interprétation des pièces dessinées. Cette interprétation varie avec chaque artiste. Si celui-ci est en même temps un peintre de talent et un laryngologiste érudit, on arrive, cela est incontestable, à avoir des planches très belles en même temps que très exactes.

Jamais toutefois on n'obtient la fidélité d'une belle photographie disposée de telle sorte que le relief des choses apparaisse dans ses moindres détails. Avec la stéréoscopie, au contraire, c'est la pièce même que l'on a sous les yeux, montrant ici la saillie des cornets et les perspectives des orifices des sinus, là les replis aryténo-épiglottiques et les sinus pyriformes.

De plus, si tout le monde ne peut apprendre à dessiner, un peu de bonne volonté et un court apprentissage suffisent à ceux qui veulent photographier des préparations anatomiques. A la vérité il y a bien une technique particulière à suivre, mais les auteurs, avec une clarté et une précision qu'on ne saurait trop louer, ont bien voulu donner dans leur entier les procédés qu'ils ont suivis. On pourra donc désormais, grâce à eux, soit entreprendre une publication analogue à la leur, soit préparer à l'appui d'une obser-

vation un document facile à conserver et à transporter, soit enfin tirer sur verre des épreuves positives qui dans les leçons rendront, nous n'en doutons pas, les plus grands services.

La série de photographies choisies par les deux collaborateurs porte sur 30 pièces. Les 7 premières sont consacrées au nez et au cavum ; je signale en particulier les planches II et III, et la planche VII, qui sont d'une très belle venue.

Deux planches seulement sont consacrées au larynx normal, deux autres ensuite sont réservées au laryngotyphus. Puis vient une série sur le cancer du larynx. Les planches XVIII à XXX sont réservées à la tuberculose. Je signale ici la pièce XVIII qui est une des plus belles. Pour bien la voir je recommande de baisser un peu le volet du stéréoscope. Toutes les formes de tuberculose défilent sous les yeux avec une intensité de vie telle, si je puis m'exprimer ainsi, que même avec le stéréoscope très ordinaire dont je me suis servi j'ai pu reconnaître les lésions sans avoir besoin de recourir au texte explicatif. Ce texte n'est pas d'ailleurs ce qu'il y a de moins ingénieux dans l'Atlas. Très court, très précis, il dit tout ce qu'il y a à dire avec une netteté qui a dû donner plus d'un tourment à ceux qui l'ont rédigé. Si la pièce présente quelques déchirures du fait de la préparation, cela est signalé avec soin; de même si une photographie est moins bien venue, le défaut est souligné, et ici je ferai à MM. Garel et Collet un petit reproche, c'est d'être trop difficiles pour eux-mêmes. Ainsi la planche XVII (syphilis tertiaire du larynx) est indiquée comme offrant un cliché un peu voilé ; cela n'est pas mon opinion; cette pièce est très bien venue; avec un bon éclairage on arrive sans peine à en relever tous les détails. J'ajoute que l'Atlas de nos confrères est d'un prix modique et que le stéréoscope n'est pas, lui non plus, d'une grosse dépense. Au besoin, d'ailleurs, ceux qui n'ont pas de stéréoscope se trouveront très bien d'examiner ces planches à la loupe. Avec un instrument d'une qualité très inférieure, j'ai pu, sur la plupart des pièces, apprécier tous les reliefs presque aussi bien qu'avec un stéréoscope.

En outre, ce qui ne gâte rien, les planches de nos confrères sont réunies dans une élégante petite boite en forme de volume in-octavo. Cet Atlas a donc sa place toute marquée sur les rayons de nos bibliothèques.

Qu'il me soit permis en terminant de souhaiter, dans notre intérêt à tous, un heureux succès à la publication de nos confrères. Ils ont dans leurs collections bien d'autres pièces intéressantes, et puisse l'accueil fait à cette première série de préparations leur inspirer l'idée de nous en faire connaitre de nouvelles. F. H.

Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher, par le Dr Paul COLLINET. — Thèse de Paris, 1897.

Les abcès du cou dépendant étiologiquement des suppurations de l'oreille moyenne et du rocher, forment un groupe des plus complexes, au point de vue de la pathogénie et du siège. Aussi l'auteur de la thèse que nous analysons ici a-t-il fait œuvre utile en prenant pour sujet de sa thèse inaugurale cette question, et en classant d'une façon précise et dans un esprit essentiellement clinique les nombreuses variétés de suppurations susceptibles de se montrer aux diverses régions du vaste territoire cervical et reconnaissant comme origine une otite ou une ostéite pétro-mastoïdienne.

Sans prétendre indiquer ici tous les détails de ce volumineux et consciencieux travail, nous chercherons surtout à en montrer les lignes essentielles et à mettre en relief les divisions adoptées par l'auteur et les types cliniques décrits par lui.

A l'exemple de Hamon du Fougeray et de Broca, il distingue dans le chapitre consacré à la pathogénie de ces abcès, trois modalités étiologiques: la voie lymphatique, la voie veineuse, la continuité et la contiguïté des tissus.

Dans le premier cas, l'infection transmise par les lymphatiques aux ganglions du cou aboutit à un adéno-phlegmon profond, qui, suivant l'allure de l'affection première, et suivant le terrain, revêtira lui-même une forme aiguë ou chronique.

Le deuxième cas rentre naturellement dans l'histoire de la pyémie d'origine auriculaire par phlébite : à la suite de la pénétration des éléments septiques dans un des troncs veineux cervicaux, tributaires de la circulation veineuse du rocher (sinus latéral aboutissant à la jugulaire, veine mastoïdienne aboutissant aux veines occipitales et rachidiennes) se développe une endophlébite à laquelle succède de la périphlébite, puis un abcès périveineux, caractérisé par des signes locaux de plus en plus marqués, en même temps que l'infection sanguine se traduit par les signes généraux que l'on sait.

La troisième voie étant la plus commune est étudiée par l'auteur avec un soin tout spécial.

Après avoir mis en évidence le rôle prédisposant joué dans cet ordre d'accidents par certaines particularités anatomiques du rocher (fissures osseuses persistantes, au niveau des points de soudure des diverses pièces de l'os, raréfaction du tissu osseux

mastoïdien chez certains sujets, même en dehors d'un âge avancé, différence d'épaisseur de la corticale à la face externe et à la face interne de l'apophyse) l'auteur nous montre le pus mastoïdien tantôt se faisant jour à travers la corticale interne, au niveau de la rainure digastrique et conduit d'emblée, en suivant le muscle de ce nom, sous la masse du muscle sterno-cleido-mastoïdien, ou le long de l'artère occipitale, sous les masses musculaires de la nuque (c'est la forme classique de Bezold), tantôt perforant la corticale externe, à sa partie inférieure, sous l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien et se trouvant encore logé d'emblée sous ce muscle, ou bien pénétrant dans la masse même du muscle et donnant lieu à une myosite spéciale.

L'auteur passe ensuite à des formes plus rares et à des cas particuliers provenant d'un développement extraordinaire des cellules mastoïdiennes s'étendant dans les os voisins (écaille et condyle de l'occipital, portion écailleuse du temporal et apophyse zygomatique). Enfin, dans des cas exceptionnels, l'invasion cervicale s'opère par le plancher de la caisse et le canal carotidien ou le golfe de la jugulaire.

L'auteur n'omet pas non plus de mentionner les faits rares, mais aujourd'hui bien connus, dans lesquels le pus, après avoir perforé la paroi postérieure du rocher ou la partie supérieure intra-cranienne de la face interne de l'apophyse, soulève la dure-mère, et, cheminant sous elle, gagne l'occipital, qu'il perfore, pour pénétrer sous les masses musculaires de la nuque.

Toutes ces variétés sont clairement résumées dans une sorte de tableau synoptique placé à la fin du chapitre *pathogénie*.

Dans le chapitre consacré à la symptomatologie, Collinet reprend sa division première, étudiant successivement les caractères cliniques de l'adénite cervicale suppurée, aiguë et chronique, de l'abcès par phlébite jugulaire, par phlébite mastoïdienne, réservant même quelques lignes de description aux abcès métastiques, susceptibles de se localiser au cou, dans le cours d'une pyémie d'origine otique.

Arrivé à l'étude clinique des abcès cervicaux par propagation directe, au lieu de s'attacher à sa division première fondée sur la source première de la suppuration, il adopte un plan plus clinique, consistant à décrire successivement les diverses localisations de la suppuration cervicale, quelle qu'ait été la voie d'effraction du pus hors de son foyer osseux original. Nous avons donc un premier chapitre consacré à l'abcès superficiel, un second consacré à l'abcès de la gaîne du sterno-cleido-mastoïdien, un troisième pour les abcès cervicaux profonds, se subdivisant en abcès sous-

rétro-mastoïdiens, rétro-maxillaires, sous-maxillaires, sous-sterno-mastoïdiens profonds, en abcès de la nuque et du dos, avec ou sans complication de fusée sous-dure-mérienne, enfin en abcès latéro et rétro-pharyngiens, pouvant exceptionnellement aboutir à l'envahissement du médiastin et de la plèvre ou à la pénétration dans la trachée.

Nous renvoyons le lecteur à l'original pour le détail de ces descriptions fondées sur l'observation d'un très grand nombre de faits cliniques.

Du reste pour mieux éviter l'inconvénient des descriptions théoriques, l'auteur a cherché, dans un chapitre suivant intitulé *formes cliniques*, à montrer d'une part les allures et modalités diverses que peuvent affecter les accidents qu'il vient d'énumérer, décrivant successivement une forme gangréneuse, une forme subaiguë, une forme lente, enfin les abcès froids cervicaux d'origine otique ; indiquant, d'autre part, comment les localisations diverses de la suppuration mentionnées plus haut peuvent se compliquer les unes les autres, en sorte qu'une fusée sous-sterno-mastoïdienne peut coïncider avec un abcès profond de la nuque, ou avec une collection retro-pharyngienne, etc., etc...

Le chapitre du *diagnostic* a été également inspiré par un excellent sens clinique.

L'auteur insiste très justement sur les difficultés et la complexité de ce diagnostic et sur la nécessité d'y procéder avec méthode.

Il entraîne, d'après lui, la solution successive des trois problèmes suivants :

1° Existe-t-il une suppuration du cou ? 2° Est-elle d'origine otique ? 3° Quelle en est la variété, la cause ?

Il ne s'arrête pas longtemps au premier qui est en somme un problème de chirurgie générale.

Il n'en est pas de même du second, étroitement lié qu'il est à la pathologie auriculaire. Aussi l'auteur apporte-t-il à la discussion de cette question tout le soin qu'elle comporte. Il montre combien sont variées les sources des suppurations migratrices du cou et comment on n'arrive à déterminer l'existence de l'une d'elles que par un travail d'exclusion méthodique des autres (ostéites de la base du crâne, ostéites ou ostéo-arthrites de la colonne cervicale, etc.), puis il étudie la valeur du signe consistant dans *l'issue abondante de pus par le conduit auditif externe, lors d'une pression exercée sur la tuméfaction du cou*, que l'on aurait tort de considérer comme pathognomonique d'un abcès

cervical, d'origine otique, par propagation directe, et notamment de la variété dite de Bezold.

Il rappelle en effet la possibilité de l'ouverture d'un abcès cervical à travers la paroi postérieure du conduit auditif externe, le tympan restant intact.

Quant au troisième problème à résoudre, la détermination de la variété et de la cause de la suppuration d'origine otique, sa solution dépendra en partie de la considération des particularités cliniques inhérentes à telle et telle variété ; mais l'auteur fait très justement remarquer, à notre sens, que le plus souvent, ce n'est qu'au cours de l'intervention opératoire provoquée par la constatation d'accidents mastoïdiens cervicaux concomitants, que l'on peut, à la faveur des larges déchirements, dont la nécessité s'impose, se rendre compte de la voie suivie par le pus, et remonter, bistouri en main, à son point original.

A propos de cette intervention qui fait l'objet du dernier chapitre de sa thèse, l'auteur, après avoir rappelé brièvement la conduite à tenir, en cas d'adéno-phlegmon simple, ou d'abcès péri-phlébitique, s'attache tout spécialement au cas des suppurations de Bezold et pose la question de savoir, si, une fois reconnue la coïncidence de la mastoïdite et de la fusée cervicale, il est préférable de commencer par l'apophyse ou par le cou. Nous partageons entièrement, à ce propos, son éclectisme et son opportunisme, et nous trouvons comme lui que, s'il est indiqué de commencer par l'incision de l'abcès cervical, lorsque celui-ci est bien diagnostiqué, la mastoïdite étant au contraire mal dessinée, il est préférable d'attaquer d'abord la lésion osseuse, alors qu'il y a simplement gonflement et empâtement de la région cervicale.

D'ailleurs, étant données l'extrême variété des lésions et les nombreuses surprises trop souvent réservées à l'opérateur, celui-ci ne saurait former à l'avance le plan précis de son intervention; c'est l'extension et la direction des fusées purulentes constatées, chemin faisant, qui dicteront celles de son acte opératoire.

Nous n'avons pu, par l'analyse sommaire qui précède, que donner une idée imparfaite de la savante thèse de notre collègue.

Nous avons vanté plus haut les qualités de méthode, d'ordre et de clarté qui y règnent et l'excellent esprit clinique qui l'a inspirée ; mais ce qui en augmente tout particulièrement la valeur, c'est le soin apporté par l'auteur à rassembler et à faire figurer dans son travail tous les faits cliniques se rapportant à son sujet. A ce point de vue, la thèse de Collinet représente un véritable document scientifique marquant une importante étape dans l'évolution progressive de l'otologie. LUC.

ANALYSES

I. — OREILLES.

Des abcès extra-duraux d'origine otique. — *Ueber extradurale otogene abscesse*; par le Dr C. GRUNERT, de Halle. — *Archiv. f. Ohr.*, novembre 1897, p. 81.

Ce travail a pour base le « matériel » considérable dont dispose l'école de Halle. L'auteur nous dit y avoir observé, dans l'espace de quelques années, un total de cent cas de suppurations auriculaires intéressant la dure-mère. De ce total il a déduit tous les faits dans lesquels la dure-mère était simplement dénudée, au fond du foyer petro-mastoïdien, sans qu'il existât de *collection* extra-durale, à proprement parler.

Du matériel ainsi réduit à 35 cas, il a cru devoir encore retrancher les faits d'abcès extra-duraux compliqués d'autres lésions intra-craniennes (phlébite sinusienne, méningite, encéphalite), pour ne garder que les cas d'abcès extra-duraux *purs*, dont la symptomatologie pouvait être étudiée sans aucune cause d'erreur.

Ces éliminations successives ont encore laissé à l'auteur le chiffre imposant de 20 abcès extra-duraux non compliqués, dont 12 développés dans le cours d'une otite aiguë et 8 dans le cours d'une otite chronique.

Ces deux variétés présentent, l'une par rapport à l'autre, de profondes différences, tant au point de vue de la pathogénie que des lésions otiques concomitantes.

L'auteur commence par confirmer l'opinion déjà émise par Jansen, que les otites aiguës prédisposent plus que les chroniques à l'abcès extra-dural.

Effectivement, bien que dans ces dernières années l'ouverture mastoïdienne ait été pratiquée, à la clinique de Halle, trois fois plus souvent pour des otorrhées chroniques que pour des otites suppurées aiguës, le nombre des abcès extra-duraux découverts dans les cas de cette dernière catégorie a été de 12, contre 8 observés dans les cas chroniques.

Mais ce qui est surtout remarquable c'est que, tandis que les otorrhées chroniques ayant abouti à l'abcès extra-dural s'accompagnaient de destructions osseuses étendues et souvent de la forme la plus grave des lésions suppuratives du rocher : le cholestéatome, les otites aiguës ayant provoqué la même complication se distinguaient par l'insignifiance et le caractère fugace de leurs lésions intra-tympaniques. En effet dans six cas seulement on nota un écoulement purulent par le conduit, mais qui cessa très rapidement. Dans un autre cas, l'otorrhée s'était prolongée davantage, mais elle était tarie au moment où l'on procéda à l'ouverture de l'abcès extra-dural, le tympan était même cicatrisé, et l'insufflation d'air par la trompe donnait un bruit normal. Enfin dans deux cas il n'y eut pas de suppuration d'oreille, à proprement parler, mais un simple catarrhe de la caisse.

Dans la plupart de ces cas aigus, le pneumocoque constaté dans l'exsudat se révéla comme l'agent de l'infection de l'oreille vers l'endo-crâne, à travers la paroi osseuse le plus souvent intacte.

Non moins insignifiantes que les lésions tympaniques furent celles rencontrées dans les cavités mastoïdiennes, au cours de l'évidement opératoire de cette région osseuse.

Dans un seul cas, l'antre renfermait du pus collecté ; chez la plupart des opérés la muqueuse de cette cavité était simplement gonflée ou infiltrée de pus ; dans un cas l'antre se montra absolument normal. Il en fut de même des cellules mastoïdiennes dans lesquelles on ne trouva que deux fois du pus.

Quant à des lésions établissant le passage entre l'oreille enflammée et l'abcès extra-dural, on n'en observa que cinq fois, sur le total des douze cas aigus, et elles se présentèrent sous trois formes : 1° de petits trajets fistuleux, traversant la paroi osseuses ; 2° des cellules osseuses pneumatiques infiltrées de pus formant une traînée ininterrompue de l'oreille moyenne à l'endocrâne ; 3° une traînée de cellules osseuses remplies de granulations grisâtres.

L'auteur ajoute n'avoir pas rencontré d'exemple d'infection extra-durale par voie labyrinthique suivant le mode décrit par Jansen.

Tout autres sont les détails anatomiques rencontrés dans les formes chroniques. Ici les lésions osseuses étaient profondes, le plus souvent compliquées d'amas cholestéatomateux et la transmission de l'infection constamment marquée par un trajet fistuleux allant de l'oreille à l'espace extra-dural.

L'auteur a observé ses cas d'abcès extra-duraux à des âges

très divers (de 6 mois à 60 ans). C'est dans la période entre 30 et 50 ans qu'il en a noté la plus grande fréquence.

Le sexe masculin s'est montré beaucoup plus fréquemment atteint, dans la proportion de 9 à 1.

Pour ce qui est du siège, l'abcès extra-dural montrerait une prédilection marquée pour l'étage postérieur du crâne. Il affectait en effet cette localisation dans 14 cas, sur les 20 observés par l'auteur ; 5 fois ils occupait l'étage moyen, et une fois simultanément ces deux étages. Dans un cas aigu ne faisant pas partie de la série des vingt faits purs étudiés par l'auteur, puisqu'il se compliqua d'une méningite qui emporta le malade, l'abcès extra-dural occupait le voisinage du trou déchiré antérieur, au niveau duquel la carotide se montrait refoulée et aplatie ; il avait fusé derrière la région supérieure du pharynx, et provoqué la méningite en perforant la dure-mère.

Dans presque tous les cas où l'abcès occupait l'étage cranien postérieur, il siégeait au niveau de sillon sigmoïde et baignait par conséquent le sinus du même nom. Dans un cas pourtant il était placé plus en arrière, en pleine région occipitale.

L'auteur fait remarquer que les dimensions des abcès extra-duraux sont difficiles à déterminer, la dure-mère tendant à se réappliquer contre la paroi cranienne, dès qu'on les a évacués. Toutefois d'après la quantité de pus écoulé il croit pouvoir établir que la grandeur des abcès observés par lui variait entre celle d'une noix et celle d'une noisette.

De même que les lésions osseuses, celles de la dure-mère, dans les abcès extra-duraux, varient notablement, suivant qu'il s'agit de formes aiguës ou chroniques.

Dans le premier cas, elles sont insignifiantes et se réduisent tout au plus à quelques granulations à la surface externe de cette membrane. Elles sont au contraire beaucoup plus importantes dans les formes chroniques, où elles affectent l'aspect d'épaississements couenneux, d'exsudats fibrineux ou gélatiniformes et de fongosités souvent nécrotiques.

En terminant cette étude anatomique, l'auteur aborde la question délicate des rapports pathogéniques de l'abcès extra-dural avec les lésions suppuratives intra-craniennes plus profondes (sinusite, méningite, abcès du cerveau), qui peuvent simultanément se rencontrer lors de l'intervention opératoire ou à l'autopsie. Tout en admettant que dans la majorité des cas l'abcès extra-dural est antérieur à ces dernières lésions et représente l'étape intermédiaire de l'infection allant de l'oreille aux organes intra-craniens, il reconnaît qu'il peut y avoir des exceptions

à cette règle, et que notamment l'abcès extra-dural de la région sigmoïde coïncidant avec une thrombo-phlébite du sinus latéral peut avoir eu pour point de départ une inflammation péri-sinusienne secondaire à cette phlébite.

L'auteur passe ensuite à l'étude clinique de l'affection et il insiste dès le début sur son caractère latent.

De tous les signes décrits par les auteurs comme appartenant à sa symptomatologie, le plus fidèle a été le mal de tête plus ou moins violent mais correspondant généralement par son siège à celui de l'abcès.

En revanche il n'a noté d'élévation thermique que dans les cas où l'abcès occupait le sillon sigmoïde et avait pu déjà produire un commencement d'infection du sinus.

Sur aucun de ses malades, il n'a observé de signes de foyer ni de modifications du fond de l'œil.

Quant à la valeur de certains signes locaux (gonflement ou sensibilité à la pression, en arrière de la région mastoïdienne) notés par Jansen en cas d'abcès extra-dural de l'étage postérieur du crâne, l'auteur la considère comme relative, ces particularités pouvant être la conséquence d'un développement anormal des cellules osseuses pneumatiques jusqu'à la limite postérieure de l'apophyse mastoïdienne et de leur participation à la suppuration tympano-antrale.

Relative aussi est la valeur d'une otorrhée profuse, hors de proportion avec les dimensions connues des cavités de l'oreille moyenne, car si l'on peut songer, en pareil cas, à l'existence d'une collection extra-durale se vidant par l'oreille, il n'est pas défendu non plus de soupçonner un abcès cérébral s'évacuant par la même voie.

Aussi l'auteur arrive-t-il à cette conclusion que les signes cliniques fournis par l'abcès extra-dural n'équivalent guère, avant l'ouverture mastoïdienne, qu'à de simples éléments de présomption, et il montre combien le problème est surtout difficile dans les cas aigus, en présence d'un écoulement d'oreille insignifiant, ou déjà tari, ou d'un simple catarrhe tympanique, le tableau symptomatique se réduisant à une simple douleur de tête!

En raison de cette pénurie de signes, dit l'auteur, on ne devra pas négliger l'examen bactériologique du pus ou de l'exsudat de l'oreille. La constatation du pneumocoque dans ce liquide constituerait effectivement un argument d'une grande valeur en faveur de la collection extra-durale soupçonnée, étant donné le rôle prédominant de cette espèce microbienne dans la pathogénie de l'affection en question, consécutivement aux otites aiguës.

L'évacuation spontanée de l'abcès extra-dural par l'oreille ou par une fistule cranienne représentant une éventualité trop exceptionnelle pour qu'il soit permis de tabler sur elle, l'auteur considère justement le traitement chirurgical comme le seul qu'on puisse opposer à l'affection.

Le premier acte opératoire consistera dans l'ouverture de l'antre mastoïdien. Cela fait, on sera généralement conduit, surtout dans les formes chroniques, par la découverte et la poursuite d'un trajet fistuleux, jusqu'à la collection recherchée.

En l'absence de tout trajet fistuleux on n'hésitera pas à ouvrir les étages postérieur et moyen du crâne, en commençant par le premier, qui est, comme nous l'avons vu plus haut, le siège de prédilection de l'abcès. Si ni l'un ni l'autre de ces deux étages ne renferme la lésion cherchée, on commencera par attendre les effets de l'intervention mastoïdieune, puis si les symptômes alarmants persistent, on explorera, suivant la méthode de Bergmann, la face postérieure et même le voisinage de la pointe du rocher, après soulèvement de la dure-mère, à partir d'une brèche osseuse pratiquée immédiatement au-dessus du conduit auditif.

Dans les cas aigus, l'absence de tout signe local mastoïdien ne fera pas reculer devant l'ouverture de l'antre, et celui-ci une fois ouvert, l'insignifiance des lésions constatées à son intérieur n'empêchera pas d'aller chercher plus loin, comme précédemment, par l'ouverture systématique des deux étages craniens, l'explication et la guérison des symptômes inquiétants et persistants présentés par le malade.

L'abcès extra-dural une fois trouvé, on devra l'ouvrir très largement et ne pas hésiter à réséquer l'os aussi loin que la dure-mère se montrera malade.

L'auteur déconseille le curettage des fongosités, même de mauvais aspect, qui hérissent le plus souvent la surface de la dure-mère. C'est là, d'après lui, une manœuvre dangereuse et inutile : dangereuse, car elle expose à des infections secondaires, ou à la blessure du sinus latéral ; inutile, car, après un ou deux tamponnements du foyer on voit généralement les parois du foyer se nettoyer spontanément et se recouvrir de granulations de bonne nature.

Le traitement consécutif n'offre ici rien de particulier : il sera conduit suivant les principes chirurgicaux communément adoptés à la suite des ouvertures de foyers osseux suppuratifs.

Le travail de Grunert se termine par l'exposé des vingt faits cliniques qui en forment la base.

Cette monographie est assurément l'étude la plus complète

qui ait été publiée jusqu'ici sur ce sujet encore mal connu des suppurations extra-durales. Aussi croyons-nous devoir en recommander vivement la lecture non seulement aux otologistes mais encore aux médecins non spécialistes, car il s'agit là d'une affection d'une gravité vitale, d'une allure souvent latente, dont le diagnostic peut incomber à tout praticien; et la vie du malade dépendra du plus ou moins de rapidité avec laquelle ce diagnostic aura été posé. LUC.

Troubles oculomoteurs dans la paralysie faciale périphérique; par P. BONNIER. — *Gaz. hebd. de Médecine*, 14 nov., 1897.

Dans un article paru dans *la Semaine Médicale* du 8 septembre 1897, MM. BORDIER et FRENKEL, de Lyon, décrivaient un nouveau phénomène observé dans la paralysie faciale périphérique. Voici en quoi il consiste : « Lorsqu'on engage un malade atteint de paralysie faciale périphérique grave à fermer les yeux au moment où ils se trouvent en position primaire, on constate que l'œil du côté sain se ferme énergiquement tandis que du côté malade, après une légère diminution de la fente palpébrale, le globe oculaire resté visible à l'observateur se porte d'abord en haut, et ensuite légèrement en dehors, pendant que la paupière finit de s'abaisser d'une certaine quantité, variable avec le degré de paralysie du muscle orbiculaire des paupières. »

Or, BONNIER rappelle qu'en mai de cette année il a fait dans le service de Dieulafoy une leçon sur ce phénomène qui est loin d'être rare; car depuis cette époque, il a pu en observer 7 cas bien nets. En tout 8 fois sur 8 cas de paralysie faciale périphérique.

Pour lui les choses ne se passent pas toujours suivant la description que j'ai transcrite plus haut. Du côté du globe oculaire, Bonnier ne pense pas qu'il faille avec Frenkel et Bordier attribuer exclusivement au petit oblique la déviation constatée. En effet, le petit oblique attire le globe en haut et en dehors. Or le globe est attiré en haut, *puis* en dehors. Bonnier n'a observé qu'une fois l'élévation oblique en dehors. Il faut donc admettre que si le petit oblique peut intervenir, il s'agira le plus souvent du droit supérieur, et ensuite du droit externe.

Comment interpréter ce phénomène singulier ?

A. — On a supposé que l'œil remontait sous la paupière parce que celle-ci ne venait pas à lui.

B. — On a pensé aussi que le globe remontait de lui-même pour

s'abriter sous la paupière incapable de s'abaisser. Or cette manœuvre est involontaire, inconsciente; le malade n'est nullement libre de ne pas relever son œil quand on lui commande de le fermer, ce mouvement est non seulement involontaire, mais inévitable.

C. — Pour Frenkel et Bordier, l'excitation volontaire du nerf facial ne pouvant aboutir à la contraction de l'orbiculaire, la décharge nerveuse se répand sur une autre voie et, si le petit oblique reçoit précisément cette décharge, c'est que son noyau est le plus voisin du noyau de l'orbiculaire des paupières.

D. — Telle n'est pas l'opinion de Bonnier et pour la comprendre examinons tout d'abord ce qui se passe à l'état normal pour le globe au moment de l'occlusion des paupières, quand le regard cesse.

Si l'on soulève la paupière d'une personne endormie, on constate presque toujours que le globe est dévié en dehors et relevé vers le front. Quand nous luttons contre le sommeil, la même cause qui appesantit la paupière semble relever et renverser le globe oculaire. Nous pouvons donc admettre avec Bonnier que dans le cas de paralysie faciale périphérique, tout se passe comme dans l'occlusion normale des paupières, au moins du côté du globe, qui n'a rien à voir avec le trouble périphérique.

En effet, les noyaux des oculomoteurs sont pourtant sains et non irrités par la lésion ; le trouble est purement dynamique et n'apparaît que lors de la contraction de l'orbiculaire, c'est-à-dire que lors de la cessation du regard, et tant que le sujet ne regarde pas. Quand il regarde, les mouvements du globe sont libres et parfaits.

Le phénomène de déviation apparaît donc lié étroitement à la disparition de l'action volontaire de regarder. Mais tout l'appareil de l'oculomotricité obéit très fidèlement à la volonté de regarder.

Or Bonnier a montré qu'après l'appareil de la vision, le système oculo-moteur n'avait aucun maître plus exigeant que l'appareil ampullaire des canaux de l'oreille interne. Après le cerveau et la rétine, c'est aux canaux semi-circulaires qu'obéissent les noyaux oculo-moteurs.

L'appareil ampullaire est-il donc en cause? Pour BONNIER, cela est presque certain et pour deux raisons. D'abord la paralysie faciale supprime souvent (GELLÉ) l'action frénatrice du muscle de l'étrier, trouble l'équilibre de la tension labyrinthique et provoque l'irritabilité des papilles. En second lieu, la paralysie faciale périphérique est presque toujours liée à un trouble inflammatoire ou congestif, œdémateux de la paroi externe du labyrinthe ; c'est là actuellement un fait clinique amplement démontré grâce aux tra-

vaux de GELLÉ, BURNETT, EITELBERG, TRIFILETTI, LANNOIS, CHIPAULT, BONTHOUX et CARTAZ.

Bordier et Frenkel signalent le trouble oculaire mais n'ont pas observé que l'oreille fût en cause dans leurs deux cas ; et les auteurs cités plus haut qui ont montré la paralysie faciale liée à l'otite, ne signalent pas le trouble oculaire. Bonnier, sur 8 malades, a trouvé six fois le vertige labyrintique avec tendance à tomber ou à osciller du côté de l'oreille malade ; il a sept fois nettement mis en évidence le signe de Romberg, qui a d'ailleurs rapidement disparu avec le traitement local.

Sept présentaient des symptômes d'insuffisance ou d'irritation auditives de date récente, bourdonnement, opacité auditive, surdité, battements pulsatiles, oppression labyrinthique, etc. Quatre avaient de l'otite moyenne suppurée, un de l'hyperémie tympanique très visible, les trois autres n'avaient aucun signe objectif de trouble auriculaire, mais des symptômes subjectifs d'irritation profonde.

EN RÉSUMÉ, les troubles oculomoteurs observés au cours d'une paralysie faciale périphérique doivent toujours faire rechercher l'irritation labyrinthique, et cela d'autant plus que le trouble auriculaire semble être la cause presque constante des paralysies faciales de cette nature.

Georges GELLÉ.

Sur la diplacousie mono-auriculaire; par R. ETIÉVANT, de Lyon. — *Annales des maladies de l'oreille*, novembre 1897.

La diplacousie consiste en un trouble de la sensibilité auditive caractérisée par ce fait qu'un même son est perçu deux fois. Elle peut s'étendre à l'audition des paroles, ou des sons musicaux, séparément ou simultanément, plus souvent aux derniers seuls.

On doit distinguer la diplacousie mono-auriculaire, et la diplacousie binauriculaire, celle-ci consistant dans la perception double d'un son ou d'un bruit avec le concours des 2 oreilles, celle-là dans la perception double d'un son par une seule et même oreille.

La diplacousie est une anomalie relative rare, la diplacousie mono-auriculaire est beaucoup plus rare encore. Gradenigo seul lui a consacré quelques pages.

E. rapporte ensuite, outre deux observations inédites, une observation de Bressler et deux de Gradenigo.

L'explication pathogénique de la diplacousie mono-auriculaire

constitue un problème des plus complexes et des plus incertains.

Quand la diplacousie consiste en une simple persistance du son, elle est probablement due à une hyperthésie du nerf auditif, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Pour les autres variétés, Knapp invoque pour les expliquer la théorie d'Helmholtz, en les rattachant à une lésion limitée du labyrinthe; c'est aussi l'opinion de Wittisch. Malheureusement la théorie d'Helmholtz n'est rien moins que certaine et si l'on considère que des cas ont été observés, où l'audition devient normale après une seule douche d'air, on est tenté d'attribuer à l'appareil de transmission une plus grande part qu'on ne l'a fait dans la production de ces phénomènes.

Le plus souvent, la diplacousie disparaît spontanément ou sous l'influence d'un traitement bénin (instillation d'huile de jusquiame, ou le plus souvent la douche d'air).

Georges GELLÉ.

Abcès par congestion sous-mastoïdien et rétro-pharyngien, consécutif à une otite moyenne suppurée. — *Senkungs abscess unterhalle der Pars mastoidea und rétropharyngealabceas infolge von acuter eitriger otitis media*; par le Dr HAUG (de Munich). — *Archiv. f. Ohrenheilk*, 24 sept. 1897, p. 17.

Jeune homme de 17 ans pris d'une otite moyenne suppurée gauche, *au commencement de mai* 1895, dans le cours d'un coryza. Ouverture spontanée du tympan et écoulement de pus. Au bout de huit jours, diminution de l'écoulement et reprise des douleurs qui s'étendent à la mastoïde, en même temps qu'apparaît, à cette région, un gonflement sans fluctuation qui s'étend à la région préauriculaire, à la région rétro-mastoïdienne et à la moitié gauche du cou. Simultanément torticolis et dysphagie sans angine appréciable. Fièvre et prostration.

Le 28 mai, paracentèse tympanique qui livre passage à du pus sans amener aucune détente.

30 mai. Ouverture de la mastoïde qui présente le type pneumatique et se montre, dans toute son étendue, remplie de pus et de granulations.

L'exploration de la cavité mastoïdienne en dedans et en arrière de la pointe de l'apophyse révèle une fistule aboutissant à une poche purulente située sous le muscle sterno-cleido mastoïdien. Evacuation de cette collection par une incision profonde conduite le long du bord antérieur du muscle. Pas encore de détente.

Deux jours plus tard, constatation d'un énorme gonflement de la moitié gauche de l'isthme du gosier. Deux incisions infructueuses à ce niveau. A la troisième, à deux centimètres et demi de profondeur, expulsion de pus épais.

A partir de là soulagement, diminution progressive du gonflement tant cervical que pharyngien, puis guérison.

Comme argument en faveur de l'origine auriculaire du pus pharyngien, l'auteur fait valoir: 1° l'ordre d'apparition des gonflements cervical et pharyngien du même côté; 2° l'absence de signes d'angine (fausses membranes, etc.) avant le gonflement; 3° ce fait capital que l'examen bactériologique du pus pharyngien et du pus mastoïdien donna des résultats identiques (streptocoques et pneumocoques).

LUC.

De l'affaissement inspiratoire du sinus transverse dénudé et de l'embolie aérienne. — *Ueber inspiratorisches Zusammenklappen des blossgelegten Sinus transversus und über Luftembolie*; par le Dr O. KÖRNER (de Rostock). — *Zeitshr. f. Ohohrenheilk*, mai 1897, p. 231.

Chez un enfant de 4 ans, présentant des phénomènes pyémiques, avec abcès articulaires et péri-articulaires multiples, dans le cours d'une otorrhée double post-rubéolique, et chez lequel on pratiqua l'ouverture de l'antre mastoïdien, des deux côtés, l'auteur constata lors de l'ouverture mastoïdienne gauche, après dénudation du sinus sigmoïde, sur une longueur de deux centimètres et demi, les phénomènes suivants:

L'enfant chloroformé ayant fait une profonde inspiration à la suite d'une quinte de toux, on vit le sinus, auparavant non modifié dans sa forme et ses dimensions par les mouvements respiratoires, s'aplatir complètement, puis se dilater à l'expiration, pour s'affaisser de nouveau à l'inspiration suivante, offrant une teinte grise pendant toute la durée de son affaissement et redevenant bleuâtre dès qu'il se gonflait par l'effet du retour du sang à son intérieur.

Ces alternatives d'affaissement et de réplétion du vaisseau n'ayant commencé à se produire qu'à un moment donné, à la suite d'une quinte de toux, l'auteur suppose que la circulation y était d'abord suspendue par un caillot qui fut mobilisé par la toux, l'affaissement inspiratoire du sinus excluant la présence d'une thrombose entre la partie dénudée et le cœur.

Dans ces conditions, ajoute l'auteur, l'ouverture du sinus aurait constitué un grand danger de pénétration de l'air à son intérieur au moment de l'inspiration ; aussi eût-il été indiqué de ne pratiquer cette ouverture qu'après ligature de la jugulaire.

LUC.

Sur un cas de guérison d'abcès cérébral double, avec fistule ventriculaire. Aphasie visuelle. — *Ueber einen geheilten Fall von doppeltem hirnabscess mit Ventrikelfistel; Optische aphasie* ; par le Dr Paul MANASSE (de Strasbourg). -- *Zeitschr. f. Ohrenheilk* ; XXXXI, Bd. 3e et 4e Ht. S. 225.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui, dans le cours d'une otite suppurée chronique fétide gauche, datant de l'enfance, et caractérisée otoscopiquement par la présence de fongosités appendues au tegmen, fut prise de fièvre, de céphalée, de vomissements et tomba bientôt dans un état de perte complète de connaissance.

On procéda sans retard à l'évidement tympano-antral. Les cavités de l'oreille moyenne étaient remplies de pus et de fongosités.

La dure-mère sous-jacente au tegmen se montra baignée de pus et fongueuse. Une ponction du lobe sphénoïdal, à travers cette membrane, ayant amené du pus épais, une incision fut pratiquée sur la même région du cerveau, après extension de la brèche osseuse. On constata que l'ensemble des méninges et l'écorce cérébrale étaient complètement soudées entre elles. Ecoulement de pus fétide. Curettage puis tamponnement de la cavité de l'abcès avec de la gaze iodoformée. L'exploration digitale avait permis de constater que l'abcès était limité par une membrane rigide.

Dès le lendemain, à la suite d'un bon sommeil, retour de la connaissance.

Six jours plus tard, apparition d'une aphasie du type visuel, la malade ne pouvant nommer les objets qui lui sont présentés. Ce phénomène persiste pendant une vingtaine de jours.

Le lendemain de l'apparition de l'aphasie, nouvel écoulement de pus fétide par la fistule cérébrale. L'exploration digitale et l'inspection du foyer à l'aide de la lumière électrique révèlent l'existence d'un second abcès placé en avant du premier et qui vient de s'ouvrir à son intérieur. Les deux cavités sont partiellement séparées par une sorte de diaphragme de substance nerveuse qui est réséquée avec des ciseaux.

Curettage des parois de ce nouvel abcès. Tamponnement de la totalité du foyer.

Le 24e jour post-opératoire est marqué par un nouvel incident : en levant le pansement, on constate l'écoulement, par la fistule cérébrale, d'une grande quantité de liquide clair. L'inspection de l'intérieur de l'abcès révèle, à son extrémité postérieure, au voisinage de la corne occipitale du ventricule latéral, un orifice fistuleux à bords jaunes, nécrotiques, d'où l'on voit se produire l'écoulement du liquide clair sus-mentionné, dont l'origine ventriculaire est indiscutable. Cet écoulement cesse au bout d'une semaine.

A partir de là rien ne vient plus contrarier la guérison de la malade.

Le foyer cérébral se rétrécit graduellement, en même temps que diminue, puis cesse la suppuration.

Elle quitte l'hôpital 40 jours après son opération et revient se faire panser régulièrement. La guérison est complète au bout de 3 mois.

Le point essentiel qui nous paraît ressortir de cette importante observation, *c'est la compatibilité d'une blessure ventriculaire avec la vie.*

Cette circonstance s'explique sans doute ici par la bonne désinfection préalable et notamment le curettage du foyer ayant empêché l'infection ventriculaire.

Nous notons d'autre part avec plaisir un succès à l'actif de la méthode de drainage de l'abcès cérébral par la gaze, préconisée par nous dans un récent travail [1]. LUC.

De l'Otomycosis, par le Dr Louis BAR, de Nice. communication au Congrès international de Médecine de Moscou (séance du 11 Août 1897). — Résumé communiqué par l'auteur.

Connue et étudiée par les otologistes les plus compétents Wreden, Schwartz, Politzer, etc., et dernièrement encore au point de vue bactériologique par Ferreri; on s'accorde à considérer cette affection inflammatoire très douloureuse et tenace de l'oreille externe comme le fait de la présence dans le conduit auditif externe d'un champignon saprophyte du genre Aspergillus.

Agit-il par infection ou par simple action de présence? C'est ce qui est difficile à déterminer et pourtant très important pour les études spéciales de cette affection si curieuse. Wreden n'a pu obtenir l'inoculation directe de cette mucédinée dans le conduit

1. Arch. intern de laryng., 1897, p. 420.

auditif. Politzer, à son tour, cite un cas absolument remarquable d'inoculation directe accidentelle, et un cas expérimental très douteux. Nous avons repris les expériences à ce sujet et fait des inoculations sur des cobayes avec l'Aspergillus Niger; elles n'ont donné lieu qu'une seule fois à une tuméfaction indolore avec induration persistante de plusieurs semaines. Fortuitement encore, nous avons eu l'occasion de connaître la valeur d'une excoriation préalable avec exsudation séreuse dans la région où on inocule, état médical que Steinbrugge, Seibrunan, Schwartz, pensent être la condition spéciale à la réussite de l'inoculation. Un cobaye, dont l'oreille avait été plusieurs jours avant accidentellement excoriée, fut inoculé par nous, à l'endroit où la plaie était le siège d'une exsudation séreuse. Le résultat fut absolument négatif. Aussi pensons-nous que pour le développement de l'otomycose, il faut un état particulier d'inflammation de la muqueuse favorable au développement de l'Aspergillus, au même titre que pour l'apparition du muguet, il faut une inflamtion spéciale particulière et favorable au développement de son champignon l'Oïdium Albicans.

Le traitement de cette affection très tenace doit être, croyons-nous, à la fois antiphlogistique et destructeur des spores de l'Aspergillus. Les expériences que nous avons faites à ce sujet cultures diverses dans l'étuve Pasteur à température humide et constante de 38°, indiquent que les moyens antiseptiques les plus efficaces pour la destruction des spores et du mycelium d'Aspergillus sont le nitrate d'argent, l'esprit salycilique, la teinture d'iode, l'hypochlorite de chaux, tous à doses très faibles de 1/1.000 à 1/500. Il faudra donc enlever les fausses membranes aspergillaires contenues dans le conduit auditif externe, faire de très fréquentes irrigations tièdes avec la solution d'hypochlorite de chaud à 1/500 immédiatement suivies d'instillations à l'esprit salicylique. S'il y a très grande résistance de la part de l'affection à ce traitement, il sera bon de toucher le conduit auditif avec la solution de nitrate d'argent 1/10, ou à la teinture d'iode, et de persister dans le traitement ci-dessus indiqué. Les récidives sont très fréquentes. Aussi les malades doivent-ils éviter l'humidité et la malpropreté, conditions éminemment favorables au développement de l'Otomycose.

Un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutivement à une otite muqueuse suppurée gauche ; opération ; hernie aiguë du cerveau ; mort. — *Ein fall von temporo-sphenoïdal abscess ein anschluss an linksseitige acute Mittelohreiterung ; operation ; acute hernia cerebri ; tod* ; par le Dr W. MILLIGAN (de Manchester). — *Zeitschr. f. Ohrenheilk*, mai 1897, p. 223.

L'auteur présente ce fait comme un rare exemple d'abcès cérébral développé dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë. Nous ferons toutefois remarquer que les premiers signes de l'encéphalite n'apparurent que trois mois après le début de l'otite, délai qui nous paraît quelque peu excéder la durée habituelle d'une otite aiguë.

Les symptômes de l'abcès cérébral consistèrent en céphalée prédominant au front, et compliquée de somnolence, de cécité verbale, de ptosis et de dilatation pupillaire du côté gauche.

Le crâne fut ouvert à l'aide d'une couronne de trépan ayant 19 millimètres de diamètre, à une distance de 35 millimètres en haut et en arrière du centre du conduit auditif.

Après une petite incision faite à la dure-mère, un troquart enfoncé obliquement en bas et en avant dans le lobe sphénoïdal donna issue, à une profondeur de 2 centimètres, à environ six grammes de pus non fétide. Lavage consécutif avec une solution phéniquée chaude, puis installation d'un drain de caoutchouc dans le foyer.

Amélioration immédiate du malade ; six jours plus tard, ouverture de l'antre mastoïdien où l'on constate simplement de la congestion de la muqueuse.

Sept semaines après l'opération intra-cranienne, alors que le malade paraissait entrer en convalescence, développement rapide et considérable d'une hernie cérébrale, et bientôt après apparition de phénomènes méningitiques qui, huit jours plus tard, emportent le malade. A l'autopsie, l'abcès cérébral se montre vide de pus et ses parois sont rétractées.

Lésions méningitiques de la base du cerveau. Pas de lésions du tegmen tympani ni de la dure-mère à son niveau.

Le transport des germes infectieux de l'oreille vers le cerveau s'était donc fait par voie vasculaire (sanguine ou lymphatique ?).

LUC.

II. — NEZ ET SINUS

Sinusite fronto-maxillaire droite. Perforation du sinus maxillaire par le bord alvéolaire. Destruction de la paroi antérieure du sinus frontal. Suture immédiate de la plaie frontale, après curettage de nombreuses fongosités et installation d'un drain fronto-nasal suivant la méthode Ogston-Luc. — Guérison sans difformité. — *Sinositis maxilar y frontal del lado derecho. — Perforacion del primero por el borde alveolar. — Destruccion de la pared anterior del segundo. — Sutura inmediata de la herida frontal previo raspado de numerosas vegetaciones é instalacion de un tubo de drenaje fronto-nasal (operación de Ogston-Luc).* — *Curacion sin deformacion*, par le Docteur Salvador ORTEGA (de Guatemala) *in* la Escuela de Medicina de Guatemala, 1897, num. 6.

Le titre de cette observation intéressante en donne les traits essentiels. Ajoutons cependant que le malade, homme de 45 ans, présenta, au cours de son affection, des crises épileptiformes qui s'expliquèrent, lors de l'opération, par la constatation d'une large perforation de la paroi profonde du sinus avec dénudation de la dure-mère, et qui d'ailleurs cessèrent de se reproduire ultérieurement.

Notons d'autre part que le drain fronto-nasal ne fut enlevé qu'au bout de 7 mois. Une pareille durée du maintien du tube nous paraît fort exagérée. Nous avons, pour notre compte, réduit la période de séjour du tube de 20 à 8 jours, et notre ami Lubet-Barbon nous a même dit avoir complètement renoncé à son emploi, mesure qui simplifierait singulièrement l'opération sans en compromettre le résultat. LUC.

Rhinoplastie sur support de celluloïde, par M. THELWALL THOMAS. — *The British Medical Journ*, 6 févr. 1897.

Mr. Thelwall Thomas a présenté à « *Liverpool Medical Institution* » un malade de quinze ans qu'il avait opéré sept mois auparavant pour la difformité connue sous le nom de *nez en selle*; les os du nez ayant disparu depuis l'enfance par syphilis congénitale.

Une plaque de celluloïde modelée sur les os du nez et possédant une quille bien marquée sur sa face concave fut insérée sous la peau, la quille s'adaptant bien entre les apophyses nasales des maxillaires supérieurs, les parties latérales reposant sur ces apophyses. L'incision fut faite sur le côté gauche et fermée par des sutures. La plaque de celluloïde enfouie ne parut pas causer d'irritation, et par sa présence avait grandement amélioré la physionomie du malade.

Georges GELLÉ.

Empyème de l'antre d'Highmore chez un enfant de 8 semaines, par D'ARCY POWER, de Chelsea. — *The British Med. Journ.*, 25 sept. 1897.

Un petit garçon de 8 semaines entre dans le service de l'auteur pour un abcès s'ouvrant à la base de la paupière inférieure droite.

La moitié droite du visage était plus saillante que la moitié gauche et la peau de cette région était rouge et brûlante. La pression de la joue faisait sourdre une grande quantité de pus par la fistule cutanée et par la bouche quelques gouttes de pus coulaient du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure. Au stylet on put constater que la partie supérieure du maxillaire supérieur était dénudée.

La fistule fut agrandie, la cavité débarrassée des fongosités et un drain fut placé allant de la paupière inférieure à la bouche à travers l'antre. L'enfant mourut au bout de 15 jours.

Le forceps avait été employé lors de l'accouchement et à sa naissance l'enfant présentait des meurtrissures des 2 côtés de la face, mais plus marquées à droite.

A un mois, le bébé paraissait avoir quelques difficultés à fermer la bouche et il refusait le biberon.

A un mois, la rougeur et le gonflement apparurent et un abcès fut ouvert par un médecin. L'écoulement du pus continua jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Il n'y avait pas eu trace de maladies infectieuses dans l'entourage de l'enfant.

Les cas d'empyème de l'antre chez les jeunes enfants sont extrêmement rares. L'auteur n'en a pu trouver que 4 observations : deux dues à REES (*London Med. Gaz.*, 1847) et les deux autres à SPENCER WATSON (*Diseases of the nose*, 1890, p. 164).

Georges GELLÉ.

A propos des signes cliniques de la sinusite frontale aiguë, par le Prof. G. GRADENIGO (de Turin), (communication à l'Académie royale de médecine de Turin, séance du 13 fév., 1897). — *Ann. des mal. de l'oreille*, juin 1897.

Dans cette note l'auteur attire l'attention sur une forme de sinusite frontale, nullement rare, et qu'en raison de sa forme latente on confond souvent avec la névralgie sus-orbitaire.

Elle succède toujours à un coryza aigu, qui peut passer inaperçu vu sa bénignité relative, et survient plusieurs jours et même une ou deux semaines après la résolution du coryza.

La sinusite débute par une douleur névralgique très nette qui au bout de 10 ou 12 jours peut devenir incessante, avec exacerbations, s'accompagner de photophobie intense, de larmoiement et de troubles généralisés. La percussion pratiquée en frappant le front avec le doigt en marteau est surtout douloureuse pour la partie correspondant à la paroi antérieure du sinus affecté, c'est là le symptôme principal pour le diagnostic différentiel. Aucune altération des parties molles.

L'affection se résout en 15 jours par l'issue à travers la narine d'une certaine quantité de liquide muqueux fluide ou purulent. Récidives fréquentes. L'auteur recommande contre les douleurs la *phénacétine*, la *quinine* et l'*antipyrine*. Localement, introduire le plus haut possible dans la direction de l'hiatus de l'ouate imbibée de chlorhydrate de cocaïne à 10 0/0. C'est là une forme atténuée de mucocèle ou empyème du sinus.

Georges GELLÉ.

Sérothérapie dans l'ozène, par E. LOMBARD, interne des hôpitaux; travail du laboratoire et de la clinique oto-laryngologique de l'Hôpital Lariboisière. — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, novembre 1897.

Lombard commence par rappeler qu'actuellement les différents auteurs ne paraissent guère favorables à la méthode. Si l'on excepte en effet les observations relatées par Molinié de Marseille, la sérothérapie ne semble avoir donné jusqu'à présent, que des succès médiocres, les accidents réapparaissant sitôt la cessation du traitement.

L'auteur donne ici le résultat de ses expériences et les déductions qu'il a cru pouvoir en tirer.

Il lui a paru que la méthode sérothérapique faisait disparaître

très rapidement, chez presque tous les malades, l'un des symptômes les plus pénibles, la fétidité.

L'examen bactériologique des sécrétions fut pratiqué chez tous les malades soumis au traitement, et l'auteur ne s'est adressé qu'à des ozéneux vrais.

Le coccobacille de Lœwenberg a été rencontré chez tous; quant au bacille de Belfanti, il n'a été trouvé que deux fois seulement.

La recherche de l'albumine a été pratiquée après chaque injection.

Les injections furent faites dans la paroi abdominale. On interdit aux malades tout lavage, toute irrigation, afin d'obtenir les effets du traitement dans toute leur pureté.

Voici les points intéressants sur lesquels Lombard croit devoir attirer notre attention.

Quantité de sérum injectée? La quantité injectée en une seule fois a toujours été relativement faible, et n'a pas dépassé, du moins au début, 5 centimètres cubes. L'auteur a toujours laissé un espace de deux trois ou quatre jours entre chaque injection. Les quantités totales ont été en moyenne de 125 à 130 centimètres cubes.

Tous les malades traités ont présenté à un degré plus ou moins intense des phénomènes réactionnels généraux. Ces accidents se sont manifestés très rarement après la première injection, presque toujours après la quatrième ou la sixième; peu graves en général, ils se sont dissipés en quelques jours.

Dans la plupart des cas, la fétidité a commencé à s'atténuer après l'apparition des phénomènes réactionnels généraux; tout au moins l'amélioration rapide leur succède immédiatement.

Quels sont les résultats obtenus? Les résultats immédiats sont en général remarquables. La fétidité s'atténue et peut même disparaître complètement. Les croûtes persistent, souvent moins abondantes.

Ces résultats sont-ils durables? Il est impossible à l'heure actuelle de donner une réponse catégorique. Les faits sont discordants. Il faut tenir un grand compte du degré de la lésion, de son ancienneté et de l'âge du malade. Chez les enfants, l'amélioration est moins persistante.

Localement, la muqueuse devient rouge, hyperhémiée (épistaxis). Les cornets inférieurs sont plus visibles. Pendant la durée du traitement on peut observer souvent une tuméfaction du cornet moyen. Dans quelques cas, on voit sur la tête du cornet moyen des taches hémorragiques.

La disparition *complète* du bacille de Belfanti, pas plus que

celle du coccobacille de Lœwenberg, n'a été signalée dans les observations.

L'auteur croit pouvoir conclure sans pourtant être trop affirmatif que la sérothérapie est un traitement recommandable pour combattre un seul des symptômes des plus pénibles de l'ozène, la fétidité. Mais on ne doit pas faire espérer une guérison *absolument définitive*. Le plus souvent, en effet, le résultat ne sera que temporaire. Georges GELLÉ.

III. — LARYNX ET PHARYNX.

Etude sur les Végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance. Forme des Nourrissons, par H. CUVILLIER[1]. — Communication au Congrès de Moscou.

I. Parmi les travaux multiples publiés sur les végétations adénoïdes aux différentes périodes de l'enfance, un très petit nombre se rapportent à la première année. Cependant, l'affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale, qui doit être décrite d'une façon particulière (forme des nourrissons).

II. Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons. Nous avons pu en réunir 64 observations personnelles concernant des enfants de 1 à 12 mois; et les cas se multiplient à mesure que l'affection devient mieux connue.

L'affection doit être ici considérée comme congénitale, se développant sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain — et s'aggravant sous l'action de causes infectieuses locales (rhino-pharyngites) ou générales à déterminations locales (rougeole, scarlatine, coqueluche, grippe, diphtérie).

III. L'évolution clinique donne lieu à des symptômes fonctionnels tout-à-fait particuliers à cet âge. L'obstruction nasale et rétro-nasale étant la cause de tous les autres symptômes, les troubles de la respiration et de l'alimentation sont prédominants et amènent, par insuffisance respiratoire et alimentaire, la *cachexie adénoïdienne*.

Troubles de la respiration. L'enfant est obligé de respirer la bouche ouverte; les ailes du nez sont dilatées et battent précipitamment; les gencives et les lèvres sont sèches; le visage,

1. Résumé communiqué par l'auteur.

parfois couvert de sueur, est pâle et émacié (*facies inspiratoire*).

La respiration est précipitée, rauque, bruyante (*cornage* d'origine nasale, cessant quand on pince entre les doigts les ailes du nez). La toux fait rarement défaut, tantôt grasse et facile, tantôt dure, éclatante, pénible, quinteuse. Elle est due à l'irritation et au catarrhe du rhino-pharynx et ne s'accompagne d'aucune sensibilité de la trachée, d'aucun symptôme pulmonaire à l'auscultation ou à la percussion. Elle se manifeste quand les mouvements provoqués (abaisse-langue) ou volontaires tendent à débarrasser le rhino-pharynx des mucosités qui l'encombrent.

Comme phénomènes secondaires on observe de la laryngo-trachéite; de la laryngite striduleuse; du spasme de la glotte; de l'emphysème pulmonaire.

Tous ces symptômes s'exagèrent pendant le sommeil. Le défaut d'hématose amène en outre un véritable début d'asphyxie, tenant à l'intoxication du bulbe par le sang, chargé d'acide carbonique; d'où les troubles variés du sommeil que l'on observe : agitation extrême, cauchemars, terreurs nocturnes, cris et réveils en sursaut, accès d'oppression.

Les fosses nasales sont le siége d'un coryza persistant. Le petit adénoïdien, constamment enchifrené, éternue souvent. La lèvre supérieure et l'entrée des narines sont irritées par l'écoulement incessant des mucosités. Ces mucosités encombrent aussi le rhino-pharynx et glissent le long de la paroi postérieure du pharynx buccal.

Troubles de l'alimentation. La succion ne pouvant se faire d'une façon normale que si la respiration nasale est libre, le nourrisson, porteur de végétations adénoïdes et obligé de respirer par la bouche, devra, à chaque instant, s'interrompre de téter pour reprendre haleine. Parfois aussi, avalant de travers, il sera pris de quintes de toux et rendra le peu de lait absorbé.

L'alimentation devenue ainsi défectueuse, d'une part; la gêne respiratoire et l'anoxyhémie chronique qui en est le résultat, d'autre part, amènent rapidement le dépérissement de l'enfant : la *cachexie adénoïdienne* est, par cette double cause, réalisée.

Les *signes physiques* sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé.

Cependant, nous signalerons le *facies* déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil, du petit adénoïdien : la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure, sous-tendue par la lèvre inférieure.

Le thorax, par suite de l'état constant d'effort inspiratoire

dans lequel se trouve l'enfant, peut aussi se déformer ; les muscles inspirateurs tiraillent et fléchissent les côtes et la partie inférieure du sternum dans des positions vicieuses. Ces déformations doivent être séparées de celles causées par le rachitisme. Le rachitisme peut être une cause adjuvante ; mais le rôle prédominant revient, dans ces cas, à la dyspnée.

L'examen du pharynx nasal, impossible par la rhinoscopie antérieure et postérieure, ne peut se faire que par le toucher digital, avec l'index ou le petit doigt, qui franchira plus aisément l'isthme du gosier.

Dans les premiers mois, la brièveté des cavités buccale et pharyngienne, la sangle rigide, formée à cet âge par le voile du palais, rendent fréquemment impraticable le toucher digital. Il faut alors faire d'emblée le diagnostic et le traitement à l'aide d'un coup de pince, donné dans le rhino-pharynx, et qui ramènera des parcelles de l'amygdale pharyngée si elle est hypertrophiée.

Quand on peut faire le toucher, on sent, dans le cas de végétations, une tumeur molle et friable, située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière cavité des fosses nasales : ainsi s'affirme le diagnostic, prévu déjà d'après l'ensemble des signes fonctionnels.

A côté des troubles de la respiration et de l'alimentation, on peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements). — La véritable cause de ces accidents est des plus importantes à établir ; car de nombreux cas de surdi-mutité sont dus certainement à des végétations adénoïdes méconnues.

IV. Les symptômes que nous venons de décrire peuvent avoir, selon les moments où on les observe, une intensité variable. — La marche, essentiellement chronique, de l'affection, se trouve parfois entrecoupée de crises fébriles aiguës (poussées d'adénoïdite) ; et les accidents s'aggravent, pour se calmer à nouveau une fois la crise passée.

En dehors de ces poussées d'adénoïdite, l'affection est apyrétique.

Le plus souvent, on trouve les amygdales palatines normales.

V. Le *diagnostic* positif se fait par les troubles fonctionnels et par l'examen local. En l'absence de fièvre, on peut d'ailleurs poser en principe que tout nourrisson qui présente à la fois des troubles de la respiration et de l'allaitement doit être soupçonné porteur de végétations adénoïdes.

Le diagnostic différentiel doit être établi avec :

a) *le coryza simple* : les accidents, au lieu d'être permanents, sont transitoires et cèdent à un traitement médical approprié.

b) *le coryza syphilitique*. Ici, le coryza est permanent et il y a du jetage. Mais le jetage, au lieu d'être clair et inodore, est séro-sanguinolent, d'odeur fétide. Les antécédents héréditaires et personnels, l'existence de lésions syphilitiques concomitantes trancheront la question.

c) *la coqueluche*, quand il y a de la toux quinteuse ; tandis que, dans la coqueluche, la pression de la trachée réveillera les quintes, elle restera sans effet dans le cas de végétations.

d) *une affection des voies respiratoires profondes*, quand on se trouve en présence d'un enfant affaibli, pâle, qui tousse et respire péniblement : la fièvre, les signes pulmonaires feront reconnaître l'affection thoracique.

e) *l'adénopathie trachéo-bronchique*, dans les cas de cornage. Le cornage, dû aux végétations adénoïdes, cesse quand on pince les ailes du nez, tandis que le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique persiste. Fréquemment d'ailleurs les deux affections, sous la dépendance d'une même influence diathésique, coexistent. En outre, signes pulmonaires.

VI. De l'ensemble des symptômes fonctionnels que nous avons décrits, on doit conclure que le *pronostic* de l'affection, si elle n'est pas convenablement traitée, est grave.

Le coryza d'ailleurs, par suite de l'obstruction nasale qui en est la conséquence, a toujours été considéré chez les nourrissons comme particulièrement sérieux. Or, les végétations adénoïdes réalisent d'une façon permanente cette obstruction nasale qui n'est, dans les cas de coryza, que passagère.

En outre, par suite de l'obligation de la respiration buccale, l'enfant se trouve exposé à tous les inconvénients de ce mode vicieux de la respiration. L'air, au lieu de passer par le filtre nasal, pénètre directement, froid, impur, chargé de poussières et de micro-organismes, dans le pharynx, et peut provoquer des complications du côté des voies respiratoires inférieures (amygdalites, laryngo-trachéites, broncho-pneumonie, etc.).

Enfin, quand les végétations adénoïdes sont causes de surdité, il n'est pas besoin d'insister pour montrer toute l'importance d'un diagnostic exact et d'un traitement radical.

VII. *Le traitement* est médical ou chirurgical.

Dans les cas bénins, on pourra d'abord essayer du traitement médical et arriver ainsi à pallier les accidents, en combattant le catarrhe rhino-pharyngien. De préférence aux pommades et aux insufflations de poudre, nous conseillons l'instillation dans les

narines, la tête de l'enfant légèrement penchée en arrière, d'huile mentholée (1/60) ou résorcinée (1/50 à 1/25). De deux à quatre fois par jour, on instille dans chaque narine avec une seringue *ad hoc*, un 1/2 centimètre cube environ de cette huile. Des badigeonnages à la glycérine boratée ou iodée faible (1/100) débarrasseront le pharynx nasal et buccal des mucosités. — Ces diverses manœuvres seront faites doucement et avec prudence de manière à éviter tout spasme laryngien.

Mais, dans les cas où les accidents se répètent, et d'urgence, quand l'obstruction nasale est déjà assez prononcée pour rendre toute alimentation impossible, ou si on observe des accidents auriculaires, c'est au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'ablation des végétations, qu'il faudra avoir recours.

L'opération est facile, même de moindres conséquences à cet âge qu'à tout autre. L'anesthésie est inutile, les tout jeunes enfants sont très faciles à manier, à peu près inconscients. D'ailleurs, l'intervention opératoire doit être menée très rapidement.

Comme instrument, on se servira d'une pince à végétations dont la portion coudée est très courte, presque uniquement formée par les cuillers, faisant à peu près un angle droit avec le reste de l'instrument.

Chez le nourrisson, il ne faut donner qu'un ou deux coups de pince par séance. On évite ainsi toute hémorragie sérieuse et le traumatisme est trop peu important pour retentir d'une façon fâcheuse sur l'organisme.

Si une première intervention ne suffit pas à déblayer le rhinopharynx, on la complètera dans une ou deux séances, selon les cas, quelques jours plus tard.

Faite dans ces conditions, l'opération ne peut présenter comme seul accident opératoire que la préhension du vomer entre les mors de la pince. Cet accident sera facilement évité, en donnant aux cuillers de la pince une direction convenable (en haut et en arrière).

Les suites immédiates de l'opération sont des plus bénignes. L'enfant est maintenu quelques jours à la chambre de manière à éviter tout refroidissement, pouvant entraîner des complications auriculaires. L'antisepsie nasale et de la plaie opératoire est réalisée par des instillations d'huile mentholée ou mieux résorcinée, qui est moins piquante.

Les résultats de l'opération sont excellents. Les végétations, complètement enlevées, ne récidivent pas.

La respiration nasale se rétablit, l'alimentation devient régulière et la croissance de l'enfant reprend son cours normal.

Hémorragie sous-muqueuse des cordes vocales, par S. W LANGMAID, de Boston. — *N -Y. Med. Jour.*, 28 août 1897.

Ce travail présenté à la XIXe réunion de l'*American Laryngological Association* repose sur l'étude de cinq observations.

Dans tous les cas, l'hémorragie siégeait à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de la corde vocale ; et sauf dans un cas où elle était diffuse, l'hémorragie consistait en une bulle sanguine d'un diamètre égal au diamètre transverse de la corde et soulevant la muqueuse.

Cette hémorragie eut dans tous les cas pour origine un effort brusque et longtemps soutenu auquel succéda une impotence vocale soudaine. Quatre des malades étaient des chanteurs et le cinquième un comédien. Les troubles vocaux consistaient en de la raucité et de la diminution du registre dans les notes hautes.

Pour l'auteur, il n'y a pas à douter que le catarrhe laryngien ne fût un facteur important dans la genèse de l'affection, le défaut de tension existant aussi bien à droite qu'à gauche bien qu'il n'y eût dans tous les cas qu'une seule corde de lésée. La chordite catarrhale nécessiterait une plus grande force pour mettre la glotte en position vocale, d'où congestion pouvant aller jusqu'à la rupture d'un vaisseau.

La lecture des cinq observations semble démontrer que la mauvaise méthode d'émission du son n'est pas seule à incriminer, car un des malades est un chanteur lyrique renommé, pratiquant depuis 35 ans ; un catarrhe laryngien préexistant serait donc presque indispensable à la production de l'apoplexie laryngée.

Dans aucun cas il n'y eut d'hémoptysie ; or on sait que, dans les cas semblables, celle-ci est de règle. Il n'y eut aussi qu'une seule corde d'atteinte, or c'est aussi plutôt l'exception. La douleur laryngée fut fréquente.

En général le pronostic est bon, la guérison survient rapidement sauf dans les cas où une tumeur vasculaire persiste et doit être enlevée pour obtenir le retour de la voix.

Le traitement consistera, avant tout, dans le *repos absolu* de l'organe. Le catarrhe laryngien sera traité par le repos et l'application locale des solutions astringentes. L'auteur s'est bien trouvé des pulvérisations de menthol.

Pour aider au rétablissement de la tension des cordes on prescrira la strychnine, et après la complète disparition du sang extravasée l'électrisation intra-laryngée. Georges GELLÉ.

Des relations entre l'angine et le rhumatisme. — *Ueber Angina und Rhumatismus* ; par Félix PELTESOHN.— *In Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, volume VII, tome I, 1897. page 58.

Dans ce travail fort intéressant et très documenté P. cherche à démontrer que l'angine simple, le rhumatisme articulaire, le rhumatisme musculaire et les manifestations cutanées observées au cours de ces affections dépendent tous d'une cause pareille. Cette cause doit être cherchée au niveau de l'amygdale et l'agent causal de ses diverses manifestations ne serait autre que des microbes pyogènes souvent fort attenués dans leur virulence.

Donc point de départ amygdalien, agent pyogène d'autre part, tels sont les deux grands facteurs des affections sus-indiquées. Mais bien entendu, au tour de ce pivot viennent se ranger toutes les causes secondes habituellement notées, à savoir, la misère physiologique, les mauvaises conditions hygiéniques, etc. La différence des symptômes dépend d'une part de la virulence plus ou moins grande des microbes et aussi de la plus ou moins grande résistance de l'organisme. Comme on le voit, ce sont les idées émises par M. Dieulafoy à propos du bacille de la tuberculose dont la porte d'entrée réside si souvent au niveau des amygdales, que l'auteur applique à une nouvelle série de microbes et de maladies.

G. WOLFF.

Les muscles intrinsèques du larynx.—*Zur Kenntniss des inneren Kehlkopf, Muskeln des Menschen;* par Edmond MEYER.— In *Archiv, für Laryngologie und Rhinologie*. volume VI, tome III, 1897, page 428.

Ce travail dont le premier chapitre seulement vient de paraitre constitue une étude complémentaire des recherches de B. Fränkel sur l'anatomie détaillée du larynx publiée en 1894 dans les *Archives allemandes*.

L'auteur envisage l'anatomie du larynx à un point de vue tout à fait nouveau; il s'agit là d'une sorte d'étude d'anatomie philosophique si l'on peut dire. En effet, Meyer pense que la division des muscles d'un organe ne doit pas reposer seulement sur leurs rapports et leurs points d'insertion; mais on doit surtout tenir compte dans les recherches de ce genre de l'anatomie comparée

et de l'évolution propre à chaque muscle. Ceci établi, l'auteur conclut que les muscles intrinsèques du larynx doivent être ramenés aux 3 grands types suivants :

1° Muscle crico-thyroïdien antérieur.

2° Muscle crico-arythénoïdien postérieur.

3° Sphincter de la glotte. Ce dernier muscle, s'insérant en des points divers des cartilages, forme un système homogène ayant sa physionomie propre, encore qu'il soit divisé en plusieurs segments. Comme on le voit il s'agit là d'une synthèse de la musculature du larynx allant à l'encontre de la division classique établie jusqu'ici par les anatomistes. Nous ferons connaître, en y ajoutant les détails nécessaires, la suite du travail de M. Meyer, la présente analyse n'ayant pour but que d'indiquer l'idée qui a présidé à ses recherches.

G. WOLFF.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Notre excellent confrère et ami A. Martin a été promu récemment chevalier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux de lui offrir ici nos bien sincères compliments.

* * *

Nos confrères de province ou de l'étranger connaissent toutes les difficultés qu'il y a à se procurer tel ou tel ouvrage, tel ou tel document en vue d'une monographie ou d'un travail original. Voici deux innovations qui rendront, nous n'en doutons pas, les plus grands services aux chercheurs.

Et d'abord c'est la librairie Maloine qui vient de créer un service de prêt de livres de médecine par abonnement, sous le nom de MALOINE MÉDICALE CIRCULANTE.

Pour cinq francs par mois, les abonnés reçoivent en lecture, pour un temps indéterminé, tous les ouvrages de médecine qu'il leur convient de demander.

Le catalogue des ouvrages, ainsi que les conditions d'abonnement, seront envoyés franco sur demande.

* * *

Ensuite c'est notre confrère le Dr Baratoux qui met à la disposition des spécialistes les 200.000 fiches qu'il a réunies depuis l'année 1878. Ces fiches ne portent que sur les articles relatifs à notre spécialité ; la plupart des articles, dont les titres ont été relevés soit dans les Revues françaises, anglaises, allemandes, soit dans les grands journaux de médecine, la plupart des articles, disons-nous, ont été analysés. Donc, « à partir du 1er janvier 1898, M. Baratoux tiendra ses fiches à la disposition de ses confrères aux conditions suivantes :

« 1° Fiches bibliographiques, 5 centimes la fiche ;

« 2° Fiches analytiques, résumé de quinze à vingt lignes au maximum, 50 centimes à 1 franc la fiche, suivant la longueur de l'article original.

« Pour les articles ou les monographies dépassant une quinzaine de pages, le prix pourra être porté à 2 francs. »

Il s'agit, on le voit, d'une combinaison analogue à celle imaginée précédemment par notre confrère, M. le Dr Baudouin. C'est parce que nous avons entendu fréquemment des confrères de province se plaindre de l'impossibilité où ils étaient de réunir des documents, que nous avons cru devoir leur indiquer ces deux sources nouvelles auxquelles ils pourront aller puiser.

* * *

Le Dr Dundas-Grant, de Londres, vient d'être élu président de la société de Laryngologie et d'Otologie de Londres. M. Dundas-Grant est un peu des nôtres. Il est de ceux, en effet, qui veulent se rendre compte des progrès qui s'accomplissent au dehors. Avec M. Moll, d'Arnheim, Béco, de Liège, Blondiau, de Charleroi, etc., il fait toujours partie du groupe de médecins étrangers qui viennent assister à notre Congrès du printemps, et que nous sommes si heureux de recevoir au milieu de nous. C'est pourquoi nous adressons avec le plus grand plaisir, à notre sympathique confrère, nos bien sincères félicitations.

* * *

Notre excellent confrère, le Dr Lavrand, de Lille, préconise dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, n° du 16 octobre 1897, le *nouveau* procédé suivant pour donner la douche de Politzer:

« Le malade gonfle ses joues comme s'il voulait souffler une bougie, mais les lèvres closes ne laissent pas échapper l'air. Le malade en même temps doit faire un léger effort, c'est-à-dire gonfler ses joues avec une certaine force, afin de tendre le voile du palais qui s'est relevé dès le début de l'insufflation ou gonflement des joues. Tous parviennent très aisément à exécuter cette petite manœuvre pour laquelle il est nécessaire d'observer trois conditions: 1° gonfler les joues avec une certaine force, 2° ne pas laisser l'air passer à travers l'orifice buccal, 3° ne pas laisser l'air s'échapper par les fosses nasales. Ces conditions réalisées, on applique l'embout du ballon à l'une des narines bien exactement; on ferme l'autre en la comprimant avec un doigt; quand le sujet gonfle bien convenablement ses joues, on comprime le ballon. » (*Journal des Sciences médicales de Lille.*)

Le procédé indiqué par notre confrère est depuis fort longtemps en usage ici. Pour ma part, lorsque je débutai dans la carrière, je l'ai vu fréquemment appliqué, soit à la clinique de Luc, soit à la clinique de Lubet-Barbon et Martin. Les élèves trouvaient le moyen commode, mais avec beaucoup de raison nos maitres nous recommandaient de l'employer le moins possible. Rien n'est supérieur, en effet, à la technique indiquée par Politzer lui-même, et ce procédé de la bouche fermée doit être réservé pour les enfants ou quelques très rares malades qui ne comprennent pas ce qu'on exige d'eux.

* * *

La physiologie de l'oreille chez les anciens Égyptiens, d'après le journal de M. Variot: « Il y a deux vaisseaux pour les yeux, deux pour les paupières, deux pour l'oreille droite, par lesquels entrent les souffles de la vie; deux pour l'oreille gauche, par lesquels les souffles de la mort entrent également. » Les souffles dont il est question, à propos de l'oreille droite, sont « les bons souffles, les souffles délicieux du Nord », la brise de mer, qui tempère les ardeurs de l'été, et qui récrée

les forces de l'homme, sans cesse amoindries par la chaleur et menacées d'épuisement. Ces esprits vitaux s'insinuant par l'oreille et par le nez dans les veines et dans les artères, se mêlent au sang qui les entraine par le corps entier. »

Si la physiologie a jamais justifié l'appellation qu'on lui a autrefois donnée de roman, c'est bien au temps des Pharaons.

* * *

SPÉCIALISTES ET MÉDECINS. — La Société médicale du 9e district de Vienne (Autriche) vient de voter le règlement suivant qu'elle propose à l'adoption de la Chambre des Médecins au sujet des rapports qui doivent exister entre les spécialistes et les médecins ordinaires.

1° Le spécialiste est un médecin qui renonce à l'exercice de toutes les branches de la médecine, à l'exception d'une partie bien délimitée.

2° Le spécialiste ne doit entreprendre aucun traitement sans s'être entendu avec le médecin ordinaire du malade ou de sa famille.

3° Le médecin ordinaire doit être mis au courant du diagnostic établi et son avis doit être pris pour les interventions importantes.

4° S'il n'est pas possible que le médecin ordinaire dirige le traitement à suivre, le spécialiste doit le laisser y prendre part dans la mesure de son aptitude.

5° Le malade ne peut être adressé par le spécialiste à un troisième médecin qu'avec l'assentiment du médecin ordinaire (*Gaz. heb. de méd.*, 4 juillet 1897).

La pétition que les privat-docent d'otologie ont adressée au Reichstag, et dans laquelle ils demandaient l'adoption de cette spécialité dans le programme des examens que subissent les candidats au grade de docteur en médecine, a été transmise à la Commission des Pétitions qui a décidé à l'unanimité de la transmettre au Chancelier de l'Empire.

* * *

Dans la transformation que va subir l'hôpital de la Charité de Berlin, 17 lits seront consacrés aux maladies des oreilles et 16 aux maladies du nez et de la gorge (*Revue hebd. du larynx*, n° 18, 1897).

* * *

Nécrologie. — Dr P. GROSSMANN, spécialiste pour les maladies de la gorge et du nez, à Odessa, décédé à l'âge de 39 ans.

Le Pr M. J. OERTEL a succombé le 17 juillet dernier à l'age de 62 ans.

Le Gérant : G. MAURIN.

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., 71, RUE DE RENNES.

TABLE DES MATIÈRES

Tome X — 1897

TABLE DES NOMS D'AUTEURS [1]

A

Abercrombie, 74.
Andérodias (N.), **579**.
Antow (W.), 617.
Apert et Aviragnet, 635.
Arslan (Y.), **383**.
Aubert, 627.
Auché et Brindel, 369.
Augiéras, 365.
Avellis, 100.
Avirâgnet et Apert, 635.

B

Bacon, 610.
Bar (L.), 364, **676**, 761.
Barling, 633.
Barozzi, 616.
Barozzi et Lermoyez, 632.
Barton (J. Lindley), 83.
Bayeux (R.), 633.
Bergengrün (P.), 62[illegible].
Berger, 630.
Bernoud, 634.
Black (G. Melville), 91.
Bliss (A.-Ames), 90.
Bonain (A.), 363, **476**.
Bonnier (P.), 755.
Botey (R.), **517**.
Boulay (M.), 311.
Braquehaye (J.), **119**.
Brindel et Auché, 369.
Bronner (A.), 87, 93.
Brown (Moreau R.), 92.
Buck (A.), 610.
Buys, 629, 702.

C

Cartaz, **257**, 331.
Casselberry, 94.
Castex, 334, 346.
Chamberlin, (F. J.), 611.
Chappell (Walter F.), 101.
Chiari (O.), 624.
Chipault, 626.
Clauda, 496.
Cohen (S.-Solis), 95.
Cohn (F.), 73.
Collet (F.-J.) **253**.
Collet et Garel, 744.
Collinet (Paul), 746.
Comby, 631.
Coolidge (A.), 97.
Courtade (A.), **22**, **646**.
Cowle, (C. G.), 90.
Cullagh (Mc), 96.
Cuvillier (H.), 768.

D

Dahlgren, 99.
D'Arcy Power, 765.
Decorse (J.), 314.
Delamare et Descazals, 636.
Delavan (Bryson), 94, 611, 615.
Denigès, 636.
Didsbury (G.), **538**.
Doyen (E.), **246**, **252**.
Druon (Eug.), 635.
Dunn (J.), 609.

E

Egger (Léon), 363, 606.
Escat (E.), 330, **653**.
Etiévant (R.), **29**, 757.
Eulenstein (H.), 225.
Ewald, 626.

F

Farlow (J.), 612.
Fayolle (L.), 633.

1. — Les chiffres ordinaires indiquent la page ; les chiffres en **egyptienne** les travaux originaux.

Ferreri, 102.
Fiessinger (Ch.), **201**, **503**.
Flanders (W.), 609.
Forestier, **466**.
Foucher, 612.
Frænkel (B.), **100**.
Frankenberger (O.), 70.
French (Ph.-R.), 98, 230.
Freytag, 630.
Fruitnight (J.-H.), 89.
Furet, **473**.

G

Galatti (Demetrio), 634.
Gallois (P.), 103, 231.
Garel (J.), **237**.
Garel et Collet (J.-F.), 744.
Garnault, 71.
Gastou (P.), 102.
Gaudres,
Gellé (M. E.), **3**.
Gellé (Georges), 49, **171**, 359, **568**, 606, 627.
Gennes (de), 102.
Gillette (Arthur), 84.
Gleitsmann (J.-W.), 95.
Glover (Jules), **715**.
Gluck (Léopold), 624, 632.
Goldscheider, 628.
Goldschmidt (A.), 633.
Good (P.), 368, **681**.
Goris, 229.
Gouly (M.), 608.
Gradenigo (G.), 219, 766.
Grant (Dundas), 332, 359.
Graupner, 628.
Grey-Edwards, 613.
Grilfon, 102.
Griner (A.), 230.
Grossard, 379.
Gruber (J.), 617.
Grunert (C.), 67, 750.

H

Hajek (M.), 622.
Hamon du Fougeray, 375.
Hang (Rud.), 99.
Hansell (Howard F.), 90
Hanshalter, 634.
Haug, 758.
Hédon (E.), 81.
Helme (F), 1, 52, 117, 175, 235, 314, 381.
Hennebert, 627.
Heymann (P.), **126**, 216.
Hofer, 631.
Horne (W. Jobson), 82.
Hubbard (Th.), 98.

J

Jacquin (P.), 368.
Jacquin et Luc, **639**.
James (J.), 614.
Joal, 380.
Jullien, 631.

K

Katzenstein (J.), 85.
Kayser, 618.
Keighley (H.), 608.
Knight (Ch.), 613.
Kofmann, 635.
König, (F.), 101.
Körner (O.), 759.
Kuh (E.), 614.
Kuhn (A.), 227, 228.

L

Lacroix (P.), **19**, **660**, **673**.
Lange (V.), 616, 622.
Langmaid (S. W.), 773.
Lannois (M.), **405**, **595**.
Lannois et Martz, 361.
Lantenbach (J), 87.
Laurens, 370.
Lermoyez (M.), 207, 286, 337, 708.
Lermoyez et Barozzi, 632.
Leutert (Ern.), 598,
Lévi (L.), 628.
Lichtwitz, **25**, **462**, **678**.
Lichtwitz et Sabrazès, **712**.
Lœwenberg (B.), 629.
Lombard (E.), 766.
Lubet-Barbon, **471**.
Luc, **131**, 224, **273**, 372, **410**, **524**, 603.
Luc et Jacquin, **639**.
Luzzati (A.), 223.

M

Macintyre (J.), **10**.
Mackenzie (J. Noland), 229.
Malherbe (A.), **144**.
Manasse (Paul), 760.

Martin, 336.
Martuscelli, 103.
Matlack (E.), 93.
Maurange (G.), 635.
Maxwell (P. W.), 93.
Mayer (E.), 612.
Mendel (H.), 607.
Meyer, 630
Meyer (Edmond), 774.
Miller (A. G.), 608.
Milligan (W.), 762.
Miot, 353.
Mirallié (Ch.), 345.
Molinié, 369.
Moll, 345, 375.
Morel-Lavallée (A.), 101.
Moss (R.), 609.
Mounier, **13**, **263**.
Moure, 344, 355.
Mouret, 369.
Mulford (H.), 614.

N

Newman (D.), 86.
Noquet, 361.
Nové-Josserand, 628.

O

Ortega (Salvador), 754.

P

Panzer, 626.
Péan, 630.
Peltesohn (Félix), 774.
Planchu, 100.
Politzer (A.), 739, 742.
Pooley (Th.-R.), 89.
Porcher (P.), 91.
Porter (W.), 96.

R

Rankin, 98.
Raugé (P.), **38**, 65, **149**, 185, **286**, **583**.
Reichert (Max), 621.
Réthi (L.), 102, 619.
Reynier, 103.
Ripault (H.), **76**.
Rist (Ed.), 99.
Rivière (A.), **29**, 197, 378.
Robert, 636.
Robertson (W.-F.), 87
Robson (Mayo), 608.
Roe (John O.), 92.
Rosapelly, **555**.
Roy (Dunbar), 610.

S

Sabrazès et Lichtwitz, **712**.
Salzburg (S.), 80.
Sarremone (R.), 105, 353.
Schiffers (F.), 742.
Schlesinger (E.), 100.
Schmidt (Moritz), 77, 603.
Schwartz (Ed.), 104.
Schwidop (O.), 620.
Sendziak (J.), 604.
Sheild (A. M.), 101.
Shields (Ch.), 97.
Silcock (A. Quarry), 228.
Simon (Paul), 631.
Smith (J. Lewis), 94.
Spiess, 79.
Stacke (Ludwig), 689.
Stoker (G.), 91.
Swain (H.- L.), 95.

T

Texier (V.), 345.
Thelwall Thomas, 764.

U

Urbantschitsch (V.), 606.

V

Vacher, 377.
Valude (E.), **488**.
Vanrant (E.), 611.
Villard, 627.
Vulpius (W.), 623.

W

Wagner (H. Lewis), 96.
Weil (Moriz), 618.
Weissgerber (K.), 616.
Woodruff (J.-S.), 629.

Y

Yearsley (Macleod), 82.

TABLE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

Andérodias (**N.**), d'Amiens. — Labyrinthite syphilitique double guérie en sept semaines 579

Arslan (**Y.**), de Padoue. — Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants 383

Bar (**L.**), de Nice. — Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux 676

Bonain (**A.**), de Brest. — Contribution à la chirurgie de l'oreille ; considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne 476

Botey (**Ricardo**), de Barcelone. — Indications et contre-indications du traitement chirurgical dans la tuberculose du larynx et résultats que l'on en peut espérer 517

Braquehaye (**J.**), de Bordeaux. — Cholestéatome de l'apophyse mastoïde gauche. Trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne. Guérison 119

Cartaz, de Paris. — Abcès chroniques du voile 257

Collet (**F. J.**), de Lyon. — Examen du larynx dans un cas de paralysie glosso-labiée 253

Courtade (**A.**), de Paris. — Abaisse-langue à contre-pression (*figure*) 22

Courtade (**A.**). — Des troubles de la voix d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs 646

Didsbury (**G.**), de Paris. — Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale (*avec planches*) 538

Doyen (**E.**). — Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros polypes naso-pharyngiens 245

Doyen (**E.**). — Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon. 252

Escat (**E.**), de Toulouse. — Ecoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif externe. Fistule congénitale probable 653

Fiessinger (**Ch.**), d'Oyonnax. — Les maladies du nez, de l'oreille et du larynx à l'époque de la Renaissance 201

Fiessinger (**Ch.**), d Oyonnax. — L'anatomie du nez, de l'oreille et du larynx à l'époque de la Renaissance 503

Forestier, d'Aix-les-Bains. — Sinusite frontale primitive subaiguë, etc. 466

Furet, de Paris. — Un cas de molluscum pendulum de l'amygdale 473

Garel (**J.**), de Lyon. — De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie. 237

Gellé (**M. E.**), de Paris. — De la conservation de l'audition malgré l'ankylose de l'étrier. 3

Gellé (**G.**) fils, de Paris. — Accidents cérébraux (pseudo-méningite) au cours d'une otorrhée chronique : trépanation de la mastoïde, guérison. 171
Gellé (**Georges**), fils. — Contribution à l'étude des affections auriculaires chez les goutteux ou les individus de race goutteuse 568
Glover (**Jules**). — Radiographie des cavités craniennes (avec 4 planches hors texte). 715
Good (**P.**), d'Enghien. — Deux cas de papillomes du voile du palais 681
Heymann (**P.**), de Berlin. — Traitement arsenical du sarcome des amygdales 126
Lacroix (**P.**), de Paris. — Du redressement spontané des déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale opposée. 19
Lacroix. — Traitement des otites suppurées par l'acide picrique. 660
Lacroix. — Œdème précoce dans la syphilis secondaire du larynx. 673
Lannois (**M.**), de Lyon. — Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage ; traitement par la sonde de Jaboulay. 405
Lannois (**M.**), de Lyon. — Sur un ivoire japonais (*une planche*). 595
Lichtwitz (**L.**), de Bordeaux. — Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes. . 25
Lichtwitz, de Bordeaux. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur simulant un empyème soi-disant « classique » de l'antre d'Highmore. 462
Lichtwitz, de Bordeaux. — Élimination d'un cholestéatome volumineux du temporal par une vaste brèche du conduit auditif osseux. 678
Lubet-Barbon. — Hémorragies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique. 471
Luc, de Paris. — Méningite suppurée aiguë traumatique enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le lavage antiseptique de la pie-mère. 131
Luc. — Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire. . 273
Luc. — Contribution à l'étude des complications intra-craniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal). 410
Luc. — Nouveaux faits relatifs à la méthode Ogston-Luc pour la cure radicale de l'empyème frontal. Examen critique des insuccès et des accidents pouvant résulter de son exécution défectueuse. 524
Luc et **Jacquin**, de Reims. — Un cas de phlébite suppurée du sinus latéral consécutivement à l'ouverture accidentelle de ce vaisseau, au cours d'un évidement pétro-mastoïdien, ouverture et nettoyage de toute la longueur infectée du sinus. Mort. 639
Macintyre (**J.**), de Glasgow. — De l'emploi des rayons X et des écrans fluorescents dans les régions nasales et pharyngiennes (*avec figures*). 10

Malherbe (**A.**), de Paris. — De l'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche. 144
Mounier, de Paris. — Un nouveau procédé d'ablation du mur de la logette (*avec figures*). 13
Mounier. — Du traitement chirurgical dans l'otite moyenne sèche. 263
Raugé (**P.**), de Challes. — Relief et orientation. Réponse à M. P. Bonnier. 38
Raugé (**P.**), de Challes. — Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale. 149
Raugé (**Paul**), de Challes. — Paralysie traumatique du voile du palais. 583
Rivière (**A.**) et **Etiévant** (**R.**), de Lyon. — Quelques cas de phlébites du sinus et de septico-pyohémie d'origine otitique. 29
Rosapelly. — Nouvelles recherches sur le rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores (voix haute, voix chuchotée, voix respiratoire). 555
Valude (**E.**). — Diagnostic ophtalmoscopique des complications cérébrales dans les sinusites (*Revue clinique*). . . 488

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE [1]

Oreilles.

Abcès du cerveau consécutifs, l'un à une otite suppurée, l'autre à une ostéite fronto-ethmoïdale et à une sinusite frontale, par **Planchu**. 100
Abcès du cervelet d'origine otique, par **Ed. Rist**. 99
Abcès du lobe temporo-sphénoïdal consécutivement à une otite moyenne suppurée gauche; opération, hernie aiguë du cerveau; mort; par **W. Milligan**, de Manchester 763
Abcès extra-duraux d'origine otique, par **C. Grunert**, de Halle. 750
Abcès mastoïdien se prolongeant sur le trajet du sinus latéral, par **W. Flanders**. 609
Abcès par congestion sous-mastoïdien et rétro-pharyngien, consécutif à une otite moyenne suppurée, par **Haug** de Munich. 758
Accidents cérébraux (pseudo-méningite) au cours d'une otorrhée chronique. Trépanation de la mastoïde, guérison; par **Georges Gellé** fils. **171**
Acide picrique (Traitement des otites suppurées par l'), par **Lacroix**. **660**
Affaissement inspiratoire du sinus transverse dénudé et de l'embolie aérienne, par **O. Kœrner**, de Rostock. 759
Affections auriculaires chez les goutteux, par **Georges Gellé**. **568**
Apophyse mastoïde (Quelques récentes modifications au traitement chirurgical des maladies des cellules mastoïdiennes et de l'), par **A. Bronner**. 87
Aspergillose (De l'), par **L. Lévi**. 628
Atlas des images tympaniques à l'état normal et à l'état pathologique, par le professeur **A. Politzer**. 739
Atrésie congénitale du conduit auditif externe, par **W. Antow**. 617
Audition malgré l'ankylose de l'étrier (De la conservation de l'), par **Gellé**. **3**
Bourdonnements d'oreille et atropine par **Aubert**. 627
Cerumen (Analyse chimique du), par **Launois** et **Martz**. . 361
Champ auditif dans l'espace (Le); Contribution à la physiologie de l'organe de l'ouie, par **A. Luzzati**. 223
Chirurgie de l'oreille (Contribution à la); considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne, par **A. Bonain**, de Brest. **476**
Cholestéatome de l'oreille (Le), par **H. Luc**. 224
Cholestéatome de l'apophyse mastoïde gauche. Trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne. Guérison par **J. Braquehaye**. **119**
Cholestéatome de l'oreille moyenne droite. Mort pendant l'o-

1. — Les chiffres ordinaires indiquent la page; les chiffres en **égyptienne** les travaux originaux.

pération à la suite de la pénétration d'air dans le sinus latéral ouvert, par **A. Kuhn** 228
Cholestéatome volumineux du temporal (Élimination d'un) par une vaste brèche du conduit auditif osseux, par **Lichtwitz**, de Bordeaux **678**
Complications intra-craniennes d'origine otique (Sur 3 cas de), par **Moure** 355
Complications mastoïdiennes de l'otite moyenne suppurée aiguë ou chronique par les lavages de la caisse par la trompe d'Eustache (Traitement des), par **Grossard** 379
Cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral, par **A. Chipault** 626
Diagnostic des perforations du tympan par **V. Lange** 616
Diagnostic et du traitement précoces dans l'otite moyenne (Importance du), par **J. Henry Fruitnight** 89
Diplacousie mono-auriculaire, par **R. Etiévant**, de Lyon . 757
Dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'homme à l'état normal et pathologique, à l'usage des anatomistes, des médecins auristes et des étudiants, par **A. Politzer**. Traduction française par **F. Schiffers**, de Liège . . 742
Ecoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif externe. Fistule congénitale probable, par **E. Escat**, de Toulouse **653**
Evidement opératoire des cavités de l'oreille moyenne, par **L. Stacke**, d'Erfurt 689
Evidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche (De l'), par le Dr **Aristide Malherbe** **144**
Examen ophtalmoscopique pour aider dans les otites moyennes suppurées, au diagnostic des complications cérébrales (Valeur de l'), par **Th.-R. Pooley** 89
Exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise, par **V. Urbantschitsch**, traduction française du Dr **L. Egger** 606
Extraction de l'étrier, au point de vue d'une amélioration de l'ouie, en cas d'ankylose de cet osselet avec la paroi vestibulaire (Que sommes-nous en droit d'attendre de l'), par **Grunert**, de Halle. 67
Guérison d'abcès cérébral double, avec fistule ventriculaire. Aphasie visuelle, par **P. Manasse**, de Strasbourg. . . . 760
Hématome de l'oreille, par **W. F. Robertson**. 87
Hémorragie grave de l'oreille, par **Pauzer** 626
Hyperostoses du conduit auditif externe chez une malade atteinte depuis longtemps d'otite moyenne suppurée, par **J. Dunn** 609
Influence des sons sur la coordination des mouvements (De l'), par **Graupner**. 628
Kyste de l'oreille, par **J. Gruber** 617
Labyrinthite syphilitique double guérie en 7 semaines, par **N. Andérodias**. **579**
Lésions de l'oreille, du nez et du pharynx que l'on trouve chez les enfants placés dans les institutions de sourds-muets. Importance de leur traitement, par **Hamon du Fougeray**. 375
Mastoïdite aiguë avec abcès subdural, par **Hennebert** . . . 627
Mastoïdite, par **Bacon**. 610
Méningite suppurée aiguë traumatique enrayée par l'ouverture

hâtive du crâne et le lavage antiseptique de la pie-mère, par le Dr **Luc**. **131**
Molaire dans l'antre d'Highmore (Extraction d'une) par **B. Frænkel**. 100
Mur de la logette (Un nouveau procédé d'ablation du), par **Mounier**. **13**
Otite moyenne gauche purulente aiguë. Méningite ou abcès cérébral? Aphasie sentorielle. Opération, mort. Méningite constatée à l'autopsie, par **A. Kuhn**. 227
Otite moyenne sèche (Du traitement chirurgical dans l') par **Mounier**. **263**
Otite moyenne suppurée chronique (De l'), par **R. Moss**. . . 609
Otites suppurées (Traitement des) par l'acide picrique, par **Lacroix** **660**
Otomycosis, par **L. Bar**, de Nice. 761
Perception mono-auriculaire et bi-auriculaire de la direction des sons, par **Augiéras**, de Laval. 365
Perforation permanente artificielle du tympan (Résultats de la), par **Miot**. 353
Périostite mastoïdienne, par **Laurens**. 370
Phlébites du sinus et de septico-pyohémie d'origine otitique (Quelques cas de), par **A. Rivière** et **R. Etiévant**. . . **29**
Phlébo-sinusite d'origine otitique, par **Villard**. 627
Phono et pneumo massage dans les otites moyennes suppurées, par **J. Lantenbach**. 87
Pneumatocèle de la région mastoïdienne, par **Nové-Josserand**. 628
Production d'exsudat dans la partie supérieure de la caisse, au cours de l'influenza (Sur la), par **Rud. Haug**. 99
Pseudo-diphtérie auriculaire à streptocoques, par **B. Loewenberg** 629
Pyémie otique (De la), par **Ernest Leutert**. 598
Pyémie otique guéri par l'excision de la veine jugulaire interne thrombosée (Un cas de), par **H. Eulenstein**. 225
Rapport de la diathèse goutteuse avec les maladies de l'oreille, par **A. Buck**. 610
Relations (Des) entre la zone excitable du cerveau et le labyrinthe, par **Ewald**. 626
Relief et Orientation (réponse à M. Pierre Bonnier), par **P. Raugé** **38**
Sinus latéral (Un cas de phlébite suppurée du) consécutivement à l'ouverture accidentelle de ce vaisseau, au cours d'un évidement pétro-mastoïdien. Ouverture et nettoyage de toute la longueur infectée du sinus. Mort; par **Luc** et **Jacquin**. . **639**
Sténose du conduit auditif externe consécutive aux opérations pratiquées dans les maladies de l'oreille moyenne, par **A. G. Miller**. 608
Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher, par **P. Collinet**. . 746
Suppuration mastoïdienne suivie de pyémie du sinus latéral, traitée par l'excision partielle du sinus et la ligature de la veine jugulaire interne dans le cou, par les Drs **Mayo Robson** et **Herbert Keighley**. 608
Surdité (Le traitement chirurgical de la), par **Garnault**. . 71
Suture du sinus latéral, par **Ed. Schwartz**. 404

Technique opératoire de l'abcès cérébral otique, par **Gradenigo**. 219
Thrombose du sinus latéral consécutive à une otite moyenne suppurée et terminée par la guérison, par **K. Weissgerber**. 616
Thrombose du sinus longitudinal supérieur (Un signe de la), par **M. Lermoyez**. 708
Thrombose du sinus transverse consécutive à une otite moyenne (Trois cas de), par **Dahlgren**. 99
Trépanation de la mastoïde pour des accidents cérébraux (pseudo-méningite) au cours d'une otorrhée chronique, guérison, par **Georges Gellé**. **171**
Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes aiguës ou subaiguës (Des indications de la), par **F. Cohn**. 73
Troubles oculo-moteurs dans la paralysie faciale périphérique, par **P. Bonnier**. 755

Nez et Sinus.

Affection du nez (Deux cas intéressants d'), chancre et kyste, par **Ellwood Matlack**. 93
Affections du nez et de l'oreille par l'oxygène (Traitement des), par **G. Stoker**. 91
Anatomie pathologique des cellules ethmoïdales (Contribution à l'), par **John Noland Mackenzie**. 229
Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx (Anatomie normale et pathologique), par **J. Garel** et **J. F. Collet**, de Lyon. 744
Cloison des fosses nasales (Tumeur de la), par **Gaudres**. . 630
Complications intra-craniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal) (Contribution à l'étude des), par **Luc**. **410**
Complications cérébrales dans les sinusites (Diagnostic ophtalmoscopique des), *revue clinique* par **E. Valude**. . . . **488**
Déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale opposée (Du redressement spontané des), par **P. Lacroix**. **19**
Déviations, éperons, crêtes de la cloison (Etiologie des), par **John O. Roe**. 92
Déviations de la cloison du nez (Traitement des), par **Sarremone**. 353
Diagnostic précoce et du traitement des obstructions du nez chez l'enfant (De l'importance du), par **A. Bronner**. . . . 93
Empyème aigu du sinus maxillaire (Dix cas d'), par **Avellis**. 100
Empyème chronique du sinus maxillaire (une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'), par **Luc**. . **273**
Empyème de l'antre d'Highmore chez un enfant de 8 semaines, par **d'Arcy Power**, de Chelsea. 765
Empyèmes du sinus frontal, par **A. Quarry Silcock**. . . . 228
Empyème du sinus maxillaire par l'ouverture large (Le traitement des), par **H. Ripault**. 76
Empyème du sinus maxillaire (Technique de la cure radicale de l'), par **Goris**. 229
Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage retro-maxillaire, par **E. Escat**. 330
Ethmoïdites chroniques (A propos des), par **Max Reichert**. . 621

Fracture de la paroi externe des fosses nasales, par **Freytag**. 630
Hémorragie dans quelques opérations sur le nez et la gorge, par **A. Coolidge**. 97
Hypertrophie des cornets (Nouvelle méthode de traitement de l'), par **Bryson Delavan**. 611
Irrégularités de la cloison du nez, au moyen de scies actionnées par l'électricité (nouvelles recherches sur le traitement des), par **Moritz Schmidt**. 77
Irrigations nasales (De la valeur thérapeutique des), par **P. Bergengrün**. 620
Kyste natal (Un cas de), par **F. J. Chamberlin**. 611
Massage de la pituitaire par **O. Schwidop**. 620
Méthode Ogston-Luc (Nouveaux faits relatifs à la) pour la cure radicale de l'empyème frontal, par **Luc**. **524**
Obstruction des fosses nasales sur l'accommodation (Influence de l'), par **P. W. Maxwell**. 93
Olfactomètre muni d'une solution odoriférante chimiquement pure du Dr Zwaardemaker (Présentation d'), par **Moll**. . . 375
Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur simulant un empyème soi-disant « classique » de l'antre d'Highmore, par **Lichtwitz**. **462**
Ozène (Rapport sur le traitement de l'), par **Moure**, de Bordeaux. 314
Ozène (Recherches bactériologiques sur l'), par **Auché** et **Brindel**. 369
Ozène et de son traitement par la médication alcaline (De l'), par **Mouret**) 369
Ozène par l'électrolyse (Traitement de l'), par L. **Rethi**. . . 619
Ozène avec les adénoïdites (Rapports de l'), par **Kayser**. . 618
Perte de la vue à la suite d'une affection des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux (Un cas de), par **Howard F. Hausell**. . . 90
Polypes des fosses nasales, par **Péan**. 630
Prothèse nasale, par **Berger**. 630
Rapports des affections aigües du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion, par **Moreau R. Brown**. . . . 92
Rapport des maladies chroniques du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion, par **Th.-R. French** 98
Recherches bactériologiques sur le mucus nasal dans cent cas d'écoulement nasal chroniques, plus spécialement au point de vue de la présence du bacille de Klebs-Lœffler, par **E. Vanrant** 611
Rétrécissement des fosses nasales (La résection du cornet dans les), par **Abercrombie**. 74
Respiration nasale (Physiologie et pathologie de la) par **H. Mendel** 607
Revue de rhinologie : a propos d'un livre récent (J. Garel : Diagnostic et traitement des maladies du nez), par le Dr **P. Raugé** 185
Rhinite atrophique (Traitement de la), par **P. Porcher** . . . 91
Rhinite (Traitement de la) par les applications de phénacétine, par **J.-S. Woodruff**. 629
Rhinoplastie sur support de celluloïde, par **Thelwall Thomas** 764
Sarcome des fosses nasales et des sinus (note sur deux cas de), par **A. Ames Bliss**. 90

Sarcome nasal guéri par l'opération, par **G. Melville Black** 91
Sérothérapie dans l'ozène, par **E. Lombard** 766
Sérothérapie de l'ozène, par **Buys**. 629
Sinusites frontales (Résultats éloignés des) par **Rivière**, de Lyon. 378
Sinusite frontale aiguë (A propos des signes cliniques de la), par **G. Gradenigo**, de Turin 766
Sinusite frontale primitive subaiguë empyème, etc., par **Forestier**. **466**
Sinusite fronto-maxillaire droite, par **S. Ortega**, de Guatemala. 764
Sinus maxillaire (Eclairage par contact du) ou éclairage rétro-maxillaire, par **E. Escat** 330
Sinusite maxillaire séro-purulente dans le saturnisme chronique, par **H. Lewis Wagner** 96
Sinusites suppurées et en particulier, des sinusites maxillaires (Traitement des), par **Moriz Weil** 618
Suppurations des cavités accessoires du nez (une nouvelle méthode pour le traitement des), par **Spiess**. 79
Syphilis nasale (Etude clinique de la), par **Dunbar Roy** . . 610
Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, par le Dr **Lermoyez**. 207
Toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants et le coryza, par **Paul Gastou**. 102
Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par **Foucher**. 612
Tumeurs papillaires du cornet inférieur de la cloison, par **Noquet**. 361
Tumeurs vasculaires de la cloison nasale (Contribution à l'étude des), par **Egger**. 363

Larynx et Trachée.

Canule à trachéotomie improvisée, par **Kofmann**. 635
Cordes vocales dans la voix de fausset (Recherches expérimentales sur les), par **L. Rhéti**. 102
Epistaxis dues aux odeurs, par **Joal**. 380
Epistaxis et luxation de la mâchoire, par **C. G. Cowle**. . . 90
Fistules trachéales par une autoplastie cartilagineuse (Traitement des), par **F. Kœnig**. 101
Fracture compliquée du cartilage thyroïde, par **A. M. Sheild**. 101
Gomme non ulcérée du larynx, par **de Gennes** et **Griffon**. 102
Hémorragies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique, par **Lubet-Barbon**. **471**
Hémorragie sous-muqueuse des cordes vocales, par **S. W. Langmaid**, de Boston. 773
Ictus laryngé (Contribution à l'étude de l'), par **Moll** . . . 345
Ictus laryngé (six cas d'), par **L. Fayolle**. 633
Inflammation primitive aiguë du tissu sous-muqueux du larynx, par **O. Chiari**. 624
Innervation vaso-motrice du larynx (sur l'), par **E. Hédon**. . 81
Intubation chez l'adulte, par **Casselberry**. 94
Intubation dans les sténoses syphilitiques du larynx, par **Ferreri**. 102

Laryngites (Traitement des), par les pulvérisations intra-laryngiennes, par **Vacher**. 377
Laryngite hémorragique (Y a-t-il une)? par **S. Salzburg**. . 80
Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal, par **Molinié**, de Marseille. 369
Laryngo-trachéite dite ozéneuse (Un cas de), par **Walther Vulpius**. 623
Larynx d'enfant de 9 ans atteint de tuberculose ulcéreuse par **Haushalter**. 634
Larynx dans un cas de paralysie glosso-labiée (Examen du), par **F.-J. Collet**. **253**
Le rapport de M. Lermoyez (Les causes des paralysies récurrentielles) (Revue critique de laryngologie) par **Paul Raugé**. **286**
Lupus primitif du larynx, par **E. Mayer**. 612
Maladies des voies respiratoires supérieures (Les), par **Moritz Schmidt**. 603
Mandrin dans un appareil de tubage (Importance du), par **R. Bayeux** 633
Muscles intrinsèques du larynx, par **E. Meyer**. 774
Nécrose du larynx au déclin d'une fièvre typhoïde, par **Eug. Druon**. 635
Occlusion cicatricielle du larynx à la suite du tubage (Deux cas d'), par **Demetrio Galatti**. 634
Odème précoce dans la syphilis secondaire du larynx, par **Lacroix**. **673**
Opérations portant sur le larynx, par **Gluck**. 632
Paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique (Deux cas de), par **Dundas Grant**. 359
Paralysie des crico-aryténoïdes postérieurs (Un cas de) dans le cours de la fièvre typhoïde, par **Bernoud**. 634
Paralysie laryngée de cause chirurgicale (Dix cas de), par **Paul Raugé**. 149
Paralysie récurrentielle incomplète, par **V. Texier** et **Ch. Mirallie**, de Nantes. 345
Parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie, par **J. Garel**, de Lyon. **237**
Périchondrite primitive du larynx suivie de guérison (Deux cas de), par **A. Goldschmidt**. 633
Photographie du larynx et du cavum à l'aide de l'arc voltaïque, par **Thomas R. French**. 230
Rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores (Nouvelles recherches sur le), par **Rosapelly**. **555**
Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants, par **Y. Arslan**. **383**
Syphilis laryngée par les injections intra-musculaires de sublimé à hautes doses (Traitement de la), par **L. Gluck**. 624
Thyrotomie, par **Barling**. 633
Traitement de certaines raucités par les exercices vocaux, par **Dundas Grant**, de Londres. 332
Traitement de la tuberculose laryngée : bromoforme, formaldéhyde, gaïacol et protonucléine (Les nouvelles médications locales dans le), par **S. Solis-Cohen**. 95
Trois cas complexes de maladie du larynx : tuberculose, syphilis, épithélioma, par **Ch. Knight** 613

Tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon, par **E. Doyen** **252**
Tuberculose du larynx (Indications et contre-indications du traitement chirurgical dans la) et résultats que l'on peut espérer, par **R. Botey** **517**
Tuberculose laryngée nodulaire, par **Castex** 334
Tumeurs amyloïdes du larynx (Deux cas de), par **Martuscelli** . 103
Tumeur du larynx rare par son siège au niveau du ventricule, par **J. W. Gleitsmann** 95
Tumeurs malignes du larynx (Les derniers progrès dans le traitement chirurgical des) par **Bryson Delavan** 94
Tumeurs malignes du larynx et leur traitement (Les), par **J. Sendziak** 604
Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux, par **L. Bar**, de Nice. **676**
Tumeur sous-glottique (Un cas de) causant une dyspnée considérable, enlevée après trachéotomie au moyen de la curette, par **J. Farlow** 612

Bouche et Pharynx.

Abaisse-langue à contre-pression, par **A. Courtade** **22**
Abcès chroniques du voile, par **Cartaz** **257**, 331
Adhérence du voile avec la paroi postérieure du pharynx (Traitement des), par **Hajek** 622
Amygdale linguale (Inflammations aiguës de l') par **Bar**, de Nice. 364
Amygdale linguale (Hypertrophie chronique de l') par **G. Didsbury** **538**
Amygdalite folliculaire due à une infection provoquée par le lait, par **Grey-Edwards** 613
Angines diphtériques (Diagnostic des), par **Paul Simon** . . . 631
Angine lacunaire typique (Examen bactériologique dans 55 cas d'), par **Meyer** 630
Autoscopie du rhino-pharynx (L'), par **J. Katzenstein** . . . 85
Blessure du pharynx par arme à feu, par **Rankin** 98
Cancer primitif du naso-pharynx guéri par des injections d'alcool, par le Dr **E. Kuh** 614
Chancre de l'amygdale (Diagnostic du), par **A. Morel-Lavallée** 101
Chancre syphilitique des deux amygdales, par **Jullien** . . . 631
Corps étranger dans le pharynx d'un enfant, par **Mc Cullagh** . 96
Des diathèses comme origine des végétations adénoïdes chez l'enfant, par **H. Mulford** 614
Epithéliome du voile du palais détruit par la solution de potasse, par **Th. Hubbard** 98
Erysipèle primitif du pharynx, par **W. Porter** 96
Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes, par **Lichtwitz** **25**
Faciès adénoïdien par **V. Lange** 622
Fibromatose naso-pharyngée par **Ch. Shields** 97
Inflammation aiguë de l'amygdale linguale, par **H.-L. Swain** . 95
Inflammations aiguës du naso-pharynx, par **J. Lewis-Smith** . 94
Injections intra-trachéales (Traitement des maladies de la trachée, des bronches et des poumons par les), par **J. Lindley-Barton** 83

Lésions tuberculeuses des amygdales, par **E. Schlesinger** . 100
L'orthoforme comme anesthésique et comme antiseptique. Son action dans les dysphagies de causes diverses, par **Lichtwitz** et **Sabrazès**, de Bordeaux **712**
Molluscum pendulum de l'amygdale (Un cas de), par **Furet** . **473**
Papillomes du voile du palais (Deux cas de), par **P. Good**, d'Enghien. **681**
Paralysie traumatique du voile du palais, par **P. Raugé** . . **583**
Perforation acquise du pilier antérieur (Un cas de), par **A. Griner** 230
Polypes naso-pharyngiens (Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros) par **E. Doyen** **246**
Pseudo-sarcome de l'amygdale, par **Bryson-Delavan** . . . 615
Rayons X et des écrans fluorescents dans les régions nasales et pharyngiennes (De l'emploi des), par **J. Macintyre** . . **10**
Relations entre l'angine et le rhumatisme, par **F. Peltesohn**. 774
Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage; traitement par la sonde de Jaboulay, par **M. Lannois** **405**
Sarcome des amygdales (Traitement arsenical du), par le Dr **P. Heymann**. **126**
Tonsillites aiguës (Injections interstielles de solutions phéniquées dans les), par **Hofer**. 631
Torticolis consécutif à des végétations adénoïdes et à l'hypertrophie des amygdales, par **A. Gillette**. 84
Toux pharyngée (De la), par **P. Jacquin**, de Reims. . . . 368
Tuberculose primitive et tuberculose secondaire du pharynx au point de vue clinique, par **Walter F. Chappell**. . . . 101
Tumeurs malignes des amygdales (Remarques sur le traitement chirurgical des), par **D. Newman**. 86
Végétations adénoïdes chez les sourds-muets, avec quelques considérations sur l'étiologie de la surdi-mutité, par **O. Frankenberger**. 70
Végétations adénoïdes chez les adolescents et les adultes (Troubles causés par les), par **A. Bonain**, de Brest. 363
Végétations adénoïdes (Remarques sur les), par **J. James**. . 614
Végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance. Forme des nourrissons, par **H. Cuvillier**. 768
Voix (Des troubles de la), d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs, par **A. Courtade**. **646**, 711
Zona double bucco-pharyngien, par **Lermoyez** et **Barrozzi**. 632

Généralités. — Varia.

Affections du larynx, du nez et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale par **Castex**. 346
Anesthésie générale par le bromure d'éthyle, par **R. Sarremone**. 105
Chloroformisation (Accidents de la), par **Reynier**. 103
Colorations des solutions antiseptiques par **M. Robert**. . . 636
Cyanure de mercure pour la stérilisation des instruments de chirurgie par **Denigès**. 636
Eucaïne comme anesthésique local en oto-rhinologie (L') par **W. Jobson Horne** et **Macleod Yearsley**. 82

Eucaine en rhinologie, otologie, laryngologie (Du chlorhydrate d'), par **Martin**. 336
Injections intra-musculaires solubles de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis, par **P. Gallois**. 103
Insufflateur à air comprimé par **Maurice Boulay**. 311
Radiographie des cavités craniennes (*avec planches*) par Jules **Glover**. **715**
Scrofule (Qu'est devenue la) ? par **Gallois**. 231
Sérum antidiphtérique (Indications et mode d'emploi du), par **Aviragnet** et **Apert**. 635
Solutions salines en injections massives, par **Delamare** et **Descazals** 636
Actualités : le Jubilé de M. le Profeseur Schrötter, de Vienne (portrait). 175
Le Jubilé de M. le Prof. de Rossi, de Rome (portrait) . . . 181
Bulletins par **F. Helme** 1, 117, 235, 381, 515, 637
Correspondance. 65
Echos et Nouvelles. 111, 232, 512, 776

La spécialité en province et à l'étranger.

Lettre de Lyon, par A. **Rivière** 197
Lettre de Toulouse, par **Clauda**. 496
Lettre de Belgique, par **Buys**. 702

Liste des thèses concernant la spécialité soutenues à la Faculté de Paris :

Année scolaire 1895-96. 114
Année scolaire 1896-97. 737

Nécrologie : Le Dr J. Michaël, de Hambourg, par P. Heymann (de Berlin) 216
Notes de Technique et de Thérapeutique : De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle 105

Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris (Compte rendu des séances de la) par le Dr **Georges Gellé**, secrétaire.

Séance du 8 janvier 1897 48
Séance du 9 avril 1897 218
Séance du 9 juillet 1897. 508
Séance du 12 novembre 1897 708

Société française d'Otologie. de Laryngologie et de rhinologie. *Session de mai* 1897 (Compte rendu de la) par **J. Decorse** et **F. Helme**. . . . . 314 à 380
Variétés : 1° Anatomie du nez, de l'oreille et du larynx à l'époque de la Renaissance, par le Dr **Ch. Fiessinger**, d'Oyonnax. **503**
2° Les maladies du nez, de l'oreille et du larynx à l'époque de la Renaissance, par M. le Dr **Ch. Fiessinger** **201**
3° Ivoire japonais (Sur un), par **M. Launois** (*une planche*) . **595**

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN, SUCCESSEUR, 71, RUE DE RENNES.