

Bibliothèque numérique

medic@

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

*supplément au numéro 4 de juillet-août 1904. - Paris
: Maloine, 1904.*

Cote : 91610



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?91610x1904xsup](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91610x1904xsup)

91610

91610
SUPPLÉMENT AU N° 4 (Juillet-Août 1904).

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie

PARIS, 2, 3 & 4 MAI 1904

Le numéro 4 de la Revue ne devant paraître que le 1^{er} Juillet, nous n'avons pas voulu que nos lecteurs attendissent jusqu'à cette époque la relation d'une réunion aussi intéressante.

Les Archives publieront, parmi les mémoires originaux, une partie des communications, celles que les professeurs Chavasse et Mermoud, les docteurs Charles, Escat, Mounier, Raoult... ont bien voulu nous confier.

BUREAU DE LA REVUE

99, Boulevard Saint-Germain, 99, PARIS

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé soit à M. le Dr C. CHAUVÉAU, 225, boul. St-Germain, soit à M. le Dr HILAIRE, 14, rue de Berlin, Paris. Tout ce qui concerne l'abonnement doit être adressé au bureau de la revue, 99, boul. St-G.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

REPRODUCTION
DE L'ÉTIQUETTE

Nous
recommandons
le

PLUSIEURS MÉDAILLES D'OR, DIPLOME D'HONNEUR

VIN VOGUET

AU VIEUX MUSCAT
DU CÉLÈBRE CLOS DE L'ARCHEVÊCHÉ
"CARTHAGE"



Quino-

GLYCÉRO PHOSPHATE DE CHAUX
QUINQUINA



-PHOSPHATÉ

GLYCÉRO PHOSPHATE DE SOUDE
KOLA-COCA



Épuisement, Neurasthénie, Anémie, Chlorose, Dyspepsies, Fièvres
paludéennes, Maladies chroniques, Diabète, Convalescence
de la Grippe et des Maladies Fébriles, Allaitement, &c. &c.

MODE D'EMPLOI, 2 ou 3 VERRES à MADÈRE par JOUR

PRIX de la BOUTEILLE 5 FRANCS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépôt Général : 44, boulevard Haussmann, en face l'Opéra
PAUL DEFANCE & Co, PHARMACIEN, 8, Avenue Victor-Hugo. — PARIS. FRANCE.

Il fortifie les cordes vocales, rend la voix souple et claire
— Combat énergiquement le **MAL DE MER**, le soulage avec
efficacité. — Son usage, même prolongé, ne provoque ni
troubles gastro-intestinaux, ni constipation.

Dans toutes Pharmacies, EXIGER L'ÉTIQUETTE et les deux moines

PASTILLES VOGUET quino-phosphatées. Tonique recon-
stituant. Contiennent tout l'Extrait sec du **Vin Voguet** et les mêmes
principes médicamenteux. — **Épuisement, Neurasthénie, Anémie**
Chlorose, Tuberculose, etc., entretiennent les forces et préviennent la
fatigue, la soif, chez les **professeurs, chanteurs, militaires**
cyclistes, chasseurs, sportmen, etc.

LA BOÎTE : 2 fr. 90. 16 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

PASTILLES VOGUET anti-diabétiques (sans sucre végétal
sans féculents). — Toniques et régulatrices de la Nutrition.
Glycère, Phosphate de chaux et de soude. — Méthylarsinate de soude.
Quinquina, Kola-Coca, D. de S. — Diabète, glycosurie, affaiblissement
général, anémie, neurasthénie qui en dérivent.

LA BOÎTE : 3 fr. 90, 22 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

Ces trois spécialités sont très **gustatives**. Exiger l'**Étiquette** avec
Deux Moines et la **Croix**.

Prescriptions spéciales au corps médical, mandat à la demande.

ÉCHANTILLONS GRATIS AUX DOCTEURS.

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie

SESSION DE 1904, PRÉSIDENT : CASTEX

Compte rendu par A. PASQUIER

Séance du lundi matin, 2 mai.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

Comptes rendus du Secrétaire général et du Trésorier.

Élections au titre

de Membres titulaires :

MM. Boulay,	de Rennes,	présenté par MM. Boulay et Joal;
Guérin,	de Marseille,	— Lermoyez et Mahu;
Roques,	de Cannes,	— Luc et Joal;
Sauvain,	de Rennes,	— Lermoyez et Mahu;
Reyt,	de Nantes,	— Lermoyez et Mahu;
Cosson,	de Tours,	— Castex et Collinet;
Brunschwig,	du Havre,	— Luc et Joal;
Jourdin,	de Paris,	— Lermoyez et Mahu;

de Membres correspondants :

MM. Lejeune,	de Liège,	présenté par MM. Lubet-Barbon et Martin;
Saint-Denis,	de Montréal,	— Lermoyez et Mahu;
Trétrop,	d'Anvers,	— Lermoyez et Mahu;
Koenig,	de Paris,	— Castex et Vacher;
Andrade,	de Porto,	— Castex et Collinet.

Arch. de Laryngol., 1904. Suppl. au n° 4.

1

**Rapport sur les formes cliniques
et le traitement
des laryngites chroniques non spécifiques,**
Par RUAULT (de Paris).

Les laryngites chroniques, selon l'auteur, comprennent les inflammations de la muqueuse laryngée, généralisées dans son étendue ou son épaisseur, ou prédominant dans certaines régions ou certaines couches. Les diverses variétés d'aspect des laryngites chroniques répondent le plus souvent à des variétés de siège, d'étendue et d'évolution des lésions histologiques, et constituent des formes cliniques distinctes, dont l'étiologie, la marche et le pronostic présentent d'ordinaire un certain nombre de caractères distincts bien tranchés et qui sont parfois justiciables de traitements différents.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES
DES LARYNGITES CHRONIQUES

A. — Histologie normale de la muqueuse du larynx.

L'épithélium est pavimenteux sur la surface pharyngienne extérieure du larynx, sur le bord libre de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques, dans l'espace interaryténoïdien et sur les cordes vocales inférieures; partout ailleurs il est vibratile. Des îlots supplémentaires d'épithélium pavimenteux sont fréquents; ils sont regardés par certains auteurs comme normaux et par d'autres comme pathologiques.

L'épithélium vibratile comprend trois couches de cellules: une couche génératrice, formée de cellules rondes sur la membrane basale, une couche de cellules intermédiaires cylindriques, et une couche superficielle formée de cellules à plateaux ciliés et de cellules caliciformes.

L'épithélium plat des cordes vocales inférieures, épais de trois à quatre millimètres, est composé aussi de trois couches, dont l'externe a une tendance à la kératinisation. Il se continue insensiblement avec l'épithélium vibratile à l'entrée du vestibule. La transition des deux épithéliums est brusque à la face laryngienne de l'épiglotte.

L'épithélium renferme des leucocytes immigrés, plus superficiels dans l'épithélium cylindrique.

La membrane basale est surtout épaisse au niveau de la corde vocale inférieure. Elle a une structure finement fibrillaire et est traversée par de petits canalicules contenant des leucocytes.

Le chorion forme des papilles sur la partie supérieure de la face

laryngée de l'épiglotte et dans l'espace interaryténoïdien. Il existe aussi des crêtes de papilles, au nombre de dix à vingt, dirigées dans le sens antéro-postérieur, sur les cordes vocales inférieures; ces crêtes sont plus développées vers la région moyenne. On trouve quelques papilles peu saillantes sur le bord libre de la bande ventriculaire.

Le derme, formé de fibres conjonctives et de fibres élastiques, renferme, entre les faisceaux de fibres, des follicules lymphatiques, au nombre de quarante à cinquante, sur la face laryngée de l'épiglotte à la partie inférieure, sur la paroi laryngée postérieure, sur les bords des ventricules de Morgagni, près des bords des ligaments ary-épiglottiques et dans la muqueuse ventriculaire.

Au-dessous de la couche réticulaire existe une couche de tissu conjonctif lâche, à larges mailles, contenant des cellules adipeuses, des glandes et des fibres musculaires. Les fibres élastiques sont en faisceaux ondulés. On distingue quatre groupes de *glandes* : deux latéraux, un antérieur et un postérieur. Les deux premiers constituent les *glandes aryténoïdiennes de Morgagni*; la portion longue située dans l'épaisseur du ligament ary-épiglottique renferme le cartilage de Vrisberg, et la portion courte suit la corde vocale supérieure.

Le troisième groupe, ou *groupe épiglottique*, siège à la partie inférieure de l'épiglotte.

Le quatrième groupe, ou *groupe interaryténoïdien*, occupe la gouttière interaryténoïdienne.

Sur les cordes vocales inférieures, les glandes manquent au niveau du bord libre dans la région papillaire; il en existe quelques-unes à la limite de l'épithélium pavimenteux et de l'épithélium cylindrique. Les glandes sont acineuses et tubuleuses.

Les vaisseaux sanguins forment trois réseaux parallèles à la surface de la muqueuse. Les lymphatiques sont très nombreux.

Le réseau nerveux sous-épithélial est encore peu étudié.

B. — Lésions histologiques de la muqueuse du larynx dans les laryngites chroniques diffuses. — La pachydermie laryngée de Virchow.

Dans les laryngites catarrhales aiguës ou subaiguës, si les cas sont légers, on observe une sécrétion plus abondante de mucus; les cellules cylindriques des conduits glandulaires sont devenues pour la plupart caliciformes. Dans les cas intenses, il existe des lésions de la couche superficielle du chorion, celui-ci renferme de nombreux leucocytes; les culs-de-sac glandulaires ont une sécrétion purulente.

Dans les laryngites chroniques, toutes les couches de la muqueuse sont intéressées. Les glandes sont hypertrophiées; on observe une tuméfaction de tissu conjonctif. L'épithélium de revêtement subit

des altérations diverses ; il peut desquamer, ou de vibratile devenir pavimenteux stratifié, *substitution histologique* (Virchow). A un degré plus avancé, on voit l'épaississement de l'épithélium pavimenteux kératinisé. Virchow a donné à cet état le nom de pachydermie laryngée.

A la partie postérieure, cet épithélium a tendance à la desquamation, qui produit des érosions ou des ulcérations entretenues par les sécrétions muqueuses ou muco-purulentes. A la partie antérieure, l'hyperplasie est circonscrite et Virchow l'a appelée pachydermie verruqueuse.

C. — Lésions histologiques de la muqueuse laryngée dans quelques laryngites hypertrophiques circonscrites. — Structure des polypes du larynx.

Les *nodules vocaux* ou *nodules des chanteurs*, en général doubles et symétriques au niveau de l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen des cordes vocales, sont des épaississements épithéliaux, qui peuvent présenter deux types histologiques. Le premier type est formé de tissu fibreux très serré séparé de l'épithélium plat par une couche de tissu conjonctif lâche ; il peut exister ou non une zone papillaire. Dans le second type ; on trouve un tissu parcouru par des veines et des grands capillaires dilatés à parois minces, analogue à celui des polypes muqueux du nez, mais sans glande. Ce tissu est séparé de l'épithélium par une membrane basale homogène.

Des nodosités rougeâtres sur les cordes coïncident souvent avec les nodules et constituent la *laryngite granuleuse*.

Les *polypes fibreux* siègent à la partie antérieure des cordes vocales, rarement sur les bandes ventriculaires ou sur l'épiglotte. Ils sont le plus souvent sessiles, parfois pédiculés, peuvent atteindre la grosseur d'une cerise, et sont formés de tissu fibreux recouvert d'épithélium pavimenteux stratifié. La coloration du polype varie avec la richesse vasculaire.

L'éversion du ventricule de Morgagni, dans la tuberculose et la syphilis, dépend de l'infiltration du ligament aryépiglottique et du refoulement en dedans de la paroi externe du ventricule. Il s'agit de tissu conjonctif hyperplasié, recouvert d'épithélium pavimenteux.

Les *polypes muqueux*, pédiculés ou sessiles, de la grosseur d'un pois, siègent à la partie antérieure des cordes vocales ; ce sont des pseudo-myxomes qui ne diffèrent des polypes muqueux du nez que par l'absence de glandes et de kystes glandulaires.

Les *papillomes* sont circonscrits ou diffus, rosés, pâles, ou d'une couleur rouge intense ; leur consistance est friable et leur aspect muriforme ou lisse. Ils siègent surtout sur le bord libre des cordes vocales, sur leur face supérieure dans la moitié antérieure, plus rarement ailleurs. Ils se composent de papilles courtes et recouvertes par

un même revêtement épithélial (forme lisse), ou longues et inégales avec un revêtement épithélial individuel (forme villose, ou en chou-fleur). Les papillomes ne sont que des hypertrophies des papilles.

Les hypertrophies glandulaires constituent de petits *adénomes*. A leur surface on trouve souvent des excroissances papillaires. Ils sont parfois entourés d'une coque fibreuse.

Les *kystes du larynx* sont des kystes glandulaires par rétention. Leur volume peut atteindre celui d'une cerise. Ils renferment un liquide muqueux clair ou laiteux, ou pâteux. Ils siègent dans le vestibule et sur la partie antérieure des cordes, mais plus souvent à la face antérieure de l'épiglotte.

L'*angiome caverneux* congénital est très rare. On peut trouver des plaques anévrysmales ou variqueuses avec ou sans épaississement fibreux ou papillaire. On observe aussi de petits *hématomes* sous-muqueux, consécutifs à des efforts vocaux, ou des *kystes hématiques*.

En résumé les diverses lésions circonscrites du larynx doivent être rattachées à la pachydermie laryngée.

D. — Étiologie et pathogénie générales des laryngites chroniques.

L'auteur ne fait que signaler les phénomènes inflammatoires qui accompagnent le cancer, la tuberculose chronique ou la lèpre du larynx.

Les laryngites chroniques succèdent à une laryngite aiguë ou subaiguë, ou persistent après plusieurs attaques aiguës dont la résolution ne se fait plus complètement. La principale étiologie est l'*insuffisance de la perméabilité nasale*, qui oblige le sujet à respirer par la bouche; l'*ozène*, où certaines *amygdalites chroniques* peuvent jouer un rôle; l'*hypertrophie de la luette* n'a qu'une influence très discutable.

Les affections chroniques des voies respiratoires inférieures, telles que la *bronchite chronique*, par les efforts de toux répétés, entretiennent une laryngite. Les *troubles fonctionnels du cœur* provoquent une stase veineuse anormale de la muqueuse.

Les *troubles gastro-intestinaux chroniques*, par leurs poussées congestives de la face et du cou, peuvent faciliter la laryngite. On l'observe encore chez les *neuro-arthritiques*, les *goutteux*, chez les malades atteints de *diabète gras*. Le *lymphatisme* est une cause prédisposante. Il existe des laryngites chroniques *professionnelles*, par surmenage de l'organe vocal chez les chanteurs, par l'action prolongée des fumées ou des poussières chez les mécaniciens, les fumistes, les grainetiers, les grands fumeurs, etc.

L'*alcool* est encore plus nuisible. L'influence du *sexe* n'est qu'apparente; si l'homme est plus fréquemment atteint, c'est que ses occupations l'y exposent davantage. Les *excès vénériens* sont une

cause de congestion laryngée habituelle. La corrélation qui existe entre le larynx et les organes génitaux se constate chez l'homme lorsque la castration est faite de bonne heure par l'arrêt de développement du larynx; elle est manifeste chez la femme très fréquemment.

L'âge n'a pas d'influence; on observe l'affection de trente-cinq à cinquante ans, parfois chez les jeunes garçons qui fatiguent leur voix au moment de la mue. Les laryngites chroniques sont plus fréquentes dans les *pays froids et humides*.

Les *polypes* du larynx n'ont pas d'étiologie différente de celle de la laryngite chronique.

Les *papillomes* considérés souvent comme congénitaux ou héréditaires sont plutôt d'origine inflammatoire.

II. — FORMES CLINIQUES

A. — Formes catarrhales.

1° Laryngite catarrhale chronique simple. — *Aspect laryngoscopique.* — La muqueuse de l'épiglotte et du vestibule laryngien est d'une rougeur un peu sombre; les cordes vocales sont grisâtres, d'un aspect dépoli et sillonnées de trainées vasculaires. La cavité laryngienne renferme des mucosités d'abondance très variable.

Dans certains cas, les cordes vocales inférieures sont rouges et tuméfiées; il existe parfois des parésies des muscles adducteurs. La rougeur diffuse, persistant depuis longtemps, se change en une coloration violacée avec arborisations veineuses, variqueuses; on a donné à cet aspect le nom de *phlébectasie laryngée*.

On observe un épaissement diffus de la muqueuse oedématisée au niveau de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Les bandes ventriculaires sont parfois assez tuméfiées pour former une fausse glotte, causer de la dyspnée et un peu de cornage. Les cordes vocales inférieures sont tantôt rouges et tuméfiées, tantôt grisâtres et flasques.

Symptômes. — Pas de symptômes généraux; douleur nulle ou légère, sensation de piqure; parfois la toux est provoquée par les mucosités. Dans certains cas, une irritation du larynx par la fumée, l'alcool ou la salive, peut occasionner des quintes de toux spasmodiques et même des accidents vertigineux qui vont rarement jusqu'au *vertige laryngé de Charcot*. L'altération de la voix est variable surtout dans le timbre; la voix se voile; ce trouble est plus accusé chez la femme. Les symptômes sont intermittents, deviennent rapidement permanents ou progressifs, surtout chez les chanteurs; pour la conversation ordinaire, l'enrouement ne paraît que lorsque

les lésions sont plus avancées. La dysphonie peut aller de la voix voilée à la raucité la plus accentuée.

Marche et pronostic. — La marche est continue avec exacerbations sous des influences diverses. Chez l'enfant, l'affection guérit rapidement quand la cause cesse d'agir. Chez l'adulte, pas de tendance à la guérison spontanée, mais parfois amélioration. Le pronostic n'est grave que pour la voix qui ne retrouve que rarement son rétablissement complet.

Diagnostic. — L'examen laryngoscopique suffit à distinguer la laryngite catarrhale chronique simple d'une paralysie, d'un polype ou d'un cancer. La syphilis peut occasionner un érythème secondaire doublant une laryngite chronique antécédente. Pour reconnaître la tuberculose, il faut pratiquer une exploration attentive des poumons.

2° Laryngite sèche. — Appelée aussi parfois laryngite atrophique parce qu'on peut observer de l'atrophie de certaines régions, elle est en général constituée par une hypertrophie diffuse accompagnée d'abondantes sécrétions muqueuses ou muco-purulentes. Elle coïncide avec une rhinite atrophique ou une amygdalite pharyngée lacunaire.

Aspect laryngoscopique. — Dans les cas légers, la muqueuse est rouge, sèche, les cordes grises ou rosées, parfois un peu épaisses en avant. Sur divers points on voit des plaques de sécrétion gris verdâtre, sous lesquelles la muqueuse paraît villeuse, pachydermique.

Dans les cas plus accentués, sous l'influence d'une laryngite subaiguë, on observe une augmentation des sécrétions sous forme de concrétions sèches, de croûtes cohérentes. Chez les enfants atteints de rhinite atrophique fétide, les sécrétions laryngées verdâtres et jaunâtres sont moins sèches.

Symptômes et marche. Pronostic. — L'enrouement est intermittent ou constant, surtout s'il existe des parésies musculaires; il y a un léger voile sur la voix ou aphonie complète, selon l'abondance des sécrétions. Si une poussée de laryngite subaiguë survient, la dysphonie est accompagnée d'une *toux rauque* et parfois de *suffocation avec spasme glottique*. La laryngite sèche peut se compliquer d'une *laryngite hémorragique* par poussées successives après un accès de toux. Au laryngoscope, on voit les croûtes imprégnées de sang et des ecchymoses sous-muqueuses. L'amélioration de la laryngite sèche coïncide avec celle de l'affection nasale ou pharyngée dont elle dépend; fréquemment elle récidive après cessation du traitement.

Diagnostic. — Les sécrétions adhérentes donnent parfois l'aspect d'ulcérations grisâtres attribuées à la tuberculose ou à la syphilis.

Pendant les périodes d'exacerbation, les accidents dyspnéiques pourraient faire penser à la diphtérie laryngée; des inhalations de vapeurs d'eau font disparaître ces accidents en ramollissant les concrétions.

La laryngite hémorragique peut simuler l'hémoptysie vraie, il faut s'assurer du point de départ de l'hémorragie.

B. — Formes hypertrophiques.

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| a) laryngites diffuses | { | forme tardive. |
| | | forme pachydermique. |
| b) laryngites circonscrites | { | préapophysaires. |
| | | interaryténoïdiennes. |
| | | éversion ventriculaire. |
| | | chordite papillaire cornée. |

La laryngite chronique hypertrophique sous-glottique doit être rattachée tantôt au rhinosclérome, tantôt à la syphilis.

a) Laryngite hypertrophique diffuse.

1° **Forme tardive.** — C'est une laryngite catarrhale chronique accentuée et ancienne dans laquelle la tuméfaction permanente a pris le pas sur les troubles sécrétoires.

2° **Forme pachydermique.** — Elle diffère de la forme précédente par la transformation dermo-papillaire de la muqueuse: le larynx est jaune pâle et présente une apparence de sécheresse sans traces de mucosités. Le vestibule blanc bleuté semble craquelé, la muqueuse lisse se plisse difficilement. La coïncidence fréquente de leucoplasie buccale fait penser à une *leucoplasie laryngée*; mais la syphilis peut en être la cause. Le diagnostic de la forme pachydermique sera fait avec la tuberculose à forme scléreuse.

b) Laryngites hypertrophiques circonscrites.

1° Laryngites hypertrophiques circonscrites antérieures.

α) **Laryngite nodulaire.** — Le nodule des chanteurs est la seule lésion appréciable. Deux petits nodules grisâtres siègent sur le bord libre des cordes vocales, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen; ils ont une apparence acuminée, parfois il n'en existe qu'un. Ils s'opposent au rapprochement des cordes vocales. S'il existe un catarrhe concomitant, on voit, pendant l'émission d'un son, le mucus se collecter autour des nodules.

Symptômes et diagnostic. — La voix parlée est bonne, ou à peine voilée; les chanteurs se plaignent d'être gênés d'abord dans leur medium avant de perdre les notes élevées. Si les nodules sont plus volumineux, on observe dans la voix chantée la *diphonie* ou plus souvent le *coulage* de la voix. Quand les nodules sont encore plus gros, le chant devient impossible.

Étiologie et pathogénie. Marche et pronostic. — Les nodules sont plus fréquents chez les femmes 80 % (Ruault), 95 % (Poyet); chez les enfants, l'influence du sexe est nulle. L'influence la plus grande est celle de la profession par le surmenage de la voix parlée ou

chantée. Les nodules sont précédés d'un catarrhe qui récidive et devient chronique. Les auteurs ne sont pas d'accord pour expliquer le siège constant des nodules.

β) **Laryngite granuleuse.** — Cette affection est caractérisée par la présence de petites nodosités arrondies, rougeâtres sur les deux tiers antérieurs des cordes. On observe souvent en même temps des nodules vocaux symétriques qui peuvent avoir précédé les granulations. C'est la forme de laryngite chronique presque constante chez les enfants. Les plus fréquemment atteints sont les institutrices, les professeurs de chant et les artistes lyriques.

Cette affection guérit soit sans traitement, soit grâce à quelques précautions plutôt hygiéniques que thérapeutiques. Cette laryngite granuleuse serait appelée par Türk *chorditis tuberosa*, et par Castex *tuberculose laryngée nodulaire*. Ce que Türk a appelé *trachome* ne serait qu'une forme de tuberculose laryngée.

2° **Laryngite hypertrophique circonscrite postérieure.** (*Pachydermie diffuse typique de Virchow.*) — La dénomination de Virchow est mauvaise puisque l'affection n'atteint jamais la partie antérieure du larynx.

α) **Pachydermie apophysaire.** — A la partie postérieure des internes cordes vocales se voit une tuméfaction bi-latérale ovale sur le bord et présentant une dépression centrale cupuliforme à bord plus rouge. Le gonflement débute au niveau de l'apophyse vocale, pour progresser sur la surface supérieure de la corde. En arrière, on voit souvent des productions cornées coniques, jaunâtres.

β) **Pachydermie interaryténoïdienne.** — La tuméfaction péri-apophysaire peut dominer surtout en arrière dans la région interaryténoïdienne; les végétations cornées, acuminées, villeuses, s'opposent à l'adduction complète des cordes.

Symptômes, marche et pronostic. — La voix rauque, à timbre grave, est la voix de rogomme. Les poussées subaiguës provoquent la toux. La marche de l'affection est chronique, progressive, puis stationnaire. Comme complications, on a noté des érosions des cordes vocales ou de l'espace interaryténoïdien.

Étiologie et diagnostic. — Les laryngites hypertrophiques apophysaires et interaryténoïdiennes se voient chez l'adulte, chez les buveurs, les fumeurs, les gens exposés à la poussière et à la fumée, rarement chez les chanteurs. Le diagnostic doit être fait avec la pachydermie simple et la pachydermie symptomatique de la tuberculose laryngée. Penser au gros nodule, à une gomme syphilitique ou à un épithélioma au début, et à une infiltration tuberculeuse circonscrite.

3° **L'éversion ventriculaire** est une pachydermie de la muqueuse ventriculaire avec prédominance de l'hyperplasie fibreuse du chorion.

Fréquente dans la syphilis et la tuberculose, elle apparaît aussi après une laryngite catarrhale aiguë, ou au cours d'une laryngite chronique.

L'éversion commence à la partie antérieure du ventricule et progressivement l'orifice ventriculaire est remplacé par une saillie diffuse.

La saillie empêche la corde vocale inférieure de vibrer, assourdit la voix.

Le diagnostic est facile avec un polype fibreux de la paroi ventriculaire. La tuberculose laryngée peut débiter par une chordite supérieure avec éversion ventriculaire.

4° **Chordite papillaire cornée.** — Cette affection est caractérisée par un développement marqué des papilles, recouvertes d'un épithélium kératinisé, à surface lisse ou rugueuse, villeuse, hérissée de pointes dures.

La lésion siège presque toujours d'un seul côté sur la corde vocale, en totalité ou en partie; elle est d'une blancheur mate. La tumeur enlevée a une grande tendance à récidiver, mais s'est toujours montrée bénigne.

III. — TRAITEMENT DES LARYNGITES CHRONIQUES.

A. — Considérations générales.

Il est utile de traiter les causes prédisposantes : goutte, diabète, eczéma, dyspepsie, constipation, métrites, etc., de faire disparaître les lésions des fosses nasales et du pharynx buccal et nasal, ainsi que de guérir les sinusites, les lésions des amygdales palatines, linguale et pharyngée.

Il faut supprimer les causes déterminantes : repos de la voix, éviter les irritations locales ou du voisinage (fumée, poussière, alcool).

Si le traitement causal est insuffisant, on a recours au traitement direct.

B. — Médication générale interne.

On ne prescrit plus le sirop des chantres et rarement le chlorate de potasse, le goudron, l'iode, le soufre et l'arsenic. Au moment des poussées congestives, on obtient de bons résultats avec le *bicarbonate de soude* à hautes doses (5 à 12 grammes par jour) en cachets, pris en même temps que des infusions chaudes. Le médicament le plus utile pour ces états congestifs est le *benzoate de soude* (4 à 5 gr. chez l'enfant, 6 à 10 gr. chez l'adulte). Ruault conseille le sirop suivant :

Benzoate de soude au benjoin (neutre)	30 gr.
Sirop de tolu.....	{ à 135 gr.
Sirop de capillaire.....	

Faire dissoudre à chaud. Faire prendre 3 à 5 cuillerées à soupe par jour dans autant de tasses d'infusion.

La laryngite grippale avec le benzoate de soude réclame la quinine, l'antipyrine ou la phénacétine, et les opiacés.

En dehors des poussées subaiguës, il faut employer la *strychnine* ou la *noix vomique*.

Sulfate de strychnine. 5 centigr.

Eau salicylée (à saturation). 10 gr.

4 à 20 gouttes par jour. — 2 à 10 gouttes dans un peu d'eau aux repas.

En cinq jours, on arrive à la dose maxima qui sera continuée pendant cinq autres jours suivis d'un repos de dix jours.

C. — Médication thermique.

Les eaux minérales alcalines, arsenicales et sulfureuses n'ont aucune action locale, elles sont employées sous forme d'inhalations, de humage ou de pulvérisations.

L'auteur cite les principales stations sulfureuses et arsenicales dont l'action favorable a été reconnue : Cauterets, Bagnères-de-Luchon, les Eaux-Bonnes, Amélie-les-Bains, Saint-Honoré, Aix (Marlioz) en Savoie, Challes, le Mont-Dore, Royat, la Bourboule, et à l'étranger, Schinznach et Ems.

D. — Traitement local externe.

Massage. — Il exige diverses manipulations :

L'*effleurage* de la région antérieure du cou de haut en bas avec le bord de la main ;

Les *frictions* du muscle crico-thyroïdien avec le pouce ou le pouce et l'index ;

Les *vibrations* latérales sur le trajet des nerfs avec l'extrémité des doigts.

Castex a vu des artistes recouvrer ainsi deux ou trois notes dans le haut de leur registre aigu.

Électrothérapie. — On ne se sert plus des rhéophores portés dans le larynx ; on fait l'électrisation percutanée, galvanique ou faradique.

La galvanisation s'emploie en courant de 2 à 6 ou 8 mA avec interruption toutes les 3 à 4 secondes pendant 3 à 4 minutes par jour.

Ruault a obtenu de bons résultats de la faradisation sinusoïdale à potentiel moyen et à fréquence moyenne.

E. — Traitement local interne.

1° **Inhalations de vapeur d'eau et de liquides pulvérisés.** — Les inhalations de vapeurs d'eau, ni trop froides ni trop chaudes, ont

une action émolliente, sécrétoire et antispasmodique. On mélange à ces vapeurs celles de corps volatils (camphre, huiles essentielles); ou la solution pulvérisée contient des liquides médicamenteux. On se sert pour cela d'inhalateurs ou de pulvérisateurs.

En inhalations, les médicaments les plus utiles sont les balsamiques: baume du Pérou, benjoin, et certaines essences: essence de menthe, d'eucalyptus, de pin sylvestre.

Teinture d'eucalyptus....	} à 60 gr.
Teinture de benjoin.....	
Essence de pin sylvestre.	2 gr.
Menthol.....	3 gr.

Les pulvérisateurs fonctionnant à l'aide de la vapeur sont préférables à tout autre appareil. Dans les solutions, la glycérine est inutile et rend poisseux tous les objets touchés par la solution; on évitera aussi les teintures alcooliques et les essences qui encrassent l'appareil. On se sert de bicarbonate de soude, benzoate de soude, tanin, sulfate de cuivre, sulfate de zinc, ou, comme antiseptique, de l'acide phénique.

2° Instillations et injections laryngo-trachéales. — Cette méthode consiste à faire des injections intra-trachéales d'huiles chargées de principes médicamenteux. La seringue à trois anneaux de Beehag a été modifiée par Mendel qui a adopté un piston en verre. L'injection peut être pratiquée par le malade; mais il est préférable qu'elle soit faite sous le contrôle du miroir laryngoscopique parce que la canule doit être introduite jusque dans la région sous-glottique. La méthode de Mendel, consistant à faire l'injection sur la ligne médiane de la paroi pharyngée postérieure ou à déposer le liquide dans une des fossettes glosso-épiglottiques, laisse écouler une partie du liquide dans l'œsophage. Il en résulte une sensation de brûlure au creux épigastrique. On injecte jusqu'au-dessous de la glotte 3 à 6 centimètres cubes d'huile mentholée ou à l'essence d'eucalyptus.

3° Applications topiques. — Un porte-ouate laryngien sert pour faire agir le topique par contact ou par friction. La solution de nitrate d'argent peut avoir des inconvénients; il est préférable d'employer le chlorure de zinc de 1 à 4 %, le sulfate de zinc, le tanin 1 à 6, jusqu'à 10 %.

Le topique le meilleur est le phénol sulfuriciné de 10 à 30 %.

Le topique suivant peut servir comme astringent, comme caustique et comme antiseptique:

Iode.....	2 gr.
Iodure de potassium.	3 gr.
Eau distillée.....	20 à 25 gr.

F. — Interventions chirurgicales endolaryngées.

Anesthésie du larynx. — Lubet-Barbon conseille des insufflations

d'un mélange de cocaïne et de sucre pulvérisés pour l'anesthésie légère ; si l'anesthésie complète est nécessaire, il fait des instillations de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne au 10^e ou au 20^e.

Ruault préfère, avec le porte-ouate, faire des applications de solution de cocaïne à 15 et mieux 20 %. Si l'anesthésie ne se produit pas, il est sage de ne pas insister pour éviter les accidents d'intoxication.

Dans le cas d'hyperexcitabilité réflexe du pharynx, on ordonne pendant quatre à cinq jours avant l'opération du bromure de potassium à l'intérieur à la dose de 4 à 6 grammes par jour. Ruault fait prendre aussi 15 à 25 gouttes de laudanum de Sydenham dans un peu d'eau avant d'appliquer la cocaïne.

Cautérisations chimiques et thermiques. — Les caustiques chimiques les plus usités sont le nitrate d'argent, les solutions très concentrées d'iode. Ces caustiques sont appliqués pendant la respiration tranquille, ainsi que les cautérisations ignées par le galvanocautère.

Scarifications, curettages. — Les scarifications sont faites avec des bistouris laryngiens, à lames protégées ou non. Ruault a fait construire un scarificateur laryngien à trois lames parallèles. Les curettes laryngiennes de Heryng sont très recommandables ; mais Moure a fait remarquer justement que le curettage du larynx n'est pas pratique parce que les parties molles fuient sous l'instrument.

Exérèses avec les pinces coupantes. — Les pinces laryngiennes à système tubulaire, imaginées par Türck et souvent modifiées, ont de grands avantages, mais sont peu solides, difficiles à entretenir et surtout manquent de précision à cause de leur manque de rigidité. Ruault préfère les pinces coupantes, articulées, rigides, il rappelle celles qu'il a fait construire en 1889 par Aubry, de deux modèles, dont l'un s'ouvre dans la direction antéro-postérieure et l'autre latéralement.

La pince emporte-pièce à mors inégaux ne trouve son utilité que dans l'éversion ventriculaire ; la meilleure est celle de Mahu, présentée au Congrès international de laryngologie en 1900.

G. — Traitement des diverses formes de laryngite chronique.

1^o Formes catarrhales. — Les formes catarrhales légères réclament le massage externe, l'électricité associée à la strychnine à l'intérieur, des pulvérisations astringentes, des attouchements au chlorure de zinc à 1 ou 2 %, les eaux sulfureuses et les eaux arsenicales.

Les formes catarrhales graves exigent des badigeonnages avec des solutions plus concentrées, des scarifications des cordes vocales ou des bandes ventriculaires suivies d'applications de solutions iodo-iodurées ou de chlorure de zinc. Les eaux sulfureuses des Pyrénées sont un adjuvant efficace.

La laryngite sèche demande des pulvérisations alcalines, des attouchements au phénol sulfuriciné. Les injections laryngo-trachéales d'huile mentholée à 3 % ramollissent les croûtes et facilitent leur expulsion.

En cas de poussées subaiguës et d'accidents dyspnéiques par accumulation des croûtes, la vapeur d'eau donne les meilleurs résultats.

En cas de poussées hémorragiques : pulvérisations au tanin à 5 %, ou au perchlorure de fer à 5 %, ou attouchements avec l'adrénaline à un ou 2 %.

2° Formes hypertrophiques. — La *laryngite nodulaire* guérit parfois par le repos, plus souvent il faut l'application d'une pointe de galvanocautère ou, lorsque le nodule est dur, l'enlever à la pince coupante. On touche ensuite le point d'implantation au chlorure de zinc à 10 %.

La *laryngite granuleuse* se soigne par le repos ou des applications de solutions iodo-iodurées précédées ou non de sacrifices. Les récidives sont fréquentes.

La *laryngite hypertrophique postérieure*. — Le topique de choix est l'acide salicylique à 10 % dans le topique sulfuriciné.

Dans la *pachydermie interaryténoïdienne*, la pince coupante latérale et la curette serviront à enlever les masses hypertrophiées.

Pour l'*éversion ventriculaire* on se servira de la pointe du galvanocautère ou de l'emporte-pièce de Mahu.

Dans le cas de *chordite papillaire cornée*, Ruault aurait recours à l'acide salicylique sulfuriciné et à la pince coupante antéro-postérieure.

DISCUSSION DU RAPPORT

MENDEL. Permettez-moi de répondre en quelques mots aux reproches que fait Ruault à la méthode d'injection trachéale que je préconise comme une notable simplification à la technique laryngologique ordinaire.

Cette méthode est basée sur le fait d'observation suivant : *Si on recommande au patient de ne pas avaler une petite quantité de liquide projetée sur la paroi postérieure du pharynx, descend par son propre poids dans les voies aériennes, en enjambant l'orifice digestif, toujours fermé en dehors de la déglutition.* La constatation de ce fait m'a permis d'établir le procédé d'injection trachéale dont parle Ruault et qui présente deux avantages essentiels.

1° Il est infiniment moins désagréable au patient, car il ne comporte à peu près aucun contact instrumental ; et il peut être pratiqué chaque jour sans que l'emploi de la cocaïne soit jamais nécessaire ;

2° Enfin ce procédé, qui forme la base d'une thérapeutique puissante de la tuberculose pulmonaire, ne nécessite de la part de l'opérateur aucune instruction spéciale, puisqu'il ne s'exécute pas

sous le contrôle du miroir laryngien, comme le procédé ordinaire. Et en fait, les jeunes étudiants se l'assimilent facilement en une ou au plus deux séances.

Or, quel reproche Ruault adresse-t-il à ma méthode? « Si elle permet, dit-il, l'introduction d'une partie du liquide injecté dans les voies aériennes, elle en laisse passer une autre partie dans l'œsophage et dans l'estomac; ce qui n'est pas toujours indifférent, car cette ingestion d'huile médicamenteuse peut causer des brûlures gastriques persistantes. »

J'ai observé ce fait, mais à titre d'exception et d'exception évitable, sur plusieurs milliers d'injections. En effet, pour réussir la petite opération, deux conditions sont indispensables. Il faut que le médecin possède la technique que l'expérience m'a fait établir, technique fort simple, mais qui doit être rigoureusement suivie; il faut aussi que le patient sache qu'il ne doit pas avaler et qu'il recrache le petit excès de liquide qui peut rester au fond de sa gorge après l'injection, petit excès de liquide également recraché et perdu par conséquent lors de l'injection sous le contrôle du miroir.

Ces deux conditions sont très facilement remplies et l'injection trachéale d'huile eucalyptolée quotidienne pendant quelques semaines donne les résultats les plus nets et les plus puissants dans la tuberculose pulmonaire.

JACQUES reconnaît que Ruault a attiré l'attention avec raison sur la pathologie des tumeurs bénignes, qui ne sont que des hypertrophies.

VIOLLET a fait, suivant le procédé de Mendel, des injections laryngées chez trois malades et, avec Lubet qui était témoin des expériences, il a observé que le mouvement de déglutition est fréquent, même chez les malades exercés. La méthode est intéressante, mais, quoi qu'on dise, difficile à mettre en pratique.

MENDEL répond que le reproche est théorique; car tous les jours il pratique cette opération chez des malades non exercés.

RUALT croit que le meilleur moyen d'éviter le mouvement de déglutition, c'est de porter le médicament dans la trachée.

Un cas de sinusite fronto-maxillaire avec sinus frontal anormal, par DELIE (d'Ypres). — Ouverture du sinus frontal au point d'élection (au-dessus de l'extrémité interne de l'arcade orbitaire). L'os rencontré était complètement éburné sur une épaisseur d'un centimètre. A cette profondeur, les méninges furent mises à nu. Le sinus frontal fut découvert dans l'épaisseur même de l'arcade orbitaire; la paroi antérieure enlevée mesurait 1 cm. de haut sur 2 cm. de largeur. Les parois supérieure et inférieure, entièrement lisses, formaient entre elles un angle aigu de 1 à 2 cm. de profondeur. La guérison eut lieu par première intention, environ en douze jours, sans avoir présenté aucun phénomène spécial du côté des méninges.

Luc. Ce fait prouve qu'il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence du sinus frontal et qu'il faut souvent le chercher très bas.

MOURE dit que quand on va vers la cavité sinusienne, on trouve une couche osseuse, compacte, éburnée, et quand on va vers le crâne on rencontre d'abord un os éburné et ensuite une partie spongieuse.

Considérations cliniques sur les sinusites frontales, par MOURE (de Bordeaux). — Moure rapporte l'observation de deux malades ayant présenté, à la suite d'opérations sur le sinus frontal, des complications assez intéressantes à noter.

Dans l'un des cas, il s'agit d'une jeune fille porteur d'une mucocèle frontale opérée par le procédé Ogston-Luc; la malade fut atteinte quelques jours après d'un phlegmon de l'orbite, qui exigea une incision profonde et fit craindre un moment la perte du globe oculaire. La malade présentait une malformation de la cloison du nez qui, fortement déjetée du côté opéré, empêcha le drainage fronto-nasal de se faire d'une façon efficace. La malade guérit, mais elle présente encore un trajet fistuleux à l'angle interne de la plaie (racine du nez) qui exigera peut-être une autre intervention.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade âgé de 34 ans environ, souffrant depuis son enfance de céphalées et de suppuration de toutes les cavités accessoires du nez. Il fut opéré d'abord de cure radicale de sinusite maxillaire et, une fois guéri de cette intervention, Moure lui pratiqua la cure radicale des sinusites frontales. A droite, vaste sinus, cloisonné de toutes parts, contenant du pus en grande quantité ainsi que des fongosités. Presque toute la table externe de l'os fut enlevée. Large communication fronto-nasale. Réunion immédiate.

A gauche, où existait une exophtalmie prononcée avant l'opération, on trouva, à l'ouverture du sinus, un énorme *abcès enkysté*, ayant refoulé la paroi crânienne et s'étant creusé une loge derrière l'orbite. La voûte orbitaire était complètement détruite par le pus. Ici encore, drainage nasal et réunion immédiate. Quelques jours après, le malade présente des signes de phlegmon de la paupière droite qui, peu à peu, vont s'améliorant, et au moment où on peut le supposer guéri, il fait une nouvelle infection due un peu à son manque de soins, et finalement il meurt avec tous les signes d'un abcès du cerveau, la famille n'ayant pas accepté une autre intervention.

LERMOYEZ dit que l'opération de la sinusite frontale par la méthode extérieure est toujours sérieuse. Il existe trois méthodes : celles d'Ogston-Luc, celle de Kuhnt-Luc et celle de Killian.

En comparant les trois méthodes, on remarque que la première est dangereuse et peut donner lieu à des accidents, malgré les bonnes statistiques.

Exposition DE PRODUITS STÉRILISÉS

au Congrès de Laryngologie

Dans le vestibule de la Salle du Congrès, le **Laboratoire général de stérilisation par les procédés ROBERT & LESEURRE** avait exposé un certain nombre de ses produits.

Citons parmi les nouveautés les plus remarquées, les **Ampoules-Seringues** qui permettent d'injecter directement toutes les solutions hypodermiques sans le secours d'aucun appareil. Plusieurs modèles d'ampoules auto-injectables ont déjà été proposées, mais nous n'avons jamais rien vu d'aussi simple, ni d'aussi pratique. La cassure de l'ampoule obtenue par traction est d'une netteté remarquable : à l'intérieur se trouve une petite boule de caoutchouc qui, poussée par une tige quelconque, constitue un piston parfait ; l'extrémité roulée permet d'y adapter directement l'aiguille usuelle. La pratique de l'hypodermie, souvent si compliquée avec les ampoules ordinaires, est ainsi singulièrement simplifiée ; toute la technique se réduit à briser deux pointes de verre et à flamber l'aiguille ; l'asepsie la plus rigoureuse est assurée avec le minimum de manipulations. Ajoutons que le prix au public n'est pas plus élevé que celui des ampoules banales du commerce.

Parmi les autres produits exposés, citons :

Les **cotons, compresses, gazes, tampons**, etc., autoclavés à 152° : les boîtes sont placées dans l'autoclave, largement ouvertes, pour permettre la pénétration complète de la vapeur d'eau ; quand la dessiccation a été obtenue par chasse brusque de la vapeur, un système spécial vient boucher les boîtes d'une façon hermétique au sein même de l'autoclave fermé : la conservation aseptique indéfinie est ainsi assurée.

L'**Eau oxygénée boriquée** est la préparation la mieux supportée ; l'eau oxygénée ne pouvant se conserver qu'à la condition d'être acide, l'acide borique a été substitué aux acides sulfurique, chlorhydrique, etc., qui rendent si irritantes les eaux oxygénées du commerce.

Le **Brométhyl mitigé**, employé aujourd'hui par la plupart des spécialistes, se recommande par sa grande pureté : son odeur suave nullement alliée en est la garantie ; l'addition de 10 0/0 d'éther a pour but d'empêcher la contracture des mâchoires.

Les **mèches déroulables** à l'iodoforme, acide carbonique, ferripyrine, etc., sont d'un emploi des plus pratiques.

Les **vaselines aseptiques ou antiseptiques** (aristol, menthol, résorcine, gaiacol, etc.) en tubes d'étain sont des préparations les plus recommandables tant au point de vue de la pureté des produits que de la parfaite stérilisation.

REPRODUCTION
DE L'ÉTIQUETTE

Nous
recommandons
le

PLUSIEURS MÉDAILLES D'OR, DIPLOME D'HONNEUR

VIN VOGUET

AU VIEUX MUSCAT
DU CÉLÈBRE CLOS DE L'ARCHEVÊCHÉ
"CARTHAGE"



Quino-

GLYCÉRO PHOSPHATE DE CHAUX
QUINQUINA



-PHOSPHATÉ

GLYCÉRO PHOSPHATE DE SOUDE
KOLA-COCA



Épuisement, Neurasthénie, Anémie, Chlorose, Dyspepsies, Fièvres
paludéennes, Maladies chroniques, Diabète, Convalescence
de la Grippe et des Maladies Fébriles, Allaitement, &c. &c.

MODE D'EMPLOI, 2 ou 3 VERRES à MADÈRE par JOUR

PRIX de la BOUTEILLE 5 FRANCS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépôt Général : 44, boulevard Haussmann, en face l'Opéra

PAUL DEFRANCE & C^{ie}, PHARMACIEN, 8, Avenue Victor-Hugo. — PARIS. FRANCE.

Il fortifie les cordes vocales, rend la voix souple et claire.
— Combat énergiquement le **MAL DE MER**, le soulage avec
efficacité. — Son usage, même prolongé, ne provoque ni
troubles gastro-intestinaux, ni constipation.

Dans toutes Pharmacies, EXIGER L'ÉTIQUETTE et les deux moines

PASTILLES VOGUET quino-phosphatées. Tonique recon-
stituant. Contiennent tout l'Extrait sec du **Vin Voguet** et les mêmes
principes médicamenteux. — **Épuisement, Neurasthénie, Anémie,**
Chlorose, Tuberculose, etc., entretiennent les forces et préviennent la
fatigue, la soif, chez les **professeurs, chanteurs, militaires,**
cyclistes, chasseurs, sportmen, etc.

LA BOÎTE : 2 fr. 90. 16 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

PASTILLES VOGUET anti-diabétiques (sans sucre végétal,
sans féculents). — Toniques et régulatrices de la Nutrition.

Glycéro-phosphate de chaux et de soude. — Méthylarsinate de soude.

Quinquina, Kola-Coca, Bardane. — Diabète, glycosurie, affaiblissement
général, anémie, neurasthénie qui en dérivent.

LA BOÎTE : 3 fr. 90, 22 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

Ces trois **spécialités** sont très **gustatives**. Exiger l'**Étiquette** avec
Deux Moines et la **Croix**.

Remises spéciales au corps médical, mandat à la demande.

ÉCHANTILLONS GRATIS AUX DOCTEURS.

Par le deuxième procédé, il n'y a pour ainsi dire jamais de complication ; on objecte alors qu'il y a des déformations. Il n'y en a pas dans les petits sinus, mais si on se trouve en présence d'un grand sinus, on peut prendre alors la méthode de Killian. Enfin, Lermoyez ne croit pas qu'on puisse faire d'opération sur le sinus aseptiquement ; il y a toujours une infection venant par en bas et il est partisan de l'introduction du doigt.

LUC. La genèse des complications intra-craniennes dans les sinusites est d'un haut intérêt. Avant de connaître la méthode de Killian, sur environ trente cas de suppuration frontale, il avait eu cinq ou six accidents ; depuis, dans douze cas opérés par la méthode de Killian, il n'a eu aucun accident. Le danger réside dans les cellules ethmoïdales antérieures que les deux premières méthodes n'atteignent pas.

JACQUES partage entièrement l'opinion de Moure sur l'inefficacité de la suppression anatomique de la cavité du sinus frontal comme moyen prophylactique des complications post-opératoires. Il est manifeste en effet que les accidents foudroyants qui tuent l'opéré deux, trois ou quatre jours après l'opération relèvent d'une infection contemporaine de celle-ci et que l'application immédiate d'un lambeau cutanéopériostique à la surface de la paroi osseuse profonde dénudée ne saurait mettre obstacle à la contamination des méninges par les germes déposés dans les canaux veineux ou lymphatiques qui traversent cette paroi. Pour ce qui est des accidents tardifs ou des récidives, une technique meilleure peut nous en préserver : l'élargissement du canal fronto-nasal, suivant l'Ogston-Luc, est forcément aveugle, et par suite incomplet. Ce n'est pas assez de créer un trajet plus large aux sécrétions frontales, il faut encore empêcher le trajet de se rétrécir et supprimer l'infection de ses parois.

La conduite que j'ai préconisée, dit l'auteur, et qui consiste dans la résection systématique de la masse latérale de l'ethmoïde par une incision encadrant l'angle interne de l'œil (Killian) répond à ces desiderata, en assurant à la fois un drainage large et persistant en même temps qu'il supprime, avec l'ethmoïde toujours plus ou moins infecté, la cause essentielle des récidives après l'opération de la sinusite frontale chronique. Cette résection ethmoïdale transforme l'étage supérieur du nez en une cavité rectangulaire à parois lisses : le toit du labyrinthe et la lame criblée en haut, la lame papyracée de l'orbite en dehors, la cloison en dedans. Dans cette large gouttière ouverte en bas s'abouchent à plein canal en avant le sinus frontal, très réduit par la suppression de son plancher et, par suite, de son expansion orbitaire, en arrière le sinus sphénoïdal dont la paroi antérieure a été réséquée. Il ne saurait plus dès lors être question de récidive de la sinusite frontale puisque le sinus en question, réduit à sa portion verticale, a cessé d'être annexe, pour devenir partie intégrante de la fosse nasale. Jacques ajoute que le procédé

Arch. de Laryngol., 1904. Suppl. au n° 4.

2

n'est pas fait pour tous les cas indirectement, mais qu'il vise principalement les faits où le sinus est spacieux et l'ethmoïde infecté : ces faits constituent la règle.

LERMOYEZ. — La sinusite frontale n'est pas toujours semblable à elle-même. Il y a ou il n'y a pas d'ethmoïdite. Il faudrait d'abord faire un diagnostic exact et l'opération choisie doit être en rapport avec l'affection.

MOLINIÉ croit qu'aucune des méthodes existantes ne met à l'abri des complications.

LAURENS, jusqu'ici, a été éclectique ; mais il avoue que la méthode Ogston-Luc lui a donné d'excellents résultats ; il a vu quelques récidives, mais un débridement hâtif l'a mis à l'abri des complications intra-cérébrales.

MOURE dit que pour le premier accident qui lui est arrivé, le malade avait été opéré par le procédé large, celui de Kuhnt-Luc. Dans le deuxième cas, il avait affaire à une mucocèle frontale, l'ethmoïde n'avait rien.

On ne supprime pas complètement l'espace mort, et si les infections secondaires ne se font pas, cela tient à des causes variées.

Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de 77 ans. — Refus d'opération. — Mort, par G. MAHU (de Paris). — Les signes classiques (écoulement de pus unilatéral, cacosmie subjective, transillumination, lavage par le méat inférieur ayant chassé du pus du sinus maxillaire) avaient fait penser qu'il s'agissait d'une sinusite fronto-maxillaire chronique. Mais le jaugage de l'antré ayant indiqué un volume de liquide aspiré supérieur à 5 c.c., on reconnut qu'il s'agissait là d'une sinusite frontale seule, dont le pus se déversait dans le sinus maxillaire, diagnostic qui fut d'ailleurs vérifié par l'inspection de la cavité à la suite de l'avulsion d'une molaire cariée et l'agrandissement de l'orifice alvéolaire correspondant.

La trépanation du sinus frontal fut refusée par la famille à cause du grand âge de la malade et celle-ci mourut subitement au bout de deux mois.

A cette occasion, l'auteur attire l'attention sur les deux points suivants :

1° Importance d'un diagnostic précis dans les cas de polysinusite, afin d'éviter une intervention inutile et complément d'information précieux fourni dans ce cas par le *signe de capacité* ;

2° Danger de ne pas intervenir dès la première heure dans les cas certains de sinusite frontale chronique.

LERMOYEZ a remarqué que les cas de méningite, ou de complications

cérébrales, qui viennent mourir à l'hôpital, sont fréquemment des complications otitiques; il n'en a jamais observé, comme complications des sinusites frontales. On peut se demander si l'opération met bien réellement à l'abri des complications cérébrales et si celles-ci ne sont pas plus fréquentes chez les personnes opérées.

LUC répond qu'on connaît des gens qui souffrent de l'oreille; mais on ne connaît pas ceux qui ont des sinusites, car on les classe dans les rhumes de cerveau.

Phlegmon péri-amygdalien externe, consécutif à une infection par corps étranger, par RAOULT (de Nancy). — Il s'agit d'un malade qui aurait avalé, environ quinze jours avant l'apparition des accidents phlegmoneux, une paille d'orge qui se serait implantée dans l'amygdale. Le malade éprouva une douleur légère, puis ne s'en préoccupa plus. Le gonflement amygdalien et l'adénopathie apparurent progressivement. Lorsque l'auteur l'examina, il constata un phlegmon péri-amygdalien externe proprement dit. Pour ouvrir ce dernier, l'auteur se servit de ciseaux avec lesquels il traversa l'amygdale et parvint à effondrer les parois de l'abcès. Dans le pus qui fut craché par le malade les jours suivants, on retrouva le corps étranger.

Deux observations intéressantes de complications endo-craniennes d'otite moyenne suppurée, par BONAIN (de Brest). — Ces deux observations sont intéressantes à deux points de vue différents. Dans la première, il s'agit d'une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne, ayant suivi de près un électro-diagnostic de paralysie faciale chez un malade opéré deux mois auparavant pour otorrhée et mastoïdite chronique. La mort, survenue dans les quarante-huit heures, fut naturellement attribuée par la famille du malade à l'emploi pourtant bien innocent de l'électricité. Les altérations vasculaires sont certainement les seules coupables en la circonstance. Mais on peut se demander si, en dehors des causes habituelles des altérations vasculaires, il ne faut pas incriminer l'infection otogène de longue durée.

L'intérêt de la seconde observation réside dans la rareté des lésions observées et dont le diagnostic précis était difficile sinon impossible. Thrombose adhésive du sinus droit, avec vacuité du sinus latéral correspondant à l'oreille droite atteinte d'otorrhée et de mastoïdite condensante; enfin leptoméningite suppurée de l'hémisphère cérébral opposé.

Deux faits de clinique laryngologique, par JACQUES (Nancy). —
1^o Agrafe enclavée dans le larynx; extraction par laryngotomie inter-

crico-thyroïdienne. Le sujet était une fillette de 5 ans 1/2. Le corps étranger, une agrafe de corsage de 12/18 de millimètre, était insérée entre les cordes inférieures, le crochet disparaissant dans la sous-glottis et les anneaux reposant sur la face supérieure des rubans vocaux. L'étroitesse des voies et la disposition du corps enclavé nécessitaient l'opération externe qui put être réduite à la simple incision de la membrane crico-thyroïdienne. Cette intervention simple et bénigne dispense de la trachéotomie préalable et évite la fissure du thyroïde. Elle fournit même chez l'enfant un jour assez large sur la région sous-glottique pour permettre l'extraction des corps enclavés dans la glotte, dont les dimensions transversales n'excèdent pas le diamètre antéro-postérieur du larynx.

2° Ankylose crico-aryténoïdienne bilatérale consécutive à la trachéotomie haute (laryngotomie inter-crico-thyroïdienne). Il s'agit dans cette seconde observation des effets nocifs d'un autre corps étranger, d'origine chirurgicale celui-là, une canule insérée dans l'espace crico-thyroïdien, lors d'une trachéotomie d'urgence nécessitée par des accidents tertiaires de l'une des cordes vocales. Le patient, trachéotomisé quatorze ans auparavant, n'avait pu être décanulé par suite d'une ankylose presque complète des cordes au voisinage de la ligne médiane, développée suivant toute vraisemblance par suite de l'irritation causée par la présence du corps étranger immédiatement au-dessous des cordes. Cette observation vient à l'appui de l'opinion de Moure sur les inconvénients tardifs des trachéotomies hautes (laryngotomies ou crico-trachéotomies).

RUVAULT ne croit pas que la trachéotomie haute soit une mauvaise opération : mais il n'est pas nécessaire d'employer de grandes canules, une canule courte est bien préférable, elle ne gêne pas le malade.

Traitement de la tuberculose laryngée, par MERMOD (de Lausanne) (sera publié in extenso).

Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes, par Toubert (de Paris). — L'auteur rapporte onze cas, dont deux personnels, où la guérison spontanée ou chirurgicale de l'otite a été suivie de la guérison de la folie : un certain nombre de malades, internés dans les asiles, ont pu être rendus à la liberté.

Il passe en revue les hypothèses susceptibles d'expliquer ces guérisons et attire sur ces cas l'attention des aliénistes et des auristes.

Recherches sur l'audition, par CASTEX et LAJAUNIE. — Après une série d'expériences sur des sujets normaux, les auteurs ont obtenu

des moyennes de l'audition à la voix haute et à la voix basse. Ces mesures acouméttriques leur ont permis d'établir pour l'oreille comme pour l'œil « un champ auditif » dont ils établissent le tracé.

Ce graphique est constitué par deux ellipses se superposant en partie et passant par les points extrêmes de la perception acoustique en avant et en arrière, à droite et à gauche. Les deux oreilles entendent sensiblement de même. Pour chacune d'elles, la portée auditive est plus grande pour les sons produits latéralement que pour ceux produits en avant ou en arrière.

Enfin, l'audition serait un peu plus grande par derrière que par devant; cette légère différence serait due à la direction oblique du conduit auditif, dont la moitié externe se dirige sensiblement vers l'arrière.

Un cas d'empyème ethmoïdo-sphénoïdal chez un enfant de neuf ans; ouverture par la voie orbitaire, par ESCAT (de Toulouse) (sera publié in-extenso).

Séance du mardi 3 mai.

Rapport sur le Traitement des otites moyennes aiguës

Par LERMOYEZ, LUBET-BARBON et MOURE.

Deux ordres de preuves démontrent la nécessité de soigner les otites: c'est, d'une part, la gravité de l'otite non ou mal soignée; c'est, d'autre part, la bénignité de l'otite bien traitée. L'otite moyenne aiguë est, en pratique, toujours consécutive à une affection ascendante, apportée à la caisse par la trompe; c'est une affection centrifuge, rhinogène. Les microbes pathogènes amenés au nez par un mode de contagion quelconque, pullulent, se multiplient dans le naso-pharynx, montent par la cheminée tubaire et arrivent dans l'impasse que forme l'oreille moyenne. Ils s'y installent, qui dans la caisse, qui dans l'antre mastoïdien; mais la muqueuse a déjà préparé ses défenses: elle se congestionne et se gonfle; si cette première réaction ne suffit pas, elle secrète du mucus ou du muco-pus: l'épanchement est constitué, il y a rétention: de là douleurs, infections, complications variées.

Dans certains cas le tympan cède, les symptômes s'atténuent et

le pus coule dans le conduit, mais cette perforation spontanée n'est qu'une fistule avec tous ses dangers; il n'en est pas toujours ainsi soit parce que l'exsudat est minime, soit parce que la trompe peut drainer. La physionomie clinique de l'otite moyenne aiguë est donc polymorphe. Les bons livres enseignent qu'elle peut être catarrhale, exsudative, purulente. Or ce sont des divisions schématiques nécessitées par les besoins de l'enseignement. La clinique s'en passe; aussi, guidés par elle, envisagerons-nous l'otite moyenne aiguë en bloc. Elle sera pour nous « une ».

La connaissance pathogénique des otites nous dicte notre traitement : le danger est dans la rétention ; le salut est dans le drainage. Le traitement s'exprime ainsi : *ubi pus, ibi evacua*.

La connaissance des dispositions anatomiques est indispensable à posséder. Deux points sont à méditer : 1° Les divers compartiments de l'oreille moyenne, en particulier la caisse du tympan et l'autre communiquent largement ; l'invasion microbienne qui pénètre dans l'une, arrive nécessairement à l'autre : il en résulte que l'otite moyenne aiguë est essentiellement formée de l'association d'une tympanite et d'une antrite. Donc anatomo-pathologiquement il n'y a pas d'otite aiguë sans mastoïdite ; ce qui veut dire que nous devons toujours surveiller la mastoïde et non toujours l'ouvrir. 2° L'oreille moyenne est un diverticule des voies respiratoires supérieures ; l'otite moyenne aiguë est donc une maladie d'un diverticule des voies respiratoires. Non seulement l'oreille malade dépend des voies respiratoires, mais encore elle appartient à un organisme. De là découle que le traitement rationnel a trois devoirs à remplir : 1° traiter l'oreille ; 2° traiter le nez, le pharynx, le cavum ; 3° traiter l'état général.

Traitement de l'oreille. — Deux indications : 1° chercher à prévenir les accidents immédiats résultant de la rétention de l'exsudat (évacuation, drainage) ; 2° les accidents tardifs de chronicité par infections secondaires (antisepsie ou mieux aseptie stricte). Très différente sera notre manière d'agir suivant que nous interviendrons avant ou après la perforation spontanée du tympan ; avant, nous sommes encore les maîtres de la situation, nous pouvons, par un traitement actif et énergique, arrêter l'affection dans sa marche. Après, nous ne pouvons le plus souvent que subir le cours des événements ; donc le traitement de la phase préperforative et de la phase post-perforative vont différer absolument.

1° *Le tympan ne s'est pas spontanément perforé.* Deux cas à considérer, ceux où il ne faut pas, ceux où il faut paracentéser.

1^{er} cas, où il n'y a pas d'indication à la paracentèse. Lorsque des douleurs d'oreille ne sont pas continues, lorsque l'audition n'est pas notablement abaissée, lorsque la fièvre est légère, lorsque les réactions encéphaliques sont nulles, la paracentèse n'est pas nécessaire, alors même que la membrane tympanique est rouge et tendue. Il faut alors agir sur l'oreille moyenne, immédiatement par le conduit, médialement par la région périauriculaire. On remplira plusieurs fois

par jour le conduit avec de la glycérine phéniquée chaude et on appliquera sur la région péri-auriculaire des compresses de gaze imbibée d'eau bouillie aussi chaude que possible et maintenue par quelques tours de bande. Dans les cas heureux, avec ce traitement doux, on assiste à la résolution de l'otite, les douleurs disparaissent, l'audition se rétablit, le tympan pâlit, se rétracte et s'enfonce; si le traitement échoue, on a recours à la paracentèse.

2^e cas, trois indications majeures imposent la paracentèse.

1^o La douleur, à la condition qu'elle soit continue et, à plus forte raison, croissante;

2^o La surdité, à condition qu'elle soit récente et très accusée;

3^o La fièvre et le mauvais état général; les indications locales fournies par l'aspect du tympan, utiles certes, ne viennent qu'au second rang; cependant une membrane bombée, coïncidant avec les symptômes précédents, ne peut qu'apporter un argument nouveau à la cause de l'intervention.

La technique est une notion trop classique pour nous arrêter longtemps. L'instrument de choix est le couteau lanciolé, monté de préférence sur un manche indépendant: la stérilisation est indispensable, mais délicate; le mieux est de la maintenir une dizaine de minutes dans un tube de chloroforme. La désinfection non seulement du conduit, mais encore du pavillon de l'oreille, est une précaution obligatoire. L'anesthésie doit toujours être tentée; l'anesthésique le moins infidèle est le liquide de Bonain: Acide phénique, menthol, chlorhydrate de cocaïne à. à. Une petite plaquette de coton, bien imbibée de ce mélange, est doucement étalée sur le tympan bien sec qui, à son contact, blanchit et s'insensibilise, et on attend dix minutes environ.

Théoriquement, l'incision doit être faite dans cette région du tympan qui est toujours déclive, que le malade soit debout ou couché, c'est-à-dire dans le quart postéro-inférieur. Pratiquement, on la fait souvent là où le tympan se présente en bombant: l'important est d'éviter l'incision timide, trop courte, peu pénétrante. Suivant les cas, on fera une incision linéaire ou bien cruciale, ou on dessinera une valve en croissant. La paracentèse faite, on fera faire un ou deux Valsava, à la rigueur un Politzer, pour juger si l'incision est suffisante, mais là s'arrêteront les manœuvres d'aération; puis le sang sera étanché, une fine mèche de gaze sera étendue dans toute la longueur du conduit pour le drainer sans l'obstruer; un tampon d'ouate hydrophile garnira le méat; une couche d'ouate recouvrira l'oreille et la région environnante maintenue par quelques tours de bande de crépon. Un seul pansement par jour suffit amplement, sauf dans certains cas d'écoulement profus.

On nous concédera que la comparaison de ce traitement moderne des otites aiguës avec les pratiques anciennes (bains antiseptiques, injections, douches d'air) est tout à l'avantage du premier: 1^o il est beaucoup plus commode pour le médecin; 2^o il est beaucoup moins

pénible pour le patient ; 3° il raccourcit notablement la durée des otites.

Une fois paracentésée, l'otite, suivant les circonstances, pourra évoluer en bien ou en mal. Si l'évolution est favorable, les symptômes pénibles cessent, la suppuration persiste au même degré pendant un certain temps puis, très rapidement, vers la deuxième ou la troisième semaine, elle diminue et se tarit. Cette guérison peut se faire suivant deux modes otoscopiques différents.

Où la caisse est déjà séchée alors que la perforation est encore béante, il suffit alors de souffler dans le fond du conduit un peu de poudre d'acide borique et de laisser le tympan se fermer lentement sous cette couche protectrice, ou la cicatrisation du tympan est très-précoce, alors que l'oreille moyenne suppure encore ; c'est qu'alors la trompe désobstruée suffit au drainage. Si l'évolution est défavorable, la sédation ne se produit pas ou bien la douleur et la fièvre, momentanément supprimées, reparaissent. C'est que la perforation est insuffisante ou s'est trop fermée : il faut recommencer, mais avoir soin de faire une incision grande, diamétrale, mordant sur le cadre. Il est rare qu'il faille s'y reprendre davantage car si la rétention persiste, c'est que son siège est plus éloigné, et la paracentèse du tympan doit céder le pas à la paracentèse de l'antre, la trépanation mastoïdienne.

2° *Le tympan s'est spontanément perforé* : si la perforation spontanée est suffisante, il suffit de panser l'oreille ni plus ni moins qu'après une usuelle paracentèse ; si elle est insuffisante, qu'on l'agrandisse bien vite avec le couteau ou, au besoin, que par un coup de curette on la désobstrue d'un bourgeon endotympanique qui s'y montre et fait bouchon.

L'otite guérie, il nous reste à surveiller le retour progressif de l'audition, la disparition des bruits subjectifs et parfois même à y aider par des moyens artificiels : douches d'air, massage du tympan, mais une mobilisation trop hâtive pourrait rallumer un processus mal éteint et réchauffer l'otite ; deux ou trois semaines d'expectation sont un minimum nécessaire. Il reste à supprimer la cause de l'otite en rétablissant la respiration nasale, enlevant de grosses amygdales, et surtout déblayant les caviums encombrés de végétations. Au cours de l'otite, pour éviter les infections ascendantes tubaires, il faudra obtenir du malade qu'il se mouche correctement, alternativement par l'une et par l'autre narine, assurer l'asepsie relative du nez, maintenir la propreté de la bouche. Comme traitement général, le malade devra être maintenu au lit : il faudra conseiller la diète relative, la liberté du ventre, le calme ambiant, prescrire des antithermiques ou des calmants et, certaines otites étant contagieuses, il y a avantage à isoler les otites.

Des indications de la trépanation mastoïdienne. — Il n'y a pas d'otite moyenne véritablement aiguë sans antrite ; la constance de ce fait anatomopathologique mène à concevoir un traitement idéal et théorique des suppurations de l'oreille qui aurait pour base l'antrotomie

systématique ; mais ce serait là une exagération inconsidérée, la trépanation systématique doit faire place à la trépanation conditionnelle réclamée par la mastoïdite clinique. Aussi, quand une ou deux paracentèses n'ont pas suffi à faire disparaître les symptômes inquiétants de l'otite, s'il persiste des douleurs fixes et spontanées dans la région mastoïdienne ; si la base, le bord supérieur ou la pointe gardent, malgré tout, une sensibilité vive à la pression, à plus forte raison s'il y a empatement rétro-auriculaire ou rétro-mastoïdien ; si le pus reparaît dans le champ du spéculum en grande abondance, immédiatement après l'essuyage de la perforation ou s'il sort par décharges successives et abondantes, et précédées de douleurs ; si l'encéphale réagit, si le labyrinthe proteste... il faut compléter la myringotomie par l'antrotomie. On est en droit, si les choses ne pressent pas, de tenter la médication abortive de la mastoïdite (plus large orifice tympanique, glace en permanence sur l'apophyse) ; mais un tel traitement ne doit pas être continué plus de deux ou trois jours, et si au bout de ce délai l'amélioration n'a pas été remarquable, il faut, sans retard trépaner la mastoïde.

DISCUSSION DU RAPPORT

Luc se trouve en communion d'idées avec les rapporteurs. Il partage leur avis d'intervention dans les accidents de rétention rétro-mastoïdienne. La participation de l'antre n'est pas toujours la même ; parfois il joue le rôle dominant dans la suppuration en versant son pus dans la caisse et ce cas lui paraît comporter un traitement spécial, c'est-à-dire une intervention précoce.

Luc reconnaît dans le rapport une bonne mise au point des indications et contre-indications de la paracentèse ; il admet sans restriction les indications de la trépanation mastoïdienne. Sur un point cette communion d'idées diffère ; il croit devoir reprocher de s'être exagéré l'importance de notre rôle en dehors de la paracentèse dans l'otite moyenne aiguë. Il peut y avoir des complications immédiates, ou des complications tardives.

Les complications immédiates apparaissent dès le début de l'otite moyenne aiguë après la paracentèse ; les accidents mastoïdiens ou méningitiques, la fusée de Bezold, seraient plutôt dus à une virulence spéciale des bacilles, qui ont produit la suppuration.

Les complications tardives sont les conséquences d'une otite survenue à la suite d'une des maladies générales, comme la scarlatine, qui ont une action destructive et nécrosante sur l'oreille. Dans ces différentes complications, le traitement local est impuissant.

Les rapporteurs repoussent les lavages et toute thérapeutique locale ; ils enfoncent une mèche jusqu'à la perforation tympanique après la paracentèse. Ils prétendent drainer, mais ils ne drainent pas du tout. Qui dit drainage dit pénétration de la mèche, remplissant les fonctions de drain, jusqu'à l'intérieur de la cavité suppurante ;

or, il est impossible d'introduire une mèche par la trop petite ouverture pratiquée dans la paracentèse. Le drainage est utile et possible dans l'otite chronique où nous pouvons atteindre les cavités osseuses nécrosées. Après la trépanation mastoïdienne, un drainage sérieux sera possible par la large brèche osseuse, et nous en obtiendrons d'excellents résultats, à moins qu'il n'y ait des cellules aberrantes en état de suppuration que la mèche ne peut drainer.

Comme conclusion, Luc distingue : 1° les cas dans lesquels nous voyons le malade avant l'ouverture du tympan; il faut ouvrir largement par la paracentèse, et si l'épanchement n'est pas franchement purulent, la mèche est très utile; 2° les cas où l'écoulement est profus; alors la mèche est insuffisante, le pus s'accumule au fond du conduit où la mèche l'arrête au lieu de le drainer. Luc a essayé aussi le tamponnement et l'a trouvé non seulement insuffisant, mais pénible pour le malade. La mèche reste au niveau de l'orifice sans pouvoir y pénétrer, tandis que le liquide injecté entre par cet orifice, aussi pratique-t-il des lavages fréquents.

Les rapporteurs reprochent au lavage d'être brutal ou septisant; ils disent que la chirurgie ne lave plus les abcès, mais qu'elle les draine : or le lavage peut être pratiqué sans être brutal, et pour l'empêcher d'être septisant, il suffit de donner les conseils nécessaires à la personne chargée de les faire.

Il n'a pas remarqué que les otites soignées par des lavages fréquents faits par des mains profanes durassent plus longtemps que celles soignées par le drainage fait par des mains sacrées.

VACHER s'associe à Luc pour reconnaître qu'il est souvent impossible de pratiquer le drainage parce qu'on ne peut revoir les malades assez fréquemment et il comprend qu'on fasse faire des lavages dans les familles. Il suffit de donner les indications nécessaires pour que ces injections soient pratiquées d'une façon antiseptique.

Au moment où l'otite cesse d'être aiguë et n'est pas encore devenue chronique, il se demande quel traitement l'on doit employer. De son côté il a adopté la méthode suivante : après avoir aseptisé et séché le conduit, il fait dans la caisse une injection de quelques gouttes de sérum cocaïné, puis une nouvelle injection de sérum stérilisé. Il a obtenu ainsi des guérisons en quinze jours. A la fin de la période aiguë, il emploie aussi l'acide picrique à 30 ou 35 degrés, qui a une action kératinisante.

MOLINIÉ (de Marseille). — L'otite moyenne englobe tous les états aigus de la caisse et des cavités accessoires, depuis la simple hyperhémie de la muqueuse jusqu'aux mastoïdites les plus étendues. On doit, au point de vue clinique, distinguer trois formes typiques d'otite aiguë qui sont : 1° l'otite moyenne catarrhale (avec ou sans exsudat; 2° l'otite moyenne suppurée; 3° l'otite avec réactions mastoïdiennes. Ces trois sortes d'otite qui ne sont que les degrés divers d'une même affection relevant d'une étiologie commune. D'un type à l'autre, on observe des différences; elles sont dues à trois ordres

de facteur : 1° la réceptivité morbide ; 2° la virulence de l'infection ; 3° la conformation anatomique des cellules antrales. Ce dernier élément joue un très grand rôle dans la gravité et le pronostic des otites ; car, selon que l'on sera en présence d'un type à cellule antrale unique ou à conformation aréolaire, on aura une plus ou moins grande diffusion de l'infection.

Le même traitement ne saurait convenir aux trois formes : A l'otite catarrhale il faut opposer, comme l'ont dit les rapporteurs, les instillations dans le conduit, les compresses chaudes, le repos local et général. A l'otite suppurée correspondent d'autres indications : d'abord la paracentèse du tympan. Quand le tympan est perforé, les mesures prophylactiques contre l'infection exogène sont plus particulièrement bien réalisées par le drainage avec la mèche et la protection sous un pansement de gaze hydrophile. Toutefois ce mode de traitement est insuffisant dans les cas d'otorrhée profuse et très assujettissant à la fois pour le patient et pour le médecin. On peut dans certains cas lui substituer les irrigations qui seront faites avec la douche. Il faudra recommander dans ce cas au malade : 1° de faire bouillir chaque fois son appareil ; 2° de ne pas le mettre à une trop grande hauteur pour que le jet ne puisse traumatiser le tympan ; 3° de se laver consciencieusement les mains avant de toucher à son oreille ou à ses appareils.

A la troisième forme d'otite avec mastoïdite, il faut opposer la trépanation, et les auteurs ont posé avec beaucoup de justesse les indications de cette opération. Aux règles qu'ils ont formulées, Molinié ajoute la suivante : quand une otite, traitée suivant les préceptes indiqués plus haut, persiste à suppurer abondamment après deux mois de traitement, il faut pratiquer l'ouverture de la mastoïde.

En terminant, les auteurs signalent les particularités de l'otite infantile, sénile et enkystée ; il faut encore signaler les otites des diabétiques et des phthisiques qui ont une marche torpide très spéciale et une déplorable tendance à la chronicité.

DUNDAS GRANT, dans l'hôpital où il donne ses soins à de nombreux enfants, emploie le drainage dans les cas d'otite moyenne aiguë chez les malades internes, mais chez les malades externes qu'il ne peut voir qu'à des intervalles assez éloignés, il se sert du traitement par injections de sulfate de soude au centième, qui fait dissoudre les albumoses ; il l'a reconnu d'une grande utilité dans les formes suppurantes. Il emploie aussi le biiodure de mercure à 3 pour 1000, dose suffisante pour être antiseptique. Avant la paracentèse, il a soin de stériliser le conduit pendant quelques jours avec de la glycérine phénolisée et même les parties extérieures du méat, ou avec du biiodure de mercure qui n'est pas excitant.

Dans les cas de doute, en présence d'une oreille douloureuse, il vaut mieux faire la paracentèse. On hésite parfois devant la sensibilité du malade et on ne regrette jamais de l'avoir pratiquée. Il a

observé une jeune fille se plaignant de l'oreille et qui entendait la voix chuchotée à 4 ou 5 mètres; elle présentait en même temps une amygdalite, alors il se demanda si la fièvre était due à une otite ou à l'amygdalite, la paracentèse ne fut pas pratiquée. La malade fut atteinte d'accidents de pyémie et de complications graves.

Dundas Grant présente un instrument pour le traitement du nasopharynx. Cet instrument, composé d'un petit flacon, est fermé d'un bouchon traversé par deux tubes de verre, l'un sert au passage de l'air et l'autre plus long s'introduit dans une narine. Le malade peut ainsi aspirer le liquide que contient le flacon; cela constitue un bain nasal et fait l'antisepsie des trompes.

CHAVASSE, dans les otites grippales, fait des réserves pour la paracentèse, car elle n'empêche pas la complication mastoïdienne; il en est de même dans la scarlatine. Dans les premiers jours qui suivent la paracentèse, il croit utile de remplacer la mèche deux ou trois fois par jour. Pour remplacer les irrigations souvent mal faites, il conseille un bain d'eau oxygénée, que l'on verse dans l'oreille du malade, qui tient la tête inclinée. On peut ensuite introduire une mèche, ou instiller quelques gouttes de glycérine phéniquée.

BROECKAERT rappelle une statistique allemande sur les otites aiguës. Sur 100 cas, 50 % ont guéri en 15 jours, 15 % plus d'un mois, 40 % plus de 50 jours, les autres ont eu une durée variable. D'après cette statistique, il aurait dû être pratiqué plus de quinze anthrectomies, si l'on avait suivi le conseil de faire la trépanation au bout de deux ou trois mois; or il rapporte à ce sujet plusieurs cas qu'il a soignés personnellement et qui s'étaient présentés après une longue suppuration; il les a guéris sans intervention chirurgicale, dans l'espace de quelques jours ou de quelques semaines. C'est pourquoi il est d'avis d'attendre des indications plus nettes et plus précises avant de faire la trépanation.

BAR emploie les lavages tubaires lorsque la caisse seule suppure, mais, quand le pus a atteint les cellules mastoïdiennes, ces lavages sont insuffisants.

NOQUET rappelle qu'il y a deux ans il a parlé d'un procédé consistant en injections de vaseline à l'europhène par la trompe d'Eustache; il obtient ainsi de bons résultats. L'europhène, dit-il, remplace avantageusement l'iodoforme.

MAHU présente un instrument pour la paracentèse. Le manche est un réservoir contenant du chloroforme dans lequel plonge l'aiguille à paracentèse, et l'instrument peut ainsi être mis en poche et porté en ville pour opérer.

CHAVASSE dit avoir pratiqué des trépanations au bout de sept ou huit semaines d'otite; il n'a jamais trouvé de pus, mais des fongosités.

LERMOYEZ, à propos du reproche que l'on a fait à une mèche

imprégnée de ne pas drainer, incapable qu'elle serait de vider un flacon, démontre que cette affirmation est inexacte par les expériences suivantes :

1^o Un flacon est rempli de bouillon de culture, un entonnoir placé au-dessus de lui contient une mèche qui plonge dans le liquide. Cette mèche draine le bouillon et le fait monter dans l'entonnoir.

2^e expérience. Si l'entonnoir placé au-dessus du flacon contient une substance colorante, la mèche draine le bouillon par exosmose et à aucun moment la substance colorante ne descend dans le flacon.

3^e expérience. Si au lieu de laisser l'entonnoir à l'air libre, on le recouvre d'une lame de verre, immédiatement l'exosmose s'arrête, il n'y a plus drainage.

On en conclut qu'un pansement humide à l'air draine, mais si le conduit est obstrué, il ne draine pas. On a reproché à son procédé d'augmenter la durée des otites ; or, d'après une statistique, il a reconnu au contraire que cette durée était bien diminuée, si au début on avait soin de pratiquer l'asepsie et le drainage. L'antiseptique ne vaut plus rien dans les formes aiguës. Lermoyez rappelle à Luc qu'il ne faut pas confondre drainage et tamponnement ; le drainage consiste à évacuer une cavité, et le tamponnement empêche cette évacuation. Le drainage se fait avec une mèche de gaze non serrée, et le tamponnement avec du coton hydrophile.

Luc est partisan d'une antrotomie précoce ; or l'antrotomie même bien faite est plus longue que la paracentèse. En résumé, moins nous ferons dans l'otite aiguë, mieux cela vaudra. D'après une statistique, les non-partisans de la paracentèse avouaient autrefois la trépanation dans 20 % des cas ; depuis la méthode aseptique, la trépanation est tombée de 20 % à 4 %.

MOURE, au sujet des injections par la trompe, fait observer qu'elles sont impossibles à pratiquer chez les enfants. Il reconnaît que lorsque les malades peuvent être suivis, il vaut mieux employer les pansements aseptiques, mais si les maladies sont externes, on ne peut donner que des injections.

Au sujet de l'antrotomie, il n'est pas partisan d'une intervention aussi précoce : car on a vu des mastoïdites se terminer par résolution dans beaucoup de cas.

LUBET-BARBON fait observer que le rapport avait pour but de répondre aux objections, qui sont faites par les confrères non auristes, sur le rôle de l'auriste avant la paracentèse. L'accord est complet sur la conduite que nous avons à tenir avant, il n'y a qu'après que les avis diffèrent. Nous sommes tous d'avis qu'il faut faire la paracentèse et qu'il faut trépaner lorsque l'otite ne guérit pas.

Luc fait deux remarques à Lermoyez : 1^o s'il veut faire l'antrotomie, pourquoi ne la ferait-il pas dès le début, il n'y a aucun cas où elle soit dangereuse et elle arrête rapidement l'évolution de l'otite ;

2° si, d'après les expériences rapportées, la mèche draine le bouillon, elle ne draine pas le pus.

LERMOYÉZ répond que dans tous les abcès la mèche draine le pus en totalité.

Un cas de tumeur maligne du nez, par LERMOYÉZ. — L'ablation des tumeurs malignes du nez se fait par les voies naturelles ou par la voie extérieure. La chirurgie du cancer présente deux règles : 1° enlever en une fois et non morceler la tumeur ; 2° enlever autour une zone de tissu sain. Il est impossible de suivre ces deux règles en opérant par les voies naturelles les tumeurs malignes du nez. Lermoyez a employé le procédé de Moure avec lequel il ne reste pas de délabrement. Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui présentait une tumeur de la base du nez, la narine laissait écouler un liquide fétide et saignait. L'examen histologique révéla un épithélioma cylindrique à forme maligne. L'opération consista en une incision partant de l'angle interne de l'œil, descendant le long de la face nasale du nez sans en atteindre la ligne médiane, et s'arrêtant en bas près de l'aile du nez. Le lambeau écarté, l'opérateur met à nu l'os propre du nez, l'os lacrymal, l'os unguis, et enlève toute cette portion osseuse jusqu'au trou optique. L'ethmoïde est rendu ainsi très visible, la tumeur est enlevée facilement. Le lambeau est ensuite suturé et on ne draine pas ; le malade a guéri en 12 jours. Le procédé Moure permet une grande lumière dans ces sortes d'opérations ; il doit s'employer non seulement dans les cas de cancer du nez, mais dans toutes les formes d'ethmoïdite.

Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique, par LANNOIS et FERRAN (de Lyon). — H., 38 ans, présente pendant dix jours des douleurs violentes dans l'oreille gauche. L'écoulement se produit à ce moment et le soulage d'abord. Puis la douleur reparait dans l'oreille, et en même temps de la diplopie. Celle-ci est en rapport avec une paralysie du moteur oculaire externe du même côté. Insuffisance de l'écoulement et incision d'un gros gonflement en haut et en arrière. Guérison parallèle en trois semaines de l'otite et de la paralysie de l'abducteur oculaire. A aucun moment le malade n'a présenté de symptômes pouvant faire penser à une participation de l'apophyse, de la pyramide du rocher, des méninges, etc.

Les auteurs, après avoir discuté les diverses théories émises pour expliquer les faits de cet ordre, lésions de la pyramide du rocher, abcès sous-duremériens, œdème pie-mérien, méningite plus ou moins localisée, abcès cérébelleux, pensent que dans les cas légers comme le leur, on peut admettre une paralysie d'ordre réflexe se produisant probablement par l'intermédiaire du nerf vestibulaire et

du noyau de Deiters, dont on connaît les relations avec les noyaux des nerfs moteurs oculaires.

Ce fait montre qu'il ne faut pas toujours attacher une signification pronostique grave aux paralysies oculaires se produisant au cours des otites.

LUBET-BARBON a vu deux cas de paralysie du moteur oculaire commun chez des trépanés. Chez l'un, en particulier, il n'existait rien près du sinus caverneux; pendant le sommeil chloroformique, ce malade présentait une paralysie des deux yeux qui regardaient en haut et vers la lésion; il y avait déviation conjuguée. Le malade a guéri, ce symptôme n'est donc pas d'un pronostic aussi grave.

Corps étranger des fosses nasales par explosion d'arme à feu, par TEXIER (de Nantes). — Il s'agit d'un cas de corps étranger ignoré du malade, et ne se manifestant que par une fistule sous-orbitaire et un écoulement muco-purulent peu abondant par le nez. Les renseignements que nous donne le malade sur sa fistule sous-orbitaire sont peu précis. Elle n'existerait que depuis dix mois et résulterait d'un abcès de la joue consécutif à un traumatisme (branche d'arbre reçue sur la joue et chute).

Avant cet accident, rien de particulier du côté du nez. Aucune maladie antérieure; a été amputé du bras gauche, à la suite d'une explosion d'une arme à feu. L'examen du malade permet de constater, du côté du rebord orbitaire, une fistule se prolongeant du côté du nez, en dedans et en arrière, jusqu'à douze centimètres. L'examen de l'une et l'autre fosse nasale donne, à l'inspection, au niveau de la partie supérieure, un aspect noirâtre. Le stylet permet de constater la présence d'un corps dur, immobile: perforation de la cloison à ce niveau. Rien à la rhinoscopie postérieure, sinus frontaux sains, sinus maxillaire gauche un peu sombre. Il s'agit d'un corps étranger à cheval sur la cloison, et plongeant dans chacune des fosses nasales.

Nous essayons, le lendemain, après cocaïnisation, de le faire basculer d'une fosse nasale dans l'autre, impossibilité absolue de le mouvoir en ce sens. Transversalement, au contraire, on peut le mobiliser. Par cette manœuvre, on constate, au niveau de la fistule sous-orbitaire, un peu de sang, puis une matière noire, due au stylet. Nous saisissons, non sans peine, cette portion dure et nous attirons un corps étranger de la longueur et de la grosseur du petit doigt. Après examen, nous constatons qu'il est métallique, curviligne et recouvert de masse charbonneuse. Il s'agissait simplement d'un fragment de canon de fusil. L'accident avait eu lieu, il y a deux ans, et la fracture compliquée du bras, qui a nécessité l'amputation, aurait seule attiré l'attention. On ne prit garde à la petite plaie de la joue, qui avait peu saigné et s'était cicatrisée rapidement.

Résultats de l'application systématique du penghawar pour les hémorragies en nappe des muqueuses, par MOUNIER, de Paris (Sera publié in extenso).

DELSAUX rappelle, comme note bibliographique, le travail de Brown d'Anvers en 1857, sur le traitement des hémorragies par le penghawar, aux îles Java.

Corps étranger du nez : extraction d'un hameçon fixé à la partie moyenne du cornet inférieur, par CHARLES (de Grenoble). — CHARLES donne une observation de corps étranger du nez — un hameçon dans le cornet inférieur. Charles indique un procédé d'extraction plus facile à mettre à exécution qu'on ne le croirait dans la cavité nasale. C'est-à-dire agir comme si l'on voulait faire un point de suture du cornet inférieur avec une aiguille courbe qui ne serait autre que l'hameçon.

Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Röntgen, par A. BÉCLÈRE et Paul VIOLLET. — Il s'agit d'un malade jugé atteint de cancer du larynx et, à ce titre, soumis à la radiothérapie par Béclère. Le diagnostic de cancer a été porté par Viollet, Chauffard, Launay et A. Béclère.

Cependant l'examen microscopique manquant, on peut discuter la valeur démonstrative de ce cas ; au point de vue de la radiothérapie du cancer, il n'en est pas moins intéressant de montrer, et ce cas le prouve, que les rayons X peuvent exercer une action favorable sur certaines lésions de la muqueuse laryngée à travers la charpente cartilagineuse du larynx et les parties molles qui la recouvrent.

Si le diagnostic du cancer était justifié, il n'en resterait pas moins nécessaire que l'épreuve du temps confirmât les résultats obtenus, la cure étant trop récente pour que l'on puisse encore en juger définitivement.

Le malade présenté à la Société, M. B... âgé de 51 ans, était porteur, au 25 novembre 1903, d'une tumeur de la paroi latérale gauche du larynx, ne paraissant pas ulcérée, mais bombant fortement dans la cavité laryngée, dissimulant une notable partie des cordes vocales et débordant même le repli aryéno-épiglottique du côté malade pour s'étendre à la partie voisine du pharynx ; le malade présentait en outre une adénite juxta-laryngée gauche du volume d'une petite noix, mobile sous les téguments.

La dysphagie était très prononcée, le malade avait maigri de dix-huit livres en deux mois, ne pouvant plus s'alimenter que péniblement d'un peu de lait ; la voix était très altérée.

Le malade ayant refusé une laryngectomie totale proposée par

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

ATELIERS & MAGASINS, 113, Boul. St-Germain

Téléphone 811-10

PARIS

Adresse télégraphique
"Instrument-Paris"

Fabrique d'Instruments de Chirurgie

d'appareils Orthopédiques et Prothétiques
Physiologie — Anthropologie — Anthropométrie
Coutellerie fine

FOURNISSEUR DES HOPITAUX, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DU MINISTÈRE DE LA GUERRE, DE LA SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES
DU MINISTÈRE DE LA MARINE, DU MINISTÈRE DES COLONIES
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES DE L'EMPIRE OTTOMAN, DES HOPITAUX DE BULGARIE
DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE ET DE LA MARINE
DE LA RÉPUBLIQUE ARGENTINE, ET DES CHEMINS DE FER FRANÇAIS
ORTHOPÉDISTE DES MAISONS D'ÉDUCATION DE LA LÉGION D'HONNEUR

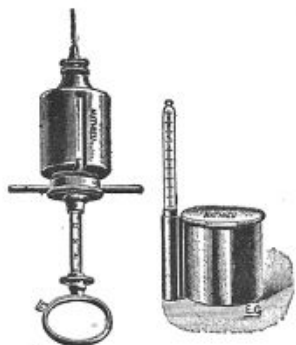
GRANDS PRIX : Paris 1867-1889-1900 — Moscou 1892
Chicago 1893 — Lyon 1894 — Bruxelles 1897



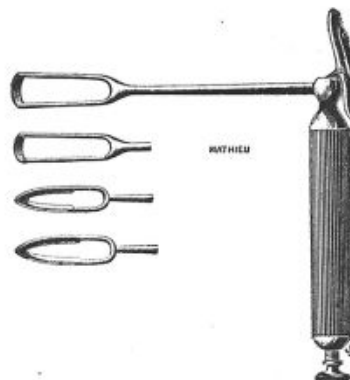
Pince emporte-pièce du Dr Lombard, pour la cure radicale de la sinusite maxillaire. Cette pince permet de faire dans un seul temps l'ouverture rhino maxillaire.



Pince-gouge du Dr Lombard pour agrandir l'ouverture de la fosse canine dans la cure radicale de la sinusite maxillaire.



Seringue à paraffine du Dr Delangre, de Tournai, et récipient pour stériliser et réchauffer la paraffine. (Notice sur demande).



Rabot du Dr Lermoyez et septotomes de Moure se montant sur le même genre.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Cabinet de Radiographie, Radioscopie et Stéréo-radiographie

INSTALLATIONS RADIOGRAPHIQUES SUR DEVIS

Détermination des corps étrangers

LOCATION D'ACCUMULATEURS — CATALOGUE GÉNÉRAL FRANCO SUR DEMANDE

REPRODUCTION
DE L'ÉTIQUETTE

Nous
recommandons
le

PLUSIEURS MÉDAILLES D'OR, DIPLOME D'HONNEUR

VIN VOGUET

AU VIEUX MUSCAT
DU CÉLÈBRE CLOS DE L'ARCHEVÊCHÉ
"CARTHAGE"



Quino-

GLYCÉRO PHOSPHATE DE CHAUX
QUINQUINA



-PHOSPHATÉ

GLYCÉRO PHOSPHATE DE SOUDE
KOLA-COCA



Épuisement, Neurasthénie, Anémie, Chlorose, Dyspepsies, Fièvres paludéennes, Maladies chroniques, Diabète, Convalescence de la Grippe et des Maladies Fébriles, Allaitement, &c. &c.

MODE D'EMPLOI, 2 ou 3 VERRES à MADÈRE par jour

PRIX de la BOUTEILLE 5 FRANCS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépôt Général : 44, boulevard Haussmann, en face l'Opéra

PAUL DEFRANCE & C^{ie}, PHARMACIEN, 8, Avenue Victor-Hugo. — PARIS, FRANCE.

Il fortifie les cordes vocales, rend la voix souple et claire. — Combat énergiquement le **MAL DE MER**, le soulage avec efficacité. — Son usage, même prolongé, ne provoque ni troubles gastro-intestinaux, ni constipation.

Dans toutes Pharmacies, EXIGER L'ÉTIQUETTE et les deux moines

PASTILLES VOGUET quino-phosphatées. Tonique reconstituant. Contiennent tout l'Extrait sec du **Vin Voguet** et les mêmes principes médicamenteux. — **Épuisement, Neurasthénie, Anémie, Chlorose, Tuberculose**, etc., entretiennent les forces et préviennent la fatigue, la soif, chez les professeurs, chanteurs, militaires, cyclistes, chasseurs, sportmen, etc.

LA BOÎTE : 2 fr. 90. 16 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

PASTILLES VOGUET anti-diabétiques (sans sucre végétal, sans féculents). — Toniques et régulatrices de la Nutrition.

Glycéro-phosphate de chaux et de soude. — Méthylarsinate de soude.

Quinquina, Kola-Coca, Bardane. — Diabète, glycosurie, affaiblissement général, anémie, neurasthénie qui en dérivent.

LA BOÎTE : 3 fr. 90, 22 fr. 50 LES 6 BOÎTES.

Ces trois spécialités sont très gustatives. Exiger l'Étiquette avec **Deux Moines** et la **Croix**.

Remises spéciales au corps médical, mandat à la demande.

ÉCHANTILLONS GRATIS AUX DOCTEURS.

Launay et Viollet, Chauffard eut l'idée de l'adresser à Bécclère pour tenter sur lui les effets de la radiothérapie.

Viollet appelé à suivre l'évolution des lésions constata, le 23 décembre, l'ulcération de la tumeur qui paraissait en voie de mortification. Deux mois après, la tumeur diminuait de volume et la portion ulcérée se limitait à la région primitivement occupée par elle. Actuellement il ne reste à la place de la tumeur qu'une sorte d'excavation cicatricielle au centre de laquelle on reconnaît l'aryténoïde gauche qui a été comme abrasé; l'immobilité de la moitié gauche du larynx a seule persisté; l'adénite cervicale a disparu. Le malade a engraisé de seize livres, il mange sans aucune difficulté, sa voix est complètement revenue.

Le malade a été soumis par Bécclère à l'action des rayons X du 1^{er} au 12 décembre 1903, les 23, 25, 26 et 28 décembre 1903, du 1^{er} au 31 janvier 1904, du 7 au 29 mars 1904.

Instruments : bobine d'induction de 35 centimètres, courant primaire, 6 ampères et 70 volts, ampoules à osmo-régulateur de Villard, étincelle équivalente mesurée au spintermètre, 7 centimètres.

La distance de la paroi de l'ampoule à la peau était de 15 cent.; pendant la première période de traitement, le côté gauche et le côté droit du cou ont été alternativement exposés; pendant les périodes suivantes, le côté malade l'a été seul; la durée des séances était de quinze minutes pendant les trois premières périodes de traitement, de dix minutes seulement pendant la dernière; les interruptions dans la cure ont été nécessitées par des incidents de radiodermite superficielle, ayant provoqué de la rubéfaction ou de la vésication dans un cas.

Il n'a été publié jusqu'ici qu'un seul cas comparable, c'est celui d'un avocat atteint de tumeur laryngée, diagnostiquée cancer et traitée avec le même succès par V. Scheppegegrell (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 1903, n° 11, p. 305).

MOURE demande la parole après la communication de Viollet et déclare qu'il a eu l'occasion de traiter deux cas de cancer du larynx sans succès par la radiothérapie. Dans un cas, il fut obligé de recourir à la trachéotomie; dans l'autre, la tumeur limitée acquit un développement plus considérable par ce traitement. Il pense donc que parler de guérison du cancer par les rayons X est au moins bien prématuré.

DELSAUX dit qu'il a vu de bons effets du radium dans des cas de cancers laryngés, mais qu'il n'a pas observé de cure, ce qu'il attribue à l'insuffisance des fragments de radium dont il disposait.

VIOLLET réplique à Moure que ni Bécclère ni lui n'ont eu la prétention de démontrer l'efficacité de la radiothérapie dans le traitement du cancer laryngé, leur but était d'attirer l'attention des laryngologistes sur un cas de tumeur laryngée favorablement influencée par

Arch. de Laryngologie, 1904. Suppl. au n° 4.

3

les rayons; ils n'ont cherché en le faisant qu'à encourager de nouvelles recherches qu'ils souhaitent de voir appuyées sur des cas encore plus démonstratifs que le leur et contrôlés par l'examen histologique.

Pendant la réponse de Viollet, MOURE ayant examiné le malade qui fut l'objet de la discussion, redemande la parole et tend à infirmer le diagnostic porté par Viollet se basant sur ce fait que dans le cas de tumeur laryngée même à ses débuts, occupant le siège voisin de l'extrémité aryénoïdienne de la fausse corde, comme cela semblait être le cas chez le malade en question, il y a toujours ankylose de l'articulation crico-aryénoïdienne, et par suite immobilité de la corde correspondante; or cette immobilité n'existerait pas chez le malade présenté.

VIOLLET fait appel à ceux de ses collègues qui viennent d'examiner le malade, quant à lui il constatait encore tout récemment l'existence d'une hémiplegie laryngée gauche, que Luc a eu l'occasion de constater avec lui.

A la demande de Castex, président, qui prie ceux des membres de la Société qui viennent d'examiner le malade, de bien vouloir donner leur avis, LERMOYEZ déclare qu'à son avis, tel qu'il est, le larynx du malade présenté paraît guéri et que, selon lui, on ne peut juger par son aspect actuel de la nature non cancéreuse du cas, puisqu'aucun des assistants n'a encore été à même d'apprécier les effets de la radiothérapie qui pourrait même, ajoute Lermoyez, répondant à Moure, guérir peut-être des ankyloses et des paralysies?

Quelques instants après, Moure ayant longuement causé avec Bécclère qui assiste à la séance, redemande la parole pour rectifier ce qu'il a dit tout d'abord au sujet de malades observés par lui et sur lesquels l'action des rayons aurait été fâcheuse; un des deux malades auxquels il faisait allusion a été traité par Bécclère lui-même, or il n'aurait été exposé que deux fois à l'action des rayons X, ce qui est insuffisant.

Le malade présenté par Bécclère et Viollet a été exposé aux rayons soixante fois environ.

Un cas de laryngocèle, par GAREL (de Lyon). — La laryngocèle ventriculaire est une tumeur gazeuse dont on peut distinguer trois variétés: une externe faisant saillie à la partie antérieure du larynx et simulant le goitre; une mixte pouvant être observée à l'intérieur du larynx et au cou; une interne seulement laryngée.

Le malade, observé par Garel, présentait une laryngocèle de cette dernière variété, interne, qui est la plus rare. Un homme de 37 ans se plaignait de troubles vocaux depuis quinze ans. Au début, la voix

se fatiguait rapidement, était suivie d'extinction de peu de durée. Cette extinction vocale de plus en plus fréquente est devenue plus accentuée au bout de quelques années ; mais depuis environ dix ans, son état ne s'est pas modifié. Le malade n'éprouve aucun autre trouble fonctionnel du larynx ; la respiration est normale et l'occlusion glottique se fait complètement. Au laryngoscope, on voit un polype de la corde vocale droite. Pendant la phonation, ce polype vient se placer entre les deux bandes ventriculaires ; la bande ventriculaire droite et le ligament ary-épiglottique se gonflent ; il se forme une saillie grise d'aspect bilobé, par dilatation du ventricule droit. Garel explique cette dilatation par l'obstruction partielle de la glotte par le polype pendant la phonation ; l'air se trouve sous une pression plus élevée au-dessous du polype et dilate la muqueuse ventriculaire droite peu résistante. Le polype fut enlevé en plusieurs séances à cause de sa friabilité, et la laryngocèle disparut aussitôt progressivement ; ce qui confirme l'opinion émise sur la pathogénie.

Garel rappelle quelques cas précédemment publiés de laryngocèles ; celui de Raugé, interne et externe, rapporté en 1897, celui de Beausoleil, où la laryngocèle était due à une toux chronique quinteuse, celui de Pantaloni, en 1897. Il n'a trouvé dans la bibliographie que quatre cas de laryngocèle interne.

Note sur l'emploi de l'adrénaline dans les cas d'affections malignes de la gorge, par RAOULT (de Nancy). — Raoult a employé plusieurs fois l'adrénaline à 1/1000 en badigeonnages sur les tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Dans un cas, les applications d'adrénaline, à petites doses, ont été répétées pendant environ un mois. Or, à la suite eut lieu l'élimination de l'amygdale malade, élimination qui fut accompagnée de phénomènes réactionnels assez violents.

Volumineux polype des choanes. Exérèse par voie buccale. Considérations générales, par BAR (de Nice). — Dans cette observation, l'auteur s'est appliqué à la description minutieuse des symptômes des polypes choanaux et a exposé les diverses tentatives d'exérèse applicable à la cure radicale de cette affection. La prise par voie buccale seule lui a réussi en cette circonstance. Elle est quelquefois le seul moyen possible à employer tant à cause du volume énorme de ces tumeurs, qui ne pourraient être ainsi traitées par voie nasale, que parce qu'elle est encore parfois le seul moyen de les prendre, les diverses étant impuissantes à les saisir. L'observation montre encore la possibilité de polypes mixtes, ainsi que l'aurait autrefois établi Panas dans une étude anatomopathologique de ce genre de néoplasmes.

Séance du mercredi 4 mai.

Laryngotomie. Détails techniques, par CASTEX (de Paris). — CASTEX expose quelques points de technique d'après un certain nombre de laryngotomies pour épithéliomes et tuberculoses.

Dans tous les cas, il s'est efforcé d'éviter l'emploi de la canule à trachéotomie, car il lui reproche : de gêner l'opéré pour expulser complètement le sang et les mucosités qui encombrant la trachée, de provoquer la toux en agaçant la muqueuse trachéale, enfin d'être une cause d'infection. Il pratique d'habitude la laryngotomie verticale médiane sous chloroforme et sans trachéotomie préalable. La section du cartilage thyroïde et des deux membranes thyro-hyoïdienne et thyro-cricoïdienne, assure un accès suffisant dans le larynx.

Quand les deux valves du thyroïde sont tenus par deux écarteurs à griffes, il faut attendre un moment pour que l'opéré puisse évacuer sa trachée. Ensuite on procède à l'ablation des lésions avec le thermo, ou le galvano-cautère.

A ce moment de l'opération, la tête du malade est mise dans l'attitude de Rose pour que la salive n'inonde pas le champ opératoire. Castex évite de dénuder les valves du thyroïde dans le double but de les préserver d'une fracture pendant l'opération en les laissant doublées, et d'utiliser les tissus d'enveloppe pour recevoir les catguts, qui tiendront rapprochées les deux moitiés du cartilage.

Pendant les premières vingt-quatre heures, l'opéré reste couché sans oreiller pour que la salive ne glisse pas dans le larynx.

Castex reconnaît que, dans certains cas, la canule est indispensable, ou qu'on peut être forcé de la mettre quelques heures après l'opération. Mais, en comparant les résultats obtenus par lui selon les deux pratiques différentes, il conclut qu'il serait désirable de renoncer à la canule dans les laryngotomies et que sa suppression est chose faisable.

MOURE a contribué depuis déjà longtemps au développement technique de la thyrotomie. Mais il n'est pas de l'avis de Castex en ce qui concerne l'absence de canule au moment de l'intervention. Pour l'extraction de corps étrangers, pour les interventions non sanglantes, la canule n'est pas utile ; mais pour les tumeurs malignes, il serait imprudent de ne pas l'employer. Il n'a jamais eu de décès par thyrotomie, même en laissant la canule plusieurs jours ; mais il vaut mieux pratiquer la trachéotomie. Si on est en présence d'une hémorragie qui marche très vite, on peut placer une canule pendant l'intervention, mais il est préférable d'avoir fait une trachéotomie précoce ; car le malade asphyxie rapidement, quand le sang arrive dans les voies aériennes. De plus, la salive

n'est pas si septique que cela. Moure demande pourquoi Castex conseille de suturer les tissus d'enveloppe le cricoïde ; il a toujours suturé le cricoïde au catgut doucement. Il n'a jamais eu d'accident. Il se trouve des cas où la trachée est tellement ossifiée, que le cartilage s'effrite à tel point qu'il est impossible d'empêcher l'emphysème.

Au lieu de tenir le malade allongé, il le met debout dès que les accidents du chloroforme sont évités. Le malade est d'abord assis dans son lit, puis il peut se lever au bout du troisième jour. On évite ainsi les stases hypostatiques. Cette pratique a donné de très bons résultats même dans les cas défavorables, tels que le diabète et l'albuminurie.

CASTEX répond que sans doute Moure a eu à faire à des cas heureux ; pour lui, dans les cas d'épithélioma pas énormes et qui pourtant peuvent avoir envahi la bande ventriculaire, il est inutile et même dangereux de mettre une canule, qui aide au développement des infections graves post-opératoires. Pour lui, il est persuadé qu'avec le catgut suturant les parties molles devant le cricoïde, on peut obtenir, et il a obtenu, une coaptation excellente. Il ne laisse son malade couché que vingt-quatre heures, ensuite il le relève peu à peu, mais il croit que cette pratique est très bonne, car il a peur de la salive, quoi qu'en dise Moure.

MOURE tient à faire remarquer que si l'épithélioma a envahi la bande ventriculaire, la thyrotomie n'est peut-être pas suffisante ; cette tumeur réclamerait une intervention plus large.

Un cas de laryngectomie totale, par MOLINIÉ (de Marseille). — MOLINIÉ relate une observation de laryngectomie totale pratiquée chez un homme de 63 ans pour un carcinome du larynx. Le malade absolument guéri chirurgicalement dès le huitième jour a succombé six jours plus tard aux suites d'une broncho-pneumonie déclarée cinq jours après l'opération. Molinié fait ressortir le contraste qui existe entre la guérison opératoire et l'évolution fatale de la broncho-pneumonie. Il estime que celle-ci peut survenir après infection opératoire ou post-opératoire, et recommande comme mesures préventives d'abord d'opérer aseptiquement en évitant la pénétration du sang dans la trachée, et de compléter l'asepsie opératoire par l'asepsie post-opératoire, c'est-à-dire l'asepsie du local et du personnel.

Molinié présente les pièces anatomiques enlevées au cours de l'opération.

Tuberculose laryngée ; laryngotomie inter-cricothyroïdienne ; thyrotomie ultérieure avec résection de la corde vocale droite ; survie de dix-huit mois, par CHAVASSE (de Paris). — Le malade qui

fait l'objet de cette communication s'est présenté pour la première fois au traitement dans un état d'asphyxie menaçante, qui a nécessité une laryngotomie intercrico-thyroïdienne d'urgence. Il y avait périchondrite et infiltration diffuse du larynx. L'expectoration contenait des bacilles de Koch ; dans les antécédents, syphilis dix-neuf ans auparavant. Le traitement spécifique institué aussitôt après la mise en place de la canule à demeure réussit contre la périchondrite mais laissa persister l'infiltration intra-laryngée et des masses tuberculeuses végétantes. La thyrotomie avec curettage de la cavité laryngée et excision de la corde vocale droite est alors pratiquée. Trois mois après, le malade put reprendre la vie de famille et satisfaire aux obligations d'une profession pénible ; il conservait cependant une petite fistule thyroïdienne à ouverture intermittente. Il fut emporté en quelques heures par une hémoptysie foudroyante, dix-huit mois après l'intervention, alors qu'il se considérait comme guéri et était en pleine activité professionnelle (sera publié in extenso).

VACHER croit qu'après la trachéotomie dans la tuberculose laryngée, la survie peut être très longue. Il connaît trois cas de survie dépassant deux ans et il se souvient d'un malade qu'on lui a amené à sa clinique présentant une sténose très avancée du larynx et qui tout d'un coup tomba par terre et sembla rendre le dernier soupir. Vacher n'eut que le temps de prendre un bistouri, et de lui faire une trachéotomie. La respiration artificielle parvint à le ranimer et depuis deux ans et demi le malade vit avec sa canule. Il est donc persuadé que le spécialiste doit toujours avoir sous la main un bistouri et une canule pour les cas d'urgence.

Pharyngotomie transhyoïdienne pour un volumineux lipome de l'épiglotte, par G. LAURENS (de Paris). — Au point de vue opératoire, deux procédés : la voie sous-hyoïdienne et la voie transhyoïdienne, permettent l'accès médian du pharynx.

Au point de vue des indications il faut distinguer deux cas :

1° L'opération doit porter sur l'épiglotte et la région pré-épiglottique, pour l'extirpation d'une tumeur d'apparence très limitée : fibrome, kyste, lipome. En pareil cas, la transhyoïdienne donnera un jour vertical, excellent.

2° L'intervention se propose d'atteindre : soit le pourtour de l'orifice aérien : replis aryéno-épiglottiques, sommet des aryénoïdes, soit le pharynx inférieur. Alors la pharyngotomie sous-hyoïdienne est indiquée, le jour qu'elle donne est horizontal et parfait.

Le choix de chaque procédé est donc commandé par la région opératoire et la localisation de la tumeur.

••

C'est pour un néoplasme bénin de la région para-épiglottique que je fus appelé à intervenir au mois d'octobre dernier.

Il s'agissait d'une malade, qui m'était amenée par le D^r Chevalier, du Mans, pour une tumeur de l'orifice laryngien.

Depuis sept ans, la malade avait une sensation de gêne de la déglutition, peu accusée il est vrai, mais constante.

Tour à tour traitée pour pharyngite, nervosisme, envoyée dans de multiples stations thermales, ayant subi les traitements médicaux les plus invraisemblables, toujours sans qu'un examen laryngoscopique eût été pratiqué, l'affection avait fini par retentir sur l'état général : amaigrie, dépérie, ayant perdu l'appétit, le teint jaune et blafard, telle la malade se présentait à notre examen à la fin de septembre 1903.

Elle avait été amenée à consulter le D^r Chevalier pour deux accès de suffocation nocturnes et récents et de fréquents faux pas de la déglutition. Elle redoutait de succomber dans un accès.

L'examen indiquait en effet une respiration difficile, avec léger tirage ; la voix n'était pas enrouée, mais empâtée ; il semblait qu'elle fût amygdalienne et donnait l'impression d'un corps étranger endopharyngé.

La palpation du cou dénotait une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne, tuméfaction en masse, dont les contours étaient difficiles à préciser, mais sans la moindre altération des téguments. Absence totale d'adénopathie.

Au miroir laryngien je constatai la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, interposée entre la base de la langue et le pharynx, comblant tout l'espace entre ces deux organes. Aucun vide qui en apparence assurât le passage de l'air et du bol alimentaire.

Impossible de distinguer le moindre point de repère du côté de l'épiglotte ou des replis, les vallécules étaient occupés par cette énorme voussure. A l'œil nu, la tumeur était recouverte par une muqueuse lisse, régulière, amincie, blanc jaunâtre.

Je posai immédiatement le diagnostic de tumeur pré-épiglottique, bénigne, mais sans être fixé sur la nature : kyste, fibrome ou lipome. Du moins mon parti était bien pris, d'abord d'opérer, puis de ne faire aucune tentative d'extraction par voie buccale et je proposai l'ouverture du pharynx, qui fut acceptée.

L'opération eut lieu le lendemain à ma clinique.

Les débuts de l'intervention furent des plus dramatiques et à trois reprises j'eus une alerte chloroformique des plus graves, car je dus cesser l'anesthésie et faire la respiration artificielle.

Par trois fois la malade devint bleue, cyanosée, pupilles dilatées et je dus mettre en pratique toutes les manœuvres usitées en pareil cas pour la rappeler à la vie. Ces accidents anesthésiques graves étaient dus à l'oblitération de l'orifice supérieur du larynx par la tumeur et ni projection des maxillaires, ni traction de la langue hors de la bouche ne pouvaient assurer la perméabilité aérienne.

Je fis immédiatement une trachéotomie, absolument blanche du reste, et ce ne fut qu'après une respiration artificielle assez prolongée que je pus commencer l'opération en toute sécurité. J'aurais pu

pratiquer la trachéotomie, sous cocaïne, mais la malade très pusillanime avait exigé l'anesthésie générale et il m'était bien difficile de prévoir à l'état de veille les difficultés que je pouvais avoir à l'état de sommeil.

Sans décrire le manuel opératoire de la transhyoïdienne, je ne rappellerai, dans le cas particulier, que les détails intéressant l'intervention elle-même et ses suites.

L'acte opératoire fut très simple et après avoir fendu la muqueuse du pharynx, je tombai sur un énorme lipome, atteignant presque le volume du poing, développé dans la région valléculaire, ayant refoulé la langue en avant, l'épiglotte en arrière; la poche adhérait à toute la face antérieure de l'opercule laryngien et aux régions voisines. Après avoir décortiqué et énucléé la tumeur, je refermai le pharynx par plusieurs points de suture et rapprochai les deux segments de l'os hyoïde par un étage de sutures périostées.

Les suites opératoires furent marquées par un incident, que je tiens à rapporter et très intéressant: une nécrose secondaire de l'os hyoïde qui détermina une suppuration abondante, me força à rouvrir la plaie et finalement à pratiquer l'*hyoïdectomie* pour tarir le foyer purulent. Dès lors la cicatrisation marcha à grande vitesse.

J'ai revu la malade récemment et j'ai été frappé par les deux faits suivants: 1° l'absence complète de déformation du squelette du larynx et de troubles phonatoires, malgré la suppression de la charpente osseuse et de la musculature hyoïdienne; 2° l'amélioration considérable de l'état général, qui depuis dix ans n'avait jamais été aussi satisfaisant, amélioration vraisemblablement due à une oxygénation et à une respiration meilleure.

* *

Comme conclusion, j'insisterai sur les nombreux avantages de la pharyngotomie transhyoïdienne:

1° Elle constitue une opération extraordinairement simple et facile, le champ opératoire étant médian et par conséquent en dehors de toute zone dangereuse;

2° Elle offre une sécurité absolue et donne une absence totale d'hémorragie;

3° Elle réalise une excellente voie d'accès sur les vallécules, la zone pré-épiglottique et la base de la langue.

JACQUES croit que cette opération donne un jour insuffisant, car dans beaucoup de cas il faut tirer très fort pour obtenir un écartement suffisant. De plus, il y a très souvent après cette opération une déformation en carène.

LAURENS dit que cette opération ne s'applique qu'aux tumeurs para et épiglottiques et qu'on pourrait faire une double ostéotomie pour obtenir un jour plus large.

Un cas de laryngectomie totale, par LOMBARD (de Paris). — Lombard présente à la Société, au nom de M. Sébilleau et au sien, un malade opéré avec succès de laryngectomie totale pour cancer; le malade a été opéré le 18 mars dernier. Il est actuellement guéri. Il s'agissait d'un épithélioma intrinsèque du larynx, dont le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique. Il n'y avait pas de ganglions et les cartilages ne sont pas modifiés. Les heureux résultats obtenus doivent être en grande partie attribués à quelques détails de technique post-opératoire, qui ne sont pas sans importance:

1° Après l'opération et pendant les quelques jours qui suivent, le malade est maintenu en décubitus très incliné, la tête basse. C'est l'attitude que M. Sébilleau impose dans son service à tous les opérés du pharynx chez lesquels la bouche est en communication avec le cou par la brèche opératoire.

2° La fréquence des pansements. Ils doivent être quotidiens.

3° L'emploi d'une canule à trachéotomie, dont l'orifice externe se trouve reporté à 2 centimètres en avant du plan cutané. Le pansement du cou est plus facile et les sécrétions ne s'écoulent pas sur la ligne de suture de la trachée à la peau.

Du procédé le plus pratique pour enlever totalement les amygdales enchatonnées, par VACHER (d'Orléans). — Partisan convaincu de l'ablation totale des *amygdales malades*, quel que soit leur volume, Vacher a continué à rechercher le procédé le plus simple, le plus rapide et le moins dangereux pour faire cette ablation.

L'emploi de ses pinces pour curetter la loge amygdalienne, qui s'est vulgarisé depuis quelques années, a fait faire un progrès marqué à cette question. Mais en modifiant le procédé à l'anse chaude, ou à l'anse froide, on peut enlever totalement les amygdales d'un seul coup.

Voici sa manière de faire : 1° libérer autant que possible l'amygdale des piliers, en avant, en arrière, en bas, avec le stylet mousse de Higuët, le plicotome de Lermoyez, ou ses ciseaux stylet; 2° passer au travers de l'anse sa pince à mors mousses, ou une petite pince de Muzeux. Aller avec cette pince saisir largement et profondément l'amygdale au fond de la loge, l'attirer fortement en dedans et porter l'anse contre les piliers pendant que l'amygdale est luxée de la loge; 3° serrer fortement l'anse et faire passer le courant. Si on se sert de l'anse froide, serrer lentement pour obtenir l'écrasement des vaisseaux avant leur section. La section doit être d'autant plus lente que le malade est plus âgé. On diminue ainsi les dangers d'hémorragies, qui sont du reste très rares et moins à redouter qu'avec un morcel quelconque. La traction de l'amygdale en dehors de sa loge n'expose pas l'anse à sectionner un gros vaisseau puisqu'il a été démontré qu'entre la loge amygdalienne et la carotide interne il y a la paroi

pharyngienne et l'espace pharyngo-maxillaire. Vacher a enlevé les amygdales par ce procédé un nombre considérable de fois. Il n'a trouvé à son procédé que des avantages et pas un inconvénient. —

Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien par les insufflations d'acide borique, et sur la résection immédiate de la paroi postéro-supérieure du conduit membraneux, par H. CABOCHE (de Paris). — L'auteur rapporte les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus dans le traitement consécutif des évidements pétro-mastoïdiens par les insufflations quotidiennes de poudre d'acide borique stérilisée (méthode d'Eeman) jointes à la résection du conduit.

Il commence, avant de trépaner, par faire la résection de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif membraneux, ce qui évite le décollement de la paroi antérieure du conduit par l'écarteur dont on peut se passer, et donne un jour beaucoup plus considérable pour la pratique de l'évidement.

L'auteur a employé ce procédé pour treize cas d'évidements pétro-mastoïdiens dans le service du Dr Sebileau à l'hôpital Lariboisière. A part un échec et un cas encore en traitement depuis quatre mois, la guérison a été très rapide, puisqu'elle fut obtenue une fois en quatre mois, deux fois en trois mois, trois fois en deux mois et demi et cinq fois en deux mois ou moins de deux mois. Les cas où la résection fut pratiquée furent les plus rapidement guéris.

La méthode se recommande par la simplicité d'exécution, par la suppression des infections secondaires, par l'absence de douleur des pansements en opposition avec les douleurs internes du tamponnement; enfin par la rapidité plus grande de l'épidermisation. Les douleurs qui surviennent parfois après le pansement sont facilement calmées par l'usage interne de la phénacétine.

DELSAUX, à l'appui de cette communication, dit qu'il a fait depuis trois ans vingt à vingt-cinq résections du conduit membraneux. Il engage à pratiquer la suture immédiate du sillon rétro-auriculaire; il n'est pas nécessaire de laisser cette ouverture pour surveiller les cholestéatomatomes, on peut le faire par le conduit. Si Moure a observé des cloaques, Delsaux dit qu'il n'en a pas vu parce qu'il fait une résection plus large.

LERMOYEZ. — Chez les malades opérés à chaud, c'est-à-dire se présentant avec un abcès, des réactions inflammatoires, un signe de Bezold, la résection doit être large. Lermoyez demande si l'on peut suturer le sillon rétro-auriculaire et faire le pansement boriqué, ou s'il faut pratiquer le drainage.

LOMBARD a obtenu les meilleurs résultats en laissant la résection

ouverte. Dans les cas chauds on ne doit pas faire la suture rétro-auriculaire afin de pouvoir surveiller la mastoïde.

DELSAUX trouve un grand avantage à son procédé, c'est que la cicatrisation rétro-auriculaire se fait très rapidement et le malade est guéri en huit jours.

MAHU pense qu'en laissant les lèvres de la plaie se cicatriser seules on ne risque pas ces cloaques. Après la suture il se produit souvent des culs-de-sac disgracieux et indestructibles nécessitant une nouvelle opération. Le pansement boriqé n'est pas toujours applicable, parce qu'il peut se trouver un point d'ostéite resté inaperçu, alors il se produit un bourgeonnement de mauvaise nature, que l'acide borique ne pourra jamais guérir.

Recherches sur les artères du larynx, par BROECKAERT (de Gand). — Broeckeaert rappelle les diverses données anatomiques admises sur les artères laryngées, il les trouve insuffisantes. Il s'est servi d'injections pénétrantes pour préciser la direction et la distribution de ces artères. L'artère laryngée supérieure comprend à examiner deux troncs : extra et intra-laryngé. Après sa pénétration à l'intérieur du larynx, l'artère se divise en deux branches, l'une continue le tronc principal et l'autre est un rameau anastomotique avec la thyroïdienne inférieure. Broeckeaert croit que ce tronc est plutôt une collatérale. Cette artère sert d'anastomose entre la thyroïdienne supérieure et la thyroïdienne inférieure. L'auteur a distribué aux membres de la Société des planches montrant ce territoire vasculaire, qui doivent faire partie de son ouvrage sur le larynx, dans lequel il se propose de préciser encore certains détails.

Sinusite et syphilis, par MOURE (de Bordeaux). — Moure rapporte l'histoire de quelques malades opérés de sinusite fronto-maxillaire, ou maxillaire seule, chez lesquels la guérison tardait à se produire. Dans plusieurs cas l'application d'un traitement spécifique biioduré amena rapidement la cessation des sécrétions et la guérison définitive des empyèmes observés. Ce qui caractérisait ces sortes de sinusites, c'était l'hémorragie assez abondante et les lésions osseuses constatées pendant l'opération de la cure radicale, particulièrement du côté des sinus maxillaires.

Ces faits sont à retenir parce que, cliniquement, ils pourraient expliquer quelques-uns des insuccès dus à la cure dite radicale.

Syndrome de Ménière récidivant dans le cours d'une otite catarrhale chronique. Guérison des vertiges par le curettage de l'arrière-

nez, par BERTEMÈS (de Charleville). — Malade de 39 ans. Vertiges, bourdonnements, vomissements il a y dix-huit ans, et pendant à peu près trois ans, surdité lentement progressive à gauche. Il y a un an, récurrence. Rétraction du tympan à gauche, pharyngite rétro-nasale hypertrophique, labyrinthe intact; la douche d'air améliore l'audition et, poursuivie pendant quelques semaines, diminue le nombre des accès vertigineux. Curettage de l'arrière-nez et discision au crochet de Ruault. Il n'y a plus eu de vertiges depuis; la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Traitement par l'évidement mastoïdien de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde qui complique les otites moyennes chroniques, par AUGIÉRAS (de Laval). — Ce travail est basé sur l'observation de quatre cas.

Les caractères de l'affection sont :

1° Une névralgie violente et persistante du côté malade affectant le type fronto-temporo-occipital, ou temporo-occipital.

2° L'absence de signes extérieurs de mastoïdite, sauf la douleur mastoïdienne spontanée et provoquée par la pression.

3° Le défaut de rapport entre l'intensité des phénomènes douloureux et l'état de l'oreille.

Lors de la crise névralgique, qui a nécessité l'intervention, l'otorrhée était guérie et la caisse épidermisée depuis six mois dans le premier cas; l'oreille gauche du second sujet ne présentait plus qu'une suppuration très minime en rapport avec un point d'ostéite de la paroi antérieure de la caisse; dans le troisième cas, l'écoulement d'oreille avait cessé depuis plus de deux ans; enfin le dernier sujet était atteint d'otite moyenne scléreuse double ancienne, les oreilles n'avaient jamais suppuré, les tympans enfoncés et scléreux ne présentaient pas de cicatrices, les poussées inflammatoires que les oreilles avaient subies n'avaient pas dû dépasser les limites d'une simple otite moyenne catarrhale.

4° La résistance de la névralgie à toutes les médications et l'hyperesthésie de l'oreille, qui s'est manifestée par l'exacerbation des douleurs après instillation des solutions analgésiques et anesthésiques, même les moins irritantes.

5° L'influence considérable de la maladie sur l'état général des sujets (insomnie, inappétence, dépression rapide et extrême des forces).

6° La rapidité de la guérison des douleurs névralgiques, qui ont disparu subitement après l'évidement mastoïdien.

Les altérations osseuses mastoïdiennes constatées au cours de l'opération ont été celles de l'ostéite condensante à ses différentes périodes sans traces de suppuration.

Les douleurs névralgiques s'expliquent par la compression des filets nerveux dans le tissu osseux condensé ou enflammé, et leur

disparition rapide après l'évidement par la suppression des filets nerveux et du tissu osseux malade.

Conclusion. — L'ostéite condensante mastoïdienne à forme névralgique est une indication formelle de l'évidement mastoïdien, par elle-même et indépendamment de l'état de l'oreille. L'opération doit porter sur la plus grande étendue possible de la paroi externe de l'apophyse et il faut enlever la plus grande partie possible du tissu osseux condensé.

Au point de vue des rapports de l'otologie et de la médecine générale, il y a lieu de rapprocher l'ostéite condensante à forme névralgique de la mastoïde de l'affection qui a été observée par le professeur Gosselin sur les os longs et qu'il a décrite sous le nom d'ostéite à forme névralgique, ou ostéo-névralgique, dans ses leçons cliniques et dans l'article Os du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques. Le professeur Gosselin n'avait pas observé cette maladie sur les os plats.

Algie mastoïdienne et symptômes d'apparence labyrinthique de nature hystérique associés, par BOUYER fils (de Cauterets). — J'ai l'honneur de vous résumer très brièvement l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette communication sur des symptômes auriculaires de nature hystérique assez particulières. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, qui était soignée à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service de M. Pitres, pour des crises convulsives, de nature franchement hystérique. Brusquement, un matin au réveil, cette jeune malade fut prise d'une douleur auriculaire gauche des plus vives. L'interne du service, avant la visite de son chef, procède à un premier examen. Il découvre une apophyse mastoïde gauche extrêmement sensible à la plus légère pression et au plus léger effleurement, et trouve, au grand étonnement de la malade elle-même, une surdité complète de cette oreille gauche.

La malade est immédiatement dirigée à la clinique otologique de M. Moure, qui veut bien nous la laisser examiner.

Nous trouvâmes alors une surdité absolue, globale pour ainsi dire, de toute l'oreille gauche.

La transmission aérienne et crânienne du sous-diapason étaient totalement supprimées, mais, fait particulier, il se produisit à un certain moment, au cours de cet examen, une suspension complète, mais de très courte durée, de cette surdité. L'examen objectif ne décelait aucune lésion apparente. L'interrogatoire de la malade ne comportait aucun commémoratif d'affection auriculaire ancienne ou récente.

La douleur mastoïdienne présentait tous les signes de l'algie hystérique. Elle était diffuse, superficielle, s'étendant même au delà de de l'apophyse sans points électifs spéciaux, au niveau de l'antre ou de la pointe ; mais, fait particulier, la sensibilité à la piqure n'était point perçue.



C'est qu'en effet la mastoïde était englobée dans une hémianesthésie complète des muqueuses et de la peau, de tout le côté gauche du corps à laquelle échappaient seuls le tympan et la partie osseuse du conduit auditif, qui gardaient leur sensibilité normale. Il existait en outre une hémianesthésie sensorielle du goût et de l'odorat.

Quelques jours après ce premier examen, les mêmes accidents persistèrent encore, mais la malade éprouva à plusieurs reprises des crises paroxystiques de bruits subjectifs auriculaires à gauche sous forme de sifflets de locomotive, qui s'accompagnaient d'un état vertigineux avec vomissement et propulsion à une chute latérale gauche.

Cette observation n'étant qu'un modeste document apporté à l'étude de l'hystérie de l'oreille, nous n'en tirons aucune conclusion et nous nous bornons à signaler les particularités suivantes :

1° *La présence de l'algie mastoïdienne*, mais présentant ici un caractère de dissociation de sensibilité assez curieux sous forme de coexistence d'une hyperesthésie des téguments de l'apophyse avec une anesthésie complète à la piqure.

2° *La coïncidence de la surdité avec une héli-anesthésie* sensorielle du goût et de l'odorat, qui nous permet de la classer comme une hémianesthésie auditive, en signalant spécialement qu'elle coïncide avec une sensibilité nouvelle du tympan.

3° *La présence du syndrome de Ménière, surdité, bourdonnement, vertige*, dans toute cette pléiade de symptômes et cela sans qu'aucune lésion labyrinthique puisse être un moment soupçonnée.

Gommes de la région intermaxillaire, par VEILLARD (de Paris). —

Une femme de 42 ans, syphilitique, présentant des cicatrices de syphilides ulcéreuses, ayant subi un avortement, se plaignait d'une obstruction nasale due à une gomme du nez et elle-mouchait du pus mêlé de parties osseuses nécrosées. Elle ressentit bientôt une douleur au niveau du maxillaire supérieur droit, les incisives s'ébranlèrent, il se forma une ulcération de la partie antérieure droite du palais. Il se produisit une nécrose du maxillaire supérieur, qui répandait une odeur fétide, il y eut élimination des deux points incisifs en plusieurs mois. Le séquestre inter-maxillaire gauche se mobilisa deux mois plus tard.

Dans une autre observation, le traitement spécifique intensif arrêta l'évolution, il n'y eut pas élimination, il n'y eut que de la douleur, de la tuméfaction de la voûte palatine et de l'ébranlement des incisives.

MONTSARRAT demande s'il faut employer le traitement mixte ou seulement le traitement mercuriel, parce qu'il a observé la guérison plus rapide avec le mercure.

VEILLARD dit qu'il a obtenu de bons résultats du traitement mixte et parfois l'iodure seul suffit.

Inflammation hémorragique du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne, par BAR (de Nice). — L'auteur, à l'appui de ce qu'il a dit dans un travail antérieur sur les otites hémorragiques externes, apporte une observation dans laquelle des phlyctènes inflammatoires, gorgées de sang noir, ayant été constatées dans l'oreille externe, on vit l'inflammation ne pas rester limitée au méat, mais gagner très rapidement la caisse, de telle sorte qu'un écoulement sanguin se faisait par voie tubaire dans le pharynx et se fit bientôt par le méat, venant et du conduit auditif externe et de la caisse, après perforation, le tout avec un état général fébrile. La littérature médicale semble à peine indiquer ces cas. Ils doivent, généralement être considérés toujours comme graves ; ils sont d'origine infectieuse et reconnaissent souvent comme cause l'influenza. Ils paraissent sous la dépendance des colonies microbiennes parmi lesquelles le staphylococcus pyogenes-aureus aurait été remarqué.

De l'emploi des vapeurs sulfureuses naturelles dans le traitement des affections chroniques de l'oreille moyenne, par LAJAUNIE (d'Aix-les-Thermes). — LAJAUNIE explique tout d'abord comment les vapeurs sulfureuses sont produites spontanément par les eaux sulfurées chaudes, et comment elles varient dans leur composition d'après la nature de l'eau, qui leur donne naissance. Mais, quelle que soit leur origine, toutes ces vapeurs naturelles sont un produit complexe que l'on peut envisager, d'une manière générale, comme un mélange de gaz et de vapeurs. C'est en les considérant comme telles que l'auteur étudie ensuite leurs éléments constitutifs : composition chimique, thermalité, état hygrométrique. Il montre que pour doser la vapeur sulfureuse, il faut pouvoir doser chacun des éléments qui la constituent.

Ces vapeurs sont refoulées dans l'oreille moyenne par une sonde d'Itard, mais le mode de compression n'est pas indifférent ; car il faut pouvoir faire varier la pression des vapeurs employées.

A propos de la température, M. Lajaunie montre l'intérêt qu'il y a à utiliser des vapeurs très chaudes à leur origine.

En résumé, grâce à un dispositif spécial imaginé par l'auteur, l'oreille moyenne est soumise à une sorte de douche-étuve sulfureuse dont on fait varier à volonté la composition chimique, la pression, la température, l'état hygrométrique et la durée d'application.

Indications. — L'auteur n'est pas partisan de ce mode de traite-

ment dans les formes suppurées, car il peut provoquer des poussées aiguës. En revanche, on obtient d'excellents résultats dans les vieux catarrhes, que les insufflations d'air et le bougirage n'ont pas améliorés. C'est là surtout la grande indication de la méthode.

Dans la sclérose de l'oreille moyenne : diminution fréquente des bourdonnements; souvent petite amélioration de l'audition, soit par une action du traitement sur un catarrhe chronique concomitant, soit par action sur la sclérose elle-même.

Enfin, la marche de l'affection semble enrayée.

Deux cas d'œdème aigu des muqueuses, par CHARLES (de Grenoble) (sera publié in extenso).

Le Gérant : M. DESBOIS.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

Directeurs : **G. CHAUVEAU** et **Et. SAINT-HILAIRE**

Secrétaire de la Rédaction : Ch.-J. Kœnig

Secrétaire adjoint : A.-R. Salamo

AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les D^{rs} BONNIER, CARTAZ, CHATELLIER, CHAVASSE (Val-de-Grâce), COLIN, COURTADE, CUVILLIER, DANET, DELPORTE, DIDSURTY, FURET, GELLÉ, G. GELLÉ fils, GLOYER, GOLESCEANO, GOULY, GROSSARD, HELME, HERCK, LACROIX, LUBET-BARRON, MALHERBE, MANDELSTAMM, MARAGE, MARTIN, MENDEL, MÉNIÈRE, MOUNIER, POTIQUET, SARREMONÉ, WEISMANN, BAR (de Nice), DOUGLAS AIGRE (Boulogne-sur-Mer), AUBERT (Alger), BONAIN (Brest), COLLET, professeur agrégé de la Faculté de Lyon, DELOBEL (Lille), ESCAT (Toulouse), FAIVRE (Poitiers-Luchon), FORESTIER (Aix-les-Bains), HELOT (Rouen), JACQUIN (Reims), JONCHERAT (Angers), LABIT (Tours), DE LAVARENNE (Luchon), LICHTWITZ (Bordeaux), MIGNON (Nice), MOLINIÉ (Marseille), PANNÉ (Nevers), PILLEMENT (Nancy), RAOULT (Nancy), RAUGÉ (Challes), RIVIÈRE (Lyon), ROQUES (Cannes), SARGNON (Lyon), TEXIER (Nantes), VACHER (Orléans), VAQUIER (Tunis), ARTZROUNT (Tiflis), BRIEGER (Breslau), BRUNETTI (Venise), BRYSON-DELAVAL (New-York), COSTINIU (Bucarest), DELIE (Ypfes), BUYS (Bruxelles), DREYFUS (Strasbourg), DUNDAS-GRANT (Londres), Professeur FERRERI (Rome), HAUG (Munich), PAUL HEYMANN (Berlin), MAX KHAN (Würzburg), KRONENBERG (Solingen), LAMBERT (Canada), LENNOX BROWN (Londres), MANCIOLI (Rome), MERMOD (Yverdon), MASINI (Gênes), OKUNEFF (Saint-Petersbourg), PODWISSOZKI (Kiew), PUTELLI (Venise), MAX SCHEIKER (Berlin), MORITZ SCHMIDT (Frankfort-s.-Mein), Prof. SCHIFFERS (Liège), Professeur SOTA Y LASTRA (Séville), Prof. SCHRETTER (Vienna), S. SEXTON (New-York), SOKOLOWSKI (M^{os}esqvie), DE STELLA (Gand), DE STEIN (Moscou), WILSON-PRÉVOST (New-York).

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, LECORCHE, LE GENDRE, LETULLE, MARFAN, MICHAUD, MOIZARD, PICQUÉ, RICARD, RICHARDIÈRE, RENDU, TALAMON, TAPRET, médecins et chirurgiens des hôpitaux, VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.

es Archives internationales de Laryngologie paraissent tous les deux mois.
ABONNEMENTS : 20 fr. pour la France; 22 fr. pour l'Etranger.

Prix du Numéro : 3 fr. 50

PARIS
MALOINE, éditeur
21, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1904

NARCYL GRÉMY

(Chlorhydrate d'Éthyl narcéine.)

Composé nouveau synthétique plus actif que la Narcéine.

Doné de propriétés antispasmodiques supérieures à celles des dérivés de la morphine dont il remplit toutes les indications.

Dépourvu de tout effet fâcheux sur les fonctions digestives et urinaires.

Ne modifie pas les sécrétions. — Ne s'accumule pas.

Indications

TOUX

NERVEUSE & SYMPTOMATIQUE

(Affections spasmodiques des voies respiratoires :

Coqueluche, Asthme, Laryngites, Bronchites, Gripes, etc.)

NÉVRALGIES PÉRIPHÉRIQUES, MIGRAINES

GASTRALGIES & COLIQUES

CONVULSIONS & SPASMES D'ORIGINES DIVERSES

SIROP

DE NARCYL GRÉMY

Dosé à **DEUX** centigr. de narcyl par cuillerée à bouche.
DOSE MOYENNE POUR ADULTES : 3 à 4 cuillerées à bouche par jour, 5 à 6 dans les cas rebelles.

GRANULES

DE NARCYL GRÉMY

UN centigr. de narcyl par granule. Dose moyenne pour adultes : 6 à 8 granules par jour, 10 à 12 dans les cas rebelles.

PASTILLES

DE NARCYL GRÉMY

dosées à **TROIS** milligr. de narcyl par pastille.
Dose moyenne pour adultes : 10 à 15 pastilles par jour

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de soude :

COMBINAISON ORGANIQUE DU BROME

Offre par rapport au brome minéral des avantages de même ordre que l'arsenic organique par rapport à l'arsenic minéral.

Ne résulte pas d'un mélange de bromures et de valérianates mais constitue un corps chimiquement défini remplissant avec plus d'efficacité les indications de ces deux substances.

Pas d'accidents de bromisme comme avec les bromures minéraux.

Pas d'irrégularité d'action comme avec les valérianates.

Pas d'actions toxiques supplémentaires par suite de la substitution de la soude à l'ammoniaque dans la neutralisation.

LIQUIDE

0,50 Valérobromine par cuillerée à café

Dans les cas courants, les doses de 2 à 6 cuillerées à café ou du double de capsules suffisent amplement.

CAPSULES

ENROBÉES AU GLUTEN

0,25 C. VALÉROBROMINE PAR CAPSULE

G. GRÉMY

Dépôt général et bureaux
20, rue des Martyrs, PARIS

Laboratoire de recherches biochimiques
16, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, PARIS

USINE 162, Boulevard VICTOR-HUGO, à Clichy (Seine)