



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

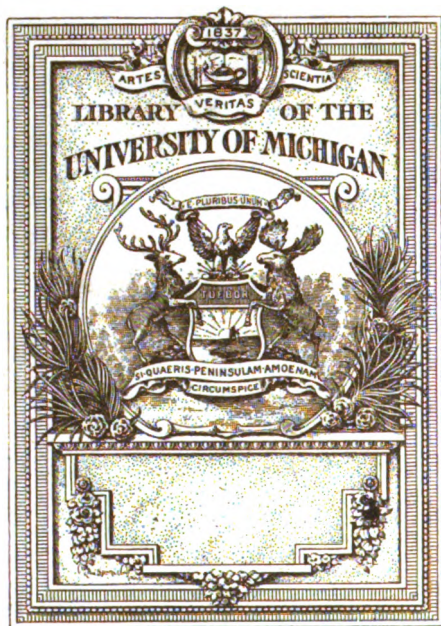
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B

3 9015 00222 623 4

University of Michigan - BUHR



610.
A 59
M 2
. 06

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, Paris, 4, rue du_Bouloi.

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par **MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE**

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Avec la collaboration de

MM. les D^r AYSAGUER, H. CHATELIER, GELLÉ, MÉNIÈRE, LÖWENBERG (de Paris),
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, **A. JOLY** (de Lyon), **VACHER** (d'Orléans),
LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des Hôpitaux de Lyon, **DUGARDIN** (du Havre), **COURETOUX** (Nantes), **HAMON DU FOUGERAY** (le Mans),
SÉNAC-LAGRANGE (de Cauterets), **AIGRE** (Boulogne-sur Mer),
F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), **LICHTWITZ** et **GARNAULT** (Bordeaux),
DELSTANCHE et **CAPART** (de Bruxelles), **SCHIFFERS** (de Liège),
E. WOAKES et **MORELL-MACKENZIE** (de Londres), **T. HERYNG** (de Varsovie),
POLITZER, SCHRETTER et **CHIARI** (de Vienne), **LABUS** (de Milan),
SOLIS-COHEN (de Philadelphie), **CL. BLAKE** et **F. HOOPER** (de Boston), **ZAUFAL** (Prague),
COZZOLINO (de Naples), **LANGÉ** (de Copenhague), **P. KOCH** (de Luxembourg et Nancy),
LUBLINSKI (de Berlin), **OUSPENSKI** (de Moscou), **LENNOX BROWNE** (de Londres),
JACOBSON (de Berlin), **BRYSON DELAVAN** (de New York), **KRAKAUER** (de Berlin),
RANDALL et **SAJOUS** (Philadelphie), **H. STÖSSEL** (de Vienne), **E. BERGER** (Graz),
G. GRADENIGO (Turin), **A.-J. BEEHAG** (Sidney), **STRAZZA** (Gênes), **FENOGGIO** (Cagliari).
D'AGUANNO (Palerme), **LAURENT** (de Bruxelles), **C. M. DESVERNINE** (La Havane).

Et avec le concours de

MM. les Professeurs VERNEUIL, DUPLAY, TILLAUX, D^r DE SAINT-GERMAIN,
TERRIER, BERGER, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HORTELOUP, HUMBERT, RICHELOT,
TERRILLON, RECLUS, chirurgiens des hôpitaux de Paris,
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, D^r C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ,
OLLIVIER, J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE,
HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER,
BARTH, LETULLE, CHAUFFARD et NETTER, médecins des hôpitaux de Paris,
J. TEISSIER, prof^r à la Faculté de Lyon, **COÛNE** et **MASSE,** prof^r à la Faculté de Bordeaux,
D^r LEVAL, HIRSCHMANN, M. LERMOYER, R. LEUDET, PLIQUE et **J.-B. MARTY,**
P. TISSIER et **GLOVER,** ex-internes des hôpitaux de Paris,
ROGUES DE FURSAC, REBLAUB, GASTOU, LE NOIR, CUVILLIER
et **M^{lle} M. WILBOUSCHEWITCH,** internes des hôpitaux de Paris.

TOME XVI — 1890.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Agents en Amérique : **P. BLAKISTON, SON ET C^o**

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE
Annonces **VIOLLARD D'ORGEVILLE, 21 bis,** boulevard de Port-Royal.

1890

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

L'ÉCLAIRAGE ÉLECTRIQUE DE L'ANTRE D'HIGHMORE
DANS LE CAS D'EMPHYÈME

Par le Dr **Théodore HERYNG**, chef du service laryngologique
à l'hôpital Saint-Roch, de Varsovie.

Le diagnostic des affections de l'antre d'Highmore, et principalement des collections purulentes de cette cavité, est jusqu'à présent, dans la plupart des cas, d'une bien grande difficulté. Tout médecin se souvient sans doute de circonstances dans lesquelles il a hésité longtemps, et je dois déclarer que j'ai certainement méconnu autrefois maint emphyème.

Cette franche déclaration, qui caractérise si bien Moritz Schmidt, commence son court article sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'antre d'Highmore (1). Je ne puis que m'y associer. Tandis qu'autrefois j'hésitais souvent entre le diagnostic de maladie du sinus sphénoïdal et de maladie du sinus maxillaire ; tandis que dans mon journal je

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 50, 1888.

trouve à peine 12 cas certains d'empyème de l'antre depuis l'année 1874, j'ai pu, dans ces six derniers mois, réunir 10 cas dans lesquels l'emploi de l'éclairage électrique m'a fourni un diagnostic certain.

Ce n'est que depuis une dizaine d'années qu'on commence à envisager les symptômes de l'empyème d'une façon critique, et c'est surtout Ziem qui a réduit à leur juste valeur les symptômes considérés jusqu'ici comme classiques (1).

Dès 1882, Hartmann avait fourni des contributions importantes à l'étude des maladies des sinus ; il avait expliqué le rapport des névralgies sus-orbitaires et des obstacles à l'écoulement des sécrétions du méat moyen et montré la valeur diagnostique de la compression de l'air dans le nez par le procédé de Politzer. Dans une communication ultérieure à Fribourg, Hartmann faisait connaître sa méthode de lavage du sinus par l'orifice maxillaire, à l'aide d'une canule spéciale, grâce à laquelle, dans des cas invétérés, il obtint la guérison quand toutes les autres méthodes avaient échoué. Puis vinrent les travaux de Schech, Mikulicz, Störk, B. Fränkel, Krause, Schiffers, Walb, Bronner, Krieg, Bresgen, M. Schmidt, Bayer, Voltolini, Jelenffy, Köster. Sauf ceux de Schech, Bayer, Fränkel et Schmidt, qui concernaient aussi le diagnostic, ils portaient principalement sur l'étiologie et le traitement de cette affection. Si le diagnostic est resté souvent obscur, la vieille théorie des quatre symptômes classiques n'y a pas peu contribué. On sait que jusqu'ici on basait le diagnostic sur les symptômes suivants : 1° saillie de la paroi maxillaire ; 2° augmentation de l'écoulement pendant l'inclinaison du côté opposé ; 3° douleur sous-orbitaire, 4° gonflement de la joue. C'est à Ziem que revient le mérite d'avoir démontré qu'à l'exception de la douleur qui apparaît quelquefois ces symptômes

(1) De la valeur et du traitement des suppurations nasales (*Monatschrift für Ohrenh.* n° 2, 1886, et *Allgem. Central. Zeitung*, 35, 36; 1886. — Dépendance de la migraine des maladies du nez (*Ibidem*, n° 70, 1883). — Importance des maladies des dents pour la production des affections nasales (*Monatschr. für Ohrenh.*, n° 4, 1880).

ne sont pas liés nécessairement à l'empyème, mais qu'ils s'observent dans d'autres affections de la cavité, etc., comme les kystes et les néoplasmes. Il a eu aussi le mérite d'appeler l'attention sur des symptômes moins connus, à savoir l'unilatéralité et l'intermittence de la suppuration. Cependant, dans certains cas, le diagnostic reste difficile et le procédé recommandé par Bayer et par B. Fränkel, de faire coucher le malade sur le ventre, la tête en bas, ne le rend pas toujours certain.

Comme la ponction exploratrice d'une alvéole recommandée par Ziem n'est pas toujours possible, quand les dents sont saines, M. Schmidt a récemment préconisé la ponction exploratrice de la mince cloison qui sépare l'antre d'Highmore du méat inférieur, à l'aide d'une seringue de Pravaz, à canule deux fois plus longue et plus épaisse. Dans 16 cas, il a ramené du pus.

Bresgen (1) avait eu une idée analogue en aspirant le pus par l'orifice maxillaire à l'aide d'une seringue, et Ziem (2), indépendamment de Bresgen, dit avoir déjà employé ce procédé en 1887.

L'aspiration exploratrice du sinus maxillaire constitue certainement un progrès considérable pour le diagnostic de l'empyème. Mais elle réclame une certaine technique, et peut être rendue très difficile dans certaines difformités du cornet inférieur et dans l'épaississement osseux de la paroi (*dans l'asymétrie de l'antre*). De même l'aspiration se fera difficilement quand l'antre a une cavité énorme et contient une faible quantité de pus épais, grumeleux, qui bouche la canule. Bien que je sois convaincu de la parfaite innocuité de cette petite opération, on rencontrera des personnes qui la refuseront.

Il était donc tout à fait désirable de trouver une méthode d'exploration indolore; je crois que nous la possédons aujourd'hui dans le procédé dû récemment à Voltolini. Après l'avoir appliqué dans 10 cas, je puis le recommander abso-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 4, 1889.

lument à mes collègues comme je l'ai fait dans ma démonstration à la Société médicale de Varsovie le 19 février 1889.

Tout le mérite en revient à Voltolini. Il a repris l'idée de Czermak d'éclairer le larynx par transparence, mais en se servant, au lieu de la lumière solaire, de la lampe d'Edison, et il a étendu cette méthode au nez, au palais et à la cavité maxillaire.

Dans une communication faite à Breslau l'année dernière (1), Voltolini étudie la valeur diagnostique de l'éclairage en général, montre les instruments qu'il a fait construire dans ce but et déclare, en terminant, qu'ils sont d'une grande valeur diagnostique.

Cette opinion n'était partagée que par un petit nombre et elle rencontre encore aujourd'hui quelques objections. La possibilité de cette exploration fut, il est vrai, confirmée par Gerhardt et Stœrk, niée par contre par Semeleder. Türk ne la mentionne pas du tout. Schrötter, dans son dernier ouvrage (2), la taxe d'élégant enfantillage.

Depuis la publication de Voltolini, cette méthode a été essayée par quelques observateurs.

Roth (3) s'exprime ainsi à son sujet : « L'extension de cette méthode à l'éclairage par transparence du palais, des fosses nasales et du naso-pharynx sous cette forme ne me semble pas du tout pratique... » Il m'est impossible de comprendre comment Voltolini veut pratiquer l'éclairage de la cavité d'Highmore, et il ne donne aucune indication à ce sujet. » Roth doute de la possibilité d'introduire de petites lampes incandescentes dans la cavité elle-même, même dans les cas pathologiques ou par une perte de substance artificielle, et il déclare avoir appuyé ses déductions négatives sur des expériences cadavériques.

Par contre, il est parvenu à éclairer, par transparence, le larynx, le palais et la cloison, en employant un appareil

(1) *Breslauer Arztl. Zeitschrift*, n° 22, 1888.

(2) *Klinik der Kehlkopfkrankheiten*.

(3) *Wien. med. Presse*, n° 10 et 11; 1889.

particulier, construit d'après le principe de Gärtner (1), dans lequel la lumière d'une lampe Edison passe dans une baguette de verre cylindrique à angle droit.

Quant à la valeur de ce procédé au point de vue du diagnostic, Roth ne partage nullement l'enthousiasme de Voltolini pour l'éclairage du larynx, parce que, d'après ses recherches sur le vivant et ses expériences sur une éprouvette remplie d'une solution concentrée de carmin où plongeait une baguette de bois, le liquide éclairé par transparence, comme le doigt ou les anneaux cartilagineux de la trachée, ne laisse reconnaître aucune différenciation, phalanges, anneaux trachéaux, car on ne voit que du rouge. Il en conclut que dans les organes éclairés leur structure ou la situation des altérations de tissu vers la surface ou la profondeur ne se laissent pas déterminer parce que la lumière est propagée à travers la masse sanguine en circulation. Pour la description des instruments destinés à l'éclairage électrique du nez et du larynx (*panélectroscope* de Leiter), je renvoie à son travail original et je discuterai plus tard les opinions de Roth. Je passe aussi sur les instruments employés à l'éclairage par transparence et dirai quelques mots du court travail de Seifert (2).

A la fin de son étude sur l'éclairage par transparence des os de la face, il conclut : « S'il m'est permis de porter un jugement sur la valeur de cette méthode, je crois qu'il faudra faire de nouvelles recherches pour prouver que par ce moyen on peut établir dans les cas douteux le diagnostic différentiel de néoplasmes laryngés, que l'on peut distinguer une tumeur solide du nez et du sinus d'un kyste ou d'un empyème. Ce que je puis dire ici, c'est que j'ai acquis l'impression qu'il y a dans cette méthode de diagnostic plus qu'un *enfantillage élégant*.

Avant de passer à l'étude de la technique et de la valeur

(1) Cette idée a été d'abord utilisée par Kochs et Woltz pour une lampe à microscope.

(2) *Sitzungsberichte der Würzburger phys. med. Gesellschaft*, III, séance du 19 janvier 1889.

diagnostique de l'éclairage par transparence, basée sur mon expérience clinique, je ferai observer que j'ai répété les expériences de Voltolini aussitôt après sa publication et que j'ai réuni, relativement à l'éclairage du larynx, les réflexions suivantes.

On peut l'exécuter facilement aussi bien à l'aide du réflecteur Roth-Leiter que du diaphanoscope Blänsdorff, ou de l'abaisse-langue électrique construit par Reiniger. Il réussit non seulement chez les individus jeunes, mais chez les personnes âgées, maigres, comme je l'ai prouvé à la Société laryngologique de Varsovie.

Une lampe électrique de 4 à 5 volts dans une chambre absolument noire, aussi proche que possible du larynx, est indispensable; son écartement doit être tel qu'il suffise à protéger le malade de la chaleur rayonnante.

Si l'on ajoute au diaphanoscope de Blänsdorf un entonnoir de carton concentrant la lumière, dont la circonférence externe est d'environ 2 cent. $1/2$, l'effet de l'éclairage est plus remarquable. L'intensité dépend du point où l'on applique l'appareil électrique (cartilages thyroïde, cricoïde, trachée), de l'épaisseur des couches intermédiaires et de la force absolue de la lampe. Un excès de lumière nuit à l'effet et ne permet pas une différenciation fine, de sorte que, par exemple, les cordes vraies et les fausses semblent effacées comme une tache rouge clair. Par un bon emploi de la lampe, en l'appliquant à la région du ligament cricothyroïdien, on peut reconnaître distinctement les limites de ces parties.

Voltolini croit que par cette méthode nous pouvons distinguer les tumeurs malignes des bénignes au début de leur développement sur les cordes vocales, parce que les bénignes se détachent nettement de la corde, tandis que les malignes envoient des prolongements épithéliaux dans le tissu et y prolifèrent. Je n'ai pas eu l'occasion de le vérifier.

Dans un cas de gomme syphilitique du voile du palais déjà en désagrégation, avec rétrécissement, je puis confirmer l'opinion de Voltolini sur la possibilité d'éclairer le

voile par transparence. J'introduisis par le méat inférieur dans le pharynx nasal une toute petite lampe électrique (du miroir laryngoscopique électrique de Reiniger), et le voile apparaissait complètement lumineux, mais sans que je puisse me rendre compte de son épaisseur ; par contre, en introduisant un miroir dans le pharynx, je pouvais éclairer par le nez tout le pharynx nasal, et je pouvais voir la tonsille pharyngienne hypertrophiée, malgré l'orifice du voile, à peine gros comme le petit doigt. Dans un cas de périchondrite syphilitique de la partie antérieure de la cloison, à l'aide de l'éclairage par un côté, je pus reconnaître l'étendue de l'infiltration et la montrer à un confrère.

Pour ce qui concerne l'éclairage de l'antre, Voltolini s'exprime ainsi : « Avec une petite lampe électrique... on peut aussi éclairer les os de la face par transparence. Dans ce but, je mets la lampe dans la bouche du malade, après avoir enveloppé la partie métallique d'un linge, pour que le malade, en la touchant avec les lèvres, ne reçoive pas de décharge. Si l'on fait alors passer le courant, on voit toute la face éclairée jusqu'aux yeux. » Dans un supplément à son traité sur les maladies du nez (1888), Voltolini s'exprime ainsi sur sa méthode (p. 470) : « Mais dans les tumeurs du sinus maxillaire même, ce procédé peut avoir une grande valeur diagnostique, et, au moment où j'écris, je suis en présence d'un cas assez rare où l'éclairage donne d'excellents résultats. » Le voici en abrégé.

Homme de 22 ans. Depuis 4 ans, tumeur croissante de la joue gauche et de la fosse nasale. De plus, toute la moitié gauche du palais, refoulée vers la bouche, était flexible et cédait un peu au doigt. Voltolini diagnostique un sarcome et propose la résection. Le malade s'y refusant, il essaye de détruire la tumeur par l'électrolyse, mais il fait d'abord l'éclairage par transparence et n'est pas peu étonné lorsqu'il constate que toute la tumeur contenue dans le nez devenait magnifiquement transparente. Voltolini s'exprime ainsi : « J'avoue sincèrement que je ne savais que faire, car je ne doutais nullement que j'eusse affaire à un sarcome venu de l'antre d'Highmore, qui avait refoulé les parois et pénétré dans le nez. »

Il eut alors recours à la fourchette électrolytique, qu'il enfonça dans la tumeur en faisant passer un courant modéré pendant cinq minutes. Le malade ne dormait pas de la nuit à cause des douleurs et du gonflement dans la région opérée.

Le lendemain matin, Voltolini trouva perforé le point où la fourchette avait été placée : une quantité extraordinaire de liquide s'était écoulée du nez et, par un grand trou, on pouvait voir directement dans l'antre et y pénétrer avec un stylet : « *Le diagnostic était alors certain, dit Voltolini. Nous avons affaire à un EMPYÈME OU UN KYSTE DU SINUS MAXILLAIRE, car, après l'écoulement du pus et de la sérosité, la cavité était vide. La tumeur du nez n'était pas autre chose que le cornet inférieur, qui avait été refoulé, comme les autres parois de l'antre. Ainsi s'expliquait le bel éclairage de la tumeur, qui n'était autre chose que du liquide. Si maintenant, après l'évacuation de l'antre d'Hyghmore, j'allume la lampe dans la bouche du patient, on voit, même de loin, le contraste entre les deux côtés, parce que l'antre gauche, très dilaté, laisse mieux passer la lumière que l'antre droit, petit. A l'avenir, ce mode d'illumination s'emploiera avec grand avantage dans l'empyème et les tumeurs du nez.* »

J'ai reproduit mot à mot les conclusions de cette observation, parce qu'il me semble que Voltolini n'a pas suffisamment insisté sur le symptôme le plus important de l'empyème, la tache obscure que forme le côté malade dans l'éclairage par transparence, et qu'il a confondu les symptômes de l'empyème avec ceux du kyste, qui sont précisément différents. Cela est plus que vraisemblable si l'on se rapporte à la phrase citée plus haut. « Nous avons affaire à un empyème ou un kyste. » (P. 472.)

Mes observations cliniques prouvent que, tandis que, dans le kyste séreux de l'antre, l'éclairage par transparence a lieu des deux côtés (dans l'ectasie de l'antre d'Hyghmore sur une étendue plus large du côté malade), dans l'empyème, le côté malade apparaît rouge jusqu'à l'orbite, et la paupière inférieure apparaît comme un croissant rouge clair atteignant l'angle interne de l'œil. Ce symptôme est, sauf quelques exceptions, que nous discuterons plus loin, le signe le plus sûr de l'empyème, et je l'ai vérifié complètement chez

les malades, surtout en l'absence d'autres symptômes, considérés comme indispensables pour le diagnostic de l'empyème.

Avant d'aller plus loin, je décrirai cette méthode d'exploration telle que je l'ai employée jusqu'ici.

Pour éclairer par transparence l'antre d'Hyghmore, je me sers de la spatule électrique construite par Reiniger, à Er-



Fig. 1.

langen (*fig. 1*). Elle a, on le sait, la forme d'un abaisse-langue de Türck.

La petite plaque linguale, en caoutchouc durci, mobile, s'enlève facilement, la lampe électrique Edison (5 volts) se visse à l'extrémité et elle donne, avec une batterie convenable, une lumière blanche, brillante, suffisamment forte pour éclairer parfaitement les joues et le maxillaire *dans une pièce obscure*.

Le résultat est insuffisant quand le courant est faible et la chambre peu obscure. Avant de l'appliquer au malade, je recommande d'essayer d'abord la batterie sur un individu sain.

J'emploie une batterie de dix éléments zinc charbon,

construite spécialement par Leiter, avec acide chromique anglais et acide sulfurique (acide chromique pulvérisé 160, acide sulfurique anglais 125, eau 1,000). La batterie doit être fraîchement remplie. Six éléments suffisent alors, plongés à peine d'un quart de leur longueur. Il faut établir la communication avant de plonger les éléments, autrement on brûle le fil. Si l'on n'a pas de rhéostat, il faut plonger les éléments d'une façon très progressive.

Dès que le fil devient rouge, les éléments peuvent être descendus jusqu'au rouge blanc et l'on introduit immédiatement la spatule dans la bouche. Si l'on tarde, le courant augmente trop et il peut brûler la lampe.

La langue est abaissée fortement, et la bouche fermée on établit le contact. Alors se produit l'éclairage complet des os de la face jusqu'à l'orbite ; à l'état normal il a la même intensité, et dans les cas de sinus asymétriques (ectasie, atrophie, états pathologiques) une intensité différente suivant le degré et le genre de la maladie.

J'ai déjà remarqué que dans les kystes à contenu séreux la lumière passe facilement ; dans les néoplasmes solides et dans l'empyème, le côté malade reste sombre. Dans l'empyème double, les deux sinus restent sombres ; on trouve souvent aussi d'autres symptômes, comme l'écoulement bilatéral. Jusqu'à présent, je n'ai pu trouver un empyème double, comme en ont observé Ziem et Krieg.

Après l'éclairage, la petite lampe électrique, si l'exploration dure longtemps, doit être laissée un quart ou une demi-minute dans la bouche pour qu'elle se refroidisse un peu et que la malade ne se brûle pas le palais et les lèvres, ce que l'on peut éviter avec un peu d'adresse.

Avant d'introduire la lampe dans la bouche et d'examiner sa force d'éclairage, j'éclaire la chambre avec une allumette bougie, j'introduis une spatule dans la bouche et je la porte au rouge à ce moment seulement. Quand la bouche est petite, j'exerce d'abord plusieurs fois le malade, je lui explique comment il doit faire et lui défend les mouvements de déglutition pour empêcher la brûlure du voile. Dans un seul cas, je trouvai les os de la face si épais que je ne pus

produire un éclairage suffisant. Dans tous les autres cas, j'y parvins sans difficulté de la part du malade.

Avec la batterie de Stöhrer pour les courants constants (20 éléments), je pus déjà produire avec 8 ou 10 éléments un éclairage suffisant, de même 12 à 14 éléments suffiraient pour porter au blanc le diaphanoscope de Blansdorf. Avec de la prudence, cette batterie peut être employée aussi pour les lampes électriques ou à l'aide d'un rhéostat (elle ne permet que l'introduction simultanée de 2 éléments). La spatule Reiniger manque parfois parce que les surfaces de contact s'oxydent facilement; aussi je les ai fait revêtir de lamelles de platine.

Comme cette lampe avec les lampes de réserve semblera



Fig. 2.

peut-être dispendieuse, je recommande de la remplacer par un appareil que chacun peut construire et adapter à l'abaisse-langue de Türck.

Une petite lampe Edison (5 volts), comme l'emploi Leiter pour le réflecteur de Roth, est reliée avec 2 fils de cuivre fin que l'on introduit dans les 2 tubes de métal de la lampe. On coupe alors dans du liège 2 dés d'un centimètre de large sur 6 millimètres environ de haut; on les creuse d'un côté avec la lime ronde, de sorte que le pédicule de la lampe y entre, et l'on colle les deux moitiés ensemble avec du collodion, de façon que la boule de verre seule reste visible (fig. 2). Le tout est solidement fixé avec un fil de

soie fort à la face supérieure d'une spatule de TÜRCK comme dans la figure 3, relié à deux cordons conducteurs isolés, et l'appareil est prêt.

Si l'on veut construire plus solidement, il suffit de placer la lampe dans un cadre d'ivoire et de la relier à la batterie par des fils conducteurs à l'aide de deux embouts pourvus

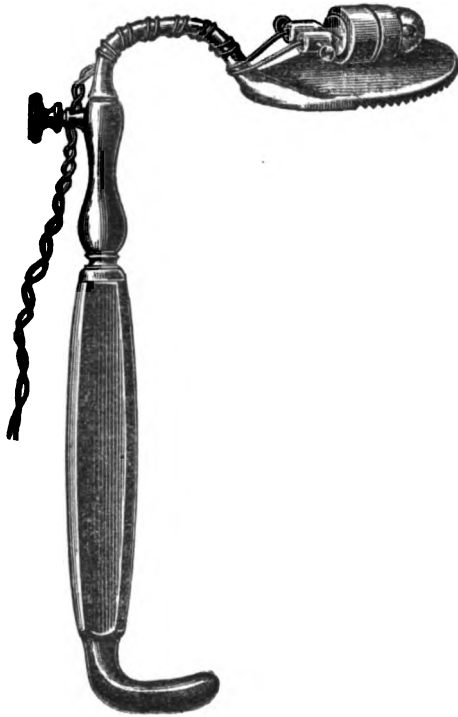


Fig. 3.

de vis. Le coût de cette modification avec la lampe ne dépasse pas 8 francs.

Sur 10 malades où le diagnostic fut assuré par l'éclairage, la perforation de l'alvéole ne fut faite que 7 fois avec évacuation du pus par cet orifice.

Dans les 3 autres cas où l'opération fut différée, à la

demande des malades, cette méthode confirma aussi le diagnostic, les autres symptômes (suppuration unilatérale, fétide, intermittente du nez) indiquant l'antre d'Highmore comme le siège du mal et la pression du stylet dans la région de l'orifice maxillaire faisant sourdre des gouttes de pus.

Je ne parlerai cependant que des 7 cas où le pus fut retiré de l'antre, c'est-à-dire où il n'y eut pas le moindre doute sur le diagnostic.

Sexe : 5 hommes, 2 femmes.

Age : 15 à 55 ans.

Durée du mal : de 6 mois à 5 ans. Côté droit, 5 fois; gauche, 2 fois. *Etiologie* : dans les 7 fois, les molaires supérieures étaient cariées ou remplacées par des chicots. Comme dans les cas de Krieg, la première molaire et la deuxième buccale étaient le point de départ le plus fréquent de l'empyème. Le sondage de l'ostium maxillaire avec la cocaïne est assez facile et peu douloureux. J'emploie un stylet nasal ordinaire boutonné, mince, à bout courbé à angle droit sur une longueur de 8 millimètres. A l'aide du speculum de Duplay, je l'introduis à deux pouces de profondeur dans le méat moyen, de sorte que le bec regarde en bas. Par une légère rotation, on le dirige en le retirant vers la paroi extérieure et on l'introduit un peu de côté dans l'ostium, où il accroche. Par des mouvements de va-et-vient on arrive à en déterminer les dimensions (3 à 4 millimètres ordinairement). Dans un seul cas, je n'y parvins pas. Chez ce malade, le D^r Jawdyski pratiqua l'ouverture de l'antre par la fosse canine à l'aide du marteau et de la gouge, et je pus, en introduisant le doigt, en palper les parois et constater la présence d'ostéomes sous forme de lamelles osseuses feuilletées. Elles furent enlevées, le liquide séro-purulent évacué, la cavité éclairée par une petite lampe, et une ectasie considérable fut constatée (5 centimètres sur 6 centimètres). L'ostium maxillaire fut cherché par la fosse canine (la muqueuse présentait une tuméfaction énorme), le stylet fut poussé jusque dans le méat moyen et l'injection passa dans le nez. Tamponnement avec la gaze iodofonnée, drain et guérison en 15 jours.

Dans un autre cas, je pus, contrairement aux déductions de Roth, après perforation au trocart d'une alvéole, éclairer complètement la cavité d'Highmore à l'aide d'une petite lampe électrique de Reiniger, comme je l'ai démontré à la Société médicale de Varsovie. L'orifice maxillaire peut être parfois bouché, pour un moment, par la muqueuse tuméfiée du méat moyen et des cornets. L'introduction de la sonde sera temporairement plus difficile ; dans d'autres cas, elle sera impossible pendant quelques jours. J'ai observé ces symptômes chez une malade et j'eus l'idée (sans connaître le travail de Bayer) d'agrandir l'orifice par le galvano-cautère. Après lavage et désinfection de l'antre, j'introduisis l'instrument d'abord dans la direction horizontale ; je brûlai, sur une longueur d'un centimètre, et perpendiculairement aux extrémités de la trainée, je descendis, autant que je pus, en bas pour faciliter l'écoulement du pus. Le résultat de cette opération fut insuffisant et la malade ne fut guérie que par l'emploi de la méthode de Cooper, l'extraction de la deuxième molaire.

J'ai essayé aussi le lavage de l'antre avec un cathéter courbé, analogue à la sonde déjà décrite (4 fois sur 7), quand l'orifice était assez grand pour que le liquide pût ressortir à côté du cathéter. Je parvins aussi chez deux malades, après l'extraction de la dent correspondante, à introduire un stylet par le canal et à en pousser l'extrémité dans le méat moyen à travers l'ostium maxillaire.

Jusqu'ici je n'ai vu qu'une fois la maladie provenant d'un catarrhe du nez. Le malade avait des dents saines. Je trouvai des polypes muqueux dans le voisinage de l'hiatus semi-lunaire. Le mal semblait avoir commencé par un violent rhume de cerveau.

Chez un second malade, les conditions étaient un peu plus complexes : outre les polypes du nez et l'empyème de l'antre, je trouvai le sinus sphénoïdal également malade, et, dans le voisinage de son orifice d'écoulement, au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet moyen, du pus s'écoulait par la pression et il revenait toujours quand on l'essayait. En enlevant l'extrémité hypertrophiée du cornet, on rendait

visibles en haut de nouveaux petits polypes. Leur enlèvement diminua la suppuration, qui disparut par des injections. C'est le quatrième cas de collection purulente que j'ai observé dans ma pratique, et l'on me pardonnera de consacrer quelques lignes à une affection dont la symptomatologie et le traitement laissent encore tant à désirer.

J'ai opéré trois de ces malades suivant la méthode indiquée par Zuckerkandl que Schäffer a pratiquée, pour la première fois, sur le vivant; avec le stylet qu'il a indiqué, je perforai la paroi antérieure du sinus sphénoïdal pénétrant dans la cavité et ramenai du pus. J'enlevai alors les fragments osseux nécrosés avec la curette tranchante, les granulations, et, chez un malade, des débris du polype. J'agrandis l'ouverture avec la curette, je cautérisai la muqueuse hypertrophiée du cornet moyen et de la cloison avec l'acide chromique, plus tard encore, avec le galvano-cautère. Dans un cas, j'introduisis un drain pendant vingt-quatre heures : par des irrigations fréquentes d'acide borique à 5 0/0 et des insufflations d'iodoforme, j'obtins la guérison dans 2 cas; dans un 3^e, le résultat fut incomplet; dans un 4^e, il y eut récurrence. Pour me donner accès au sinus sphénoïdal, je fus obligé, chez un de ces malades, d'enlever tout le cornet moyen avec la gouge de Schœtz et le marteau, sans hémorrhagie notable. Je parlerai ailleurs, en détail, de cette opération. Je dirai seulement que chez un seul malade chez qui j'avais détruit, au galvano-cautère, des restes de polype situés très haut dans le voisinage de l'ostium, il survint le soir même une réaction assez vive (T. 39°, 5), céphalalgie, abattement, qui disparurent le lendemain après lavage de la cavité.

Relativement aux autres symptômes de la maladie qui nous occupe, je parlerai surtout du genre de l'écoulement et de ses caractères. Chez tous mes malades, il était abondant, sauf le cas déjà étudié où il y avait ectasie de l'antre avec ostéomes et gonflement de la face avec occlusion de l'ostium maxillaire. Tous déclaraient l'écoulement fétide; mais il ne l'était pas toujours, seulement le matin. Quelques-uns se plaignaient de sa chute dans la gorge pendant la nuit, de

croûtes et de mucus, avec goût désagréable dans la bouche, avec parfois des nausées suivies de l'expectoration d'une sécrétion fétide. Chez deux malades l'écoulement était plus fort le matin de 7 à 9 heures, chez deux autres l'après-midi. Il était toujours plus abondant du côté correspondant à l'antre malade. Un seul malade déclarait que l'inclinaison de la tête l'augmentait ; jamais en se couchant sur le côté opposé ou sur le ventre, la tête pendante, le malade ne pouvait l'augmenter.

Bien que le malade déclarât la sécrétion fétide, l'examen ne le confirmait nullement dans bien des cas. Par contre, le pus enlevé à la suite de la perforation était, dans 4 cas, extrêmement fétide.

Dans 2 cas, le pus enlevé par irrigation de l'antre à l'aide du cathéter, introduit dans l'orifice maxillaire le matin, avait une odeur fétide. Dans tous les cas, l'examen du nez faisait constater une tuméfaction plus ou moins considérable des cornets, plus marquée sur le cornet inférieur que sur le moyen. Le matin on voyait la sécrétion adhérer ordinairement plus fortement au cornet moyen en le recouvrant de tractus blanchâtre ou de plaques visqueuses verdâtres. Il coulait en partie dans le pharynx nasal, la voûte se voyait alors peu recouverte de pus, la paroi postérieure l'était abondamment. Jamais je ne trouvai d'affection de la bourse pharyngienne ni de kystes.

Après enlèvement de la sécrétion avec la seringue, je pus voir distinctement dans quelques cas qu'elle provenait par gouttes de la région de l'ostium maxillaire, et, après essuyage, réapparaissait promptement à la pression de la sonde.

Dans l'empyème du sinus sphénoïdal, ce symptôme d'une sécrétion locale se renouvelant rapidement s'observait très haut au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet moyen, entre lui et la cloison. On pouvait toujours éliminer une affection du sinus frontal. La saillie notable de la partie malade ne pouvait se constater que dans le cas spécial indiqué plus haut, dans 4 cas on ne trouvait qu'un gonflement insignifiant dans la région de la fosse canine. Dans 4 cas,

on pouvait constater une matité du côté malade à la percussion à l'aide du plessimètre cylindrique d'Hamernik. Quant à la douleur, 5 malades se plaignaient de douleurs dans les dents et la face, 2 de névralgie sus-orbitaire, un de fortes douleurs entre les sourcils, un de douleurs à la face et à l'occiput, périodiques, apparaissant ordinairement dans l'après-midi. Mais chez ce malade il y avait, outre l'empyème de l'antre, suppuration du sinus sphénoïdal. Ces symptômes disparurent après l'enlèvement de l'extrémité antérieure du cornet moyen et de quelques petits polypes très haut situés ; 4 malades se plaignaient de mal de dent ; l'un d'eux avait eu toutes les molaires extraites. Un malade se plaignait de violentes douleurs dans l'œil, un autre de scotomes. L'odorat était diminué chez la plupart, supprimé chez 2 complètement. Chez un malade, il n'y avait pas d'autres symptômes en dehors de l'écoulement abondant unilatéral. Cependant la deuxième molaire fut extraite, le stylet pénétra immédiatement dans l'antre et le pus sortit. Le diagnostic était donc dû exclusivement à l'éclairage.

Quant à l'opération, la méthode de Desault n'était indiquée qu'une fois. Dans les autres cas, la perforation fut pratiquée par le Dr Jawdynski à la suite de l'extraction de dents ou de racines ou même à travers le maxillaire sans dents, à l'aide d'un trocart de 5 millimètres d'épaisseur. Une courte canule d'argent, longue de 2 centimètres, large de 5 millimètres, terminée par une plaque arrondie, est fixée aux deux dents voisines par un fil d'argent. Je déconseille une canule plus longue, parce que, quand la sécrétion est faible, elle dépasse son niveau. Pour empêcher la pénétration de parcelles d'aliments dans la canule, je coiffe obliquement son rebord avec un tube de caoutchouc de 1 centimètre de long, dont l'extrémité se recourbe et dont la lumière se ferme pendant la compression, ce qui n'empêche pas l'écoulement du pus et les irrigations. Le tube était laissé de 8 à 10 jours dans la fistule, l'antre lavé 3 fois par jour avec une solution boricuée tiède à 5 0/0 avec addition d'une petite quantité d'acide phénique, jusqu'à ce que l'eau revint propre par le nez. Deux fois on insuffla de l'iodol dans l'antre par la fis-

tule avec bon résultat ; 5 fois sur 7 il y eut guérison ; une fois il survint une récurrence au bout de quatre semaines ; un malade est encore en traitement.

La méthode de Mikulicz ne fut possible qu'une fois, après l'enlèvement d'un éperon cartilagineux de la cloison obstruant le nez, à l'aide de l'excellent couteau de Schoetz, coupant d'arrière en avant. Le résultat fut insuffisant et il fallut plus tard perforer l'alvéole. J'essayai aussi de pratiquer, par le méat inférieur, à l'aide du galvano-cautère, une ouverture dans la paroi latérale de l'antre, mais je ne pus traverser l'os à cause de l'étroitesse et du gonflement du méat inférieur ; je ne pus employer non plus dans ce cas le trocart de Krause. Mes tentatives d'agrandir l'ostium maxillaire à l'aide de la fourchette électrolytique furent très douloureuses et ne donnèrent pas de résultat. Il me suffit ici d'avoir prouvé que l'éclairage par transparence de l'antre est facile et qu'il peut être considéré, dans la plupart des cas, comme le symptôme le plus sûr de l'empyème.

II

DEUX CAS DE RHINOLITHIASE AVEC REMARQUES SUR L'ÉTIOLOGIE,

Par le Dr **OTTOKAR CHIARI**, docteur à l'Université de Vienne.

Bien que, depuis ces dernières années, le nombre des observations de rhinolithes se soit multiplié, elles ne sont pas assez nombreuses pour que de nouvelles communications à ce sujet soient sans valeur, surtout si l'on y ajoute des considérations sur l'étiologie. C'est le motif de la publication des deux cas suivants :

Mlle A. St..., âgée de 22 ans, vint me consulter le 5 juillet 1888 pour un écoulement de la narine droite datant de deux ans et ayant une mauvaise odeur. Parfois aussi la respi-

ration de ce côté était difficile ; en dehors de cela la malade ne souffrait d'aucune affection et paraissait jouir d'une bonne santé. A la rhinoscopie antérieure on voyait au milieu de la narine droite, enclavé entre le cornet moyen et la cloison, un corps gris brunâtre dont les parois étaient parsemées de granulations qui formaient un véritable gonflement, surtout sur la cloison. On percevait à peine une mauvaise odeur pendant l'expiration, mais on la sentait très distinctement lorsque l'on retirait du nez l'extrémité de la sonde qui avait été en contact avec le corps brunâtre. Au moyen de la sonde, on sentait un corps dur et un peu mobile et on pouvait évaluer sûrement son volume à celui d'une noisette de dimension moyenne. Les choanes étaient libres, seulement on voyait à la base de la droite quelques masses mucilagineuses. La narine gauche ne contenait rien d'anormal. Il n'y avait que deux hypothèses en présence : il s'agissait ou d'un os nécrosé ou d'un corps étranger. L'absence de toute lésion syphilitique du pharynx et de la bouche parlaient contre la nécrose de même que l'absence de glandes tuméfiées et de tous autres symptômes. On interrogea alors la malade pour savoir si elle ne se souvenait pas qu'un corps étranger eût pénétré dans son nez ; elle ne put absolument rien répondre à ce sujet, aussi je revins à la première hypothèse. Mais je fus bientôt édifié par la nature du corps extirpé. L'extraction fut pratiquée facilement, et à la sortie du méat le corps étranger se brisa en plusieurs morceaux qui s'émiettaient facilement entre les doigts. La surface était d'un gris brun et bosselée, recouverte d'une muqueuse fétide ; les débris étaient blancs et granuleux. Au centre de quelques fragments plus grands, se trouvaient des masses brunes, élastiques, molles et anguleuses, qui flottaient à la surface de l'eau. Au microscope, ces masses sectionnées en coupes minces présentaient des cellules étroites, anguleuses et contiguës, qui étaient remplies d'air. Il n'y avait dès lors aucun doute, il s'agissait de petits morceaux de liège qui avaient pénétré dans le nez et avaient occasionné la formation du rhinolith. Le Dr R. Paltauf, qui a eu la bonté d'examiner le rhinolith, confirma complètement ce résultat et constata la nature minérale de l'enveloppe du morceau de liège. Elle était formée de carbonate de chaux.

Le traitement ultérieur consista en tamponnements avec la gaze iodoformée et en lavages avec des solutions de permanganate de potasse, à la suite desquels les granulations dispa-

rurent au bout de huit jours et la narine droite devint complètement libre. Ce cas est intéressant en ce que la malade adulte ignorait la présence des petits morceaux de liège dans son nez.

L'extraction du second rhinolitho que j'ai observé en septembre 1889 a été un peu plus difficile.

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans qui souffrait depuis des années d'obstruction de la narine gauche et d'un écoulement fétide du même côté. Il y a deux ans, un médecin prétendit avoir découvert un corps dur dans le nez. A la rhinoscopie antérieure, on voyait, entre le cornet inférieur et la cloison, une masse d'un gris blanchâtre, qui avait tout à fait l'apparence du mucus et fut regardée comme tel. Au premier abord, lorsque je touchai cette masse avec une pince, elle me sembla dure et rude, surtout en arrière. Elle fut saisie avec la pince à polypes, et quelques petits morceaux facilement friables en furent détachés. En voulant la retirer entièrement, la pince glissait toujours en dehors et repoussait le corps étranger en arrière ; enfin, je le saisis et pus l'extraire. C'était un corps étranger irrégulier, dur et anguleux, de 15 millimètres de longueur, 8 millimètres de largeur et d'épaisseur et du poids de 12 décigrammes. Les couches extérieures étaient brunes, et celles de l'intérieur de la tumeur étaient blanches ; les premières étaient très friables, les secondes assez dures, et chez toutes deux l'action de l'acide chlorhydrique déterminait de l'effervescence. Après avoir enlevé une partie des couches corticales, je me trouvai en présence d'un corps lisse, brun, dur comme de l'os et de forme ronde, qui avait l'aspect d'un embryon ; à l'aide d'une petite pince à enlever les esquilles, je retirai quelques parcelles de la surface pour les examiner au microscope. Il y avait des cellules ligneuses. Dans ce cas également, le rhinolitho s'était formé par l'accumulation de carbonate de chaux autour du corps étranger.

Le traitement ultérieur consista d'abord en tamponnements avec de la gaze iodoformée, parce qu'à la suite des tentatives d'extraction répétées la muqueuse avait été blessée en divers endroits, et dans les jours suivants en pulvérisations avec des solutions de permanganate de potasse. Au bout de quelques jours, la muqueuse nasale était revenue à l'état normal.

Dans les deux cas, il se trouvait dans le mucus fétide qui

remplissait toutes les lacunes de la surface de la pierre un nombre considérable de bactéries, *cocci*, comme on a pu l'observer déjà. Peut-être aussi ces microorganismes ont-ils joué un rôle actif dans la formation des concrétions. J'ai déjà eu une fois l'occasion (*Revue mensuelle de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, n° 10, 1888), en parlant de plusieurs cas de pharyngomycosis leptothricia, d'attirer l'attention sur ce point, que les concrétions qui s'y forment fréquemment étaient la suite d'une production excessive du champignon leptothrix.

Dans les cas de rhinolithes, on devra supposer que le corps étranger introduit dans le nez forme une surface d'attraction pour les bactéries, qui attirent les sels de chaux du mucus nasal et favorisent leur accumulation sur le corps étranger.

C'est le Dr R. Paltauf, docent, qui a attiré mon attention sur cette propriété des schyzomycètes, alors qu'auparavant je pensais qu'il s'agissait d'une simple précipitation des sels de chaux hors de la muqueuse nasale sur le corps étranger, de même qu'une eau ferrugineuse, en coulant sur la pierre, la brunit par ce procédé.

III

SERRE-NŒUD NASAL ET ÉCRASEUR COMBINÉS

Par le Dr **FRANKLIN H. HOOPER**, de Boston.

Cet instrument a été construit, non dans le but d'inventer une nouveauté ou de modifier quelque chose d'ancien, mais pour pourvoir à une nécessité, car plus d'une fois j'avais trouvé pénibles les opérations pratiquées dans les fosses nasales pour l'ablation des polypes du nez ou des hypertrophies des cornets.

L'écraseur de Jarvis est, en principe, un instrument ex-

cellent. Mais il m'a semblé, après son emploi dans des cas difficiles, que beaucoup d'appareils usités ordinairement étaient faits si délicatement que c'était plutôt des jouets que des objets pratiques. Tous ceux qui ont une grande expérience opératoire en chirurgie intra-nasale peuvent apprécier combien, en certains cas, les cornets hypertrophiés sont durs, et quelle pression il faut exercer sur les fils métalliques lorsque l'on se sert des diverses formes de serre-nœuds et d'écraseurs. Les difficultés que j'ai rencontrées dans ma pratique ont été causées par des instruments mal construits. Dans un cas d'hypertrophie des cornets, situé à la portion postérieure de la fosse nasale, quand cette dernière était engagée dans l'anse métallique, je dus, après plusieurs tours de vis, m'arrêter, la vis était si petite que je n'avais pas assez de force dans mes doigts pour la tourner. Je fus contraint de saisir la canule avec les doigts de la main gauche, tandis que j'essayais en vain de tourner la vis avec ma main droite. J'assujettis alors la canule avec une paire de pinces, tandis que la vis était tournée à l'aide d'une autre pince. Cela réussit pour quelques tours, mais le fil fut tellement serré que toutes les tentatives pour le faire mouvoir échouèrent. Mon instrument se trouvait également immobilisé, et, on le comprend, la situation était assez pénible. A la fin, je sortis d'embarras en tordant l'instrument jusqu'à ce qu'il vint à moi, terminant ainsi une opération douloureuse pour le malade et aussi mal conçue que non scientifique de la part de l'opérateur.

Il n'y aurait eu, dans ce cas, aucune difficulté si j'avais eu un instrument bien construit. On a besoin alors d'un écraseur solidement établi pour deux raisons : 1^o la dureté inhérente au corps hypertrophié ; 2^o (ce qui est plus important) quand la boutonnière se resserre, des fibres du tissu s'introduisent dans l'extrémité de la canule avec les fils de métal et s'y fixent solidement. Dans un cas, j'ai vu les fils coupés par l'extrémité de la canule au lieu de couper la tumeur ; dans un autre cas, la pression des fils était assez grande pour rompre les chevilles auxquelles ces fils étaient attachés à l'extrémité la plus rapprochée de la petite canule.

Ces accidents (et d'autres que je pourrais énumérer) me sont arrivés il y a plusieurs années; mais depuis que MM. Codman et Shurtleff m'ont construit un serre-œud de Jarvis, qui est fort à l'endroit où il doit l'être, je n'ai plus rencontré de difficulté. Cet instrument modifié, dont je me suis servi constamment pendant ces quatre dernières années, a une traverse ou doigtier à la poignée, de 3 centimètres de long, par lequel il peut être saisi solidement par les doigts de la main gauche.

La filière par laquelle on doit introduire le fil métallique a 2 centimètres et demi de diamètre, de façon à ce qu'elle tourne commodément. Le pas de vis sur lequel la filière tourne est plat d'un côté et est fait en acier, afin d'empêcher son altération et en même temps toute rotation de la petite canule sur la grande.

Il y a pourtant une autre catégorie de cas pour lesquels j'ai trouvé les instruments connus jusqu'à présent insuffisants. Je veux parler des cas où, en opérant avec un des serre-œuds ordinaires, la bride métallique rencontre une tumeur si dure et si fortement attachée qu'elle ne peut être arrachée par la traction des doigts sur les fils et où il ne serait pas prudent ou même possible d'arracher la tumeur. Dans ces cas, j'ai été obligé d'enlever le serre-œud, en laissant les fils, qui étaient enfoncés dans la tumeur, et je les attachai alors à l'écraseur dont j'ai parlé, je pus alors compléter l'opération. Ce procédé, le changement d'instruments au milieu d'une opération est au moins désagréable, et quelquefois même impossible, surtout quand les fils d'acier sont usés. En ce cas, les avaries du fil métallique empêchent de le passer dans la canule de l'écraseur; si on raccourcit le fil, il n'aura plus la longueur suffisante pour passer dans la canule et s'attacher aux chevilles. Dans ces conditions, la seule chose à faire, après avoir enlevé l'instrument, est de couper un bout du fil métallique le plus près possible de l'ouverture du nez, et alors de tirer sur l'autre fil, pour retirer le tout; on laisse de la sorte l'opération incomplète. Si, par les manœuvres pour enlever l'instrument, le fil se tord dans l'intérieur du nez et si son extraction par la traction sur une

extrémité est rendue impossible ; il doit alors être extrait au moyen d'un mouvement de torsion jusqu'à ce qu'il sorte, ce qui est très laborieux. Plus d'une fois, j'ai été sur le point d'administrer de l'éther au malade pour extraire ce fil.

Je suis entré dans ce long détail afin de montrer quels sont les accidents qui peuvent arriver au cours des opérations intra-nasales, accidents qui m'ont amené à construire l'instrument dont la description fait l'objet de ce mémoire.

Ce *serre-nœud et écraseur nasal combinés* a certains avantages sur les autres instruments qui me sont connus. Il est construit pour la plus grande partie en acier, et a de la force à l'endroit où il doit être solide. Fort sans être massif, il est adapté pour servir dans les voies aériennes supérieures chaque fois qu'on a besoin de l'anse froide ou d'un écraseur. En se servant de cet instrument, les accidents dont j'ai parlé plus haut ne se produisent plus. Le point le plus important est qu'en un instant le serre-nœud peut se transformer en écraseur. Quand on opère sur un cas de tissu hypertrophié avec coïncidence de polypes muqueux, si une masse de tissu dur est par inadvertance engagée dans l'anse et qu'elle soit trop dure pour pouvoir être arrachée, l'instrument peut être converti en écraseur et l'opération complétée proprement et rapidement. L'extraction de l'extrémité pharyngienne sera ainsi grandement facilitée, l'instrument ayant lui-même l'angle nasal, et parce que la masse de tissu peut d'abord être détachée par le serre-nœud et ensuite enlevée au moyen de l'écraseur.

La figure ci-jointe représente *la moitié* de l'instrument et montre si clairement la façon simple avec laquelle un serre-nœud peut être combiné avec un écraseur, qu'il est besoin de peu de mots pour décrire son fonctionnement.

Quand l'anneau A est à gauche, les anneaux BB peuvent être aussi facilement mus que dans les serre-nœuds ordinaires. En tournant l'A à droite le pas de vis de l'instrument s'engage et il en résulte un parfait écraseur ; les anneaux BB auxquels sont attachés les fils descendent seulement comme la vis et tournent par l'anneau C. Des canules de différentes longueurs et de diverses courbes peuvent

être substituées suivant les besoins pour les opérations du naso-pharynx ou pharynx inférieur et du larynx.

Pour ce qui est de l'usage et de l'entretien de cet instru-



ment, peu de mots suffisent à l'expliquer, parce qu'ils paraissent élémentaires, ils n'en ont pas moins une valeur pratique. En attachant les fils aux chevilles d'arrêt de l'anneau B, il ne faut pas les enlacer séparément sur chaque vis, mais les fixer ensemble sur les deux vis de façon à

former un 8. Après s'être servi de l'instrument, il faudra toujours enlever les fils, non pas de la façon la plus naturelle, en les tirant du côté de l'opérateur, mais dans la direction opposée. Alors les mouvements des fils, par suite de la manière dont ils sont fixés aux chevilles d'arrêt, favorisent le nettoyage de l'intérieur de la canule, en donnant issue aux débris qui peuvent se trouver à l'intérieur, et le danger de l'obstruction de la canule par la saleté et la rouille se trouve ainsi écarté. Cet instrument a été construit sous ma direction par Codman et Shurtleff, 13, Tremont Street, Boston.

BIBLIOGRAPHIE.

La surdi-mutité et les sourds-muets devant la loi, par
M. LANNOIS. (Chez G. Steinheil, Paris, 1889.)

Dans son très intéressant travail, notre collaborateur le D^r M. Lannois, de Lyon, étudie d'abord la statistique de la surdi-mutité, très variable suivant les pays; elle est plus commune en Suisse que partout ailleurs. Puis il passe en revue les causes de cette infirmité qui peut être congénitale ou tardive. La surdi-mutité est rarement congénitale dans l'acception propre du mot. Le plus souvent, le sourd-muet le devient à la suite de maladies variables, soit nerveuses, soit de l'organe auditif, et dans le dernier cas il eût été possible de l'enrayer. Les recherches faites dans ces derniers temps ont démontré que la surdité n'était pas toujours absolue. La surdi-mutité n'abolit pas l'intelligence, à moins qu'elle ne coïncide avec un état nerveux particulier. Il suit de là que l'éducation du sourd-muet est possible, et l'éducation par la méthode orale semble aujourd'hui remplacer complètement l'ancienne éducation française par les gestes. Il en résulte aussi que la situation du sourd-muet ne doit pas être devant la loi différente de celle des autres sujets, ce que du reste, comme l'indique Lannois, ont admis de nombreux arrêts judiciaires. L'auteur termine son mémoire par quelques remarques très intéressantes sur la simulation de la surdi-mutité. A. G.

Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré, par E. CHEVALLET. (*Thèse de Lyon*, 1889, chez J.-B. Baillière.)

Thèse faite dans le service de D. Mollière; l'auteur divise ces fractures en trois variétés : 1^o fracture des os propres; 2^o luxation des os propres, confondue avec les fractures, niée et affirmée tour à tour; 3^o fractures et luxation de la cloison. L'auteur décrit assez minutieusement ces diverses variétés et insiste surtout sur la luxation de la cloison cartilagineuse, sur la vomer décrite par son maître D. Mollière; c'est, pour les lecteurs de ce recueil, la partie la plus intéressante de cette description. On peut reproduire cette altération expérimentalement en sectionnant la cloison cartilagineuse sur la vomer; on observe alors une dépression continue, allant des os propres à la pointe du nez, avec un sillon surtout accentué au-dessus du lobule, au point qui sépare les cartilages. Chevallet repousse, comme son maître, tout appareil de soutènement interne comme inutile. Pendant l'application de l'appareil plâtré qui est fixé en haut sur le front et en bas sur les lèvres et les joues, deux aides maintiennent l'un les prolongements frontaux, l'autre les prolongements lébioginiens, ce qui permet au chirurgien de procéder à la réduction et au modelage du nez.

A. G.

Pathogénie et traitement de la fièvre des foins, par NATIER. (Doin, éditeur, Paris, 1889.)

Dans cette étude, qui a fait l'objet de sa thèse inaugurale, le Dr Natier passe en revue les théories différentes mises en avant pour expliquer la pathogénie de la maladie; il accepte volontiers le terme de *fièvre des foins* en raison de la régularité d'apparition de cette affection qui correspond presque toujours avec l'apparition des grandes chaleurs et la saison des foins. Puis il discute la théorie du pollen, de l'arthritisme, des microbes et enfin celle des altérations nasales; c'est cette dernière qui lui semble donner le mieux l'explication de la maladie; en effet, le traitement palliatif au moyen de la cocaïne et surtout les cautérisations plus ou moins profondes faites avec le galvano-cautère semblent être les moyens thérapeutiques qui ont donné le plus de résultats. L'auteur prétend qu'au fur et à mesure des observations ultérieures la fièvre des foins sera moins rarement vue qu'on ne l'a dit jusqu'ici: notre expérience à Paris est plutôt conforme à l'opinion de la rareté qu'à celle de la fréquence, mais je dois dire que le traitement local me semble avoir été le plus

efficace, à condition toutefois d'adjoindre des médicaments sédatifs (antipyrine, bromure de potassium, sulfate de quinine).

A. G.

Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, par OLIVIER.
(Thèse de Bordeaux, 1888.)

Les accidents tertiaires en se localisant sur l'appareil olfactif peuvent aller d'une simple érosion aux destructions osseuses et cartilagineuses les plus graves pour la vie. La guérison n'est pas toujours facile.

A. G.

PRESSE FRANÇAISE.

De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation, par A. RICARD.
(*Gazette des hôpitaux*, 23 février 1889.)

Etude anatomique exposée avec beaucoup de précision, avec de nombreuses figures. L'auteur part de ce fait que l'apophyse mastoïde est irrégulièrement constituée au point de vue de l'existence du tissu spongieux et des cellules dites mastoïdiennes, puisque certaines apophyses sont richement pourvues de ce tissu, d'autres médiocrement et quelques-unes enfin n'en possèdent pas, ce qui a fait diviser les apophyses mastoïdes en trois catégories, suivant ces différentes dispositions. Les recherches de Ricard lui ont paru donner la cause de ces irrégularités, qui tiennent, dit-il, à ce que les cellules mastoïdiennes ne sont que les propagations du tissu spongieux existant constamment dans le rocher de l'apophyse mastoïde; aussi propose-t-il le nom de cellules pétreuses ou pétro-mastoïdiennes. C'est à la partie antérieure que ce tissu se trouve le plus abondamment, et c'est là qu'il se continue avec l'autre mastoïdien très voisin, comme on sait, de la caisse. Il s'ensuit que la zone où l'on a le plus de chance de rencontrer ces cellules et de s'écarter des sinus et de l'encéphale est tout à fait en avant; la partie postérieure est ce que Ricard appelle très justement la zone dangereuse.

Partant de là, l'auteur discute le lieu où doit se faire la trépanation; au sommet de l'apophyse, elle n'est pas dangereuse, mais on n'y rencontre pas les cellules; en arrière, elle est fort péril-

leuse ; c'est donc en avant, derrière le pavillon que l'on doit décoller, que devra se faire la trépanation. C'est aussi l'opinion de Duplay. Mais est-il nécessaire de trépaner ? Ricard, à juste titre, ne le pense pas ; il conseille d'opérer très lentement avec la gouge, le maillet, et de terminer avec la curette. Le trépan et le foret lui semblent des instruments inutiles et nuisibles, et il en repousse l'emploi.

A. G.

Recherches acoustiques sur les voyelles nasales, par LÖFVENBERG. (Bulletin médical, 17 février 1889.)

L'auteur s'est servi dans ce but du tonomètre de Kœnig, constitué par une longue série de diapasons embrassant toute l'échelle musicale. Voici les résultats comparés à ceux fournis par les voyelles simples :

o, si bémol² (896 v.) on, sol² (768 v.) ong, si² (480 v.) a, si bémol⁴ (1792 v.) an, fa dièze⁴, près de ang, si² (960 v.) e, si bémol⁴ (3584 v.) en, in, sol⁴ (1470 v.) au-dessus de sol³ (3008 v.) eng, si⁴ (1920 v.) eu, entre fa dièze³ et sol² (728 v.) ou encore ut dièze⁴ (100 v.) eun, vers la³ (858 v.) eung ou oeng, mi⁴ (640 v.)

Ces résultats montrent que les nasales françaises des trois premiers groupes (on, an, eu) ont pour sons propres les tierces mineures inférieures des voyelles simples correspondantes.

Les sons nasaux *non français* des mêmes groupes (ong, ang, eng) sont les octaves inférieures de celles-ci, moins un demi-ton ; mais dans la série eu, eun, eung, les intervalles ne sont plus les mêmes que dans les autres trois groupes. Peut-être, dit l'auteur, cela tient-il à la nature intermédiaire du son eu, qui comme u combine la portion linguale d'une voyelle avec la portion buccale d'une autre ; ce seraient des *voyelles mixtes*.

Les résultats obtenus par les nasales non françaises des trois premiers groupes offrent à remarquer que le son propre de chacune de ces voyelles ne diffère que d'un demi-ton à peu près de celui d'une voyelle inférieure dans l'échelle musicale à celle qui correspond à la nasale en question.

A. G.

De la névro-rétinite dans ses rapports avec le vertige auriculaire et certaines maladies de l'oreille interne, par BOUCHUT. (Paris médical, 15 juin 1889.)

Notre savant collègue, qui, au temps de son enseignement à l'Hôpital des enfants, attachait une si juste importance à l'étude du foud de l'œil, comme moyen diagnostique des affections mé-

ningées encéphaliques, avait eu aussi l'occasion d'instruire ses élèves de l'utilité que pourrait avoir cette méthode d'examen pour rechercher l'état des méninges et de l'encéphale dans les maladies de l'oreille. Il rappelle les observations qui à ce sujet ont paru dans ses atlas d'ophtalmoscopie médicale et de cérébroscopie. Cette résurrection de ses anciens travaux lui est certainement suggérée par la lecture de travaux modernes étrangers et où l'importance de l'examen ophtalmoscopique est recommandée chez les malades souffrant d'une affection chronique de l'appareil auditif. L'observation qui accompagne l'article du 15 juin a trait à une tumeur développée au niveau des noyaux d'origine du nerf auditif sur le plancher du 4^e ventricule, tumeur d'apparence gliomateuse (*l'auteur, il est vrai, ne prononce pas ce nom*) et qu'il croit être causée par une névrite ascendante du nerf auditif. Dans cette observation intéressante, l'oreille moyenne était altérée et la description de l'oreille interne n'a pas été faite; quant à la dure-mère et au tissu cérébral voisins de la caisse, ils n'étaient pas lésés.

Dans le n^o du 22 juin 1889, Bouchut cite d'autres cas d'otorrhée chronique où l'ophtalmoscope démontra l'existence de neuro-rétinite double, de dilatation de veines rétinienne. Dans un cas de surdité chez une femme de 50 ans, l'auteur observa de l'atrophie du nerf acoustique et des circonvolutions du coin (lobes occipitaux). A la fin de cet article, Bouchut démontre par des faits qu'une affection oculaire peut donner naissance à des troubles auditifs. Il pense que ces faits sont dus à une névrite ascendante pouvant gagner le nerf acoustique.

Nous n'avons pas besoin de montrer l'intérêt de ces questions tant au point de vue du diagnostic, qui peut s'en trouver éclairé, d'une complication cérébrale encore douteuse, que de la pathogénie de certaines surdités se rencontrant dans le cours d'affections oculaires.

A. G.

Syphilome lympho-chondrique du pavillon de l'oreille, par L. JULIEN. (*Lyon médical*, 26 mai 1889, d'après les *Annales de dermat. et de syphilig.*)

Ce nom a été donné par le chirurgien de Saint-Lazare à une petite tuméfaction étendue, développée chez un jeune homme à la partie supérieure du pavillon, dans la cavité de l'hélice. Cette tumeur peu colorée, peu douloureuse, se développa très précocément trois mois après l'accident primitif, coïncidant avec des troubles cérébraux, et elle guérit en laissant à sa place une

induration sans la transparence habituelle de la peau de l'oreille. Jullien pense que non seulement ici le périchondre a été pris, mais aussi le réseau si riche des lymphatiques de la région, d'où le nom proposé par lui.

A. G.

Extraction d'un projectile inclus dans le rocher, par KIRMISSON. (*Soc. de chirurgie*, séance du 3 juillet, in *Bulletin médical* du 7 juillet 1889.)

Tout d'abord Kirmisson décrit son procédé pour extirper la balle dans un cas où le nerf facial était paralysé et l'écoulement purulent par l'oreille externe constant, et en l'absence de tout signe de méningo-encéphalite : l'opérateur, n'ayant pu extraire le projectile avec des pinces, décolla le pavillon en haut et en arrière, appliqua une couronne de trépan et à l'aide de la gouge et du maillet put retirer presque tout le projectile, dont le reste fut extrait par une autre voie facile à frayer ; à la suite de l'opération, la paralysie s'est atténuée, mais l'écoulement de l'oreille a longtemps persisté. L'auteur recommande cette pratique de la recherche des balles et de leur extraction malgré l'opinion d'autres chirurgiens, Chauvel et Reynier, qui préfèrent ne pas intervenir et citent à l'appui quelques faits cliniques.

A. G.

Plaies de l'oreille par armes à feu, par TACHARD. (*Soc. de Chirurgie de Paris*, séance du 16 janvier 1889.)

M. Chauvel, membre de la société, fait un rapport sur deux cas de mort, au bout de 4 à 6 jours, avec des phénomènes cérébraux, survenus dans ces conditions, cas observés par l'auteur ; ce dernier conclut à la non-intervention, comme inutile et ne pouvant conjurer l'apparition d'accidents cérébraux aussi rapides. Tel n'est pas l'avis du rapporteur ni des différents membres de la savante compagnie ; Périer, Terrier, Schwartz apportent des faits contraires à cette hypothèse de Tachard. Seul Després prétend que l'intervention n'est pas indispensable, il cite à propos de cette opinion un cas de paralysie faciale qui disparut au bout d'un temps assez long, le malade fut observé pendant 5 ans.

A. G.

Effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par NIMIER. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril 1889.)

L'auteur cite les effets produits par cette cause et qui sont la rupture du tympan, d'où la surdité et les bruits subjectifs et les troubles fonctionnels d'ordre réflexe tels que la pâleur du visage, les nausées, la céphalalgie, les vertiges, les syncopes,

les grimaces, la salivation et des sensations douloureuses dans les dents.

A. G.

Localisation des sensations auditives, par MANOUVRIER. (*Soc. d'anthropol. de Paris; Journal des sociétés scientifiques*, 27 mars 1889.)

L'auteur, qui s'est livré à des recherches sur divers cerveaux de suppliciés, a constaté des altérations d'aspect de la 1^{re} circonvolution temporale (diminution des plis, atrophie, disparition) chez des individus qui avaient été sourds pendant leur vie et dont l'oreille moyenne était le siège de lésions anciennes. En même temps chez des individus ayant présenté ces altérations, on a trouvé un développement considérable des centres visuels du côté opposé (pli courbe) pour suppléer à l'insuffisance de l'audition. Les mouvements des muscles des membres du côté opposé à la surdité étaient aussi favorisés par des centres plus parfaits que d'habitude. Tel était le cas du D^r Bertillon, qui était sourd d'un côté et à l'autopsie duquel le D^r Manouvrier a entrepris des recherches fort intéressantes à ce sujet. A. G.

Physiologie du pavillon de l'oreille, par CH. FÉRÉ ET LAMY. (*Soc. anatomique*, avril 1889, in *Bulletin médical* du 21 avril 1889.)

Les auteurs, en approchant un diapason vibrant de l'oreille, après avoir constaté le maximum de perception au niveau du méat, ont observé au niveau de certaines parties du pavillon, le tragus, l'anthelix, le bord supérieur de l'hélix et l'antitragus, la disparition de ces vibrations. Ce phénomène, purement physique, semblerait jouer un rôle dans l'orientation, au moins à courte durée.

A. G.

Altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge, par A. NETTER. (*Soc. biologie*, séance du 20 avril, in *Bulletin médical* du 24 avril 1889.)

Netter signale la fréquence des otites moyennes chez des enfants nouveau-nés ; il a constamment trouvé ces lésions dans 20 cas avec autopsie sur des enfants assistés, chez des enfants de 9 jours à 2 ans. Après cet âge l'otite est moins constante. L'exsudat de la caisse est formé de pus ou d'un mélange de pus et de sérosité, quelquefois il est muqueux. L'auteur a toujours trouvé soit le streptococcus pyogène, soit le staphylococcus pyogène, soit le pneumococcus. Toutes ces otites étaient bilatérales. L'auteur est fort embarrassé pour donner l'explica-

tion de cette vulnérabilité de l'oreille moyenne du premier âge; il en offre plusieurs explications.

A. G.

Communication à propos de 2 cas d'exostose du conduit auditif externe, par JACQUEMART. (*Revue de laryngol. et d'ot.*, nov. 1889.)

L'auteur cite des cas d'exostose du conduit auditif externe chez des adultes. Il attribue l'origine de ces tumeurs au traumatisme chez des herpétiques, il guérit ces deux cas par l'emploi de la galvanocaustique.

A. G.

Gliôme de la protubérance intéressant les orifices du nerf facial auditif glosso-pharyngien et hypoglosse, par H. RENDU. (*France médicale*, 11 mai 1889.)

Nous n'extrairons de cette importante observation que la partie qui peut intéresser les lecteurs de ce recueil, c'est-à-dire les altérations du nerf auditif. « Quand on examine la protubérance par la face supérieure ventriculaire, on constate la lésion suivante : le plancher du 4^e ventricule est soulevé dans sa moitié gauche par la tumeur, qui se présente sous la forme d'une surface bosselée, de couleur gris rosé, très vasculaire. Elle occupe toute la moitié supérieure du 4^e ventricule, commençant au-dessous du *locus cæruleus*, englobant l'*éminence teres* (laquelle correspond à l'orifice du facial) et atteignant son maximum d'épaisseur au niveau des *barbes* du *calamus*, qui sont aplaties et dissociées, beaucoup moins nettes que du côté droit. L'effacement des *bandelettes auditives* correspond bien à la surdité qui, chez le malade, s'était montrée à titre de symptôme précoce. » Plus loin, l'examen histologique fait par Chartier montre que la prolifération nucléaire a détruit les cellules nerveuses des noyaux d'origine des nerfs facial, *acoustique* et glosso-pharyngien.

A. G.

De l'influence des excitations du trijumeau et d'un sens sur les perceptions sensorielles, par URBANSCHITCH. (*Bulletin médical*, 9 janvier 1889.)

L'auteur fait allusion au début de son ouvrage aux travaux des physiologistes français, Féré, Duval, D'Arsonval, qui se sont occupés de l'influence réciproque de l'ouïe sur la vue, et il étudie ce sujet, qu'il divise en plusieurs chapitres. Dans le premier, *influence des excitations du trijumeau sur les perceptions sensorielles*, il montre l'augmentation et la diminution de la faculté

visuelle à la suite des excitations auriculaires. Ces symptômes suivent de près ou immédiatement l'action de l'excitant, et ils surviennent d'autant plus aisément que l'organe excité est plus défectueux. Urbanschitch croit que les branches du trijumeau de l'oreille externe et moyenne sont en ce cas les agents de conduction des excitations. On a observé quelquefois dans ces cas l'amélioration de la vue au moment du passage d'une sonde dans la trompe d'Eustache, et cette amélioration persista, mais ce fait n'est qu'exceptionnel ; habituellement la modification visuelle est de courte durée. L'excitation peut aussi se porter sur l'œil opposé. Ce n'est pas seulement sur le sens de la vue que peut porter l'excitation sensorielle, le goût et l'odorat peuvent être influencés, et même la température de la peau de la face, dans les environs surtout de l'organe auditif.

Dans le 2^e chapitre, de l'influence de l'excitation unilatérale d'un sens sur les perceptions de ses congénères, l'auteur montre la facilité avec laquelle l'excitation unilatérale d'un sens retentit sur l'autre, que ce soit sur l'ouïe, la vue, le goût ou l'odorat ; du reste cette influence réciproque d'un côté sur l'autre est nécessaire pour la perception de la sensation.

Dans le 3^e chapitre, influence de l'excitation d'un sens sur les perceptions des autres sens, l'auteur envisage surtout les phénomènes de l'audition colorée, où il montre que les couleurs sont inégalement perçues par la rétine suivant que les sons sont aigus et graves. Les excitations auditives ne retentissent pas seulement sur la vue, mais sur l'odorat, le goût, le toucher, etc. La réciproque est vraie aussi, et la perception des diverses couleurs renforce ou diminue les fonctions auditives. Les bruits subjectifs subissent aussi, de ce fait, des modifications appréciables. Même influence est observée de la part des couleurs sur l'odorat et le goût, et réciproquement de ces sens sur la vue.

Dans un dernier chapitre, Urbanschitch étudie l'influence du son sur l'apparition subjective de couleurs qui n'existent pas en réalité devant l'observateur. Ces *photismus*, comme il les appelle, varient suivant le degré d'excitation et la force vibrante des instruments employés.

A. G.

Otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques, par
NOUET. (*Revue de laryngologie, etc.*, 1 et 2, 1889.)

L'intérêt de ce travail, fait d'après plusieurs observations, est dans l'évolution rapide de ces otites, dans l'envahissement des centres nerveux, dans l'étendue des désordres sous l'in-

fluence de l'alcoolisme, qui, dans ces affections, comme dans celles d'autres organes, a une influence déplorable sur la marche de la maladie.

A. G.

Otite moyenne aiguë observée chez un lépreux; examen du nez du pharynx et du larynx, par WAGNIER. (Extr. des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1883.)

Malade du service du professeur Leloir, de Lille, dont les oreilles furent le siège d'une lésion bilatérale, caractérisée par la présence de croûtes dans le conduit auditif, reposant sur un fond infiltré et rosé; même état de la membrane du tympan, qui est même perforée d'un côté, avec présence de pus dans la caisse. Sous l'influence de soins appropriés des deux côtés, les bourdonnements, la douleur, disparurent et les troubles auditifs s'atténuèrent. Du côté du nez, lésions analogues à celles de la rhinite atrophique; au larynx, épiglotte et cordes vocales, infiltrations et petites tumeurs grisâtres. Ce que l'auteur retient de cette observation est la guérison de l'otite moyenne malgré la mauvaise qualité du terrain morbide, et de ce côté il y aurait analogie avec ce que le professeur Leloir a observé chez le lépreux, c'est-à-dire la facilité de cicatrisation des lésions d'orifice traumatique ou inflammatoire.

A. G.

Otite moyenne aiguë avec exsudat, paracentèse, examen micro-biologique, par H. CHATELLIER. (*Soc. Anat.*, novembre 1888, 5^e série, 2, II.)

L'auteur n'a rencontré dans ses recherches que les staphylococcus albus et aureus; il n'a constaté la présence ni de pneumocoque ni de streptocoque; le liquide de la caisse avait été recueilli aussitôt après la paracentèse.

A. G.

Surdités héréditaires, par BOUCHERON. (*Bulletin médical*, 5 décembre 1888.)

Sous ce titre, l'auteur met en garde les enfants de sourds contre l'infirmité qui les menace, en recommandant de soigner tout particulièrement les affections chroniques de la gorge et de l'arrière-gorge, ainsi que de surveiller attentivement les cavités nasales dans le cours des différentes maladies. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces soins si vulgarisés et si connus. Dans le cours de cette étude, Boucheron recommande de ne pas hésiter à faire la mobilisation de l'étrier quand les insufflations ne produisent plus d'effet, pour éviter la destruction du nerf auditif.

A. G.

Surdité unilatérale incomplète consécutive aux oreillons, par MOURE. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

Deux cas de surdité unilatérale et incomplète; dans un cas la lésion semblait d'après l'examen exister à l'appareil de transmission, et l'auteur croit, bien que l'examen du tympan ne révélât aucune lésion apparente, qu'il devait y avoir un exsudat dans la caisse, ayant eu pour résultat de supprimer le jeu des fenêtres, d'où l'explication de l'irrémediabilité de la surdité.

A. G.

Deux cas de mastoïdite guéris par les cautérisations au thermocautère, par LACOEUR. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

L'auteur propose de remplacer l'incision de Wilde au bistouri et au thermocautère par l'application de pointes de feu. Deux observations à l'appui.

A. G.

Surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive, par MINOS. (*France médicale*, 10 et 12 janvier 1889.)

L'auteur, élève du professeur Fournier, s'est inspiré dans cette étude des leçons du savant professeur. C'est à l'âge de 15 à 20 ans qu'éclate le plus souvent cette forme aussi insidieuse que rapide de la maladie. Le sexe féminin est bien plus fréquemment atteint que le masculin, dans la proportion de 5 contre 1. Quant au siège de ces lésions, il est excessivement difficile à définir, est-ce le limaçon, est-ce le nerf auditif, est-ce le plancher du 4^e ventricule? l'auteur pense avec son maître que les autopsies n'ont pas été très démonstratives, l'anatomie pathologique serait donc le côté faible de cette partie de la pathologie auditive. L'apparition de la surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive est insidieuse, les deux côtés sont ordinairement envahis simultanément, et aucun traitement jusqu'ici, dit l'auteur, n'a pu enrayer la marche de cette affection. A. G.

Épithélioma du pavillon de l'oreille, par HEURTAUX. (*Soc. anat. de Nantes*, 13 mars 1889, in *Gazette méd. de Nantes*, 9 avril 1889.)

Présentation à cette société d'un épithélioma du pavillon de l'oreille gauche adhérent aux parois du conduit auditif, dont on dut faire le grattage et qui avait envahi la glande parotide, dont une partie fut enlevée.

A. G.

Une observation d'audition colorée, par PAUL RAYMOND. (*Gaz. des hôpitaux*, 2 juillet 1889.)

A propos d'une observation de ce genre, l'auteur recherche et discute les causes de production de ce bizarre phénomène; il n'admet pas qu'il ne se produise que par une communication des fibres auditives et des centres optiques, car le signe peut se produire sans l'ébranlement auditif, rien que par une représentation mentale. Il est certain que l'explication physiologique uniforme sera toujours fort difficile à présenter; la raison du rôle que peuvent jouer diverses autres causes et les troubles de la circulation, sous l'influence d'un état nerveux, pourraient maintes fois, comme l'a supposé Féré, suffire à expliquer l'apparition de ce singulier symptôme.

A. G.

Dilatation de la trompe d'Eustache, par MÉNIÈRE. (*France médicale*, 2 avril 1889.)

La conclusion de l'auteur est que l'emploi des bougies en gomme, pour dilater les trompes qui sont le siège de rétrécissements vrais ou faux, est un procédé absolument bon et exempt de dangers. Les sondes employées ne doivent pas être trop minces, 1^{mm},5 à 2 millimètres environ. Le topique le plus souvent employé a été la teinture d'iode.

A. G.

Du thermocautère dans la périostite mastoïde, par MÉNIÈRE. (*Gazette des hôpitaux*, 28 février 1889.)

L'auteur propose de remplacer l'incision de Wilde par ce moyen, qu'il emploie habituellement et dont il se loue beaucoup.

A. G.

Des ulcérations non traumatiques de la trachée, par VALETTE. (*Gazette des hôpitaux*, 10 août 1889.)

Cet article fait partie de la collection des *Revue générale* que la *Gazette des hôpitaux* fait paraître depuis quelque temps sur les différentes questions de la science médicale. Les ulcérations qui font l'objet de ce travail sont de *trois origines*: tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques; je n'ai rien à dire touchant le cancer et la syphilis, la description de ces lésions étant la conséquence des recherches de l'auteur dans la littérature médicale, recherches qui me semblent très complètes. Dans le chapitre des ulcérations tuberculeuses de la trachée, l'auteur cite une observation personnelle très détaillée qui lui permet avec raison d'admettre l'existence de la trachéite tuberculeuse primi-

tive : c'est la partie originale de cette revue, qui sort par cela seul du cadre d'une simple revue générale. A l'aide de cette observation, il trace le tableau de cette trachéite, douleur rétro-sternale violente, oppression croissante, accès de suffocation entraînant la mort. L'auteur, qui, dans la description du cancer de la trachée, faite d'après les laryngologistes, fait jouer justement un rôle capital à l'examen laryngoscopique, n'a pas pensé, dans la description de la tuberculose trachéale, à donner à ce moyen d'exploration le rang qui lui est dû. Il est possible, en effet, d'appuyer le diagnostic sur ce mode d'examen, ce qui n'est pas facile pour la syphilis, où le siège est très bas, le plus ordinairement. L'examen laryngoscopique n'a pas été fait dans le cas de Valette, et il est bien probable que l'aspect de la glotte eût pu lui donner l'explication des violents accès de suffocation : ne lit-on pas dans l'observation que les ganglions de la chaîne trachéale et les autres étaient intéressés, et les nerfs récurrents lésés ou comprimés. Valette préfère expliquer par la compression d'une grosse bronche les accès d'oppression ; nous ne partageons pas son opinion, et nous inclinons à croire que l'adénopathie trachéo-bronchique a été le point de départ des accès de suffocation, c'est un point que l'examen laryngoscopique seul aurait pu trancher. Aussi, contrairement à ce que pense l'auteur, nous croyons que l'adénopathie trachéo-bronchique ne doit pas être éliminée ; du reste, quelques lignes plus bas, il fait quelques réserves. A. G.

Manifestation laryngée de la syphilis héréditaire précoce
par A. SEVESTRE. (*Progrès médical*, 18 mai 1889.)

Après avoir constaté historiquement la rareté de la description de ces manifestations, l'auteur, à l'aide d'un mémoire de J. Mackenzie, de Baltimore, et de quelques observations personnelles recueillies seulement au bout d'un séjour de quatre ans à l'hospice des enfants assistés, fait la description de ces altérations. Dans deux autopsies avec examen microscopique, il montre aux cordes vocales inférieures, aux ventricules, et aux cordes vocales supérieures l'existence d'ulcérations à siège variable. Le tissu morbide détruit les parties normales, il est composé dans ses deux cas de cellules embryonnaires, traversées par de nombreux vaisseaux dont le calibre est augmenté. Dans la suite de son article consacré à la clinique, il cite trois observations, dont deux avec guérison : il attire l'attention sur la disproportion qui peut exister entre les lésions laryngées et leur expression symptomatique, assez violente pour faire croire à l'existence d'une at-

taque de croup. Ces accidents observés chez des jeunes enfants de la naissance à deux ans peuvent guérir, quelquefois assez rapidement, mais ils peuvent laisser, d'après Fournier, des suites qui peuvent être périlleuses pour l'avenir, au cas où se produirait quelque affection tombant si facilement sur le larynx dans l'enfance.

A. G.

Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches, par MAURIAE.
(*Archives générales de médecine*, décembre 1888.)

Ce mémoire termine l'étude de la syphilis tertiaire des premières voies aériennes : celle du larynx a été analysée dans les *Annales* de janvier 1889. La syphilis trachéo-bronchique est un accident habituellement contemporain de la syphilis laryngienne tertiaire, mais elle peut être isolée et présente une gravité beaucoup plus grande, et elle intéresse l'existence sans qu'on puisse avoir les ressources de la trachéotomie. La trachée peut être envahie soit en haut, soit en bas, soit au milieu ; c'est en bas, d'après toutes les statistiques, que siège le plus souvent l'affection. Les bronches intéressées en même temps peuvent quelquefois l'être isolément, soit simultanément, soit séparément. Quant aux lésions, elles n'ont rien de particulier, c'est l'infiltration d'abord plus ou moins étendue, puis les ulcérations et les propagations de voisinage. Les diverses tuniques de l'arbre aérien sont détruites, et il ne reste plus que la tunique fibreuse augmentée de volume ; aussi le calibre aérien n'est-il plus béant, et sous l'influence de la respiration il s'affaisse aisément, ce qui est une cause de dyspnée. Les cicatrices succèdent aux tuméfactions et aux ulcérations, et cette succession anatomopathologique imprime à la symptomatologie deux phases cliniques qui peuvent ne pas se succéder immédiatement. Le danger de la seconde phase est peut-être plus dangereux que celui de la première. L'ulcération trachéale affecte quelquefois le caractère phagédénique et peut s'étendre alors dans une grande étendue.

Voici quels sont, d'après Mauriac, les signes caractéristiques de la syphilis tertiaire de la trachée et des bronches :

1° Douleur constrictive sur le trajet de la trachée ou derrière le sternum ; 2° cornage fort bruyant ayant son maximum d'intensité au-dessous du larynx ; 3° conservation de la voix ; 4° intégrité de l'organe vocal ; 5° abaissement du larynx qui peut se trouver derrière le sternum, par suite du raccourcissement cicatriciel de la trachée.

Il y a des cas où le diagnostic est fort difficile, quand les

bronches sont seules intéressées ; alors il est bien aisé de confondre la maladie avec la tuberculose pulmonaire, d'autant plus (*l'auteur ne le dit pas, mais nous l'avons observé*) que la tuberculose peut se greffer sur la maladie antérieure.

Indépendamment du parenchyme pulmonaire, la lésion peut envahir les ganglions et vaisseaux voisins.

Au pronostic, Mauriac dit avec raison que ces accidents pourraient être facilement enrayés, à condition d'établir dès le début un traitement très énergique ; c'est ce que nous avons déjà établi dans des conclusions que nous avons lues au Congrès de l'Association française à la Rochelle, en 1883, sur la syphilis trachéo-laryngienne. A ce propos nous avons cité des cas de guérison très rapide, dix à quinze jours, et la guérison s'était maintenue. Nous n'avons pas vu ce travail relaté dans la bibliographie de notre savant collègue.

Mauriac conseille très justement le traitement mixte, il est vrai que le traitement iodurique ou mercurique très vigoureusement administré donne aussi d'excellents résultats. A. G.

Laryngite traumatique, rupture probable de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoïdien interne. Voix cassée, par LACARRÉT. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux, janvier 1889.*)

Sous l'influence d'efforts, la corde vocale peut être le sujet de traumatismes variés : 1° les hémorragies en nappe ou en bosse, susceptibles de guérir par le repos et presque sans traitement ; 2° les ruptures musculaires dont l'auteur cite un cas (qu'il croit, dit-il, devoir bien être causé par cet accident) ; les signes sont : début brusque, encoche vers le bord de la corde vocale, circonscrite par de véritables saillies au bord ; le pronostic, dit Lacarret, est sérieux, car la voix reste toujours altérée et l'aspect laryngoscopique ne se modifie pas. A. G.

Aphonie nerveuse « à frigore » chez un enfant, par PEYRISSAC. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux, janvier 1889.*)

Enfant de 13 ans : examen laryngoscopique, le premier, état catarrhal, aspect des cordes, triangle isocèle à base limitée par les deux aryténoïdes ; sous l'influence de l'examen laryngoscopique, retour de la voix. L'auteur fait observer que l'aphonie nerveuse est rare surtout chez les garçons, elle est moins rare chez les filles ; nous venons du reste, à la clinique de l'hôpital Lariboisière, d'observer deux cas de ce genre, chez des fillettes de 12 à 13 ans. A. G.

Différents aspects d'épiglottes normales vues au laryngoscope,
par AUDUBERT. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux, janvier 1889.*)

L'intérêt de ce travail est surtout dans la publication de quatre planches représentant vingt types d'épiglottes anormales. A. G.

Infiltration gommeuse de la bande ventriculaire droite, par
LACOARRET. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux, juillet 1889.*)

Observation intéressante que l'auteur a le tort de considérer comme une localisation rare de la vérole tertiaire du larynx. Nous l'avons souvent observée avec l'appareil dyspnéique intense cité dans le cas observé à la clinique du Dr Moure. Tout dernièrement encore nous avons vu quatre cas de ce genre, dont trois chez des femmes et un chez un homme. Dans un cas la trachéotomie fut pratiquée. Il est bien probable que ce sont ces cas qui ont été décrits par le Dr Mauriac sous le nom de paralysie des dilatateurs de cause tertiaire. Les observations du Dr Mauriac ont été remarquables, comme les nôtres et comme celle de Lacoarret, par la rapidité de la guérison des accidents. Les laryngoplégies tertiaires ne disparaîtraient pas avec cette facilité, si elles disparaissaient, ce qui est peu prouvé. A. G.

Lupus du voile du palais, du pharynx et du larynx, par NATIER.
(*Annales de la polyclinique de Bordeaux, juillet 1889.*)

Consécutif au lupus de la face, le lupus des voies respiratoires supérieures fut amélioré par les pansements à l'acide lactique. A. G.

Du faux croup, par E. MARTEL. (*Revue internat. des sciences médicales, avril 1888.*)

L'auteur propose une nouvelle théorie de la pathogénie de la laryngite striduleuse, dont le siège serait pour lui une irritation ou une lésion de la région aryténoïdienne; il s'appuie pour étayer cette théorie sur la provocation facile de la toux quand on touche cette région, et sur la facilité avec laquelle on éloigne les accès quand on la touche avec une solution de coïne. A. G.

Hémiatrophie laryngée sans paralysie motrice appréciable chez une syphilitique atteinte d'hémiatrophie de la langue du même côté, par RUAULT. (*Arch. de laryngol. et de rhinol., juin 1889.*)
Observation d'une femme de 26 ans, atteinte de syphilis ter-

tière du pharynx et de la langue et qui deux mois après eut de l'hémiatrophie gauche de la langue et de l'hémiatrophie du larynx du même côté, sans paralysie de la corde vocale de ce côté et sans trouble de la voix. L'auteur pense qu'à côté des paralysies bulbaires, causant la paralysie et l'atrophie du larynx, il y a lieu de faire une place aux atrophies sans paralysie préalable. A. G.

Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane avec enrouement dû à un petit néoplasme, par J. SOLIE-COHEN. (*Revue de laryng. et d'ot.*, n° 6, 1889.)

L'auteur cite un cas de ce genre accompagné de l'existence d'un petit papillome de la corde vocale. Après l'opération laryngienne, l'enrouement disparut, mais la position de la corde subsista. La tumeur était fixée sur la face supérieure de la corde, en arrière de l'extrémité antérieure de l'aryténoïde. A. G.

Myxome hyalin de la corde vocale inférieure droite, par EEMAN. (*Revue de laryng.*, etc., de MOURE, n° 3, 1889.)

Tumeur du tiers antérieur de la face supérieure de la corde vocale droite, du volume d'un gros pois, semi-transparente et finement vascularisée. Consistance molle. *Diagnostic* : kyste. La tumeur est enlevée avec la pince de Fauvel. L'examen microscopique pratiqué par le Dr van Dreyse montre qu'il s'agit ici d'un *myxome typique*. A ce propos, l'auteur croit que bon nombre de diagnostics de kyste laryngés sont sujets à caution, et il suppose que souvent, faute d'examen microscopique, il y aurait lieu de supposer l'existence du myxome, et bien que cette variété de tumeur passe pour être rare, il croit que la cause de cette rareté doit tenir à ce motif. A. G.

Physiologie de la trachée et des bronches, déductions pathologiques et pathogéniques, par NICAISE. (*Congrès français de chirurgie*, 1889.)

Les expériences de Nicaise ont été commencées il y a onze ans. A l'état de repos, les anneaux de la trachée sont en contact, la portion membraneuse est contractée et la muqueuse fait une saillie dans le conduit. Cette contraction est due à l'action continue du tissu musculaire de la portion membraneuse. Quand la respiration est forte, et que l'animal crie et gémit, la trachée s'allonge ; pendant l'inspiration le larynx monte, il descend dans l'expiration. L'auteur a produit des tracés qui démontrent les variations de pression intra-trachéale, et c'est cette pression at-

mosphérique intra-trachéale qui produit la dilatation qui est favorisée par le mouvement d'allongement de la portion membraneuse. Mêmes observations pour les bronches extra-pulmonaires. Les bronches intra-pulmonaires s'allongent dans l'inspiration et se raccourcissent dans l'expiration, à ce dernier moment il peut y avoir affaissement des alvéoles pulmonaires.

L'auteur explique de la sorte la dilatation du cou chez les chanteurs pendant l'émission du son, la formation des trachéocèles, la dilatation des bronches, la rupture de la trachée pendant les efforts violents. Ce sont ces changements brusques de volume qui provoquent, sous forme de jets, la sortie brusque des crachats, du pus, du sang.

A. G.

Corps étranger des voies aériennes, par JALAGUIER. (*Soc. de chirurgie*, 13 mars, in *Bulletin médical*, 17 mars 1889.)

Ils'agit d'une amande tombée dans les voies aériennes depuis plusieurs jours; le corps étranger mobile remontait de temps en temps vers la glotte, déterminant des accès de suffocation. La trachéotomie fut pratiquée et le corps étranger put être extrait par la plaie trachéale.

L'observation ne mentionne pas si l'examen laryngoscopique fut fait.

A. G.

Hypertrophie diffuse fibreuse de la muqueuse laryngée, nature des végétations préaryténoïdiennes observées chez les phthisiques, par LUC. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, février 1889.)

Très intéressant mémoire où l'auteur étudie, après Hunermann et Heryng, une forme de laryngopathie limitée à la région aryténoïdienne, c'est-à-dire à une région où l'épithélium pavimenteux est abondant et où les glandes sont fort rares ou absentes. Cette laryngopathie étalée et proéminente dans cette région peut être la suite du catarrhe rhino-pharyngo laryngé, ou bien elle peut survenir chez les tuberculeux en se recouvrant de végétations et de fissures. Toutefois le tissu n'est pas celui de la tuberculose. En un mot, chez les premiers malades il peut exister un doute pour le diagnostic de l'affection. Chez les phthisiques on se trouve en présence d'une lésion susceptible d'être enlevée et dont l'ablation peut avoir des conséquences favorables au rétablissement de la phonation et de la respiration. A. G.

Trois cas de diphthérie laryngée guérie par l'intubation du

larynx, par JACQUES. (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1889.)

L'auteur, qui fit sa thèse inaugurale sur ce sujet en 1888, cite trois cas, l'un chez un enfant de 31 mois, et les deux autres chez des enfants de 6 ans et demi. Chez les trois l'intubation fut faite aisément après avoir pris la précaution d'installer un ouvre-bouche et de ne le retirer qu'après l'introduction du tube; puis on retira le fil de sûreté et le tube resta en place de cinq à sept jours sans être altéré. En même temps des lavages rhino-pharyngiens furent pratiqués. L'auteur n'a vu aucun inconvénient de ce traitement dont il est un déterminé partisan. Il pratique l'alimentation au début, au moyen de la sonde introduite par le nez.

A. G.

Fistule trachéale. Occlusion par un procédé spécial, par BERGER. (*Bulletin médical*, 3 novembre 1889. *Soc. de chirurgie de Paris*, 30 octobre 1889.)

M. Berger a eu l'occasion d'opérer cette année deux malades atteints de fistule trachéale et d'obtenir chez eux l'occlusion de l'orifice par un procédé particulier, que je désire vous soumettre.

L'un de ces malades a déjà été présenté à la Société, en juillet dernier, par M. Gouguenheim; il était porteur d'un rétrécissement syphilitique du larynx, que le cathétérisme était parvenu à dilater notablement, et d'une fistule trachéale, consécutive à une trachéotomie pratiquée cinq ans auparavant. Comme son intention était de lui obturer cette fistule, M. Després invoqua quelques faits qu'il avait observés, pour s'élever contre une pareille restauration, en alléguant que la guérison du rétrécissement ne reste pas définitive, et qu'un jour ou l'autre on est obligé de rouvrir la trachée. Dans quelques instants, ce malade sera présenté, et M. Després pourra se convaincre qu'il en est autrement que ce qu'il avait pensé. A la suite de l'opération, il fallut combattre une fistulette, qui fut opérée deux mois plus tard, et dont la guérison par l'avivement et la suture furent obtenues aisément.

Depuis, on a fait plusieurs séances de cathétérisme pour entretenir la dilatation, et actuellement, tout en restant à moitié aphone, ce qui n'a rien à voir avec l'opération favorable qui a été exécutée, ce malade respire sans aucune gêne et est dans un excellent état de santé. Chez l'autre opéré, il existait également une fistule plus petite, mais de date beaucoup plus ancienne, la

trachéotomie lui ayant été faite par M. Richet il y a dix-neuf ans. On obtint la guérison par première intention, et depuis lors aucun trouble de la respiration ne s'est montré.

Dans ces deux cas, ne pouvant songer à rapprocher les lèvres de la trachée, ni à faire une autoplastie trachéale, on eut recours au procédé suivant, comprenant deux plans de sutures :

On circonscrit d'abord l'orifice fistuleux au moyen de deux incisions semi-elliptiques tracées à 15 ou 20 millimètres de l'ouverture ; cela fait, cette collerette est disséquée de la circonférence vers le centre et bien libre jusqu'au niveau de l'orifice, dans lequel on l'invagine après l'avoir retournée ; les surfaces cruentées se trouvent ainsi en rapport l'une avec l'autre et sont maintenues dans cet état par des points de suture. La réunion profonde ainsi assurée, on prolonge les angles inférieur et supérieur des incisions primitives, puis latéralement, au moyen de deux incisions libératrices ; on immobilise les téguments qui sont réunis ainsi facilement sur la ligne médiane par des crins de Florence. Cette opération ne présente aucune difficulté et on a réussi deux fois à obtenir la fermeture de fistules assez rebelles aux autres traitements.

Cancer du larynx, par DEMONS. (*4^e Congrès français de chirurgie*, Paris, séance du 12 octobre 1889.)

Le malade, opéré il y a deux ans et quatre mois, d'une extirpation totale du larynx, est dans un excellent état de santé. Il respire très bien et peut se faire comprendre. A. G.

Extirpation du larynx, par L. LE FORT. (*Bulletin médical*, 25 juillet 1888.)

De l'étude comparative des extirpations totales et partielles, et de la trachéotomie simple, l'auteur, après une étude minutieuse de tous les cas connus, conclut à donner la préférence à la trachéotomie, après laquelle la survie a été beaucoup plus longue, et à repousser absolument l'extirpation, qui n'est qu'une véritable nécrologie, sinon immédiatement, au moins après une récurrence très prompte. A. G.

Deux cas de tubage du larynx, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. (*Revue mensuelle de laryng. et d'otol.*, n° 15, 1889.)

L'auteur cite deux cas de diphthérie, le frère et la sœur, le premier âgé de 3 ans, la seconde de 7 ans. Le tubage, pratiqué *in extremis* chez le premier, rappela la respiration et la connaissance ; mais l'enfant, trop intoxiqué par le mal, succomba néan-

moins ; chez la seconde, le procédé de traitement réussit fort bien, le tube fut retiré au bout de six jours, au bout de douze jours elle fut hors de danger ; l'auteur a pratiqué 28 fois le tubage, toujours dans la période asphyxique et alors que la mort était proche, sept fois les malades ont guéri ; il est persuadé que le tubage remplacera très avantageusement la trachéotomie, chaque fois qu'on se décidera à ne pas l'appliquer trop tard. A. G.

Polype du larynx, du volume d'une grosse noix, extirpation endo-laryngée, par R. BOTEY. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n° 11, 1889.)

Le Dr Botey, de Barcelone, cite un cas intéressant, développé en deux ans, d'une taille exceptionnelle et qu'il opéra en deux séances ; dans la première, il sectionna avec le couteau galvanique une partie de la tumeur, dans la seconde séance il retira avec l'anse galvanique le reste de la tumeur qui avait son pédicule aux deux tiers antérieurs de la corde vocale droite et au ventricule du même côté. En quinze jours le malade fut guéri. Examen histologique : fibro-mixome télangiectasique ; description : cellules épithéliales pavimenteuses à la surface, puis papilles semblables à celles du papillome, tissu cellulaire entrecroisé avec du tissu muqueux, tissu muqueux avec gros vaisseaux gorgés de sang. L'examen du pédicule montre l'existence de tissu fibreux presque uniquement.

La tumeur avait 33 millimètres de long sur 29 de large, et elle obstruait presque complètement l'entrée du larynx. A. G.

La mort subite dans les maladies graves du larynx, par R. BOTEY. (*Revue de laryng. et d'otol.*, nos 17 et 18, 1889.)

L'auteur cite quatre cas de sa clientèle, un anévrysme de l'aorte avec paralysie du récurrent gauche, deux cancers, un tuberculeux, qui succombèrent subitement sans que le dénouement fût accompagné d'autres signes ; les malades tombèrent et moururent, ou bien on les trouva morts dans leur lit sans que les personnes couchées dans la même chambre et même dans le même lit se fussent aperçues de rien. C'était, dit l'auteur, qui est Espagnol, un vrai coup de garrot. Botey pense que la compression des récurrents par les ganglions que nous avons décrits est la cause des accidents. Nous sommes certainement de son avis, la compression des récurrents au point quelconque de son sujet est un danger permanent pour les malades tuberculeux ou nerveux. A. G.

Un cas d'ictus larygé, par GAREL. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n° 11, 1889.)

Notre ami le Dr Garel a envoyé à la Société française de laryngologie et d'otologie ce fait intéressant, qui n'avait pas figuré à notre compte rendu du numéro de juillet 1889, l'auteur étant absent et n'en ayant point donné lecture. Son malade, âgé de 42 ans, goutteux, obèse et alcoolique, est sujet aux bronchites. Quand les quintes sont trop violentes, il devient cyanique, et l'ictus se produit en même temps que se montrent des convulsions cloniques, bilatérales, plus prononcées du côté droit. Le larynx est assez sensible à la pression. Garel passe en revue les théories explicatives de l'ictus qui se produit dans des circonstances morbides différentes. L'excitation du nerf laryngé supérieur et une action réflexe consécutive seraient les voies de transmission de l'attaque, mais le spasme glottique et l'asphyxie consécutive, en déterminant une congestion encéphalique, lui paraissent aussi contribuer à produire l'ictus, et tel était le cas de sa malade. Garel recommande la cocaïne, qui a bien réussi entre ses mains.

A. G.

De la chloroformisation dans la trachéotomie pratiquée chez les enfants, par T. WEISS. (*Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1888.)

Plaidoyer en faveur de cette méthode employée par l'auteur avant la discussion de la Société de chirurgie et usitée depuis plus de vingt ans à l'ancienne École de Strasbourg. A l'appui de cette méthode, l'auteur produit quelques observations. Toutefois il fait quelques réserves sur l'opportunité de cette pratique, qui n'est plus fort sûre lorsque la trachéotomie a été différée trop longtemps.

A. G.

Des tumeurs tuberculeuses du larynx, par CARTAZ. (*France médicale*, 12 et 14 mars 1889.)

Sous ce nom, Cartaz décrit à peu près ce que Tissier et moi avons dénommé phthisie laryngée primitive pseudo-polypeuse. Cette affection, à peu près inconnue et dont n'existaient guère avant notre description que quelques observations éparses que nous avons rassemblées au moment où nous écrivîmes notre traité de la phthisie laryngée, a fait l'objet d'un mémoire inséré l'année dernière dans les *Annales* et extrait de notre livre au moment de sa publication. Cartaz a surtout en vue dans sa description les tumeurs franchement tuberculeuses. Quant au desi-

deratum qu'il émit à la fin de son mémoire, nous y avions déjà songé, car, un peu après la publication de notre livre, nous avons inoculé des papillomes existant chez une tuberculeuse à un cobaye qui, au bout de quelques mois, succombait tuberculeux.

A. G.

Tumeur des replis aryéno-épiglottiques, par MONCORGÉ. (*Lyon médical*, 21 juillet 1889.)

L'auteur, interne du service de D. Mollière, de Lyon, rapporte le cas d'une tumeur du larynx du volume d'une noisette et développée en une dizaine d'années. La parole et le chant étaient conservés, mais légèrement voilés. Garel, qui examina le malade, découvrit le siège de la tumeur, qui était sur le repli ary-épiglottique droit et fermait l'entrée du larynx. La tumeur fut enlevée au moyen de l'anse galvanique. La tumeur sera examinée ultérieurement. A la suite de ces opérations le malade conserva des accès de suffocation. D. Mollière rappelle à ce sujet un mémoire de Blanc dans lequel on nota avec la conservation à peu près intégrale de la voix des accès de suffocation et de l'anémie par voie respiratoire. L'extirpation de ces tumeurs dissipa tous ces accidents.

A propos de cette communication fort intéressante, nous rapporterons des cas semblables comme siège, mais non de même origine, observés par nous chez des syphilitiques et des tuberculeux de tumeurs solides formées par une inflammation chronique de la muqueuse, implantés soit sur un repli ou soit à la partie supérieure de la corde vocale supérieure, tumeurs développant, comme chez les malades de Blanc, des accès de suffocation qui disparurent après l'extirpation. Pour extirper ces tumeurs, nous ne nous sommes pas servis de l'anse galvanique, mais d'emporte-pièce ou de grandes pinces coupantes, qui avaient été construits sur notre demande par R. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

A. G.

Emphysème cutané de la face, du cou et de la poitrine dans un cas de diphthérie grave, par P. FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 septembre 1889.)

Cas d'une malade atteinte de diphthérie hypertoxique et qui eut, au bout d'un à deux jours, cet emphysème étendu de la face, du cou et de la poitrine. A ce moment le larynx n'est pas envahi. Ce sont des efforts de vomissements qui causèrent l'emphysème. La malade succomba très rapidement asphyxiée et intoxiquée.

A. G.

Tumeurs naso-pharyngiennes, ablation par l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez et son renversement de bas en haut, par L. OLLIER. (*Société de chirurgie, séance du 15 mai, Bulletin médical, 19 mai 1889.*)

Nous avons déjà analysé, d'après le *Lyon médical*, ce procédé d'ostéotomie en demi-cercles, avec sciage des os du nez, mobilisation de la cloison et renversement des parties détachées, qui a permis au chirurgien de Lyon d'opérer non seulement chez le malade qu'il a présenté à la Société de chirurgie, mais chez une centaine d'autres, des tumeurs volumineuses de bonne ou mauvaise nature. La guérison complète a lieu d'un mois à six semaines, sans cicatrice bien apparente et sans déformation. Dans le cas présenté actuellement, il s'agissait d'un kyste à parois épaisses contenant des néoformations secondaires d'origine congénitale très probablement, s'étendant très loin et ayant produit dès l'âge de onze ans de grandes déformations des os de la face. Le malade était un jeune homme de vingt ans environ. A. G.

Ablation des tumeurs malignes des fosses nasales, par L. OLLIER. (*Lyon médical, 9 décembre 1888.*)

L'éminent chirurgien de Lyon est adversaire des opérations partielles faites par les fosses nasales et très partisan de ce qu'il appelle l'ostéotomie verticale et bilatérale, c'est-à-dire de l'abaissement de l'auvent nasal et de l'élargissement latéral de l'ouverture des fosses nasales, si c'est nécessaire : de cette façon les fosses nasales et le pharynx peuvent être explorés dans toutes leurs parties et des prolongements de tumeur situés sur la lame criblée ont pu être extraits avec certitude. A. G.

Ostéome des fosses nasales, par MONTAZ. (*Gazette des hôpitaux, 6 et 14 décembre 1888.*)

Cas observé chez un homme de 52 ans ; la tumeur, paraissant avoir débuté en dedans de l'œil, saillante sous la peau de cette région, avait envahi toute la fosse nasale gauche en refoulant la cloison. Son extirpation fut facile en raison de son manque d'adhérence avec le squelette ; le malade guérit rapidement. Cette tumeur refoulait la muqueuse pituitaire sous laquelle elle s'était développée, et elle avait la forme d'un sablier dont l'étranglement correspondait à l'entrée des fosses nasales. A la suite de cette observation, l'auteur montre la rareté relative des ostéomes des fosses nasales relativement à la fréquence des ostéomes de l'orbite, et pourtant, dit-il, le point de départ est toujours du côté

des fosses nasales, mais avec tendance à proéminer soit du côté de l'orbite, soit du côté du crâne. Le refoulement de la muqueuse montrait bien que le point de départ était à la face externe du squelette des fosses nasales. Ce point de départ peut être aussi bien dans les sinus ethmoïdaux et frontaux. La structure des tumeurs démontre bien leur franche origine osseuse et non une provenance du périoste ou de la muqueuse. Quant à la différence suivant les sujets au point de vue de l'adhérence ou de la non-adhérence, l'auteur pense que l'âge n'est pas étranger à une de ces conditions; chez les jeunes gens l'ostéome est très adhérent et semble faire partie du développement ostéogénique, ce qui n'est pas le cas à l'âge du malade qui fit l'objet de la présente observation.

Kyste suppuré du sinus ethmoïdal; ostéotomie bilatérale du nez, ablation, guérison, par L. OLLIER. (*Lyon médical*, 3 mars 1889.)

Jeune homme de seize ans, malade depuis quelques années; l'œil gauche est déjeté en dehors de l'orbite, tuméfaction de la paupière supérieure et de la base du nez avec saillie et hypertrophie des os du nez et de l'apophyse montante; du pus sort d'un drain placé en dedans de l'œil et un stylet enfoncé là s'enfonce très profondément dans les fosses nasales. Ollier détache le nez et l'abaisse, puis, constatait la présence d'un kyste enflammé, plein de pus occupant les sinus ethmoïdaux et se prolongeant dans le sinus frontal et sphénoïdal. Par des résections osseuses de l'unguis et de la branche montante, le chirurgien fraye une large voie au pus, puis le nez est suturé. La guérison eut lieu en deux mois, l'exophtalmie disparut et la suppuration était tarie. La guérison est complète.

A. G.

Des polypes naso-pharyngiens, par HEURTAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 mai 1889.)

Sous forme de leçon clinique, à propos d'un malade, l'auteur, après une description anatomo-pathologique et histologique des tumeurs en question, discute le procédé opératoire, et il donne la préférence au procédé par la voie nasale analogue à celui décrit récemment devant la Société de chirurgie par Ollier.

A. G.

Un cas de polype fibreux naso-pharyngé, extirpation, guérison, par L. POISSON. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 mars 1889.)

L'auteur cite le cas d'un jeune homme de 16 ans, dont l'état général était très mauvais en raison d'épistaxis répétés. La

tumeur énorme remplissait le rétro-pharynx et une partie des fosses nasales. En raison de l'état cachectique du malade Poisson rejeta la méthode des cautérisations et de l'électrolyse, comme trop lente, et il opéra par la voie nasale sans réséquer le maxillaire supérieur, en agrandissant légèrement l'orifice des fosses nasales. La tumeur fut détachée au moyen de la rugine d'Ollier, puis on appliqua un tampon iodoformé. L'anesthésie préalable fut faite au moyen du chloral associé à la morphine et complétée par quelques inhalations de chloroforme. Le malade eut ensuite une hémorrhagie peu importante. Quelques récidives peu considérables et facilement opérables eurent lieu, et trois ans après le jeune malade était guéri. A. G.

Abcès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiés sur la question, par Luc. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, juin 1889.)

Comme l'indique le nom du travail, nous sommes en présence d'une revue sur un sujet, on peut le dire, tout à fait rajeuni par les recherches des rhinologistes modernes, et il est bien intéressant de constater les progrès immenses que la connaissance de cette affection a faits en quelques années ! Aussi n'est-ce plus dans les livres classiques de pathologie ou clinique externe, même les meilleurs, qu'il faut aller chercher la description des abcès du sinus maxillaire, qui sont loin de se révéler par la présence de signes manifestes à l'extérieur, comme on pourrait le croire en lisant les classiques. Luc attire à bon droit l'attention sur les nombreux cas à peu près latents sous ce rapport, et qu'a réussi à éclairer la rhinologie moderne. Il montre aussi la difficulté du diagnostic quand il se trouve masqué, larvé en quelque sorte, par des symptômes qui peuvent faire penser à une affection étrangère à la cause réelle. Pour le traitement l'auteur est éclectique suivant les cas, recommandant le plus souvent l'ouverture alvéolaire, mais reconnaissant parfois la nécessité et même l'efficacité de l'ouverture par les fosses nasales, surtout dans les cas récents. Il y a des cas anciens où ces diverses méthodes échouent et où une intervention par une ouverture plus large est indispensable.

En somme, revue critique et clinique très complète et par conséquent très intéressante. A. G.

Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par GÉNARD

MARCHANT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris, février 1889.*)

La tumeur, développée rapidement et causant la chute de plusieurs molaires, faisait saillie à la face, dans le sillon gingival et dans le nez. L'auteur, croyant à un sarcome, procéda à une extirpation du maxillaire. La pièce fut examinée par Albarran, dont les études sur ce genre de kyste ont fait l'objet d'un travail important lu à la Société de biologie de 1888 et dont les conclusions ont été contestées par Magitot. Le kyste était de l'espèce dentifère à épithélium périmenteux et était logé dans le sinus maxillaire. Il est constitué par deux couches, une conjonctive externe et une épithéliale interne. G. Marchant exprime, à ce propos, le regret de ne s'être pas assuré de la nature de la tumeur par une ponction exploratrice faite dans le sillon gingival, qui eût pu être suivie du curage de la cavité et du pansement avec la gaze iodoformée.

A. G.

Des opérations incomplètes de végétations adénoïdes, par Luc.

(*Union médicale, 25 mai 1889.*)

Plaidoyer en faveur de l'anesthésie par le chloroforme, préalable à l'opération, et de la cautérisation ignée après l'opération, pour détruire les derniers vestiges des végétations. A. G.

Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale, par FRANÇOIS FRANCK. (*Arch. de physiol. normale et pathol., juillet 1889.*)

Beau travail de pathologie expérimentale exécuté avec la sévérité scientifique habituelle à l'auteur. Il serait trop long d'analyser cette œuvre au point de vue de la technique que nous trouvons irréprochable; mais au point de vue de l'action de l'irritation de la muqueuse nasale sur d'autres parties du corps et du siège de cette irritation, François Franck nous donne de précieuses indications. Ainsi l'irritation de la partie postéro-inférieure de la cloison ne provoque pas de réaction générale. Voilà une conclusion peu en rapport avec des affirmations de cliniciens autorisés; enfin, les parties les plus sensibles de la muqueuse nasale, celles qui provoqueraient le plus aisément la toux, le spasme glottique, le spasme respiratoire, sont le cornet moyen (pour la toux), et pour les autres réactions les extrémités antérieures, les bords libres et, à un moindre degré, les extrémités postérieures des cornets moyen et inférieur.

La cocaïnisation de ces parties suspend les réflexes causés par l'irritation.

Les agents irritants ont été : le contact d'instruments mousses, les piqûres, les mouchetures avec le galvano-cautère, les applications de caustiques chimiques. A. G.

Troubles oculaires réflexes d'origine nasale, par A. TROUSSEAU. (*Soc. d'ophtalmologie*, séances du 2 avril, in *Bulletin médical* du 21 avril 1889.)

Citation de quelques observations intéressantes de blépharospasme à la suite de polypes du nez ou de coryza aigu; l'auteur a vu aussi des cas de migraine ophthalmique céder après l'extraction de *petits* polypes du nez; il a vu aussi disparaître une mydriase rebelle à la suite de la disparition d'ulcérations nasales. Enfin il a observé un cas d'asthénopie qui ne céda qu'après le traitement d'une affection nasale. Il cite aussi des observations : de Gruening, d'amblyopie, et de Lennox Browne, de glaucome d'origine nasale. A. G.

Affections réflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs avec sommeil hypnotique. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux du nez, par POLO. (*Gazette méd. de Nantes*, 9 septembre 1889.)

L'auteur cite deux observations très concluantes de maladies guéries l'une par la cautérisation des cornets inférieurs, l'autre par l'ablation de polypes muqueux; les malades, deux femmes, avaient l'une 19 ans, l'autre 30 ans. A. G.

Pathogénie et traitement de la fièvre des foins, par RUAULT. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, février et avril 1889.)

L'auteur étudie les diverses théories explicatives de cette maladie, celle du pollen, des microbes, la théorie arthritique et enfin la théorie nasale. Il conclut par les propositions suivantes : la fièvre des foins est une névropathie réflexe du trijumeau, d'origine nasale ou oculaire, produite par l'irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse par certaines poussières, et surtout le pollen de certaines plantes. Cette irritation mécanique ou chimique, due probablement à des microorganismes transportés sur les muqueuses par ces poussières, ne produit la fièvre des foins que chez un nombre restreint de sujets, et surtout chez les goutteux, les arthritiques, les névropathes et chez les individus atteints de rhinite hypertrophique. *Le traitement* par le galvano-caustique n'est utile que dans les cas de rhinite hypertrophique très accusée; sauf cela, la cocaïne, les actions

locales à haute dose 1/5, la pulvérisation, les antinévralgiques, et surtout l'antipyrine, enfin le traitement thermal arsénical, Bourboule ou Mont-Dore, sont les moyens préconisés par Ruault.

A. G.

Traitement de la rhinite atrophique, nouvelle méthode, par
RUAULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, avril 1889.)

1° Enlever les croûtes; 2° appliquer doucement un antiseptique puissant, le naphthol camphré fait avec le naphthol α ; 3° pulvérisations les jours suivants avec de la vaseline liquide naphtholée ou salolée au 1/10.

Même traitement pour le rhino-pharynx : inhalation de benjoin par le larynx.

A. G.

Coryza caséeux, par POTIQUET. (*Revue générale, in Gazette des hôpitaux*, 2 février 1889.)

La revue écrite dans la *Gazette des hôpitaux* ne repose pas sur des observations personnelles, c'est une critique quelquefois très vive d'une dénomination créée par S. Duplay pour la description d'un type clinique très rare. Nous reconnaissons volontiers, avec l'auteur de la Revue, que l'étiologie invoquée par Duplay est peut-être critiquable (érysipèle de la face), mais il n'en est pas moins vrai que le professeur de la Faculté de Paris n'a pas été si mal inspiré en décrivant, sous une rubrique spéciale, des cas décrits assez rarement jusqu'ici, en raison de leur petit nombre et surtout de leurs obscurités étiologiques. Duplay semble principalement avoir eu pour objectif de séparer de l'ozène ces cas d'accumulation excessive de matière caséuse dans les fosses nasales. La critique de Potiquet, très intéressante du reste, montre au lecteur la variété des origines d'une affection aussi rare et dont l'apparence symptomatique a paru être, dans quelques cas, celle d'une affection de mauvaise nature. Ainsi, ces accumulations peuvent être causées par des rhinolithes, par des polypes des fosses nasales, par des ethmoïdites, par des affections des sinus frontaux et maxillaires, par des kystes du maxillaire supérieur, enfin par des gommes syphilitiques. Ce n'est donc pas une entité morbide, c'est un symptôme d'affections variables. Nous sommes heureux, de notre côté, que le terme si critiqué de Duplay nous ait valu une étude fort intéressante.

A. G.

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par

LACOEURRET. (*Revue de laryngol. et d'otol.*, n^{os} 17, 18 et 19, 1889.)

Étude historique, critique et clinique de ces tumeurs fort rares, pour la plupart des auteurs, sauf Hopman, de Cologne. Peut-être cet auteur a-t-il pris pour papillomes des tumeurs de diverse nature, présentant à leur surface un aspect papillaire. Le siège du papillome est dans la partie respiratoire des fosses nasales, c'est-à-dire sur la cloison cartilagineuse, le plancher et les cornets inférieurs. L'étiologie de cette affection est assez obscure, l'auteur suppose que l'irritation venant de corps étrangers du dehors pourrait produire la formation de ces tumeurs. Quant à la symptomatologie, elle est celle des petites tumeurs et des hypertrophies de la muqueuse. Il serait trop long de décrire tous ces signes si connus, que l'auteur résume dans son mémoire. Le pronostic est ordinairement bénin ; il est, du reste, plus facile d'éviter dans les fosses nasales la récurrence si communément observée dans les papillomes du larynx. Quant au traitement, il est d'une grande simplicité opératoire. A. G.

Étude sur les déformations de la cloison du nez, par ROSENTHAL. (*Arch. gén. de médecine*, mai 1889.)

Dans un premier mémoire analysé dans les Annales de 1888, l'auteur a surtout étudié la pathogénie, l'anatomie pathologique et la statistique de ces affections : dans le mémoire présent, il décrit tous les procédés opératoires employés pour le traitement de ces déformations ; il fait précéder cette description d'une courte description clinique des déformations le plus fréquemment observées. Il donne la préférence au procédé de Bosworth, modifié par Chatellier, *le procédé de la scie*, dans les déviations un peu épaisses ; il accepte aussi celui de Miot, employé avec succès par notre collaborateur et ami Garel, l'électrolyse ; il préfère le redressement (Jurasz et Delstanche) quand il s'agit de courbure très prononcée de la cloison sans épaissement ; enfin, il recommande aussi le procédé de Duplay, Berger, etc., emploi du ciseau très fin et de petites gouges pour raboter la tumeur, quand l'emploi de ces instruments est aisé. A. G.

Un cas de catarrhe purulent des sinus frontaux consécutif à l'ablation de polypes, par G. LABIT. (*Annales de la polycl. de Bordeaux*, janvier 1889.)

Un malade opéré de polypes eut, à la suite, un écoulement purulent du nez qu'on reconnut être causé par un catarrhe des

sinus frontaux, qui céda rapidement à des moyens détersifs. L'auteur croit que l'opération fut la cause de ce catarrhe et de l'écoulement.

Nous lisons dans l'observation que le malade disparut pendant quelques mois après l'opération. Nous serions plutôt tenté de croire que le catarrhe purulent fut consécutif à l'absence de soins pendant ce temps.

A. G.

Kystes du pharynx, par P. RAUGÉ. (*Lyon méd.*, 15 sept., in *Bulletin méd.*, 20 octobre 1889.)

M. Raugé a consacré à cette question un très intéressant mémoire. Ces kystes dépassent rarement le volume d'une cerise ; si l'on s'en rapporte aux travaux publiés depuis quatre ans, c'est une affection relativement commune, mais qu'on ne recherche pas assez, ni sur le vivant, ni sur le cadavre.

Ces tumeurs ne sont d'ailleurs pas faciles à voir, car elles sont sessiles, parfois incluses dans la muqueuse et situées dans une région peu accessible. Les symptômes locaux ne sont autres que ceux de la pharyngite chronique et on ne peut faire le diagnostic que si on a vu ou senti le kyste avec le doigt. Mais ce qui est le plus important, c'est que ces kystes du pharynx, comme les lésions du nez, peuvent retentir au loin sur les systèmes respiratoire, digestif et nerveux, et, bien qu'en Allemagne on ait beaucoup exagéré cette notion pathogénique, elle n'en renferme pas moins une somme réelle de vérité.

Au premier rang de ces troubles sympathiques, il faut mettre l'asthme bronchique d'origine pharyngée, dont la nature est bien démontrée, par ce fait que l'ouverture d'un kyste pharyngien fait cesser, sans autre médication, des accidents de dyspnée rebelles jusque-là à tous les traitements. Dans d'autres cas, il se produit une irritation de la région aryténoïdienne et des accès de toux nerveux qui, souvent accompagnés de quelques crachats sanguinolents, venant du pharynx, d'anémie, etc., feront facilement croire à une phthisie au début. Dans une troisième forme, qu'on pourrait appeler névralgique, ce sont des symptômes douloureux irradiés plus ou moins loin, de la céphalée temporale ou périorbitaire, continue ou à accès, simulant la migraine, etc., des névralgies cervico-occipitales, parfois même intercostales.

M. Raugé étudie ensuite l'anatomie pathologique de ces kystes et, s'appuyant sur les travaux de Ganghofner et de Schwabach, repousse l'opinion qui leur fait prendre naissance dans la pré-

tendue glande de Luschka dont la description est fictive. En effet, au lieu de cette poche unique, constante, à paroi distincte, à siège précis, il faut reconnaître qu'il existe dans le pharynx une série de cryptes et de sillons, vestiges des sillons qui dans le premier âge augmentaient la tonsille pharyngée. Ces sillons sont très irréguliers et inconstants, sauf celui qui se trouve sur la ligne médiane.

Les kystes du pharynx pourront prendre naissance dans ces sillons si leurs lèvres, par un processus inflammatoire, viennent à adhérer l'une à l'autre. Ce qui le prouve, c'est l'existence de kystes dans le contenu desquels on trouve des cellules épithéliales ciliées, tapissant la surface pharyngée. Dans un autre groupe anatomo-pathologique, il faut ranger les kystes formés dans les glandes par obstruction de leur canal excréteur et dont la paroi est revêtue de cellules cylindriques non ciliées ou de cellules pavimenteuses. — Enfin, il semble aussi que parfois les kystes se forment dans la couche adénoïde par une sorte de raréfaction, de liquéfaction des corpuscules lymphatiques agglomérés.

Enfin M. Raugé signale encore une forme nouvelle : un hygroma développé aux dépens d'une bourse séreuse accidentelle, au niveau de la saillie antérieure de l'atlas.

La maladie de Tornwaldt et la bourse pharyngée, par P. RAUGÉ.
(*Bulletin médical*, 14 janvier 1889.)

Étude critique et clinique de cette nouvelle affection aussi vite découverte que contestée. L'auteur rappelle les travaux allemands et français sur la question, et après avoir rendu un juste hommage à la description clinique de ces différents auteurs, il a combattu leurs idées sur le siège de la maladie et les derniers travaux ont infirmé l'existence de la bourse pharyngée de Luschka (Schwabach et Suchanek) et l'ont remplacée par la description d'un enfoncement médian de la muqueuse. Les recherches de Raugé, cliniques et anatomiques, contestent même l'existence de ce *recessus médian*; cet auteur a constaté l'existence d'enfoncements plus ou moins nombreux de la muqueuse dans des endroits différents du rétropharynx, et il semble avoir constaté que ces enfoncements ne sont autre chose que des trajets situés dans le tissu adénoïde lui-même et qui disparaissent lorsqu'on a gratté ce tissu; le pharynx alors se montre sans enfoncement ni ombilication. En décollant le pharynx, il n'a jamais constaté l'existence de diverticules remontant en

arrière de ce conduit. Enfin, chez le vivant, après avoir gratté les croûtes et les mucosités qu'on pourrait supposer sortir d'une cavité, l'auteur n'a jamais vu de kystes ni de cavités. Les recherches anatomiques ont porté sur 17 sujets, 10 adultes, 2 enfants (2 à 4 ans), 5 fœtus à terme. A. G.

Note sur la morphologie et le traitement du mycosis pharyngien, par C. GORIS. (*Revue de laryngol., d'otol. et de rhinologie*, n° 10, 1889.)

Courte et consciencieuse étude sur cette rare affection parasitaire, dont l'étiologie est si difficile à déterminer, car tous les malades sont d'une bonne santé habituelle et le traitement assez minutieux. L'auteur a compté le nombre des cas observés, jusqu'ici ils sont au nombre de 36. Il en présente trois. Le mycosis n'affecte pas toujours la même forme : toutes les végétations sont cornées et pointues, et rassemblées en forme de grappes, comme les grains de figue, ou en forme de plaques nummulaires. Histologiquement, ce sont des leptothrix fasciculés, isolés, des cocci associés de différentes façons, des cellules épithéliales. L'auteur a rencontré même des fibres musculaires striées, ce qui semblerait prouver leur profonde migration.

Le traitement consiste en traction avec la pince et les badiageonnages antiseptiques. Goris emploie le sublimé à 1/2 0/0. La galvanocautique lui paraît indiquée quand le mycosis n'a pas pénétré profondément.

L'auteur croit que le froid est la cause principale de la maladie. A. G.

Amygdalites et angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales, par RUAULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, avril 1889.)

A la suite d'opérations faites sur les cornets inférieurs, l'auteur a vu se développer des amygdalites et angines infectieuses qu'il pense être produites par l'introduction de microbes dans le passage respiratoire : les opérations faites dans les parties supérieures des fosses nasales et à la voûte du pharynx n'ont pas, dit-il, les mêmes conséquences, en raison de ce que ces régions ne se trouvent pas sur le trajet de l'air inspiré.

A. G.

Gommes syphilitiques de l'amygdale, par JUEL RENOU. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, juin 1889.)

Mémoire étayé sur deux observations, l'une chez un homme

de 50 ans ayant contracté la syphilis quinze mois auparavant, l'autre chez un homme de 32 ans qui avait eu le chancre quelques années avant. Ce qui a frappé l'auteur est l'acuité du début des accidents qui a pu faire croire à une angine aiguë ou à un abcès; le diagnostic un moment aussi fut douteux avec la diphthérie, il ne devint vraiment évident que lorsque le bourbillon sortit et que l'ulcération prit un caractère gommeux à peu près caractéristique. Ces cas sont très rares et expliquaient bien naturellement l'embarras de Juhel-Renoy.

A. G.

Abscès chronique de l'amygdale droite, simulant un fibrome,
par NATIER. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889.)

Nous donnons ici quelques lignes de l'observation prise à la clinique du Dr Moure. « Sur l'amygdale droite point blanc châtre de la grosseur d'une cerise, très saillant, très tendu, indolore et de consistance assez dure. *Diagnostic*, fibrome! « Quelques jours après, souffrances très vives, exaspérées par le toucher. La tumeur est devenue rougeâtre à sa partie déclive, où elle fait saillie. En présence de ces signes et pour apporter un soulagement à la tension éprouvée, M. Moure se décida à toucher la tumeur avec le galvano-cautère. Le pus sort et la poche s'affaisse. » L'auteur dit que le premier diagnostic se trouva du coup rectifié.

A. G.

Du muguet chez les individus sains, par SEIFERT. (*Revue de laryngologie et d'otologie*, n° 5, 1889.)

L'auteur cite un fait observé par lui de muguet survenu sans cause connue chez un homme de 36 ans, atteint d'amygdalite aiguë. On reconnut dans l'exsudat les corpuscules d'*oidium albicans*. Ces cas, dit Seifert, sont extrêmement rares dans la littérature médicale.

A. G.

Mycose du champignon du muguet, par G. Roux et LINOSSIER. (*Lyon médical*, 3 nov. 1889.)

L'intérêt de ce travail est dans le rapprochement avec la pathologie humaine du résultat des recherches des auteurs, qui ont fait chez le lapin et le cobaye des injections de *oidium albicans* et ont constaté à la suite des lésions cérébrales et rénales, causées par la présence du parasite. Ces expériences ont encore démontré le changement de forme du parasite dans l'intérieur du corps, ce qui semble tenir, pour les auteurs, au mode d'alimentation de l'animal et à son influence sur la trans-

formation du parasite. Les résultats expérimentaux des injections d'oidium albicans ont été analogues à ceux des injections d'aspergillose.

A. G.

Adéno-chondrome du voile du palais, par PONCET. (*Gaz. des hôpitaux*, juin 1888.)

Le chirurgien de Lyon eut à peine le temps d'observer et d'étudier le malade, homme de 57 ans, qui fut trachéotomisé d'urgence dans un accès violent de dyspnée et qui succomba à la fin de cette opération. La tumeur énorme, pesant 150 grammes environ, amenait une procidence du voile et de l'occlusion des premières voies respiratoires par ce fait. L'auteur pense que la trachéotomie dans ces cas ne doit pas être différée trop longtemps, et qu'il est bon en la pratiquant de soulever le voile de façon à permettre à l'air de pénétrer dans la poitrine et au spasme glottique de disparaître et de ne pas éclater avec trop de violence. En tout cas, la trachéotomie préliminaire pourra être pratiquée dans ces cas en raison des accès de suffocation que pourrait causer la traction du voile au moment de l'extirpation de la tumeur.

A. G.

Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde, par A. PONCET, de Lyon. (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1889.)

L'opération comporte quatre temps : une incision cruciale, le décollement des parties molles, le soulèvement des parties profondes et la ligature des vaisseaux. Réunion des bords de la peau, par suture. Cette opération a été pratiquée deux fois, avec amélioration et diminution de la douleur par suite de la section des nerfs.

Thyroïdectomie partielle, par CH. AUDRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 12 oct. 1889.)

L'auteur, interne du professeur Poncet, de Lyon, est un adversaire déterminé des moyens dits anodins, tels que l'incision, le drainage ou les injections interstitielles, et s'appuyant sur le résultat constamment favorable de l'intervention chirurgicale, tant à l'étranger qu'en France, où la thyroïdectomie a été moins souvent pratiquée, il expose les règles opératoires variables suivant le siège et l'étendue de la tumeur.

A. G.

Traitement des kystes du corps thyroïde, par E. SCHWARTZ. (*Revue de chirurgie*, décembre 1888.)

Mémoire appuyé sur six observations de kystes du corps

thyroïde, dont quelques-uns avaient été traités sans succès par le traitement iodurique et les injections interstitielles; dans ces dernières circonstances l'extirpation était plus laborieuse en raison des adhérences et des hémorragies consécutives. L'auteur n'est pas partisan de la méthode des injections pour les gros kystes, mais il en reconnaît l'utilité dans les petits kystes. Enfin, l'extirpation est encore indiquée quand on se trouve en présence de kystes hématiques, en raison de l'épaisseur de leur paroi et de la difficulté qu'elles ont à s'accoler après la ponction ou les injections.

A. G.

Enorme goitre kystique à développement rapide, thyroïdectomie, guérison, par L. PICQUÉ. (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, février 1889.)

Après quelques développements consacrés aux indications de l'opération, suivant la nature et le développement des tumeurs de la glande thyroïde, l'auteur, en ce qui concerne le goitre kystique, se prononce pour la thyroïdectomie partielle, consistant à respecter les parties saines et à ne retirer que les kystes que l'on peut énucléer, avec la plus grande difficulté souvent, au moyen des doigts. Cette opération a pour résultat d'éviter la cachexie strumiprive, les lésions des gros vaisseaux et des nerfs importants de la région. Le cas décrit par l'auteur a exigé deux heures d'opération, il a bien guéri.

A. G.

Contribution à l'étude des phlegmons sous-maxillaires infectieux (angine de Ludwig), par E. SCHWARTZ. (*Société de médecine pratique*, *Bulletin* du 15 avril 1889.)

L'auteur cite deux cas d'étiologie différente, le premier, chez un alcoolique, succéda à une amygdalite; le malade succomba très rapidement; le second, consécutif à une suppuration osseuse d'origine dentaire, guérit. Chez ces deux malades, tout le tissu cellulaire sus-hyoïdien était gonflé outre mesure; la langue, soulevée par l'inflammation, était dans un état d'immobilité absolue. Dans le cas mortel, l'intervention consista en ouvertures profondes sous la langue, application du thermocautère et d'agents antiseptiques. Avec plusieurs membres de la société, Schwartz rejette la mauvaise dénomination d'angine de Ludwig, pour accepter celle de phlegmon sous-maxillaire infectieux proposée il y a trois ans par notre collaborateur P. Tissier, dans un mémoire très remarquable paru à cette époque dans le *Progrès médical*. Cette nouvelle dénomination, basée sur le siège de la

lésion, a pour cause la variété d'origine, qui est rarement angineuse.

A. G.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par CH. AUDRY. (*Bulletin médical*, 5 juin 1889.)

Audry cite un cas malheureux de traitement du goitre exophtalmique pratiqué à Lyon par le Dr Jaboulay et nécessité, paraît-il, par des accès de suffocation. Aussi, l'auteur de ce mémoire s'élève-t-il contre cette méthode de traitement du goitre exophtalmique. A ce propos, le Dr Prengruher fait suivre l'article de l'auteur de la citation d'un cas personnel dans lequel la simulation d'une opération exigée et par conséquent une sorte de suggestion déterminèrent la disparition rapide d'un goitre dû à cette origine.

A. G.

Des accidents aigus d'intoxication par la cocaïne, par LÉPINE. (*Journal des connaissances médicales pratiques* de V. Cornil, 15 juin 1889.)

Le professeur Lépine, de Lyon, a présenté dans deux numéros de ce journal le dossier de ces accidents, heureusement pas trop communs, en raison de la vulgarisation extrême de ce médicament, mais encore fréquents et surtout d'une nature assez grave. C'est chez les enfants, les nerveux et les anémiques qu'il faut redouter l'apparition de ces accidents. Ce n'est pas seulement l'injection hypodermique qu'il faut redouter, bien que ce soit le moyen le plus dangereux d'administration de la cocaïne, mais même le badigeonnage et encore la pulvérisation, conseillée si imprudemment par nombre de médecins. Il est très difficile de fixer la dose périlleuse, cela varie beaucoup suivant les sujets, ce qui rend le maniement du médicament particulièrement délicat. L'intoxication peut affecter divers degrés, depuis la sensation de refroidissement, de pâleur et troubles de la circulation, puis accélération du pouls et du cœur, jusqu'aux syncopes et les convulsions partielles et générales et au délire. Le nitrite d'amyle, le chloral, le chloroforme, l'opium, sont les moyens de traitement les plus usités. Lépine recommande aussi la prudence dans l'emploi de la cocaïne à la région de la face et de la tête.

A. G.

Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphthol camphré, par FERNET. (*Soc. de thérap.*, 27 février 1889, in *Bulletin médical*, 3 mars 1889.)

Fernet rapporte l'histoire de quelques malades atteints d'ulcé-

rations tuberculeuses de la langue, quelquefois très mal placées et se trouvant souvent chez des sujets cachectiques, qui ont été modifiées assez rapidement par l'application quotidienne, au moyen d'un pinceau, de naphтол camphré, médicament essayé pour la première fois, dans le traitement de la tuberculose osseuse, par Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Le naphтол camphré réussit chez les malades de Fernet, soignés sans succès avec l'acide lactique, et que l'emploi de la cocaïne ne pouvait calmer.

A. G.

Angine cholérique, par M. COSTE. (*Revue de médecine*, n° 10, octobre 1889.)

Cinq ans après l'épidémie de choléra de 1885, l'auteur fait connaître 10 cas de cette affection, observés à Marseille. L'angine cholérique naît au moment de la réaction, et elle se développe de la façon suivante : petites vésicules claires, puis, à la place de ces vésicules, pointillé rouge, rougeur progressive et à marche très rapide, le voile du palais est le siège de cette affection toujours bénigne, apyrétique, et qui n'a jamais été trouvée à la suite du choléra sporadique. L'auteur admet l'origine nerveuse de cette affection, dont le premier signe est, dit-il, une hypersécrétion glandulaire.

A. G.

Sur une méthode de traitement de l'angine granuleuse par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale, par RUAULT. (*Arch. de laryng. et de rhinol.*, août 1889.)

L'auteur, frappé des abus de l'ignipuncture des granulations et de la nécessité de faire ce traitement pendant longtemps et souvent sans résultat, propose, comme le titre de son mémoire l'indique, le nettoyage minutieux de la muqueuse pharyngienne et son brossage énergique avec un pinceau rude trempé dans une solution iodée au dixième ou au quinzième. Cette friction, dit-il, doit être extrêmement énergique pour amener un résultat curatif rapide. Il conserve l'ignipuncture pour le traitement des granulations volumineuses et uniques et de la pharyngite latérale hypertrophique. La muqueuse nasale doit aussi être l'objet d'une thérapeutique concomitante.

A. G.

Angine gangreneuse primitive, par E. MAURIN. (*Archives générales de médecine*, juillet 1889.)

Maladie fort rare, du moins quand elle est primitive. Le tableau tracé par l'auteur est fait d'après 10 observations recueillies par lui, dont 3 lui sont personnelles ainsi qu'à son maître, M. Vidal,

médecin de l'hôpital Saint-Louis. Dans 5 de ces observations, l'amygdale fut le siège de la maladie et les malades se rétablirent; dans 5 autres l'affection se généralisa à toute la gorge et à la muqueuse buccale, et les malades succombèrent. Le caractère remarquable de toutes ces observations, même chez les malades qui guérirent, fut la rapidité avec laquelle se produisirent des phénomènes très graves qui inspirèrent les plus grandes inquiétudes; enfin, la conséquence de la gravité de ces symptômes fut la lenteur du rétablissement des malades. L'auteur présente les caractères diagnostiques avec la diphthérie basés sur l'aspect de la membrane, différent dans les deux cas, et enfin son examen histologique. Il est encore possible, au début, de confondre cette maladie avec un chancre infectant, mais l'état général distingue facilement ces deux affections. Enfin, cherchant à établir la cause de la maladie, il la voit dans la présence d'un microbe qu'il n'a pas recherché.

A. G.

Rétrécissement fibreux de l'œsophage, traité par l'électrolyse linéaire, guérison, par J.-A. Fort. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 mars 1889, p. 307.)

Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie de médecine, à la séance du 12 mars, le malade observé et opéré par Fort. Le rétrécissement était probablement consécutif à l'ingestion d'eau sédative, deux ans auparavant; la dysphagie se montra seulement en septembre 1888, c'est-à-dire plus d'un an après cet accident. L'amaigrissement fut assez rapide, le malade pesait 114 livres au moment de l'examen après avoir pesé 146 livres. Le point rétréci siège près du cardia, à 33 centimètres des incisives. Ce rétrécissement, qui ne peut être franchi que par une bougie de 5 millimètres, a une longueur de 15 millimètres. L'œsophage n'est pas dilaté au-dessus, à 10 ou 12 centimètres plus haut il y a un autre rétrécissement en voie de formation. Avant toute opération, le malade est alimenté artificiellement pendant quelques jours, et alors les conditions d'intervention sont meilleures. Il y eut plusieurs séances. La première dura deux minutes: le pôle positif est appliqué sur le ventre; le pôle négatif, sous la forme d'une lame de platine, est appliqué sur un côté du rétrécissement. On emploie 8 éléments et une force de 10 milliampères. On constate pendant l'opération des troubles dans la sphère du nerf pneumogastrique et du nerf grand sympathique d'ordre thermique, circulatoire, et même des contractions musculaires éloignées. Au bout de deux jours, nouvelle application; la

lame de platine est plus élevée et le nombre des éléments augmente, donne une force de 30 milliampères. L'opération dure une minute et demie. Mêmes symptômes circulatoires et musculaires disparaissant après l'opération. Une troisième séance a lieu avec 15 milliampères. Les troubles de la déglutition disparaissent et le malade ingère des aliments de plus en plus volumineux. Après ces séances, on emploie la sonde pour nourrir le malade et on lave la plaie touchée par les aliments avec l'eau phéniquée. A la fin du traitement, vingt jours après le début, une sonde de 42 millimètres peut passer. Le malade avait gagné, à ce moment, 10 livres, il pesait 124 livres. L'auteur fait remarquer que pour la première fois le traitement de l'électrolyse a été appliqué au traitement du rétrécissement de l'œsophage. A. G.

Rétrécissements de l'œsophage traités avec succès par l'électrolyse linéaire, par J.-A. FORT. (*Gazette des hôpitaux*, 25 juin 1889.)

L'auteur rapporte deux nouveaux faits, un de nature fibreuse chez une femme de 47 ans, l'autre de nature probablement organique chez un homme de 46 ans; le siège du rétrécissement était en haut, à peu près au niveau de la fourchette sternale et à 18 centimètres des incisives supérieures. Le rétrécissement portait le diamètre du conduit à 9 millimètres environ. Dans les deux cas l'électrolyse fut appliquée; pour le premier cas à quatre endroits, en avant, en arrière et des deux côtés; le nombre des éléments était de 10, la force de 15 milliampères; l'application durait une minute environ; le pôle négatif était appliqué au rétrécissement. Dans les deux cas, le nombre des éléments était de 12, la force de 32 milliampères, et la durée de chaque séance, dix à quinze secondes. En quelques séances rapprochées de deux à cinq jours le rétrécissement fut franchi, l'alimentation put s'opérer et l'état général se releva sensiblement. A. G.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée avec la dilatation, par J.-A. FORT. (*Congrès français de chirurgie*, Paris 1889.)

Travail fait d'après 15 observations. L'auteur, ayant remarqué que l'instrument ne pouvait être supporté que le temps nécessaire pour produire un sillon, a combiné les courtes séances d'électrolyse avec la dilatation au moyen de bougies. A. G.

Gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par NICAISE. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 octobre 1889.)

Nicaise présente à l'appui de cette opération deux observations,

l'une pratiquée chez un homme de 75 ans qui survécut plus de cinq mois ; chez l'autre, l'opération, refusée par le malade et pratiquée trop tard, fut suivie de mort. L'auteur préfère cette opération à la sonde à demeure en raison de l'innocuité de la laparotomie et de la longue survie qui a été signalée chez quelques malades. L'estomac est facile à saisir après l'ouverture du ventre en prenant pour point de repère le lobe de Spiegel, la muqueuse doit être suturée avec soin, enfin Nicaise discute l'emplacement de l'ouverture, qui ne doit pas être trop éloignée du pylore, de manière à ne pas être trop rapprochée de l'endroit où s'accumulent les aliments, ce qui évite leur sortie. L'alimentation doit être faite avec prudence. A. G.

Cancer de l'œsophage, début avec brusque compression du nerf récurrent gauche le long de la trachée, voix bitonale, mort et autopsie, par CAUSSADE. (Arch. de laryng. et de rhinol., oct. 89.)

L'intérêt de ce cas vient surtout de l'examen du nerf récurrent comprimé, chez lequel l'auteur constate une *dégénérescence wallévienne* à peu près complète dans toute son étendue, depuis le point comprimé jusqu'à l'entrée dans le larynx. A. G.

Vices de conformation de l'œsophage, par BROSSET. (Lyon médical, 26 mai 1889.)

L'auteur étudie dans ce mémoire les imperforations de l'œsophage chez l'adulte, qu'il a observées deux fois avec autopsie. Les enfants bien constitués à la naissance ont succombé, non seulement par l'impossibilité de conserver leurs aliments rejetés très vite, mais surtout avec des accès de suffocation causés par la chute des aliments, au moment du rejet, dans les voies aériennes. A l'autopsie, Brosset a trouvé l'imperforation au niveau du larynx, très haut par conséquent, et la communication du bout terminal du conduit avec la trachée, se confondant avec ce conduit en arrière ; habituellement cette réunion se produit au niveau de l'extrémité inférieure du conduit trachéal.

Après cette description, l'auteur entreprend des recherches sur les *imperforations complètes ou incomplètes* de l'enfant et de l'adulte, dont la littérature lui a fourni un certain nombre de cas, et les divise en 6 types bien caractérisés. 1^{er} type : manque d'une partie de l'œsophage, le segment inférieur se confondant avec la trachée, tels sont ses cas. 2^e type : fissure trachéo-

œsophagienne, communication simple des deux conduits, état normal dans les parties non communicantes. 3° type : absence d'œsophage dans une partie du trajet, réunion des deux culs-de-sac par un cordon fibro-musculaire. 4° type : rétrécissements annulaires ou canalicules. 5° type : ectasies et diverticules de l'œsophage. 6° type : division de l'œsophage avec réunion à son extrémité inférieure.

Suivent ensuite des dessins noirs *en schémas* reproduisant les diverses infirmités.

Dans le numéro suivant du *Lyon médical*, l'auteur étudie les causes de ces malformations qu'il suppose, d'après les recherches embryologiques, être causées par un arrêt de développement (*lire à ce sujet la longue, intéressante et minutieuse description à laquelle il se livre*); puis il passe au traitement; il propose avec quelques autres observateurs la gastrostomie et la recherche ultérieure de deux bouts de l'œsophage et leur suture, opération double qui aurait été faite sans succès, il est vrai, par C. Steel, en 1888, et rapportée dans *The Lancet* du 20 octobre 1888.

A. G.

Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie, par A. SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 22 janvier, in Progrès médical, 2 mars 1889.*)

Parallèle très bien présenté de la contagion des deux maladies, l'une se faisant par l'air ambiant, à une courte distance seulement et s'atténuant au fur et à mesure de la marche de la maladie; l'autre se produisant surtout par les effets et les vêtements des malades, et susceptible d'y séjourner fort longtemps et de provoquer, même au bout de quelques années, l'apparition de la maladie. On comprend aisément de quel intérêt est, au point de vue prophylactique, le résultat des recherches du médecin de l'hôpital des Enfants assistés de Paris.

A. G.

Propagation de la diphtérie, par BARD. (*Lyon médical, mars 1889.*)

Dans un long et consciencieux travail, Bard étudie, à propos d'une épidémie de cette maladie, ses modes de propagation, et à la fin de son mémoire il propose les moyens prophylactiques qui suivent : 1° isolement très prolongé des convalescents, soit dans des domiciles particuliers, soit dans des asiles spéciaux; 2° isolement précoce et suffisant en assurant aux parents toutes faci-

lités d'éloigner les enfants sains et réduisant l'entourage au personnel indispensable; 3° surveillance et mise en suspicion de ceux qui peuvent être des débutants, les frères et sœurs des malades surtout; 4° surveillance spéciale des écoles pour en écarter les convalescents, les débutants et les suspects; 5° désinfection immédiate des déjections du malade et des objets souillés par les déjections; 6° observation, par les personnes de l'entourage des malades, d'une propreté rigoureuse et de précautions spéciales pour ne pas transporter au dehors les germes infectieux; 7° désinfection ultérieure de tous les objets à l'usage des malades et des locaux occupés par eux.

A. G.

Traitement de la diphthérie, par E. BOUCHUT. (*Paris médical*, 30 mars 1889.)

L'auteur propose le nom de diphthérie au lieu de diphthérie : contrairement à l'opinion de Trousseau, il a professé depuis 30 ans que la maladie commence par être locale avant d'être générale; l'appellation lui a donc toujours semblé plus logique que celle imposée par Trousseau. Du reste, les derniers travaux, surtout ceux de Roux et d'Yersin, semblent donner à cette opinion une consécration définitive. Quant à la thérapeutique locale qui en découle et qui est actuellement assez en faveur auprès du corps médical pour avoir suggéré dernièrement les traitements vigoureux de Gaucher et de Dubousquet, Laborderie, l'auteur en réclame la priorité de l'application. C'est de cette façon que, depuis fort longtemps, il procède au traitement de la diphthérie, mais sans être tombé, dit-il, dans les exagérations des fumigations nauséabondes et des frictions dangereuses. La grande notoriété de Bouchut nous commandait, dans cette analyse, d'exposer ses vues et ses justes réclamations.

A. G.

Traitement de la diphthérie, par A. CHANTEMESSE et F. WIDAL. (*Soc. de méd. publ. et d'hyg. professionnelle, in Progrès médical* du 6 juillet 1889.)

Recherches de laboratoire ayant eu pour but de trouver les liquides microbicides les plus efficaces dans cette maladie; leurs expériences leur ont indiqué comme ayant atteint ce but : le naphthol camphré, la solution Soulez (acide phénique, 5 gr.; camphre, 20 gr.; huile d'olive, 25 gr.), et une troisième solution dans laquelle la glycérine remplacerait l'huile d'olive.)

A. G.

Traitement de la diphthérie, par J. SIMON. (*Bulletin médical*,
7 avril 1889.)

L'auteur entre en matière par l'énumération des médicaments dangereux et qu'il recommande de ne pas employer ; ce sont les préparations mercurielles, le chlorate de potasse à haute dose, le bicarbonate de soude, les vomitifs, les purgatifs, l'opium même à doses faibles, enfin les vésicatoires.

Le traitement doit être prophylactique avant tout, il faut surveiller avec beaucoup de soin la muqueuse de la gorge, de l'arrière-gorge et des fosses nasales, ainsi que les causes de refroidissement.

Le traitement local, en raison des récents travaux bactériologiques de Roux et Yersin, doit jouer un rôle capital, sous forme de badigeonnages, d'irrigations, de gargarisations et de pulvérisations.

Badigeonnage : employer le coton hydrophyle au bout d'une pince à forcipressure et essuyer les surfaces ; puis, avec un autre coton, imprégner d'une solution salicylée ainsi composée : acide salicylique, 0,50 à 1 gr. ; alcool, q. s. ; glycérine, 40 gr. ; infusion d'eucalyptus, 60 gr. Badigeonner toutes les heures le jour et toutes les trois heures la nuit.

Si les fausses membranes sont très adhérentes, toucher deux à trois fois par jour avec : perchlorure de fer et glycérine, à 10 gr. Il ne faut pas trop imbiber le coton de ce mélange.

Après le badigeonnage, faire une *irrigation* avec de l'eau de chaux médicinale, de l'eau boriquée au centième ou de l'eau phéniquée au centième ; l'emploi de cette dernière est plus dangereux chez les enfants. Les irrigations doivent être tièdes et assez abondantes. Les irrigations sont vite acceptées par les enfants.

La *gargarisation* se fera avec les mêmes substances que les irrigations.

La pulvérisation aura lieu avec de la vapeur de solutions résineuses, eucalyptus par exemple.

Pour la *diphthérie nasale*, J. Simon emploie des irrigations d'eau de noyer boriquée et la pommade suivante : soufre sublimé, 4 gr. ; axonge, 30 gr.

Pour la *diphthérie labiale*, des cautérisations quotidiennes avec le nitrate d'argent.

Sur les joues, la peau, l'iodoforme.

Contre l'engorgement ganglionnaire douloureux, une cravate

ouatée sur laquelle on applique la pommade suivante : extrait belladonné, 2 gr.; iod. de potassium, 1 gr.; axonge, 30 gr. Ne jamais employer dans ces cas l'onguent napolitain.

La chambre du malade doit être spacieuse, aérée facilement ; on supprimera les tentures et rideaux de lit ; la température sera de 15 à 16° et la chambre devra toujours être remplie de vapeurs de goudron et d'eucalyptus arrivant facilement au malade.

Pour compléter ce traitement, l'auteur recommande les toniques et l'alimentation que peut supporter le malade, l'emploi à l'intérieur du perchlorure de fer à la dose de 12 à 20 gouttes, quand l'enfant est jeune, et plus tard du cubèbe et du copahu à dose égale de 5 à 10 gr. par jour.

L'auteur termine ensuite par quelques considérations sur la trachéotomie.

Telle est, résumée aussi brièvement que possible, la thérapeutique adoptée par un des praticiens les plus autorisés en pathologie infantile.

A. G.

Études sur la diphthérie, par E. Roux et Yersin. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1889.)

Dans ces nouvelles études, les auteurs complètent les recherches qui n'avaient pu trouver place dans leur premier travail analysé dans les *Annales*, etc.

Il s'agit ici de quelques propriétés du poison diphthéritique et de l'influence des acides ou alcalins sur l'action de ce poison : les alcalins développent sa force, les acides l'atténuent. Les auteurs montrent aussi l'analogie qui existe en quelques points entre les diastases et le poison diphthéritique, et qui, comme la diastase, peut subir de grandes modifications sous l'influence de la chaleur ; mais il ne perd pas absolument ses propriétés nocives, seulement elles se montrent à bien plus lointaine échéance. De même que les diastases, le poison diphthéritique est susceptible de s'altérer sous l'action des rayons solaires.

L'atténuation du virus par les acides peut devenir la base d'actions thérapeutiques.

Enfin, la facilité avec laquelle un virus même très atténué peut retrouver sa virulence chez des animaux au bout d'un certain temps montre l'importance de la destruction rapide des fausses membranes, même dans les cas les plus bénins en apparence, pour empêcher l'intoxication qui pourrait être contractive à un séjour prolongé au contact des tissus.

A. G.

Des tumeurs gazeuses du cou (aérocèles, laryngocèles, bronchocèles, trachéocèles des auteurs), par L.-H. PETIT. (*Revue de chirurgie*, n^o de février, mars, mai, juin 1889.)

Le Dr L.-H. Petit, bibliothécaire de la Faculté de médecine, a écrit sur ce sujet un mémoire très important, et qui ne contient pas moins de quatre gros articles dans chacun des numéros précités de la *Revue de chirurgie*.

Le premier article est consacré à l'historique, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Le deuxième article embrasse la pathogénie et la critique de toutes les théories explicatives. Pathogénie : *Lésions congénitales chez les enfants nouveau-nés* (qui ne peuvent être les fistules bronchiales qui ne s'ouvrent pas dans les voies respiratoires); *efforts des accouchées*, lésions pathologiques, variables (dilatation des glandes muqueuses; hernie de la muqueuse; perforations d'orifices tuberculeux, cancéreux, syphilitiques; abcès rétro-pharyngiens; abcès du cou; traumatisme; ectasie paralytique de la trachée, *un cas*; communication entre la trachée et des cavités de la glande thyroïde).

Pour qu'un aérocèle se produise il faut, dit l'auteur, que la trachée soit toujours altérée par une des causes que nous venons de dire; car les efforts, qui sont une cause efficiente assez fréquente, seraient impuissants pour le produire sans cela. Et c'est le plus souvent à la région membraneuse que se produit la rupture.

Dans le troisième article nous trouvons l'anatomie pathologique et la symptomatologie. *Anatomie pathologique* : l'auteur nous décrit la dilatation de la trachée, les kystes et les dilatactions partielles, sacciformes, en forme de diverticulum; mais ce ne sont que les débuts; quant au mode de formation du sac dans la région cervicale, on en est réduit aux hypothèses. *Symptomatologie*. Le *siège* est très variable : au milieu, sur les côtés, en bas et quelquefois en haut, la *forme* est arrondie, plurilobée; la peau est à peu près normale, le volume varie suivant le temps de la respiration, plus grande dans l'expiration, pouvant diminuer sensiblement, quelquefois disparaître dans l'inspiration; quant à la percussion, la sonorité est variable, mais le plus souvent elle est masquée par les tissus qui sont superposés. La tumeur est peu mobile et quelquefois réductible.

La phonation, la respiration et la déglutition sont troublées, suivant les rapports de la tumeur avec les organes voisins.

L'examen laryngoscopique montre quelquefois des paralysies ou des parésies glottiques du côté de la tumeur.

Certains malades ont quelquefois des troubles cérébraux si l'affection est volumineuse.

Ces tumeurs peuvent durer un temps variable, et qui dépend des endroits où elles se développent, et de la rapidité ou de la lenteur de l'intervention thérapeutique. Ce sont les causes de l'aérocèle qui peuvent tuer le malade plutôt que la complication qui se produit.

Dans le dernier article, l'auteur étudie le diagnostic et le traitement. Le diagnostic est habituellement facile quand la tumeur varie suivant l'inspiration et l'expiration; il devient moins facile quand l'aérocèle se développe dans une tumeur préexistante ou quand il coïncide avec l'existence d'une autre affection. Quelquefois on a pu prendre pour une tumeur gazeuse une tumeur réductible d'une autre nature. L'emphysème n'a pas la même forme que l'aérocèle. Quant à la cause, un examen attentif permettra de la reconnaître parmi celles citées plus haut. La ponction pourra être utile.

Le pronostic varie suivant la cause et la durée de la tumeur.

Quant au traitement, la compression sera le plus souvent le seul mode de thérapeutique.

Ce mémoire a été fait d'après toutes les observations connues, au nombre d'environ quarante, et presque toutes ces observations ont servi à l'auteur dans le cours de son travail, toutes ont été insérées suivant les besoins de la démonstration.

A. G.

Papillome fibreux de la langue, par VINCENT. (*Soc. de méd. de Lyon, in Lyon médical*, 27 janvier 1889.)

Enfant nouveau-né présentant à l'examen *deux langues*, dont l'une plus courte superposée à la langue normale. Cette tumeur, que l'auteur considère comme un papillome, est plus épaisse que la langue, et elle est greffée sur celle-ci à la faveur d'un champignon largement pédiculé; elle est aussi plus dure que le tissu lingual. Cette tumeur, qu'Ollier considère comme exceptionnelle par sa dimension, sera opérée par l'auteur.

A. G.

Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue avec autopsie, par P.-D. KOCH et PIERRE MARIE. (*Revue de médecine*, janvier 1888.)

Un mois après la publication dans ce recueil du mémoire inté-

ressant de R. Leudet sur l'hémiatrophie de la langue, à propos d'un cas observé dans notre service à l'hôpital Lariboisière, parut le travail de Koch et Marie. L'autopsie de la malade de ces observateurs, laquelle fut suivie pendant longtemps à la Salpêtrière, et dont l'histoire fut rapportée dans le mémoire de G. Ballet, montra des lésions considérables du noyau de l'hypoglosse. Les auteurs rassemblant les diverses observations de cette rare affection, sauf la nôtre, qu'ils n'ont pu connaître, leur mémoire et celui de Leudet étant à peu près simultanés, ont émis de justes doutes sur la nature tabétique constante de cette affection, que l'on avait supposée jusque-là. Ils sont arrivés, par l'appréciation de chaque observation publiée, à montrer que la syphilis et la paralysie générale pouvaient être les origines de l'hémiatrophie de la langue.

Ils ont aussi montré la fréquence de la coïncidence de l'atrophie linguale avec la paralysie laryngée du même côté; mais pour expliquer cette coïncidence, ils n'ont plus pensé qu'il était toujours nécessaire de supposer l'envahissement du noyau du spinal, l'altération du noyau de l'hypoglosse leur paraissant devoir atteindre le même but. Toutefois dans une, au moins, des observations qu'ils citent, le noyau du spinal semblait être atteint. Quant à l'étiologie syphilitique, elle est indubitable, et si notre observation eût pu leur être connue, au moment de la publication de leur mémoire, elle leur eût montré la coïncidence indubitable de syphilis tertiaire de la bouche et peut-être du nez.

En somme, cette affection assez rare de l'hémiatrophie de la langue reconnaît une étiologie variable, ce qui résulte du mémoire que j'analyse et de celui de Leudet.

A. G.

NOUVELLES

Le comité du 4^e Congrès international d'otologie de Bruxelles s'est réuni le 3 novembre et a approuvé la présentation des comptes faite par M. le D^r Goris.

Étaient présents : MM. Delstanche, Capart, Bayer, Laroche, Schiffers, Eeman et Goris.

Sur la proposition de M. Delstanche, il a en outre été décidé de constituer des réunions des otologistes et laryngologistes belges, dont la première se tiendra chez M. Delstanche, le dimanche de la Pentecôte, à quatre heures, et auxquelles seront invités les spécialistes de la Hollande, du nord de la France et du grand-duché de Luxembourg.

Celles-ci ont pour but de resserrer les liens confraternels entre ceux qui s'occupent de l'étude des maladies de l'oreille et du larynx, et elles seraient l'occasion de la présentation d'observations intéressantes, d'idées particulières, de pièces anatomiques et d'instruments.

Le 7 décembre, un banquet a été offert par la même commission à M. Delstanche, qui avait présidé le Congrès d'une façon remarquable.

Le Secrétaire,

D^r O. LAURENT.

Dixième Congrès médical international de Berlin en 1890.

Statuts et programmes.

Art. 1. Le dixième congrès médical international s'ouvrira à Berlin le lundi 4 août 1890 et sera clos le samedi soir 9 août.

Art. 2. Sont admis à prendre part aux travaux du congrès les médecins diplômés qui, s'étant fait inscrire comme membres, auront retiré leurs cartes. D'autres personnes, non docteurs en

médecine, que les travaux du congrès intéressent, pourront être admises comme membres extraordinaires.

La cotisation des membres est fixée à 20 marks payables au moment de l'inscription. Elle donne droit à un exemplaire des travaux du congrès, qui sera adressé à chaque membre aussitôt après sa publication. Les inscriptions se feront à l'ouverture du congrès. Toutefois les membres qui désirent se faire inscrire avant pourront faire parvenir au trésorier le montant de la cotisation en y joignant leurs noms et leur adresse exacte.

Art. 3. Le but du congrès est exclusivement scientifique.

Art. 4. Le congrès comprendra 18 sections. Chaque membre voudra bien, en s'inscrivant, désigner la section ou les sections dont il désire faire partie.

Art. 5. A la séance d'ouverture, le comité d'organisation procédera à l'élection du bureau définitif, qui comprendra un président, trois vice-présidents et un nombre indéterminé de présidents d'honneur et de secrétaires.

Chaque section, en organisant ses séances, élira un président et un nombre suffisant de présidents d'honneur qui dirigeront alternativement les travaux. A cause des différentes langues, un certain nombre de secrétaires seront choisis parmi les membres étrangers. Leurs fonctions sont limitées à la session du congrès.

Après la clôture du congrès, la publication des travaux sera l'objet des soins d'un comité de rédaction tout spécial à désigner par le président.

Art. 6. Le congrès se réunit tous les jours, soit pour des séances générales, soit pour les travaux des sections.

Les séances générales ont lieu de 11 à 2 heures ; il y en aura trois.

L'heure des séances des sections est fixée par les sections elles-mêmes; cependant il est entendu qu'aucune séance de section ne sera fixée aux heures réservées pour les séances générales. Des séances en commun de deux ou plusieurs sections peuvent avoir lieu, pourvu que le bureau du congrès puisse mettre à leur disposition les salles nécessaires.

Art. 7. Les séances générales ont pour objet :

- a) Tout ce qui concerne le congrès en général et son travail ;
- b) Les discours et communications qui présentent un intérêt général.

Art. 8. Les orateurs chargés de prononcer les discours aux

séances générales ainsi qu'aux séances extraordinaires à fixer ultérieurement sont désignés par le comité d'organisation.

Les propositions qui concernent le congrès doivent être adressées au comité d'organisation avant le 1^{er} juillet 1890. Le comité décidera s'il convient de mettre ces propositions à l'ordre du jour.

Art. 9. Dans les séances des sections on discute les questions et les matières présentées par le comité d'organisation de la section. Le travail des rapporteurs choisis par le comité, ainsi que les autres communications et propositions inscrites concernant le sujet traité, servent de base à la discussion. Si le temps le permet, d'autres communications et d'autres sujets proposés par des membres et acceptés par le comité de la section peuvent aussi être discutés. Le bureau de chaque section décide de l'acceptation de semblables communications et de l'ordre dans lequel elles doivent être discutées, lorsque cela n'a pas été décidé en séance par la section elle-même.

Art. 10. Les orateurs chargés d'ouvrir la discussion dans les sections auront vingt minutes pour faire leurs discours; dans le cours de la discussion on ne pourra dépasser dix minutes.

Art. 11. Les manuscrits des discours et communications, tant pour les séances générales que pour celles des sections, doivent être remis aux secrétaires avant la fin de chaque séance. Le comité de rédaction décidera si ces manuscrits doivent être publiés dans le compte rendu des travaux du congrès, et dans quelles limites.

Les membres qui ont pris part aux discussions sont priés de remettre aux secrétaires, avant la fin de chaque séance, une note écrite des observations qu'ils auront faites au cours de la séance.

Art. 12. Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le français.

Les statuts, programme et ordres du jour seront imprimés dans les trois langues.

Toutefois les membres seront autorisés à se servir d'une autre langue, mais pour de très courtes observations seulement, et s'il se trouve dans l'assemblée un membre qui se charge de reproduire ces observations dans une des langues officielles.

Art. 13. Les présidents des séances dirigeront les travaux d'après les règles parlementaires en usage dans les assemblées.

Art. 14. Les étudiants en médecine, ainsi que d'autres per-

sonnes des deux sexes, qui, sans être docteurs en médecine, s'intéresseraient aux travaux de l'une ou de l'autre séance pourront être invités ou autorisés par le président à assister à la séance, mais comme auditeurs seulement.

Art. 15. Les communications et les demandes qui concernent les affaires de chaque section doivent être adressées aux présidents des sections. Toutes les autres demandes et communications regardent le secrétaire général, Dr Lassar, Berlin NW., 19 Karlstrasse.

Nous donnons ci-dessous les listes des membres des comités d'organisation qui intéressent les lecteurs des *Annales*.

Otiatrie. — MM. Bezold, Munich; Burkner, Göttingen; Kirchner, Würzburg; Kuhn, Strasbourg; Kessel, Iéna; Lucae, Berlin W, Lutzowplatz; Magnus, Königsberg; Moos, Heidelberg; Trautmann, Berlin.

Laryngologie et rhinologie. — MM. Beschorner, Dresde; B. Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12; Gottstein, Breslau; A. Hartmann, Berlin; Jurasz, Heidelberg; H. Krause, Berlin; Michael, Hambourg; Schech, Munich; M. Schmidt, Francfort-s.-M.

Prix Leval.

Le Dr V. Grazzi, de Florence, nous prie de faire savoir que son nom doit figurer sur la liste des membres du jury de ce prix, en sa qualité de président du Congrès d'otologie de Florence de septembre 1892.

Le Dr A. von Troeltsch, de Wurzburg, le doyen de l'otologie allemande, vient de mourir dans un âge avancé; nous avons lu cette nouvelle dans le journal le *Temps* du 13 janvier 1890.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et dinstase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1861. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Chirurgie antiseptique auriculaire et ophthalmique, par A. BRONNER (Extrait du *British med. Journ.*, 23 février 1889).

Du traitement local des otites moyennes non suppurées, par A. BRONNER (Extrait du *Provincial med. Journ.*, 1^{er} juin 1889).

Pseudo-hay fever, symptômes et traitement, par A. BRONNER (Extrait de *The Lancet*, 13 juillet 1889).

Des affections de l'apophyse mastoïde et des opérations pratiquées sur celle-ci, par A. BRONNER (Extrait de *The med. Press and Circular*, 31 juillet 1889).

The satellite of the Annual of the Universal medical sciences, par Ch.-E. SAJOUS (F.-A. Davis, éditeur, Philadelphie, novembre 1889).

Atrophie des nerfs de l'oreille interne, par J. HABERMANN (Tirage à part du *Zeits. f. Heilk.*, Prague, 1889).

Compte rendu des travaux et de la situation de la société médico-chirurgicale de Liège, par F. SCHIFFERS (Impr. Vaillant Carmanne, Liège, 1889).

Compte rendu de l'année scolaire 1888-89 (8^e année d'enseignement du prof. Massei à l'Université de Naples), par A. TRIFILETTI (Tipog. dell' Unione, Naples, 1889).

Leçons cliniques sur les affections des premières voies respiratoires professées à l'hôpital clinique de Jésus et Marie (année scolaire 1888-89), par le prof. F. Massei, recueillies par S. MARANO (Un volume de 312 pages avec 14 figures, tipog. Jovane, Salerne, 1889).

Comptes rendus et mémoires du congrès international d'otologie et laryngologie tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889, publiés par A. CARTAZ (Un volume de 450 pages, Paris, 1889).

Physiologie de la trachée et des bronches. Déductions pathogéniques et pathologiques, par NICAISE (Extrait de la *Revue de médecine*, n° de novembre 1889).

Comptes rendus de la société d'otologie américaine, 22^e réunion annuelle tenue à Pequot House New London, com. le 16 juillet 1889 (Mercury publishing Company, éditeurs, New-Bedford, march. 1889).

Casistique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. HARTMANN (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 50, 1889).

De l'empyème de l'antre d'Highmore, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 48 et 49, 1889).

De la localisation de l'angine phlegmoneuse, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 43, 1889).

Deux cas de tumeurs du pharynx, par W. CHEATHAM (*The Amer. pract. and News*, décembre 1889).

Contribution à l'étude de l'emploi du naphтол camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par L. DUMONT (Impr. Jouve, Paris, 1889).

Le Gerant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

DES TROUBLES ET DES LÉSIONS DE L'OREILLE
DANS L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DE 1889-1890.

Par **J. GLOVER**, interne provisoire des hôpitaux de Paris (clinique de laryngologie de l'hôpital Lariboisière.

Nous avons eu l'occasion d'observer pendant l'épidémie de grippe actuelle un certain nombre d'otites à caractères assez particuliers pour que nous nous permettions d'ajouter quelques réflexions aux nombreuses publications sur la grippe parues récemment, depuis le dernier numéro des *Annales*.

Les cas dont nous voulons parler ont été observés sur des malades chez lesquels la grippe se présenta avec une prédominance marquée des phénomènes catarrhaux, du côté des muqueuses rhino-pharyngo-laryngiennes.

Presque tous nos cas sont représentés par des otites moyennes, aiguës, graves, puisque, sauf chez deux sujets, la suppuration n'a pas tardé à s'établir, et consécutivement à cette suppuration de l'oreille moyenne se sont présentées des complications importantes. C'est, du reste, disons-le de suite, sur ce caractère spécial de gravité particulière des otites de la grippe observées par nous que nous voulons insister. Est-ce une coïncidence, ou le hasard, qui nous a permis d'avoir sous les yeux en peu de temps plusieurs otites graves réunies ; toujours est-il que ces faits viennent un peu à l'encontre des descriptions que l'on donne des otites de la grippe qui ont paru être d'ordinaire plutôt bénignes. Malheureusement nos malades, qui appartiennent pour

le plus grand nombre à la consultation externe, n'ont pu être suivis pendant l'évolution de leur maladie au début : beaucoup se sont présentés à nous déjà porteurs de lésions avancées et de troubles fonctionnels prononcés. Toutefois quelques-uns sont entrés dans les salles, et un petit nombre ont été envoyés à la consultation, venant d'autres services de l'hôpital où ils étaient en observation. Du reste, les événements morbides antérieurs à leur arrivée à l'hôpital et signalés par eux ne font aucun doute, comme on pourra le voir, sur le diagnostic rétrospectif de grippe que nous avons dû porter pour expliquer ces otites aiguës chez des malades n'ayant présenté jusque-là aucune affection d'oreille, et se trouvant encore sous le coup des accidents inflammatoires rhino-pharyngiens d'une grippe qui existait encore quelques jours seulement avant le moment de notre observation.

Nos malades sont tous des adultes.

Nous avons un plus grand nombre de cas chez la femme que chez l'homme.

Quant à l'époque de l'épidémie où les accidents auriculaires de la grippe semblent s'être montrés avec une prédominance évidente, si nous n'avons en vue que les malades qui ont passé sous nos yeux, elle est marquée par les derniers jours de décembre et le commencement de janvier, c'est-à-dire au moment à peu près exact où l'épidémie de grippe fut à son déclin.

Cependant encore aujourd'hui de nouveaux malades se présentent à l'hôpital, mais moins nombreux.

Le début des accidents auriculaires est distant du début même de la grippe de 5 à 10 jours, et l'otite s'est produite de 3 à 5 jours environ après les symptômes rhino-pharyngiens.

La grippe dont ils ont été atteints a été légère, presque bénigne, mais avec un catarrhe rhino-pharyngien très accentué. Tous nos malades ont eu un violent coryza, de la dysphagie, un peu de dysphonie, en même temps de l'aphonie, et ont toussé ; de la fièvre au point de s'aliter, ou au moins de cesser tout travail et de garder la chambre pendant quelques jours, la courbature, la céphalalgie, la perte d'appétit ont complété le tableau de la maladie.

Nous ajouterons une remarque à laquelle nous pensons qu'il doit être attaché une certaine importance. Dans quelques observations sont signalés des accidents antérieurs datant même quelquefois de plusieurs années, du côté du rhino-pharynx ou du pharynx buccal.

Ce sont ou des polypes du nez dont on a fait autrefois l'ablation, ou des hypertrophies des amygdales chez des sujets strumeux, prédisposés, par conséquent, à des angines à répétition et chez lesquels on a dû antérieurement extraire à plusieurs reprises des végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou encore des angines granuleuses et des pharyngites chroniques chez des arthritiques.

Doit-on essayer de voir dans ces faits une explication peut-être de la gravité particulière des otites aiguës de la grippe chez des malades dont les cavités rhino-pharyngiennes paraissent constituer un lieu de moindre résistance par le fait d'un passé pathologique, puisqu'on admet généralement dans une fièvre infectieuse qu'une localisation morbide fixe plutôt son lieu d'élection sur un organe antérieurement malade de préférence à d'autres, pour s'y développer avec toute son activité? Nous avons cru ne pas devoir négliger de noter ce point particulier dans les observations.

Une autre remarque est la suivante: quelques-uns de nos malades atteints d'otites ont eu, quelques jours avant, de la dysphonie, ou même de l'aphonie. Nous n'avons pas eu l'occasion chez eux de faire un examen laryngoscopique, puisque les malades ne se sont présentés qu'ultérieurement pour leurs otites; mais puisque nous avons pu observer des ulcérations catarrhales du larynx chez des individus atteints une dizaine de jours auparavant, de la grippe, la dysphonie de nos malades atteints d'otites ne peut-elle pas être regardée comme la conséquence d'ulcérations catarrhales, suite de la grippe, au même titre que l'otite.

La marche des otites que nous avons eues en observation a été relativement rapide. Après une première période où l'intensité des phénomènes douloureux fut souvent excessive, avec troubles de l'acuité auditive, au moment où les signes objectifs n'étaient représentés que par un peu de rou-

geur du cercle tympanal et le long du manche du marteau et par du catarrhe de la trompe, on voyait survenir bientôt l'opacité du tympan, son immobilisation par l'accumulation de liquide dans la caisse. Le tympan, bombé, se perforait spontanément, dix jours environ à peine après le début de l'otite, et une otorrhée abondante s'établissait. Le malade était soulagé, mais l'oreille moyenne était en bien mauvais état, L'indication d'une paracentèse du tympan put être reconnue parfois, et celle-ci, pratiquée heureusement chez les malades qui se présentèrent à temps, enrayait ainsi le cours des lésions destructives. Mais beaucoup de nos malades ne vinrent à la consultation qu'une fois la perforation constituée. Chez deux femmes, les accidents ne se limitèrent pas là ; chez l'une, il y eut un certain degré de mastoïdite ; chez l'autre, la caisse fut évacuée, les osselets s'éliminèrent ou tout au moins se déplacèrent au point qu'elle n'apparaît plus aujourd'hui que sous l'aspect d'une cavité rougeâtre, anfractueuse. Ces dernières malades sont celles qui se présentèrent à l'hôpital à une époque déjà très avancée de leur affection.

Tous nos malades sont encore en traitement. Toutefois, on peut déjà prévoir que le pronostic de ces cas réunis peut-être par le hasard, nous le répétons, dans le service est relativement grave. Beaucoup d'entre eux, en effet, malgré un traitement local minutieux, conserveront, il est probable, des troubles auditifs prononcés et une susceptibilité possible à de nouvelles poussées d'otite. — Le traitement a été le suivant : chez les malades qui nous arrivaient avec un peu d'angine, ou quelquefois même avec une simple rougeur de la gorge, nous recommandions des irrigations du rhinopharynx avec la solution boricuée à 3 0/0 au moyen de l'appareil à siphon, irrigations répétées chaque jour, matin et soir. La plupart ne présentaient plus que les accidents auriculaires. Dans nos cas d'otites moyennes aiguës, non suppuratives, nous employâmes les lavages tièdes, émoullients et narcotiques du conduit auditif, des sangsues sur l'apophyse mastoïde. Les saignées locales, disons-le de suite, sont toujours restées sans résultat.

Lorsque les douleurs étaient vives, le tympan bombé, et

que l'exploration de la trompe par les procédés de Taynbec ou de Valsalva nous indiquait la présence du liquide dans la caisse, nous avons pratiqué la paracentèse sous-ombilicale avec l'aiguille à cataracte, après anesthésie, avec la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/5. La petite opération était suivie de lavages boriqués, qui évacuaient le pus, et d'un pansement du conduit auditif avec un tampon d'ouate imbibé de naphtol camphré (1 partie de naphtol pour 3 de camphre).

Quand les malades se présentaient avec une perforation du tympan et de l'otorrhée, une oblitération plus ou moins marquée de la trompe et une surdité presque absolue, nous avons fait chaque jour des lavages boriqués à deux ou trois reprises; tous les deux jours, un pansement au naphtol camphré du conduit et de la caisse, s'il était possible, avec le stylet entouré d'ouate à son extrémité; enfin, tous les deux jours, on pratiquait en outre le cathétérisme de la trompe d'Eustache, accompagné de quelques douches d'air, ou tout au moins de douches aériennes administrées par le procédé de Politzer. Faisons remarquer, à propos des pansements au naphtol camphré, que, dès les premiers pansements, nous parvenions à tarir l'écoulement et à obtenir une aseptie relative de la caisse. Le fait a, du reste, été mis en évidence dans la récente thèse de M. le Dr Dumont, externe du service, sur l'emploi du naphtol camphré dans le traitement des otites suppurées.

Nous donnerons ultérieurement le résultat d'examens bactériologiques que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Netter, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu nous permettre d'avoir recours à sa haute compétence sur la pathogénèse des otites moyennes aiguës, et que nous remercions ici.

OBSERVATIONS.

CAS D'OTITES MOYENNES AIGUES NON SUPPURATIVES.

1^{re} OBSERVATION. — *Grippe. Otites moyennes aiguës.* — Auguste Vlon..., 32 ans, emballer, aucun antécédant particulier.

Alcoolisme, angine intense il y a deux semaines, céphalalgie, perte d'appétit, fatigue générale, cesse de travailler pendant cinq jours. Laryngite catarrhale, datant de dix jours, existe encore aujourd'hui.

27 décembre. — *Oreille. Acuité auditive.* — *A droite, normale. A gauche, diapason (la) perçu à 20 centimètres.*

Examen au spéculum. — *A droite, légère teinte rosée le long du manche du marteau. Tympan mobile, teinte normale. A gauche, rougeur intense de toute la région sus-ombilicale et filet écarlate sur le manche, apophyse externe apparaît comme un point rosé au milieu de la rougeur.*

Exploration de la trompe. — *A droite, rien d'anormal. A gauche, catarrhe léger.*

Douleurs, bourdonnements d'oreille. Lavages à l'eau de pavot et de guimauve. Sangsues derrière l'oreille.

3 janvier. — La rougeur à droite est moins vive. Audition diminuée. A gauche, catarrhe de la trompe du même côté. Cathétérisme de la trompe et douches d'air.

12 janvier. — Audition diminuée à gauche. Massage du tympan au raréfacteur. Cathétérisme de la trompe tous les deux jours. Observation suivie.

2^e OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë droite.* — Lancelot (Léon), 27 ans, employé de commerce, polypes nasaux opérés à plusieurs reprises il y a deux ans, et plus récemment il y a sept mois. Il y a huit jours, fièvre, courbature, maux de tête, perte d'appétit, angine érythémateuse. Depuis quatre jours douleurs, battements dans l'oreille droite, surdité de ce côté. La douleur est assez vive pour empêcher le malade de dormir.

17 décembre. — *Oreille. Audition. A droite, nulle pour la montre, perçoit à peine le diapason à 5 centimètres.*

Spéculum. — *A droite, myringite extrêmement intense; toute la région sus-ombilicale est rouge écarlate. Le tympan présente une concavité exagérée. Le manche est très court et l'apophyse saillante. Immobilité partielle du tympan. Triangle lumineux déformé. Tympan terne à sa portion sous-ombilicale.*

Trompes. — Oblitération presque complète, même en explorant par le cathétérisme avec douches d'air. *A droite, un petit furoncle de la paroi inférieure du conduit. Traitement: pansement du conduit au menthol, lavages émollients. Une pilule d'opium le soir. Irrigations nasales.*

22 décembre. — Audition un peu plus nette à droite. Douleurs ont disparu. Viendra se faire cathétériser à la consultation.

CAS D'OTITES MOYENNES AIGUES SUPPURATIVES.

3^e OBSERVATION. — Grippe. Angine tensillaire. Otites moyennes aiguës doubles suppurées. Arthritismes. — Rochoux (Julie); 40 ans, sans profession. Mère morte à 37 ans, rhumatisante.

Antécédents personnels. — Pneumonie il y a huit mois. Coliques hépatiques. Sujette aux angines granuleuses. Grosses amygdales. Le 2 décembre est atteinte de grippe avec fièvre, courbature, perte d'appétit, anéantissement général, s'alite. Angine, bronchite trois jours après.

10 décembre. — Otorrhagie légère à gauche et otorrhée d'une durée de quinze jours.

8 janvier. — Etat actuel. Traces de granulations sur la paroi pharyngée postérieure et le sommet des piliers postérieurs du voile du palais. Pas de rhinite. Rien au larynx. Rien aux autres organes.

Oreille. Audition. — A gauche, diapason perçu à 5 centimètres. A droite, perçu à 10 centimètres.

Spéculum. — A gauche, destruction presque complète du tympan. Il n'existe plus que des débris irréguliers de la membrane à la périphérie, de véritables caroncules flottantes. La caisse est rosée, recouverte quant à sa paroi vestibulaire, des muco-pus, qui s'écoule par le conduit. Pas de trace des osselets qui ont dû être éliminés. A droite, destruction complète du tympan, catarrhe purulent de la caisse.

Trompes. Catarrhe prononcé des deux côtés.

Traitement. Irrigations nasales avec la solution boriquée; lavages boriqués des oreilles; pansements au naphthol camphré, cathétérisme des trompes et douches d'air tous les deux jours.

15 janvier. — Entend mieux à gauche. Les vibrations du diapason transmises par les parois crâniennes sont mieux perçues à droite. Plus d'otorrhée.

Continuation du traitement.

Nous résumerons les trois cas suivants, qui se ressemblent en beaucoup de points.

4^e OBSERVATION. — Auguste M., 18 ans, journalier.

11 janvier. — Grippe, angine, otite moyenne droite suppurée,

perforation sous-ombilicale du tympan, survenues neuf jours après le début de la maladie et deux jours après l'angine. Traitement : naphtol et douches d'air.

5° OBSERVATION. — Marie P..., 23 ans, couturière.

23 décembre. — Grippe légère, angine intense, otite moyenne droite suppurée, ayant paru six jours après l'angine. Traitement : lavages de l'oreille à la solution boricquée, pansements au naphtol camphré et douches d'air.

6° OBSERVATION. — Eugénie M..., 31 ans.

26 décembre. — Strumeuse, otite moyenne aiguë suppurée, hypertrophie des amygdales, blépharite ciliaire, adénites cervicales, coryza chronique. Le 20 décembre, entre à l'hôpital dans le service de M. Netter. Grippe légère, angine, bronchite, fièvre et courbature. Le 26 décembre, vient à la consultation.

Oreille. Audition, à droite. Entend le diapason à 15 centimètres.

Spéculum, à droite. Tympan terne, bombé, douleurs, sifflements et bourdonnements d'oreille.

Trompe. Catarrhe. Liquide dans la caisse.

28 décembre. — Paracentèse sous-ombilicale. Lavage boricqué, pansements au naphtol camphré, douches d'air dans la trompe par le cathétérisme.

2 janvier. — Suppuration tarie. Même état de l'acuité auditive. La cicatrisation de la plaie tympanale opératoire évolue.

7° OBSERVATION. — Grippe, otites moyennes aiguës suppurées, destruction du tympan d'un côté, catarrhe, oblitération de la trompe, surdité complète. L'Hérec (Françoise), 17 ans, domestique. Bonne santé habituelle. Il y a quinze jours, courbatures, céphalalgies, perte d'appétit, catarrhe rhino-pharyngo-bronchique. Durée, dix jours. Avant, rien aux oreilles, ni au pharynx ni au nez. Amygdales un peu grosses.

11 janvier. — Angine légère encore. Otorrhée depuis deux jours, précédée d'otorrhagie. Les douleurs des oreilles, très violentes auparavant, sont atténuées.

Oreille. Audition, à gauche. Diapason perçu à 5 centimètres. A droite, perçu à 2 centimètres.

Spéculum. Conduit auditif externe rouge, rétréci à gauche. Perforation préombilicale arrondie et par laquelle s'écoule le pus en abondance. A droite, destruction complète du tympan. Évacuation de la caisse, qui est pleine de pus.

Trompe. Catarrhe oblitérant bilatéral presque complet à droite.

Traitement. Lavages boriqués. Pansements au naphthol camphré. Douches d'air dans les trompes par le cathétérisme.

12 janvier. — Écoulement purulent a cessé des deux côtés.

15 janvier. — Catarrhe des trompes toujours.

Audition : A gauche, 15 centimètres; à droite, 2 centimètres avec le diapason. Otorrhée à droite de nouveau. Continuation du traitement.

8^e OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée droite. Destruction du tympan.* Salle Aran. — Lailard (Léonie), 36 ans. A la fin de décembre, grippe qui dure sept jours: fièvre, courbature, perte d'appétit. Rechute le 4 janvier, bronchite.

11 janvier. — Il y a six jours, battements très douloureux dans l'oreille droite. Sifflement, bourdonnement toute la nuit.

Otorrhée il y a quatre jours.

Rien à la gorge, ni au nez ni aux autres organes.

Les douleurs, aujourd'hui, sont moins prononcées.

Oreille, audition à droite. — Diapason perçu à 20 centimètres.

Spéculum, à droite. — Destruction du tympan. Suppuration de la caisse.

Trompe. — Catarrhe.

Traitement ordinaire.

9^e OBSERVATION. — *Grippe. Angine. Otite moyenne aiguë droite. Paracentèse du tympan. Coryza chronique. Hypertrophie des amygdales.* — Pamart (Louise), 29 ans. Domestique. Grippe légère d'une durée de cinq jours.

Douleurs de l'oreille droite et sifflement trois jours après le début.

9 janvier. *Oreille droite.* — Diminution de l'acuité auditive. Tympan bombé, immobile. Catarrhe de la trompe et liquide dans la caisse. Paracentèse sous- et pré-ombilicale.

Traitement ordinaire.

17 janvier. — Audition diminuée. Caisse rouge et enflammée. La perforation opératoire est presque oblitérée.

Pansement au naphthol camphré. Lavages boriqués, douches d'air.

10^e OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée. Paracentèse.* — Cabaret (Émile), 17 ans et demi. Salle Lasègue. Père mort à 40 ans de phthisie pulmonaire.

Il y a cinq semaines, angine phlegmoneuse. Depuis quinze jours, grippe, fièvre, céphalalgie, perte d'appétit; est obligé de s'aliter.

Quelques jours après le début angine intense. Il y a huit jours, douleurs des oreilles, sifflements, bourdonnements, sommeil impossible. Rien du côté des autres organes.

3 janvier. — A droite, rien d'anormal.

Oreille, audition à gauche. — Ne perçoit pas le diapason, même à quelques centimètres de distance.

Spéculum. — Tympan bombé, tendu; manche du marteau allongé. Coloration terne de la membrane.

Trompes. — Catarrhe.

Traitement: lavages émollients et narcotiques. Deux sangsues sur l'apophyse mastoïde.

4 janvier. — Les douleurs sont extrêmement violentes. Conduit auditif rouge. Douleurs provoquées même en mobilisant le pavillon de l'oreille. Douleurs à la pression de l'apophyse mastoïde. Température, 38°5.

5 janvier. — Paracentèse sous-ombilicale.

Irrigations boriquées, pansements au naphthol camphré.

14 janvier. — Cicatrisation de l'incision opératoire.

Acuité auditive. — Diapason perçu à 20 centimètres.

Cathétérisme de la trompe et douches d'air.

11^e OBSERVATION. — Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée. Paracentèse. — Dordéans (Henri), 32 ans. Vers le 15 décembre, céphalalgie, fièvre, courbature, perte d'appétit; est obligé de s'aliter.

Bronchite. Dans les premiers jours de janvier, douleurs, sifflements, bourdonnements, battements artériels.

9 janvier. *Oreille, audition à gauche.* — Diapason perçu à 10 centimètres.

Spéculum. — Myringite intense. Zone artérielle très enflammée. Tympan tendu.

Trompe. Catarrhe et liquide dans la caisse.

11 janvier. — Paracentèse. Traitement antiseptique.

14 janvier. — Les douleurs ont disparu. L'écoulement a cessé. On voit battre la région artérielle. Le malade a la notion du mouvement d'un battant de cloche dans l'oreille. Entend mieux.

Traitement: irrigations boriquées. Pansement au naphthol camphré. Douches d'air.

12° OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée droite. Salle Aran.* — Virasorvi (Françoise), 39 ans. Grippe depuis dix jours, angine, otorrhée depuis trois jours. Le pus a été recueilli pour l'examen bactériologique.

Oreille, audition à droite. Nulle.

Spéculum à droite. Suppuration de la caisse. Perforation tympanale sous-ombilicale.

Trompe. Catarrhe oblitérant.

Traitements : lavages horiqués. Pansement au naphtol. Douches aériennes.

13° OBSERVATION. — *Grippe. Otite externe et moyenne. Perforation du tympan.* — Hammart (Françoise), 38 ans, domestique: Grippe qui nécessite douze jours de repos au lit. Angine. Dysphagie. Sept jours après le début de la maladie, douleurs dans les oreilles, bourdonnement, sifflement. Otorrhée depuis quatre jours.

30 janvier. — *Oreille, audition à droite.* Nulle.

Spéculum. Suppuration de la caisse, conduit auditif rouge et rétréci, érythème de l'orifice externe du conduit auditif et du pavillon de l'oreille.

Trompes. Catarrhe.

Traitement : irrigations horiquées tièdes dans l'oreille. Pansement au naphtol camphré. Douches d'air avec cathétérisme de la trompe d'Eustache.

14° OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée gauche. Perforation du tympan. Surdité complète.* — 7 janvier. — Louise B..., institutrice, salle Aran, lit n° 7. Entre à l'hôpital le 6 janvier. Malade depuis sept jours. Alitée depuis quatre jours, céphalalgie, courbatures, fièvre, perte d'appétit. Otorrhée depuis hier.

Oreille, audition à gauche. Surdité complète.

Spéculum à gauche. Otorrhée, perforation sous-ombilicale du tympan. Le manche du marteau est déplacé. Rougeur du conduit auditif.

Trompe, à gauche. Oblitération.

Traitement : antipyrine, 2 grammes. Irrigations horiquées dans l'oreille.

9 janvier. — Douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. Surdité complète. Application de trois sangsues derrière l'oreille. Irrigations horiquées. Pansement au naphtol camphré.

15 janvier. — La malade descend à la consultation pour subir le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec douches d'air.

17 janvier. — Quitte l'hôpital. Surdité à gauche. Viendra se faire traiter à la consultation externe.

15^e OBSERVATION. — *Grippe. Otite moyenne aiguë suppurée droite. Strume.* — 27 décembre. — Gaston (Martin), 15 ans. A été opéré il y a trois mois dans le service pour des végétations adénoïdes, à deux reprises différentes. Lèvres grosses et entr'ouvertes, blépharite ciliaire.

Le 18 décembre, s'alite; courbature, anéanti. Fièvre, angine. Le 21, douleurs et battements dans l'oreille droite. Le jour de Noël, otorrhagie légère et otorrhée.

Oreille, audition à droite. Diapason perçu à 20 centimètres.

Spéculum. Perforation du tympan rétro-ombilicale, triangulaire, à base périphérique. Rougeur de la région sous-ombilicale. Otorrhée.

Trompe. Catarrhe.

Traitement : irrigations nasales et auriculaires avec l'acide borique, solution à 3 0/0. Pansement de l'oreille au naphthol camphré.

31 décembre. — Plus d'otorrhée.

15 janvier. — Acuité auditive toujours diminuée à droite. Douches d'air avec cathétérisme de la trompe tous les deux jours. En traitement.

Au moment de paraître, nous avons reçu du D^r Netter communication de la note suivante sur l'examen du pus de l'otite moyenne d'une de nos malades.

Le 30 janvier 1890, j'aspire avec une pipette le contenu de l'oreille droite du n^o 19 de la salle Aran. Il a été fait auparavant deux injections dans cette oreille, la dernière il y a moins d'une heure.

Je retire 2 centimètres cubes d'un pus verdâtre, visqueux, inodore.

L'examen microscopique y fait voir des microcoques arrondis, groupés deux à deux ou en chaînettes, ayant jusqu'à huit et dix grains.

Des cultures donnent naissance à de nombreuses colonies, petites, grises, peu saillantes, constituées par des chaî-

nettes et offrant tous les caractères du streptococcus pyogène.

Du reste, une souris inoculée sous la peau du dos, le 30 janvier, avec deux gouttes de ce pus, a succombé dans la nuit du 1^{er} au 2 février. Elle présentait de l'infiltration purulente du dos, de la suppuration des ganglions correspondants.

Sa rate était volumineuse et d'un rouge brun. Le pus du foyer du dos, des ganglions, le suc splénique renfermaient des quantités de streptocoques. Ceux-ci se voyaient également dans le sang qui a étéensemencé et a fourni une culture pure de streptococcus pyogènes.

BIBLIOGRAPHIE.

De la question de la transformation de tumeurs laryngées bénignes en tumeurs malignes qui se produisent surtout après des opérations endolaryngées, par F. SEMON (*Internat. Centralbl. F. Laryngol.*, etc. Tome V et VI, 1888 et 1889) ; tirage à part, chez Hirschwald, Berlin.

Ce travail contient, comme on sait, les résultats des recherches collectives entreprises par Semon pour élucider la question : si la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes est un fait fréquent et si elle est due à des opérations endolaryngées.

Maintenant que le travail est complètement publié, nous croyons devoir le résumer avec quelques détails, étant donné que ces recherches, dirigées par Semon avec un zèle pour lequel tout laryngologiste lui saura gré, ont aussi fait avancer nos notions sur le diagnostic différentiel, entre tumeurs bénignes et malignes du larynx et sur la fréquence de ces dernières.

L'historique du sujet nous explique comment est née l'idée de ces recherches collectives.

Déjà en 1875, Lennox Browne, de Londres, avait, dans un travail sur le traitement des tumeurs bénignes, émis l'hypothèse

que l'irritation qui se produit quand on essaye d'extirper les tumeurs bénignes par voie endolaryngée les transforme « fréquemment » en tumeurs malignes.

Cette hypothèse, bien qu'elle ne fût basée sur aucune donnée statistique, fut adoptée, mais sous une forme atténuée par Solis Cohen, de Philadelphie, qui disait dans son *Traité des maladies de la gorge*, etc, paru en 1879, que parfois des essais répétés et infructueux d'arrachement transformaient les papillomes en épithéliomas.

La question fut discutée au Congrès international de Londres en 1881 sans qu'on arrivât à la trancher et sans que les défenseurs de la transformation eussent apporté des preuves en faveur de leur hypothèse.

Ce n'est qu'en 1887, lors de la maladie du prince héritier d'Allemagne, que ce sujet fut remis à l'ordre du jour, le *British medical Journal* ayant, dans un article de fond, exprimé l'opinion que des tumeurs bénignes devenaient souvent malignes sous l'influence des irritations répétées. Semon et Butlin, dans deux lettres adressées audit journal, s'opposèrent à cette manière de voir. Semon demandait des preuves de cette assertion qui, si elle était vraie, donnerait le coup de grâce à la chirurgie endolaryngée. Là-dessus, Lennox Browne rappela ses idées émises en 1875 et engagea une polémique contre ces derniers auteurs.

Presque à la même époque, Schnitzler fit à la 6^e réunion des médecins et naturalistes allemands à Wiesbaden une communication dans laquelle il rapporta trois cas de transformation de tumeurs laryngées bénignes en tumeurs malignes, tirés de sa pratique personnelle. Dans la discussion qui suivait la communication, Sciffert mentionna encore deux cas et Morelli un cas analogues. Cette communication donna un coup de fouet à la polémique dont s'emparèrent bientôt les journaux politiques.

C'est alors que Semon a eu l'idée de trancher la question de la transformation au moyen de données statistiques fournies par tous les laryngologistes du monde. Il leur envoya un questionnaire dans lequel il demandait le nombre des tumeurs bénignes observées et opérées, le nombre des cas où une transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes était survenue spontanément ou après des opérations endolaryngées, avec description détaillée de ces derniers cas, et enfin le nombre de néoplasmes malins primitifs, avec indications des cas où l'examen microscopique des particules enlevées avait donné un résultat négatif.

Cent sept laryngologistes avaient répondu à cet appel, et Semon s'est chargé d'examiner les cas rapportés au point de vue de leur valeur, de les grouper et d'en tirer des conclusions. Le principal résultat qui ressortait de ces recherches était l'établissement du fait que la dégénération maligne d'une tumeur bénigne du larynx ne s'observe que très rarement, aussi bien d'une manière générale que spécialement après des opérations endolaryngées.

Sur 10,747 cas de néoplasmes bénins du larynx, la dégénération maligne n'a été rapportée que 45 fois : 12 fois elle s'était montrée spontanément et 33 fois après des opérations endolaryngées. Il résulte de ces chiffres que, même en comptant tous les cas, la transformation n'aurait apparu que 1 fois sur 238. Mais si l'on ne s'occupe que des 33 cas où la transformation aurait suivi les opérations endolaryngées et qu'on en défalque les cas douteux, il ne reste que la proportion de 1 sur 685.

Par conséquent, la dégénération d'une tumeur laryngée bénigne après des opérations endolaryngées est un fait très rare. De plus, elle ne peut pas être mise sur le compte des opérations, car, d'après les chiffres obtenus, elle s'est montrée un peu plus souvent dans les cas non opérés que sans les cas opérés. Il n'existe donc aucune influence des opérations sur la production d'une tumeur laryngée maligne.

A côté de ces faits importants, les recherches collectives ont encore fourni des notions cliniques et pathologiques très précieuses, car Semon ne s'est pas contenté de compter les observations rapportées, mais il les a aussi analysées au point de vue : 1° de l'image laryngoscopique, 2° de l'examen microscopique et 3° des symptômes subjectifs et objectifs concomitants qu'ils présentaient. Son expérience personnelle aidant, il a su en tirer une description complète du cancer de la corde vocale, qui, d'après lui, est à plusieurs points de vue la forme la plus importante des cancers du larynx. En effet, elle se trahit plus tôt que les autres formes par l'enrouement et permet un diagnostic très précoce, et par conséquent un traitement plus efficace. D'un autre côté, l'étude du cancer de la corde vocale est importante, parce qu'il est facilement confondu avec les tumeurs bénignes des cordes. D'après Semon, la congestion circonscrite dans le voisinage de la tumeur et la paresse dans les mouvements de la corde vocale affectée seraient des signes pathognomoniques pour le cancer de la corde vocale. Cependant B. Fränkel, dans un

travail plus récent, n'est pas aussi affirmatif sur la valeur pathonomonique de ce dernier symptôme.

Pour ce qui est de l'examen microscopique des particules enlevées, c'est un moyen auxiliaire de diagnostic, précieux mais non infaillible. Cet examen doit être fait dans tous les cas où l'extirpation des fragments est possible. L'examen n'est décisif que quand on trouve des indications positives d'une tumeur maligne, tandis que la non présence des signes positifs ne permet pas d'exclure la malignité, surtout quand la marche clinique parle en faveur d'un cancer. La responsabilité du diagnostic n'incombe par conséquent pas à l'anatomo-pathologiste, mais au clinicien. C'est à lui de veiller à ce que l'opération radicale ne soit pas faite trop tard.

A la fin de son travail, Semon pose la question si, une fois la malignité de la tumeur reconnue, il est permis d'essayer son extirpation par voie endolaryngée avant de procéder à la laryngofissure ou à la laryngectomie partielle. Semon croit, à l'encontre de B. Fraenkel, qui conseille l'extirpation endolaryngée dans certains cas nettement circonscrits, que cette méthode est incertaine. On ne sait jamais si on a enlevé toute la tumeur, car le cancer se propage dans la profondeur d'une manière beaucoup plus considérable que l'aspect laryngé ne le ferait supposer.

LICHTWITZ.

Traité d'otologie pratique, VI^e édit., par SAINT JOHN ROOSA (*Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde von Dr. Pr. Roosa, in New York. Nach des 6 Aufl. des Orig., bearb. von Dr. L., Weiss. Mit. 77 Holzchn. Berlin 1889*).

L'ouvrage du professeur de New-York obtient actuellement un grand succès en Amérique, en Angleterre et en Irlande, et vient d'être traduit en allemand. La plus grande partie repose sur les observations de l'auteur, qui se rapportent à plus de 12,000 cas, et nous donne la description assez complète de toutes les maladies de l'oreille.

Au chapitre de l'examen de l'oreille, nous lisons que l'*acoumètre* de Politzer n'a pas plus de valeur que la montre, dont la force suffit amplement, et il existe même des cas où la différence entre la perception auditive du tic tac de la montre et celle de la parole ordinaire est tellement accusée qu'il est souvent presque inutile de déterminer la puissance auditive par la montre. Pour ce qui est du *diapason*, l'auteur dit que si l'audition est affaiblie et que nous trouvons la conduction aérienne

meilleure que la conduction osseuse, c'est que nous avons affaire à une maladie du nerf auditif, primitive ou secondaire ; si au contraire la conduction osseuse est plus intense et plus prolongée que la conduction aérienne, c'est qu'il s'agit d'une maladie de l'oreille moyenne ou externe ; les otitiques moyens entendent mieux le diapason par les os parce que la texture de ceux-ci est augmentée par les proliférations morbides conjonctives, et qu'elle exagère ainsi la puissance de résonnance de ces parties. Lorsque le nerf est malade, le son sera mieux et plus longtemps perçu en suivant le canal le plus favorable : conduit auditif externe, cavité tympanique et fenêtre ovale.

Il serait très difficile de distinguer les bruits qui partent de l'ouverture pharyngienne de la trompe du cathéter de ceux qui se passent dans la trompe, et il ne faudrait pas accorder à l'*otoscope* l'importance qui lui est généralement attribuée ; aussi le professeur américain a-t-il plus de confiance dans l'aspect du tympan après l'insufflation d'air et dans les renseignements donnés par le malade, et il ne se sert presque jamais de l'*otoscope* (mot d'ailleurs impropre). Je ferai remarquer que le tympan peut ne pas éprouver de modifications après la manœuvre de Politzer et que le malade peut se tromper. D'ailleurs, d'après ce que me dit mon maître, M. le docteur Delstanche, M. Roosa recourt aujourd'hui à l'*otoscope* d'une façon tout à fait générale.

A propos des *difformités*, il figure un cas d'oreilles grandes et écartées opérées par Ely avec succès : détachement du cartilage, enlèvement d'un fragment de peau et de cartilage ; il a lui-même obtenu de la méthode les meilleurs résultats.

Les *hématomes* du pavillon sont idiopathiques ou traumatiques ; les premiers surviennent presque toujours, sinon toujours, chez les déments (il n'en a vu que 2 cas chez des personnes saines), et constituent un symptôme éminemment défavorable, qui indique une maladie incurable du cerveau. Mais Meyer et Gudden ont démontré que cette affection est préparée par les altérations des cartilages de l'oreille. Le traitement consiste dans l'évacuation du contenu et la compression associée au massage.

Le pourcentage le plus élevé des *otites externes* a été donné par Ocker (39,5), alors que Roosa n'a obtenu que 13,3. Parmi les moyens qu'il trouve le plus utiles contre l'inflammation diffuse ou circonscrite du conduit auditif externe, il range,

d'après leur efficacité, les sangsues, qui doivent être appliquées sur le lobule et non sur l'apophyse mastoïde en raison des anastomoses vasculaires, puis l'eau chaude, les cataplasmes, dont il faut pourtant se défier à cause de leur action sur le tympan, etc. Il vante particulièrement l'eau chaude, dans laquelle les malades, même les petits enfants, et alors même qu'ils s'y sont d'abord refusés, trouvent bientôt du soulagement. Pour ma part, elle m'a donné des succès.

Il n'avait jamais vu un cas d'*otite parasitaire* sans que l'oreille n'ait été malade auparavant, l'épiderme devant être ramolli avant la puffulation du champignon. L'affection a donc pour point de départ l'otite externe et, par conséquent, elle est souvent la suite de l'emploi des huiles si fréquemment usitées dans ces cas.

La *myringite primitive* est d'une existence douteuse, si même elle existe. On sait pourtant que Politzer et d'autres l'ont observée et en ont donné une description détaillée.

Le *catarrhe aigu de la caisse* est parfois la conséquence de la méningite cérébro-spinale; la quinine pourrait aussi être ineliminée à ce sujet, surtout chez les enfants. Parmi les moyens thérapeutiques, il conseille, ce qui doit beaucoup nous étonner, lorsque l'eau chaude reste inefficace, la fumée de cigare ou de pipe. Au début du mal, les enfants pourraient en éprouver un grand soulagement.

Rosa s'écarte des auteurs allemands en différenciant le *catarrhe subaigu*, celui-ci ne provoquant que peu ou pas de douleurs et réclamant un traitement moins énergique.

L'étude de l'*hydropisie de la cavité tympanique* lui donne l'occasion de rappeler le cas de Burnett qui, en 9 ans, avait fait 37 fois la ponction et avait chaque fois soulagé son malade.

L'*inflammation chronique moyenne* est catarrhale ou proliférante, le terme ne spécifiant pas la région où la maladie prédomine, car la trompe, la caisse et la membrane sont toujours plus ou moins malades simultanément. On la différencie des affections de l'oreille interne par la conduction osseuse, qui est plus prolongée au diapason que la conduction aérienne, excepté dans les cas où un corps étranger, un bouchon cérumineux, par exemple, compriment le tympan et, par suite, le péri et l'oudolymphe. Un des principaux symptômes est la *paracusis de Willis*, qu'il croit très fréquente et qu'il attribue à des médications dans la mise en action des osselets.

Il rejette les vaporisations d'eau par la trompe dans les cas catarrhaux moyens purs, mais les emploierait dans l'inflammation proliférante avec adhérences, rigidité et hyperplasie de la muqueuse. Il remplace volontiers l'eau par l'iode, mais surtout par le camphre, qui est d'un emploi plus facile et est tout aussi actif. L'appareil dont il se sert est un simple flacon, auquel il adapte deux tubes. Quant aux pulvérisations de *liquides astringents* par la trompe, il les croit surtout utiles dans les cas où il existe des signes très marqués de catarrhe ou d'augmentation de sécrétion, ce en quoi on doit lui donner raison.

Roosa a renoncé complètement à toutes les opérations sur la *membrane du tympan ou le tendon du tenseur du tympan*, lorsqu'il n'y a pas de dépôt dans la caisse : il ne s'en est jamais bien trouvé. Il est vrai que la question reste toujours ouverte, mais il n'en existe pas moins des cas incontestables où le malade a obtenu, à la suite de l'intervention, résection d'un osselet, etc., de sérieux bénéfices.

Les nombreux essais qu'il a fait dans la *thérapeutique de l'oreille moyenne* lui permettent de conclure : 1° que l'inflammation catarrhale chronique peut, chez les jeunes sujets, être améliorée et même guérie dans un grand nombre de cas ; 2° que l'inflammation catarrhale chronique des adultes n'est améliorée que dans la proportion de 20 0/0 ; 3° que l'inflammation chronique proliférante est jusque maintenant incurable ; elle ne peut, chez les jeunes gens et chez l'adulte, être améliorée que dans la proportion de 5 0/0 des cas.

Il fait l'extraction *des polypes* au moyen d'une pince courbe géniculée, ce qui nous surprend de la part d'un spécialiste.

Un chapitre original est celui de l'application de l'*ophthalmoscope* au diagnostic des maladies du cerveau consécutives à une maladie de l'oreille. Kipp, Andrew et l'auteur se sont occupés de la question ; dans le cours de la méningite ou de l'hyperhémie méningée déterminée par une maladie de l'oreille, il existe un épanchement dans la gaine du nerf optique.

On diagnostiquera une *maladie de l'oreille interne*, d'après Roosa, lorsque le diapason est entendu plus distinctement et plus longtemps par l'air que par les os ; lorsque, en présence d'un trouble auditif, l'audition est meilleure dans le silence que dans le bruit ; lorsque la conversation est relativement plus audible que la montre ; lorsque l'insufflation de la caisse diminue l'audition et, enfin, lorsque les bruits sont plus pénibles

que pour les personnes qui entendent bien ou qui sont devenues sourdes à la suite d'une maladie de l'oreille moyenne. Parmi les causes qu'il nous cite, nous voyons la quinine, sur laquelle l'auteur a fait de nombreuses expériences, la méningite cérébro-spinale, puis la parotidite (10 cas). Certaines variétés, la presbyacousie, l'audition double, la surdité des forgerons, sont fort bien étudiées. Il rapporte également de nombreuses statistiques sur la surdi-mutité.

Signalons aussi l'historique fort complet de la paracentèse, du tympan artificiel et de la trépanation mastoïdienne.

Nous en avons dit assez, croyons-nous, pour donner une idée suffisante de l'excellent ouvrage du professeur américain. Nous nous permettrons cependant de faire remarquer qu'il y existe une lacune assez regrettable dans ce qui a rapport aux travaux français, de Gellé, de Delstanche, etc., que l'anatomie de l'oreille y devrait être au moins résumée, que l'ouvrage ne ferait que gagner à une augmentation du nombre de figures surtout si, comme le veut Roosa, il doit d'abord servir de guide aux débutants.

O. LAURENT.

Les affections laryngées en rapport avec les lésions nerveuses centrales, par GOTTSTEIN (*Kehlkopffaffectionen im Zusammenhang mit cerebralen und spinalen Erkrankungen*. In *Die Krankheiten des Kehlkopfes*. II^e Aufl. Leipzig u. Wien, 1888).

L'analyse que nous faisons à la demande de M. le professeur Gouguenheim se rapporte aux deux derniers chapitres de la seconde édition du bel ouvrage de Gottstein. Pour la première fois, nous voyons, sur les rapports des maladies du larynx avec les affections du système nerveux central, un aperçu tout à fait complet, qui nous plaît d'autant plus que l'auteur a puisé largement aux sources françaises.

D'après les expériences de M. Krause, le *centre cortical* des mouvements du larynx chez le chien se trouve dans la circonvolution préfrontale, entre le sillon croisé et le lobe frontal. Quoique les résultats de ces recherches ne puissent s'appliquer immédiatement à l'homme, on peut croire cependant qu'il existe, pour les mouvements volontaires du larynx, un centre cortical qui a des rapports avec le centre de la parole, soit qu'il se confonde avec lui, soit qu'il n'en constitue qu'une partie. Quant à l'origine anatomique apparente des nerfs laryngés, il faut la

placer dans le *noyau de l'accessoire* du nerf vague. Mais si nous supposons ces deux centres connus, nous ne possédons aucune notion sur la voie qui les relie l'un à l'autre.

Ces prémisses posées, passons aux diverses affections nerveuses qui peuvent être en cause.

1. *Hémorrhagie cérébrale.* La lésion apoplectique peut siéger dans l'un des deux centres sus-indiqués ou bien sur le trajet intermédiaire et se manifester, dans ce dernier cas, de la même manière que s'il existait une lésion corticale. S'il s'agit du centre cortical, la mobilité, d'après Meynert-Wernicke, de la musculature phonétique étant maintenue, le malade doit être incapable d'émettre un son : cas de Foville, de Duval, de Beurmann (mutité absolue), de Kast (sons musicaux incorrects), de Lõri.

2. *Encéphalomalacie.* Le cas d'Andral est probant, mais non celui de Garel : la paralysie d'une corde vocale, sans autre trouble aphasique, ne provient pas d'une affection corticale bilatérale, et une lésion plus profonde a dû être perdue de vue.

La moelle allongée, atteinte du même mal, peut être l'origine de désordres vocaux. Les cas de Proust, de Senator, de Bærmer, de Dumenil, de Remak, de Eisenlohr prouvent que la motilité ou la sensibilité ou les deux à la fois peuvent être intéressées. L'intensité des symptômes dépend naturellement de l'étendue des lésions ; si les éléments nerveux du noyau accessoire ou vague sont tous détruits par la nécrose, on observera la paralysie totale des récurrents ; s'il en reste quelques éléments, on observera probablement soit de la parésie des cordes vocales, soit une paralysie des abducteurs.

3. *Tumeurs du cerveau.* On n'en connaît pas qui aient influencé le centre cortical directement ou indirectement. Sokoloff a vu une paralysie vocale gauche déterminée, non par la tumeur du pont de Varole, mais par l'extension de celle-ci à la moelle allongée. Les observations relatées par Nothnagel et celle de Lõri ne sont pas concluantes. Dans un cas d'Ollivier, d'Angers, les désordres respiratoires avaient été provoqués par une paralysie des postérieurs, qui s'était ensuite transformée en paralysie totale du récurrent et avait abouti à la perte totale de la voix.

Mais les tumeurs de la base du crâne exercent plus fréquemment une action sur la fonction du larynx par compression des racines du nerf accessoire (Dufour, Turck, Gerhardt, Schech,

Mao Bride, Bernhardt), et il est permis de conclure que les tumeurs de la fosse crânienne postérieure donnent lieu à une paralysie bulbaire unilatérale, quoique l'extension du néoplasme puisse se porter sur un ou plusieurs nerfs, ceux-ci restant généralement indemnes dans la paralysie bulbaire progressive.

4. *Paralysie bulbaire progressive.* Comme elle évolue essentiellement dans la moelle allongée, il est évident qu'aucune autre affection cérébrale ou spinale n'abolira aussi complètement les fonctions du larynx. Krishaber, Lori, Broadbent, Krause ont publié des observations sur ce sujet. A propos de celle de Krause, Gottstein observe que cette maladie, dont l'essence est l'atrophie dégénérative des noyaux nerveux moteurs situés dans la moelle allongée et qui se manifeste par la paralysie des muscles correspondants, ne doit point faire exception pour l'accessoire du vague, les phénomènes de paralysie musculaire du larynx auraient plutôt évolué en corrélation avec la dégénérescence des muscles et des nerfs spéciaux; tout au début, les fines contractions nécessaires à une tonalité normale n'auraient pas été exécutées, d'où la faiblesse et la monotonie de la voix et la parésie des adducteurs surtout. Il y aurait donc pour les troubles phonétiques une analogie complète avec ceux de la parole et de la déglutition qui sont provoqués par la paralysie de la langue, du voile et du pharynx.

5. *Paralysie pseudo-bulbaire.* La paralysie des nerfs bulbares provient d'un foyer cérébral uni ou bilatéral, et ne se manifeste que du côté des muscles de la langue et des lèvres, et rarement du larynx. Si l'organe vocal est atteint, la voix s'affaiblit, devient monotone et même s'éteint. Cependant Oppenheim et Siemerling ont trouvé, dans un cas du genre et à part les foyers hémisphériques, des lésions de la même nature dans le pont de Varole et la moelle allongée.

6. *Scléroses multiples cérébrales et spinales.* Elles s'accroissent fréquemment par des troubles de la parole. Erb, Schüle, Leube, Krause et Lori en ont rapporté des observations. L'examen laryngoscopique n'est pas toujours uniforme, si l'on en excepte les troubles de l'appareil tenseur des cordes, qui est constant. Il ne s'agit pas de phénomènes paralytiques, excepté dans le cas de sclérose des noyaux bulbares. Le malade peut ouvrir et fermer la glotte; les mouvements s'exécutent lentement, et la voix est par conséquent scandée; la conduction de

l'impulsion motrice aux muscles de l'appareil respiratoire, du larynx et de la langue, est par conséquent ralentie.

7. *Syphilis cérébrale*. Contrairement à toute attente, les travaux relatifs à ce sujet et accompagnés de l'examen laryngoscopique sont excessivement rares et même insuffisants. Rumpf ne cite qu'un cas de Remak avec paralysie récurrente double provenant de la moelle allongée; Fournier en a vu un autre avec paralysie de la corde vocale gauche, consécutive à la compression du plancher du quatrième ventriculo. Krause, Mackenzie, Jackson et Lori en ont relaté des exemples. Mais il faut avouer que nos connaissances, en ce qui regarde l'influence de la syphilis cérébrale sur les fonctions du larynx laissent beaucoup à désirer. Si l'opinion de Lori, que les gommés du pont de Varole et de la selle turcique, par exemple, déterminent comme symptôme unique ou primaire la paralysie et l'anesthésie d'une moitié du pharynx et du larynx devaient être corroborées par l'expérience, il nous faudrait accorder plus d'attention à l'examen laryngoscopique lorsque nous soupçonnerions la syphilis cérébrale.

8. *Méningite*. Lori croit que, à une période avancée, la méningite simple donne lieu, presque sans exception, aux paralysies motrices et sensibles du pharynx et du larynx, alors que Wernicke et Nothnagel pensent que la méningite basilaire ou tuberculeuse n'affecte parmi les nerfs craniens que très rarement le vague et l'accessoire.

9. *Tabes dorsalis*. Duchenne et Féréol ont été les premiers à s'occuper de la question, mais Charcot a surtout contribué à l'éclaircir dès 1879. Cherschewsky en rassemblait déjà 18 cas en 1881, et Krause d'autres encore. Les symptômes laryngiens sont, en tout cas, plus fréquents qu'on ne le croit généralement; ils sont irritatifs ou paralytiques. Les phénomènes irritatifs consistent parfois dans une sensation particulière affectant le larynx, et fréquemment dans une toux spasmodique qui a beaucoup d'analogie avec celle de la coqueluche, ou dans des spasmes inspiratoires. Les spasmes affectent parfois la forme du spasme aphonique (Fournier) ou s'accompagnent d'apnée apoplectiforme (*id.*); ils peuvent se combiner chez le même malade (Krishaber). On les a vus persister depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin (Féréol), pendant de nombreux mois (Vulpian), et précéder de 13 ans l'explosion de la maladie,

causant ainsi des erreurs de diagnostic (Fournier); ils éclatent à n'importe quel moment, parfois sous l'influence de faibles courants d'air (Féréol), et cependant aussi spontanément. Les *phénomènes paralytiques* sont plus rares; ils sont uni ou bilatéraux, plus ou moins accentués, apparaissent quelquefois deux ans avant la maladie (Semon), disparaissent spontanément (Fournier), d'unilatéraux deviennent bilatéraux (Kahler); on les observe surtout du côté des crico-aryténoïdiens postérieurs. Pour ce qui est de la sensibilité, les documents font défaut presque complètement; Krause a constaté une fois son absence, Frænkel a vu l'anesthésie laryngée coopérer avec le laryngo-spasme et la position médiane des cordes vocales; Kahler et Eisenlohr ont noté la paralysie de l'épiglotte et Krause la vraie ataxie des cordes vocales. Les spasmes et les paralysies peuvent se combiner les uns aux autres d'une façon indépendante. Les principales recherches anatomo-pathologiques sont dues à Jean, à Kahler, à Demange, à Eisenlohr, à Krause; les altérations pathologiques des noyaux bulbaires, qui se rapportent aux vagues et aux récurrents, expliquent suffisamment les paralysies. Dans la paralysie des récurrents, les abducteurs se paralysent les premiers et provoquent la dyspnée inspiratoire (Rosenbach, Semon). Mais l'explication de la production des spasmes diffère avec les auteurs; la toux spasmodique, les spasmes glottiques inspiratoires et phoniques montrent bien leur nature par leur explosion paroxystique, l'absence d'altérations des organes respiratoires et, par ce fait, que la pression digitale des récurrents et l'irritation galvanique du centre de la déglutition (Frænkel) y donnent lieu.

En tout cas, il reste encore bien des lacunes à combler dans le chapitre du tabes; il faut qu'on ait fait un nombre plus grand de recherches anatomiques sur les nerfs du larynx, et qu'au moyen des méthodes électriques intra-laryngiennes, on soit parfaitement fixé sur les conditions des ramifications nerveuses.

10. *Sclérose latérale amyotrophique*. La pathogénèse et la symptomatologie de cette affection concordent avec celles de la paralysie bulbaire. Charcot et Cartaz ont vu la parésie et la paralysie des muscles du larynx, Lori la paralysie récurrente double complète. Les troubles moteurs laryngiens proviennent des lésions des noyaux nerveux de la moelle allongée.

1. *Atrophie musculaire progressive*. Les symptômes laryn-

giens se montrent dans un stade avancé et ont aussi leur origine dans le bulbe ; les paralysies sont étendues au pharynx et au larynx tout entiers ou à une moitié seulement, se limitant généralement au district du nerf laryngé inférieur (Lori) ; le cas de Koschlakoff se rapporte à la paralysie des dilatateurs, celui de Gottstein à la parésie des adducteurs.

En résumé, si les affections du larynx sont quelque peu connues dans leurs rapports avec les centres nerveux, ce n'est que grâce à de nombreux travaux ultérieurs qu'on pourra arriver à des résultats nets et définitifs.

O. LAURENT.

Manuel de diagnostic et de traitement des maladies du larynx, du nez et du naso-pharynx, 3^e édition, par CARL SEILER (*Handbook of the diagnosis and treatment of diseases of the throat, nose and naso-pharynx. Philadelphia, 1889*).

S'il nous est impossible de donner une analyse complète du livre du professeur de Philadelphie, nous nous efforcerons cependant d'en faire ressortir les points principaux.

Dans le chapitre premier, l'auteur décrit, parmi les *appareils d'éclairage*, celui de Tobold, modifié par Solis-Cohen : celui-ci emploie le gaz et adapte la tige, supportant la lentille, la source lumineuse et le réflecteur, sur un support qui permet d'abaisser ou d'élever l'instrument à la hauteur voulue. Seiler préfère un conducteur à gaz articulé, semblable à celui de Mackenzie, sur lequel il monte le concentrateur et le réflecteur, et qu'il fixe au mur ; son déplacement se fait facilement et sa résistance est suffisante pour soutenir ces parties.

Il a fait construire un appareil *d'éclairage électrique* : la lampe est montée dans le miroir frontal, mais un peu en dehors du centre de réflexion. Seiler signale aussi le laryngoscope électrique de Jarvis, de New-York, constitué en partie par un manche en bois ou en ébonite, à l'extrémité duquel se trouve une petite lampe à incandescence dont la lumière est projetée en avant sur un miroir laryngien placé à quelque distance, la tige de celui-ci étant fixée dans le manche en question.

Parmi les désavantages de *l'éclairage par transparence*, de Czermak, Seiler fait observer que la lumière, émanant de tous les points du larynx, noie les contours de l'image dans un flot de lumière rouge.

Une chose qui ne peut faire de doute au sujet de la supériorité de *l'éclairage*, c'est que l'appareil, employé par M. Gou-

gnenheim a l'hôpital Lariboisière, répond à tous les desiderata.

Au chapitre de l'*art de la laryngoscopie* figurent la chaise des photographes, qui est d'un emploi utile pour le spécialiste, l'abaisse-langue de Cohen ou lame d'ébonite recourbée sur elle-même, le spéculum nasal de Jarvis, qui se maintient en place de lui-même (mais qui est inférieur à celui de Deislanche); pour la rhinoscopie postérieure, l'auteur se sert d'un instrument qui fait simultanément office d'abaisse-langue et de miroir.

Pour faciliter l'étude de l'anatomie du larynx, Seiler a inventé un *diagramme mécanique* de l'action des muscles intrinsèques de l'organe, composé de plaques de carton et de fils et que j'ai trouvé d'une extrême simplicité.

Il consacre tout un nouveau chapitre à la *physiologie de la voix* et de la parole articulée, chapitre qui n'a pas de raison d'être dans un ouvrage portant le titre sus-indiqué; néanmoins on éprouve un vif intérêt à en lire l'exposé si intéressant, et cela d'autant plus que la compréhension en est singulièrement facilitée par les diagrammes qui schématisent l'appareil vocal pendant la phonation des voyelles et des consonnes.

Le chapitre suivant est consacré aux *instruments accessoires*, tels que le *septomètre*, de l'auteur, semblable à ceux des mécaniciens et destiné à mesurer l'épaisseur de la cloison et à différencier, dans les cas difficiles, la déviation de l'hypertrophie. Puis viennent les pulvérisateurs de Sass, de Burges, ainsi que l'inhalateur universel de l'auteur.

Après la description de la pathologie générale de la membrane muqueuse, des symptômes et du traitement de son inflammation, Seiler passe aux troubles fonctionnels qui sont étudiés d'après leurs causes de production et concurremment à celles-ci.

Comme *uvulotome*, il a imaginé des ciseaux sur le pivot desquels il articule une pince à dents. Il a également apporté à l'*amygdalotome*, de Mathieu, une amélioration assez satisfaisante: adaptation du long diamètre de l'anneau amygdalien à l'axe de la tige et réduction de ses dimensions.

Nous remarquons, en outre, l'*appareil galvanocaustique* de Seiler, avec batterie universelle; l'adjonction d'une pince courbe à l'anse de Jarvis pour l'ablation des *hypertrophies antérieures* de la muqueuse nasale; ses *pinces coupantes*, pour les végétations adénoïdes, ressemblent à celles de M. Ruault

pour les tumeurs du larynx. La déviation du septum est opérée d'après une méthode particulière ; les *obstructions nasales* peuvent être opérées au moyen du foret dentaire. Si elles sont osseuses, au moyen d'un scalpel recourbé sur le plat ou de la gouge à manche articulée, si elles sont cartilagineuses.

La *fièvre des foin*s, ou coryza vaso-moteur périodique, est fort bien décrite.

Les *pharyngites* folliculeuse, granuleuse et sèche n'ont pas été traitées à part, parce qu'elles ne sont que des expressions purement symptomatiques des affections chroniques du nez et de nase-pharynx ou d'une irritation gastrique et que, d'autre part, elles disparaissent avec la cause qui les a fait naître.

Dans le corps du volume, nous trouvons le bulletin, accompagné de schémas du larynx, du nez, etc., qui permet de prendre d'une façon complète et rapide les observations particulières, et, à la fin, un tableau des symptômes basé sur l'étude de plus de 1,000 malades soignés au dispensaire de l'hôpital universitaire, etc. L'ouvrage contient, en outre, 2 planches lithographiques avec 10 figures coloriées et 101 gravures sur bois, exécutées avec le plus grand soin et remarquablement claires.

Le seul reproche que nous ayons à faire au beau livre du professeur, c'est que son titre indique moins que ce que contient l'ouvrage et qu'il aurait dû être : Manuel pratique des maladies du larynx, etc.

Malgré le nombre toujours croissant des ouvrages qui paraissent en France, grâce surtout à l'impulsion admirable de la jeune école, indice de la forte vitalité d'un grand peuple, la littérature française gagnerait néanmoins à l'apparition d'une traduction de l'œuvre de Seiler, qui se renferme d'ailleurs et pour ainsi dire exclusivement dans les travaux américains.

O. LAURENT.

Hygiène de l'oreille, par le prof. V. COZZOLINO, de Naples.

Voici un petit opuscule d'une quarantaine de pages, dont nous ne saurions trop recommander la lecture. Combien de maladies d'oreilles seraient évitées si les conseils du professeur Cozzolino étaient suivis par tous les médecins. Partant de ce principe qu'il vaut mieux prévenir que guérir, l'auteur regarde l'hygiène comme la partie la plus importante de la médecine et lui donne la première place dans ses publications. Nous allons résumer brièvement les principaux points abordés par l'auteur, regret-

tant d'être obligé d'abrégé et souhaitant qu'une traduction française mette bientôt en toutes les mains ce petit manuel, si bien fait, de l'hygiène de l'oreille.

Le médecin doit s'occuper de l'oreille de l'enfant dès la naissance, car souvent le conduit auditif est obstrué par le *vernix caseosa*, lequel peut donner lieu à l'inflammation de la membrane du tympan et même à des tumeurs molluscoïdes ou à des cholestéatomes. En outre, un médecin, familier avec l'otoscopie, examinera la membrane du tympan et, à travers celle-ci, les conditions de la muqueuse de la caisse. Les transformations physiologiques qui se produisent dans la caisse du tympan à la suite de l'introduction de l'air peuvent amener des inflammations, otites moyennes catarrhales ou purulentes, labyrinthites consécutives, aboutissant parfois à la perte de l'audition. Dans le cas d'imperméabilité de la caisse, il conviendra donc d'employer les insufflations d'air par le procédé de Politzer, d'une façon très douce, pour faciliter la résorption du coussinet de Warthon, et de se rendre compte en même temps, par l'auscultation, des conditions exsudatives ou non de la caisse.

Il faut ensuite protéger l'oreille du nouveau-né, plus sensible que celle de l'adulte, contre le froid et l'humidité, sans cependant employer de coiffures trop serrées, qui déforment le pavillon et provoquent la formation de gerçures, eczémas, etc.

Il faut tenir le pavillon propre, surtout sur la face postérieure et dans le sillon auriculo-temporal, pour éviter les dermatites, et notamment l'eczéma intertrigo.

Il est prudent de ne pas exposer l'oreille des enfants à de fortes vibrations sonores, pouvant fatiguer le nerf acoustique. L'auteur condamne l'habitude de certaines nourrices de frapper des mains au voisinage du pavillon, de parler dans l'oreille des enfants et surtout de les embrasser sur l'oreille, ce qui peut amener la rupture de la membrane du tympan ou, plus souvent, des congestions de la caisse. Ceci est vrai aussi pour l'adulte. L'auteur cite un cas dans lequel un baiser sur le pavillon donna lieu à une transudation séreuse dans la caisse avec sensation de plénitude, d'obstruction, des bruits et une légère surdité; guérison au bout de cinq à six jours par la myringotomie, suivie de l'emploi du procédé de Politzer.

Pour éviter les accumulations de cérumen, qui peuvent avoir pour conséquence des troubles sérieux de tension dans la caisse du tympan, on pratiquera des injections d'eau tiède avec une

seringue convenable, mais on doit éviter les instillations usitées par le vulgaire.

L'auteur proscrit d'une manière générale les matières grasses et huileuses sujettes à rancir et à amener des inflammations, otomycoses et leurs conséquences.

L'auteur recommande aux instituteurs et à tous ceux qui ont charge d'enfants de ne jamais maltraiter l'oreille, en tirant le pavillon. Ces tractions traumatiques peuvent amener des otorrhagies et inflammations du conduit et de la caisse. Éviter de même et encore plus les soufflets sur la région temporale, qui peuvent avoir des suites très graves.

Chez les enfants à la mamelle, il est très important d'examiner si les fosses nasales ont le calibre normal, s'il n'y a pas sténose par hypertrophie ou sécrétion muqueuse, ce qui amènerait pendant l'allaitement la formation d'un vide dans la caisse. Ces affections du nez se transmettent à la trompe, amènent la sténose et ses conséquences : surdi-mutité acquise. — Ne jamais oublier que l'hygiène de la caisse et de la trompe d'Eustache est fondée sur le traitement à temps et radical des affections aiguës et chroniques des fosses nasales et de l'espace naso-pharyngien.

Les vers intestinaux peuvent donner lieu à une surdité vermineuse par action réflexe du grand sympathique sur le nerf auditif.

Beaucoup d'écoliers regardés comme paresseux ont simplement l'audition insuffisante; il importe d'en tenir compte et, après vérification, de les rapprocher du maître, ou, s'ils sont assez nombreux, de leur faire une classe à part. Pour l'examen de l'oreille au point de vue de l'audition, l'auteur conseille l'emploi de son électro-téléphone dont il donne la description. — Suivent d'autres détails sur la meilleure disposition acoustique des classes, sur les dangers du froid humide et de la chaleur pour l'oreille, sur l'influence des variations de la pression atmosphérique, sur les dangers des bains et sur tout des bains de mer.

L'auteur recommande de ne jamais faire pénétrer de l'eau froide dans l'oreille des enfants en les lavant le matin, car cela donne lieu souvent à des inflammations de l'oreille externe et moyenne.

Le travail intellectuel exagéré, les travaux psychiques et physiques excessifs sont aussi la cause de surdités fréquentes chez les hommes d'étude soumis à un travail mental incessant.

Les ouvriers en contact avec des poussières irritantes (farine, charbon, balayures, etc.) doivent prendre soin d'avoir toujours le conduit auditif très propre, pour ne pas être sujets à des lésions auriculaires. Ces poussières provoquent, en outre, des catarrhes naso-pharyngiens qui se transmettent à la caisse du tympan.

Influence de certains métiers, du tabac, des boissons alcooliques, de l'épuisement nerveux. — Importance de l'hygiène de l'oreille pour les chanteurs. — Nécessité d'examiner l'oreille des enfants dans les maladies infectieuses. — Influence de la puberté, des périodes menstruelles, de la grossesse, du sexe, de certaines préparations pharmaceutiques (quinine, acide salicylique et leurs sels), etc., etc.

Nous sommes amenés à abréger même notre première analyse pour ne pas dépasser les limites d'un compte rendu. Nous terminerons en répétant que cette monographie devrait être entre les mains de tous les praticiens. Elle constitue un petit traité d'hygiène dont nous n'avons pas l'équivalent dans notre littérature médicale, et nous sommes persuadé qu'une traduction française n'aurait pas moins de succès que la publication italienne, dont la seconde édition a suivi si rapidement la première.

Prevenire è meglio che reprimere nell' ordine fisico como nel morale.

Nous ne saurions mieux terminer que par cette citation empruntée par l'auteur à Sormani.

A. JOLY.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Syphilis de la caisse, par le Dr W. KIRCHNER, de Wurzburg.
(*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVIII, 3^e liv.)

La syphilis atteint fréquemment l'oreille, et les modifications pathologiques observées intéressent aussi bien l'oreille interne et moyenne que le labyrinthe. On rencontre ici toutes les phases de la maladie, depuis les formes récentes de la syphilis générale jusqu'aux destructions les plus graves des tissus.

Dans l'oreille externe se rencontrent des condylomes et ulcérations, en même temps que les autres parties du corps présentent des accidents syphilitiques; les néoplasmes gommeux sont plus rares (Hessler, Pollak).

D'après Gruber, on observe aussi des syphilides papuleuses sur la membrane du tympan, lesquelles en amènent l'ulcération et la perforation.

Mais les affections syphilitiques de la caisse sont plus fréquentes que celles de l'oreille externe. Elles sont souvent amenées par des inflammations et ulcérations de l'espace naso-pharyngien et donnent lieu à des otites purulentes avec destruction de la membrane du tympan, et même à la carie, à des thromboses et méningites, sans cependant présenter habituellement d'autres symptômes que les affections purulentes non spécifiques. D'autres fois, la maladie affecte la forme de catarrhe chronique et de ce que l'on appelle la sclérose de la caisse, et se caractérise surtout par la tendance à l'hyperplasie des parties molles et osseuses du temporal.

Après avoir rappelé les cas publiés par Voltolini, Schwartz, Toynbee et Troltsch, l'auteur rapporte une observation concernant un individu de 29 ans, atteint en 1887 et 1888, à plusieurs reprises, de violentes douleurs au fond de l'oreille et par moments d'une légère dureté de l'ouïe. L'exploration montra une rougeur diffuse de la membrane du tympan et, au bord de celle-ci, une injection vasculaire avec des signes non douteux de la présence d'un exsudat séreux dans la caisse.

Après la paracentèse de la membrane du tympan, les symptômes péribles disparurent rapidement, et le patient resta plusieurs mois sans reparaitre. Pendant son traitement à la clinique otologique, le patient fut traité également pour des ulcérations syphilitiques de l'espace naso-pharyngien, et dut subir une cure prolongée dans la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Voici quelques détails sur la marche de l'affection syphilitique :

Le patient entra pour la première fois à l'hôpital le 3 février 1887. L'infection primitive avait eu lieu en juillet 1884 sous forme d'un chancre d'un centimètre de diamètre sur le gland, qui avait amené la destruction du frein du prépuce. En septembre 1884, blennorrhagie; au commencement de 1885, légère éruption, qui disparut bientôt d'elle-même.

En octobre 1885, difficulté de la déglutition, taches rouges et pustules sur le corps. Guérison après 40 frictions faites en dehors de l'hôpital. En janvier 1886, nouvelle éruption; traitement ioduré et nouvelle cure de frictions pendant laquelle se déclare une épидидymite.

Dans l'été de 1886 surviennent de forts embarras de la déglutition avec enflure et douleurs dans le nez. Au commencement de 1887, éruption sur la tête et tout le corps de nodosités bientôt en voie de décomposition purulente et donnant lieu à la formation de croûtes; détachement d'un fragment de l'os de la cloison du nez. Entrée à la clinique des maladies syphilitiques; traitement ioduré bien supporté. Le traitement par les emplâtres mercuriels et salicylicatés amena la guérison des ulcérations syphilitiques, et le malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines. C'est à ce moment que commença la maladie d'oreille.

Cinq mois plus tard, en juillet 1887, le patient dut rentrer à l'hôpital; il était survenu de fortes céphalalgies, surtout la nuit, et une perforation du palais et de la cloison du nez. Un traitement de cinq semaines par des doses progressivement croissantes d'iodure de potassium améliora beaucoup l'état général, et le patient quitta de nouveau l'hôpital en août 1887.

En avril 1888, le patient se noie et l'auteur se fait envoyer les temporaux.

Il y avait dans la caisse, des deux côtés, un peu d'exsudat sanguinolent et une légère injection vasculaire du promontoire. Les membranes du tympan ne présentent pas d'altérations notables.

Bien que le cadavre eût séjourné plusieurs jours dans l'eau, les préparations microscopiques faites de la façon habituelle montrèrent les tissus bien conservés, et l'épithélium vibratil se voyait encore en plusieurs places de la caisse.

L'examen microscopique montra, déjà sous un faible grossissement, des modifications pathologiques des vaisseaux de la muqueuse de la caisse et de l'os sous-jacent, telles que celles observées dans les affections syphilitiques. Les vaisseaux étaient entourés d'un large amas de petites cellules. Cette infiltration affectait aussi bien les gros rameaux vasculaires que les plus petits vaisseaux. En outre, l'endothélium était atteint de dégénérescence, les cellules renfermaient des granulations grasses et une grande quantité de pigment. La lumière des troncs artériels du promontoire était fortement réduite par la prolifération

de la tunique interne, à la suite d'une indartérite syphilitique. Il s'agissait ici de l'affection vasculaire constatée pour la première fois par Heubner sur les artères de la pie-mère dans la syphilis.

Une autre modification caractéristique de la syphilis se montrait dans les couches périostales profondes de la muqueuse de la caisse. Il y avait sur le promontoire des formations osseuses spéciales, lenticulaires, se distinguant nettement du reste de l'os de la paroi interne de la caisse et se reliant en forme de chapelet par des cordons périostaux. C'est là une forme particulière d'affection périostale syphilitique, analogue à la périostite syphilitique du tibia ou de la clavicule.

Aux places où se trouvaient ces formations osseuses, lenticulaires, l'infiltration cellulaire des vaisseaux de la couche muqueuse superposée atteignait précisément son plus fort développement.

Ces mêmes dépôts lenticulaires se rencontraient aussi dans quelques canaux d'Havers avec infiltration cellulaire et accumulation de pigment et de tissu conjonctif de formation nouvelle. C'est bien là, d'après Rindfleisch, une affection osseuse typique de la syphilis constitutionnelle.

L'infiltration vasculaire, la périvasculite, se rencontraient aussi vers la fenêtre ovale, la fenêtre ronde et la base de l'étrier.

Les vaisseaux conduisant dans les cavités osseuses de la paroi interne de la caisse étaient remplis de granulations pigmentaires, complètement oblitérés par places, et aboutissaient dans une cavité remplie de débris granuleux où la substance osseuse s'était peu à peu atrophiée par défaut de nutrition.

En plusieurs places du promontoire se trouvaient des fragments d'os détachés offrant la même forme que ceux observés par Moos et Steinbrugge.

Toutes ces modifications indiquent une période de début de la syphilis de la caisse. Ce cas présente une grande analogie avec les observations de Voltolini et de Schwartze.

Au point de vue clinique, les otalgies qui amenèrent le patient à l'hôpital sont dignes d'être notées. Elles s'expliquent par la maladie du périoste et les altérations des vaisseaux de la caisse et s'observent fréquemment dans la syphilis constitutionnelle. Par suite, en présence d'otalgies persistantes, on devra penser à la possibilité d'une maladie syphilitique et chercher à fixer le diagnostic par un examen sérieux dirigé dans ce sens.

Des figures jointes au texte montrent les préparations microscopiques de l'auteur.

Nous avons cru devoir rapporter ce cas avec quelques détails à cause de la rareté des observations anatomo-pathologiques relatives à la syphilis de l'oreille. Ce n'est que par la réunion d'études de ce genre que l'on arrivera à être fixé sur les désordres provoqués par la syphilis dans l'organe auditif et que l'on pourra en déduire un traitement rationnel. D^r A. JOLY.

Contribution à l'étude de l'otite moyenne scarlatineuse, par le Dr Voos, de Riga. (*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVII, 3^e et 4^e fasc.)

L'auteur signale la différence d'appréciation des otologistes et des médecins d'enfants relativement au pronostic des otites scarlatineuses. Les derniers établissent un diagnostic beaucoup plus favorable. Peut-être cela tient-il à ce que les formes graves et négligées viennent surtout en traitement chez les spécialistes. Si l'on considère l'époque de l'apparition, on trouve immédiatement deux groupes assez nettement distincts; les otites survenant au moment le plus grave de la scarlatine ont une marche beaucoup plus grave que les formes plus tardives, se montrant seulement dans la troisième ou quatrième semaine.

Les premières correspondent aux descriptions de l'otite scarlatineuse donnée dans les manuels et traités des maladies de l'oreille, tandis que les dernières ont une issue généralement favorable sous l'influence d'un traitement simple.

Parmi ces formes tardives, l'auteur appelle spécialement l'attention sur un genre d'otite qui n'a qu'un rapport indirect avec la scarlatine, mais un rapport direct avec la néphrite. La dépendance est si intime que, dans les cas typiques, la marche de la néphrite peut se déduire de celle de l'otite. Avec la diminution de la sécrétion urinaire et la fièvre qui l'accompagne survient de l'affaiblissement de l'ouïe avec douleur dans l'une ou les deux oreilles. L'inspection montre la muqueuse pharyngienne rouge, l'hyperhémie de la caisse, mais pas d'exsudat. Dans les cas légers il suffit de la douche d'air par le procédé de Politzer et de l'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 0/0 pour faire disparaître tous les symptômes. Mais c'est alors un signe que la sécrétion urinaire n'est arrêtée que d'une façon passagère. Si au contraire la quantité d'urine reste longtemps très diminuée, il se produit très rapidement de l'exsudation avec rougeur et tuméfaction de la membrane du tympan, perforation

de celle-ci et écoulement séreux, puis séro-purulent. La sécrétion d'abord très abondante diminue ensuite, mais persiste et se trouve alors parfois en rapport direct avec l'albuminurie et la diminution de la sécrétion urinaire. Si l'albuminurie disparaît rapidement, l'otite disparaît à son tour au bout d'une ou deux semaines et l'ouïe redevient normale. Si l'albuminurie se prolonge, l'otite peut aussi guérir la première.

Le pronostic de cette variété d'otite serait favorable, d'après l'auteur, pourvu toutefois que le traitement soit dirigé aussi bien contre la néphrite que contre la maladie de l'oreille. Le traitement de l'oreille est simple et peut être pratiqué par les parents. Après la perforation de la membrane du tympan il suffit de laver l'oreille avec des solutions stérilisées de sel marin ou des solutions faibles d'acide borique, de sécher avec du coton dégraissé en pratiquant la douche d'air et de fermer le conduit avec du coton. Si la fermeture de la perforation est retardée dans des cas rares jusque vers la sixième semaine, cela tient, d'après l'auteur, plutôt à la persistance de la néphrite qu'à l'insuffisance du traitement.

D^r A. JOLY.

Contribution à l'étude des déhiscences dites spontanées du toit de la caisse du tympan, par le D^r OTTO KORNER, de Francfort-s.-M. (*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVIII, 3^e livr.)

Dans un travail précédent, l'auteur a montré que le plancher de la fosse moyenne du crâne est en moyenne plus élevé au-dessus du conduit auditif chez les dolichocéphales que chez les brachycéphales. Par suite la couche osseuse qui sépare le méat de la fosse moyenne du crâne est plus épaisse en général chez les premiers que chez les seconds.

Il en est de même du toit de la caisse. Chez les dolichocéphales il a généralement quelques millimètres d'épaisseur de plus et contient des espaces pneumatiques.

On peut se demander, en conséquence, si ce que l'on appelle les déhiscences spontanées du toit de la caisse ne sont pas plus fréquentes chez les brachycéphales. Pour résoudre la question, l'auteur a examiné 131 crânes des collections du musée anatomique de Marbourg.

Sur 39 dolichocéphales, il n'a trouvé aucune déhiscence du toit de la caisse proprement dit.

Sur 92 brachycéphales, au contraire, il y en avait 9 avec dé-

chirurgie du toit du tympan. Sur l'un des crânes l'anomalie était bilatérale.

Ces déchiscences du toit du tympan ont une grande importance pratique. Elles facilitent, comme on sait, la transmission des maladies si fréquentes de l'oreille moyenne aux méninges et au cerveau, et, comme ces déchirures sont plus fréquentes chez les brachycéphales, il en résulte pour ceux-ci un danger généralement plus grave dans les inflammations de l'oreille moyenne. Cette particularité mérite d'autant plus de fixer l'attention, que déjà les maladies de l'oreille moyenne sont plus dangereuses chez les brachycéphales par suite du plus grand abaissement de la fosse moyenne du crâne et de la projection en avant du sinus transverse.

D^r A. JOLY.

Appareil pour introduire les médicaments dans la trompe, son utilité dans les maladies d'oreilles, par le D^r CARL LAKER, de Gratz. (*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVIII, 3^e livr.)

On sait qu'une grande sensibilité douloureuse est l'une des contre-indications de l'emploi du cathéter. Les causes de cette sensibilité peuvent être de nature variable et avoir des sièges divers. Souvent la plus grande douleur est ressentie quand le cathéter passe dans le méat inférieur du nez, surtout en présence d'une tuméfaction de la muqueuse qui en rétrécit la lumière.

L'orifice pharyngien de la trompe peut aussi être le siège d'une grande sensibilité. L'impression est d'autant plus pénible, si le bec du cathéter doit être solidement fixé dans l'orifice pour pratiquer des injections dans la caisse ou introduire une bougie dans le canal de la trompe.

On évite généralement cette difficulté à l'aide du procédé de Politzer ou d'un procédé similaire, mais il est des cas où le cathétérisme est absolument indiqué.

Un cas de ce genre a conduit l'auteur à surmonter la difficulté d'une autre manière. Il s'agissait d'une dame atteinte, à la suite d'un catarrhe chronique de la caisse, de bourdonnements d'oreille si violents qu'elle ne pouvait plus dormir et était tombée dans un état de mélancolie bien connu des médecins auristes. Après diverses tentatives avec la douche d'air, le brome, l'électricité, etc., l'auteur essaya l'emploi de bougies, mais le cathétérisme et l'introduction de la bougie, dont l'effet d'ailleurs fut relativement très favorable, étaient excessivement douloureux.

Après avoir essayé des badigeonnages avec une solution de cocaïne, sans parvenir à obtenir l'anesthésie des parties inté-

ressées de la muqueuse, l'auteur fut conduit à faire construire un instrument spécial pour atteindre plus commodément le but qu'il se proposait.

Cet instrument, qui fait l'objet de la présente communication, consiste en une seringue de Pravaz, dont l'ajutage antérieur en caoutchouc durci porte un pas de vis, sur lequel vient s'ajuster une canule d'argent portant à son extrémité un renflement arrondi sur lequel on fixe à l'aide d'un fil de soie un bourrelet de coton. La courbure de la canule en forme de cathéter peut se modifier à volonté.

L'instrument construit par Leiter, de Vienne, s'emploie de la manière suivante. On commence par désinfecter la canule et la seringue avec une solution de 5 0/0 d'acide phénique, puis on lave à l'eau pure et on remplit à moitié la seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0. On visse la canule sur la seringue, on adapte à son extrémité un bourrelet de coton et on introduit la canule à la façon d'un cathéter en lui imprimant de légers mouvements de rotation et en poussant en même temps d'une manière continue un peu de la solution de cocaïne dans le bourrelet de coton. A la physionomie du patient, on reconnaît les places plus particulièrement douloureuses, et alors on arrête un moment la marche de l'instrument en poussant un peu de la solution de cocaïne jusqu'à ce qu'une légère pression ne provoque plus de douleur. Enfin, au moment voulu, on relève latéralement le bec du cathéter et l'on anesthésie de la même manière le pourtour de la trompe par de légers mouvements de rotation et de va-et-vient de l'instrument. Enfin on laisse encore environ un quart de minute le bourrelet de coton dans l'orifice pharyngien de la trompe. On retire ensuite l'instrument, en s'assurant encore par des mouvements latéraux que le passage est insensibilisé, tout en continuant à introduire un peu de la solution de cocaïne. Il suffit en général de cinq divisions d'une solution à 5 0/0 pour les deux côtés du nez.

La plupart des patients éprouvent une sensation de soulagement due au dégonflement des cornets par suite de l'action de la cocaïne. Le tissu érectile du cornet inférieur est réduit de volume, l'engorgement de la trompe est diminué et l'air pénètre dans la caisse sous une pression bien moindre.

Les indications pour l'emploi de l'instrument sont les suivantes :

1° Anesthésie locale de la voie suivie par le cathéter pour le

cathétérisme de la trompe dans les cas de tuméfaction de la muqueuse des cornets et de l'orifice pharyngien et, d'une manière générale, dans tous les cas où l'introduction du cathéter est très douloureuse ;

2° Comme manœuvre préparatoire avant la douche de Politzer pour faciliter la pénétration de l'air dans l'une des trompes ;

3° Comme moyen de diagnostic pour reconnaître si l'obstacle au passage de l'air est dû à une tuméfaction de l'orifice pharyngien de la trompe ou à une sténose plus profonde ;

4° Pour l'application locale d'astringents et de caustiques à l'orifice pharyngien de la trompe.

Par exception, nous avons donné la description de ce nouvel instrument, parce qu'il nous paraît bien conçu et destiné à rendre des services dans les cas si nombreux où le traitement de l'oreille est entravé par la difficulté du cathétérisme. D^r A. JOLY.

Contribution à l'étude des éléments pathogènes de l'otite moyenne purulente, par le D^r F.-J. HABERMANN, professeur d'otologie à Prague. (*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVIII, 3^e livr.)

Le *staphylococcus pyogenes aureus* que l'on rencontre si fréquemment dans le corps de l'homme, comme cause de la suppuration, n'a été trouvé jusqu'ici que dans quelques cas dans l'otite moyenne purulente. C'est ce qui a conduit l'auteur à publier l'observation suivante, dans laquelle il a réussi à reconnaître la présence de ce micrococcus dans l'exsudat de l'oreille moyenne et les modifications produites dans la muqueuse.

Le 20 janvier 1887, le D^r H... eut l'occasion de faire la dissection des deux oreilles et du pharynx nasal d'un enfant de dix jours, qui avait succombé à une bronchite catarrhale avec pneumonie lobulaire bilatérale et qui avait eu la veille de sa mort un écoulement séreux de l'oreille droite.

Dans les conduits auditifs se trouvaient des masses purulentes d'un gris blanchâtre, l'épiderme de la membrane du tympan et de la portion osseuse du méat était macéré et en grande partie détaché de la membrane, qui, en dessous, se montrait fortement tuméfiée et d'un rouge brun foncé, de telle sorte que l'on ne pouvait voir les parties du marteau.

L'oreille moyenne était remplie d'un pus gris rougeâtre, la muqueuse fortement tuméfiée et d'une teinte rouge foncé avec des traces d'hémorragie surtout dans l'antra mastoïdien, sur le promontoire et autour des osselets.

Les cultures obtenues avec le pus sur agar et gélatine mon-

trèrent la présence du *staphylococcus pyogenes aureus* et du *bacillus pyogenes foetidus* ou d'un bacille analogue. La nature infectieuse du premier fut en outre mise en évidence par l'inoculation sous la peau du dos d'une souris grise.

L'examen histologique des deux oreilles montra que celles-ci étaient affectées de la même manière. La muqueuse de l'oreille moyenne, à l'exception de la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache, était fortement tuméfiée, riche en cellules et montrait de nombreux vaisseaux fortement dilatés et remplis de sang. Ces modifications variaient d'intensité aux diverses places suivant le degré de développement de la maladie. A côté de places encore saines s'en trouvaient d'autres dépouillées d'épiderme et où les couches superficielles de la muqueuse montraient déjà des amas de cocci. En particulier, la muqueuse du promontoire était complètement envahie jusqu'à l'os par des amas de microcoques, dont la distribution était irrégulière.

Les vaisseaux en général ne renfermaient pas de cocci, cependant quelques-uns en présentaient déjà, ce qui explique les hémorragies. Les leucocytes se trouvaient en assez grand nombre dans la muqueuse.

Modifications analogues dans la membrane du tympan, l'antre mastoïdien et la trompe d'Eustache, sauf dans la partie cartilagineuse, où la grande richesse vasculaire faisait défaut.

Aucun signe d'inflammation dans le labyrinthe.

Dans les couches superficielles de la muqueuse naso-pharyngienne se trouvaient aussi de nombreuses petites hémorragies avec des amas plus ou moins considérables des mêmes cocci que dans l'oreille moyenne. Quelques vaisseaux lymphatiques des parties profondes en étaient complètement remplis.

En résumé, il y avait dans les deux oreilles une inflammation purulente et hémorragique de la muqueuse avec névrose partant de la surface. Cette maladie était due à la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*; l'invasion du *bacillus pyogenes foetidus*, trouvé également dans l'exsudat, ne s'était produite probablement qu'après la mort et n'avait, par suite, aucune signification. Si l'on compare les modifications observées dans la muqueuse malade avec celles décrites par les différents auteurs comme suite de l'action du *staphylococcus* dans les divers tissus on trouve une grande concordance.

Quant à la marche de l'otite moyenne déterminée par ce microbe, il n'y a jusqu'ici aucun travail publié à ce sujet. Le cas

actuel montre qu'il s'agit d'une maladie grave qui n'aurait pu guérir qu'après détachement des parties de la muqueuse atteintes de nécrose, une longue suppuration et probablement des pertes de substance des tissus de l'oreille moyenne, en laissant une forte diminution de l'ouïe. Une atteinte rapide du labyrinthe était probable.

Relativement à la voie suivie par le staphylococcus pour pénétrer dans la caisse, l'auteur pense qu'il ne peut guère y avoir de doute à cet égard. Dans presque tous les cas d'otite moyenne, l'inflammation se propage par la trompe d'Eustache; dans le cas actuel, l'affection analogue des tissus naso-pharyngiens et de la muqueuse de la trompe montre bien qu'il doit en avoir été ainsi.

Chez nous les travaux d'histologie pathologique relatifs à l'oreille sont assez rares. Aussi croyons-nous qu'il y a intérêt à faire connaître les travaux de ce genre publiés à l'étranger, ne fût-ce que pour engager nos jeunes praticiens à explorer un domaine trop négligé où ils trouveraient une riche moisson de découvertes originales, au grand profit de la science et des malades atteints dans l'un des organes les plus importants au point de vue des relations sociales.

D^r A. JOLY.

Compte rendu des travaux de la section otologique de l'Association médicale britannique, à Glasgow, les 8 et 10 août 1888, par le D^r THOMAS BARR. (*Arch. f. Ohren.*, vol. XXVIII, 2^e et 3^e livr.)

Nous trouvons dans les *Arch. f. Ohren.* le compte rendu en anglais de la section otologique du congrès de l'association des médecins anglais, tenu à Glasgow en août 1888. Trois sujets principaux ont été discutés :

- 1^o Conditions nécessitant l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des meilleures méthodes d'opération ;
- 2^o Végétations adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'oreille moyenne et leur traitement ;
- 3^o De la véritable valeur des membranes tympaniques artificielles.

Relativement à la première question, le D^r Mc BRIDE discute la valeur de l'incision de Wilde, avant la formation du pus, dans les inflammations de l'apophyse mastoïde. Pour lui, l'opération est simplement palliative, elle offre en outre le moyen d'examiner les conditions présentées par la couche corticale de l'apophyse. Incidemment M. le D^r Mc Bride signale les inconvénients de l'insufflation de substances pulvérulentes dans les suppura-

tions de l'oreille moyenne avec petites perforations de la membrane du tympan. Il croit qu'en pareil cas l'inflammation de l'apophyse mastoïde peut résulter d'une rétention de pus produite par ces poudres.

Quant à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, le D^r Mc Bride considère la douleur persistante avec symptômes d'irritation des méninges et suppuration de l'oreille moyenne comme l'indication principale. L'opération doit se faire aussi près que possible du méat et à l'aide du marteau et de la gouge. La plaie est lavée toutes les heures ou toutes les deux heures avec une solution tiède d'acide borique que l'on fait passer alternativement du méat vers la plaie et inversement. Le D^r Mc Bride conseille l'emploi de ferments digestifs, tels que la trypsine et la papayotine, comme moyen de nettoyer les recoins de l'oreille moyenne.

Le D^r STEWART indique le moyen dont il se sert pour fixer le point de pénétration dans l'apophyse mastoïde. Il tire une ligne dans la direction de l'apophyse zygomatique, coïncidant exactement avec le toit osseux du conduit auditif externe et une autre ligne perpendiculaire à la première, dirigée en bas et coïncidant exactement avec la paroi postérieure osseuse du méat. L'angle postérieur formé par ces deux lignes marque le point à perforer. La perforation doit se faire aussi près que possible de ces deux lignes, mais sans les dépasser.

Le D^r BARR regarde comme dangereux l'emploi du ciseau et du maillet. Il préférerait un trépan de dentiste adapté convenablement.

Sur la question des végétations adénoïdes, le D^r LEMNOX BROWN recommande l'emploi de l'ongle comme la meilleure méthode d'enlèvement. Il regarde l'usage des anesthésiques comme inutile dans le cas d'une seule opération. Si l'opération est répétée, il faut généralement, dans le cas d'un enfant, avoir recours au chloroforme.

Le D^r ADOLPHE BRONNER, de Bradford, sur 250 écoliers, en a trouvé 8 0/0 présentant les symptômes de végétations adénoïdes. Sur 152 cas de végétations, 85 0/0 ont montré des symptômes d'affections passées ou présentes de l'oreille moyenne. Il croit que la curette de Hartmann constitue la meilleure méthode d'enlèvement.

Le D^r FARQUHAR MATHESON cite plusieurs cas où l'enlèvement de végétations adénoïdes du pharynx nasal a guéri complètement le bégayement.

Le D^r LAURENCE TURNBULL rejette l'emploi des anesthésiques généraux, tels que le chloroforme, et leur préfère le chlorhydrate de cocaïne, qui agit comme anesthésique local. Il a reconnu que toutes les opérations du nez et de la gorge peuvent être faites avec succès à l'aide d'une solution à 2 ou 4 0/0 de cocaïne. Le mieux est de dissoudre la cocaïne dans une solution aqueuse à 1 0/0 d'acide phénique pur cristallisé, qui favorise l'action de la cocaïne et empêche la production de symptômes nerveux.

Le D^r WALTER WOLSTON, d'Edimbourg, croit pouvoir affirmer, d'après son expérience, qu'environ 75 0/0 des cas de surdité en Angleterre sont dus à la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal.

Le D^r BARR reconnaît que ces végétations sont très fréquentes en Ecosse et constituent l'une des causes les plus importantes des maladies de l'oreille. La découverte de cette source d'affections de l'oreille constitue un fait considérable en otologie. Pour le traitement opératoire le D^r Barr se sert de l'ongle, de l'ongle artificiel en acier et de la pince de Löwenberg. Généralement il préfère l'ongle artificiel à l'ongle du doigt. Souvent il emploie d'abord la pince de Löwenberg, puis termine avec l'ongle artificiel.

Sur la véritable valeur de ce qu'on appelle les membranes tympaniques artificielles, plusieurs orateurs ont pris la parole, et le D^r BARR a résumé la discussion en disant que la boulette de coton est, en somme, la meilleure forme de membrane tympanique artificielle. Avant de l'appliquer, il faut que la sécrétion purulente, si elle existe, soit guérie ou du moins réduite à très peu de chose. Il faut aussi avoir soin de ne l'introduire d'abord que pendant peu de temps, pas plus de deux ou trois heures, sans cela une affection purulente peut être provoquée qui décourage le patient. Pour décider de la valeur de ce remède dans un cas donné, il faut procéder avec beaucoup de soin, varier la forme, la grosseur et la position de la boulette de coton. Un certain degré de pression est habituellement nécessaire pour obtenir un bon résultat. Le segment postéro-supérieur de la membrane du tympan est ordinairement la meilleure place. La boulette de coton doit être humectée, de préférence avec un liquide antiseptique. Pour empêcher le coton de se déplacer, il est bon de le tremper dans du collodion avant son application, il peut alors rester en place des jours et des semaines, s'il est bien supporté.

Les « tympan » préconisés dans les réclames des journaux et qui consistent en un morceau de caoutchouc fixé sur une tige métallique ont fréquemment de très fâcheux effets et ne doivent jamais être employés sans l'avis d'un médecin.

Après ces trois questions principales, quelques communications ont encore été faites, entre autres sur les abcès du cerveau d'origine otitique.

L'idée adoptée au Congrès de Glasgow, de fixer un certain nombre de questions importantes, sur lesquelles est appelée l'attention des spécialistes, nous paraît des plus heureuses, et son adoption ne peut que contribuer aux progrès de nos connaissances en otologie.

A. JOLY.

Compte rendu de la clinique universitaire des maladies de l'oreille de Halle, du 1^{er} janvier au 31 mars 1888, par les D^{rs} REINHARDT et LUDWIG, médecins assistants. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVII, 2^e, 3^e et 4^e liv.)

La clinique des maladies de l'oreille de l'Université de Halle, dirigée par le professeur SCHWARTZE, est l'une des plus importantes de l'Allemagne, la plus importante surtout au point de vue chirurgical. Du 1^{er} janvier 1887 au 31 mars 1888, le nombre des cas traités s'élève à 1,893 se répartissant sur 1,583 malades; le nombre des opérations pratiquées s'est élevé à 582. Le compte rendu détaillé publié dans les *Arch. f. Ohr.* mérite donc de fixer l'attention, et nous nous proposons d'en extraire les données principales.

Dans la partie de ce compte rendu contenue dans le présent fascicule, après la statistique générale des cas traités, nous trouvons rapportés trois cas à terminaison fatale avec résultat d'autopsie.

Le premier cas concerne un enfant de 12 ans, atteint depuis plusieurs années d'une otorrhée chronique bilatérale, laquelle avait amené une carie osseuse. A la suite de l'ouverture de l'apophyse mastoïde des deux côtés, l'état du patient paraissait devoir s'améliorer, quand il reçut d'un compagnon de jeu un coup sur la tête. Quatre jours après, la température, restée normale jusque-là, s'élève à 40°,4, et deux jours plus tard survient le premier frisson.

Il est probable que le traumatisme fut la cause directe du détachement d'une parcelle de thrombus d'un sinus déjà en voie de décomposition et de la pyémie consécutive, suivie bientôt des

symptômes de pression cérébrale provoqués par le développement rapide d'un abcès dans le lobe temporal.

A ce propos, les auteurs rappellent les symptômes qui permettent de porter le diagnostic d'un abcès du cerveau, et ils espèrent qu'en l'état actuel de l'antisepsie en chirurgie on pourrait, à l'aide de trépanations d'essai dans le siège probable de l'abcès, arriver à fixer le diagnostic et à sauver un grand nombre de malades.

Dans le second cas, des symptômes non douteux de pyémie existaient déjà au moment de l'entrée du malade dans la clinique, et la trépanation des deux apophyses mastoïdes faite aussitôt ne put le sauver.

Les auteurs se demandent si, dans le cas de pyémie déjà existante, provoquée par une suppuration chronique de l'oreille moyenne, on doit intervenir par une opération chirurgicale. A leur avis, aussi longtemps qu'il n'y a pas de signes certains de métastases dans les poumons, on peut et l'on doit opérer. Mais dès que ces signes existent : toux avec crachement de sang, dyspepsie, etc., toute opération est inutile, car on ne peut plus sauver le patient. Les frissons et une forte fièvre constituent des contre-indications.

Enfin, le troisième cas rapporté est celui d'un enfant de 6 ans atteint d'otorrhée chronique depuis sa naissance, d'après le dire des parents. Les suites ont été : la carie de l'apophyse mastoïde, la phlébite des sinus, la pyémie et un abcès chronique du cervelet. Ici encore la trépanation de l'apophyse mastoïde ne pouvait plus sauver le malade. A l'autopsie, on trouva : une phlébite purulente du sinus transverse et du sinus pétreux supérieur du côté droit, un abcès du cervelet, un abcès sub-dural, des métastases sanieuses dans les poumons, un pyo-pneumothorax à gauche par suite de la rupture d'un abcès du poumon.

Nous continuons de parcourir rapidement ce compte rendu, en relevant quelques-unes des observations les plus intéressantes.

Six fois l'extraction du marteau a été pratiquée. Dans quatre cas il y avait une perforation de la membrane de Shrapnell, juste au-dessus de la courte apophyse du marteau, avec suppuration chronique fétide. On en conclut à la présence d'une carie de la tête du marteau, et dans tous les cas le diagnostic fut confirmé par l'examen anatomique après extraction du marteau.

Dans l'un de ces cas il y avait surdité complète, et de l'autre

côté une forte dureté d'oreille; l'excision de la membrane du tympan et du marteau donna, au grand contentement de la patiente, une augmentation de l'ouïe de 5 centimètres à 1 pied pour le langage murmuré (nombres). En outre, la suppuration chronique et les dangers qu'elle entraîne purent être écartés.

Chez presque tous ces malades on constate immédiatement après l'opération une lésion de la corde du tympan par suppression locale de la sensation gustative sur les deux tiers antérieurs du bord correspondant de la langue. Au bout de huit à quinze jours cette altération du goût avait disparu.

Pour l'enlèvement des végétations adénoïdes de l'espace nasopharyngien, les masses principales étaient enlevées avec la curette de Trautmann, puis, après avoir reconnu la place des résidus des excroissances à l'aide de l'exploration digitale, on enlevait ces derniers au moyen du couteau annulaire de Meyer. Cette méthode a donné d'excellents résultats, et les auteurs la regardent comme préférable à toutes les autres, qui exigent plusieurs séances et rencontrent de grandes difficultés, surtout chez les enfants.

Le traitement consécutif après ce mode d'opération a consisté dans l'emploi, pendant huit à quinze jours, de la douche nasale de Tröltzsch avec une solution faible de sel marin, pour nettoyer la surface de la plaie et enlever le pus.

Parmi les ruptures de la membrane du tympan, toutes celles venues de bonne heure en traitement ont été rapidement guéries par l'application d'un pansement occlusif aseptique. Il en a été de même pour les cas qui n'avaient pas été soumis précédemment à un traitement intempestif. A ce propos, les auteurs recommandent expressément d'éviter les injections dans l'oreille dans les cas de rupture de la membrane du tympan ou de lésion récente du méat. Les injections d'eau introduisent dans la plaie des organismes pathogènes. Après l'injection il est bien difficile, surtout aux non-spécialistes, de sécher complètement l'oreille, et le reste du liquide porté à la température du corps réalise les conditions les plus favorables au développement des microcoques du pus, d'où suppuration des bords de la plaie et otite moyenne purulente avec toutes ses conséquences.

Etant donné une rupture récente, il faut éviter avec le plus grand soin l'introduction d'organismes quelconques dans l'oreille, ne faire usage que des instruments complètement indispensables et après les avoir désinfectés avec soin, enfin appliquer un

pansement occlusif sec : morceau de gaze iodoformique ou au sublimé dans le méat, et bandage ; tel est le traitement employé dans la clinique du professeur Schwartze.

Parmi les nouvelles méthodes et instruments employés, le massage pour amener la résorption des exsudats de l'oreille moyenne a donné de bons résultats (frictions partant du plan mastoïdien en arrière de l'oreille et descendant jusque sur l'épaule en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques de la peau du cou — 5 à 10 minutes matin et soir avec la main grasse). Des exsudats qui avaient résisté à la douche d'air et à l'enlèvement répété après paracautère de la membrane du tympan ont disparu très rapidement à la suite du traitement combiné par le massage et la douche d'air.

Les auteurs signalent encore un double ballon avec réservoir pour la désinfection de l'air, dû à Beerwaldt de Leipzig et dont la manœuvre se fait commodément avec le pied grâce à une planchette formant pédale.

La créoline et l'iodol n'ont pas donné jusqu'ici des résultats bien remarquables.

Suit un tableau des cinquante trépanations de l'apophyse mastoïde faites dans la clinique de Halle pendant la période à laquelle se rapporte ce compte rendu.

DR A. JOLT.

De la suppuration et inflammation aiguë des cellules mastoïdiennes et leur guérison par l'excision des cellules sans ouverture de l'antre mastoïdien, par le Dr HESSLER, de Halle-S. (Arch. f. Ohr., vol. XXVII, 2^e et 3^e liv.)

Dans l'état actuel de la science, on admet généralement que les abcès de l'apophyse mastoïde sont rarement primitifs, mais que le plus souvent ils se produisent à la suite de l'inflammation de l'oreille moyenne. L'auteur cite à ce sujet les opinions exprimées dans les traités des maladies de l'oreille les plus récents, ceux notamment de Gruber, Politzer, Schwartze.

L'abcès se produisant d'ordinaire dans les cellules mastoïdiennes au cours d'une otite moyenne et à la suite de la rétention du pus, il en résulte que le traitement ne doit pas se borner à l'ouverture de l'abcès osseux, mais qu'il faut pénétrer jusqu'à l'antre mastoïdien pour donner issue au pus retenu dans l'oreille moyenne et prévenir le danger d'une atteinte du cerveau.

Des deux opérations usitées dans les affections de l'apophyse mastoïde : incision de Wilde et ouverture de l'antre mastoïdien, la première n'est donc indiquée que dans le cas d'une périostite

de l'apophyse, mais elle ne saurait suffire s'il existe un abcès des cellules mastoïdiennes, et, dans les cas douteux, l'auteur repousse l'expectative comme très dangereuse et recommande d'enlever le périoste pour bien se rendre compte de l'état de la surface extérieure de l'os; si cet état laisse supposer une inflammation des cellules, il ne faut pas hésiter à pénétrer plus avant.

L'auteur donne les tableaux des opérations faites sur l'apophyse mastoïde dans la clinique de Halle et dans celle de Berlin. Il y joint un tableau des opérations pratiquées en Amérique et relevées par John Roosa dans un travail récent. (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. XVIII, p. 314).

Dans tous ces tableaux, les opérations sur l'apophyse mastoïde sont rangées sous les deux rubriques : incision de Wilde et ouverture de l'apophyse mastoïde. L'auteur en ajoute une troisième, intermédiaire entre les deux autres, qu'il appelle l'*excision* de l'apophyse mastoïde. Elle consiste à pénétrer dans les cellules atteintes de carie et d'empyème et à enlever les parties malades sans aller jusqu'à l'antre mastoïdien.

Sur 136 affections de l'apophyse mastoïde qu'il a eu à traiter, l'auteur a pratiqué 66 opérations, dont 39 ouvertures de l'apophyse mastoïde, 4 incisions de Wilde et 23 *excisions* des cellules mastoïdiennes. L'*excision* pénètre plus profondément que l'incision de Wilde, mais, en principe du moins, moins profondément que l'ouverture de l'antre. Elle a sur celle-ci l'avantage d'un moindre danger; bien entendu, elle ne peut lui être substituée qu'autant qu'il n'y a pas abcès de rétention et que le foyer purulent peut être atteint et nettoyé sans pousser l'opération jusqu'à l'antre mastoïdien.

Pour les détails donnés par l'auteur sur la structure de l'apophyse mastoïde dans les cas opérés par lui, nous renvoyons au texte original.

Dans tous les cas l'ouverture des cellules mastoïdiennes (*excision*) a été suivie d'une grande amélioration de l'état général des malades. Dans aucun cas l'ouverture consécutive de l'antre n'a été nécessaire.

Les observations de l'auteur montrent le danger de l'empyème de l'apophyse mastoïde et la nécessité de l'intervention chirurgicale dès que surviennent des altérations de la face extérieure de l'apophyse mastoïde.

Hedinger avait déjà distingué les deux opérations : ouverture des cellules et ouverture de l'antre de l'apophyse mastoïde (con-

tribution à la pathologie et l'anatomie pathologique de l'oreille. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, vol. XIV, p. 55.) D^r A. JOLY.

Quatre cas de carie de l'oreille moyenne avec présentation du sinus transverse en avant de l'antre mastoïdien, par le D^r HESSLER, de Halle. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVI, 3^e et 4^e fasc.)

L'ouverture de l'apophyse mastoïde avec le ciseau, introduite par Schwartzé dans la thérapeutique de l'oreille, constitue, d'après l'auteur, un progrès considérable. Dans quelques cas cette opération est entravée par une conformation anormale de l'apophyse, le sinus transverse se trouvant situé en avant de l'antre mastoïdien. Ces cas sont assez nombreux, mais si l'on opère avec précaution ils n'entraînent pas un danger direct pour la vie du patient. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de l'auteur.

Hessler a trouvé douze cas de ce genre dans la littérature; il les reproduit en y joignant quatre cas de son observation personnelle.

Dans ces quatre cas la texture de l'os était spongieuse et la dure-mère fut mise à découvert à une profondeur de 2 à 4 millimètres et le sinus transverse entamé. Dans tous ces cas l'opération dut être interrompue sans avoir atteint le foyer de la carie. Néanmoins la guérison de la plaie eut lieu sans suppuration et sans fièvre. Dans deux des cas la carie de l'oreille moyenne fut guérie d'une façon définitive à la suite de l'opération; dans un troisième la guérison est proche, dans le quatrième la carie du toit de la caisse persiste, mais faiblement et sans symptômes généraux. Le résultat est donc en somme satisfaisant.

L'auteur ne pratique l'ouverture de l'apophyse mastoïde avec le ciseau que dans les cas où le traitement ordinaire continué en général pendant plusieurs mois n'a amené aucune amélioration de l'otorrhée et pour ne négliger aucun moyen pouvant amener la guérison. Souvent on abrège ainsi beaucoup le traitement et on évite au patient des complications dangereuses.

En terminant, l'auteur remarque que, malgré les recherches de R. Koch, qui semblent enlever à l'acide borique toute action antiseptique, il est indubitable que Bezold a obtenu avec ce remède des résultats satisfaisants dans le traitement des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille moyenne. Pourtant Hessler a abandonné aujourd'hui le traitement sec avec la poudre

borique, aussi bien qu'avec toute autre poudre. Depuis plus d'un an il emploie avec succès, en instillations dans l'oreille, une solution d'acide borique à 4 0/0 portée à 30° au moment de l'application. Ces instillations sont faites toutes les deux heures, et on appuie sur le tragus pour faire pénétrer le liquide dans les anfractuosités de la caisse. Il a même obtenu l'arrêt de l'écoulement à l'aide de cette solution, après que la solution du sublimé à 0,1 0/0 avait échoué.

A. JOLY.

Deuxième compte rendu de la polyclinique universitaire des maladies d'oreille de Tübingen, du 1^{er} avril 1884 au 1^{er} avril 1888, par le prof. Dr WAGENHAUSER. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVII, 2^e et 3^e liv.)

Nous laisserons de côté les chiffres de statistique pure, pour ne relever que les cas les plus intéressants notés par l'auteur.

Sur douze cas de corps étrangers introduits dans l'oreille, neuf fois l'extraction put se faire par de simples injections; dans trois cas il fallut avoir recours à l'extraction à l'aide d'instruments, après avoir endormi les patients. L'un de ces derniers cas concerne une petite fille de quatre ans qui s'était introduit un morceau de fer dans l'oreille gauche. Ni les injections ni le crochet ne purent amener le déplacement du corps étranger, la pointe du crochet se brisa et resta elle-même dans l'oreille. Il fallut avoir recours au décollement du pavillon, lequel fut pratiqué d'après la méthode décrite par Schwartze, et permit de retirer le morceau de fer et la pointe du crochet. La plaie en arrière de l'oreille guérit par première intention, mais une sténose se produisit à l'entrée du méat et entretint la suppuration pendant plusieurs mois. Avant l'arrêt de la suppuration, la sténose disparut d'elle-même. L'auteur l'attribue à l'enlèvement trop hâtif du tube de drainage.

Parmi douze cas de rupture de la membrane du tympan, un seul, dans lequel des injections et instillations d'huile avaient été pratiquées avant l'entrée dans la clinique, donna lieu à une forte inflammation avec longue suppuration et formation d'un abcès mastoïdien. Tous les autres cas guérirent sans inflammation.

Plusieurs des cas d'otite moyenne aiguë observés étaient dus à la pénétration de liquides irritants dans l'oreille moyenne par la trompe. L'auteur cite le cas d'un jeune homme souffrant d'un catarre chronique des fosses nasales et qui avait jusqu'alors employé la douche nasale sans inconvénient. Un jour le liquide

pénétra dans l'oreille moyenne, où il provoqua une violente inflammation.

Même accident arriva à un médecin qui se gargarisait la gorge. Il fut excité à rire et sentit à ce moment l'eau pénétrer dans l'oreille ; une violente otite se déclara.

L'auteur cite encore le cas d'une forte inflammation accompagnée de symptômes graves chez un enfant de six mois, due à la pénétration d'un lombric dans l'oreille. Disparition des symptômes et guérison rapide après expulsion du lombric, qui mesurait 10 centimètres de long et 2 millimètres de diamètre.

Vingt-sept cas de maladies aiguës de l'oreille à la suite de la rougeole furent observés pendant deux épidémies de rougeole en 1884-1885 et 1887-1888.

En réunissant les cas de maladies d'oreille observés pendant quatre ans, l'auteur trouve une proportion de 2, 9 0/0 pour les cas dus à la rougeole, ce qui concorde à peu près avec les chiffres donnés par d'autres auteurs.

Sauf dans un cas, les maladies d'oreilles consécutives à la rougeole ne présentèrent pas de formes graves.

Généralement les deux oreilles étaient affectées, mais non au même degré. Il y eut quinze fois écoulement purulent et douze fois catarrhe simple sans perforation de la membrane du tympan.

Relativement à la période d'apparition des premiers symptômes du côté de l'oreille, lesdits symptômes se sont montrés trois fois dans la période fébrile, du 2^e au 5^e jour ; dans tous les autres cas, seulement dans la période de desquamation.

Les cas légers sans perforation de la membrane du tympan ont été guéris en peu de temps par le traitement de l'espace nasopharyngien et la douche d'air. Même dans les formes purulentes et perforatives, il y eut assez rapidement fermeture de la perforation et guérison.

Dans presque tous les cas de maladies d'oreilles à la suite de la rougeole, l'auteur a constaté une forte sécrétion du nez et de l'espace naso-pharyngien ; il en conclut que dans la plupart des cas il s'agit d'affections transmises par l'espace naso-pharyngien.

L'auteur cite encore quelques cas intéressants de parésie et paralysie faciale, de névralgie dans le domaine du rameau auriculaire du nerf vague, et enfin un cas d'abcès mastoïdien remarquable par son extension ; le pus avait soulevé tout le cuir chevelu.

D^r A. JOLY.

Abcès cérébelleux consécutif à une otite suppurée. Trépanation. Guérison, par le Dr MACWEN, de Glasgow. (*Arch. of otology*, nos 3-4, 1889.)

C'est la première fois qu'un cas semblable est publié.

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, porteur depuis deux ans d'une otite moyenne suppurée gauche. Il est apporté moribond dans le service de M. Macewen : il est comateux, le pouls extrêmement faible et lent, les respirations sont au nombre de dix par minute ; double névrite optique. On n'avait aucun renseignement sur lui et on découvrit l'affection auriculaire grâce à une fistule en arrière du pavillon gauche. M. Macewen ouvrit d'abord l'apophyse mastoïde et la débarrassa d'une certaine quantité de pus caséeux : le sinus latéral fut ouvert et trouvé plein de granulations.

M. Macewen fit alors une trépanation au niveau de l'occipital, et en coupant les membranes au niveau du cervelet vit s'en échapper un flot de pus. Il évalua à quatre onces la quantité de pus sortie de l'intérieur du cervelet. Drain en os de poulet décalcifié ; pansement antiseptique renouvelé seulement quinze jours plus tard.

Un mois après le malade était guéri. On sut après l'opération que les symptômes présentés avaient été des vomissements, des douleurs de tête très intenses, des frissons violents et répétés et de l'hémiplégie à gauche, c'est-à-dire du même côté que l'oreille malade.

M. LS.

Un cas rare de réflexes auditifs, par le Dr STEINBRÜGGE, de Giessen. (*Arch. of otology*, nos 3-4, 1889.)

M. Steinbrügge a pu étudier à la clinique de Riegel un cas très intéressant d'hystérie chez un homme de 45 ans, sujet depuis quinze ans à des attaques singulières.

Après une sensation de froid montant des genoux à l'estomac ou un frisson général, le malade se mettait à faire quelques longues inspirations, puis brusquement la respiration devenait plus courte et plus rapide jusqu'à atteindre 60 au quart de minute. Il survenait alors de l'apnée, puis enfin des respirations profondes et irrégulières. La même série de phénomènes se répétait au bout de quelques instants, donnant des accès d'une durée totale de cinq à dix minutes, durant lesquels le malade gardait sa conscience, entendait bien, faisait ce qu'on lui commandait, mais ne pouvait parler. Après l'attaque, il bégayait un peu.

Le point le plus intéressant, c'est que *les attaques étaient provoquées par les sons musicaux et non par les bruits*. Un instrument de musique quelconque, même une trompette d'enfant, déterminait l'accès, tandis que les bruits du tambour, bruits de la rue, du chemin de fer, ne donnaient rien. M. Steinbrügge détermine le début d'une attaque en mettant un diapason sur le front, alors que le bruit d'une pile à courant faradique placée à côté du malade restait sans effet.

Le malade présentait les signes d'une sclérose double de la caisse probablement consécutive à une otorrhée, car le malade disait avoir eu dans son enfance un écoulement d'une oreille. Pour la montre, on trouvait $00 = \frac{0.15}{10}$; $06 = 0$ pour la conduction aérienne comme pour la conduction osseuse. Les accès, qui avaient duré quinze ans, cessaient subitement après une séance d'hypnotisme faite par l'assistant du professeur Riegel et ne se sont pas reproduits.

M. Steinbrügge se livre sur ce cas à d'intéressantes réflexions : il cherche d'abord à démontrer que l'excitation passant par le noyau de l'acoustique se propage au pneumogastrique et à l'hypoglosse pour produire les troubles de la respiration et de la parole. Mais quelle était la voie suivie ? Ce cas paraît à Steinbrügge comme plaidant en faveur de la séparation des organes percepteurs des sons musicaux et des bruits au niveau du labyrinthe, les sons musicaux étant perçus par la cochlée, les bruits par les terminaisons nerveuses du vestibule. On pourrait supposer en outre que les voies centripètes pour les sons musicaux passent par le noyau principal de l'acoustique, et que les voies centripètes pour les bruits gagnent le noyau latéral en passant par une partie de la racine antérieure du nerf.

M. LS.

Nouvelle contribution botanique et clinique à l'otomycose,
par M. SIEBENMANN. (*Arch. of otology*, nos 3-4, 1889.)

Depuis l'année 1883, époque à laquelle il publia, avec l'aide de Burckhardt-Merian, un travail sur les champignons de l'oreille, M. Siebenmann a étudié 52 nouveaux cas dont il donne le résumé. Les champignons n'ont pu être déterminés exactement que dans 36 cas. Sur ce nombre il a trouvé 16 fois l'*aspergillus fumigatus* Fres., 7 fois l'*aspergillus niger* Van Tieg., 2 fois l'*aspergillus nidulans* Eidam (qui se trouve sur les nids d'abeille), 2 fois l'*aspergillus flavus* Bref., 7 fois le *verticillium*

Graphiti Harz et Bezold, 1 fois le mucor corymbifer Lichth., et une fois le mucor septatus Bezold. Il faudrait y ajouter un cas de penicillium que S... croit pouvoir désigner sous le nom de *penicillium minimum*.

L'auteur entre dans des détails botaniques où il est inutile de le suivre : il suffira de faire remarquer que son cas d'otomycose par mucor corymbifer est le deuxième qui ait été rapporté, qu'il établit la possibilité de l'otomycose par l'aspergillus nidulans, enfin qu'il donne une description complète du verticillium graphii jusqu'ici confondu avec les trichotecium, etc.

Au point de vue clinique, S... établit que l'otomycose ne se rencontre pas chez les enfants au-dessous de 15 ans et que sa fréquence a diminué dans ces dernières années. Il croit que les instillations d'huile jouent un rôle très manifeste dans sa production. On trouve plus souvent l'otomycose chez les gens qui habitent la campagne.

L'otomycose peut ne donner lieu à aucun symptôme, lorsque par exemple le champignon s'est développé sur le cerumen. Dans les autres cas, on note habituellement l'otorrhée, très fréquemment séreuse, les démangeaisons, la douleur. On peut trouver aussi des troubles auditifs divers de date ancienne.

La terminaison est presque toujours favorable : le meilleur traitement est le traitement antiseptique, surtout avec l'alcool salicylique à 2 0/0.

M. LS.

Amélioration de l'audition par les bruits intenses dans le cas de bouchons cérumineux, par M. KOSEGARTEN, de Kiel. (Arch. of otology, n° 3-4, 1889.)

Kosegarten a vu que dans un grand nombre de cas d'obstruction par bouchon cérumineux on avait une très grande amélioration de l'ouïe en agitant fortement une sonnette en face de l'oreille. Le degré d'amélioration est fort variable : de 4 à 20, de 6 à 29, de 1 à 27, de 11 à 70, de 4 à 22, etc. L'amélioration est parfois immédiate, d'autres fois elle est plus marquée au bout de quelques minutes et elle peut même être exceptionnellement abaissée immédiatement après, mais remonte au bout de quelques minutes. Sur 94 cas observés, neuf fois seulement il n'y a eu aucun changement.

K... est porté à croire que l'occlusion longtemps continuée diminue la sensibilité du nerf acoustique et que le bruit intense produit par la sonnette l'irrite et augmente son activité. C'est

quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la paracousie de Willis ; mais dans ce cas l'irritation et l'amélioration sont simultanées, tandis que dans les expériences de K... l'amélioration persiste après l'irritation.

M. LS.

Nécrose et carie du temporal traitées par les acides,
par M. OLE BULL, de Christiania. (*Arch. of otology*, n° 2, 1889.)

M. O. Bull a fait des expériences *in vitro* pour se rendre compte de la valeur comparée des différents acides minéraux pour amener la décalcification des os cariés. Contrairement à l'opinion courante, il croit que les acides sulfureux et sulfurique sont sans grande valeur et qu'il faut leur préférer l'acide chlorhydrique.

Sous l'influence de cet acide, à la dose de 4 0/0 et employé en instillation une ou deux fois par semaine, l'os carié subit un gonflement très notable et se résorbe. Il n'y a pas de symptômes douloureux, mais souvent un peu d'inflammation passagère pendant laquelle il faut attendre. M. Bull a employé cette méthode dans quatre cas où on ne pouvait songer à extraire le séquestre et s'en est très bien trouvé. Il croit aussi que l'acide chlorhydrique pourrait être utile dans les infiltrations calcaires de la membrane du tympan.

Atresie congénitale de l'oreille, par M. E. JOEL, de Görbersdorf.
(*Arch. of otology*, n° 3-4, 1889.)

M. Joel a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cas où il a trouvé : un pavillon rudimentaire, une absence de l'os tympanal, une étroitesse tout à fait anormale de la caisse, une absence des osselets et de l'autre mastoïdien.

Après avoir décrit en détail les lésions observées, J... passe encore onze autres cas bien étudiés qu'il a rencontrés dans la science. Sa conclusion est que dans tous les cas ou à peu près l'arrêt de développement n'est pas limité à l'oreille externe, mais s'accompagne de lésions graves dans tout l'organe. Il serait donc illusoire d'essayer de remédier à cet état de choses par une opération. Un seul cas eut un résultat favorable, celui de Bonnafont, où il n'y avait qu'une sorte de membrane épaisse en avant de la membrane tympanique.

M. LS.

Essence de menthe poivrée dans l'otite suppurée, par M. BLUMENAU. (*Novoste Terapii*, n° 15, et *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juillet 1889.)

L'auteur recommande vivement l'emploi de ce traitement qui

a déjà été préconisé par Braddon. (*Lancet*, mars 1888.) Il réussit bien dans l'otite aiguë et guérit l'otite chronique en quinze jours. On fait un mélange de deux à quatre gouttes d'essence et de 30 grammes d'huile d'amandes douces que l'on introduit dans le conduit : au bout de dix à quinze minutes, on lave à l'eau chaude, on sèche, et on introduit dans le méat un bourdonnet d'ouate préalablement trempé dans le mélange. Le traitement est renouvelé le lendemain.

Mycosis des fosses nasales, en Russie, d'après un résumé du *Saint-Louis med. and surg. Journ.*, sept. 1889.

M. POKRASOFF rapporte dans le *Meditzina* (n° 12, 1889) l'histoire d'une jeune fille de 15 ans qui se plaignait de douleur du nez, céphalée, insomnie, malaise général, tous symptômes qu'elle attribuait à plusieurs nuits de sommeil sur la terre nue pendant la moisson. A l'examen du nez, qui est très rouge et gonflé, on trouve deux points blancs à la partie supérieure de la cavité nasale, près du septum. Enlevés avec une petite pince, ces deux points blancs furent reconnus comme les larves du *Sarcophila Wohlfahrti*. Deux jours après la malade revenait, se plaignant des mêmes symptômes : deux nouvelles larves furent enlevées du même point. Guérison complète.

D'après un livre publié en 1875 par M. PORTCHINSKY (*Histoire naturelle des mouches et des larves qui causent des maladies chez l'homme et les animaux*), cette mouche serait très commune dans le gouvernement de Mohilew, et dans tous les villages les paysans connaissent bien les accidents qu'elle occasionne. Il rapporte les observations de trois frères de 9, 7 et 5 ans ; l'un avait des larves dans l'oreille, ce qui lui causait des douleurs intolérables ; l'autre avait une partie de la lèvre supérieure et de la gencive dévorée ; chez le troisième les larves s'étaient développées dans le sinus frontal, ce qui amenait une sécrétion sanglante et puriforme continue, des accès convulsifs, de l'anémie, etc. L'affection serait très fréquente chez les enfants au-dessous de 13 ans, et comme la mouche n'entre jamais dans les habitations, il y aurait lieu de croire qu'elle ne s'introduit dans les cavités que chez les enfants qui dorment au dehors, couchés sur la terre.

Dans le *Vratch.*, n° 5 et 6, 1888, M. ED. BRANDT rapporte un nouveau cas d'abcès dentaire très douloureux chez un paysan adulte au niveau de la canine et d'une incisive de la mâchoire

supérieure. A l'ouverture de la plaie il s'échappa deux larves vivantes.

On trouvera encore un autre cas de mycose des narines, dû à M. VOLYNETZ, dans un mémoire de M. Huga Summa (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, juin 1889), et un mémoire intéressant du professeur Grube, de Charkow, dans les *Arch. d. Naturgeschichte* de Wiegmann, 1853, p. 282. M. LÉ.

Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide, obstruction des arrière-fosses nasales, par A.-J.-B. ROLLAND. (*Gazette médicale de Montréal*, août 1880.)

Femme de 26 ans, ayant depuis 4 ans et demi une obstruction nasale à peu près complète; perte de l'odorat, de la mémoire et céphalalgie violente. L'obstruction nasale est plus complète à gauche qu'à droite; coryza très fréquent dans les derniers temps, souvent aigu; avant le coryza le mucus s'écoulait en arrière. Nausées fréquentes; rhinoscopie antérieure, à gauche; déviation légère de la cloison, croûtes et muco-pus remplissant le nez, atrophie des cornets inférieur et moyen; au fond du nez, tumeur osseuse très dure, convexe et obstruant entièrement la cavité nasale; pas de communication entre le pharynx et le nez. A gauche, moins d'altération des cornets et existence d'une tumeur de même consistance, déprimée en bas, laissant passer l'air en faible quantité.

Rhinoscopie postérieure, tumeur assez considérable, convexe, déprimée au milieu par la cloison; dépression plus accusée de la partie inférieure de la tumeur en arrière qu'en avant; le sommet de la tumeur est peu visible. La consistance de la tumeur est de même nature qu'en avant. Pharynx nasal très congestionné recouvert par des mucosités.

L'auteur perfore cette tumeur. Cette perforation, pratiquée avec des instruments très variables, est plus facile au milieu qu'à la base; la perforation de la partie médiane, la plus convexe et la plus mince, donne issue à du liquide séreux, abondant.

A ce moment, la malade fut prise de défaillance et de vomissements, et l'auteur crut que le liquide était de nature céphalorachidienne; mais les accidents disparurent, et les troubles de la respiration s'amourèrent par suite de la désobstruction nasale. L'odorat s'améliora, la mémoire revint, la céphalalgie disparut, ainsi que les tendances au sommeil et les bourdonnements; les sécrétions ne tombèrent plus dans le pharynx, et la malade n'eut plus de coryza. L'état général s'améliora. A. G.

Tuberculose de la muqueuse nasale, par HAJEK. (*Intern. klin. Rundsch.*, in *Arch. de laryng. et de rhin.*, octobre 1889.)

L'auteur dit dans son mémoire que la tuberculose nasale est plus commune qu'on ne l'a dit, mais il n'est pas très facile de s'assurer toujours de la nature du mal, car l'examen histologique serait laborieux et souvent peu concluant. C'est surtout avec la syphilis héréditaire qu'il est peu aisé de diagnostiquer la tuberculose nasale, et ce serait toujours par l'histologie et la bactériologie qu'on arriverait à faire le diagnostic. En un mot, le mémoire du D^r Hajek semble plutôt une œuvre d'anatomie pathologique qu'une étude clinique, car tout l'effort diagnostique repose sur l'histologie.

A. G.

NOUVELLES

Le D^r Eigenbrodt a été nommé privat docent de laryngologie à l'Université de Bonn.

Nous apprenons la mort du D^r Rolland, professeur de laryngologie à Montréal.

Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle revue mensuelle par le D^r Chervin, de Paris, intitulée : *La Voix chantée et parlée*, dont nous venons de recevoir le premier numéro.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

Hygiène, développement et conservation de la voix, par RICARDO BOTRY. (Un volume de 230 pages, Barcelone, 1886.)

Communications rhino-chirurgicales, par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part de la *Wiener med. Woch.*, nos 51 et 52, 1889.)

Quelques cas d'altérations de l'odorat et du goût, par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part de la *Pester med. chir. Presse*, 1889.)

Du menthol dans les douleurs aiguës de tête, l'influenza épidémique et d'autres affections du nez et de la gorge, par LENNOX BROWNE. (Extrait de *The Medical Press*, 8 janvier 1890.)

Un cas de rhinolithé, par F. ROHRER. (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 2, 1890.)

Le Gérant: G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

ÉTUDE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES
TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NASALES

Par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.

Les tumeurs malignes des fosses nasales se présentent sous des aspects cliniques fort différents qui en rendent le traitement singulièrement variable. En se plaçant uniquement au point de vue des conditions opératoires, on peut les diviser assez artificiellement en quatre groupes principaux. Le premier est constitué par les tumeurs pédiculées; ces tumeurs pédiculées, assez fréquentes, sont ordinairement le résultat de la dégénérescence épithéliomateuse de néoplasmes primitivement bénins, adénomes ou polypes muqueux; les sarcomes peuvent cependant apparaître d'emblée sous cette forme. — Le second groupe, qui comprend les tumeurs à base d'implantation limitée, est déjà moins favorable que le précédent à l'intervention chirurgicale; quand elles ont leur siège près de l'orifice des narines, sur la cloison, sur le plancher, sur le cornet inférieur, leur ablation se fait pourtant encore dans des conditions relativement faciles. — Les tumeurs diffuses, au contraire, qui forment le troisième groupe, soit qu'elles s'étendent en superficie en envahissant une grande portion de la muqueuse, soit qu'elles gagnent en profondeur en envoyant des irradiations dans les os sous-jacents, obligent à des opérations graves et difficilement complètes. — Un degré seulement les sépare des tumeurs tout à fait inopérables du quatrième groupe, tumeurs

où le traitement palliatif constitue la seule ressource. — Ce traitement palliatif n'est point d'ailleurs uniquement médical, il comporte encore souvent des indications chirurgicales, parmi lesquelles il faut citer surtout les diverses interventions nécessitées par l'arrêt des hémorrhagies.

I.

A. Le diagnostic des tumeurs pédiculées malignes peut offrir deux difficultés principales : 1° distinguer ces tumeurs des tumeurs pédiculées bénignes ; 2° reconnaître l'existence et le mode d'insertion du pédicule.

1° Si, dans la plupart des cas, l'accroissement rapide, les douleurs relativement vives, l'abondance des hémorrhagies, l'aspect bourgeonnant, la consistance friable constituent des signes trop certains de malignité, il en est d'autres où l'affection se présente avec des caractères moins nets et où l'on peut croire à une tumeur bénigne. C'est surtout quand quelques tumeurs enlevées antérieurement ont présenté en tout l'aspect des polypes ordinaires, ou bien quand celles que l'on aperçoit le plus nettement offrent cet aspect que l'on a tendance à porter malgré l'exagération des troubles fonctionnels ce diagnostic favorable. Il faut se souvenir qu'il est malheureusement assez fréquent de voir après l'ablation de plusieurs polypes bénins, adénomes ou myxomes, apparaître de nouveaux polypes constitués cette fois par de l'épithélioma. Il faut se souvenir aussi qu'en même temps que les tumeurs malignes il n'est point rare de rencontrer dans les fosses nasales des polypes ordinaires. Les observations de cette coexistence ne sont pas très rares. Ricard (1), dans sa thèse sur la pluralité des néoplasmes, rapporte deux faits d'épithélioma et de sarcomes avec coexistence de polypes muqueux. Schœffer (2), Hopmann (3), Terrier, Voltolini, etc., citent des cas analogues. L'existence antérieure ou simultanée de polypes

(1) RICARD. Pluralité des néoplasmes. (*Thèse de Paris*, p. 112 et 113.)

(2) SCHÖFFER. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n° 3, 1882.

(3) HOPMANN. *Virchows Archiv*, t. 93, p. 235.

reconnus bénins, même histologiquement, ne saurait donc prouver qu'il n'existe point en même temps de production maligne. C'est l'analyse des troubles fonctionnels qui aura le plus de valeur dans les cas douteux à l'inspection ; d'ailleurs, dans ces cas douteux, il est toujours préférable d'agir comme dans les tumeurs nettement malignes. Une erreur inverse, beaucoup plus facile, du reste, à éviter, doit être aussi immédiatement signalée. Des myxomes anciens, rapprochés de l'orifice des fosses nasales, peuvent prendre un aspect dur, fibreux, cutané, très différent de celui des myxomes ordinaires. Cette transformation paraît plus fréquente chez les sujets âgés. Chez une malade de 71 ans que nous avons observée dans le service de notre maître, M. Peyrot, le polype, en subissant cette transformation cornée, s'était exulcéré et offrait un suintement muco-purulent à sa partie inférieure. Mais la partie supérieure, plus abritée contre les irritations, avait gardé l'aspect muqueux. L'examen histologique, pratiqué après l'ablation, ne montra point d'ailleurs de dégénérescence en épithélioma.

2° Quand la tumeur est très volumineuse, il est parfois assez difficile d'apprécier l'existence et le mode d'insertion du pédicule. La constatation de mouvement de va-et-vient, quand le malade souffle, peut tout à fait manquer ; sa constatation antérieure par le malade offre alors une certaine importance. Des tractions exercées avec beaucoup de ménagements pour ne point entraîner d'hémorragie, des tentatives pour contourner la tumeur soit au moyen d'un stylet, soit au moyen d'une anse de fil de fer ordinaire fourniront aussi des renseignements. Le mode d'insertion du pédicule est utile à établir au point de vue de la conduite de l'opération ; il l'est également au point de vue de la nature de la tumeur ; un polype inséré sur la cloison doit en effet toujours être regardé comme de nature maligne.

B. 1. Il est une règle générale que doit dominer l'ablation des tumeurs malignes pédiculées des fosses nasales. Si facile qu'il puisse paraître soit de les saisir avec la pince, soit de les embrasser dans le serre-nœud, jamais on ne doit les enle-

ver de cette façon. Il faut toujours parvenir sur eux par une incision extérieure qui montre réellement le pédicule. L'ablation par arrachement est en effet incomplète et dangereuse. En opérant par arrachement, il est impossible d'enlever totalement le pédicule; aussi les récides sont-elles presque fatales, alors même qu'on essaye de gratter à la curette ou de cautériser le point d'implantation. Robin a rapporté l'observation d'un malade chez qui une tumeur polypeuse arrachée trois fois par Roux, quatre fois par Gosselin, finit, à la huitième récide, par envahir le sphénoïde et déterminer la mort par méningite (1). Une malade de Bayer, après de très nombreuses ablations de polypes récidivants par l'anse simple, l'anse galvanique, la curette tranchante, finit par mourir d'hémorragies et de métastase hépatique. — Mason (2) voit de même un sarcome myéloïde de la cloison récidiver presque immédiatement après une ablation par la pince à polypes; il essaye de l'enlever en incisant simplement le côté de la narine; une nouvelle récide le force à faire, trois mois après, une ablation plus large en rouvrant la cicatrice de l'incision et en divisant la lèvre sur la ligne médiane, et cette fois il obtient une guérison qui, au bout de six ans, n'est pas démentie. Il serait après cette observation superflu d'insister sur cette nécessité, commune d'ailleurs à toutes les tumeurs malignes d'une ablation absolument large.

L'ablation par arrachement peut de plus être dangereuse. Sans parler du fait si souvent cité de Del Grecco et Berlinghieri (3) ou des tractions faites par erreur de diagnostic sur un névrome du nerf maxillaire inférieur pris pour un polype amenèrent une méningite mortelle, l'hémorragie constitue une complication grave de l'ablation des tumeurs malignes par arrachement. — Alors même que l'on opère avec l'anse galvanique on n'est point sûr de l'éviter immédiatement. On n'est surtout point à l'abri par ce moyen des hémorragies secondaires rendues plus fréquentes dans les fosses nasales

(1) *Gazette des hôpitaux*, p. 46, 1832.

(2) MASON. *Lancet*, 1^{er} avril 1882).

(3) DEL GRECCO et BERLINGHIERI. *Archives générales de méd.*, t. XXIII, 1^{re} série, p. 431.

par la difficulté d'obtenir une asepsie complète. — Ces tumeurs, en effet, sont souvent prodigieusement vasculaires. Dans un cas de M. Terrier, l'ablation d'un simple fragment destiné à l'examen histologique suffit à déterminer une hémorrhagie abondante. — Chez un malade que nous avons observé dans le service de notre maître, M. Peyrot, une première ablation à la pince avait déterminé également une violente hémorrhagie. — L'ablation faite quelques semaines après par une incision dans le sillon nasojugal fut au contraire des plus faciles et presque exsangue. Le pédicule fut sectionné au galvanocautère, et par précaution les lambeaux d'insertion furent réunis par une ligature au catgut. Il renfermait des vaisseaux très volumineux.

2° Il suffit d'ordinaire pour permettre l'ablation des tumeurs malignes pédiculées d'incisions très simples et qui n'ont pas besoin pour conduire sûrement sur le pédicule d'être poussées aussi loin que dans les cas de tumeurs non pédiculées que nous retrouverons tout à l'heure. Ces incisions peuvent être faites suivant deux types différents. Elles peuvent porter dans le sillon nasogénien; l'écartement de l'aile du nez est d'ordinaire suffisant par l'incision des parties molles, sans qu'il soit nécessaire de sectionner l'os nasal; exceptionnellement il faudra pratiquer cette section; on peut aussi comme l'a fait Dieffenbach, diviser la cloison à ses insertions postérieures pour favoriser le décollement. L'autre type d'incision porte sur le dos du nez. Ordinairement cette incision est faite par le procédé de Verneuil, commençant à la racine du nez pour s'arrêter à un centimètre et demi du lobule; deux autres incisions partent de l'extrémité inférieure de la première pour pénétrer dans les narines. C'est en un mot une incision en Y renversé. Dans les tumeurs pédiculées unilatérales manque, bien entendu, une des branches de l'Y. Il est fort rare qu'il soit nécessaire de diviser l'os nasal.

L'incision faite et ses lèvres écartées, on doit tâcher d'arriver sur le pédicule sans morceler la tumeur. L'hémorrhagie produite par le morcellement peut sans doute être plus ou moins facilement arrêtée par les pinces. Mais le danger de ce morcellement consiste surtout dans la diffusion des

cellules et de fragments de tumeurs dans toutes les fosses nasales, diffusion qui ne peut que favoriser les récidives. — Le pédicule est sectionné aussi loin que possible. La ligature au catgut, combinée avec la section au thermo ou galvano-cautère, donne le maximum de sécurité.

II.

A. Le diagnostic des tumeurs malignes non pédiculées, mais encore limitées dans leur implantation, doit être tout d'abord fait avec les diverses tumeurs bénignes des fosses nasales. Les ostéomes, en particulier, peuvent quand ils ont pris un grand développement déterminer des douleurs, des hémorragies répétées, des suppurations simulant les troubles fonctionnels des tumeurs malignes. A la simple vue, leur aspect, quand la muqueuse, au lieu d'être simplement refoulée, est grisâtre et peut encore entraîner la confusion. — Les fibromes ne se voient guère que dans la cavité nasopharyngienne; le diagnostic des prolongements qu'ils peuvent envoyer dans les fosses nasales se fera surtout par la connexion de ces prolongements avec la tumeur principale. Le diagnostic de ces tumeurs envahissant indirectement les fosses nasales devra d'ailleurs être étudié à propos des tumeurs nasales diffuses.

D'autres affections, les déviations de la cloison, les abcès des fosses nasales, les calculs, les corps étrangers même ont pu, si invraisemblable que puisse paraître l'erreur, simuler des tumeurs malignes. Les épaissements de la cloison décrits par M. Verneuil et dus probablement à une périchondrite offriront aussi une grande ressemblance avec l'épithélioma. Ces épaissements surviennent parfois sous l'influence de la grossesse pour disparaître avec elle. Souvent aussi ils sont syphilitiques. C'est d'ailleurs à la syphilis qu'il faut toujours songer dans les cas douteux; les gommès sont assez fréquentes dans les fosses nasales, et dans quelques cas c'est le traitement d'épreuve seul qui pourra faire dis-

tinguer une de ces gommés ulcérées d'un épithélioma. — En étudiant le traitement palliatif, nous retrouverons une préparation particulière, la tisane de Zittman qui, d'après Voltolini (1) rend les plus grands services dans ces cas douteux. — Le chancre syphilitique lui-même peut comme aspect ressembler à une tumeur maligne. Moure (2) a rapporté un remarquable exemple où le diagnostic n'était possible que par la coexistence des accidents secondaires. — Quant aux lésions tuberculeuses assez rares, elles offriraient d'après Schäffer (3) et Nasse le caractère d'avoir un centre dur et une circonférence molle, de se présenter sous forme de granulations. Elles coïncident d'ailleurs ordinairement avec la tuberculose pulmonaire. — Le lupus, quand il existe simultanément dans les fosses nasales et sur le visage, est très facile à reconnaître ; le lupus primitif des fosses lui-même, que Cozzolino (4) regarde comme assez fréquent, présente un aspect bourgeonnant avec nodules indurés et livides assez caractéristiques. Nous signalerons seulement, pour mémoire, les ulcérations de la morve chronique et celles qui s'observent dans certaines professions (5) en particulier à la suite de la manipulation des chromates.

B. 1° Les incisions latérale et dorsale que nous avons indiquées pour les tumeurs malignes pédiculées suffisent assez souvent pour les tumeurs limitées dans leur implantation. Duplay (6), par l'incision du sillon nasogénien, enleva facilement un sarcome occupant toute l'étendue du plancher des fosses nasales, mais n'ayant point encore envahi les os. Verneuil (7), par une incision sur la ligne dorsale du nez et le côté de la narine, a pu, en sectionnant simplement les os nasaux, enlever un enchondrome myxomateux des fosses nasales du volume du poing. Chez une autre malade, une longue

(1) VOLTOLINI. *Krankheiten der Nase.* (Breslau, p. 225, 1868.)

(2) *Annales maladie oreille et larynx*, p. 374, 1857.

(3) *Annales maladie oreille et larynx*, 1887 p. 415.

(4) *Annales maladie oreille et larynx*, 1887 p. 222.

(5) *Mémoire de Delpech et Hillairet.* Paris, 1876.

(6) DUPLAY. *Pathologie externe*, t. III, p. 846.

(7) *Thèse de Métaxas*, p. 168, Paris, 1887. — *Ibid.*, p. 79.

incision suivant le sillon génolabial lui permit d'enlever toute la face antéro-externe du sinus maxillaire, la branche montante et la paroi externe de la fosse nasale envahies par une récurrence d'épithélioma. — Ces diverses incisions permettent donc d'exécuter des ablations déjà fort étendues. Nous étudierons plus loin les procédés avec luxation complète du nez (procédé de Chassaignac, d'Ollier, de Lawrence) qui donneraient, en cas de nécessité, un jour encore plus considérable.

2. Le difficile, d'ailleurs, n'est point d'arriver sur la tumeur, c'est de pratiquer son ablation complète malgré les anfractuosités des fosses nasales, malgré la gêne dans l'administration du chloroforme — et surtout malgré les mouvements du malade, toujours plus ou moins réveillé — et l'hémorragie. Un tamponnement rigoureux de l'orifice postérieur des fosses nasales permet d'éviter un des accidents les plus inquiétants de l'hémorragie, la chute du sang dans le larynx (1). Mais cette hémorragie ne continue pas moins à masquer le champ opératoire et à forcer d'opérer à l'aveugle. Dans bien des observations, on constate que ces difficultés n'ont point permis une ablation régulière, qu'elles ont forcé de se contenter d'un arrachage plus ou moins sommaire à la pince, d'une section faite dans la tumeur même, à l'anse galvanique et à l'écraseur, les portions restantes étant enlevées après coup à la curette tranchante ou à la rugine. Les difficultés de la pratique sont sans doute bien difficiles à concilier avec les exigences de la théorie; on peut cependant dire que de semblables ablations ne donnent guère de chance de succès durable. Quand une tumeur n'est point enlevée en bloc, en outre des dangers de greffes néoplasiques, on court les plus grands risques de ne point retrouver complètement les prolongements laissés. On s'attachera donc à faire, à moins de nécessité absolue, toujours porter les sections dans les parties saines qui entourent la tumeur. Pour les parties molles, le galvanocautère et l'anse galvanique seront les instruments les plus com-

(1) VERNEUIL. De l'écoulement sanguin, dans certaines opérations pratiquées sur la face et des moyens propres à en atténuer les inconvénients. (*Archives générales de médecine*, t. XVI, p. 383, 1870.)

modes ; pour les os, on emploiera tour à tour la scie à chaîne, la pince coupante, le ciseau et le maillet. Il arrive par moments que le champ opératoire est tout à coup noyé par une hémorragie en nappe ; le meilleur moyen de l'arrêter consiste dans un tamponnement de quelques instants à la gaze iodoformée. Les larges applications de poudre d'antipyrine arrêtent aussi assez bien ces hémorragies.

3. Après l'ablation, suivie d'un bon lavage antiseptique, on doit également tamponner la cavité en s'arrangeant pour pouvoir retirer ce tampon après la suture du volet de nez séparé. Le mieux consiste dans une longue mèche mince de gaze iodoformée à extrémité ressortant par la narine. La suture du nez est des plus faciles à faire ; elle prend avec une grande rapidité, et souvent, dès le troisième jour, la réunion est assez parfaite pour qu'on puisse retirer les fils.

Dans les cas où l'ablation n'a pas été certainement complète, il y a avantage, ainsi que l'a montré M. Verneuil, à renoncer à la réunion immédiate. On peut ainsi exercer une surveillance rigoureuse et détruire, par des interventions complémentaires faites sitôt qu'ils sont apparus, les bourgeons suspects qui pourraient faire craindre une repullulation du mal. Souvent, dès les premiers jours, on aperçoit ainsi, grâce à l'arrêt de toute hémorragie, des points qu'il faut enlever ou cautériser. L'anesthésie locale par la cocaïne permettra de le faire facilement. Pour exercer cette surveillance, l'incision dorsale est particulièrement commode. M. Verneuil (1) la fait assez souvent au thermocautère pour avoir moins à lutter contre la tendance à la réunion. La séparation définitive pour obtenir cette réunion est plus ou moins tardive. La réunion a été faite à des dates variant de quinze jours à dix-huit mois dans les observations de Metaxas. A côté des avantages de ces réunions tardives, on doit pourtant signaler un de leurs inconvénients, le découragement que peut produire chez le malade cette persistance d'une plaie béante. — Aussi beaucoup de chirur-

(1) *Loco citato*, p. 171 et suivantes.

giens (1) préfèrent-ils faire faire toujours la réunion et se contentent de surveiller les récidives par des examens rhinoscopiques fréquents.

C. L'ablation de quelques tumeurs limitées se fait par suite de leur siège avec des modifications plus ou moins considérables, que nous venons de décrire. Les petites tumeurs assez fréquentes de la cloison peuvent être enlevées par l'incision naso-génienne, ainsi que l'a fait dans plusieurs cas Richet. On peut aussi, surtout quand elles occupent la partie inférieure de la cloison, les enlever par un procédé spécial, comme dans l'observation suivante de Leriche.

La tumeur enlevée par Leriche (2) occupait la cloison, à un demi-centimètre environ au-dessus du bord libre; elle mesurait 15 millimètres d'avant en arrière sur 10 de hauteur et de largeur. C'était vraisemblablement un sarcome (?) Leriche décrivit deux incisions qui, partant chacune d'un côté de la sous-cloison, venaient se croiser sur la lèvre supérieure. Le V ainsi obtenu fut détaché par sa face profonde avec des ciseaux courbes qui, du même coup, entamèrent le cartilage jusqu'au niveau de la tumeur. Un second coup de ciseau, parallèle au bord libre de la cloison, mobilisa celle-ci, restée adhérente par son extrémité antérieure. Un coup de bistouri libéra les adhérences que la cloison, par suite de cautérisations répétées, avait contractées avec la narine gauche. Il fut dès lors facile d'achever l'ablation en quelques coups de ciseaux. En introduisant le doigt dans la narine, on trouva un petit bourgeon sur le côté gauche de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. En suturant le V labial, Leriche remit en place la languette de sous-cloison respectée; elle se trouva ainsi placée au-dessous de la perte de substance circulaire pratiquée dans la cloison. L'hémorrhagie fut facilement arrêtée par le perchlorure de fer. Le résultat esthétique fut parfait. Pas de troubles fonctionnels. Pas de récidive après plus d'un an.

Les tumeurs qui siègent sur le cornet inférieur offrent

(1) Voir VERCHÈRE, *Archives de laryngologie*, 1887, n° 1.

(2) LERICHE, *Gazette des hôpitaux*, p. 578, 1874.

l'avantage d'être facilement enlevées en masse avec le cornet et permettent de se contenter d'incisions préliminaires peu considérables. Les tumeurs du plancher des fosses nasales nécessitent souvent une résection plus ou moins étendue de la voûte palatine et des incisions buccales.

III

A. Le diagnostic des tumeurs diffuses extrêmement étendues des fosses nasales n'offre guère de difficultés au point de vue de la nature maligne qui n'est que trop évidente. Mais le diagnostic des contre-indications opératoires est singulièrement délicat. La question se pose de savoir si l'on peut encore espérer, au prix de sacrifices considérables, une ablation complète ou s'il faut se borner au traitement palliatif.

Les contre-indications tirées de l'état général ne peuvent être méconnues par un examen attentif et complet. Les métastases viscérales se rencontrent avec une certaine fréquence à cette période de l'affection, en particulier dans le poumon et le foie. Même sans lésions viscérales, une cachexie trop avancée constitue évidemment un motif de renoncer à des interventions aussi graves.

Les contre-indications résultant de l'état local sont plus difficiles à apprécier. Les fosses nasales, par leurs connexions multiples, se prêtent singulièrement aux irradiations des tumeurs. Il n'est point aisé de reconnaître ni l'étendue ni la direction de ces irradiations. Celles qui se font à travers l'ethmoïde, les plus importantes comme contre-indication absolue d'opération, peuvent, en particulier, évoluer sans grand retentissement, sans troubles cérébraux, et n'être constatées, comme cela est arrivé dans plusieurs cas, qu'au cours de l'opération. Parfois même elles existent dans des tumeurs qui, par leur aspect, semblent encore assez peu avancées dans leur évolution. Pean (1), par exemple, a

(1) NÉLATON. *Pathologie externe*, t. III, p. 741.

rapporté un fait où la tumeur était constituée par des polypes très nombreux, du volume d'un grain de millet au volume du pouce, occupant tout le pourtour des fosses nasales. Une tentative d'ablation resta très incomplète et fut cause d'une méningite, qui emporta le malade en deux jours. A l'autopsie, on constata que ces polypes avaient envahi les sinus maxillaires ethmoïdaux et même sphénoïdaux et pénétré dans la cavité crânienne. Il faudra donc toujours tenir grand compte des moindres troubles qui semblent indiquer une irradiation vers la base du crâne et, en particulier, des troubles oculaires.

Une étude didactique sur les tumeurs des fosses nasales devrait discuter longuement aussi le diagnostic entre les tumeurs des fosses nasales ayant envahi les parties voisines et les tumeurs des parties voisines, du maxillaire supérieur en particulier, ayant envahi les fosses nasales. En pratique, les commémoratifs, la situation de la masse principale de la tumeur ne permettent point d'ordinaire d'hésiter, et toute la question est de savoir si la masse totale, tumeur originaire et prolongements, peut être enlevée complètement. L'origine primitive ne fournit, à cet égard, que des renseignements aléatoires. Des sarcomes partis du périoste de l'ethmoïde et de l'apophyse basilaire pourront envahir le nez et les cavités adjacentes sans pénétrer dans le crâne; des épithéliomas, d'apparence beaucoup moins étendue, pourront avoir perforé les os.

Le mode d'intervention chirurgical est lui-même réglé par l'envahissement de la tumeur, soit en étendue sur la muqueuse et les couches sous-jacentes, soit en profondeur dans le tissu osseux. Dans le premier cas, l'ablation peut encore se faire après diverses opérations préliminaires destinées à donner un jour plus grand que celles qui ont été signalées jusqu'ici. Dans le second, elle nécessite des résections osseuses intéressant le plus souvent le maxillaire supérieur et faites par les procédés ordinaires de résection de cet os.

B. 1° Les opérations préliminaires proposées pour per-

mettre un large accès dans les fosses nasales sont très nombreuses. La plupart d'entre elles ont été d'ailleurs proposées principalement pour l'ablation de polypes nasopharyngiens. Elles comprennent tous les modes de renversement possibles du nez : sur le côté (Chassaignac, Langenbeck, Beckel); en haut (Lawrence) (1); en bas (Ollier) (2) et sa division en deux moitiés complètes avec division correspondante de la lèvre supérieure.

Nous ne pouvons décrire en détail que le procédé de Chassaignac et d'Ollier, le premier, plus favorable peut-être dans les tumeurs unilatérales, le second dans les tumeurs bilatérales. Voici cette description d'après la thèse de Goguel (3).

A. Dans le procédé de Chassaignac, l'opérateur, placé en face du malade, pratique une incision transversale d'un orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision, du côté gauche, une section verticale descendante, un peu oblique, puis, arrivé au niveau de la partie inférieure de l'orifice des narines, change brusquement de direction et pratique une incision transversale qui s'étend de gauche à droite dans toute la largeur de la partie inférieure du nez. De cette manière, le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.

Les tissus cutanés et cartilagineux, qui constituent l'enveloppe extérieure et une partie de la charpente nasale, sont alors séparés par de larges et rapides incisions, de manière à permettre de rejeter ce lambeau nasal tout d'une pièce sur la joue droite.

Ce premier temps de l'opération une fois terminé, on doit s'occuper de l'agrandissement de l'orifice antérieur des fosses nasales par des sections osseuses, faites de la manière suivante :

Au moyen d'un trépan perforatif de Laugier, on pratique une ouverture qui conduit de l'un des orbites dans celui du

(1) *Thèse de Paris*, 1874.

(2) *Société de chirurgie*, 15 mai 1889.

(3) GOGUEL. Résection temporaire des os de la face.

ethmoïdaux. Mais l'ablation complète n'en restera pas moins trop souvent bien périlleuse et bien difficile. L'ablation des tumeurs dures peut encore se faire avec quelque régularité ; Ollier fait remarquer que ce sont elles qui récidivent le moins.

Mais celle des tumeurs molles ne sera trop souvent qu'un mélange d'arrachage, de grattage, de cautérisation.

Cette dernière pourra être faite soit au thermo ou au galvanocautère, soit au chlorure de zinc. Elle devra être le complément nécessaire de toutes les opérations par morcellement pour diminuer les dangers de greffe et d'ablation incomplète. Mais le résultat thérapeutique définitif ne saurait malgré tout, dans ces ablations irrégulières, laisser beaucoup d'illusion.

D. La résection du maxillaire supérieur est souvent nécessaire dans les tumeurs diffuses, moins pour ouvrir une voie plus large au chirurgien que pour enlever les portions d'os envahies par le néoplasme. Chez un malade opéré plusieurs fois inutilement et chez qui les récidives successives avaient envahi la cavité buccale, le sinus maxillaire, la fosse temporale, Kirrison (1) par une résection de ce genre obtint une survie d'un an. Comme toutes les opérations antérieures s'étaient accompagnées d'hémorragies extrêmement abondantes, il fit, avant la résection, la ligature de la carotide externe. L'ablation ne put être totale ; les implantations pharyngiennes furent entièrement ruginées, mais les prolongements ethmoïdiens ne purent être suivis jusqu'au bout par crainte de méningite. Parfois même les chirurgiens n'ont point hésité devant la résection des deux maxillaires, et Braun (2) a pu dans sa statistique réunir onze de ces opérations ; les résultats ne sont guère encourageants ; quatre des malades succombent dans les premiers jours de l'opération par épuisement, par pyohémie, par embolie ; cinq autres meurent de récidives en trois, sept, neuf, quinze et vingt-deux mois. Les deux malades portés comme guéris n'ont pas été suivis

(1) *Gazette des hôpitaux*, p. 19, 1836.

(2) *Archiv für klinische Chirurgie*, p. 739, 1876.

pendant plus d'un an. Décrire en détail les procédés employés dans ces ablations extrêmes nous paraît inutile. Elles ont constitué moins des opérations régulières que des opérations de nécessité. En outre des deux maxillaires des cornets et du vomer, Lang, dans un cas, a réséqué les deux os malaïres et une partie de l'éthmoïde. Simon, dans un autre, a enlevé les maxillaires, les os malaïres et palatins, une partie du vomer et de l'éthmoïde, l'apophyse zygomatique du temporal du côté droit. La trachéotomie préalable a été nécessaire dans un autre cas de Simon.

On doit cependant ajouter que la cicatrisation répare merveilleusement ces énormes mutilations. Un des moulages de l'hôpital Saint-Louis représente une opérée de M. Péan (1), ayant subi pour un épithélioma l'ablation totale des fosses nasales et des deux maxillaires supérieurs; la cavité qui reste après la cicatrisation paraît minime en comparaison de la perte de substance effectuée.

IV.

A. Les opérations dirigées contre les tumeurs malignes des fosses nasales sont, on le voit, très variables comme gravité et comme difficultés. Aussi est-il difficile d'indiquer d'une façon générale et leurs suites opératoires et leur résultat thérapeutique.

1. Les suites opératoires sont ordinairement favorables, plus favorables même que ne pourraient le faire supposer l'étendue de la mutilation. Dans les résections doubles du maxillaire supérieur la mortalité atteint cependant 36 0/00. Par contre, elle est restée nulle dans les sept cas d'ablation de tumeurs de la partie inférieure de la cloison que nous avons pu réunir. Sur l'ensemble des cinquante et une autres observations, de gravités diverses, qui nous ont servi dans la rédaction de ce travail, nous ne trouvons mentionnés que six décès.

(1) Collection particulière de M. Péan, pièce 701.

Le danger immédiat le plus grave est l'hémorragie ; la chute du sang dans le larynx semble constituer une complication encore plus redoutable que l'hémorragie elle-même. Le tamponnement postérieur des fosses nasales permet d'éviter cette complication.

Les phénomènes d'infection sont assez fréquemment signalés dans les diverses observations. Ils sont surtout graves quand les opérations ont intéressé l'ethmoïde ; la moindre suppuration peut, en effet, amener une méningite. L'érysipèle est aussi assez fréquent. Bien que la méthode antiseptique soit d'un emploi moins facile dans les opérations sur les fosses nasales que dans celles qui portent sur des régions moins anfractueuses et plus accessibles, elle peut et doit diminuer, sinon supprimer tout à fait ces accidents. Riec (1), dans sa communication sur l'antisepsie dans la chirurgie nasale, recommande surtout les lavages antiseptiques tant avant qu'après l'opération. Comme on ne saurait espérer une absence complète d'exsudation et comme il est impossible de mettre, comme pour d'autres plaies, cette exsudation tout à fait à l'abri de l'air, c'est en l'enlevant à mesure qu'elle se forme qu'on évitera l'infection. Les tampons serrés, les poudres même antiseptiques qui favoriseraient la rétention seraient plus nuisibles qu'utiles. Ce sont, on le voit, les idées souvent émises par M. Verneuil sur la nécessité d'ouvrir un large écoulement dans toutes les plaies cavitaires. Au premier rang des moyens antiseptiques qu'il indique, M. Verneuil place les pulvérisations phéniquées. Celles-ci seront d'autant plus utiles qu'il est fort difficile d'appliquer un pansement bien occlusif et qu'il importe d'assainir, autant que possible, le milieu où séjournera le malade après l'opération.

2. Les résultats définitifs sont impossibles à indiquer, presque toutes les observations ayant été publiées en hâte aussitôt après l'opération. Alors même qu'aucune récidive n'a été constatée après quelques mois, ce délai est évidemment trop court pour qu'on puisse parler de guérison. Dans un seul

(1) Voir *Annales*, n° 11, p. 384, 1888.

cas, celui de Mason, le malade a été suivi pendant six ans ; le fait est d'autant plus intéressant que la dernière opération faite portait sur une tumeur ayant récidivé déjà deux fois.

Ces résultats paraissent généralement peu favorables. Sans parler des faits où l'ablation reste incomplète et où la repullulation est immédiate, dans bon nombre d'autres la récurrence est signalée au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Assez souvent elle se fait sur des points où n'existait aucune implantation de la tumeur ; n'est-il point alors permis de songer à des greffes opératoires ?

Sans oublier toutes les difficultés de l'intervention chirurgicale, il est une critique qui paraît résulter de la lecture d'ensemble des observations. L'intervention semble réserver toutes ses ressources et toute son énergie pour les tumeurs diffuses à peu près inopérables ; dans les tumeurs petites et limitées, elle se contente trop souvent de demi-mesures, arrachement, cautérisation, etc. En réalité, c'est en enlevant très largement et très soigneusement ces petites tumeurs que la chirurgie du cancer peut avoir des chances sérieuses d'être utile. Quant aux grandes mutilations, telle que la résection double des maxillaires, on ne saurait garder beaucoup d'espoir dans leur efficacité. Certes, contre une affection fatalement mortelle, les tentatives de traitement les plus audacieuses et les plus douloureuses sont permises. Mais la nature maligne une fois constatée, c'est, tout paradoxale que cette opinion puisse paraître, contre les tumeurs les plus petites que le chirurgien doit agir avec le plus d'énergie.

B. Le traitement purement médical peut-il avoir dans quelques cas des prétentions non seulement palliatives mais curatives (1) ? Il est superflu d'insister sur l'utilité que peuvent avoir l'usage interne de l'arsenic dans les sarcomes et les applications de chlorate de potasse dans les épithéliomas. Le chlorate de potasse a surtout réussi dans les épithéliomes de la peau du nez ; cependant, dans un cas observé par Terrier (2), « la marche d'un épithéliome de la cloison

(1) *Thèse d'Hyvernaud. Paris, 1887, 8 observations, p. 19-25.*

(2) *Manuel de pathologie chirurgicale, t. XI, p. 425.*

a été arrêtée; et la cicatrisation s'est effectuée sous l'influence des applications locales de chlorate de potasse pulvérisé. » L'opinion de Voltolini sur un moyen beaucoup moins connu, la tisane de Zittmann mérite d'être discutée davantage. Voltolini (1) recommande l'usage de cette tisane, tant dans les cas où le diagnostic est incertain avec la syphilis que dans les tumeurs malignes difficilement opérables. La tisane de Zittmann comprend deux préparations (2) que Voltolini recommande d'administrer, en alternant, de la façon suivante. Le premier jour, administration d'une pilule laxative composée de :

Résine de jalap.....	10 cent.
Gomme gutte.....	2,5.
Aloès.....	20

Dès le second jour, on donne, matin et soir, un demi-litre

(1) VOLTOLINI. *Loco citato*, p. 318.

(2) Voici les deux formules de la tisane de Zittmann :

1° Tisane de Zittmann n° 1.

Salsepareille.....	400 grammes.
Faites digérer pendant vingt-quatre heures dans :	
Eau.....	24.000 —
Ajoutez :	
Sucre d'alun (alun 4, kino 1).....	50 —
Calomel.....	15 —
Cinnabre.....	3 —
Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers et ajoutez :	
Feuilles de Séné.....	100 —
Racine de réglisse.....	50 —
Anis.....	15 —
Fenouil.....	15 —
Laissez infuser quelques instants; passez. — Demi-litre matin et soir.	

Tisane de Zittmann n° 2.

Résidu de la décoction précédente, plus :		
Salsepareille.....	200 —	
Faites bouillir dans :		
Eau.....	9.000 —	
Ajoutez :		
Ecorce de citron	} à à.....	10 —
Cardamome		
Cannelles		
Réglisse		
Passez. Un litre au milieu du jour.		
Pendant l'été, il est bon de réduire ces diverses doses de moitié, de façon à ce que la consommation soit plus rapide et que la préparation n'ait pas le temps de fermenter.		

de la tisane n° 1, et dans l'après-midi un litre de la tisane n° 2 ; on continue pendant huit jours ; vers le cinquième jour, on donne une nouvelle pilule purgative si le malade ne va point suffisamment à la selle, et on suspend ce jour-là le médicament. Le malade doit, pendant toute la cure, manger peu et garder un repos presque complet. Les anciens médecins exigeaient même le séjour absolu au lit. Après huit jours de suspension pendant lesquels le malade continue à s'alimenter légèrement et à ménager ses forces la tisane est reprise. D'après la composition du médicament, il est permis de se demander si les prétendues guérisons de tumeurs malignes n'étaient point des guérisons de lésions syphilitiques. Ce n'est que dans les tumeurs inopérables ou dans les tumeurs de diagnostic incertain que cet essai devient permis. Chez les sujets affaiblis, Voltolini recommande de diminuer les doses journalières de moitié en portant au double la durée de l'administration ; chez les cancéreux et surtout chez les cancéreux âgés, ces doses moins massives devront souvent être préférées.

C. Les hémorrhagies, qui sont fréquentes et souvent extrêmement abondantes dans les dernières périodes des tumeurs malignes des fosses nasales, peuvent être combattues par différents moyens. Le tamponnement, qui constitue dans les hémorrhagies immédiatement menaçantes la méthode de nécessité, ne doit point être la méthode de choix. Il est toujours très douloureux et favorise souvent le retour des hémorrhagies, tant par le déplacement des caillots au moment de l'ablation du tampon qu'en augmentant par le séjour des produits septiques l'infection des ulcérations cancéreuses. Quand on sera réduit à le pratiquer, on devra tâcher d'éviter, autant que possible, ce dernier effet particulièrement nuisible par l'emploi de gaze iodoformée.

Il sera de même indiqué, afin d'éviter autant que possible le retour des hémorrhagies, de tâcher d'obtenir une asepsie aussi complète que possible des fosses nasales. Les insufflations, les inhalations de poudre d'acide borique, d'iodoforme et surtout de salol seront à cet égard utiles.

Les lavages antiseptiques devront être faits avec ménagement pour éviter une hémorragie par action mécanique ; il sera bon d'employer des solutions, soit très froides, soit très chaudes. Ces dernières, qui ont le grand inconvénient d'être douloureuses, peuvent également constituer un moyen d'arrêt des hémorragies. Par suite des dangers d'intoxication, on ne peut guère employer comme antiseptique que l'acide borique et surtout le chloral à 1 0/00. La décoction de camomille fraîche constitue aussi un bon désinfectant.

L'antipyrine, soit en poudre, soit en solution au dixième, est un excellent hémostatique ; c'est un des premiers moyens à essayer, au moins dans les épistaxis légers. Rappelons aussi la poudre formée d'une partie de tannin pour onze de gomme arabique (Guéneau de Mussy). La compression de la carotide correspondante à l'hémorragie ou des deux carotides dans les hémorragies doubles a quelquefois donné de bons résultats.

Parmi les moyens chirurgicaux, la ligature, soit de la carotide externe, soit de la carotide primitive, ne constitue, en dehors de ses dangers opératoires, qu'une ressource assez précaire. Cette ligature, dans les tumeurs des fosses nasales, a d'ailleurs été plus souvent pratiquée comme premier temps d'une opération, afin de diminuer la perte de sang au cours de l'opération, que comme moyen d'arrêter les hémorragies. Elle ne mettrait point, en tous cas, après un arrêt plus ou moins prolongé, obstacle à leur retour.

Contre ces hémorragies à répétition, le mieux paraît être de chercher à modifier par des cautérisations les surfaces ulcérées. Voltolini recommande surtout la galvanocaustique et l'électrolyse. Le pôle positif devra toujours être le pôle intranasal quand on aura pour but l'arrêt des hémorragies. Verneuil, dans un cas de tumeur érectile de la pituitaire, obtint une très grande amélioration par des cautérisations au thermocautère. Celles-ci furent faites, après tamponnement postérieur, par l'orifice donné par une incision dorsale du nez. Dans un cas analogue, chez un malade (1)

(1) Voir MAYEN, *du Sang*, Paris 1880, p. 442.

dont les épistaxis étaient tellement abondantes qu'il avait dû subir une première fois la transfusion du sang, notre maître, M. Périer, eut devant un nouveau retour des hémorrhagies, recours au procédé suivant. Afin d'éviter l'emploi du chloroforme, il fit donner au malade 10 grammes de chloral. Puis, la somnolence obtenue, ayant pratiqué le tamponnement postérieur il fit une large irrigation des fosses nasales avec un litre environ de solution de chlorure de zinc à 8 0/00. Les douleurs consécutives, extrêmement vives, furent apaisées par une série d'injections de morphine. Le résultat thérapeutique fut excellent. L'opération parfaite à la fin de 1882, et depuis quelques légères cautérisations faites à de rares intervalles sur les points qui semblaient menacer de s'ulcérer ont suffi à prévenir le retour des hémorrhagies. Une seule fois seulement dans ces huit années, en 1886, il fut nécessaire de recourir de nouveau à une cautérisation plus intense avec la solution de chlorure de zinc à 3 0/00. L'emploi d'un caustique liquide pénétrant dans les moindres anfractuosités permet évidemment mieux que le thermo ou le galvanocautère de modifier toute la surface des ulcérations. Un autre point mérite d'être signalé dans cette observation. La transfusion de 120 grammes de sang, faite lors d'une première succession d'épistaxis en février 1882, amena pendant près d'un an la cessation des hémorrhagies.

D. La gêne produite par le développement énorme atteint par la tumeur à ses dernières périodes est souvent telle qu'on est tenté d'y remédier par des ablations au moins partielles. C'est une ressource bien infidèle et sur laquelle on ne saurait trop compter. Dans les ablations faites pour dégager les fosses nasales, les caillots formés par l'hémorrhagie obstruent bien vite les portions dégagées. Les ablations ont porté le plus souvent sur les prolongements buccaux. L'hémorrhagie primitive, même avec l'anse galvanique, n'est point toujours facile à éviter ni à arrêter; l'hémorrhagie secondaire à la chute des escharres constitue un danger encore plus grand. La repullulation est de plus extrêmement rapide. Dans une observation de Delstanche, chez

un malade atteint d'un cancer des fosses nasales (1), avec prolongements qui obstruaient toute la bouche, on se décida à enlever le champignon intrabuccal. La repullulation se fit si vite qu'il fallut faire deux nouvelles opérations pendant les trois semaines que se prolongea encore la vie du malheureux.

Voltolini, dans quelques cas où il s'agissait surtout de désobstruer les fosses nasales, dit avoir employé avec succès le galvanocautère, et surtout l'électrolyse (2). Le courant, en dehors de la destruction mécanique qu'il produit, diminuerait les douleurs; peut-être aussi ralentirait-il la marche de l'affection

II

CINQ OBSERVATIONS D'OTITES MOYENNES SUPPURÉES, GRAVES, CONSÉCUTIVES A LA GRIPPE. — OUVERTURE DE L'APOPHYSE.

Par Henri R. CHATELLIER, ancien interne des hôpitaux, préparateur d'histologie à la Faculté.

Plusieurs médecins ont écrit des articles sur les complications auriculaires de l'épidémie de grippe qui vient de prendre fin. Tous ont rapporté des cas assez nombreux, il est vrai, mais bénins.

Or, du 26 novembre 1889 au 2 février 1890, nous avons dû pratiquer cinq fois l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde pour des cas d'otites moyennes consécutives à la grippe.

Si nous rapprochions ce chiffre de cinq cas graves de la somme totale des otites moyennes consécutives à la grippe que nous avons eues à soigner, nous devrions, à l'encontre de nos confrères, dire que les complications auriculaires ont eu une gravité tout exceptionnelle.

(1) *Annales maladies oreilles et larynx*, p. 129, 1884.

(2) *Loco citato*, p. 323.

Nous pourrions même citer un sixième cas; mais le malade ayant été opéré par un chirurgien que nous avons appelé en consultation, l'observation ne nous appartient pas.

Nous ne formulerons pas cependant une opinion aussi radicalement opposée à celle qui a été exprimée, car nous savons que beaucoup de médecins ont rencontré des otites moyennes qu'ils ont soignées eux-mêmes.

Quant à expliquer pourquoi nous avons eu un nombre relativement grand de cas à opérer, nous ne pouvons guère invoquer que le hasard.

Ajoutons encore qu'un chirurgien, connu pour opérer les apophyses mastoïdes, nous disait récemment en avoir opéré quatre cas pendant l'épidémie.

OBSERVATION I. — Grippe. — Otite moyenne suppurée droite. — Guérison de l'otite. — Rechute. — Douleurs intenses dans l'apophyse. — Infection purulente. — Ouverture de l'apophyse. — Guérison.

D..., 31 ans. Bonne santé antérieure. Au commencement de novembre 1889 a la grippe avec coryza, à la suite de laquelle il est pris d'une otite moyenne suppurée aiguë droite. Amélioration rapide de l'otite.

15 novembre. — Depuis plusieurs jours il n'y a plus ni écoulement ni douleurs, quand survient une nouvelle poussée d'otite avec douleurs auriculaires et mastoïdiennes très intenses. Le traitement antiseptique rigoureux est institué. L'écoulement purulent et les douleurs s'amendent.

22 novembre, matin. — Le malade semble aller mieux, et, comme il habite la campagne, il ne doit revenir que le lundi 25.

Dans l'après-midi, à 3 heures, frisson intense, avec claquement de dents.

23 novembre. — A 3 heures du soir nouveau frisson.

24 novembre. — A 3 heures du soir frisson.

25 novembre. — Plusieurs frissons pendant la journée.

Le soir, à 6 heures, facies très altéré, douleurs intenses dans l'apophyse du côté droit, pas de gonflement dans la région. Pus en notable quantité dans le conduit. La perforation a environ 2 millimètres de diamètre, et siège dans le quadrant antéro-inférieur. Le premier ne détermine de douleurs qu'au niveau de la pointe de l'apophyse, au niveau de son bord antérieur.

Les douleurs spontanées dans l'apophyse sont très intenses. On n'observe ni rougeur ni empatement derrière le pavillon.

On décide l'ouverture de l'apophyse pour le lendemain matin.

26 novembre. — Le malade est endormi au chloroforme, les tissus mous sont incisés et on arrive sur la surface osseuse. Aucun épaississement du périoste. La couche corticale est absolument saine.

Ouverture de l'os. Immédiatement au-dessous de la corticale on trouve un tissu spongieux violacé, que l'on enlève tantôt à la gouge, tantôt avec la curette de Volkmann.

Au milieu des trabécules osseuses existe un tissu mou, formé de granulations.

On ne trouve aucune cavité et pas une goutte de pus.

Le canal opératoire est creusé en dedans et en avant jusqu'à une profondeur de 12 millimètres, mesurés perpendiculairement à partir du bord antérieur de l'ouverture osseuse jusqu'au fond du canal opératoire. (Rappelons que ce bord antérieur se confond pour ainsi dire avec le bord postérieur du conduit auditif osseux, et qu'il est sur un plan plus interne que la surface externe de l'apophyse).

Mis un drain et pris tous les soins antiseptiques pendant et après l'opération; enfin, réuni avec des points de suture, les bords de la plaie des parties molles, sauf au niveau du drain.

Le liquide injecté par le conduit auditif ne sort pas par le drain.

Jusqu'à la fin du traitement les lavages sont faits avec le liquide de Van Swieten pure.

Pansement à la gaze iodoformée, recouvert d'une épaisse couche de coton au sublimé.

A 3 heures du soir T. 38°,9. Le malade ne souffre plus de l'oreille ni de l'apophyse, mais il se plaint d'une douleur au niveau de la partie antéro-externe de la jambe droite. En ce point existe un petit noyau sous-cutané douloureux reconnaissant pour cause une coagulation dans une veine superficielle.

Sulfate de quinine, 2 grammes en huit paquets à prendre toutes les 3 heures.

A 6 heures du soir T. 40°,1. Pas de frisson pendant la journée.

27 novembre. — *Matin* T. 37°,8. Peu de pus dans le conduit. Le liquide injecté par cette voie ressort par le drain. Les douleurs de l'oreille et de l'apophyse sont nulles.

Soir T. 40°. Le malade n'a pas eu de frissons, mais accuse plusieurs points très douloureux : au niveau du triceps brachial droit, au niveau du triceps brachial gauche et dans l'épaule gauche. A la jambe droite, la nodosité constatée hier s'est étendue et la peau rougit.

Continué le sulfate de quinine.

28 novembre. — Matin T. 38°,4. Très peu de pus dans le conduit auditif et dans le drain. Le lavage passe du conduit auditif par le drain.

Le malade ne souffre pas de l'oreille ni de l'apophyse mastoïde. On sent des empâtements profonds au niveau des triceps brachiaux droit et gauche. Douleur très vive dans l'épaule gauche, qui ne peut exécuter aucun mouvement à cause de cette souffrance. Pas de frissons.

Continuation du sulfate de quinine.

Soir T. 38°,6.

29 novembre. — Matin T. 38°,5. Soir T. 39°,2. Même état.

30 novembre. — Matin T. 38°,1. Soir T. 38°,7. Même état.

1^{er} décembre. — Matin T. 37°,2. Soir T. 38°,5. Même état.

2 décembre. — Matin T. 37°,8. Soir T. 38°,5.

La tuméfaction de la jambe droite diminue, après avoir envahi depuis la tête du péroné jusqu'au niveau de la malléole externe. La tuméfaction du bras droit diminue également. A gauche, au contraire, l'empâtement qui siège sous le triceps brachial a augmenté; elle mesure quatre travers de doigt dans le sens de la longueur du membre et trois travers de doigt dans son sens transversal. Dans l'épaule gauche la douleur diminue, mais le malade ne peut remuer le bras.

3 décembre. — Matin T. 36°,5. Soir T. 38°,1.

Jusqu'à aujourd'hui on a fait chaque jour le pansement, et des irrigations du conduit auditif et de la plaie opératoire avec la liqueur de Van Swieten. A partir de ce jour, pansements seulement tous les deux jours. Suppression du sulfate de quinine.

4 décembre. — Matin T. 36°,7. Soir T. 38°,4.

5 décembre. — Matin T. 37°,6. Soir T. 39°,5.

A 4 heures du soir le malade a un frisson.

6 décembre. — Matin T. 37°,5. La tuméfaction du bras gauche a encore augmenté et est devenue fluctuante. Une incision (1)

(1) L'ouverture est pratiquée par M. le D^r Ch. Remy.

verticale est pratiquée à son niveau, et après avoir traversé le triceps brachial on tombe sur une collection purulente qui peut être évaluée à 40 grammes environ. Tamponnement de la poche à la gaze iodoformée.

Le soir la T. tombe à 38°.

7 décembre. — *Matin* T. 36°,4. *Soir* T. 36°,2.

Aucune suppuration n'existant dans la plaie apophysaire ni dans l'oreille, on enlève le drain et on panse à la gaze iodoformée.

Depuis ce jour la température n'a jamais dépassé 37°,2.

19 décembre. — La plaie apophysaire et la plaie du bras sont presque cicatrisées ; on panse à plat avec la gaze iodoformée.

Le malade est considéré comme guéri.

Cependant le bras gauche est toujours impotent, le malade ne peut le porter en haut. Il y a atrophie notable du deltoïde. Sous ce muscle existe une collection fluctuante et indolore qui, ponctionnée avec la seringue de Pravaz, donne un liquide séreux louche.

Cette poche, siègeant sous le faisceau antérieur du deltoïde, est incisée largement et lavée à l'acide phénique à 5 0/0, puis les bords suturés. La réunion se fait sans complication par première intention.

Réflexions. — Chez ce malade, qui fut atteint avec une gravité toute particulière, les indications de l'opération furent de deux sortes :

1° Les douleurs extrêmement vives, spontanées surtout, au niveau de la région apophysaire, douleurs que le traitement antérieur n'avait pu diminuer ;

2° Les frissons répétés pendant quatre jours, qui indiquaient nettement une résorption purulente.

L'intensité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse est un symptôme d'une importance considérable au point de vue de l'intervention opératoire (Schwartz, Politzer, Zaufal). Nous l'avons vu plusieurs fois se montrer alors qu'il n'existait pas de grande cavité apophysaire ni de gonflement de la région.

Après l'ouverture de l'apophyse les douleurs diminuent, et dans les cas analogues que nous avons vu, les symptômes de résorption ont cédé aussitôt.

OBSERVATION II. — *Grippe*. — *Otite moyenne suppurée aiguë*. — *Douleurs intenses*. — *Ouverture de l'apophyse*. — *Guérison en 25 jours*.

M^{lle} X... , 24 ans, est prise de grippe avec coryza au commencement de janvier 1890. Rapidement surviennent des douleurs intenses dans l'oreille droite et au niveau de l'apophyse. La membrane tympanique finit par se perforer et un écoulement purulent s'établit. Le médecin fait faire des lavages à l'eau boricuée.

Comme l'écoulement continue et que les douleurs persistent, nous sommes appelés en consultation le 12 janvier.

Pus dans le conduit auditif droit, petite perforation en bas et en arrière. Le conduit a son calibre normal. L'apophyse mastoïde ne présente aucune trace de gonflement. Elle est le siège de douleurs spontanées et à la pression extrêmement vives. Nous proposons l'ouverture de l'apophyse mais on nous prie de différer.

On continue les lavages à l'eau boricuée.

20 janvier. — Un léger gonflement étant survenu, on nous prie de venir voir la malade, et on se décide à opérer le lendemain.

21 janvier 1890. — Le gonflement a considérablement augmenté depuis hier; aujourd'hui il a envahi toute la région mastoïdienne et s'étend jusque vers la tempe. La malade est endormie au chloroforme, le champ opératoire lavé au sublimé à 1 0/0.

Incision suivant l'insertion du pavillon. Incision horizontale dirigée en arrière au niveau de la paroi supérieure du conduit. Les parties molles sont infiltrées de sérosité, pas de pus. Parioste décollé de la corticale. Celle-ci présente une incisure très nette, vestige de la réunion du point d'ossification de l'apophyse.

La couche corticale est enlevée, et on tombe immédiatement dans une petite cavité pleine de pus, sans trouver toutefois aucune grande cavité. Tous ces diverticules sont superficiellement situés; ils siègent dans la moitié inférieure de l'apophyse, au voisinage de la pointe et ne se prolongent ni en haut ni vers la profondeur. En dedans de ce système de cavités, on trouve un tissu osseux compact, très résistant et entièrement sain.

Drain, suture des parties molles, lavage au sublimé à 1 0/0.

22 janvier. — Renouvelé le pansement, pas de fièvre.

24 janvier. — Refait le pansement, pas de fièvre.

10 février. — Tous les deux jours on a refait le pansement; actuellement la suppuration a complètement disparu; on enlève le drain. Tamponnement à la gaze au salol.

15 février. — La plaie opératoire est complètement fermée et la malade est considérée comme guérie de sa maladie apophysaire.

Il subsiste cependant un léger écoulement par le conduit auditif, dont il ne reste pas de traces, le 26 février.

Réflexions. — Chez cette malade il n'existait pas de grande cavité mastoïdienne, mais une série de petites cavités communiquant d'une part les unes avec les autres, et d'autre part avec la profondeur par des trajets qu'il a été impossible de découvrir, peut-être par des vaisseaux lymphatiques seulement.

Si nous eussions été entièrement libres, nous eussions opéré la malade au moins huit jours plus tôt, pendant la phase uniquement douloureuse, mais le confrère avec qui nous étions en consultation, ne voyant aucun gonflement du côté de l'apophyse, était pour la temporisation.

Nous croyons que la malade eût guéri plus vite si l'opération eût été plus hâtive. Enfin il n'est pas indifférent de laisser du pus renfermé sous pression dans l'apophyse, quand on est certain de sa présence, car on ne sait jamais de quel côté se fera la rupture.

OBSERVATION III. — Grippe. — Otite moyenne suppurée. — Ouverture de l'apophyse. — Guérison.

25 janvier 1890. — Grippe-coriza. Otite moyenne suppurée à début aigu, il y a quinze jours. Le malade vient me trouver aujourd'hui pour la première fois. A l'examen direct, on trouve un effacement complet du calibre du conduit auditif par abaissement de la paroi postéro-supérieure. Pas de phlegmon ni de gonflement au niveau de l'apophyse. Pas de douleurs à la pression. Pas de douleurs spontanées.

26 janvier. — La malade est chloroformée. Incision des parties molles, ouverture de l'os au point d'élection. Aussitôt la couche corticale enlevée on voit le pus apparaître. Un stylet

introduit pénètre dans une large cavité qui s'étend dans toute l'apophyse. Elargi l'orifice osseux, curé la cavité avec la curette de Volkmann, lavé au sublimé à 1 0/0, mis un drain, suturé les parties molles. Lavé le conduit au sublimé. Le liquide injecté dans le conduit ne sort pas par le drain.

27 janvier. — Pas de fièvre. Pansements.

Depuis ce jour, la suppuration a été en diminuant progressivement, sans complication aucune.

26 février. — Il ne reste plus qu'un petit trajet conduisant au centre de l'apophyse et ne donnant qu'une quantité de pus insignifiante.

28 février. — Le trajet fistuleux est presque fermé. La malade est considérée comme guérie.

Réflexions. — Chez cette malade les douleurs ont été presque nulles; il n'y avait pas de gonflement au niveau de l'apophyse, ni de douleurs à la pression.

L'indication opératoire était l'abaissement extrême de la paroi postérieure du conduit auditif et l'effacement complet de la lumière du conduit.

Il est à remarquer que, dans ce cas seulement, nous avons rencontré une grande cavité pneumatique dans l'apophyse.

OBSERVATION IV. — Grippe. — Otite moyenne aiguë. — Abscess mastoïdien. — Ouverture de l'apophyse. — Grattage de l'abcès. — Guérison en 27 jours.

Grippe-coryza. — Douleurs d'oreilles, à droite, depuis une semaine environ. Pas d'écoulement par le conduit auditif externe.

Le 23 janvier nous voyons la malade pour la première fois. Douleurs vives dans l'oreille et dans l'apophyse. On constate une tuméfaction phlegmoneuse rouge, grosse comme un marron, qui occupe le quadrant postéro supérieur de l'apophyse. Cette tuméfaction n'est pas encore fluctuante. Il n'y a pas d'écoulement par le conduit auditif.

27 janvier. — Nous avons bien recommandé à la malade de venir nous trouver le 24 janvier, mais elle n'en fait rien, et nous ne la revoyons que le 27 janvier.

La tuméfaction phlegmoneuse apophysaire s'est considérable-

ment étendue. — Elle est devenue manifestement fluctuante; le pus se rapproche de la peau. — Le pavillon de l'oreille est repoussé en avant. Toujours pas d'écoulement par le conduit.

Nous décidons enfin la malade à se faire opérer le lendemain.

28 janvier. — La malade est endormie au chloroforme. Le champ opératoire lavé au sublimé à 1/1000.

L'incision des parties molles conduit directement dans un abcès sous-périostique qui renferme deux ou trois cuillerées à soupe de pus. Le fond de cet abcès est formé par la face externe du temporal mis à nu, et rugueux sous le doigt. La plus grande partie de cet abcès est située plus haut que l'apophyse. Quand on a largement ouvert et nettoyé l'abcès, on constate que l'écorce du temporal qui en forme le fond est criblée de petits points rouges dans une surface grande comme une pièce de un franc, tandis que tout autour l'os est blanc et normal. Un stylet fin, introduit dans plusieurs de ces points rouges, pénètre dans l'épaisseur de l'os, mais s'arrête au bout de quelques millimètres sans pouvoir pénétrer dans la profondeur. Il ne s'écoule pas de pus par ces petits orifices; aussi nous décidons-nous à attaquer l'apophyse au lieu d'élection.

L'opération est continuée comme d'habitude; une seconde incision, antéro-postérieure, partant de la première, au niveau de la paroi supérieure du conduit, circonscrit un lambeau triangulaire qui est décollé de l'os au moyen de la rugine et rabattu en bas et en arrière.

Creusé dans l'os, au lieu d'élection, avec la gouge et le marteau, un canal à direction antéro-interne; à 12 millimètres de profondeur trouvé une cavité dans laquelle le stylet pénètre jusqu'à 17 millimètres mesurés verticalement. Curé cette cavité avec la curette de Volkmann. Lavé à l'eau chloroformée, mis un drain, ruginé avec soin les parois de l'accès superficiel, suturé et mis un pansement antiseptique.

30 janvier. — La malade va bien. Enlevé le pansement. La plaie a un aspect superbe; il n'y a pas de pus ni dans le drain, ni au niveau de l'ancien abcès, ni dans le conduit. La malade ne ressent aucune douleur. Lavé au sublimé à 1/1000. — Refait le pansement.

5 janvier. — La malade ne souffre pas. La plaie ne suppure pas. Réappliqué le pansement.

7 janvier. — Pas de pus au niveau du drain. Un peu de pus dans le conduit auditif.

Les parties molles ne se recollent pas sur le temporal au niveau de l'abcès. Cependant il n'y a pas de pus; mais le stylet vient butter en ce point sur une surface osseuse dénudée.

Pratiqué l'écouvillonnage avec un pinceau d'ouate imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10.

Réappliqué le pansement.

20 février. — Jusqu'à aujourd'hui on a fait le pansement tous les trois jours.

Actuellement, la plaie apophysaire est réduite à un simple trajet qui ne donne pas de pus et que l'on panse à plat.

Au niveau de l'abcès, les parties molles sont complètement réunies au temporal.

La malade est considérée comme guérie.

Réflexions. — Chez cette malade, le pus a fusé vers l'apophyse et ne s'est pas frayé une voie à travers la membrane et le conduit auditif. Il n'existait pas de trajet fistuleux faisant communiquer l'abcès superficiel avec la caisse, mais au niveau de l'abcès la face externe de l'écaille du temporal était dénudée et criblée de petits orifices d'une coloration rouge lie de vin, admettant à peine l'extrémité d'un stylet fin et n'intéressant que la couche corticale de l'os.

Comme l'abcès siégeait assez loin en haut et en arrière du conduit auditif, qu'il n'existait pas de trajet fistuleux conduisant dans la profondeur, nous avons pratiqué l'ouverture osseuse au point d'élection, cherchant à pénétrer dans la caisse par le plus court chemin, sans nous laisser guider par les lésions superficielles.

Cette façon d'agir a été pleinement justifiée.

En effet, nous n'avons pas rencontré de cellule pneumatique dans l'apophyse, et ce n'est qu'à une profondeur de 12 millimètres (mesurés à partir du bord antérieur de la partie osseuse) que nous avons trouvé une petite cavité mesurant cinq millimètres seulement, et qui était peut-être (?) le canal pétro-mastoïdien et permettait au stylet d'entrer jusque dans la caisse.

Il est à remarquer que dès que la caisse a été drainée le pus a cessé de se porter du côté de l'abcès superficiel. Comme les parois de celui-ci avaient été grattées avec le

plus grand soin, la réunion des parties molles à la peau s'est faite sans suppuration et sans que l'os dénudé qui formait le fond de l'abcès s'exfoliât.

OBSERVATION V. — *Grippe. — Otite moyenne suppurée droite. — Abscès mastoïdien. — Paralysie faciale. — Ouverture de l'apophyse.*

X..., enfant de cinq ans, est atteint de la grippe, puis d'otite moyenne suppurée droite. Presque en même temps survient une paralysie faciale du même côté.

Le 28 janvier 1890, examen de l'oreille. — Le conduit auditif droit est plein de pus. Il paraît que l'écoulement d'oreille date de huit jours environ et qu'il a commencé sans douleurs dans l'organe. Après avoir enlevé le pus, on voit au fond du conduit la membrane tympanique qui présente en bas et en avant une petite perforation.

En arrière du pavillon existe une tuméfaction diffuse, qui repousse celui-ci en avant. Quand on appuie sur cette masse, on fait refluer du pus qui s'écoule par le conduit auditif.

2 février. — L'enfant est endormi au chloroforme. Après nettoyage de la région, les parties molles sont incisées.

Une première incision est faite suivant l'insertion du pavillon, puis une seconde est menée horizontalement en arrière à partir de la première et au niveau du bord supérieur du conduit auditif. On entre dans un abcès situé sous le périoste et rempli de granulations.

Il est impossible de découvrir un trajet fistuleux pénétrant dans l'os.

Avec la curette de Volkmann, la couche corticale de l'apophyse est enlevée au lieu d'élection.

On creuse ensuite le tissu spongieux sous-jacent dans une profondeur de 4 à 5 millimètres.

Les parois de l'abcès sont rugineuses et toutes les parties fongueuses enlevées avec soin. Écouvillonnage de cette poche au chlorure de zinc à 1 p. 10.

Réunion des parties molles par plusieurs points de suture, sauf un point laissé libre pour introduire un drain dans la cavité de l'abcès.

Pansement antiseptique.

7 février. — Le malade n'a pas de fièvre.

Il n'y a pas de pus dans le pansement. Il ne s'en écoule pas

du drain ni quand on comprime le point où était l'abcès. Écouvillonnage de la cavité avec un pinceau imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10. On remplace le drain par une mèche de gaze iodoformée. Dans le conduit auditif on trouve quelques gouttes de pus que l'on enlève avec un tampon d'ouate imbibée de solution phéniquée à 2,5 p. 100.

Le pansement antiseptique est appliqué de nouveau.

28 février. — Il sort seulement un peu de sérosité par la fistule cutanée. Pansement antiseptique.

Réflexions. — Chez ce petit malade nous n'avons pas trouvé de cavité dans l'apophyse; cela est la règle, étant donné l'âge (5 ans). Nous nous sommes contenté d'enlever la couche corticale, sachant bien qu'il serait impossible ou presque impossible d'entrer dans la caisse. D'un autre côté, nous ne pouvions songer à enlever tout l'os malade, car il aurait fallu aller à une profondeur extrême puisque le facial était paralysé. Nous nous serions exposés à blesser ce tronc nerveux.

III

ULCÉRATIONS DES CORDES VOCALES DANS LE COURS DE LA GRIPPE,

Par M. P. Le NOIR, interne des hôpitaux.

Parmi les complications de la grippe les manifestations laryngées sont des moins signalées. Les auteurs qui ont observé les différentes épidémies parlent de trouble de la phonation, mais ils se contentent de les citer et n'y insistent pas autrement. Nous trouvons en effet relatés dans toutes les descriptions l'enrouement, la dysphonie, mais d'une façon tout à fait incidente. Grisolle, dans son traité de pathologie, dit: « Presque tous ont la voix rauque; ils éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx et un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum. »

Au contraire, les manifestations catarrhales ou inflammatoires du reste de l'appareil aérien sont partout décrites avec soin. Le coryza, le catarrhe trachéo-bronchique, la bronchopneumonie, etc., ont été l'objet de descriptions détaillées.

Les recherches anatomo-pathologiques ne nous éclairent pas davantage sur les lésions laryngées de la grippe ; on signale la rougeur, la congestion des muqueuses pharyngées, laryngées et bronchiques sans noter d'altérations spéciales de ces organes. Le larynx paraît en effet être souvent très altéré dans la grippe. Pendant la dernière épidémie, il nous a été donné d'observer quelques cas de troubles laryngés. En raison même de leur rareté, il nous a paru intéressant d'en donner une description aussi complète que possible, et ce sont quelques observations que nous avons recueillies qui nous ont servi à rédiger cette note.

Récemment M. Cartaz a fait une brève communication (Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, janvier 1890) sur les localisations catarrhales de la grippe sur la gorge, le nez et le larynx ; il a constaté des laryngites catarrhales avec gonflement de la muqueuse. D'autres auteurs, à l'étranger, ont observé quelques faits d'œdèmes laryngés aigus ayant nécessité l'intervention chirurgicale, la trachéotomie ; mais ces faits sont exceptionnels. Nous avons observé une forme spéciale de laryngite caractérisée par la présence d'ulcérations superficielles des deux cordes vocales. Cartaz dit dans son mémoire avoir constaté une fois la présence d'ulcérations de cette nature, mais dans l'espace interaryténoïdien ; nous ne les avons pas vues à cette place chez nos malades.

Les érosions catarrhales ont été signalées par Heryng (1) ; elles siègent, suivant cet auteur, à la région aryténoïdienne. Gottstein, dans son *Traité des maladies du larynx*, discute la nature de ces érosions, et dit qu'elles sont rares dans le simple catarrhe, fréquentes au contraire dans les maladies infectieuses ; il ne les signale pas dans la grippe : il signale seulement la laryngite. « Dans l'influenza, le catarrhe du

(1) *Revue mensuelle de laryng. et d'otologie*, 1883.

larynx n'est qu'un état partiel du catarrhe de toute la muqueuse respiratoire. » Sur plus de 130 malades atteints de grippe que nous avons pu observer au cours de la dernière épidémie dans le service de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, nous avons noté souvent des laryngites légères. Quatre malades seulement ont présenté des troubles vocaux d'une certaine intensité.

Ils n'avaient eu antérieurement aucun trouble de la voix ; un seul, il est vrai, était tuberculeux, et son affection pulmonaire paraissait remonter à un an et demi environ ; mais il avait des lésions peu avancées et n'avait jamais eu d'enrouement. La lecture de l'observation montre bien d'ailleurs la part de la grippe dans les troubles vocaux. Ces malades avaient eu une grippe en général peu grave avec une fièvre modérée ; mais tous ont présenté, indépendamment de la laryngite, du catarrhe trachéo-bronchique. Les troubles de la voix se sont manifestés dès le début ; dans un cas, il y a eu simple enrouement ; chez les autres, il y a eu aphonie rapidement complète. La grippe a d'ailleurs évolué normalement sans présenter de complication ni de rechutes ; la voix est peu à peu revenue et, du moins chez les malades que nous avons pu observer jusqu'à complète guérison, la parole était à leur sortie tout à fait normale.

Cette évolution était d'ailleurs facile à suivre au laryngoscope ; au début l'on constatait de la rougeur de la muqueuse laryngée, et sur les cordes vocales la présence d'ulcérations plus ou moins étendues, paraissant peu profondes, à contours irréguliers, limitées par la muqueuse boursoufflée, faisant saillie dans l'espace interglottique et empêchant les cordes de se rapprocher ? les ulcérations siégeaient sur les deux cordes vocales à leur moitié antérieure, et étaient généralement symétriques ; enfin elles étaient recouvertes d'un exsudat blanchâtre au moins dès le début, devenant grisâtre dans la suite et qui persistait assez longtemps.

En suivant la marche de ces ulcérations, on les voyait se modifier ; elles se détergeaient peu à peu, le fond en devenait plus rouge, leur étendue diminuait jusqu'à ne laisser

qu'une rougeur diffuse de toute la surface des cordes vocales, Cette rougeur de la muqueuse laryngée a duré assez longtemps; mais nous n'avons constaté, ni dans le reste du larynx, ni sur la muqueuse bucco-pharyngée, d'autres ulcérations analogues.

Quelle est la nature de cette lésion qui, restée toujours superficielle, a spontanément évolué vers la guérison? S'agit-il d'ulcérations d'origine purement catarrhale ou d'ulcérations de cause infectieuse? Le catarrhe laryngien, qui existe d'une façon constante dans la forme de grippe que nous avons observée, suffit-il à déterminer la formation d'érosions ou d'ulcérations? La question de l'existence d'ulcérations purement catarrhales a été discutée plusieurs fois, à propos, notamment, des ulcères laryngés observés dans le cours de la tuberculose. Il faut remarquer que dans la grippe le catarrhe est fréquent, et que cependant les ulcérations paraissent exceptionnelles.

Pour établir l'origine infectieuse de ces lésions, il aurait fallu faire un examen bactériologique; la difficulté de recueillir l'exsudat qui recouvrait ces ulcérations nous a empêché de l'effectuer. Toutefois, en tenant compte de la fréquence des manifestations infectieuses dans le cours de la grippe, il n'est pas inadmissible de ranger les ulcérations laryngées dans cette dernière catégorie, bien que ces altérations restent toujours superficielles et n'entament pas les tissus sous-jacents, comme dans la fièvre typhoïde; mais, même dans cette dernière, le laryngo-typhus peut rester superficiel, et personne n'ignore que la forme dite érythémateuse de la laryngite typhoïde est beaucoup plus commune que la forme nécrosique.

Quoi qu'il en soit, l'affection principale n'a pas paru influencée par ces troubles du larynx; les malades ont conservé des signes de laryngite, mais cette laryngite elle-même a complètement guéri.

Quant au traitement, il a été seulement dirigé contre la grippe, et aucune modification locale n'a été instituée, paraissant inutile.

La bénignité de la forme que nous décrivons forme un

contraste assez curieux avec la gravité des otites. Suivent ensuite nos observations.

OBSERVATION I. — M. H., 25 ans, entré le 18 janvier, ne toussait jamais et avait une bonne santé habituelle.

Au commencement de janvier, prend la grippe, toussé et a une extinction de voix; il a des quintes de toux sèche, sans expectoration.

Au premier examen laryngoscopique on trouve les cordes vocales très rouges, circonscrivant un espace ulcéré, irrégulier, d'une étendue beaucoup plus grande à gauche qu'à droite.

Dans les poumons : quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine.

L'aphonie persiste quelques jours, puis la voix reparait, et le malade conserve encore un peu d'enrouement; au laryngoscope on constate encore vers la fin de janvier un exsudat blanc, de forme semi-lunaire, sur chaque corde vocale, et occupant toute la moitié antérieure de ces cordes. — Dans les poumons il n'y a plus aucun signe de bronchite.

Le malade sort le 15 février; la voix est normale; le larynx conserve encore une rougeur assez intense; les cordes vocales, encore un peu hyperémiées, ne présentent plus d'ulcérations.

OBSERVATION II. — H. F., 23 ans, employé, entre le 29 décembre.

Tousse et expectore depuis dix-huit mois. — Vers le 15 décembre est pris subitement de douleurs thoraciques avec des points de côté très intenses dans le côté gauche; il s'enroue et a des quintes de toux très pénibles suivies de vomissements alimentaires et de sensations douloureuses au niveau du larynx.

L'examen des poumons fait reconnaître de la submatité au sommet gauche, et dans toute l'étendue des poumons une bronchite assez intense avec quelques râles muqueux à la partie supérieure du poumon gauche en avant.

Au bout de quelques jours, les douleurs cessent, la voix s'éclaircit, mais incomplètement, et les signes pulmonaires s'améliorent, et au moment de la sortie, l'on ne pouvait constater que de la submatité sous la clavicule gauche avec quelques craquements et quelques râles muqueux.

L'examen laryngologique a donné les résultats suivants : au début, rougeur intense des deux cordes vocales, ulcérations au tiers antérieur, faisant saillie sur le rebord et empêchant l'accol-

lement des bords ; à la surface de ces ulcérations, exsudat grisâtre ; tuméfaction légère du reste de la muqueuse laryngée.

Trois semaines après, la muqueuse, les cordes vocales sont encore rouges ; les deux ulcérations ont un peu diminué, elles ont la forme d'un demi-croissant, celui de gauche est plus étendu que celui de droite.

A la sortie du malade, au commencement de février, les ulcérations ont encore diminué, elles persistent néanmoins, la voix est encore un peu voilée.

OBSERVATION III. — G. A., 25 ans, mouleur.

Prend la grippe vers le 25 décembre ; douleurs dans la région lombaire et à la nuque, céphalalgie, fièvre, anorexie, toux et aphonie complète.

Entre à l'hôpital le 11 janvier ; l'on constate une bronchite généralisée dans les deux poumons, et un peu de congestion pulmonaire à la base du poumon droit. T. 40°.

Examen laryngoscopique.

Au début l'on trouve sur la moitié antérieure des deux cordes vocales, mais surtout à gauche, une ulcération proéminente, empêchant l'accolement des cordes vocales et recouverte d'un exsudat peu abondant.

A la fin de janvier, la température, qui a baissé tous les jours progressivement, est tombée à 37°, la voix est complètement revenue, la toux a disparu, il reste encore à la base du poumon droit un foyer de râles muqueux abondants ; à l'examen du larynx, on constate seulement un peu de rougeur des cordes vocales, et à droite, vers le milieu de la corde vocale, une petite tache blanche entourée d'un rebord rougeâtre irrégulier, pas d'ulcération sur la corde vocale gauche.

Les deux cordes vocales ne peuvent se rapprocher complètement à leur centre.

Exact le 8 février. Voix normale, le larynx est normal, sauf un peu de rougeur persistante.

OBSERVATION IV. — X., 20 ans, entrée le 11 janvier, a été prise des symptômes de la grippe depuis six jours, elle tousse et a de l'enrouement ; elle a peu de signes pulmonaires, mais les amygdales sont rouges, augmentées de volume. A l'examen laryngoscopique, on constate des ulcérations des bords des cordes vocales occupant la région antérieure de ces cordes. Elle sort le 20 janvier, complètement guérie, les ulcérations laryngées ont disparu.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans). (Lecrosnier et Babé, Paris, 1890.)

Jusqu'à ce jour l'étude de l'hygiène de l'oreille était restée l'apanage des journaux médicaux et des livres spéciaux. Nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir, le premier, cherché à vulgariser des connaissances fort utiles et dont les médecins déplorent chaque jour l'ignorance dans le public. Ce livre est dédié aux élèves. Il arrive à son heure, maintenant que l'étude de l'hygiène est devenue obligatoire dans les lycées. Il est divisé en deux parties. La première traite de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille et du nez, ces deux inséparables. Les relations si intimes qui existent entre l'un et l'autre y sont succinctement, mais clairement démontrées.

La deuxième partie, qui constitue vraiment l'ouvrage, a trait à l'hygiène. L'auteur passe en revue les soins de propreté à donner à l'oreille, et fait justement le procès de ces instruments nuisibles, que l'on nomme cure-oreilles. Il examine ensuite les causes qui produisent les affections de l'organe de l'ouïe. Ces dernières sont divisées en cinq classes, et cette division originale nous a paru très complète. La première classe traite des causes provenant de l'influence du milieu; la seconde, des causes qui agissent d'une manière directe sur l'oreille; la troisième, des causes provenant d'affections des organes voisins de l'oreille; la quatrième, des causes provenant d'affections atteignant notre organisme tout entier et des diathèses; la cinquième classe, enfin, des professions.

Puis l'auteur parle longuement de la suppuration de l'oreille; il en fait un tableau saisissant, et nous montre tous ses dangers.

Vient ensuite l'étude de la surdité à l'école et de son influence, et de la surdi-mutité.

Enfin les préjugés et tous les remèdes populaires que l'on ne doit jamais employer sont décrits avec soin.

L'ouvrage se termine par un exposé de la statistique de la surdité.

Nous avons été frappé de voir que 27 0/0 des réformés à l'armée l'étaient pour cause de surdité. Ce chiffre est supérieur à celui que nous donne la tuberculose. Cette triste observation justifie tout l'ouvrage, et nous nous faisons un devoir de le signaler et de lui souhaiter le succès qu'il mérite, espérant que son étude dans les collèges et que sa lecture dans le public arriveront à faire comprendre en France que les affections de l'oreille doivent être traitées de bonne heure, si l'on veut éviter d'abord la surdité qui nous rend inutiles et nous isole du monde extérieur, et ensuite les accidents graves qui, chaque année, déterminent à eux seuls la mort de bon nombre d'enfants. A. G.

A Manual of Diseases of the Ear (*Traité des maladies de l'oreille*), par A. H. BUCK. (W. Wood, éditeur New-York, 1889.)

Le traité de Buck — et c'est là une de ses grandes qualités — est avant tout un ouvrage de pratique pure et de pratique personnelle. Ce souci constant de la clinique est bien prouvé par les très nombreuses observations rapportées *in extenso* dans le texte.

Parfois même dans les maladies rares et peu connues (tumeurs malignes, syphilis, tuberculose de l'oreille moyenne, affections du labyrinthe), ces observations accompagnées de quelques brèves réflexions constituent presque tout le chapitre. Et cette lecture est assurément plus intéressante et plus instructive que ne le serait une description de pure théorie.

A.-F. PLICQUE.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par Émile BERGER. (Doin, éditeur, Paris, 1890.)

Dans ce travail, M. Berger publie la suite de ses recherches sur les affections du sinus sphénoïdal décrites pour la première fois par lui et qui ont été analysées dans ce recueil.

Tout d'abord il signale que la croissance irrégulière du sphénoïde peut créer une sténose du canal du nerf optique, voisin de ce sinus.

Les autopsies de Ponfick ont démontré en effet l'existence de cette sténose dans les déformations congénitales du crâne coïncidant avec l'atrophie du nerf optique. Pour expliquer l'a-

trophie « genuin » du nerf optique, il est bon de se rappeler, comme M. Tillaux l'a démontré, qu'elle se développe au moment où le corps du sphénoïde détermine sa croissance.

La muqueuse du sinus sphénoïdal est très souvent affectée par l'inflammation aiguë, chronique, phlegmoneuse (dans les maladies infectieuses), par la diphtérie et la morve. La propagation de cette inflammation vers la gaine du nerf s'explique par l'existence fréquente de trous dans la paroi osseuse qui sépare le sinus du canal du nerf. Ainsi se comprend le développement d'une périnévrite et d'une névrite optique rétro-bulbaire après le refroidissement et dans quelques maladies infectieuses.

L'auteur divise les symptômes des affections du sinus en deux groupes : 1° symptômes réflexes, blépharospasme, larmoiement, etc.; 2° symptômes causés par les lésions du trijumeau, céphalalgies de formes diverses, ou bien par les altérations des organes voisins.

La lésion du nerf optique est caractérisée par un rétrécissement du champ visuel et la perte des fonctions des fibres de la macula. L'auteur explique ce fait par la distribution particulière des fibres nerveuses dans le canal optique; celles qui se rendent à la macule étant situés dans l'axe du nerf (Samel Sohn).

Le rétrécissement du champ visuel peut aussi démontrer qu'une tumeur de la cavité naso-pharyngienne s'est propagée dans le sinus avant de gagner les fosses nasales, l'orbite et la cavité crânienne. L'examen de tous les symptômes oculaires est donc d'une haute importance pour l'indication opératoire d'une tumeur du rétro-pharynx.

L'auteur résume les résultats satisfaisants obtenus par l'ouverture du sinus sphénoïdal, tels que la disparition de la céphalalgie et des troubles oculaires. Il rejette le mode opératoire par la cavité naso-pharyngienne (Schech) ou par l'orbite (John Bergh); il recommande de pratiquer l'ouverture par le nez (Zuckerkindl), opération qu'il décrit avec ses résultats, d'après un certain nombre d'auteurs français et étrangers. A. G.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par le D^r S. DUPLAY. (Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1889.)

« Je me suis décidé à écrire ce petit livre, bien qu'il soit dénué de tout intérêt scientifique, parce qu'il me paraît appelé à rendre un réel service aux médecins et aux malades.

« J'ai pu, en effet, à mesure que j'avance dans la carrière, constater chaque jour davantage l'inexpérience, pour ne pas dire plus, d'un très grand nombre de praticiens, en ce qui touche à l'emploi des divers procédés de diagnostic des maladies des oreilles et à l'application des principaux moyens de traitement de ces maladies.

« Combien de fois, par exemple, ai-je vu des malades atteints de surdité qui, même après avoir été examinés par leur médecin ordinaire, à l'aide du spéculum, ont été traités par des sangsues, des vésicatoires, des purgatifs, etc., et dont la surdité reconnaissait pour unique cause un bouchon cérumineux méconnu par le médecin, faute de savoir se servir des instruments d'exploration!

« Combien de fois ai-je vu des malades affectés d'otorrhée chronique et traités sans succès depuis des mois ou des années à l'aide d'injections et d'instillations médicamenteuses pratiquées n'importe comment, et qui ont été guéris en quelques semaines par les mêmes moyens convenablement administrés! »

Ces premières lignes de l'introduction montrent bien le but et l'utilité de cet ouvrage. Il constitue un exposé complet parfaitement clair et méthodique des diverses méthodes d'examen et de traitement, méthodes qui ne laissent pas d'être souvent pour bien des praticiens un sérieux sujet d'embarras.

A.-F. PLICQUE.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Über die Wirkung von Cocainum muriaticum auf das Ohr. (Effets du chlorhydrate de cocaïne sur l'oreille), par KRESSELBACH. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, septembre 1889.)

Il a employé la cocaïne contre les bourdonnements d'oreille. Il fait dans la trompe une injection de 5 à 10 gouttes de solution tiède de chlorhydrate au titre de 2 à 10 pour cent. Ces injections sont espacées à trois ou cinq jours d'intervalle. — Les premières injections s'accompagnent parfois de vertiges, de vomissements survenant au bout d'une demi-heure environ, et pendant

un jour ou deux d'augmentation des bourdonnements. Dans les cas récents, les bruits anormaux cessent très vite, parfois même après une seule injection. Dans les cas anciens, ils sont plus tenaces; la médication est même restée tout à fait sans résultat dans plusieurs cas de vieilles scléroses et dans un cas de syphilis. Mais ordinairement on a tout au moins une grande atténuation des bourdonnements, plus rarement une disparition complète du vertige.— Théoriquement, ces effets de la cocaïne peuvent s'expliquer par la dépression qu'elle amène dans la tension artérielle.

A.-F. PLICQUE.

Note sur les affections de l'oreille dans l'influenza, par R. DREIRUSS (Clinique B. Baginsky). (*Berliner Klin. Woch.*, n° 3, 20 janvier 1890.)

L'auteur a observé deux catégories de cas d'affections auriculaires consécutives à l'influenza. Dans la première catégorie, le tympan offrait une inflammation hémorragique des plus intenses qui était accompagnée d'une exsudation séreuse ou purulente de la caisse. Le tympan était très rouge, parfois cyanotique. Dans quelques cas il se formait des vésicules sanguines de la grosseur d'une lentille ou de la moitié d'un petit pois. Ces hématomes s'étaient constitués dans l'épaisseur du tympan même et ne communiquaient pas avec la caisse, car à travers la perforation il s'écoulait un exsudat séreux ou purulent. Les symptômes subjectifs étaient relativement de peu d'importance et n'étaient pas plus prononcés que ceux qui accompagnent toute otite moyenne aiguë.

Une affection semblable du tympan a été observée dans la fièvre typhoïde et dans la variole.

Quant à la seconde catégorie des affections dues à l'influenza, c'étaient de simples otites aiguës avec sécrétion séreuse ou séro-purulente de la caisse.— Dans une partie des cas, l'oreille s'était prise le premier ou le deuxième jour de l'influenza; dans l'autre partie, l'otite n'apparaissait que 8 à 15 jours plus tard.— Les affections auriculaires de l'influenza ressemblent en cela à celles qui se montrent dans la rougeole, scarlatine, diphtérie, variole, fièvre récurrente et fièvre typhoïde, où elles sont également ou primitives ou secondaires.

L. L.

De l'otite moyenne aiguë dans l'influenza, par SCHWABACH (de Berlin). (*Berliner Klin. Woch.*, n° 3, 20 janvier 1890.)

Schwabach a vu dans ces derniers quinze jours 62 cas d'otite

moyenne aiguë consécutive à l'influenza, dont 19 cas d'otite moyenne simple et 43 cas d'otite moyenne aiguë purulente. L'affection était unilatérale 54 fois, et bilatérale 8 fois.

Presque tous les cas débutaient par des symptômes subjectifs très prononcés (engourdissement et douleurs de tête, douleurs dans l'oreille, bourdonnements pénibles et surdité intense), et à l'examen objectif on trouvait, surtout dans les cas d'otite aiguë purulente, avant que la perforation ne survint, une rougeur très intense du tympan bombé dans sa partie postérieure.

Dans 22 cas on constatait en outre des hémorragies dans le tissu du tympan, soit sous forme de petites ecchymoses ayant la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois, soit sous forme de grosses bulles hémorragiques qui occupaient assez fréquemment toute la surface du tympan. Ces dernières se montrèrent surtout dans les cas d'otite aiguë purulente, tandis que les petites ecchymoses existaient principalement dans les cas d'otite simple.

Les perforations se formaient surtout dans le segment antéro-inférieur.

Deux fois, la membrane de Shrapnell était le siège de la perforation, ce qui se voit rarement dans les affections aiguës. L'oreille externe était affectée plus souvent que cela n'a lieu habituellement dans les otites aiguës.

La marche de ces otites était relativement bénigne, malgré l'intensité des symptômes initiaux.

Le traitement ne différait pas du traitement habituel. L. L.

Otite moyenne aiguë hémorragique comme complication de l'influenza, par HAYC. (*Munch. med. Woch.*, n° 3, 21 janvier 1890.)

L'otite moyenne aiguë survenant du 3^e au 7^e jour de l'influenza est caractérisée par la formation rapide d'une sécrétion hémorragique dans la caisse et dans l'épaisseur du tympan. Cette exsudation s'accompagne de douleurs excessives.

L'auteur a vu 11 cas. Tantôt le tympan était dans presque toute son étendue d'un rouge foncé et bombé en dehors, tantôt il ne présentait que des vésicules fluctuantes d'un bleu foncé de la grosseur d'un petit pois.

Ces vésicules siégeaient principalement dans le segment postérieur et contenaient du sang. La perforation du tympan sur-

venait au plus tard 12 heures après le début de l'affection, et il s'écoulait un liquide hémorrhagique, souvent coagulé. Plus tard l'écoulement devenait purulent.

L. L.

L'entité de l'influenza, surtout au point de vue des symptômes auriculaires, par J. MICHAEL. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 6, 6 février 1890.)

Les affections de l'oreille qui surviennent au cours de l'influenza appartiennent à deux groupes différents : 1° les inflammations de la trompe et de la caisse qui sont provoquées par des catarrhes des fosses nasales et du pharynx et qui n'offrent aucune particularité; 2° les affections de l'oreille qui ne sont pas la suite, mais des localisations de l'influenza.

L'auteur ne s'occupe que du second groupe, et dit que ses symptômes subjectifs et objectifs sont l'expression d'une hyperémie intense de la muqueuse de l'organe de l'ouïe. Les symptômes subjectifs consistent en des douleurs de tête et d'oreille excessivement violentes.

La surdité est, au début, très faible, mais elle augmente après.

Malgré les douleurs intenses, l'apophyse mastoïde se montre indemne. Objectivement on constate sur le tympan des lésions très caractéristiques.

Le tympan très injecté offre un brillant velouté. Le manche du marteau et la courte apophyse apparaissent plus petits, étant en quelque sorte cachés par les vaisseaux engorgés.

Parfois on voit des extravasations de sang dans la membrane.

Un autre fait caractéristique est la rapidité avec laquelle des symptômes aussi graves disparaissent.

Quant au traitement, l'auteur croit que la paracenthèse du tympan est superflue et même nuisible. La paracenthèse ne soulage point le malade, comme la perforation spontanée, et on risque de transformer la sécrétion séreuse en sécrétion purulente, en offrant une porte d'entrée au micro-organisme.

L'auteur, pour combattre l'hyperémie de la caisse, applique une sangsue par jour à l'apophyse mastoïde.

Il n'a été obligé de faire l'incision de Wilde que dans un cas.

L. L.

Drei Falle spontaner Schrumpfung von Ohrpolypen (Trois cas d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille), par GOMPERZ. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Gomperz rapporte trois faits d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille soit sessiles soit pédiculés. Ces polypes occupaient les uns la caisse de l'oreille moyenne, les autres le tympan. L'examen histologique montra que cette atrophie était due à une oblitération des vaisseaux par prolifération endothéliale. Cette oblitération avait, dans un cas, déterminé, en même temps que l'atrophie, des hémorragies interstitielles. — Au point de vue thérapeutique, Gomperz croit que toutes les fois qu'il n'y aura pas d'indication pressante : carie osseuse, rétention du pus, etc., on obtiendra souvent l'atrophie si l'on parvient à supprimer, par des irrigations, par des insufflations d'air, par des applications pulvérulentes, l'inflammation de la muqueuse de la caisse.

A.-F. P.

Über ein Verfahren Gipsabgüsse von Gehörgang und Trommelfell des Lebenden zu gewinnen (Moyen d'obtenir des moules en plâtre du conduit auditif et du tympan sur le vivant), par LÖWE. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mars 1889.)

Ces moules auraient l'avantage de fournir plus exactement au diagnostic divers renseignements : situation et étendue des portions osseuses cariées, siège et volume des tumeurs, formes du tympan, rapports de sa surface avec l'axe du conduit auditif. — Le moule positif est obtenu au moyen d'un mélange de gélatine, d'agar-agar, de glycérine et d'eau versé dans l'oreille et solidifié par le simple passage d'un courant d'air froid. Ce moule est ensuite reproduit en plâtre.

A.-F. P.

Über Ohrreflexe bedingt durch Ansammlung von Cerumen im ausseren Gehörgange (Réflexes provoqués par l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif), par J. HERZOG. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mai 1889.)

Les troubles réflexes existaient depuis plusieurs mois et consistaient en angoisse, palpitations, tiraillements dans la tête et la nuque, vertiges. — Ils disparurent complètement par l'extraction d'un bouchon de cérumen dont la découverte fut en quelque sorte accidentelle. Il n'avait pas, en effet, produit le moindre affaiblissement de l'ouïe.

A.-F. P.

Rupture de la trachée avec fractures sternale et costale, par BENNET. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1888.)

Pas de blessure antérieure, mais après la mort le sang avait coulé de la bouche. Trachée rompue transversalement, fragments séparés par un intervalle d'un pouce. Œsophage contusionné, mais non déchiré; grande effusion de sang autour de la trachée et de l'œsophage, mais aucune des grandes artères ou des veines n'était rompue.

R. LEUDET.

Lupus de la bouche, du pharynx, du larynx, par ORWIN. (*Méd. Soc. of Lond.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1888.)

Présentation d'une femme de 21 ans, chez laquelle le lupus était supposé s'être étendu au palais à travers le nez, par les canaux lymphatiques.

M. Lennox Browne n'a jamais vu de lupus de la paroi postérieure du pharynx: il diffère du précédent pour la voie suivie par le lupus. Un point différentiel entre lupus et syphilis tertiaire est que cette dernière attaque souvent la voûte et le voile du palais, par extension de la muqueuse nasale, tandis que le lupus s'étend toujours par la muqueuse buccale.

Une autre différence, c'est que le lupus n'attaque pas les os (Hunter Mackenzie).

R. LEUDET.

Angiome de l'épiglotte, par TAUBER. (*Journ. of Laryng.*, n° 9, 1889.)

Un marchand, âgé de 42 ans, souffrait depuis plusieurs années de gêne dans la déglutition, dans la parole, avec respiration courte, écoulement considérable par la gorge et les narines. Toute la face dorsale de l'épiglotte était couverte d'une tumeur unie, luisante, bleu rougeâtre, mesurant un pouce et quart en longueur et un pouce en largeur, dépassant antérieurement l'épiglotte. L'intérieur du larynx n'était pas très attaqué; il n'y avait qu'une laryngite chronique peu importante.

La position antérieure surtout rendait très difficile de circonscrire toute la tumeur avec l'anse galvano-caustique. Avec le plus grand amygdalotome de Mathieu, la tumeur coupée en un temps fut cautérisée au galvano-cautère. Peu de douleur et d'hémorrhagie. Huit ans se sont passés sans récurrence. R. LEUDET.

Un cas d'érythème noueux du larynx, par DU MESNIL (Wurzburg). (*Munch. Med. Woch.*, n° 46, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Chez une femme de 25 ans, il y avait sur les lèvres, la langue,

le voile du palais et la muqueuse du larynx des infiltrations érythémateuses. La guérison se fit attendre un mois. R. LEUDET.

Laryngite sous-glottique aiguë, par SUCHANNECK (Zurich). (*Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Un enfant de onze ans fut pris de dyspepsie et d'enrouement un quart d'heure après avoir avalé un os. On ne trouva pas de corps étranger dans l'œsophage. Au laryngoscope on vit une tuméfaction rougeâtre dans la partie sous-glottique du larynx. Guérison par la cocaïne. Toux remarquable par son timbre non croupal, malgré la recherche laryngoscopique dénotant un aspect semblable à celui du pseudo-croup. R. LEUDET.

Pépin de melon logé dans la bronche droite; opération; guérison, par ACKERMANN. (*Med. News*, 10 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Enfant de 2 ans, enrouements, violents accès de toux croupale. Respiration prolongée au poumon droit, murmure saccadé. Après trachéotomie inférieure, une paire de longues pinces, étroites, introduites dans la bronche droite, parvint à extraire le pépin. Guérison en dix jours. R. LEUDET.

Extirpation du larynx, par SCHEDE. (*Aerztlicher Verein in Hambourg*, 20 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Femme de 50 ans, examinée par Schede quatre ans et demi avant. Après trachéotomie, elle fut envoyée 14 jours après à l'hôpital, le 6 juin 1884. Il fallut faire la même année une deuxième opération pour une légère récurrence dans la trachée. Depuis ce temps, la malade a été bien portante; elle porte le larynx artificiel de Bruns et jouit, grâce à cela, d'une bonne voix.

Un deuxième cas d'extirpation de la moitié du larynx, par S., mourut 3 ans après de pneumonie fibrineuse sans récurrence de maladie primitive. Deux autres cas, avec extirpation totale, succombèrent après récurrence. R. LEUDET.

Carcinome du larynx; ablation de la moitié; mort, par KAYSER. (*Deutsch med. Woch.*, n° 45, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Ce cas est celui de son frère le député socialiste Kayser. A 32 ans, jusque-là bien portant, il devint enrôlé en juin 1887. En septembre, les deux cordes vocales étaient rouges, la région aryénoïdienne enflammée. Un an plus tard, l'état général s'amé-

liora, mais l'enrouement persista. Il fut attribué à une moindre mobilité dans la corde vocale droite. En janvier 1888, il fallut faire la trachéotomie pour un accès subit d'asphyxie. C'est alors qu'en plus d'une rougeur avec gonflement et immobilité de la corde droite, on put voir une tumeur à droite au-dessus de la glotte. Le mercure donné sans résultat fut suivi d'iodure de potassium donné à l'état solide. Ponfick déclara qu'un fragment enlevé était une excroissance maligne, probablement un sarcome. L'extirpation du larynx fut faite par Riegner. L'opération dura deux heures. Huit jours après il fallut enlever le premier anneau de la trachée pour une portion de tumeur négligée ou due à une récurrence. Mort deux jours après, de paralysie du cœur.

R. LEUDET.

Laryngite typhoïdique chez un enfant d'un an, par BENNONE LEWY.

(*Arch. f. Kinderheilk.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Pendant 8 jours, convulsions généralisées, diarrhée, fièvre, sténose croissante du larynx, nécessitant enfin la trachéotomie, mais sans succès. A l'autopsie, lésions de fièvre typhoïde et au larynx gonflement de la muqueuse avec sténose intense; toute la région sous-glottique était occupée par une tumeur blanchâtre. Au microscope on vit qu'il s'agissait d'un exsudat fibrineux dans la muqueuse. On trouva dans les glandes à mucus le bacille typhique bien connu.

R. LEUDET.

Opération de goitre; paralysie des deux récurrents et tétanie, par BERDEZ. (*Rev. de la Suisse romande*, 20 mars 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Un garçon de 15 ans, thyroïdectomisé en 1887, fut présenté à la Société vaudoise de médecine. Le fait assez fréquemment observé après cette opération était remarquable par sa longue durée et une hyperexcitabilité galvanique extraordinaire. Ainsi un courant faible, les deux pôles placés sur la branche horizontale de la douzième paire, produisait des contractions de la moitié correspondante de la langue, à l'ouverture ou à la fermeture.

Herzen observe que cette hyperexcitabilité des nerfs moteurs après ablation de la thyroïde n'est pas la règle chez l'homme, mais l'est chez les animaux, surtout chez le chien, où il y a des phénomènes tétaniques très marqués. Schiff a vu le diaphragme se contracter à chaque battement du cœur sous l'influence d'une électrisation négative du cœur.

R. LEUDET.

Traitement des papillomes du larynx par la curette, par F. MASSEI. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Exposé des divers moyens opératoires jusqu'ici employés dans le traitement de ces tumeurs et de leurs résultats. A l'article sont jointes quelques figures représentant les principaux instruments de curettage. (Bruns, Ferreri, Volkmann, Heryng, etc.) La méthode de ce dernier auteur est bien connue, ses recherches ayant été maintes fois, depuis trois ans, exposées dans les Annales.

Voici les conclusions de Massei :

- 1° Le curettage mérite une plus grande attention que jusqu'ici ;
- 2° Il rend de grands services pour les tumeurs de la région sous-glottique, des cordes vocales et du bord libre de celles-ci ;
- 3° En plus de la facilité de l'opération, on peut enlever des portions du tissu producteur des tumeurs ; c'est là une raison qui, jointe à la possibilité des applications locales ultérieures (surtout d'acide lactique), donne plus de sécurité contre la récurrence, résultat le plus sérieux à craindre contre le papillome du larynx.

R. LEUDET.

Notes cliniques sur les lipomes du larynx, par P. M. BRIDE. (*Edinburgh. med. chir. Soc.*, 19 déc., 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'auteur vient d'en observer deux cas chez des hommes, s'ajoutant aux seuls connus (Wagner, Tobold, Bruns, Schrötter). La tumeur, d'un rose pâle, du volume d'un œuf de pigeon, était derrière la langue, fixée à l'épiglotte; elle fut enlevée avec l'anse galvano-caustique, récidiva et fut alors énucléée.

Chez le second malade, gêné également pour respirer et pour parler, la tumeur recouvrait le cartilage aryénoïde gauche, et son pédicule s'insérait à la partie externe du sinus pyriforme. Même procédé opératoire que plus haut.

Les avis sont très partagés pour savoir si ces tumeurs sont véritablement extra- ou intra-laryngées.

R. L.

Anatomie des cordes vocales, par B. FRÄNKEL. (*Berlin. med. Gesellsch.*, 11 juillet 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Présentation de coupes histologiques des vraies cordes vocales, montrant de petites glandes, dont l'accroissement pathologique produisit des nodules et des polypes.

R. LEUDET.

Hémorrhagie de la muqueuse laryngée atteinte de catarrhe chronique, par PLESKOFF. (*Munch. med. Woch.*, n° 49, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le malade était un professeur qui avait surmené l'organe de la voix. Le point saignant était la corde gauche. R. LEUDET.

Extraction de deux tuyaux de canule à trachéotomie tombés dans la trachée, par VASILY RAZUMOVSKY. (*Dnevnik Kazanskako Abshtchva Vratchesza*, 27 déc. 1887, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le cas est probablement unique. Une femme de 53 ans, trachéotomisée en 1882 pour une sténose cicatricielle du larynx, vit successivement, en 1884, puis en 1887, le tuyau de la canule se détacher de la plaque et disparaître dans la trachée. Malgré des troubles sérieux, elle ne vint se présenter que trois mois après le second accident, qui rendait la vie impossible. Les deux tubes arrêtés à la bifurcation de la trachée furent retirés avec quelque peine, au moyen de pinces courbes. L'un était bien conservé; mais l'autre, après trois ans de régime, était fort altéré. La guérison survint complète et sans accident.

L'auteur s'étend ensuite sur les précautions à prendre pour s'assurer du bon état des canules et passe en revue les faits ayant présenté quelque analogie avec celui-ci. R. LEUDET.

Œdème neuro-vasculaire héréditaire, par OSLER. (*Americ. Journ. of med. sc.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

L'auteur a vu survenir dans une famille : 1° Des œdèmes locaux du tronc, de la face, des mains, bras, jambes, des organes génitaux, des fesses, de la langue. Une fois, peut-être deux, la mort survint par l'œdème subit de la glotte;

2° Associés, il y a presque invariablement des troubles gastro-intestinaux, des coliques, des nausées, des vomissements, quelquefois de la diarrhée;

3° Une disposition héréditaire bien marquée, cinq générations ayant été touchées.

L'œdème de la gorge et du larynx présente un intérêt spécial, puisque l'extension soudaine de ces parties peut amener la mort. Quincke et Dinkelaker ont observé un homme de 22 ans, sujet à des attaques répétées de suffocation et de cyanose, la muqueuse du larynx étant œdématisée et exigeant une satisfaction. Goltz a vu, chez un homme de 30 ans, l'œdème de la luette et du pharynx avec gonflement du pourtour anal et du scrotum.

Un malade de Riehl avait trois attaques d'angine avec dysphagie et dyspnée, et une fois le malade avait les cordes vocales enflammées.

L'hérédité est bien établie par bon nombre d'observations. La colique intestinale est un caractère frappant, combinée avec les maladies de la peau. L'attaque peut être répétée par intervalles pendant bien des mois. L'urticaire, le purpura, les hémorragies intestinales, l'hématurie, l'albuminurie, peuvent survenir. La maladie est incontestablement d'origine névrotique et est étroitement reliée à l'urticaire.

R. LEUDET.

Un cas d'entrave à la respiration ; trachéotomie ; guérison, par ED. ARTHUR WRIGHT. (*Lancet*, 29 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

La cause de la gêne respiratoire, chez un garçon de 12 ans, était apparemment un abcès glandulaire péribronchique pointant dans la trachée et qui fut rompu au moyen d'un cathéter passé par la blessure de la trachéotomie.

R. L.

Corps étranger du larynx, par STRÖM. (*Soc. de méd. de Christiania*, 12 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Enfant de 3 ans, pris d'accès de suffocation intermittente nécessitant la trachéotomie au bout de 19 jours; issue d'un noyau de cerise. Quatre heures après l'opération, apparition de convulsions, et mort trois jours après.

R. LEUDET.

Deux cas de paralysie unilatérale de l'abducteur de la glotte due à un réflexe par irritation nasale, par D. R. H. STEWART. (*Lancet*, 13 oct., 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Les deux cas furent guéris en enlevant le cornet droit moyen avec un serre-nœud. Cet os était épaissi et appuyait sur la cloison.

(C'est peut-être une opération un peu risquée, dit Hunter Mackenzie, et l'enlèvement du cornet moyen, qui n'est pas un os à part, comme l'inférieur, ne lui a jamais paru justifié.) R. LEUDET.

Aphonie hystérique chez une femme de 70 ans ; guérison ; remarques, par T. D. SAVILL. (*Lancet*, 18 août 1888.)

Il n'y a guère d'intéressant que l'âge de la malade et sa guérison, due à la faradisation (Hunter Mackenzie). R. LEUDET.

Kyste de la corde vocale supérieure, par Charles HAYWARD. (*Lancet*, 15 sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Le kyste occupe les trois cinquièmes moyens de la corde. Il fut traité par l'incision et l'excision des parois kystiques, suivies d'applications de nitrate d'argent et de chlorure de zinc.

R. LEUDET.

Ein Fall von extralaryngealem Polyp. (Un cas de polype extralaryngé), par TSAKYROGLOUS. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Le polype mesurait près de sept centimètres de long, et ce fut la malade elle-même qui put avec le doigt l'attirer jusque dans la bouche. — Après l'avoir saisi avec une pince, Tsakyrogλους put au moyen du laryngoscope constater son insertion sur la paroi extérieure du larynx, au niveau de la partie latérale du cricoïde. Excision facile au moyen d'un bistouri courbe. — Malgré son insertion extralaryngée, le polype avait déterminé à maintes reprises, en outre de la difficulté de la déglutition, une toux violente et des accès d'asphyxie.

A.-F. PLICQUE.

Beitrag zur Histologie der Stimmbandpolypen (Études sur l'histologie des polypes des cordes vocales), par KANTHACK. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, septembre 1889.)

Ces polypes, contrairement à une assertion souvent émise, ne renferment jamais dans leur structure ni glandes, ni débris de glandes. — La théorie qui en fait une altération glandulaire doit donc être abandonnée du même coup. — Au point de vue des variétés de polypes, Kanthack sépare des polypes vrais la simple hyperplasie des cordes vocales, la cornification avec ou sans hypertrophie. Les polypes vrais se divisent en fibromes et myxofibromes. — Les fibromes peuvent être durs ou ramollis par dégénérescence, et dans ce dernier cas renfermer ou non des kystes. — Les myxofibromes, qui constituent de beaucoup la variété la plus fréquente de polypes, renferment presque toujours dans leur tissu des extravasations sanguines.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von allgemeiner Argyrie und von Kehlkopfkrebs (Argyrisme généralisé et cancer du larynx), par A. ONODI. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

Le malade, dès le début de l'apparition de l'enrouement, avait été traité par des inhalations et des cautérisations avec une so-

lution de nitrate d'argent à 10 0/0. Son état ne tarda pas à s'aggraver, et bientôt apparut une coloration bleuâtre de la peau, des muqueuses, des ongles. L'enrouement et la dyspnée ne cessèrent de s'accroître. L'examen laryngoscopique ne montrant que du gonflement, sans ulcérations, on crut alors à une hypertrophie simple et on essaya la dilatation par le procédé de Schrötter. Les résultats de cette dilatation furent déplorables; elle amena de vives douleurs irradiées dans la nuque, de la gêne de la déglutition, des hémorragies abondantes. Le diagnostic rectifié, il était trop tard pour l'intervention chirurgicale, et la mort survenait quelques semaines après. A l'autopsie on trouva un carcinome du larynx et de la trachée propagé à l'œsophage. L'infiltration argyrique s'étendait à l'intestin, au foie, aux reins, à la rate, aux testicules, à la toile choroïdienne. Cette infiltration aussi étendue, et surtout l'extension au système nerveux, qui est d'ordinaire épargné, ne peut s'expliquer que par le mode particulier d'absorption. A.-F. PLICQUE.

Diagnose des Larynx-Carcinoms (Diagnostic du cancer du larynx), par O. BESCHORNER. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, mai 1889.)

Au point de vue du diagnostic histologique, Beschorner insiste sur ce point que l'examen doit porter non seulement sur les parties superficielles, mais sur la base des néoplasmes. On doit sur ce point apercevoir nettement des parties saines pour que l'examen ait une valeur. A propos du désaccord apparent que peuvent offrir la clinique et le microscope, il rapporte l'observation d'une malade opérée plusieurs fois par lui de végétations laryngées. A chaque récurrence, le microscope montrait de plus en plus la structure du carcinome. Pourtant les récurrences cessaient tout à coup après une dernière intervention. Mais, bien que le larynx fût resté guéri, la malade succombait quelques années après à un cancer de l'utérus. A.-F. PLICQUE.

Ueber Laryngitis hœmorrhagica (La laryngite hémorrhagique), par FAVITSKY. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, juin 1889.)

Pour Favitsky, la laryngite hémorrhagique n'est qu'une variété des laryngites catarrhales aiguës ou subaiguës. Le symptôme hémorrhagie, pas plus que les lésions anatomiques qu'il a eu occasion d'étudier, ne suffisent à la constituer en maladie spéciale. A.-F. P.

Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes (Nouvelle méthode d'examen du larynx et du pharynx), par K. VOHSEN. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, janvier 1889.)

Cette méthode consiste à faire exécuter au malade, pendant l'examen, des mouvements de rotation de la tête. Ces mouvements doivent se passer non dans la totalité de la colonne cervicale, que l'on fixe au besoin, mais seulement dans l'articulation atlouido-axoïdienne. Il est d'ailleurs inutile qu'ils dépassent une amplitude de 45°. Ils augmentent notablement l'espace situé entre la paroi postérieure du pharynx et l'une des moitiés du voile du palais. L'examen des choanes, de l'orifice de la trompe, de la fossette de Rosenmuller peut se faire avec des miroirs très étendus et devient beaucoup plus net. Le cathétérisme est souvent très facilité. Le sillon pyriforme et le sillon de Morgagni peuvent être, eux aussi, plus complètement examinés.

A.-F. PLICQUE.

Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen (Note sur les corps étrangers des voies respiratoires), par G. JUFFINGER. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

Le corps étranger (un morceau de fruit sec) semblait s'être arrêté dans la bronche droite. Sa présence détermina de la fièvre, une toux violente et, bien que l'examen laryngoscopique ne montrât point d'ulcération, un emphysème sous-cutané du cou assez étendu. Le quatorzième jour, le corps étranger fut expulsé spontanément dans une quinte de toux. Mais la fièvre et les phénomènes de congestion persistèrent, suivis bientôt de tous les signes d'une tuberculose pulmonaire. Les crachats ne tardèrent point à renfermer de nombreux bacilles. L'apparition de cette tuberculose ne peut, étant donné l'état de santé antérieur de la malade, s'expliquer que par l'inoculation au niveau de l'ulcération produite.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von Rhinosclerom (Un cas de rhinosclérome), par G. BOJEW. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, mars 1889.)

La maladie ne se bornait point au nez seul, mais atteignait le pharynx et le voile du palais. La luette était détruite. Des plaques scléreuses, partiellement exulcérées, faisant une saillie du volume d'un pois, existaient de place en place. Le diagnostic de syphilis fut tout d'abord porté, mais le traitement spécifique

fut plutôt nuisible qu'utile. Il fut bientôt suivi d'ulcérations, de douleurs en avalant, qui le firent suspendre. On songea alors au rhinosclérome, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique et bactériologique. Comme traitement, les injections interstitielles d'acide phénique au centième furent employées, sans grand résultat, et Bojew compte recourir aux cautérisations tant au galvano-cautère qu'à l'acide lactique.

A.-F. PLICQUE.

Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere (Inoculation du rhinosclérome aux animaux), par E. STEPANOW. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, janvier 1889.)

Les inoculations ont été faites soit avec des fragments de rhinosclérome, soit avec des cultures pures du microbe de cette affection. Au lieu de porter, comme dans les expériences faites jusqu'ici, sur la peau le tissu cellulaire sous-cutané, ou la muqueuse nasale, elles ont été pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil. Le résultat fut cette fois positif; le néoplasme qui se développa très rapidement offrait tous les caractères histologiques et bactériologiques du rhinosclérome. A.-F. PLICQUE.

Œdème lymphatique chronique de la lèvre supérieure produit par des lésions nasales, par WRIGHT. (*Medical Record*, 20 juillet 1889.)

Cet œdème a commencé à l'âge de 11 ans et dure depuis quatre ans déjà. La lèvre supérieure a deux ou trois fois son volume normal. La fosse nasale gauche est très élargie par suite d'une forte déviation de la cloison à droite; la muqueuse est par places atrophiée; le cornet moyen est accolé contre la cloison, et à ce niveau se fait une exsudation muco-purulente. Des lavages avec une solution alcaline commencèrent, en améliorant l'inflammation nasale, à faire diminuer la lèvre, mais ce ne fut qu'après l'ablation d'une portion hypertrophiée du cornet moyen qu'on obtint une disparition complète de l'œdème.

A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von weichem papillarem Fibrom der unteren Nasenschleimhaut (Papillome mou du cornet inférieur), par B. GOMPERZ. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, février 1889.)

En outre des troubles du côté du nez, le malade était atteint d'une otite moyenne double avec surdité presque complète. L'ablation de la tumeur, qui remplissait toute la fosse nasale

gauche, fut faite avec l'anse galvanique maniée tantôt à chaud, tantôt à froid, comme une anse ordinaire. Le volume atteignait presque celui d'un œuf de poule, la surface était mamelonnée. Histologiquement, la tumeur était constituée par du tissu fibreux revêtu d'une couche d'épithélium stratifié de cils vibratils, et regardée comme étant de nature bénigne. L'ouïe s'améliora à la suite de l'opération, mais il est difficile de préciser la part qui revient dans cette amélioration à l'ablation de la tumeur et celle qui revient au cathétérisme de la trompe pratiqué consécutivement.

A.-F. PLICQUE.

Ueber intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden (Affections oculaires dans les affections nasales), par ZIEM. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, août 1889.)

Ziem commence par insister sur la fréquence de ces affections réflexes : troubles asthénopiques dans l'oblitération chronique du nez, congestion des procès ciliaires après les cautérisations de la muqueuse, iritis et parfois attaques glaucomateuses dans les suppurations des fosses nasales et des cavités adjacentes, etc. Il rapporte une observation curieuse de guérison de glaucome obtenue par de simples irrigations intra-nasales. Dans le traitement, Ziem recommande seulement d'éviter les cautérisations de la muqueuse et les applications de cocaïne, qui parfois augmenteraient plutôt la congestion oculaire. A.-F. P.

Étude sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du nerf olfactif, par DANA. (*New York medical journal*, 7 septembre 1889.)

Après une étude très détaillée de l'anatomie (origine réelle, origine apparente, filaments terminaux, structure histologique) et de la physiologie (rôle, variations de la sensibilité) du nerf olfactif, Dana résume sa pathologie. Le nerf peut être affecté soit primitivement (dégénérescence dans l'ataxie locomotrice et parfois chez les vieillards — inflammations assez rares, paralysies sans lésions chez les hystériques) ou secondairement à la suite de traumatismes, d'inflammations, de tumeurs. La syphilis semble jouer très souvent un rôle dans ces lésions secondaires.

A.-F. P.

Empyème de l'antre d'Hygmore, par KAUZ (Wurtemberg med. Corresp.-Blatt., nos 34 et 35, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'auteur décrit 23 cas, presque tous dus à une dent cariée; il

recommande son avulsion et la perforation de l'antre par l'alvéole. Un des cas était très intéressant, parce qu'il s'agissait d'un empyème aigu de l'antre, survenu chez l'auteur lui-même. Au milieu d'un coryza aigu, une grande douleur survint tout à coup dans la mâchoire supérieure, suivie d'œdème avec sensation de poids dans l'antre. Après perforation, il y eut un écoulement copieux d'un liquide jaunâtre à travers le nez, suivie d'un soulagement instantané et d'un rétablissement rapide. Quelques années après, l'auteur eut deux rechutes.

R. LEUDET.

Coryza nerveux et salivation; leur relation étiologique avec les maladies des organes sexuels, par PEYLER. (*Münch. Med. Woch.*, nos 3 et 4, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, no 1, 1889.)

Opinion fondée sur les observations suivantes :

1° Un homme de 21 ans a, depuis des semaines, des accès de coryza durant un jour; il va bien dans l'intervalle. Cela revient quand il a trop bu de bière la veille. Le traitement local appliqué au nez, au pharynx, ne donna rien. Il était onaniste, passablement impuissant et spermatorrhéique; un traitement général approprié le guérit.

2° Femme de 21 ans; coryza, vertiges; guérit par le traitement d'un catarrhe chronique du col utérin.

3° Jeune fille de 15 ans; salivation excessive impossible à déglutir entièrement; toux spasmodique. Métrite chronique dont la guérison amena la cessation des phénomènes.

4° Homme, 25 ans; spermatorrhéique; salivation abondante pendant deux ans.

5° Homme, 39 ans, salivation exagérée, guérie comme chez le précédent par la cure d'une spermatorrhée avec impuissance.

6° Homme, 24 ans, ancien onaniste, pollutions, spermatorrhée, salivation excessive après les repas.

7° Homme, 33 ans, mêmes symptômes, même bon résultat.

R. LEUDET.

Ablation des tumeurs naso-pharyngiennes, par ANNANDALE. (*Soc. méd. chir. d'Édimbourg*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, no 3, 1889.)

Les narines antérieures sont ouvertes en détachant le nez à sa racine et divisant la cloison. La voûte palatine est sciée, le voile coupé en deux, les deux maxillaires supérieurs séparés; on gagne ainsi un espace d'un pouce pour introduire le doigt et apprécier sûrement les connexions de la masse. La tumeur

est enlevée avec le doigt, une pince ou une curette. Puis la plaie est nettoyée antiseptiquement et le palais réuni. Il n'y a pas eu de déformation; le procédé formait la première partie d'une opération ultérieure, s'il avait fallu enlever tout ou partie de la mâchoire supérieure. Il y eut moins d'hémorragie. R. LEUDET.

Des névroses réflexes dues à une affection naso-pharyngienne,
par NETCHAIEFF. (*Meditzinskiö Obozreniö*, n^{os} 9 et 10, 1888, in
Journ. of Laryng. and Rhin., n^o 3, 1889.)

Après exposé de l'histoire de trois malades intéressants, l'auteur insiste spécialement sur les points suivants :

1^o Le cas n^o 1 est la relation d'un spasme intermittent, unilatéral, d'origine réflexe, des vaisseaux du cerveau, avec anémie consécutive de l'hémisphère correspondant. Il est aujourd'hui le seul connu; il en est de même du cas n^o 2, spasme œsophagien d'origine réflexe;

2^o Voici l'explication anatomique et physiologique : la muqueuse des cornets contient les corps dits caverneux (Zucker-kandl), innervés surtout par le ganglion sphéno-palatinal (Aschen-brandt); cet organe relie les nerfs sensitifs à la muqueuse nasale (commandée par les premières et deuxième branches du cinquième nerf) avec les plexus carotidiens et les pneumogastriques. L'irritation du trijumeau (Kratschmer) et des régions olfactives (Gürevitch) de la muqueuse nasale produit, par voie réflexe, un tétanos expiratoire et un retard de l'action du cœur avec augmentation de la tension cardiaque. On sait bien, de plus, que la circulation nasale se rattache intimement à la cérébrale. Il en est de même des lymphatiques (Axel-Key, Retzius).

Le fait clinique des névroses réflexes par lésion naso-pharyngienne est incontestablement démontré. R. LEUDET.

Chirurgie des tumeurs gommeuses des cavités nasales, par A. G. HOBBS. (*New Orleans med. and surg. Journ.*, nov. 1888.)

Conclusions : 1^o Dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale non seulement est admissible, mais est même très urgente;

2^o La crainte de produire des ulcérations irréparables ne repose pas sur une expérience clinique suffisante;

3^o Le traitement altérant spécifique est trop lent pour y avoir confiance, conséquemment, quand la sténose produit beaucoup de symptômes réflexes tels que asthme, toux, perte de sommeil, céphalalgie, amaigrissement, sécheresse de la gorge, etc.;

4° La perte de sang par l'intervention chirurgicale n'est pas dangereuse, ni même alarmante; et si la douleur est vive, comme dans l'ablation de la plupart des tumeurs nasales, elle peut être fortement atténuée par la cocaïne.

R. LEUDET.

A case of rhinolith and two cases of a tooth in the Nose (Un cas de rhinolithe et deux cas de dents nasales), par J. WRIGHT. (*Medical Record*, 12 octobre 1889.)

Si les observations de rhinolithe sont assez fréquentes, les observations où le corps étranger est constitué par une dent sont assez rares. — Dans la première observation de Wright, la racine d'une incisive brisée quatre ans avant dans une extraction incomplète formait une tuméfaction sur le plancher de la fosse nasale, le long de la cloison, et fut extraite par le nez. — Dans la seconde, la dent se trouvait dans les fosses nasales, par suite de développement irrégulier extra-alvéolaire. Une des incisives de la bouche manquait en effet. Elle ne put être extraite qu'avec de grandes difficultés. — Les rares observations que Wright a rencontrées dans la littérature médicale sont également presque toutes par développement anormal.

A.-F. PLICQUE.

Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches (Un deuxième cas de mycose du pharynx), par F. SIEBENMANN. (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, avril 1889.)

A l'autopsie d'une femme morte à 49 ans de néphrite parenchymateuse on trouva la muqueuse du pharynx congestionnée offrant des cicatrices et des croûtes. L'examen microscopique de ces croûtes y montra la présence de divers végétaux parasitaires : *aspergillus fumigatus*, *aspergillus nidulare*, micor corymbifer. Les conditions de rapidité dans lesquelles cet examen se fit ne permettent pas de songer à un développement post mortem de ces parasites. Pendant sa vie la malade avait d'ailleurs présenté de la fétidité de l'haleine et un affaissement des os du nez probablement syphilitique. Il est également probable que le revêtement épithélial du pharynx détruit par places par des ulcérations, dont les cicatrices observées constituaient la preuve, avait offert une résistance moindre à l'implantation du parasite.

A.-F. PLICQUE.

Tuberculose du pharynx, par TAUBER. (*Journ. of Laring. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Sur 13 cas, elle était 12 fois secondaire à la tuberculose des

poumons, et du larynx une fois; elle semble primitive, l'examen pulmonaire ne révélant aucune lésion.

Même étiologie que pour le poumon, plus fréquente chez l'homme, probablement vu la plus grande exposition aux intempéries. Âge maximum entre 20 et 32 ans.

Sur le pharynx, on observe des ulcérations grisâtres, inégales, sur les piliers antérieurs du pharynx et sur le voile, avec extension à la voûte palatine, à la paroi postérieure, aux amygdales, plus tard à l'épiglotte et au larynx. Leur forme est lenticulaire; rapidement désintégrées, elles jaunissent et amènent la nécrose de la muqueuse; en même temps les glandes cervicales augmentent. À mesure qu'augmente la maladie, les granulations deviennent plus confluentes et plus nombreuses, se groupent en plaques irrégulières et se transforment en nodules caséux couverts d'une matière purulente. Signes principaux: dysphagie, douleur vive ordinairement étendue aux deux oreilles; grande gêne résultant de l'accumulation de mucus que le malade ne peut expectorer. Signes secondaires: toux, hecticité, affaiblissement progressif. Les symptômes pulmonaires se manifestent généralement à une époque avancée des lésions de la gorge; mort généralement par épuisement. Le processus ulcératif s'étend très rapidement, généralement en six ou huit semaines, et gêne assez pour rendre l'alimentation impossible par la bouche, surtout si le voile du palais est atteint. Il faut alors alimenter par le nez.

Le malade ne peut compter au plus que sur quatre à six mois d'existence; dans la majorité des cas, la mort arrive six à douze semaines après la première manifestation au pharynx.

Le diagnostic avec les pharyngites scrofuleuses et syphilitiques se fait par les commémoratifs et parce que les symptômes du côté du pharynx attirent les premiers l'attention du malade; de plus, les ulcérations lenticulaires avec développement de nodules grisâtres sont de bons signes.

On n'a guère de résultats du traitement; le seul palliatif consiste en badigeonnages du pharynx et parties voisines, plusieurs fois par jour, avec une solution de cocaïne à 10 ou 20 0/0, après nettoyage avec une solution alcaline. Cela permet d'avaler plus facilement immédiatement après. Des insufflations faites matin et soir avec morphine et iodol soulagent le malade. Quand la déglutition est impossible, il faut nourrir le malade par le rectum ou avec un biberon.

Un traitement énergique et entrepris à temps peut prolonger la vie; pour cela l'auteur recommande l'acide lactique, chromique, le thymol, le galvano-cautère après cocaïnisation préalable. R. L.

Hypertrophie de l'amygdale du pharynx chez les vieillards, par J. SOLIS-COHEN. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

La malade présentait ce phénomène sans en ressentir aucune gêne; il s'y joignait une augmentation de volume du corps thyroïde qui disparut par l'emploi de frictions mercurielles, et à l'intérieur d'iodoforme et de sulfate de fer. Solis-Cohen ajoute que le terme d'amygdale serait peut-être mieux remplacé, pour les organes lymphoïdes autres que ceux situés entre les piliers du voile du palais, par la désignation de nodules lymphoïdes.

R. LEUDET.

Un cas de tuberculose primitive de la bouche, par GLEITSMANN. (*New York Acad. of med.*, 27 nov. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Le malade a été présenté guéri, terminaison dont Gleitsmann n'a pu trouver que 3 cas primitifs et un secondaire. Poumons et ganglions intacts. Il existait à la base de la langue et à gauche une ulcération de la grandeur d'un pois, qui fut simplement traitée par le grattage des tissus malades, puis l'application d'acide lactique et du galvano-cautère. Une ulcération tuberculeuse apparut ensuite sur le ligament aryténo-épiglottique et fut attaquée avec la curette et l'acide lactique. Les bacilles y foisonnaient. Tandis que l'ulcération de la langue guérissait, l'épiglotte, puis ultérieurement, après une courte amélioration, les replis aryténo-épiglottiques, la luette, étaient pris. L'état de la malade était presque désespéré, et devant ce pronostic l'auteur racla les amygdales et les autres places attaquées avec une curette tranchante, en dépit d'une hémorrhagie sérieuse, et les badigeonna énergiquement à l'acide lactique. Après la chute de l'eschare due à l'acide, il y avait au-dessous une surface saine et bourgeonnante et la lésion tuberculeuse n'existait plus.

La guérison complète s'ensuivit, et il ne resta aux places malades que quelques dépressions.

R. LEUDET.

Des affections de l'amygdale linguale, par HAGEN. (*Soc. méd. de Leipzig*, 16 oct. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

L'anatomie pathologique fut décrite par Swain, en 1886. Sa forme aiguë est rare, la forme chronique est assez fréquente.

Dans ce dernier cas, le malade ressent dans la gorge une très désagréable sensation de corps étranger, accompagnée de douleur. La muqueuse est rouge, et il y a de la folliculite. Il existe de la toux, une gêne pour parler longtemps, une sensation d'oppression dans la poitrine, de l'hypocondrie. L'amygdale linguale est hypertrophiée et l'épiglotte souvent déformée. Cette affection, surtout observée chez la femme, coexiste souvent avec des irrégularités de menstruation. Guérit ordinairement par la galvanocaustique.

R. LEUDET.

Concrétions caséuses des amygdales, par GAUTIER. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janvier 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Exceptionnellement, les cryptes amygdaliennes sont distendues anormalement par de la matière caséuse et bien différentes des productions blanchâtres ou jaunâtres qu'on y trouve habituellement, et causent de la gêne. Pour Jacobson, c'est le leptothricia algosis foncium; pour d'autres le phycosis ou mycosis tonsillaris benigna, ou la séborrhée des glandes du pharynx.

Ces masses sont surtout composées du leptothrix buccalis. La maladie attaque de préférence l'isthme du gosier, rarement le pharynx, plus rarement encore la trachée, et avant tout les amygdales palatines.

On voit des petits points blancs jaunâtres ou des masses caséuses à la surface des glandes, généralement compactes, simples ou multiples, mais jamais confluentes comme des plaques diphthériques. La respiration est fétide. La sac se vide, sans ulcération. L'amygdale n'est pas hypertrophiée. C'est probablement cet état qui donne lieu aux calculs de l'amygdale. L'auteur rapporte un cas où la crypte fut incisée, vidée à la curette et détruite par l'acide chromique. Jacobson trouve ce traitement trop énergique pour l'affection.

R. LEUDET.

Carcinome primitif de l'amygdale. Pharyngectomie externe. —

Guérison, par G. R. FOWLER. (*Brooklyn Med. Journ.*, sept. 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 1, 1889.)

Femme de 67 ans; sur l'amygdale gauche, tumeur de la grosseur d'une noisette; hypertrophie des ganglions sterno-mastoiidiens. Douleur surtout dans la déglutition. Une incision perpendiculaire à la tumeur fut faite, les artères linguales et faciales liées, la jugulaire externe et le muscle stylo-hyoïdien sectionnés; puis l'amygdale fut repoussée en dehors, une incision circulaire

faite au thermo-cautère à travers l'hypoglosse, le constricteur supérieur et la muqueuse, et la tumeur extirpée sans hémorrhagie. La carotide fut nettoyée de la masse ganglionnaire qui y adhérait. La malade succomba à un cancer des parotides et de l'estomac, sans que rien se fût reproduit au niveau de l'amygdale.

R. LEUDET.

Quelques observations nouvelles sur l'étiologie de la stomatite ulcéralive ou « cancrum oris », par LINGARD Alfred. (*Lancet*, 28 juillet 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Cette maladie dépendrait d'un micro-organisme, long, filiforme, existant en abondance sur les limites de la tache nécrosée.

La maladie survient chez l'homme et les animaux inférieurs; elle est inoculable. Chez ces derniers, on trouve dans le cœur des points nécrosés dus à l'affection. Ces lésions n'existent pas chez l'homme, la mort arrivant généralement à une période précoce de la maladie.

R. LEUDET.

Hémorrhagie alarmante consécutive à l'amygdalotomie, par FULLER. (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1888, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1889.)

Jeune homme de 25 ans, athlète, pris de vomissements de sang, cinq heures après l'opération non suivie immédiatement d'hémorrhagie. Tous les styptiques échouèrent, même la ligature de la carotide primitive resta sans effet; l'hémorrhagie dura toute la nuit. Le malade fut soutenu par des injections hypodermiques d'eau-de-vie. A la fin, on transfusa dans les veines douze onces de solution salée; le pouls revint, l'hémorrhagie cessa et la guérison survint favorablement. L'arrêt fut probablement dû à l'évanouissement qui survint. Le malade n'était pas un hémophile.

R. LEUDET.

Zur Lehre von der Parotitis (Contribution à l'étude des parotidites), par ZIEM. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1889.)

Z. insiste sur le rôle que le catarrhe nasal peut jouer dans la production des parotidites. Ce rôle s'explique d'ailleurs facilement par le trajet des lymphatiques de la muqueuse nasale, dont un certain nombre aboutissent à la région parotidienne. — Il signale un phénomène nouveau, le rétrécissement du champ visuel, qu'il a observé dans deux cas de parotidites. Ce rétrécissement est sans doute causé par les troubles circulatoires dont l'effet s'étend jusqu'aux vaisseaux de l'orbite et de l'œil.

A.-F. FLICQUE.

NOUVELLES

La 58^e réunion annuelle de la *British medical Association* se tiendra à Birmingham les 29, 30 et 31 juillet et le 1^{er} août.

Les bureaux des sections d'otologie et laryngologie seront constitués de la façon suivante :

Laryngologie et Rhinologie. — Président : J.-St.-S. Wilders ; vice-présidents : C.-J. Symonds et A.-E. Garrod ; secrétaires : E.-H. Jacob, 12, Park street Leeds ; Scanes Spicer, 22, Welbeck street, W. Londres.

Otologie. — Président : C. Warden ; vice-président : W. Hill ; secrétaire : R.-K. Johnston, 22, Lower Baggot, street, Dublin.

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift* que le Dr KIRCHNER, privat docent à l'Université de Würburg, a été désigné pour succéder à de Troeltsch comme directeur de la polyclinique otiatrique de cette ville.

Au moment de mettre sous presse, le Comité d'organisation du Congrès international de Berlin nous informe qu'une exposition d'instruments de physiologie et de chirurgie aura lieu à ce moment. Dans notre prochain numéro, nous publierons *in extenso* ce document.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites, maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Asthme considéré surtout au point de vue de ses rapports avec les maladies du nez, par E. SCHMIEGELOW (Un volume de 90 pages, H.-K. Lewis, éditeur, Londres, 1890).

Atrophie, hypertrophie et déviation du septum, par C.-H. VON KLEIN (Extrait du *Times and Register*, 23 novembre 1889).

Sur quelques rapports existant entre les affections nasales et oculaires, par A. BRONNER (Extrait du *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1889).

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par Emile BERGER (80 pages, Doim, éditeur, Paris, 1890).

Un cas de tintement d'oreille persistant soulagé par la disparition d'une obstruction nasale, par MAX THORNER (Extrait de *The Lancet clinic*, 18 mai 1889).

Corps étrangers imaginaires dans la gorge, par MAX THORNER (Extrait du *New York med. Journ.*, 25 janvier 1890).

Bactériologie de l'otite moyenne, par KUHN (Communication faite à la Section otologique de la réunion des médecins et naturalistes allemands à Heidelberg, septembre 1889).

Affections de la gorge et du nez chez les enfants; leur rapport avec certains troubles du sommeil, du caractère, etc., et d'autres fonctions cérébrales, par SCANES SPICER (Mémoire lu à la section de laryngologie de la *British med. Assoc.*, Leeds, 1889.)

Obstruction nasale et respiration buccale comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et du développement de la voûte palatine, par SCANES SPICER (Extrait de *The Transactions of the Odontological Society of Great Britain*, janvier 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

DU CENTRE CORTICAL MOTEUR LARYNGÉ ET DU
TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL DES FIBRES QUI EN
ÉMANENT.

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon,
en collaboration avec **M. Louis DOR**, interne des hôpitaux.

Nous avons communiqué en mai 1886 à la Société française d'otologie et de laryngologie (1) une observation, unique dans son genre, de paralysie unilatérale du larynx considérée comme d'origine cérébrale du vivant de la malade.

L'autopsie avait confirmé notre diagnostic, et nous avons pu de la sorte assigner au centre cortical moteur du larynx un siège assez déterminé. Ce cas, d'ailleurs, venait à l'appui des opinions émises depuis peu, au sujet de l'existence et du siège de ce centre.

Depuis cette époque, nous avons en vain cherché un nouveau cas pour permettre d'accentuer nos conclusions premières. En effet, la publication de notre première note souleva des objections. MM. Semon et Horsley (2), se basant sur leurs expérimentations, déclarèrent nettement que nos conclusions étaient fausses et que certainement nous avions laissé échapper des lésions situées plus profondément. La phrase fit son chemin, et Gottstein (3) se contenta de la reproduire comme critique de notre observation.

(1) GAREL. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, mai 1886.

(2) SEMON et HORSLEY. *Brit. med. journal*, août 1886.

(3) GOTSTEIN. *Die in Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectationen*. Wien. 1888.

Jusqu'ici nous n'avons pas jugé à propos de répondre à une objection de cette nature. Nous savions trop avec quel soin minutieux nous avons pratiqué une autopsie aussi importante. D'un autre côté, la réfutation de la clinique par l'expérimentation n'a qu'une valeur fort restreinte. Depuis longtemps déjà, M. Charcot a dit qu'en matière de localisations cérébrales il faut s'en tenir aux données fournies par la clinique et par l'anatomie pathologique. Les nombreuses contradictions des expérimentateurs en sont une preuve évidente.

Dans le cas présent, il nous sera facile de démontrer la valeur exacte des expériences anciennes et récentes de Semon et Horsley, car d'autres expérimentateurs, également distingués, ont obtenu des résultats différents. En tout cas, l'expérience se critique; le fait clinique, au contraire, est brutal et s'impose.

Aujourd'hui nous sommes en possession d'un nouveau fait clinique qui, s'il n'est pas semblable au premier fait publié par nous, est néanmoins une nouvelle preuve de notre affirmation antérieure. Il s'agit, en deux mots, d'un cas de paralysie unilatérale du larynx, résultant d'une embolie cérébrale de minime importance, siégeant au niveau du noyau lenticulaire et ayant entamé la capsule interne au niveau du genou.

Nous avons tenu à rapprocher ce fait de notre première observation, les deux cas se complétant l'un l'autre et permettant de poser deux jalons importants dans la topographie cérébrale des fibres motrices laryngées.

Résumons d'abord notre première observation :

OBSERVATION I (personnelle).

Apoplexie. Hémiplégie droite et aphasie par athérome des artères cérébrales ayant déterminé des foyers multiples dans l'hémisphère gauche. Paralysie complète de la corde vocale gauche due à une lésion de l'hémisphère droit, localisée dans le siège probable du centre cortical du larynx.

Anne Futel, 72 ans, entre dans mon service le 9 janvier sans le moindre renseignement sur ses antécédents. Elle a été frappée

d'apoplexie il y a deux jours, avec perte de connaissance, hémiplégié droite, paralysie faciale du même côté et aphasie. L'hémiplégié droite persiste encore au membre supérieur. Sensibilité intacte. Paralysie faciale du même côté.

Au cœur, faiblesse des bruits sans souffle. Quelques râles disséminés dans les poumons.

Elévation très marquée de la température. Le 10 janvier, paralysie complète du bras droit avec des mouvements épileptoïdes du pouce et des doigts. Paralysie incomplète de la jambe droite. Trois ou quatre érosions ou phlyctènes existent sur la fesse droite.

La malade comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre que par un grognement ressemblant un peu à un *oui*.

Le 12 janvier, cinq jours après l'attaque, je pratique l'examen laryngoscopique pour voir si la corde vocale droite participe à l'hémiplégié du même côté. A mon grand étonnement, je constate que c'est la *corde vocale gauche* qui est paralysée en position cadavérique. Le larynx est cependant intact, c'est-à-dire ne présente aucune altération organique propre. Il n'y a aucune cause de compression du récurrent gauche.

L'état de la malade s'améliore peu à peu et l'aphasie tend à disparaître très légèrement.

Le 23 janvier, la corde vocale gauche est toujours paralysée.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier survient une deuxième attaque. La malade tombe dans le coma absolu, la tête regardant du côté droit.

Mort le 27 janvier à cinq heures du matin.

Autopsie.

Dans mon premier mémoire, j'ai donné tous les détails concernant les viscères. Aucun ne présentait des lésions importantes à signaler, du moins au sujet de la question qui nous intéresse.

- *Cerveau.* — Hyperhémie moyenne des méninges à la base et latéralement.

- Le tronc basilaire présente des traces marquées d'endartérite, consistant en des anneaux presque complets ou plaques jaunes, dures, de nature athéromateuse et calcaire. Les mêmes lésions s'observent sur les artères cérébrales postérieures, moyennes et antérieures.

Les cérébrales moyennes ou sylviennes présentent des nodules d'athérome sur toute leur longueur.

Hémisphère gauche. — Les plaques d'athérome cessent à l'entrée de l'artère sylvienne dans la scissure de Sylvius. A la première bifurcation de l'artère existe un petit caillot rouge récent, à cheval sur l'éperon de division. La scissure n'offre pas de lésions. On trouve un premier petit foyer de ramollissement rouge entre la frontale ascendante et le pied de la troisième frontale gauche. Un deuxième foyer dans le sillon de Rolando est situé à la hauteur de la deuxième frontale. Un peu plus haut, sur la frontale ascendante, deux ou trois points très petits de ramollissement rouge.

Plus loin encore, un foyer d'une teinte rougeâtre tirant sur le marron. Ce foyer, qui est le plus étendu, est situé à la hauteur des deuxième et troisième frontales, vers le tiers moyen de la

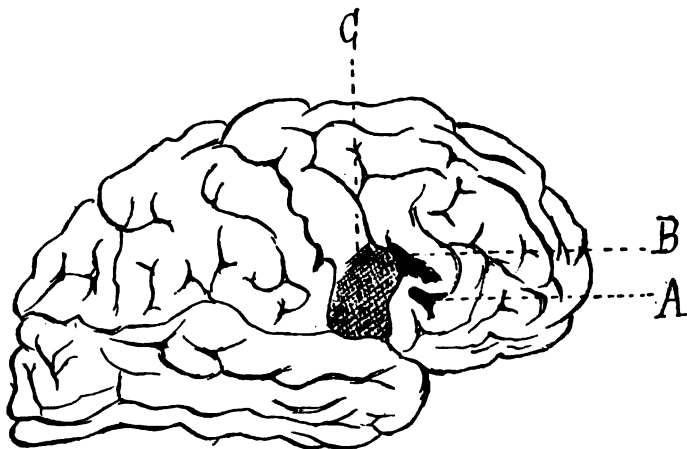


Fig. 1.

pariétale ascendante. Ce foyer s'enlève et s'énuclée avec la plus grande facilité, laissant un fond un peu altéré; il est sans rapport avec les autres foyers.

Les foyers de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante seuls lésent un peu la substance blanche sous-corticale.

Rien du côté des ganglions centraux.

Hémisphère droit. — L'athérome du côté droit pénètre dans la scissure de Sylvius. La partie inférieure de la frontale ascea-

dante adhère un peu aux méninges. Ces dernières enlevées, cette partie présente une surface dépolie tranchant sur l'aspect lisse du reste de l'écorce; cette surface présente une légère coloration jaunâtre C.

En avant, sur le pied de la troisième frontale, au niveau des plis de passage, on trouve deux points A et B de ramollissement rouge très rapprochés, avec aspect piqueté comme dans les lésions de l'hémisphère gauche. Pas de lésions à la partie antérieure de la troisième frontale. A la coupe, ces lésions ont peu de profondeur et n'intéressent que l'écorce cérébrale; sur la supérieure seule existe une lésion légère jaunâtre, intéressant la substance blanche.

La lésion de la frontale ascendante pénètre un peu dans la substance blanche, dans le sillon qui la sépare de la troisième frontale, et va de la sorte se réunir au foyer supérieur B, ne formant ainsi qu'une seule et même lésion.

Je n'ai constaté aucune lésion du bulbe ou du cervelet.

Du côté du cou, il n'existait aucune cause de compression pouvant expliquer une paralysie laryngée d'origine périphérique.

Le larynx n'était nullement lésé, et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche n'était pas ankylosée.

Nous ferons remarquer que, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une trouvaille anatomique interprétée *post mortem* d'une façon fantaisiste, mais bien de la vérification exacte d'un diagnostic porté pendant la vie. En présence de l'*hémiplegie laryngée gauche* sur une malade atteinte d'hémiplegie droite totale, sans le moindre signe d'hémiplegie alterne, nous avons supposé qu'il devait exister une lésion des deux hémisphères cérébraux. Nous avons pensé que l'autopsie nous ferait constater dans l'hémisphère gauche des lésions étendues expliquant l'hémiplegie droite totale, et dans l'hémisphère droit une lésion moins étendue répondant à la paralysie très localisée de la moitié gauche du larynx. Les faits ont confirmé notre hypothèse. Nous insistons beaucoup sur la valeur de cette observation, car c'est le seul cas connu jusqu'ici de *monoplegie laryngée pure sans autre paralysie du même côté*. C'est le seul vérifié au laryngoscope diagnostiqué comme d'origine cérébrale et vérifié à l'autopsie.

La valeur de cette observation, au point de vue de la localisation du centre laryngé, a été reconnue, d'ailleurs, par Massei (1), par Lubet-Barbon (2), par Jonathan Wright (3), etc... Nous ne concevons pas comment Masini, dans son excellente étude expérimentale (4), accorde plus d'importance au cas publié par Rebillard en 1885 (Th. Paris). Dans ce cas, en effet, il s'agit d'un malade du service de Luys qui présentait une hémiplegie droite avec paralysie de la corde vocale droite. La coïncidence de la paralysie vocale et de la paralysie des membres est déjà un point faible au point de vue de la localisation, car elle entraîne forcément l'existence de lésions étendues. Mais ce qui rend le cas moins probant encore, c'est l'existence de lésions très nombreuses à l'autopsie. Nous ne pouvons moins faire que de les énumérer en détail d'après le texte même :

A l'autopsie, on trouve la substance cérébrale généralement ramollie, cependant assez consistante. Il y a quelques adhérences. Le lobe frontal droit surtout contient dans son épaisseur une tumeur qui fait corps avec les méninges et dont la teinte est opalescente.

Lobe frontal gauche. — Scissure de Rolando, flexueuse et irrégulière; les deux circonvolutions frontales ont une teinte rosée sans hyperhémie notable, pas d'adhérence avec les méninges. La troisième frontale présente, dans son pied, un vaste foyer hémorragique ayant détruit toute la substance grise de la circonvolution. La substance corticale de l'hémisphère gauche est pâle, jaunâtre, avec des granulations saillantes, probablement de nature syphilitique.

Le corps opto-strié est envahi par une masse jaunâtre. Le tissu des couches optiques est très induré, mais sans granulations appréciables.

Le cervelet est petit et atrophié; granulations saillantes, sen-

(1) LUBET-BARBON. Etude sur les paralysies des muscles du larynx. (Th. inaug. Paris, 1887.)

(2) MASSEI. Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale. (Arch. ital. di laring., 1887.)

(3) JONATHAN WRIGHT. Two cases of laryngeal paralysis. (The New York med. jour., septembre 1889.)

(4) MASINI. Sui centri motori corticali della laringe. (Archiv. ital. di laring., 1888.)

sibles au toucher. Le quatrième ventricule est dilaté et légèrement hyperhémé. La protubérance est un peu indurée.

Hémisphère droit. — Les deuxième et troisième frontales sont détruites par une tumeur du volume d'une noix, qui fait corps avec les méninges. On observe également une petite tumeur sur la pariétale ascendante au niveau du lobule paracentral. C'est cet hémisphère qui paraît avoir le plus souffert. On y constate les mêmes granulations que dans l'hémisphère droit. Le centre oval est ramolli.

Tel est le cas que Masini considère comme le plus favorable à la localisation précise du centre cortical moteur du larynx. Le lecteur peut facilement se rendre compte de la valeur d'une semblable assertion. Pour nous, le cas de Rébillard ne prouve qu'une chose, c'est qu'il existe réellement des cas d'hémiplégie laryngée greffée sur une hémiplégie des membres, et que cette hémiplégie doit dépendre de lésions de l'encéphale. Il prouve encore que l'hémiplégie laryngée concomitante doit alors provenir d'une lésion cérébrale spéciale, puisque nombreux sont les cas d'hémiplégie dans lesquels la paralysie laryngée fait défaut. En outre, ce cas et le nôtre sont les seuls dont la paralysie laryngée a été constatée au laryngoscope sur le vivant et dont l'autopsie a pu être pratiquée.

Masini, dans la partie clinique de son mémoire, passe en revue toutes les autres observations connues jusqu'ici, mais n'ayant qu'une valeur de second ordre. Dans une première catégorie, il cite les observations de troubles vocaux par lésion cérébrale sans examen laryngoscopique, mais avec autopsie. Il a trouvé cinq observations :

Les deux cas bien connus d'Ange Duval (origine traumatique).

Le premier cas de Luys (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875).

Le cas de Livio Ronci (aphonie après apoplexie). Observation nouvelle bien détaillée.

Enfin le cas de Seguin.

Dans tous les cas, l'absence d'examen laryngoscopique est le défaut capital. Aucune conclusion n'est possible.

Plus intéressante est la deuxième catégorie d'hémiplégies par lésions cérébrales sans autopsie, dans lesquelles on a trouvé au laryngoscope une paralysie unilatérale laryngée. Masini n'en a recueilli que cinq observations également (1).

1° LEWIN. Cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine centrale. Hémiplégie gauche (*Berl. klin. Woch.*, 1874).

2° BRYSON-DELAN. Note sur la localisation du centre cortical moteur du larynx (*The med. Record.*, fév. 1855).

3° CARTAZ. Observation du service de Landouzy à la Charité (*France médicale*, 1885). Hémiparésie droite et paralysie de la corde droite.

4° GAREL. Hémiplégie droite. Aphasie. Paralysie de la corde vocale droite (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1886).

5° GAREL. Hémiplégie gauche, paralysie de la corde vocale gauche (*loc. cit.*).

Depuis cette époque, notre distingué confrère, le Dr Massei, a publié une nouvelle observation de paralysie de la corde vocale gauche, avec paralysie faciale gauche et déviation de la langue du même côté. Ce cas n'a pas été suivi d'autopsie. Nous hésitons beaucoup à le classer à la suite de la deuxième catégorie que nous venons de citer, car le diagnostic ici peut parfaitement se discuter entre une lésion bulbaire et une lésion encéphalique.

En effet, le cas de Bryson-Delavan, qui avait fait grand bruit au début, en 1885, et qui avait eu le mérite de mettre la question à l'ordre du jour, doit actuellement être effacé du rang important que lui assignait Masini. Bryson-Delavan, dont le travail avait été le point de départ d'une série de travaux (Cartaz, Lannois, Rebillard, etc...), a publié en juin 1889 (*New York med. journal*) une deuxième note rectificative. De cette note, il résulte que la paralysie unilatérale laryngée, attribuée par lui à une lésion corticale du centre moteur laryngé, provenait d'une lésion bulbaire. Voilà donc

(1) Certainement ces cas doivent être plus fréquents ; ils se multiplieront quand l'examen laryngoscopique se pratiquera d'une façon plus générale.

un cas à déclasser qui rentre dans la catégorie bien connue des paralysies laryngées d'origine bulbaire. On sait que dans l'observation de Delavan, il s'agissait d'un malade atteint d'hémiplégie totale avec paralysie faciale et paralysie unilatérale laryngée. L'hémiplégie des membres disparut, la paralysie vocale devint permanente. C'est précisément sur la persistance de cette dernière que Bryson-Delavan s'appuya pour affirmer son origine corticale. L'autopsie n'a malheureusement pas confirmé le diagnostic.

Nous avons tenu à résumer d'abord notre première observation afin de répondre aux critiques qu'elle avait soulevées. Cela nous était d'ailleurs indispensable dans cette étude, où nous désirons reprendre la question dans son ensemble. Cette observation rapprochée de notre deuxième observation plus récente en sera le complément indispensable.

OBSERVATION II (personnelle et inédite).

Endocardite ulcéreuse et péricardite. Infarctus pulmonaires. Paralysie de la corde vocale gauche par petite embolie cérébrale localisée dans le corps strié et intéressant la capsule interne.

Observation recueillie par M. L. Don, interne du service.

Henri F. . . , 35 ans, terrassier, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, n° 14, le 8 octobre 1889. Son père vit encore et jouit d'une parfaite santé. Sa mère est morte en 1875, après une maladie qui dura trois jours. Il a deux frères et une sœur en bonne santé. Un frère est mort de pleurésie à l'âge de 28 ans.

En 1874, le malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu d'une violence extraordinaire. Toutes les articulations auraient été prises successivement, à l'exception des articulations coxo-fémorales, temporo-maxillaires et des articulations de la colonne vertébrale. Cependant il éprouva une vive douleur dans la colonne cervicale, au niveau de la quatrième articulation. Ce rhumatisme était survenu à la suite d'un travail dans l'eau pendant neuf mois jour et nuit.

Le malade n'a jamais eu de manifestations rhumatismales

nouvelles depuis cette époque. Il se portait, dit-il, à merveille, n'avait jamais eu de dyspnée, jamais de palpitations ni d'œdème des membres inférieurs.

Le 12 décembre 1888, il fut victime d'un accident. Une pointe de fer ayant pénétré dans le doigt avait occasionné un phlegmon du bras droit. On lui fit des incisions et des contre-ouvertures dont on voit encore les traces. Il fut soigné à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. le professeur L. Tripier. Celui-ci lui proposa l'amputation du doigt; mais le malade refusa et quitta le service au bout de douze jours. Du mois de janvier au mois de juin 1889, il se fit une suppuration assez abondante qui fut traitée avec une pommade quelconque, sous la direction d'un empirique. La suppuration se tarit au mois de juin; néanmoins jusqu'au mois de juin le doigt laissait sourdre toujours une petite quantité de pus.

Il eut ensuite des démêlés avec ses patrons, qui refusaient, dit-il, de lui payer ce qu'ils lui avaient promis. Il s'engagea alors dans un procès qui était, d'ailleurs, à peine entamé au moment de sa mort.

Le chagrin qu'il éprouva de se voir sans moyens d'existence l'empêcha de dormir et de prendre de la nourriture. Il déclina alors rapidement.

Le dimanche 6 octobre, il eut un petit frisson et de la céphalalgie et alla se coucher. Il toussa toute la nuit. Le lendemain, il fit venir un médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 8 octobre, on se trouve en présence d'un homme amaigri et chétif. Il a le teint bruni et les joues rouges. Il tousse et est très oppressé. La respiration est courte. Il y a quarante-huit inspirations à la minute.

Depuis deux jours, il a des crachats rouillés ou plutôt rougeâtres. A l'examen du thorax, on constate de la submatité en avant et en arrière au sommet droit. En avant, en arrière et dans l'aisselle la respiration est très rude; en avant même, en un point très limité, il existe un peu de souffle et un peu de bronchophonie. Les vibrations sont légèrement exagérées. Le reste des poumons ne présente rien d'anormal. La température, le soir de l'entrée, ne dépasse pas 38°.

Les urines contiennent une quantité très considérable d'albumine.

Au cœur, la pointe bat sous la sixième côte, en dehors du ma-

melon. On entend battre le cœur à distance, l'oreille étant à plus de 2 centimètres de la surface thoracique. A l'auscultation, frottements et grincements d'une intensité considérable. Frémissements très sensibles à la palpation. A la pointe, bruit de galop qui, mélangé aux frottements péricardiques, produit un véritable rythme de métier à tisser lancé à toute allure. En plaçant l'oreille bien à droite, en dehors du péricarde, on reconnaît l'existence d'un souffle systolique et d'un souffle diastolique de la base. Il n'y a aucune irrégularité cardiaque.

Le 9 octobre, on constate un léger œdème des malléoles et de l'œdème pulmonaire aux deux bases. On prescrit du champagne, du vin diurétique et deux litres de lait. -

Le 10, on constate une légère raucité de la voix, à laquelle on n'avait pas encore prêté la moindre attention, et on remet l'examen laryngoscopique au lendemain.

Le 11, la température, qui avait oscillé les deux jours précédents entre 37°,2 et 37°,5, descend le matin à 36°,8 pour s'élever à 37°,4 le soir. On pratique l'examen laryngoscopique, et on est fort étonné de trouver une *paralysie complète de la corde vocale gauche*. La corde est en position cadavérique, un peu éloignée de la ligne médiane ; elle n'est nullement tendue, car son bord libre est légèrement concave. Fort intrigué de cette paralysie, on demande au malade depuis quand il présente des troubles de la voix. Le malade nous apprend alors que dans la nuit du 6 au 7 octobre, se sentant plus malade au milieu de la nuit, il voulut appeler un de ses parents qui couchait dans la chambre voisine. Il lui fut impossible de pousser un son et dut frapper sur la cloison de séparation des deux chambres en signe d'appel.

Nous pratiquons un examen laryngoscopique plus approfondi, et nous constatons que la corde vocale droite est absolument saine ; elle se meut normalement. Dans la phonation elle vient jusqu'à la ligne médiane sans la dépasser et laisse donc la glotte entr'ouverte. La fente glottique ainsi fermée incomplètement présente un bord rectiligne à droite et un peu elliptique à gauche. Nous examinons avec le plus grand soin la motilité du voile du palais et de la langue ; nous ne trouvons rien d'anormal. Rien également du côté de la face ni du côté des yeux. Du côté des membres supérieurs et inférieurs, pas de paralysie, pas d'anesthésie. Nous sommes donc en présence d'une *hémiplegie laryngée pure*. Immédiatement, en présence des troubles pul-

monaires que nous avons considérés comme d'origine embolique, vu l'existence d'une endocardite ulcéreuse, vu également l'absence de toute cause de compression du récurrent au niveau du cou, nous portons le diagnostic ferme d'embolie cérébrale intéressant le centre cortical moteur du larynx. Nous éliminons l'embolie bulbaire, ne voyant pas comment une embolie, même localisée de cette région pourrait produire une hémiplegie laryngée sans intéresser du même coup les noyaux d'origine d'autres nerfs craniens.

Le 12 octobre, la température est de 36°,8 le matin et 37°,4 le soir. Nous trouvons le malade avec un facies non seulement terreux, mais encore cyanosé. Il existe un refroidissement très marqué des extrémités supérieures et inférieures. Aux deux mains, l'index et le médium sont violacés et complètement glacés d'une façon symétrique. Les deux gros orteils présentent également une teinte asphyxique, et à leur face inférieure on constate une ulcération symétrique entourée d'une zone violacée. Il n'y a cependant pas d'anesthésie des extrémités.

Depuis hier le malade a une diarrhée abondante qui, ce matin cependant, paraît diminuer un peu.

Le 13 octobre, la température, matin et soir, ne dépasse pas 36°,8. La cyanose des extrémités a disparu ; le malade a très froid aux mains et aux pieds, mais la coloration violette n'existe plus. La diarrhée est également suspendue.

Le 14 octobre, réapparition d'un léger degré de cyanose des extrémités, localisée aux mêmes doigts qu'avant-hier. Respiration = 48. Pouls, 88. L'hypothermie persiste à 36°,8.

Les crachats rouges ont disparu, ainsi que le souffle et la submatité. Il n'y a plus que de l'œdème des deux bases pulmonaires. Aux frottements péricardiques se sont mélangés des frottements pleuraux, et lorsqu'on ausculte la pointe du cœur on entend le mélange de ces frottements, les uns coïncidant avec la respiration et s'arrêtant avec elle, les autres coïncidant avec les pulsations cardiaques. Les urines contiennent toujours une quantité considérable d'albumine; elles ont un reflet verdâtre; elles sont claires et mousseuses. Il existe un dépôt qui, d'après l'examen microscopique, renferme un grand nombre de cylindres de toutes dimensions : cylindres granuleux, hyalins et épithéliaux. La teinture d'iode ioduré ne colore ces cylindres qu'en jaune. Un certain nombre de grandes cellules moulées sont colorées franchement en brun acajou foncé par la teinture

iodée iodurée. On constate aussi la présence de spermatozoïdes et de quelques globules blancs.

L'examen laryngoscopique donne les mêmes résultats que précédemment, et aucune nouvelle paralysie n'est venue s'ajouter à l'ensemble des symptômes.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate que les papilles sont normales ; elles présentent une coloration blanche qui ne rappelle cependant pas celle de l'atrophie. Le reste du fond de l'œil n'offre rien de particulier. Pas d'œdème péri-papillaire.

Le malade paraît très affaibli ce matin ; son aspect cachectique s'accuse de plus en plus.

Le soir, il a par moments de l'obnubilation. On l'interroge, et il ne répond pas. La respiration est haletante, les ailes du nez battent à chaque inspiration ; 48 respirations à la minute.

A l'auscultation du cœur, le souffle s'entend mieux à la pointe qu'à la base. Il n'y a pas de double souffle crural.

A dix heures du soir, le malade tombe dans un état comateux, et meurt à onze heures.

Autopsie. — Elle a été pratiquée trente-six heures après la mort.

Disons tout d'abord qu'elle a été commencée par l'examen du cerveau, vu la certitude que nous avons de trouver dans cet organe une lésion confirmant notre diagnostic, c'est-à-dire expliquant l'hémiplégie laryngée constatée pendant la vie. Mais nous renverrons le détail des lésions de cet organe à la fin de la description.

Le cœur est très hypertrophié, il est d'un poids qui dépasse de beaucoup le poids normal. Le péricarde contient environ 100 grammes de liquide citrin et un dépôt de fausses membranes blanches et épaisses. Des membranes semblables, rugueuses, sont dispersées sur toute la surface viscérale et pariétale de la séreuse.

Sur les valves de la mitrale existe une série de petites granulations bourgeonnantes d'endocardite végétante. La valvule n'est rendue insuffisante que par suite de l'affrontement irrégulier de ses bords, conséquence des végétations susdites. Les cordes et les piliers sont d'aspect normal, car les néoformations en question n'existent qu'à la base de la valvule.

La valvule tricuspide est absolument normale.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent un amincissement notable de leur extrémité libre, qui les rend très transpa-

rentes. L'une d'elles est complètement fenêtrée à jour, le bord libre représente une bride tendue, restant de l'ourlet de la valvule. Au-dessous de cette bride existe un tissu fenêtré, réticulé, très friable. Tout cela contribue à rendre la valvule aortique insuffisante ; aussi est-elle incapable de garder l'eau qu'on verse au-dessus de l'orifice.

Les poumons ne renferment pas de grands infarctus ; mais, principalement à droite, on constate par places des parties plus grisâtres et plus denses nullement aérées, car quelques fragments découpés çà et là tombent directement au fond de l'eau.

Le foie et la rate ne présentent rien de spécial, si ce n'est une légère augmentation de volume.

Les reins ont un aspect marbré très remarquable ne permettant pas de distinguer plus particulièrement la zone corticale du reste du rein. La coupe offre un aspect uniformément blanchâtre, et on aperçoit une série innombrable de points rouges foncés, presque noirs, formant une sorte de dépression au milieu de ce tissu blanchâtre. Il s'agit, en somme, de petits infarctus nombreux. La substance blanchâtre est d'ailleurs atteinte de dégénérescence amyloïde prouvée par la réaction iodée.

Du côté du cou, à gauche, nous ne trouvons aucune tumeur pouvant agir par compression sur le récurrent. Le larynx lui-même paraît absolument sain. Bien entendu, les deux cordes sont en position cadavérique, et rien ne peut rendre compte de la paralysie constatée à gauche pendant la vie. Pas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche. Les deux cordes vocales présentent les mêmes dimensions.

Nous disséquons avec soin le nerf récurrent et nous le plaçons immédiatement dans l'acide osmique. L'examen microscopique n'a d'ailleurs donné aucun résultat. Le nerf n'a présenté aucun signe de dégénérescence.

Passons maintenant à l'examen du cerveau.

L'encéphale ne présente rien à signaler extérieurement. Le bulbe est séparé au niveau des pédoncules. Le plancher du quatrième ventricule est absolument normal. Différentes coupes bulbaires nous démontrent qu'il n'existe pas la moindre lésion à ce niveau. Les pédoncules sont également sains. Le cervelet ne présente rien de particulier.

Nous mettons à nu l'écorce cérébrale des deux hémisphères et, à notre grand désappointement, nous ne constatons pas la plus petite altération au niveau des circonvolutions frontales, soit à

droite, soit à gauche. A ce moment, nous croyons avoir fait un faux diagnostic. Néanmoins, nous coupons en tranches l'hémisphère gauche d'abord, qui, d'ailleurs, n'offre aucune lésion. Nous nous y attendions, puisque la paralysie laryngée était à gauche. Enfin, nous abordons l'hémisphère droit, en serrant de plus en plus les coupes, et cela sans tenir compte de la direction oblique classique des coupes de Pitres. Nos coupes sont toutes faites presque perpendiculairement. Nous découvrons alors une petite lésion dans une section partant, en haut, du pied de la première circonvolution frontale, traversant le milieu de la frontale ascendante et la partie inférieure de la pariétale ascendante.

La figure 2 donne une idée de cette section.

Nous avons représenté ici l'hémisphère gauche, bien qu'il s'a-

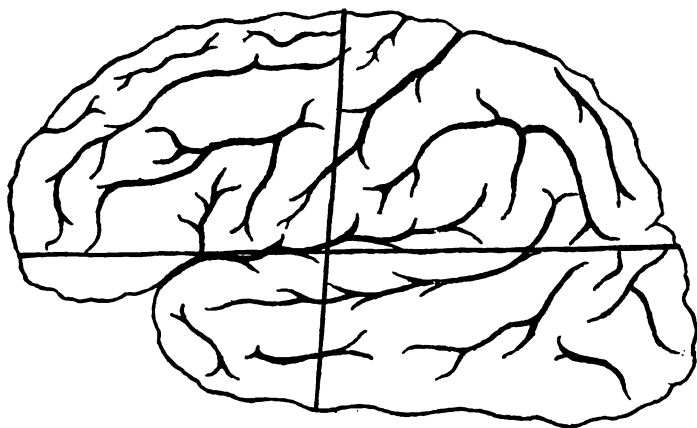


Fig. 2.

gisse dans notre cas de l'hémisphère droit, mais c'est pour nous rapprocher plus exactement de la figure classique des coupes de Pitres figurées sur l'hémisphère droit. Le lecteur, en comparant la figure 2 avec la planche de Pitres, se rendra compte que notre section a porté en haut, au niveau du point supérieur de la deuxième coupe pédiculo-frontale de Pitres, pour se terminer en bas au niveau du point inférieur de la coupe dite pariétale du même auteur.

Sur la coupe de la section ainsi déterminée, nous trouvons un petit foyer de ramollissement rougeâtre, de date récente, gros

comme un pois à sa partie supérieure et se terminant en pointe en bas. La longueur totale du foyer peut être évaluée à 15 millimètres environ de haut en bas. Sa grosse extrémité supérieure n'avait guère que 8 millimètres. Dans le foyer, la substance nerveuse était complètement désagrégée et donnait l'aspect d'une bouillie rougeâtre.

Ce foyer de ramollissement siège dans la partie supéro-interne du noyau lenticulaire (fig. 3). Il empiète légèrement de 1 à



Fig 3.

2 millimètres à peine sur la partie externe de la capsule interne, mais seulement dans la moitié supérieure de la lésion. Nous avons voulu alors nous rendre compte exactement de la nature de la lésion sur une coupe horizontale analogue à la coupe de Flechsig. Nous avons eu quelque peine tout d'abord à rétablir l'orientation, la partie antérieure du cerveau étant réduite en tranches multiples ; mais comme il nous restait la partie postérieure entière de l'hémisphère, nous avons tout ce qu'il fallait pour repérer parfaitement le siège de la lésion en coupe horizontale. La figure 2 indique la direction que nous avons donnée à notre coupe horizontale. Nous avons d'ailleurs, à plusieurs reprises, vérifié sur d'autres cerveaux l'exactitude de la direction de nos coupes verticale et horizontale (1).

(1) Nous devons le dessin de nos planches à l'obligeance de M. Bonnet, interne des hôpitaux.

La figure 4 nous montre que le foyer de ramollissement siégeait dans le noyau lenticulaire, juste au niveau du genou de la

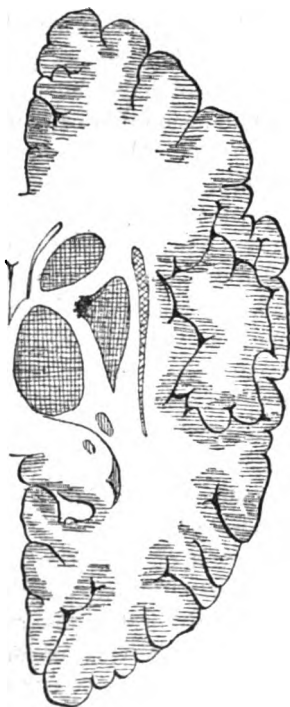


Fig. 4.

capsule interne, lésant ainsi les fibres les plus externes de la capsule interne même.

Nous étions donc en présence d'un fait d'une rareté extrême, duquel il était possible de tirer des conclusions importantes au point de vue du trajet intracérébral du faisceau moteur laryngé.

Nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit au sujet de la première observation, c'est-à-dire que nous insisterons sur l'existence de l'hémiplégie laryngée pure sans aucune autre espèce de paralysie soit des membres, soit de la face,

ou du voile du palais. Les circonstances ont voulu que par un fait du hasard les fibres motrices du larynx soient seules lésées. Comme nous le disions plus haut, ce cas n'a pas été non plus une trouvaille anatomique, mais bien la vérification d'un diagnostic porté pendant la vie, grâce à l'examen laryngoscopique. Sans aucun doute, nous avons commis une erreur en pensant à une lésion corticale, mais nous avons eu raison en affirmant une lésion de l'hémisphère opposé et en rejetant absolument une lésion bulbaire.

Ce contretemps, nous ne le regrettons pas, car il va nous ouvrir au contraire des horizons nouveaux en nous permettant d'ouvrir un chapitre complètement neuf sur le trajet intracérébral du faisceau laryngé moteur.

En effet, de même que, théoriquement, on a pensé que le centre moteur laryngé devait exister dans le voisinage de la troisième frontale près des autres centres du langage ou de l'articulation des sons, de même on est en droit de conclure que les fibres motrices laryngées doivent occuper dans le trajet de la capsule interne une situation analogue aux fibres émanées des centres précités.

Ici il nous faut retracer en quelques lignes les connaissances acquises sur la constitution anatomique du genou de la capsule interne. M. Grasset, dans sa dernière édition (1886), a exposé d'une façon claire et précise ces données anatomiques dans son chapitre sur la valeur séméiologique des paralysies de la langue. Il s'appuie, à cet égard, sur le travail de Raymond et Artaud (1), relatif au trajet intracérébral de l'hypoglosse, et sur le mémoire de mon excellent et savant maître, M. Lépine, ayant trait au syndrome labio-glosso-laryngé d'origine cérébrale (2).

Nous suivrons simultanément depuis l'écorce cérébrale les deux faisceaux connus actuellement jusqu'à la protubérance.

Dans l'écorce, d'après leurs dix observations de glosso-plégie d'origine corticale, Raymond et Artaud localisent le

(1) RAYMOND et ARTAUD. *Archives de neurologie*, t. VII, 1884.

(2) LÉPINE. Note sur la paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877.)

centre de l'hypoglosse dans le pied de la frontale ascendante, tandis que le centre de l'aphasie occupe le pied de la troisième circonvolution frontale.

Dans le centre ovale, on connaît également le trajet des faisceaux fournis par ces deux centres. Il résulte des cas de paralysie pseudo-bulbaire labio-glosso laryngée de M. Lépine et des cas de MM. Raymond et Artaud que les fibres de l'hypoglosse, du facial inférieur et de la branche motrice du trijumeau naissent dans le faisceau frontal inférieur de Pitres, tandis que les conducteurs de la parole siègent dans le faisceau pédiculo-frontal inférieur.

Au niveau de la capsule interne, sur la coupe horizontale de Flechsig, nous laissons de côté le segment postérieur et le segment antérieur. Nous ne nous occupons que du genou de la capsule, c'est-à-dire du faisceau géniculé. D'après le travail antérieur de Brissaud, ce faisceau contenait les conducteurs de la parole, les nerfs moteurs de la langue, de la face, du voile du palais.

Raymond et Artaud ont fait un pas de plus et ont divisé le faisceau géniculé en deux parties : la partie antérieure ou faisceau de l'aphasie et la partie postérieure ou faisceau de l'hypoglosse. Dans le pédoncule cérébral, Brissaud assigne au faisceau géniculé une place à la face inférieure, entre le tiers moyen et le tiers interne. Raymond et Artaud dissocient encore ici le faisceau géniculé en deux parties distinctes en faisant passer le faisceau de l'aphasie au contact du tiers interne du pédoncule, et le faisceau de l'hypoglosse au contact du tiers moyen. Mais cette localisation pédonculaire n'est basée sur aucune preuve clinique.

Dans la protubérance, le trajet est inconnu. Raymond et Artaud pensent que les faisceaux de l'hypoglosse se dirigent vers la partie postérieure et interne des pyramides. De là, ils s'entrecroisent et se rendent aux noyaux bulbaires.

Ces détails donnés, il nous est permis maintenant de rechercher les indications résultant de l'autopsie de notre deuxième malade. Sans aucun doute, nous ne pourrions en déduire des données complètes sur le trajet total intra-encéphalique du faisceau moteur laryngé, mais nous aurons un

renseignement précis sur la partie la plus importante : le passage au niveau du genou de la capsule interne. Si l'on se reporte à la description de la lésion constatée à l'autopsie, on voit que les fibres capsulaires les plus externes du faisceau géniculé ont été endommagées par le foyer pathologique. Il est donc permis de croire que, outre le faisceau de l'aphasie et le faisceau de l'hypoglosse, il existe dans la partie la plus externe du genou de la capsule interne un faisceau propre moteur laryngé, absolument distinct, ayant sa place spéciale dans la constitution du faisceau géniculé. Que les fibres du faisceau laryngé moteur aient été intéressées et lésées par le foyer même ou qu'elles aient subi une influence de voisinage, il reste toujours un fait acquis dans le cas présent, c'est l'autonomie complète du faisceau moteur laryngé. Reste à interpréter le rôle même de la lésion du noyau lentillaire; il est difficile de trancher la question. D'après Grasset, il est probable que les faisceaux de la parole au-dessous du faisceau pédiculo-frontal inférieur passent par le corps strié. En est-il de même pour le faisceau moteur laryngé? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à cette question.

Nous sommes persuadés que cette observation peut soulever des objections et donner lieu à des interprétations diverses. Mais il est un point indiscutable, c'est que cette lésion limitée a déterminé une *hémiplegie laryngée pure* sans la moindre paralysie d'un autre groupe musculaire.

À ce titre seul, le cas a une importance capitale dans l'histoire des localisations. Rapproché de l'histoire de ma première observation, il contribue à jeter un certain jour sur l'étude d'ensemble du centre cortical moteur laryngé et sur le trajet de ses fibres.

Nous sommes heureux d'avoir apporté à cette question à l'ordre du jour la part la plus importante. En effet, le cas de Rebillard et nos deux observations personnelles sont les trois seuls faits d'hémiplegie laryngée constatée pendant la vie avec vérification sur le cadavre. Nous avons déjà indiqué plus haut la valeur moindre de l'observation de Rebillard. Bryson-Delavan a bien eu aussi l'occasion de faire

l'autopsie d'un malade chez lequel il avait observé une hémiplégié laryngée; mais il a trouvé une lésion bulbaire. Nous ne lui reprocherons qu'une chose, c'est sa conclusion un peu hâtive formulée en ces termes : « Ainsi il résulterait que la théorie soutenue par Gottstein (que la paralysie du larynx d'origine centrale est due à une lésion du bulbe et non de l'écorce) reçoit de ce fait une confirmation directe et que la localisation du centre moteur cortical, pour le larynx de l'homme, reste encore jusqu'ici incertaine. » Bryson-Delavan s'appuie sur des cas de paralysies bulbaires analogues, publiés également par Eisenlohr, de Hambourg (1). Mais cela ne prouve rien, si ce n'est qu'il existe des paralysies laryngées relevant plus souvent du bulbe que de l'écorce. Jonathan Wright (*loc. cit.*), à propos d'une observation publiée par lui, se rallie aux conclusions de Delavan et de Gottstein.

Quant aux observations de lésions cérébrales sans autopsie, dans lesquelles on a constaté une hémiplégié laryngée coïncidant avec l'hémiplégié totale, quatre seulement ont été nettement étudiées. Sur ce nombre encore deux nous sont personnelles.

Dans notre premier travail, nous avons bien cité une autre observation d'hémiplégié laryngée paraissant d'origine centrale; mais celle-ci, vu l'absence d'hémiplégié totale, n'avait que la valeur restreinte d'une hypothèse. Nous en dirons autant de la récente observation de Massei. Il existe bien d'autres faits cités par Gerhardt, Mackenzie, etc., mais aucun de ces faits n'est assez précis pour entrer en ligne de compte.

Notre tâche n'est point encore terminée. En effet, si, au début de cette étude, nous avons fait justice des objections opposées par les expérimentateurs, nous serions ingrats de ne point citer les résultats de leurs patientes recherches. S'il s'est élevé des divergences entre eux, il est bon de les signaler; car, somme toute, nous pouvons démontrer que les résultats obtenus, rapprochés les uns des autres, sont en faveur de l'existence du centre cortical moteur laryngé.

(1) EISENLOHR. *Arch. für Psych.* Berlin, vol. XIX, 1888.

D'ailleurs, le seul point en litige roule moins sur l'existence du centre que sur la question de savoir si ce centre a une action unilatérale ou bilatérale.

Avant 1877, tous les physiologistes étaient d'accord pour placer dans le bulbe le centre de la phonation. Il est évident que lorsque les mouvements n'ont pas le cri seul pour but, mais la parole articulée, un centre plus élevé doit agir. C'est du moins l'opinion de Bristowe (1). Comme le dit Rebillard (*loc. cit.*), lorsqu'un chanteur fait varier de son propre pouvoir la tension de ses cordes ou passe de la voix de poitrine à la voix de fausset, le bulbe n'est pas seul en fonction, un centre supérieur vient commander ces différents mouvements.

Duret (*Soc. de biol.*, 1877) ayant enlevé chez le chien la région que Ferrier regarde comme le centre des mouvements de la langue, des lèvres, constata que le chien avait perdu la faculté d'aboyer. Dans sa thèse, en 1878, il cite des faits analogues.

Soltmann (1), en détruisant au fer rouge les circonvolutions pré et post-frontales sur un jeune chien, remarqua que dans la suite l'animal n'aboyait pas, mais poussait seulement de petits cris comme un nouveau-né.

Hermann Krause (2) fut le premier à joindre l'examen laryngoscopique à l'expérimentation. Mon collègue et ami Lannois (3) a admirablement résumé les expériences de Krause qui concluaient à l'existence d'une région corticale, *gyrus præfrontalis*, présidant aux mouvements du larynx et du pharynx.

Semon et Horsley (4), en 1886, comme objection à ma première observation, font connaître le résultat de leurs expériences sur plusieurs espèces d'animaux. Ils confirment les

(1) BRISTOWE. Lectures on the pathological relations of the voice and speech. (*Brit. med. journ.*, 1879.)

(2) SOLTSMANN. Experimentelle Studien über die Funktionen des Grosshirns der Neugeborenen. (*Jahrbuch für Kind.*, 1876.)

(3) H. KRAUSE. Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen. (*Du Bois-Reymond's Arch.*, 1884.)

(4) LANNOIS. Y a-t-il un centre cortical du larynx? (*Rev. de méd.*, 1885.)

(4) SEMON et HORSLEY. Paralysis of laryngeal muscles and cortical centre for phonation. (*Lancet*, 1886.)

remarques de Krause sur la situation du centre laryngé dans le *gyrus præfrontalis*. Chez le singe, ce centre correspond au centre du langage chez l'homme; *mais il est bilatéral, symétrique*. Pour eux, toute excitation d'un centre seul détermine une action bilatérale des cordes vocales; ils ont obtenu le même résultat soit sur l'hémisphère gauche, soit sur l'hémisphère droit. L'absence d'aphonie dans les cas d'aphasie montrerait bien, à leur avis, que chez l'homme le centre phonateur a une représentation semblable bilatérale. D'où ils admettent que notre observation I ne prouve rien.

Sans vouloir critiquer des conclusions rigoureuses transportées du singe ou du lapin à l'homme, nous répondrons que les faits cliniques sont là pour réfuter une semblable assertion. Avec une pareille théorie, il ne devrait jamais exister un seul cas d'hémiplégie totale (membres et larynx), car si la lésion était unilatérale l'hémiplégie laryngée deviendrait impossible; si la lésion était bilatérale, le larynx serait paralysé en totalité. Or les faits cliniques prouvent le contraire.

Tout récemment les mêmes auteurs (1) nous donnent, à titre provisoire, le détail d'expériences plus complètes entreprises sur le même sujet.

Voici le résumé de leurs expériences :

1° Il existe dans chaque hémisphère un centre de la représentation bilatérale des mouvements d'adduction des cordes vocales. L'excitation des parties plus ou moins voisines de ce centre produit des mouvements d'adduction des cordes de moins en moins complets à mesure que l'on s'éloigne du centre. Notons en passant que le chat ne donne pas les mêmes résultats que le lapin.

2° Il n'a pas été possible de trouver dans l'écorce un centre d'abduction des cordes.

3° Si l'un des deux domaines corticaux de l'adduction est détruit assez complètement pour que l'excitation des régions voisines ne produise rien sur le larynx, on n'observe alors

(1) SEMON et HORSLEY. Sur le centre d'innervation motrice du larynx. (*Internat. Centralblatt für Laryngol.*, février 1890, et *British med. Journ.*, décembre 1889.)

aucune paralysie des cordes vocales. En outre, si plus tard on excite le centre opposé correspondant, il se produit une adduction bilatérale des cordes aussi complète que si le centre opposé était intact.

De ces faits Semon et Horsley concluent :

A. Une excitation unilatérale produit une action bilatérale. Donc, cliniquement, une affection irritative unilatérale du centre laryngé produira le spasme de la glotte, c'est-à-dire l'adduction bilatérale des cordes (laryngite striduleuse, par exemple).

B. Une destruction unilatérale de ce centre *ne produit rien*. La paralysie unilatérale du larynx par lésion unilatérale d'un hémisphère est absolument impossible.

Nous ne suivrons pas plus loin les auteurs dans le récit d'autres expériences se rattachant moins directement à notre sujet. Nous tenions seulement à citer leurs conclusions trop absolues pour les mettre en parallèle avec les expériences antérieures contradictoires de Masini. Ces expériences ont été passées sous silence par Semon et Horsley ; elles méritent cependant d'être connues. Toutes ces expériences ont été faites sous le contrôle du professeur Luciani.

Pour Masini, il n'y a aucun doute sur l'existence du centre laryngé ; mais contrairement à Krause, qui admet un centre précis et limité, il prétend que le centre est essentiellement diffus.

Pour lui, le larynx ne répond pas seulement aux excitations portant sur la zone circonscrite de Krause, mais encore aux excitations de même intensité portant sur les autres centres moteurs. Le fait est tellement vrai, d'après lui, qu'il est impossible de produire des phénomènes de paralysie glottique sans voir s'y associer la paralysie d'autres groupes musculaires importants (langue, voile du palais, lèvres, membres). Il a cependant observé la paralysie isolée de la corde sans généralisation à d'autres muscles. D'ailleurs, il admet bien que toute la zone motrice de la glotte décrite par lui ne peut pas produire avec la même intensité la paralysie vocale, et il reconnaît que l'*aire* de Krause représente bien le foyer principal du centre.

L'extirpation a donné les mêmes résultats que l'excitation électrique. Si l'on détruit seulement le foyer de Krause, la paralysie glottique est moins durable que lorsqu'on détruit toute la partie située en avant du *sulcus cruciatus*. Pour obtenir une paralysie définitive, il a dû détruire également la région *post-crociata*, c'est-à-dire presque toute la région dite motrice.

En outre, il ajoute que, même après destruction totale bilatérale de toute la zone motrice corticale, la perte de la phonation n'est pas permanente. Aussi, pour expliquer ce phénomène, il admet avec Luciani l'existence de foyers phonateurs *sous-corticaux* capables de suppléer les foyers corticaux.

Il étudie ensuite la question du rapport croisé ou direct, unilatéral ou bilatéral du centre laryngé avec l'organe vocal périphérique. Il se base sur l'hypothèse de Luciani et de Golz prétendant que chaque moitié du cerveau a des rapports bilatéraux avec les organes périphériques, mais reconnaissant toutefois l'action prédominante de la fibre croisée.

Ses expériences prouvent qu'en excitant le centre laryngé avec un courant très faible (à peine sensible sur la pointe de la langue) on produit l'adduction de la corde vocale du côté opposé. On obtient de même la paralysie de la corde du côté opposé au centre détruit.

Pour produire une action bilatérale des cordes, il faut employer des courants plus forts. Alors la corde vocale du côté opposé au centre excité se met en adduction complète sur la ligne médiane, tandis que la corde située du côté du centre en expérience n'a qu'une tendance incomplète à gagner la ligne médiane, tout simplement parce que les fibres directes sont moins nombreuses que les fibres croisées.

De toutes ses expériences, Masini tire les conclusions suivantes :

1° Existence chez le chien d'un centre moteur glottique à la partie antérieure des hémisphères.

2° Ce centre s'étend presque à toute la zone motrice, bien

que son foyer de plus grande intensité soit limité au centre laryngé de Krause (base de la *circ. pré-crociata*).

3° Le centre n'est ni isolé ni distinct, mais se confond avec les autres centres moteurs; plus intimement avec ceux du pharynx, de la langue, du voile, et moins intimement avec les autres.

4° La lésion unilatérale donne lieu à des troubles moteurs laryngés prédominant du côté opposé, ainsi qu'à des troubles de la sensibilité de la muqueuse.

5° La lésion bilatérale produit une paralysie persistante du mouvement et de la sensibilité, sans atteindre le degré de la paralysie absolue.

6° Outre les centres laryngés corticaux, il faut reconnaître l'existence des centres laryngés sous-corticaux, si l'on veut se rendre compte de la compensation parfaite des désordres résultant de l'ablation unilatérale et de l'absence de paralysie complète après extirpation bilatérale.

Il nous est permis maintenant de comparer ces conclusions avec celles de Semon et Horsley. On voit que Masini est arrivé à des résultats qui permettent de comprendre les faits cliniques, tout en expliquant les faits résultant des recherches des auteurs anglais. Toute la question était de savoir si une lésion cérébrale corticale pouvait donner lieu à la paralysie d'une corde vocale du côté opposé. Or Masini a prouvé expérimentalement que ce fait était indiscutable. Par d'autres expériences dans lesquelles il avait modifié l'intensité des excitations, il a obtenu les mêmes résultats que Semon et Horsley, c'est-à-dire l'action bilatérale par excitation ou destruction d'un seul centre. Donc les auteurs anglais ont donné une interprétation non erronée, mais incomplète à leurs expériences, en ne voyant qu'une partie de la question. Ils ont eu tort de vouloir, sur de pareilles preuves, démolir les données fournies par la clinique. Toutes les observations d'hémiplégie laryngée d'origine cérébrale publiées jusqu'ici conservent donc toute leur valeur.

Quant à la question de la délimitation précise du centre dans l'aire de Krause ou dans une zone plus ou moins étendue (Masini), elle est aussi parfaitement discutable. On a

déjà démontré qu'il n'est pas toujours possible de se mettre en garde contre les phénomènes de diffusion des courants électriques servant à produire les excitations. Il y a loin d'ailleurs de la précision d'une lésion circonscrite par le fait du hasard à la localisation précise d'une excitation expérimentale.

En outre, il ne faut pas non plus pousser trop loin la comparaison de l'animal à l'homme, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe appelé à des fonctions bien différentes dans les deux espèces. Semon et Horsley avouent eux-mêmes, nous l'avons fait remarquer plus haut, qu'ils ont obtenu des résultats différents sur le chat et sur le singe ou le lapin.

Nous avons cru devoir entrer dans tous ces détails pour donner l'état actuel complet de la question. Nous voulions aussi démontrer que l'expérimentation peut venir en aide à la clinique, mais qu'elle ne doit jamais lui imposer ses résultats.

De l'ensemble de ce travail nous concluons :

1° Il existe un centre cortical moteur du larynx dans chaque hémisphère cérébral;

2° Ce centre siège au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et du sillon qui la sépare de la frontale ascendante;

3° Les fibres émanées de ce centre passent au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne, formant dans le faisceau géniculé un faisceau moteur laryngé indépendant du faisceau de l'aphasie et du faisceau de l'hypoglosse;

4° Le centre laryngé a une action croisée. Sa destruction détermine la paralysie totale de la corde vocale du côté opposé (position cadavérique).

II

DEUX CAS D'ÉPITHÉLIOMA DU PAVILLON
DE L'OREILLE

Par le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

Le cancer du pavillon de l'oreille paraît être une rareté pathologique. Tout au moins pouvons-nous dire que les observations de cette affection se comptent. Ceux-là même qui l'ont signalé, tels que Velpeau, Demarquay, Sédillot, Bouisson, n'en ont rapporté qu'un petit nombre d'exemples, et tout dernièrement, dans *Lo Sperimentale* de juillet 1889, le Dr G. Ferreri a publié quelques pages sur ce sujet. Moi-même, dans le courant de ces deux dernières années, ai été amené à en opérer deux cas. Ce sont ces deux observations qui font l'objet de cette note.

OBSERVATION I. — A la fin de janvier 1888, M. D..., âgé de 60 ans, est venu me consulter pour une tumeur siégeant au pavillon de l'oreille. Il paraît être d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'affections graves et ne présente pas, du moins d'après ses déclarations, d'antécédents morbides. La tumeur dont il est porteur siège à gauche. Elle a débuté par un petit bouton douloureux placé sur l'hélix. Sous l'influence de grattages répétés, elle a augmenté de volume, et quand je l'examinai pour la première fois, le début remonte à un an. L'hélix, l'anthélix et la conque sont envahis. Toutes ces parties ne forment plus qu'une tumeur volumineuse, ulcérée, douloureuse. Les ganglions sont envahis. Le malade, très tourmenté et souffrant, réclame une intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 20 février 1888. Je me suis servi dans ce cas de la pâte de Canquoin, suivant la méthode Maisonneuve. De nombreuses flèches furent introduites dépassant les limites apparentes de la tumeur. Celle-ci tomba quinze jours après, laissant une plaie rosée qui parut d'abord bien se comporter et tendre vers la guérison. Mais ce que j'avais prévu ne tarda pas à se montrer. Dès le mois d'avril, c'est-à-dire trois mois après,

une récidive survenait sur la cicatrice. Une nouvelle application de flèches fut faite, et alors, en sondant les parties profondes, il me fut facile de reconnaître ce que j'avais déjà soupçonné, l'envahissement du temporal.

Cette seconde application de pâte de Canquoin ne fut pas suivie de cicatrisation, et le malade, complètement inopérable, mourut quelques mois après.

L'examen histologique de la tumeur a été fait à plusieurs reprises, et le résultat, toujours le même, démontrait, ainsi que l'indique la figure I, la nature épithéliomateuse de la tumeur. M. D... n'a pas présenté de troubles de l'audition, le cancer n'intéressant que les parties situées au-dessus du

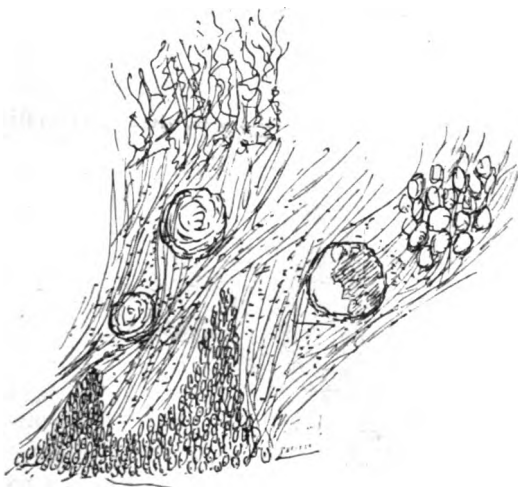


Fig. 1.

conduit auditif et ayant respecté la caisse du tympan. C'est seulement dans les derniers mois qu'il y a eu un peu de difficulté de la mastication.

OBSERVATION II. — A la fin d'octobre 1889, M. B... vint me consulter pour une ulcération siégeant sur le pavillon de l'oreille gauche. Il y a seulement six mois qu'il a vu survenir une légère excroissance qu'il a grattée et qui s'est transformée en une ulcération douloureuse à marche rapide.

M. B. . . est âgé de 79 ans, de forte constitution et ne présentant dans sa famille aucun antécédent cancéreux.

Un premier examen me permit de reconnaître une vaste ulcération ayant mangé environ le tiers du pavillon et ayant produit une large échancrure intéressant l'hélix et l'anthélix à leur partie postéro-supérieure. Il s'écoule un pus sanieux. Les douleurs sont vives. Les ganglions ne sont point engorgés. Je me décide à pratiquer l'amputation du pavillon de l'oreille, et celle-ci a lieu le 2 novembre 1889. Au moyen du thermocautère, je fais tomber le pavillon, ne laissant que le lobule et dépassant ainsi de deux centimètres les limites du mal. Le pansement, fait à l'aide de phénique et au salol, amène une guérison rapide, et un mois après j'obtenais une bonne cicatrisation. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, l'état général et local est resté des plus satisfaisants.

L'examen histologique a été pratiqué, et, comme le démontre la figure 2, il n'y a aucun doute sur la matière épi-

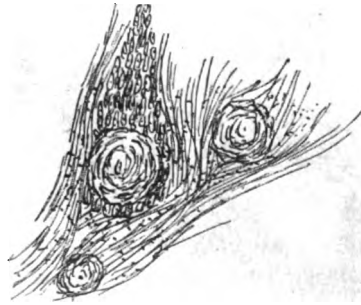


Fig. 2.

théliomateuse de la tumeur. Cette figure indique que j'ai dépassé le tissu morbide; en haut, en effet, on commence à retrouver le tissu réticulé normal; à droite, on voit des cellules adipeuses et la lumière d'un petit vaisseau. Comme dans l'observation précédente, les globes épidermiques et les cellules embryonnaires abondaient au milieu du stroma conjonctif.

Ces deux observations, dont l'une se termine par la mort,

et dont l'autre est actuellement, du moins, une guérison par faite, méritent quelque attention.

Je ne ferai que mentionner l'âge et le sexe de ces deux malades. C'est généralement dans l'âge avancé que ces tumeurs se développent, quoique plusieurs cas se soient présentés plus tôt. Elles atteignent le plus souvent les hommes. Elles peuvent survenir, dans certains cas, à la suite d'eczéma, d'impétigo ou de psoriasis. Dans mes deux observations, je n'ai pu avoir de renseignements exacts à ce sujet.

En général, le développement de l'épithélioma se fait avec une grande rapidité. Le malade de Sédillot, âgé de 57 ans, eut tout le pavillon détruit en trois semaines. Chez mes deux malades, les progrès du mal, sans être aussi rapides, ont cependant marché vite. C'est surtout chez le second que j'ai pu constater cette rapidité. En moins de six mois, un bon tiers du pavillon avait disparu, et pendant le peu de jours qui ont séparé mon premier examen du jour de l'opération, on pouvait constater une progression sensible.

Dans ma première opération, en moins d'un an, tout le pavillon a été envahi et les os eux-mêmes intéressés.

Je ne puis donc admettre que comme rare la marche extraordinairement lente de l'épithélioma signalée par le D^r Ferreri chez un malade appartenant à la clinique de De Rossi.

Pour le D^r Ferreri, la récurrence est la règle sans exception. Cette affirmation, qui est peut-être malheureusement exacte, demande cependant à être vérifiée.

C'est ce que je compte faire chez mon second malade, aujourd'hui âgé de 80 ans, et il me sera facile de la suivre s'il ne succombe pas toutefois à une autre affection. Dans ce cas, l'opération a été complète, faite de bonne heure chez un vieillard robuste, par conséquent dans de bonnes conditions. L'avenir seul pourra résoudre la question.

Chez mon premier malade, je n'ai point usé du procédé préconisé par De Rossi pour vérifier si l'extension du néoplasme a atteint les os. Il se sert, dans ce cas, d'un stylet aigu qui enfonce dans la tumeur ; s'il pénètre à deux centimètres et même plus sans donner la sensation osseuse, c'est

que les os sont atteints. Cette ponction exploratrice peut rendre des services et mérite d'être signalée.

En résumé, l'épithélioma du pavillon de l'oreille est une affection rare. En dehors des cas mentionnés plus haut, le Dr Ferreri, sur 5,000 malades de lésions auriculaires, n'a relevé que *huit cas* d'épithélioma du pavillon. Treillet en a publié 11 observations, et O. Green 18.

Il serait à désirer que tous ceux qui se trouvent en présence de cas semblables ne négligeassent pas de les étudier et de les faire connaître.

Comme indications thérapeutiques, il faut opérer largement et de bonne heure. L'expérience m'a appris que le thermocautère doit être l'instrument de choix.

III

LARYNGITE POLYPEUSE CONGÉNITALE

Par le Dr C. M. DESVERNINE-GALDOS

(EXTRAIT D'UN TRAVAIL LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE LA HAVANE LE 25 AOUT 1889.)

L'étude des néoplasmes laryngo-congénitaux offre un chapitre de laryngologie peu satisfaisant, voire même pauvre en observations précises, et, cependant, il s'agit d'une maladie relativement fréquente et dont les conséquences sont tellement sérieuses que nous devons enregistrer avec le soin le plus scrupuleux tout ce qui y a trait. La collection la plus riche que je connaisse est celle de Causit (je n'ai pas pu me procurer celle de Burow); elle ne contient que dix observations, dont je me propose de vous entretenir par la suite.

Mais, d'autre part, si l'on fait des recherches parmi les

Annales de la clinique, on trouve une série de cas où l'on parle de mort subite, inattendue, par asphyxie, après un laps de temps variable et où, dès la naissance, les troubles de la respiration et de la phonation ont été constants. L'immense majorité de ces cas ont passé et passent encore inaperçus au point de vue du larynx ; et les auteurs classiques les plus justement en renom ne font aucune mention spéciale du sujet qui nous occupe.

Cet état de choses était nécessairement obligé tant que les laryngopathies restaient sans moyens d'exploration précise ; mais si l'apparition du miroir de Garcia modifia radicalement la situation pour l'adulte qui porte un néoplasme dans les voies respiratoires supérieures, on ne saurait dire que les circonstances aient beaucoup changé pour l'enfant, ainsi qu'il résulte de la statistique actuelle (créée en pleine période laryngoscopique) qui décèle un diagnostic presque toujours vague, et surtout une léthalité singulièrement en opposition avec le caractère presque toujours bénin de ces tumeurs ; pendant les premières années de la vie.

Il est bien évident que les dimensions restreintes du larynx pendant le premier âge et cet âge même sont des facteurs qui compliquent le problème clinique et rendent l'intervention chirurgicale singulièrement difficile et périlleuse ; mais, malgré tout, cette intervention n'est pas plus délicate qu'en d'autres branches de la chirurgie où les succès opératoires ne se comptent plus. De plus, les facteurs dont j'ai parlé ne prennent une importance particulière que pendant les premiers mois de la vie, et je tiens à affirmer avec insistance que si nous prenons dûment en considération les cas d'enrouement chronique chez l'enfant, suivis de mort subite par asphyxie, un certain temps après le commencement des symptômes laryngiens, il faut de toute nécessité attribuer de pareils désordres à un diagnostic et à un traitement absolument défectueux.

Le but de cette communication est d'appeler l'attention sur un cas de laryngite polypeuse congénitale, dont l'observation m'est personnelle et dont tous les détails sont complets ; mais il faut d'abord faire un peu d'histoire rétrospective.

Barker et Lewin, en 1835 et 1862, respectivement, sont les premiers observateurs qui aient consigné des cas de papillomes congénitaux endo-laryngés.

OBSERVATION I. — Le cas de Barker se rapporte à un enfant de un an et demi, affecté de dyspnée et de dysphonie congénitales. L'auscultation, seul moyen d'exploration employé, ne conduisit pas à un diagnostic exact. Le traitement fut exclusivement médical, et la mort survint par asphyxie. A l'autopsie, on trouva quatre tumeurs papillomateuses insérées sur les bandes vocales et ventriculaires.

OBSERVATION II. — Cas de Lewin. Jeune fille de 15 ans, dysphone de naissance et plus tard aphone. L'examen laryngoscopique révéla la présence de deux papillomes implantés à l'insertion antérieure des bandes vocales.

L'extirpation eut lieu par les voies naturelles. La guérison fut complète. Ce cas contraste avec le précédent, autant par la précision du diagnostic que par le brillant résultat obtenu, grâce à une intervention appropriée. Nous verrons plus tard que l'âge de l'enfant, dans le cas de Barker, n'aurait pas dû empêcher une conduite analogue.

Duncan Gibb est le premier auteur qui, dans un traité de laryngologie, indique l'existence de tumeurs congénitales endo-laryngées.

OBSERVATION III. — Sa première observation se rapporte à une petite fille de 2 ans, à respiration difficile congénitale. L'exploration, au moyen du doigt, révéla l'existence de tumeurs intralaryngées, qui causèrent la mort par asphyxie.

OBSERVATION IV. — Le second cas, où il s'agissait également d'un enfant de 2 ans, est analogue à celui qui précède.

OBSERVATION V. — Son troisième cas est celui d'un enfant de 3 ans, affecté de dyspnée congénitale. Le petit malade succomba après de longues souffrances, avec tous les symptômes physiques d'une tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva le larynx obstrué par un corps polypeux végétant. Les poumons, la rate, le foie et les ganglions mésentériques infiltrés de tubercules.

Il est vraisemblable que, dans ce cas, il s'agissait d'une de ces

laryngites de forme polypeuse, décrites pour la première fois par Ariza, de Madrid, et non par Schnitzler, comme on le prétend généralement.

OBSERVATION VI. — Mackensie a relaté le cas d'un enfant de 3 ans affecté d'aphonie congénitale. Tout examen au laryngoscope fut impossible à cause de la conformation défectueuse de l'épiglotte. L'exploration, au moyen du doigt, fit diagnostiquer une tumeur du larynx de consistance solide. Une attaque d'épilepsie amena la mort par asphyxie, et à l'autopsie on trouva des végétations papillomateuses. Mackensie pense que ce qu'il prit pour une tumeur à l'examen, au moyen du doigt, était le cartilage thyroïde.

OBSERVATION VII. — Dans le cours de la même année, Dufour relate l'histoire d'un enfant nouveau-né, aphone. Après beaucoup d'hésitation on diagnostiqua une obstruction du larynx par compression nerveuse. La mort par asphyxie survint au bout de 11 mois et 8 jours. L'autopsie, pratiquée par Bergeron, démontra l'existence de plusieurs papillomes implantés dans les replis ary-épiglottiques, qui descendaient jusqu'aux bandes vocales inférieures. L'examen histologique confirma le caractère épithélial des néoplasmes.

OBSERVATION VIII. — Cas de Rauchfuss. Fillette de 10 ans. Dysphonie et dyspnée congénitales. A l'examen laryngoscopique, on trouve toute la cavité du larynx obstruée par des végétations polypeuses qui procédaient partiellement du bord gauche de l'épiglotte. Après l'extirpation de celles-ci par la voie naturelle, on en découvrit d'autres insérées entre les cordes et qui ne furent pas enlevées.

OBSERVATION IX. — Causit relate l'observation suivante du service du Dr Triboulet.

Le 5 janvier 1866, une petite fille de deux ans et demi entrant à l'hôpital Sainte-Eugénie; elle était, au dire de personnes dignes de foi, aphone de naissance, toussait fréquemment, et la respiration avait toujours été pénible. Elle avait des accès de suffocation répétés. L'exploration laryngoscopique ne donna pas de résultat. La trachéotomie, devenue indispensable, fut pratiquée le 21. Les phénomènes respiratoires, occasionnés alors par une bronchite capillaire et par une congestion pulmonaire, persistent, et la mort a lieu dans la nuit du 22 au 23.

Autopsie. « Le larynx, dit l'auteur, est le siège d'une lésion assez singulière; en observant l'orifice supérieur, on remarque qu'il est presque absolument obstrué par des corps blanchâtres et caséiformes, facilement enlevés avec des pinces, et qui ne sont que les restes de végétations dont nous allons parler. Après avoir ouvert le larynx par une incision à la face postérieure, nous en trouvons la cavité occupée presque complètement par une tumeur mamelonnée en forme de chou-fleur, d'un aspect blanchâtre et d'une consistance assez ferme. Cette tumeur, à peu près de la grosseur d'une noix, présente un diamètre vertical de 7 millimètres et un diamètre antéro-postérieur de 8 millimètres, et se trouve insérée sur la corde vocale gauche dans toute son extension, vers le bas, par un pédicule large, allongé d'avant en arrière et de haut en bas. On voit de petites projections d'une couleur rosée, rondes et grosses comme une tête d'épingle, continuer la tumeur sur la commissure postérieure de la glotte et quelque peu sur la corde vocale supérieure.

L'examen histologique, fait par Legros et Robin, confirma le diagnostic macroscopique.

OBSERVATION X. — Krishaber a étudié le cas d'une fillette de onze ans et demi, dyspnéique et dysphone de naissance. A l'examen laryngoscopique, on découvre deux petits papillomes, de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, implantés au point de jonction de la glotte cartilagineuse et de la membraneuse. On perd de vue cette malade.

OBSERVATION XI. — Edis observe un enfant de 36 heures, affecté de dyspnée intense. La mort arrive subitement, et l'on trouve un kyste dans le larynx.

Après cette première série, les observations les plus récentes sont celles de Johnson, de Chicago.

OBSERVATION XII. — Enfant de 10 semaines. Dyspnée et dysphonie congénitales; mort subite trois jours après la consultation. Autopsie. Tumeur papillomateuse qui obstruait la glotte.

OBSERVATION XIII. — Petite fille de 16 mois. Dysphonie et paroxysme de dyspnée après les pleurs. Aphonies transitoires. Dans ces conditions, l'enfant contracta la coqueluche et, pendant une quinte de toux, expulsa un corps rougeâtre, de la grosseur d'une lentille, qu'on reconnut être une production papillomateuse.}]

La respiration et la voix revinrent immédiatement à leur état normal.

OBSERVATION XIV. — Enfant de 3 ans. Accès de dyspnée, dysphonie et toux croupale congénitales; ces phénomènes devinrent alarmants, et la trachéotomie fut pratiquée. Pendant le cours de toute une année, on fit des efforts réitérés pour faire un traitement par les voies naturelles, mais les résultats furent nuls. A cette époque, les phénomènes de spasme laryngé se présentèrent de nouveau, et cela avec une telle énergie, quoique la canule et la trachée restassent libres, que la thyrotomie devint indispensable; par cette voie, on enleva un énorme papillome qui remplissait la cavité laryngée, envahissait la région sous-glottique et comprimait fortement les parois laryngo-trachéales. L'état du petit malade s'améliora jusqu'au troisième jour, où survinrent des phénomènes pneumoniques qui occasionnèrent la mort huit jours après l'opération.

OBSERVATION XV. — Enfant nouveau-né avec trouble de la respiration et enrrouement. Les spasmes de la glotte et la dyspnée furent presque constants pendant quelques mois; la trachéotomie devint indispensable, et la mort survint vingt-quatre heures après l'opération, à la suite de complications pneumoniques.

A l'autopsie, on trouva une tumeur papillomateuse qui obstruait la glotte.

OBSERVATION XVI. — Enfant de 15 mois, bien développé. Enrouement congénital pendant les pleurs, respiration laborieuse et aphonie absolue.

Le traitement fut indéfiniment différé jusqu'au moment où des symptômes alarmants se présentèrent.

Quelque temps après, la respiration devint de plus en plus difficile, et l'enfant fut confié aux soins du Dr Leferts, de New-York, qui, à l'aide de l'examen laryngoscopique, démontra la présence d'une néoplasie endo-laryngée. La trachéotomie fut pratiquée, et le malade mourut de pneumonie le troisième jour. A l'autopsie, on trouva la cavité laryngée occupée par des tumeurs papillomateuses insérées entre les deux cordes, base de l'épiglotte et région inter-aryténoïdienne.

Cette énumération forme un ensemble de 16 cas, dont 12 eurent une issue fatale, c'est-à-dire 75 0/0. Si nous retrans-

chons des 4 cas favorables, un, dont la guérison fut spontanée ou, pour mieux dire, amenée par un accident (observation XIII), et un autre cas dont on ignore l'issue (observation IX), il n'en reste que deux où l'intervention chirurgicale ait incontestablement causé la guérison (observations II et VIII); mais nous devons faire remarquer qu'au point de vue d'une guérison radicale, on ne peut citer qu'un cas, celui de Lewin (observation II), attendu que dans le cas de Rauchfuss (observation VIII) l'extirpation fut partielle. Étudiée ainsi, la statistique ne constate que 6 1/4 0/0, au lieu de 25 0/0.

Les causes immédiates de la mort dans les 12 cas funestes se décomposent ainsi :

7 par asphyxie subite sans intervention.

1 par tuberculose.

3 par phénomènes thoraciques après la trachéotomie.

1 par complication broncho-pneumonique déjà existante, quand la trachéotomie a été pratiquée *in extremis*.

Les âges sont :

1 de quelques heures.

4 de quelques mois.

2 de deux ans.

1 de deux ans et demi.

3 de trois ans.

1 de sept ans et demi.

Dans les 2 cas favorables, les sujets étaient âgés, l'un de 15 et l'autre de 10 ans. Sur les 16 autres cas, 7 affectèrent des enfants du sexe féminin et 8 des enfants du sexe masculin. Dans un cas de Johnson on ne fait pas mention du sexe.

Le diagnostic ne fut exact que dans 4 cas, et dans les autres il fut méconnu ou complètement erroné.

Quant au traitement, dans 3 cas on pratique la trachéotomie préparatoire; dans un la trachéotomie *in extremis*, et dans un autre la trachéotomie subséquente.

Cette analyse confirme ce que je disais au commencement, relativement à l'extrême gravité de cette maladie pendant

l'enfance, ainsi qu'aux erreurs qui en ont été les conséquences.

Il me reste à parler de l'observation qui m'est personnelle.

OBSERVATION XVII. — Le 19 juillet 1887, grâce à la bienveillante amitié de mon distingué confrère le Dr J. R. Montalvo, l'enfant A. R. me fut amené pour le soigner d'un enrouement chronique. Il s'agissait d'un petit garçon de 7 ans, faible et avec des signes physiques généraux d'un état scrofuleux actif. Son père avait été syphilitique, sa mère saine.

La respiration de l'enfant était très laborieuse et la voix à peine perceptible. Ces troubles si intenses dataient d'une époque relativement récente; mais ses parents, ainsi que d'autres personnes, m'assurèrent que les désordres de la phonation, désordres bien caractérisés, remontaient aux premiers cris poussés par l'enfant en venant au monde.

L'exploration thoracique révéla les signes physiques d'une obstruction de la trachée ou du larynx. Je procédai, non sans difficulté, à l'examen laryngoscopique, et, après des tentatives répétées, je pus reconstruire une image laryngienne satisfaisante, à l'aide de laquelle je pus me former une opinion exacte de la situation.

Voici quel était l'état des choses : toute la moitié droite du



Fig. 1.

vestibule laryngien et les deux tiers du côté gauche étaient occupés par une série de tumeurs d'un aspect végétant, lobulées, d'une teinte jaune claire. Je pus compter sept corps néoplasiques qui, du moins dans leurs extrémités supérieures, apparaissaient absolument indépendants les uns des autres. Ils se rejoignaient antérieurement sur la ligne médiane. Le seul point perméable

de la glotte se trouvait être un petit espace, dans l'angle postérieur droit, ainsi que le fait voir la figure 1, à l'échelle double de nature. Quant aux insertions, je ne pus les déterminer d'une manière précise que pour les néoplasmes le plus en arrière; ceux de la région inter-aryténoïde ainsi que ceux de la limite postérieure extrême du tiers moyen de la bande vocale gauche.

En présence de ces résultats, je pus formuler un diagnostic décisif, et j'avertis les parents que l'intervention chirurgicale radicale était d'une urgente nécessité, afin de conjurer une asphyxie qui ne tarderait pas à s'accroître. Malgré une opinion aussi absolue sur l'état du petit malade, je ne revis cet enfant que le 6 août, date à laquelle on me demandait avec la plus grande urgence, afin de m'occuper d'une respiration qui devenait impossible. Je trouvai le petit malade cyanosé, et, sans perdre de temps, je pratiquai la trachéotomie juxtacricôïde, avec le concours du Dr Fernandez Guerra, laissant en place une canule de Durham.

Dès que le malade fut remis de cette première opération, je commençai, vers la fin de septembre, armé de pinces de traction de Mackensie, l'extirpation des tumeurs par la voie naturelle.

Il est évident qu'opérer dans un espace aussi restreint le larynx d'un enfant de 7 ans et extirper, par arrachement, des tumeurs relativement volumineuses étaient deux conditions de travail opératoire qui devaient aggraver le traumatisme, inévitable en pareille circonstance; mais après mûres réflexions, il n'y avait pas d'autre parti à prendre.

Et, en effet, l'image laryngoscopique était instantanée, et il eût été absolument impraticable d'introduire avec précision un instrument quelconque à anse, dans le but de procéder par constriction linéaire ou par section galvano-caustique. Quant à intervenir avec des pinces coupantes au sein de tumeurs dont les insertions, pour la plupart, m'étaient absolument inconnues, c'eût été assumer gratuitement la responsabilité de blesser d'une manière peut-être irréparable l'organe phonateur.

Les intervalles étaient de trois à six semaines entre chaque opération, car chaque opération était invariablement suivie de phénomènes laryngiens congestifs qui imposaient le repos. La première séance eut lieu en présence de mon ami le Dr Sanchez Toledo, et les Drs D. Francisco Zayas, Francisco Oxamendi, Emilio Martinez et Valdes Rico assistèrent aux autres.

Je commençai l'opération par la partie la plus proche de

l'image laryngoscopique, ou soit par la région distale ou aryténoïdienne du larynx, et au fur et à mesure que le vestibule laryngien se dépouillait, les pédicules indiquaient le siège de l'implantation et le nombre des tumeurs. Je pus, de cette façon, compter à la fin de la séance au moins 7 papillomes différents, dont 4 occupaient toute l'étendue de la bande gauche, et 3 les deux tiers antérieurs de celle de droite.

Après cette première série d'opérations, les néoplasmes restants furent enlevés avec des pinces tranchantes. Dès que la région glottique et supra-glottique fut complètement libérée, je découvris à l'examen laryngoscopique une huitième tumeur du même aspect que les précédentes, mais située profondément dans la région supra-glottique, du côté droit. Formant mesure, pour déterminer sa longueur, de la corde vocale qui lui était superposée, je pus apprécier que la tumeur en question s'étendait depuis la limite extrême postérieure du larynx jusqu'à son quart antérieur, et qu'en épaisseur elle dépassait la ligne médiane sagittale. La figure 2 en est la fidèle reproduction.

Etant donné l'espace réduit de la glotte (les dessins ci-joints sont à l'échelle double), il eût été chimérique de chercher à arriver au néoplasme sans opération extérieure. De plus, son immobilité absolue, pendant d'énergiques efforts respiratoires (en enlevant la canule et en obstruant l'orifice de la trachée),



Fig. 2.

fournissait une preuve non équivoque des larges dimensions de la base de l'implantation. D'autre part, la normalité des excursions adductrices et abductrices de la bande vocale excluait l'insertion de la tumeur de territoire anatomique pour la localiser forcément en pleine région cricoïde.

La connaissance de ces détails me décidait à pratiquer sans hésitation la laryngo-fissure, et le 3 août j'incisai largement la

ligne médiane du cou, depuis la région thiro-hyoïdienne jusqu'au bord supérieur du cricoïde; je fus assisté dans cette opération par mes collègues les D^{rs} Francisco Oxamendi, Emilio Martinez et Valdes Rico.

La tumeur était fortement implantée au niveau du bord supérieur droit du cricoïde et occupait, dans sa presque totalité, la surface laryngée latérale droite. Je procédai d'abord avec des ciseaux courbes, et je terminai en faisant le raclage à l'aide d'une curette tranchante et sous l'influence d'un anesthésique. L'hémorragie eut peu d'importance, et ce fut chose facile que d'empêcher le sang de pénétrer dans la trachée. Le thyroïde et les parties molles furent suturés avec du fil d'argent. Les effets immédiats de ce traumatisme furent bien supportés par le petit malade, mais l'incision de la peau devint le point de départ d'une ulcération de caractère scrofuleux, ulcération qui se compliqua d'un état général furonculaire grave. Cet état dura quelque temps et épuisa d'une façon marquée les forces de l'enfant.

Dans ces circonstances difficiles, la voix devint enrrouée, et le 29 novembre, je constatai la réapparition d'un nouveau papillome (le neuvième de la série) pédiculé, situé à la base de la bande vocale droite, en pleine région aryénoïde.

Vers la fin de décembre, l'état général s'étant amélioré, j'en fis l'extirpation avec des pinces tranchantes. La base de l'implantation fut cautérisée à plusieurs reprises avec une solution caustique, et pour éviter toute récurrence, je cautérisai également et avec la même solution la surface supérieure des deux cordes.

A la suite de cette dernière opération, la guérison de l'enfant progressa sans interruption.

En mars dernier, je fis, à l'aide du laryngoscope, un scrupuleux examen, et trouvant le larynx dans un état d'intégrité absolue, ne conservant aucune trace des accidents qui avaient eu lieu; je retirai la canule et je fermai l'ouverture de la trachée. A partir de ce moment, l'organe a repris ses fonctions respiratoires et phonétiques, s'en acquittant jusqu'à ce jour sans le moindre arrêt.

L'examen histologique confirma le diagnostic clinique. Tous les fragments présentaient le caractère de papillomes, provenant de membranes, recouverts par un épithélium stratifié.

L'épithélium recouvrait complètement toutes les ramifications papilliformes. Dans quelques points, la prolifération était telle qu'elle avait un aspect verruqueux et pachydermique. Evidem-

ment que, dans ces derniers cas, il s'agissait des productions les plus récentes à l'état de développement actif. Il n'y eut, dans aucun cas, de prolongements épithéliaux au sein du stroma conjonctif.

Les zones les plus profondes de l'épithélium étaient formées de cellules plus ou moins cylindriques; celles-ci recouvertes de cellules de forme ovale, homogènes, nucléées, et conduisant par gradations insensibles à la couche périphérique de cellules aplaties polyédriques.

La membrane basale se trouvait évidemment dans les grandes papilles et dans quelques-unes des petites papilles, de formation récente.

Le stroma central était composé d'un tissu conjonctif adulte et bien développé, plus ou moins fibreux, à l'exception du dernier néoplasme, dont la base de sustentation était un tissu myxomateux.

BIBLIOGRAPHIE

- Med. Chirurg. Trans.*, 1855. — LEWIN, *Clinique allemande*, 1862. — GIBB, *Diseases of the throat and windpipe* London, 1864. *Trans. Surg. Soc.* London, 1865. *Gazette méd.*, oct. 1865. CAUSIT, Polypes du larynx chez les enfants. (*Thèse Paris*, 1867.) GOTTSTEIN, *Diseases of the larynx*, 1883. *Philadelphia Medical News*, 1883.

BIBLIOGRAPHIE

De la surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire, par MM. le D^r L. COUÉTOUX (de Nantes), THOMAS, avocat à la Cour d'appel de Nantes, et L. GOEUILLOT, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. (Georges Carré, éditeur, Paris, 1890.)

Cet ouvrage se divise en trois parties.

Le D^r Couétoux (de Nantes), qui s'est chargé de la partie

médicale et pédagogique, est parti de cette idée qu'après avoir renoncé à guérir, il y avait pour le spécialiste un devoir à remplir. Ce devoir doit être rendu à l'infirme, et les résultats qu'il doit produire intéressent la famille et la société.

Ce côté de l'ouvrage est très soigneusement étudié et mérite d'être lu par tous ceux qui s'intéressent aux personnes privées de l'ouïe et de la parole. L'auteur désigne sous le nom de *paralipse* « l'ensemble des moyens médicaux, pédagogiques et mécaniques destinés à rendre à la vie intellectuelle et sociale les individus privés de l'ouïe et de la parole, quelquefois même de la vue, la jurisprudence les concernant, la protection que leur accordent l'État, les institutions privées ou que leur procure l'association mutuelle ».

Quelques considérations générales traitent des conditions que doivent remplir les établissements consacrés à l'enseignement des anormaux et de la facilité que pourraient nous donner les commissions scolaires et les institutions afin d'obtenir une statistique complète de ces infirmes. Déjà ce desideratum commence à être réalisé dans quelques départements.

La partie médicale de la surdi-mutité est divisée en précoce et tardive, comme l'avait fait de Troelsch, et en surdité chez l'adulte.

Le Dr Couëtoux admet la surdi-mutité causée par les végétations adénoïdes. Il rejette le procédé du Dr Boucheron (cathétérisme répété), pour cette raison que la pathologie du rhinopharynx est devenue trop précise pour un procédé aveugle et toujours le même.

Dans la partie pédagogique, il développe les avantages de la méthode orale. Ce n'est pas seulement l'exposé de vues personnelles, c'est une revue des divers congrès de professeurs de sourds-muets. Il réclame, dans les grandes villes, la présence de professeurs femmes, qui rendraient des services signalés aux familles en leur enseignant la méthode.

Il émet le vœu que les établissements de sourds-muets soient placés sous la direction du ministre de l'instruction publique et inspectés comme les écoles ordinaires, ce qui serait de toute utilité pour unifier la méthode d'enseignement qui, aujourd'hui, est tantôt orale (ex. Auray), tantôt digitale (ex. Saint-Brieuc). Nous pourrions ainsi avoir des professeurs munis de titres qui pourraient rendre d'autres services encore, comme de corriger le bégayement ou la prononciation avant la staphylorrhaphie, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Trélat.

Nous ne faisons que signaler tous ces points de vue si importants et si négligés encore à notre époque, et nous devons être reconnaissants à M. le Dr Couëtoux d'avoir su résumer toutes ces questions et de nous avoir démontré avec un réel talent tout l'intérêt que nous devons y apporter.

Cet intérêt a grandi encore à la lecture de la seconde partie de l'ouvrage, que nous devons à un homme compétent en la matière, M. Thomas, docteur en droit (de Nantes). Cette étude légale est une nouveauté pour le médecin et lui ouvre des horizons nouveaux. Le sourd n'est plus aujourd'hui un homme mort : *mortuo similis est*, disait la loi romaine; aujourd'hui c'est un citoyen. Nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir résumé ce côté de la question en quelques pages qui doivent nous faire réfléchir.

Enfin, M. Goguillot, dont l'éloge n'est plus à faire, indique les moyens d'uniformiser et de perfectionner l'instruction des sourds-muets.

Il renseigne sur les sociétés de secours mutuels, d'assistance aux sourds-muets, et nous donne ainsi le moyen d'apprendre à l'infirme ce qu'il doit faire pour lui-même, après que nous lui avons enseigné ce qu'a fait la société. L'auteur du savant ouvrage « Comment on fait parler les sourds-muets » résume en quelques lignes ces divers points de vue avec toute la compétence que nous lui connaissons.

HAMON DU FOUGERAY.

Les maladies du nez et du larynx chez l'enfant. (In *Cyclopaedia of the diseases of children medical and surgical*, edited by JOHN KEATING, vol. II. Philadelphia, 1889.)

Le grand ouvrage américain traite les maladies des enfants d'une façon complète, chaque article étant rédigé par un spécialiste. Aussi trouvons-nous, parmi les auteurs des chapitres sur les affections qui nous occupent, les grands noms américains et anglais.

JOHN MACKENZIE (Baltimore) y étudie l'*obstruction nasale*. Il rappelle que Pline l'Ancien croyait que les enfants nés à sept mois avaient fréquemment le nez et les oreilles imperforées; et qu'au musée Wistar et Horner, de Philadelphie, on trouve une pièce anatomique où la cloison nasale est renforcée de chaque côté d'une apophyse osseuse délicate provenant des os palatins. Quoique Morell-Mackenzie n'ait jamais vu l'obstruction par les tumeurs au-dessous de 16 ans, John Mackenzie a

enlevé à deux enfants (frère et sœur), âgés de 4 et 5 ans, des polypes muqueux du volume d'une hultre. Parmi les complications que peut déterminer cette affection, on rencontre l'hémorragie qui est déterminée par la production d'une ride plus ou moins complète derrière le siège de l'obstacle ; c'est ainsi d'ailleurs que s'expliquent beaucoup d'hémorragies spontanées.

La *toux réflexe* a été traitée par A. Mac Coy (Philadelphie). La plus fréquente, chez l'enfant, est la toux nocturne, qui est due à l'accumulation, pendant le sommeil et dans le décubitus dorsal, des sécrétions dans les cavités nasales postérieures, c'est-à-dire dans les territoires les plus sensibles. Certaines formes particulières, celles des coquelucheux, par exemple, qui débutent par un éternuement, ont été souvent améliorées par le traitement nasal ; d'autres, comme la toux gastrique, sont justiciables d'un traitement différent de celui auquel on serait enclin à recourir de prime abord, et la variété en question, qui est moins fréquente qu'on ne le pense, devrait être recherchée, au point de vue de son origine, dans les organes respiratoires ou dans les conduits auditifs.

MORGAN (Washington) rappelle les épidémies d'*épistaxis* survenues en Etrurie, au XII^e siècle et signalées par Morgagni ; le traitement de cette complication est nécessairement variable, mais ne doit pas aller, pour Owen, jusqu'au tamponnement.

Les *corps étrangers* du nez sont résumés par BRYSON-DELANVAN (New-York). Parmi eux on trouve les mouches qui donnent lieu, dans l'Inde, à l'affection dite *peenasch*, qui peut se terminer par la mort. Lorsqu'elles ont pénétré dans le sinus frontal, Delavan lave les cavités nasales avec une solution alcaline, applique de la cocaïne, surtout au voisinage de l'orifice du sinus, puis fait inhaler du chloroforme qui force le parasite à sortir.

Le même professeur consacre un beau chapitre aux *tumeurs du nez*. Les polypes, surtout ceux des parties postérieure et supérieure des cavités nasales, sont facilement extraits au moyen de l'écraseur de Jarvis. Pour ce qui est de l'adénome, il a une tendance à dégénérer en épithélioma. Les angiomes connus jusqu'aujourd'hui sont au nombre de 14 et ont été presque tous rencontrés à la partie supérieure des fosses nasales : 4 malades opérés sont morts des suites de l'intervention. Quant aux ostéomes, au lieu d'être opérés par la méthode de Rouge, il est plus facile de les extirper en suivant le procédé de Goodwillie (New-York), celui de la fraise dentaire.

Jusque maintenant, on a recueilli 12 enchondromes (l'auteur en a vu un à deux ans et demi). En ce qui concerne les tumeurs malignes, elles consistent en sarcomes qui ne sont pas très rares et contre lesquels on s'est bien trouvé de la galvanocaustie et de l'électrolyse (Vollolini, Lincoln).

A propos de la *syphilis congénitale* du nez, Bosworth (New-York) pense que si Simon entend par là celle qui est acquise lors de la naissance et qui se manifeste au plus tôt après quelques semaines son opinion est exacte, la maladie survenant souvent tardivement, quoique cependant elle puisse être acquise d'une façon irrégulière et accidentelle et que la lésion primitive échappe à l'observation; acquise à la naissance, elle se développe plus rapidement que chez l'adulte, mais plus lentement que la variété héréditaire.

CARL SEILER, dont nous avons analysé antérieurement l'ouvrage, parle des *coryzas aigus* qui se seraient montrés à la suite de l'exposition des yeux à une trop vive lumière et, par suite de la propagation de l'irritation conjonctivale, à la pituitaire; pour lui, il s'agirait plutôt d'une action réflexe.

Pour W. C. JARVIS (New-York), la *rhinite hypertrophique* consiste dans la production exagérée de la couche épithéliale du tissu érectile qui s'infiltré de cellules rondes, ainsi que dans la dilatation des sinus caverneux, avec parésie de leurs parois contractiles. Le traitement de cette lésion trouve, dans l'enfance, la période par excellence et la plus favorable à la guérison. Lorsque l'hypertrophie est considérable et réclame l'ablation, Jarvis emploie, même à la partie postérieure des cornets, l'écraseur de son invention; si elle est trop dense pour pouvoir être saisie dans l'anse et qu'elle siège en avant, on commencera par appliquer à sa base une aiguille à transfexion. S'agit-il d'enlever une déviation cartilagineuse de la cloison, Jarvis préfère sa fraise tubulée antiseptique, à laquelle il adapte l'électricité.

A la rhinite diphthérique, Bosworth (New-York) oppose la *rhinite croupale*, qu'il suppose être beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement; elle serait causée par un germe déposé à sa surface et pénétrant dans les interstices de la membrane muqueuse apparemment saine ou d'une muqueuse dont les follicules ont été ouverts à la suite d'une opération. Quoique Moldenhauer n'ait vu, dans trois ou quatre cas, qu'un côté affecté, cependant la sténose doit toujours exister, parce que l'exsudation croupale d'une narine donne lieu à l'oblitération

du côté opposé, par suite de la tuméfaction des tissus caverneux. Quant à la durée de cette affection, Bosworth la considère comme étant d'au moins trois semaines (le cas que j'ai observé confirmait cependant l'opinion de Hartmann relativement à une durée de huit jours).

L'origine de la *rhinite atrophique* est attribuée pour beaucoup de cas, par JARVIS, à une conformation vicieuse congénitale des chambres nasales; le traitement est toujours local, mais il sera également général quand la forme fétide s'accompagnera de caractères dyscrasiques.

La *rhinite purulente* des enfants fait l'objet d'un travail de BOSWORTH; nous avons une observation de cette maladie que nous publierons ultérieurement.

FLETCHER INGALS (Chicago) s'est réservé les *maladies* et les *affections chirurgicales du pharynx*.

Les maladies des *amygdales* constituent une des parties les plus intéressantes et les plus complètes; BEVERLEY ROBINSON (New-York) s'est fort bien acquitté de sa tâche. Pour lui, il ne connaît pas de cas de tonsillite qui ait abouti à la suppuration chez le jeune enfant; il n'a jamais vu non plus de tonsillite herpétique ou ulcéro-membraneuse à la même période, et il a rarement rencontré des affections amygdaliennes dont les symptômes et la marche correspondent à celles-là, qui ont été décrites par Da Costa, etc.; il croit aussi que l'amygdalite simple peut prendre naissance dans une atmosphère viciée et surchauffée; de même les boissons défectueuses et impures peuvent donner lieu à de nouveaux accès. Parmi les abaisse-langue qu'il signale à propos de la tonsillite, nous trouvons celui de Bosworth, dont la plaque buccale excavée et rayée s'insère à angle droit à un manche recourbé à sa partie supérieure. L'hémorrhagie, survenue pendant une amygdalotomie, est combattue par l'application d'un instrument particulier, faisant office de compresseur et consistant en un long manche métallique, à l'extrémité duquel est adapté un tube recourbé supportant un bouton métallique convexe qui est un peu plus large qu'un penny et qu'on enveloppe d'un morceau d'étoffe.

La question des *tumeurs adénoïdes de la voûte du pharynx* a été développée par HARRISON ALLEN (Philadelphie), qui les a vues persister jusqu'à l'âge de 25 ans; il a également remarqué qu'à un degré de développement modéré elles peuvent ne provoquer aucun trouble. Lorsqu'on procède à leur ablation, on peut se servir de la pince de Farnham, sorte de pince à po-

types pliée légèrement au niveau de son articulation (à notre avis, elle est loin d'avoir la valeur de celle que Delstanche a montrée au Congrès de Paris).

CH. SAJOUS s'est occupé des *sténoses laryngées*, parmi lesquelles il mentionne le cas de E. Holt, de New-York, qui s'était montré à la suite de la rougeole : à l'autopsie, on y trouva les cordes vocales entièrement détruites par une ulcération et un fragment nécrosique et œdémateux recouvrant la lumière laryngée ; il fait également allusion à celui de Frænkel, c'est-à-dire à celui concernant un enfant de 2 mois, qui mourut de sténose syphilitique, ainsi qu'aux observations de Gouguenheim, relatives aux sténoses par œdème tuberculeux.

Quant aux *tumeurs du larynx*, elles sont exposées par Sir MORELL-MACKENZIE, qui a rencontré 34 cas de tumeurs bénignes chez l'enfant (29 papillomes) ; on ne connaît qu'une ou deux tumeurs malignes non douteuses. Ces productions rendent quelquefois nécessaire la laryngotomie supra-hyoïdienne, qui est moins dangereuse que la thyrotomie. Celle-ci a été faite 17 fois d'après von Bruns : il y eut 8 guérisons et 9 récidives.

WILLIAM P. NORTHRUP (New-York) fait l'exposé du *tubage de la glotte*, de la *laryngite spasmodique* et de la *laryngite pseudo-membraneuse*. Il ne pense pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de séparer la laryngite membraneuse de la laryngite diphthéritique d'intensité moyenne, et il croit devoir considérer tous les cas de laryngite pseudo-membraneuse, qui ne sont pas d'origine traumatique, comme des manifestations locales de la diphthérie ; il base le traitement sur ce diagnostic. D'après des recherches faites à New-York, les cryptes des amygdales constituent un endroit favorable au développement des streptocoques ; sur 31 enfants indemnes de diphthérie, on ne les constata que dans 2 qui furent atteints dans la suite, tandis que 50 diphthéritiques donnèrent 12 fois des streptocoques. Aussi y a-t-il une grande présomption (nous ne discuterons pas ce qu'il y a d'exagéré dans cette opinion) à considérer les streptocoques comme un facteur causal de la diphthérie. Mais là ne se borne pas leur rôle : la pneumonie lobaire aiguë et la broncho-pneumonie, qui compliquent si facilement la diphthérie des voies aériennes supérieures de l'enfant, sont une forme de pneumonie par inspiration, due à l'introduction dans les poumons des streptocoques provenant des foyers d'inflammation.

WHARTON (Philadelphie) s'étend avec détails sur la *trachéo-*

tomie pour laquelle il a imaginé un conducteur, sorte de sonde cannelée courbe; il se sert aussi d'une pince-forceps trachéale; il trouve également utile le dilateur de Trousseau et celui de Golding Bird, qui n'est guère qu'un spéculum nasal de Delstanche, le mandrin de la canule, pénétré et formant presque un demi-cercle, d'après le conseil de Cohen, l'aspirateur trachéal de Parker ou tube cylindrique en celluloïde, de 4 pouces de longueur, à l'extrémité duquel est attaché un tube flexible, tandis qu'à l'autre se trouve encore un tube en caoutchouc, mais avec pièce buccale. En outre, si la sténose laryngée permanente empêche l'enlèvement de la canule, on peut introduire dans le larynx un tube de O'Dwyer et fermer la plaie au moyen d'un tampon adhérent à une plaque métallique qu'on fixe à la manière de celle de la canule à trachéotomie.

Le compte rendu que nous venons de faire est nécessairement écourté et incomplet et ne donne, par conséquent, qu'une idée très faible de l'œuvre en question. Néanmoins nous avons cru utile de relever quelques-uns des points qui nous ont le plus frappé en la parcourant. Un regret que nous exprimons, c'est qu'elle fasse partie d'un ouvrage volumineux, d'un prix très élevé, et qu'on ne puisse se la procurer à part, de façon à se rendre assez exactement compte de la littérature américaine. Enfin, pour terminer, nous dirons que nous avons constaté avec plaisir que, contrairement à ce qui se passe habituellement en Allemagne, les Américains y ont fait une mention assez satisfaisante des travaux français.

O. LAURENT.

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. HARTMANN.

(*Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung, IV^e Auflage, p. IV-270, Berlin, 1889.*)

L'ouvrage du professeur de Berlin, qui a déjà été traduit en plusieurs langues et qui va l'être en français (par M. le Dr Potiquet) est un beau résumé d'otologie, qui présente un certain intérêt à cause de la valeur de son auteur.

Celui-ci fait remonter l'*historique* de l'otologie jusqu'au règne de Rhamsès II (14 s. av. J.-C.); Hippocrate possédait un certain nombre de notions sur cette branche, et il semble avoir été le premier à connaître la membrane du tympan. Les travaux qui ont le plus contribué à son avancement sont dus à Itard et Deleau en France, à Wilde et Toyubee en Angleterre, à Lincke et Kramer en Allemagne.

Parmi les *méthodes d'examen*, Hartmann place la raréfaction

(de Delstanche) dont il apprécie l'utilité. Pour nettoyer l'oreille, il se sert d'une seringue à bec recourbé, ainsi que d'un porte-ouate droit, constitué par un tube cylindrique renfermant deux branches métalliques qu'on peut rapprocher à volonté. Il est naturellement partisan de Weber ; quant à celle de Rinne (audition osseuse comparée à l'audition aérienne) il lui trouve le désavantage que, chez le même malade, la conduction osseuse peut l'emporter sur l'aérienne pour les sons élevés, et celle-ci sur la première pour les sons bas. A ce propos, il nous donne plusieurs diagrammes schématiques qui nous montrent d'un coup d'œil les quatre types d'audition du diapason dans les différentes affections auriculaires.

Au chapitre de la *symptomatologie*, il décrit différents bruits et diverses anomalies : la paracousie (audition fausse d'un ton ou absence de correspondance de l'impression au ton), la diplacousie ou perception exagérée ou diminuée de certaines séries de sons, la paracousie de Willis (amélioration de l'audition dans le bruit), qui n'a pas encore reçu d'explication exacte, et l'autophonie ou tympanophonie, qui est l'audition forte de la voix pénétrant dans l'oreille d'une façon très intense.

La *prophylaxie* des maladies de l'oreille est étudiée à part.

L'*othématome* ne doit pas être confondu avec les formations kystiques ; il pourra être traité par la ponction et la compression.

L'*otite externe desquamative* constitue une véritable entité morbide (je l'ai moi-même rencontrée). L'*otomycosis aspergilla* est la formation de champignons dans le conduit auditif ; elle peut s'aggraver à la suite des instillations astringentes.

En étudiant le *tympan artificiel*, Hartmann parle de celui de Delstanche, auquel il apporte une légère modification.

En cas d'*inflammation purulente moyenne*, il pratique la paracentèse au moyen de son instrument : tige à extrémité lancéolée adaptée à angle obtus, par une vis, à un manche (qui peut aussi servir à l'articulation d'une curette, d'un couteau bouteronné, de crochets pour corps étrangers, etc.)

Une des complications de l'otite suppurative moyenne, le *dépôt de produits de sécrétion* et la formation de cholestéatomes, est avantageusement traitée par les injections faites au moyen de sa canule.

Le dernier chapitre a trait à la *surdi-mutité*. La méthode française (abbé de l'Épée) diffère de celle employée en Allemagne (Heinicke) en ce que la première attache la plus grande

importance à l'étude du langage des mouvements et qu'elle met l'infirmes dans l'impossibilité de converser avec les personnes qui n'y sont pas initiées; au contraire, le sourd-muet allemand peut converser avec tout le monde, car il parle et comprend la parole prononcée; aussi cette méthode d'articulation s'introduit-elle dans les instituts français. L'auteur nous donne aussi quelques renseignements statistiques sur la question. En 1882, le nombre des établissements allemands était de 52, comprenant 3,792 élèves et 3,991 en 1884.

O. LAURENT.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de la surdité d'origine labyrinthique par la pilocarpine, par M. FIELD. (*Brit. med. journ.*, 2 mars 1889, p. 471.)

Ce travail porte sur les dix-huit cas de surdité d'origine labyrinthique, nettement reconnus et traités, suivant la méthode de Politzer, par les injections hypodermiques de pilocarpine. On commença par administrer cinq à six milligrammes du médicament, en augmentant la dose peu à peu jusqu'à un centigramme environ. L'auteur ajoute en outre une injection de quelques gouttes de la même solution beaucoup plus faible dans la trompe d'Eustache.

Après l'injection, le malade est maintenu au lit pendant deux heures. Le traitement n'a jamais été employé au delà de dix jours; l'état du cœur a été surveillé attentivement. Les résultats sont très variables dans quelques cas; dans d'autres, négatifs, ou même mauvais. Quelques-uns eurent des accidents d'intoxication.

C. HISCHMANN.

De l'Hématome de l'oreille, par S.-A.-K. STRAHAN. (*Brit. med. journ.*, 23 février 1889, p. 409.)

L'auteur s'attache à démontrer que si l'hématome de l'oreille est très commun chez les aliénés, on peut néanmoins le rencontrer chez des sujets absolument sains d'esprit, en particulier chez les boxeurs, les joueurs de football, et en général chez tous ceux qui se livrent à des jeux ou exercices violents. C. HISCHMANN.

Cinq cas d'affections de l'oreille moyenne, compliqués de supurations voisines, par M. ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 997.)

Il s'agit principalement de la trépanation de l'apophyse mastoïde pour donner issue au pus qui remplissait les cellules mastoïdiennes sans particularités intéressantes. C. HIRSCHMANN.

Des caractères particuliers présentés par les lésions inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza, par HENNEBERT. (*La Clinique*, 23 janvier 1890.)

M. Delstanche a observé 16 cas qu'il tend à rapporter à une forme morbide spéciale « caractérisée en général par une lésion primitive du tympan et des parois du conduit osseux ; — ces parois sont le siège d'une inflammation plus ou moins intense et d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, — se traduisant à l'examen au spéculum, par l'existence d'une phlyctène sanguine, globuleuse, d'une couleur lie de vin, recouverte d'épiderme exfolié et occupant le plus ordinairement le segment postérieur de la membrane ». La phlegmasie primitive du tympan disparaît en quelques jours ; parfois elle donne lieu, par propagation, à l'otite moyenne aiguë, avec perforation du tympan et écoulement de muco-pus mélangé de sang. LAURENT.

Corps étranger du larynx, par CAPART. (*La Clinique*, 16 janvier 1890.)

Le 20 novembre dernier, un enfant de 11 ans avale un morceau d'os, ce qui rend la trachéotomie presque immédiatement nécessaire. Après plusieurs tentatives infructueuses, l'extraction put être faite le 32^e jour. M. Capart, se plaçant un peu en arrière du malade, introduit l'indicateur gauche jusque derrière l'épiglotte, accrocha l'os et sentit son angle s'insinuer dans les aspérités de ce corps, qui tomba alors dans le pharynx, où il fut aisé d'aller le saisir. Sa longueur était de 2 centimètres et, chose particulière, il n'avait pas produit la moindre inflammation.

LAURENT.

Auto-traitement laryngoscopique, par M. Georges STOKER. (*Brit. med. journ.*, 23 mars 1888, p. 653.)

M. Georges Stoker présente à la Société médicale de Londres un malade, âgé de 30 ans, qui a perdu la voix à l'âge de 7 ans. Traité tantôt pour un refroidissement, tantôt pour des végétations laryngiennes ou de la paralysie des cordes vocales, et tou-

jours sans succès, il étudia lui-même la laryngologie, et parvint, s'examinant au laryngoscope, à se cautériser à l'acide chromique et à enlever les végétations qu'il avait sur ses cordes vocales.

C. HISCHMANN.

Tuberculose laryngée avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par Henry HANDFORD, médecin de l'Hôpital général de Nottingham. (*Brit. med. journ.*, 26 janvier 1889, p. 187.)

Un homme de 48 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, fut pris, au bout de quelques jours de traitement, de gêne de la déglutition et de dyspnée inspiratoire vive.

Après lui avoir badigeonné la gorge et la luette d'une solution de cocaïne, on put pratiquer l'examen laryngoscopique. On trouva l'épiglotte épaisse, de l'œdème des replis aryéno-épiglotiques, les cordes vocales rouges enflammées et une petite ulcération au niveau de l'insertion des cordes vocales de chaque côté. Aucun mouvement d'abduction n'était possible, les cordes demeuraient constamment presque accolées l'une à l'autre.

Cette paralysie guérit en quelques jours, à la suite de pulvérisations de cocaïne quotidiennes.

La cause n'en demeure pas moins obscure. S'agit-il d'une altération des muscles crico-aryénoïdiens latéraux, ou d'une compression du récurrent par un ganglion caséeux? C. HISCHMANN

Un cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma. Guérison. Rétablissement de la voix, par les D^{rs} GRÉVILLE MACDONALD et CHARTERS SYMONDS. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 996.)

Un homme de 41 ans, voyageur de commerce, avait perdu la voix depuis six mois. Il n'était ni alcoolique, ni syphilitique, mais fumait beaucoup. L'examen laryngoscopique décela l'existence d'un néoplasme volumineux, irrégulièrement lobulé, d'une couleur gris rosé, occupant les trois quarts antérieurs de la région glottique; il masquait complètement une grande partie de la corde vocale gauche et la moitié antérieure de la corde droite. Au moment de l'inspiration, la tumeur s'affaissait, laissant la corde droite libre. A la partie postérieure de sa surface il existait une petite ulcération superficielle. Les deux cordes fonctionnaient cependant assez librement. Il n'y avait pas d'engagement ganglionnaire. L'examen microscopique montra que cette tumeur était un épithélium.

On enleva toute la portion visible du néoplasme à l'aide d'une pince appropriée; mais trois mois plus tard elle s'était reproduite avec un volume aussi considérable, et on décida d'extirper le larynx dans sa totalité. L'opération fut faite par M. Charters Symonds. On fit la trachéotomie préventive, et le larynx fut enlevé sans trop de difficultés opératoires. Six jours, après le malade, que l'on avait d'abord nourri au moyen de la sonde œsophagienne, pouvait avaler seul les aliments et, trois semaines plus tard, il était tout à fait bien. Quatre mois après l'opération, il n'y avait point de récurrence. Le malade pouvait parler à voix basse, distincte, sans le secours d'un larynx artificiel.

C. HISCHMANN.

Lupus tuberculeux du larynx, de la trachée et des bronches, ayant amené la sténose de la trachée et des bronches, par les D^{rs} WIPHAM et DELEFINE. (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1889, p. 591.)

Un enfant de 14 ans entre le 15 mars 1887 à l'hôpital Saint-George. Son père est mort de tuberculose pulmonaire; quant à lui, il n'a jamais présenté de maladie sérieuse. A la suite d'un refroidissement, dix-huit mois plus tôt, il s'était formé une grosseur sur le côté gauche de son cou; depuis lors sa voix s'affaiblit peu à peu, il commença à tousser, et eut à plusieurs reprises des accès de dyspnée nocturnes, puis survinrent des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement. A son entrée, on constate une respiration striduleuse, un peu de toux sans expectoration. Son pouls est à 100, sa respiration 32, la température normale. Pas de syphilis héréditaire.

Les deux amygdales hypertrophiées, sur la droite existe une ulcération profondément excavée; il en existe une autre sur le pilier postérieur du voile du palais. Le larynx est congestionné, il a de nombreux ganglions sterno-mastoldiens et sous-maxillaires. Trois jours plus tard, on découvrit une ulcération ovale occupant la partie moyenne de la corde vocale droite; le 28 mars, on en trouve une autre affectant la cloison nasale et le cornet inférieur droit. Ces lésions firent des progrès rapides, et le 28 avril on dut, en raison de la dyspnée, pratiquer la trachéotomie, et malgré cela le malade succomba le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva, en outre des ulcérations décrites, d'autres ulcérations occupant la trachée et les bronches qui étaient très rétrécies dans leur diamètre. Les glandes muqueuses avaient disparu dans toute leur étendue, les cartilages étaient atteints

de chondrite chronique, et on trouvait de nombreuses granulations végétantes. On ne peut démontrer l'existence du tuberculeux, probablement parce que les pièces avaient séjourné six jours dans l'acide chromique avant d'être examinées.

Les poumons étaient sains, sauf au sommet du gauche, où il existait un petit nodule crétaqué et quelques adhérences fibreuses.

C. H.

Traitement de l'obstruction nasale, par le D^r SCANES SPICER.
(*Brit. med. journ.*, 9 février 1889, p. 302.)

Le D^r S. Canes Spicer montre l'importance qu'il y a de soigner tout particulièrement l'obstruction des fosses nasales qui forcent les malades à respirer par la bouche, les expose aux dangers de l'introduction d'un air froid, chargé de poussière et de microbes dans l'arbre aérien. D'autre part, l'obstruction des fosses nasales détermine souvent des troubles nerveux chez le sujet qui en est atteint.

Lorsqu'il y a hypertrophie des cornets inférieurs, il préconise les cautérisations au galvanocautère; l'acide chromique trouve mieux son emploi dans l'hypertrophie des cornets moyens, parce qu'on risque moins par ce procédé de donner lieu à des adhérences anormales. Les croûtes qui obstruent la partie supérieure du conduit et les sinus adjacents doivent être enlevés avec précaution; des lavages fréquents complètent le traitement.

Les végétations adénoïdes du pharynx seront extirpées en une seule fois, à l'aide de la pince Löwenberg, le malade anesthésié, etc.

C. HISCHMANN.

Exophtalmie consécutive à l'ablation des polypes du nez, par le D^r Félix SEMON (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889, p. 888.)

Dans ce cas remarquable, l'auteur avait pratiqué l'ablation de polypes muqueux multiples à un malade, et subitement, celui-ci présenta de l'exophtalmie de l'œil droit, deux jours après l'opération, mais il n'y eut ni augmentation de volume du corps thyroïde ni tachycardie. En revanche, ce malade, qui souffrait depuis longtemps d'accès d'asthme, vit ceux-ci disparaître. M. Semon avoue qu'il ne comprend pas très bien le mécanisme de cette exophtalmie.

C. HISCHMANN.

Corps étranger dans les fosses nasales, par PHOTIADÈS (*Rev. méd. pharmaceutique de Constantinople*, 31 août 1889).

Le malade, âgé de 38 ans, souffrait d'un catarrhe du nez da-

tant de 18 mois et ayant amené une anosmie complète; en même temps il souffrait d'une bronchite continue avec toux spasmodique dont les accès revenaient constamment dans la journée. A l'examen rhinoscopique, catarrhe énorme de la muqueuse des cornets inférieurs obstruant les fosses nasales; après l'application de cocaïne on put constater l'existence de tumeurs flasques, molles, situées le long de la cloison, sous les cornets moyens. On crut à l'existence de gommages, mais le traitement spécifique restant sans effet, la cautérisation au moyen du galvanocautère fut pratiquée sur ces tumeurs et le nez fut déblayé. Quelque temps après, le reste de ces tumeurs fut expulsé dans un accès de toux, et on reconnut la cause des accidents motivés par la présence de bouts de ficelle. Au commencement de la maladie, le malade avait avalé un morceau de saucisson et la ficelle s'était engagée dans les fosses nasales. Depuis le traitement, l'anosmie disparut, le catarrhe nasal s'atténua et les troubles bronchiques s'amendèrent.

A. G.

Traitement de la diphtérie par l'acide salicylique, par Léonard CANE (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889, p. 885.)

L'auteur se sert plus volontiers de salicylate de soude en gargarisme, et il a bien d'excellents résultats au moyen de ce traitement.

C. HISCHMANN.

Hémiatrophie de la langue, par le Dr Th. BARLOW. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 996.)

Un enfant ayant fait une chute sur la tête fut pris deux ans après de difficultés de la déglutition, et bientôt après on constata l'atrophie de la moitié droite de la langue. Cette hémiatrophie était reliée évidemment à une affection de la région cervicale du rachis.

C. HISCHMANN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

ANGLETERRE

Oreille.

Corps étrangers de l'oreille, otorrhée, otite moyenne suppurée, méningite suppurée, mort, nécropsie, par Bryant (*Lancet*, 10 novembre 1888).

- Affections auriculaires, par Deighton (*Lancet*, 22 septembre 1888).
- Exostose de l'oreille, par Marmaduke Shoild (*Lancet*, 27 octobre 1888).
- Nouvelle seringue pour l'oreille moyenne, par Robertson (*Lancet*, 27 octobre 1888).
- Présence des hématomas de l'oreille chez les joueurs de football, par F. A. Southam (*Brit. med. journ.*, 8 décembre 1888).
- Hématome de l'oreille, par H.-H. Tomkins et F.-W. Pilkington (*British med. journ.*, 26 janvier 1889).
- Des suites éloignées de l'otite, par Duckworth (*Lancet*, 3 janvier 1889).
- Nouvelle opération pour la surdité consécutive à l'obstruction de la trompe d'Eustache, par A. E. Cumberbatch (*Lancet*, 24 novembre 1888).
- Hématome de l'oreille, par S. A. K. Strahan (*Brit. med. journ.*, 23 février 1889).
- Surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par Field (*British med. journ.*, 2 mars 1889).
- Malade présentant une absence presque complète des deux pavillons de l'oreille et différentes malformations crâniennes, par Alex. Robertson (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, séance du 1^{er} février; in *Glasgow med. journ.*, mars 1889).
- Otorrhée chronique, par Macnaughton Jones (*West London med. chir. Soc.*, séance du 1^{er} mars; in *British med. journ.*, 23 mars 1889).
- Hématome de l'oreille, par R. Eager (*British med. journ.*, 23 mars 1889).
- Rupture de la membrane du tympan à la suite d'un traumatisme de l'oreille, par H. Stewart (*Lancet*, 23 mars 1889).
- Cinq cas d'otite moyenne suppurée, par Arbutnot Lane (*Clin. Soc. London*, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).
- Deux cas de surdité bilatérale complète survenue à la suite des oreillons. Observations, par Th. Barr (*Glasgow med. journ.*, juin 1889).
- De l'ouïe chez les marins, par F. Cane (*Lancet*, 13 avril 1889).
- Pilocarpine dans la surdité, par T. J. Woodhouse (*Brit. med. journ.*, 20 juillet 1889).
- Pilocarpine dans la surdité, par G. P. Field (*Brit. med. journ.*, 27 juillet 1889).
- De l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par J. Black (*Lancet*, 15 juin 1889).
- Pilocarpine dans la surdité, par H. Macnaughton Jones et Howard Barret (*Brit. med. journ.*, 3 août 1889).
- Du traitement des exostoses de l'oreille, par G. P. Field (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).
- Traitement des tumeurs osseuses du méat externe, par sir W. Dalby (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
- Traitement non opératoire des exostoses de l'oreille, par T. Barr (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
- Ablation d'une exostose auriculaire par un déplacement du pavillon, par Marmaduke Shoild (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
- Tumeur osseuse du méat simulant un corps étranger, par R. Ellis (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
- Tumeurs osseuses de l'oreille, par A. Politzer (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
- Diagnostic des localisations des lésions intra-crâniennes provenant des affections de l'oreille, par W. Macewen (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Opération pour l'otorrhée et pour la guérison de la surdité et des tintements d'oreilles au moyen de l'immobilisation des osselets, par S. Sexton (*Brit. med. Ass. Leeds*, 13 août 1889; in *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

Traitement mécanique du catarrhe chronique et de l'otite moyenne suppurée chronique, par Cl.-J. Blake (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Influence des affections naso-pharyngiennes sur les maladies de l'oreille moyenne, par Bendelack Hewetson (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Emploi du menthol et de l'eucalyptus dans le traitement local des affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Cas grave de tintement d'oreille unilatéral provenant du rétrécissement de la trompe d'Eustache guéri par le cathétérisme, par G. Stone (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Nouvelle membrane tympanique artificielle antiseptique, avec remarques sur le traitement des perforations et d'autres affections de l'oreille moyenne, par Ward Cousins (*Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).

Polype du méat externe, par A. Bronner (*Bradford med. chir. Soc.*, 5 novembre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Othématome, par A. Bronner (*Bradford med. chir. Soc.*, 3 décembre 1889; in *British med. journ.*, 4 janvier 1890).

Nouvel injecteur et évacuateur auriculaire avec un cathéter flexible de la trompe, par J. Ward Cousins (*British med. journ.*, 11 janvier 1890).

Complications auriculaires des fièvres, par Hill (*Harveian Soc of London*, 27 janvier; in *British med. journ.*, 11 janvier 1890).

Remarques cliniques sur un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche à la suite d'une otite moyenne suppurée, par W. Watson Cheyne (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne chronique; trépanation; mort, par W. Milligan (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Un cas de traumatisme du labyrinthe de l'oreille droite, traité avec succès par les injections de pilocarpine, par E. J. Erskine Risk (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

De la forme de l'oreille comme signe d'un développement défectueux, par F. Warner (*Lancet*, 15 février 1890).

Massage de la membrane du tympan dans le catarrhe de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, séance du 7 février; in *British med. journ.*, 22 février 1890).

Larynx et trachée.

Syphilis du larynx, de la trachée et des bronches, par J. Solis-Cohen (*Journ. of laryngol.*, novembre et décembre 1888).

Discours sur les progrès de la laryngologie, prononcé à l'ouverture de la première session de l'Association laryngologique britannique, le 14 novembre 1888, par sir Morell-Mackenzie (*Brit. med. journ.*, 17 novembre 1888).

Un nouveau moyen pour relever l'épiglotte, par B. Howard (*Brit. med. journ.*, 17 novembre 1888).

Trachéotomie pour corps étranger, par Maitland Thompson (*Brit. med. journ.*, 24 novembre 1888).

Présentation d'un malade atteint de névrose laryngée, par P. Mac Bride (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 7 novembre; in *Edinb. med. journ.*, décembre 1888).

Néoplasmes du larynx, par R. Norris Wolfenden (*British laryng. and rhinol. Ass. Londres*, 1888; in *Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1888).

Traitement des affections nerveuses de la gorge, par J. Macintyre (*British laryng. and rhinol., Ass. Londres*, 14 novembre 1888).

Lupus du larynx, par Burgess (*Sheffield med. surg. Soc. in Lancet*, 10 novembre 1888).

Deux cas de paralysie unilatérale des adducteurs du larynx, consécutive à une irritation réflexe du nez, par W. R. Stewart (*Lancet*, 13 octobre 1888).

Affections malignes des voies aériennes supérieures, par G.-Hunter Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Affections hystériques de la gorge, par Scanes Spicer (*West London med. chir. Soc.*, 7 décembre; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Tumeur laryngienne, par Benham (*West London med. chir. Soc.*, 7 décembre; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Affections hystériques des cordes vocales, par Ball (*West London med. chir. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

De l'ozone laryngo-trachéal, par Luc (*Journ. of laryng.*, janvier 1889).

Un cas difficile de sténose du larynx; trachéotomie, par F. Bateman (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1889).

Manière de relever l'épiglotte, par R. L. Bowles (*Brit. med. journ.*, 12 janvier 1889).

Tuberculose laryngienne avec paralysie bilatérale temporaire des abducteurs, par H. Handford (*British med. journ.*, 26 janvier 1889).

Notes cliniques sur les tumeurs graisseuses du larynx, par P. M' Bride (*Edinburgh med. journ.*, février 1889).

Trachéotomie, par J. Collier (*Lancet*, 22 décembre 1888).

Mort consécutive à la présence d'un ganglion caséux dans la trachée, par Ord (*Lancet*, 5 janvier 1889).

Le traitement des papillomes du larynx à l'aide de la curette, par F. Massei (*Journ. of laryngol.*, février 1889).

Cas de tumeur intra-laryngienne, par David Lindsay (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, séance du 14 décembre 1888; in *Glasgow med. journ.*, février 1889).

Cas de trachéotomie avec ulcération de la trachée et ouverture du tronc innominé, par A. E. Maylar (*Path. and chir. Soc.*, séance du 14 janvier; in *Glasgow med. journ.*, février 1889).

Intubation du larynx et des voies aériennes avec description d'un nouvel instrument devant servir dans certains cas, par T. Annandale (*British med. journ.*, 2 mars 1889).

Faits anatomiques et autres se rapportant à l'intubation, par Lennox Browne (*British med. journ.*, 9 mars 1889).

Ulcération syphilitique de la trachée et des bronches, par Gulliver (*Path. Soc. of London*, séance du 5 mars; in *British med. journ.*, 9 mars 1889).

Paralysie des nerfs récurrents laryngés, par Port (*Hunterian Soc.*, séance du 27 février; in *British med. journ.*, 9 mars 1889).

Lupus du larynx de la trachée et des bronches ayant amené une sténose de la trachée et des bronches, par Whipham et Delépine (*Clin. Soc. of London*, séance du 8 mars; in *Brit. med. journ.*, 16 mars 1889).

Glande caséuse se projetant dans la trachée, par Gulliver (*Path. Soc. of London*, séance du 19 mars; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1889).

Opération intra-laryngienne faite par le malade lui-même, par G. Stoker (*Med. Soc. of London*, séance du 18 mars; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1889).

Corps étrangers du larynx, par J. Collier (*Lancet*, 2 février 1889).

Tuberculose laryngée simulant une paralysie des abducteurs, par Percy Kidd (*Lancet*, 26 janvier 1889).

Corps étranger du ventricule du larynx enlevé par la trachéotomie; guérison, par Pick (*Lancet*, 2 février 1889).

Instruments de O'Dwyer pour l'intubation du larynx, présentés par

J. Walker Downie (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, 22 février; in *Glasgow med. journ.*, avril 1889).

De la valeur relative de la trachéotomie pratiquée hâtivement ou tardivement dans les maladies chroniques du larynx, par Lennox Browne (*Journ. of laryng. and rhin.*, avril 1889).

Expulsion spontanée par la toux d'une tumeur du larynx, par Walter Hunter (*British med. journ.*, 13 avril 1889).

Un cas d'intubation, par Percy Jakins (*British med. journ.*, 20 avril 1889).

Phtisie laryngée, par W. Fowler (*Hunterian Soc.*, séance du 27 mars; in *British med. journ.*, 20 avril 1889).

Quelques nouveaux remèdes pour les maladies de la gorge, par Kenneth Millican (*Brit. laryng. and rhinol. Ass.*, séance du 27 mars; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, mai 1889).

Notes sur l'anatomie de l'épiglotte, par Mayo Collier (*Lancet*, 4 mai 1889).

Cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma à la suite de laquelle la voix fut recouvrée, par Greville Macdonald et Charters Symonds (*Clin. Soc. of London*, séance du 26 avril; in *British med. journ.*, 4 mai 1889).

La laryngite dans les écoles, par Greville Macdonald (*Londres*, A. P. Watt, 1889).

Cas de paralysie de la corde vocale gauche chez un malade atteint de phtisie pulmonaire, par D. Newman et J. Lindsay Steven (*Path. and clin. Soc.*, séance du 13 mai; in *Glasgow med. journ.*, juin 1889).

Disparition spontanée de tumeurs laryngées après la trachéotomie, par Hunter Mackenzie (*Lancet*, 6 avril 1889).

Un cas de fièvre typhoïde compliquée d'œdème de la glotte; trachéotomie; guérison, par Stolterfoth (*Lancet*, 6 avril 1889).

Du traitement de la phtisie laryngée, par J. Sedziak (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juin, juillet et août 1889).

Deux cas d'obstruction partielle des bronches par un corps étranger, avec remarques sur l'opération de la trachéotomie, pour son extraction, par T. Bryant (*Roy. med. and chir. Soc.*, séance du 11 juin; in *Brit. med. journ.*, 15 juin 1889).

Affection strumense des voies aériennes supérieures, par Cresswell-Baber (*Brighton and Sussex. med. chir. Soc.*, séance du 2 mai; in *British med. journ.*, 22 juin 1889).

Un cas de thyrotomie pour corps étranger du larynx, par M. Boverley (*Brit. med. journ.*, 6 juillet 1889).

Thyrotomie pour corps étranger du larynx, par S. Johnson Taylor (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1889).

Corps étranger dans la bronche droite; trachéotomie, par Page (*Brit. med. journ.*, 20 juillet 1889).

Corps étranger du larynx; trachéotomie; guérison, par Addenbroke (*Lancet*, 13 juillet 1889).

Trachéotomie dans un cas de cancer du larynx, par W. Robertson (*Lancet*, 6 juillet 1889).

Deux cas de trachéotomie pour diphtérie du larynx dans la même famille, par G. J. Stevens (*Lancet*, 8 juin 1889).

Goutte du larynx, par sir Morell-Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, août 1889).

Étiologie, pathologie, symptômes et traitement de la péri-chondrite du larynx, par de Havilland Hall et Greville Macdonald (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Soixante cas d'intubation du larynx dont vingt suivis de guérison, par Hailes (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 21 août 1889).

Affections de la gorge et du nez chez les enfants, causant des troubles

nerveux fonctionnels, par Scanes Spicer (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Thyrotomie pour cancer du larynx, par Sir W. Stokes (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Lupus de la gorge et du nez, par J. Middlemass Huut (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Note sur un cas de syphilis imitant le lupus, par R. Norris Woffenden (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Un cas de fracture du larynx à terminaison heureuse, par A. Sokolowski (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Traitement des tumeurs du larynx, par B. J. Baron (*Bristol med. chir. journ.*, juin 1889).

L'avenir de la laryngologie. Discours prononcé à l'ouverture de la section de laryngologie de la *British med. Assoc. Leeds*, août 1889, par H. T. Butlin (*British med. journ.*, 14 septembre 1889).

Larynx et trachée provenant d'un cas de croup diphtéritique, par Maxwell Ross (*Med. chir. Soc. of Edinb.*; in *Edinburgh med. journ.*, octobre 1889).

Affection maligne du larynx, par G. Hunter Mackenzie (*Edinburgh med. Journ.*, novembre 1889).

Tumeur tuberculeuse du larynx; trachéotomie, guérison, par W. Robertson (*British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Corps étrangers dans les voies aériennes, par Mark Howell (*Hunterian Soc.*, séance du 23 octobre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Corps étranger de la trachée (noyau de prune), par O' Neill (*North of Ireland Branch of the brit. med. Assoc.*, 31 octobre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Intubation du larynx, par Prier (*North of Ireland Branch of the british med. Assoc.*, 31 octobre; in *Brit. med. journ.*, 16 novembre 1889).

Laryngite catarrhale, par de Havilland-Hall (*Med. Soc. of London*, séance du 18 novembre; in *British med. journ.*, 23 novembre 1889).

Des injections intra-laryngiennes dans le traitement des affections pulmonaires, par J. Walker Downie (*Glasgow med. journ.*, décembre 1889).

Corps étranger resté pendant treize jours dans la trachée, enlevé pendant une suffocation, par W. Macewen (*Glasgow path. and clin. Soc.*, séance du 11 novembre; in *Glasgow med. journ.*, décembre 1889).

Discours d'ouverture du président de l'Association laryngologique britannique, par P. Smyly (*Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1889).

Du centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon (*British med. journ.*, 21 décembre 1889).

Etat des voies aériennes dans les léproseries de l'Ouest Indien, par J. D. Hillis (*Journ. of laryng. and rhinol.*, janvier 1890).

Mort à la suite de la pénétration d'un pois dans les bronches, par E. F. Grun (*Lancet*, 14 décembre 1889).

Du centre nerveux moteur du larynx, par H. Krause (*Brit. med. journ.*, 18 janvier 1890).

Du centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon et V. Horsley (*British med. journ.*, 25 janvier 1890).

Note sur la respiration en chantant et en parlant, par Mayo Collier (*Journ. of laryng. and rhinol.*, février 1890).

Les causes du laryngisme chez les jeunes enfants et de sa production par l'élongation de l'uvule, par A. Mantle (*British med. journ.*, 8 février 1890).

Elongation de l'uvule comme cause de laryngisme, par Lennox Browne (*British med.*, 15 février 1890).

Nez.

Coryza atrophique (ozène essentiel), par E. J. Moure (*Journ. of laryng. and rhinol.*, novembre 1888).

Le mécanisme du nez et ses rapports avec la respiration, le goût et l'odorat, par Greville Macdonald (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1888).
Anosmie, par Dundas Grant (*Brit. laryngol. and rhinol. Ass., Londres*, 14 novembre 1888; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Cas de calcul nasal, par J. M. Hunt (*Brit. laryngol. and rhinol. Ass., Londres*, 14 novembre 1888).

Cas de calcul nasal datant de 23 ans, par H. Bendelack Hewetson (*Brit. laryng. and rhin. Ass. Londres*, 14 novembre; in *Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1888).

Un récent perfectionnement de la rhinoscopie postérieure, par E. Cresswell Baber (*Brit. med. journ.*, 12 janvier 1889).

Un cas de tumeur naso-pharyngienne siégeant à la base du crâne; opération sans incision externe; guérison, par H. H. Clutton (*Lancet*, 1^{er} décembre 1888).

Une cause d'obstruction nasale, par E. Roughton (*Brit. med. journ.*, 16 février 1889).

Cas d'épilepsie avec aura olfactive provenant d'une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal, par Hughlings Jackson et Beevor (*Med. Soc. of London*, 18 février; in *British med. journ.*, 23 février 1889).

L'extraction par opération des tumeurs naso-pharyngiennes, par Anandale (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 16 janvier; in *Edinburgh med. journ.*, mars 1889).

Rhinite membraneuse, par F. Hamilton Potter (*Journ. of laryng. and rhin.*, mars 1889).

Pseudo hay-fever, par A. Bronner (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, séance du 1^{er} mars; in *British med. journ.*, 23 mars 1889).

Dégénérescence fibreuse syphilitique des fosses nasales et du pharynx, par J. Noland Mackenzie (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, avril 1889).

De l'emploi de la cocaïne dans les maladies du nez et de la gorge, par Lennox Browne (*Brit. med. journ.*, 27 avril 1889).

Des anesthésiques dans les opérations du nez et de la gorge, par G. Stoker (*Brit. laryng. and rhinol. Assoc.*, séance du 27 mars; in *Journ. of laryngol. and rhinol.*, mai 1889).

Du choix des anesthésiques dans les opérations naso-pharyngiennes, par J. F. W. Silk (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, mai et juin 1889).

Suppuration de l'autre d'Highmore, par Donald Stewart (*Lancet*, 13 avril 1889).

Noz artificiel, par G. H. Philipps (Straffordshire Br. of the Brit. med. Ass., 30 mai; in *Brit. med. journ.*, 29 juin 1889).

Obstruction nasale en relation avec l'administration d'anesthésiants, par J. F. W. Silk (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1889).

Fièvre de foin et asthme de foin, par Havillaud Hall (*Lancet*, 13 juin 1889).

Traitement de la fièvre de foin, par W. Hill (*Lancet*, 22 juin 1889).

Instrument pour corriger les déformations du nez, par Walsham (*Lancet*, 6 juillet 1889).

Empyème du sinus maxillaire, par Greville Macdonald (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Du naso-pharynx, par Farquhar Matheson (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

De l'anesthésie dans les opérations de végétations adénoïdes du naso-pharynx, par H. Davis (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 septembre 1889).

Cas de rhinoplastie, par Rushton Parker (*Liverpool med. chir. journ.*, juillet 1889).

Deux cas de rhinosclérome, par W. Robertson (*Sect. de laryngol. de la Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Quelques points de la pathologie et du traitement des affections du naso-pharynx, par J. N. Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, novembre 1889).

Traitement de cas graves de polypes du nez, par R. A. Milligan (*Brit. med. journ.*, novembre 1889).

Fibromes naso-pharyngiens, par Thudicum (West London med. chir. Soc., séance du 1^{er} novembre; in *Brit. med. journ.*, 16 novembre 1889).

Sur quelques relations entre les affections nasales et oculaires, par A. Bronner (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1889).

De l'aproxexie, par Guye (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, décembre 1889).

Amputation du nez, par Ogilvie Will (Aberdeen Banff and Kincardine branch, 20 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Kyste du cornet inférieur, par R. E. Horsley (Edinburgh med. chir. Soc., 4 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1890).

Hématome du septum nasal, par J. B. Ball (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

Un cas curieux d'occlusion des choanes, par W. Robertson (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

Tumeurs naso-pharyngiennes, par Stewart (Nottingham med. chir. Soc., 8 janvier; in *Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

De l'obstruction nasale et de la respiration buccale comme facteurs étiologiques des lésions dentaires, par Scanes Spicer (*Lancet*, 18 janvier 1890).

Asthme considéré surtout au point de vue de ses rapports avec les maladies du nez, par E. Schmiegelow (un volume de 90 pages, H. K. Lewis, éditeur, Londres, 1890).

Trépanation pour un abcès du sinus frontal, par A. G. Miller (Edinburgh med. chir. Soc., séance du 5 février; in *Brit. med. journ.*, 22 février 1890).

Pharynx et Varia.

Tumeur fibro-kystique du côté droit du pharynx, par Sir Morell-Mackenzie (British laryngol. and rhinol. Assoc. Londres, 14 novembre 1888).

Cancer de la glande thyroïde, par R. Norris Wolfenden (Brit. laryngol. and rhinol. Assoc. Londres, 14 novembre 1888; in *Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1888).

Pièce de monnaie ayant séjourné quatre mois dans l'œsophage, par Martin-Dayle (*Lancet*, 10 novembre 1888).

De l'influence de certaines médications sur le bacille de la tuberculose chez l'homme, par G. Hunter Mackenzie (Brit. laryng. and rhin. Assoc. Londres, 14 novembre; in *Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1888).

Diphthérie épidémique, par John Irving (*Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Traitement de Sir Morell-Mackenzie pour les amygdalites aiguës et chroniques, par J. Maxwell Ross (*Edinburgh med. journ.*, janvier 1889).

Notes cliniques, par B. Tauber (*Journ. of laryngol.*, janvier 1889).

Un cas de cancer de l'œsophage, par S. Alexander (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1889).

Traitement de la diphthérie chez les enfants par les vapeurs sulfureuses, par T. Wild Pairman (*Edinburgh med. journ.*, février 1889).

Notes cliniques sur la diphthérie, par W. C. Donald (*Lancet*, 12 janvier 1889).

Du réflexe rotulien dans la diphthérie, par Hadden (*Lancet*, 5 janvier 1889).

Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne chez les personnes âgées, par J. Solis-Cohen (*Journ. of laryng. and rhin.*, février 1889).

Cas de tumeurs malignes de la glande thyroïde, par Procter L. Hutchinson (*Journ. of laryng. and rhin.*, mars 1889).

Un cas d'œsophagotomie, avec remarques, par Pye (*Brit. med. journ.*, 9 mars 1889).

Papillome de l'amygdale, par Morgan (Sunderland and North Durham med. Soc., séance du 21 février; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1889).

Cas de fibrome du pharynx; opération; remarques, par K. Leod (*Lancet*, 23 mars 1889).

Gastrite diphthérique ou diphthérie gastrique, par Talfourd Jones (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Traitement de la diphthérie par l'acide salicylique, par L. Cane (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Maladie de Graves unilatérale incomplète à la suite de l'extraction d'un polype nasal, par F. Semon (Clin. Soc. of London, séance du 12 avril; in *Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Hémiatrophie de la langue, par T. Barlow (Clin. Soc. of London, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).

Sarcome de l'amygdale, par R. Johnson (Clin. Soc. of London, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).

Ablation de la glande thyroïde, par Corley (Roy. Acad. of med. in Ireland, séance du 29 mars; in *Brit. med. journ.*, 11 mai 1889).

Carcinome de l'œsophage enveloppant le nerf récurrent laryngé droit, par Burton (Cambridge med. Soc., séance du 1^{er} mars; in *Brit. med. journ.*, 11 mai 1889).

Remarques sur le traitement par l'intubation des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, avec observations, par G. Hook Rodman (*Brit. med. journ.*, 25 mai 1889).

Diphthérie, par E. H. Hare (*Lancet*, 11 mai 1889).

Notes sur la diphthérie, par North (*Lancet*, 13 avril 1889).

Nouvelle méthode pour traiter les sténoses œsophagiennes, par Charters J. Symonds (*Lancet*, 6 avril 1889).

Rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie. Mort, par A. Sheen (*Brit. med. journ.*, 29 juin 1889).

Du soul moyen de relever en même temps la langue, l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques, par J. Foulis (*Edinb. med. journ.*, juillet et août 1889).

Gastrostomie pour rétrécissement organique de l'œsophage, par D. N. Knox (*Glasgow med. journ.*, août 1889).

Des amygdalites, leurs variétés et leurs relations avec le rhumatisme, par Haig-Brown, Arch. Garrod, Lennox Browne et Hingston Fox (Brit. med. Assoc. Leeds, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Pharyngite granuleuse, par L. A. Lawrence (Brit. med. Assoc. Leeds, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre).

Notes sur un cas de sarcome primaire de l'amygdale, par R. Norris Wolfenden (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, octobre 1889).

Introduction d'un os de grouse dans l'œsophage, par A. E. T. Longhurst (*Brit. med. journ.*, 5 octobre 1889).

Paralysie diphthérique, par W. G. Sym (*Edinb. med. journ.*, novembre 1889).

Thrombose de l'artère vertébrale pressant sur le nerf glosso-pharyngé; perte unilatérale du goût sur le dos de la langue, par F. M. Pope (*Brit. med. journ.*, 23 novembre 1889).

Adénome de la glande thyroïde chez un léopard, par A. H. Young (Pathol. Soc. of Manchester, séance du 13 novembre; in *Brit. med. journ.*, 23 novembre 1889).

Epithélioma de la langue, par Rundle (South East Hants District of the Southern Branch of the Brit. med. Assoc., 14 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Gastrostomie pour obstruction complète de l'œsophage, par Ward

Cousins (South East Hants District of the Southern Branch of the Brit. med. Assoc., 14 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Forme inusitée d'affection maligne de l'œsophage, par Harris (Manchester med. Soc., 4 décembre; in *Brit. med. journ.*, 21 décembre 1889).

Un cas de glossite hémorrhagique aiguë, par Holger Mygind (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, janvier 1890).

Maladie de Graves, par Hollis (Brighton and Sussex med. chir. Soc., 5 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1890).

Œsophagotomie pour l'extraction de corps étrangers, par F. A. Southam (*Lancet*, 28 décembre 1889).

Diphthérie et rougeole, par E. Kingsbury (*Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

Œsophagotomie, par Bennett May (Birmingham and Midland Counties Branch of the Brit. med. Assoc., 12 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

Affections de la glande thyroïde, par J. Berry (Pathol. Soc. of London, 21 janvier; in *Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

De quelques affections de la bourse pharyngée, par A. Bronner (*Lancet*, 11 janvier 1890).

Du menthol dans les douleurs aiguës de tête, l'influenza épidémique et d'autres affections du nez et de la gorge, par Lennox Browne (*Medical Press*, 8 janvier 1890).

Rétrécissement de l'œsophage traité par la gastrostomie, par Ashley Cummins (Cork med. and surg. Soc., séance du 8 janvier; in *Brit. med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Epithélioma de la glande thyroïde et de la trachée, par R. Norris Wolfenden (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, février 1890).

Note sur un moyen possible d'arrêter les progrès du myxœdème, la cachexie strumiprive et les affections consécutives, par V. Horsley (*Brit. med. journ.*, 8 février 1890).

De l'amygdalite folliculaire aiguë, par A. Dunlop (*Lancet*, 15 février 1890).

Application de canules (Retention tubes) dans le rétrécissement de l'œsophage, par Annandale (Edinburgh med. chir. Soc., séance du 5 février; in *Brit. med. journ.*, 22 février 1890).

Diphthérie, par Pearson (Sheffield med. chir. Soc., séance du 13 février; in *Brit. med. journ.*, 23 février 1890).

SCANDINAVIE.

Larynx.

Sarcome du larynx. Laryngo-fissure. Guérison, par Hjorth (*Norsk Mag. for Laegevidskaben*, décembre 1888).

Nez.

Un cas de rhinolitho, par G. Baden (*Hosp. Tidende*, n° 2, 1889).

L'asthme; ses rapports avec les affections nasales, par E. Schmiegelow (94 p., Copenhague, 1889).

Pharynx et Varia.

Cas d'érysipèle pharyngien, par K. G. Lennander (*Upsala Laekarsfoerings Foerhandlingar*, vol. XXIV, p. 530).

Rétrécissement cicatriciel du gosier chez un enfant de 12 ans. Œsophagotomie externe. Guérison, par K. G. Lennander (*Upsala Laekareforenings Foerhandlingar*, vol. XXIV, p. 470).

PAYS-BAS.

Larynx et Trachée.

Un cas de mutisme hystérique, par Stephen (*Nederl. Tijl. v. Geneesk.*, 20 avril 1889).

Cas d'emphysème cutané répandu après la trachéotomie, par Blom van Geel (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. v. Geneesk.*, 1889).

Du carcinome du larynx, par Brondgeest (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

De l'intubation, par Korteweg (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

I. Cas de trachéotomie; II. Du tubage du larynx, par Moll (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

Nez.

Cas d'épistaxis rebelle, par Hukmann (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. v. Geneesk.*, 1889).

Lupus du nez, par Schutter (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

Rhinolithe, par van der Heide (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

Du ternissement de la glace par l'halcine comme signe de la sténose nasale, par Zwaardemaker (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

Pharynx et Varia.

Six cas de diphthérie, par van der Hagon (*Weekbl. van het. Nederl. Tijl. voor Geneesk.*, 1889).

Carcinome de l'œsophage, par Kooyker (*Weekbl. van het. Nederl. voor Geneesk.*, 1889).

RUSSIE.

Oreille.

Sur la valeur du torticolis dans le diagnostic et le pronostic des otites moyennes, par Radzich (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 34, 1889).

Larynx et Trachée.

Sur la conduite à tenir dans le cas de laryngo-sténose provoquée par

une péricondrite dans le cours de la fièvre typhoïde, par O. K. Rukovitch (3^e Congrès des médecins russes, Saint-Petersbourg, janvier 1889).

L'acide lactique dans la tuberculose du larynx, par L. J. Golynetz (*Med. Oboz.*, n^o 3, 1889).

Le menthol dans la tuberculose du larynx, par A. J. Ossendovsky (*Med. Oboz.*, n^o 3, 1889).

Ulcerations du larynx dans la fièvre typhoïde, par E. V. Antonoff (*Ejenedelnaia klinitcheskaja Gazeta*, n^{os} 16, 17, 18 et 19, 1889).

Troubles fonctionnels de la voix au moment de la puberté, par A. P. Favitzky (*Med. Oboz.*, n^o 5, 1889).

Corps étrangers des voies aériennes, par Vierhuff (*Petersb. med. Woch.*, n^o 23, 1889).

Laryngo-fissure pour tumeurs du larynx, par S. G. Shalita (*Vratch*, n^o 17, 1839).

Nez.

Des névroses réflexes d'origine nasale, par P. Netchaïeff (*Med. Oboz.*, n^{os} 9 et 10, 1888).

Etiologie et curabilité de la rhinite atrophique chronique, par M. S. Jirminsky (*Compte rendu de la 3^e réunion des médecins russes à Saint-Petersbourg*, 1889).

Coryza vaso-dilatateur chronique, par S. von Stein (*Med. Oboz.*, n^o 17, 1889).

Larves de mouches dans le nez, par Pokrossoff (*Meditzina*, n^o 12, 1889).

Pharynx et Varia.

Les amygdales dans la phthisie, par Dmokhovski (*Gaz. Lekarska*, 1889).

Traitement de la diphthérie par la teinture d'iode, par Jakow Goldeviig (*Med. Oboz.*, n^o 6, 1889).

Traitement de la diphthérie, par F. Shtcherbakoff (*Novosti Terap.*, n^o 10, 1889).

Note sur le traitement de l'amygdalite chimique et de la pharyngite granuleuse par des insufflations de carbonate de soude, par S. Mikhailoff (*Meditzina*, n^o 21, 1889).

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne dans l'enfance, par Ouspenski (*St-Petersb. med. Woch.*, n^o 28, 1889).

De l'excision des amygdales hypertrophiées, par L. S. Zisman (*Comptes rendus de la Soc. de méd. d'Irkutsk*, p. 10, 1889).

Oesophagotomie pour corps étrangers, par A. D. Abu koff (*Bull. de la Soc. méd. russe de Riga*, p. 61, 1889).

CANADA.

Oreille.

Des polypes de l'oreille, par A. J. B. Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, décembre 1888).

Nez.

Traitement des polypes du nez, par A. A. Foucher (*Union méd. du Canada*, janvier 1889).

Obstruction osseuse de la cavité nasale, par A. J. B. Rolland (Soc. de méd. prat. de Montréal, séance du 1^{er} mars; in *Union méd. du Canada*, avril 1889).

Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide. Obstruction des arrières-fosses nasales comme conséquence, par A. J. B. Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1889).

Pharynx et Varia.

Mycosis de l'arrière-bouche, par A. A. Foucher (*Union méd. du Canada*, mars 1889).

Traitement de la diphthérie, par Palardy (*Gaz. méd. de Montréal*, décembre 1889).

BELGIQUE.**Oreille.**

De l'acuité auditive, par Chalant (*Arch. méd. belges*, décembre 1888).

Les maladies de l'oreille en rapport avec les maladies générales, par F. Schiffers (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, juin 1889).

De la toux auriculaire, par F. Schiffers (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, juillet 1889).

Comptes rendus et mémoires du 4^e Congrès international d'otologie et laryngologie, tenu à Bruxelles du 10 au 14 septembre 1888, publiés par Ch. Delstanche et Ch. Goris (un volume de 350 pages. Bruxelles, 1889).

Des caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza à la clinique otologique du Dr Delstanche, par C. Hennebert (*La Clinique*, 23 janvier 1890).

A propos des atresies de l'oreille externe; leçon clinique du Dr Delstanche, recueillie par Lafosse (*La Clinique*, 6 février 1890).

Larynx et Trachée.

De la production du shock dans l'extirpation du larynx, par K. Stærk; traduit de l'allemand, par O. Laurent, de Hal (F. Hayez, imprimeur, Bruxelles, 1889).

Cas de corps étranger du larynx, par Capart (*La Clinique*, 16 janvier 1890).

Nez.

Polype naso-pharyngien volumineux, par Allard (*Presse méd. belge*, n^o 2, 1889).

Corps étranger ayant séjourné plus de deux ans dans une fosse nasale chez un adulte, par Hanquet (*Arch. méd. belges*, avril 1889).

Porte-lacs rétro-nasal pour l'enlèvement des tumeurs naso-pharyngiennes, par C. Goris (*La Clinique*, 16 mai 1889).

Pharynx et Varia.

Diphthérie. Note sur les cas d'angine diphthéritique observés à l'école des pupilles de l'armée, à Alost, par Bourdeaux (*Arch. med. belges*, janvier 1889).

Cancer de l'œsophage, par Gratia (*La Clinique*, 18 avril 1889).

Epithélioma de l'œsophage, par Javaux (*Presse méd. belge*, 10 mars 1889).

De la coqueluche, par Tordeus (*La Clinique*, 28 mars 1889).

Traitement de la diphthérie et du croup par l'emploi combiné du bromure de potassium et du sulfure de calcium, par Deffernez (*Scalpel*, 19 mai 1889).

Pharyngo-mycosis leptothrix, par F. Schiffers (Soc. méd.-chir. de Liège, séance du 1^{er} août 1889).

De l'hygroma thyro-hoïdien ou kyste de Boyer, par O. Lauront, de Hal (*La Clinique*, 24 juin 1889).

Sténose du pharynx, par F. Schiffers (*Presse méd. belge*, 7 juillet 1889).

SUISSE.

Oreille.

L'ouïe des fiévreux et la découverte de la surdité unilatérale, par Valentin (Med. Pharm. Bezirksverein, Berne, 23 juin; in *Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 13 septembre 1889).

Daltonisme auditif, par Albertini (Congrès internat. de physiol., tenu à Bâle le 12 septembre 1889).

De la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées à la clinique de Zurich, par Scherrer (*Inaug. Dissert. Zürich*, 1889).

Larynx et Trachée.

L'intubation du larynx d'après O'Dwyer, par O. Guyer (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juillet 1889).

Le larynx et la cocaïne, par Mermod (*Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1889).

Nez.

Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne et la bourse pharyngée, par F. Siebenmann (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juin 1889).

Pharynx et Varia.

Contribution casuistique à la dilatation rétrograde des rétrécissements

de l'œsophage, par Hagenbach (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mars 1889).

Du traitement de la diphthérie par l'acide salicylique, par A. d'Espino (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1889).

Des concrétions caséuses des amygdales, par Gautier (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 25 janvier 1889).

Recherches sur le corps thyroïde, par H. von Wyes (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mars 1889).

De l'angine ulcéreuse dans le typhus abdominal, par A. Vonwiller (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 septembre 1889).

Sur la fonction de la glande thyroïde, par Fano (Congrès intern. de physiol., tenu à Bâle, le 12 septembre 1889).

Extirpation totale du corps thyroïde chez des chiens, par Schiff (Congrès intern. de physiol., tenu à Bâle le 12 septembre 1889).

Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Girard (*Med. Pharm. Bezirksverein, Berne*, 29 octobre 1889; in *Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} janvier 1890).

Recherches expérimentales sur le bacille diphthérique, par d'Espino et Marignac (*Revue méd. de la Suisse romande*, janvier 1890).

NOUVELLES

M. le professeur U. Trélat, dont le concours a été prêté d'une façon si bienveillante à la publication des *Annales* depuis la fondation du journal, vient de succomber à Paris à la suite d'une courte maladie. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs qu'il était l'auteur de travaux remarquables sur la staphyloporrhie et la palatoplastie.

Société française d'otologie et de laryngologie.

Le comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au vendredi 23 mai (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

On est instamment prié d'envoyer au secrétaire avant le 10 mai le titre des communications que l'on se propose de faire, afin que le comité puisse arrêter l'ordre du jour des séances.

Cet ordre du jour ne sera publié qu'à l'ouverture de la session.

Le Secrétaire de la Société,
D^r JOAL, 25, rue de Lille.

Le congrès pour l'étude de la tuberculose, qui devait se tenir à Paris en 1890, sous la présidence du D^r Villemin, est remis au mois de juillet 1891.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs l'apparition d'un nouveau journal de spécialité qui paraît à Barcelone, sous

la direction de notre savant confrère le D^r R. Botey. Ce nouveau recueil est intitulé : *Archivos internacionales de laringologia otologia, rinologia, y de las enfermedades de las primeras vias respiratorias y digestivas.*

X^e congrès médical international Berlin. 4-9 août 1890.

L'exposition médicale internationale.

Berlin, août 1890.

Une exposition médicale scientifique aura lieu conjointement avec le dixième congrès médical international. Les représentants des Facultés de médecine et des grandes sociétés médicales de l'empire allemand ont confié au comité d'organisation sousigné la mission d'en faire les préparatifs. Après bien des difficultés, le comité dispose enfin de salles convenables pour l'installation de cette exposition. Nous invitons les exposants à vouloir bien y envoyer leurs appareils, en les priant tout d'abord d'observer que, vu les circonstances et l'espace mis à notre disposition, il ne nous est possible d'accepter que des appareils de caractère excessivement scientifique.

I. L'exposition sera ouverte le 2 août, à 11 heures du matin, et fermée probablement le 11 août dans l'après-midi. Elle a lieu dans le parc de l'exposition nationale, où les séances des sections et groupes du dixième congrès international de médecine se tiendront aussi.

Il sera pourvu à l'arrangement de chambres noires et de locaux pour les expériences, avec guides compétents et démonstrations pour les participants au congrès.

Les objets suivants, autant que la place le permettra, seront admis :

1. Instruments nouveaux ou améliorés, ainsi qu'appareils scientifiques servant à la biologie et spécialement à la médecine, y compris les appareils pour la photographie ou l'analyse spectrale en tant qu'ils servent à un but médical. — 2. Nouvelles

substances et préparations chimico-pharmacologiques. — 3. Substances et médicaments pharmaceutiques les plus récents. — 4. Nouvelles préparations alimentaires. — 5. Instruments nouveaux ou améliorés pour la médecine autant interne qu'externe, ainsi que des branches qui s'y rapportent, y compris l'électrothérapie. — 6. Nouveaux plans et modèles d'hôpitaux, infirmeries, sanatoria, établissements pour la désinfection des objets et maisons de bains. — 7. Nouveaux aménagements pour le soin des malades, y compris les moyens de transport et les bains. — 8. Nouveaux appareils d'hygiène. — Nouveaux exposés de statistique et de cartographie médicales. — 10. Préparations médicales et modèles. — 11. Instruction médicale. — 12. Ouvrages littéraires de médecine.

II. Les demandes de participation doivent être envoyées jusqu'au 15 mai 1890 au bureau du congrès (Dr Lassar, Berlin NW., Karlstrasse, 19) sous la rubrique « Exposition. » Prière d'y ajouter une carte de visite ou la carte de la maison de commerce avec l'indication du domicile.

Chaque demande de participation doit être expédiée en deux exemplaires. Prière d'y joindre, sur la nature des objets exposés, quelques notices, mais très exactes, qui serviront au besoin pour le catalogue.

III. Les comités des groupes respectifs décideront si les objets annoncés pourront être acceptés pour l'exposition et dans quelle mesure ils le seront. Dans les cas douteux, le comité central décidera.

IV. Pour la location des places, il sera perçu pour chaque mètre carré de sol 10 marks (12 fr. 50), et pour chaque mètre carré de paroi 6 marks (7 fr. 50). Après l'acceptation des objets annoncés, l'exposant aura à payer sa place à M. le Dr Bartels, Sanitätsrath, Berlin SW., Leipzigerstrasse, 75. Pour chaque mètre carré de sol devant la paroi, l'exposant aura droit à deux mètres de paroi au-dessus du sol. Pour les objets isolés de tous côtés, l'exposant payera, outre le terrain occupé, la moitié du terrain pris par les passages alentour, et cela au prix du mètre de sol.

V. Des tables seront fournies; mais les exposants devront se procurer à leurs frais les vitrines, armoires, etc., dont ils seront

autorisés à se servir par les comités des groupes respectifs. Les fournitures d'éclairage électrique, de force motrice et d'autres arrangements techniques seront l'objet de conventions préalables.

VI. Tous les objets exposés seront assurés gratis contre l'incendie, en tant que la valeur sera indiquée dans la demande de participation. Par contre, tous objets inflammables ou pouvant craindre le feu seront exclus de l'exposition.

VII. L'emballage et le déballage se feront sans frais pour les exposants étrangers et avec tous les soins possibles, mais l'exposition ne prend aucune responsabilité. Les exposants du pays doivent se charger eux-mêmes de l'emballage et du déballage ainsi que du placement de leurs objets. MM. Jacob et Valentin, Berlin O., Holzmarktstrasse, 65, se sont chargés des expéditions.

IX. La livraison des objets à exposer doit avoir lieu avant le 20 juillet. Les exposants étrangers doivent, avant de faire leur envoi, se procurer des coupons spéciaux auprès du bureau de l'exposition pour remplir les formalités de douane.

VIII. Les objets exposés ne peuvent être retirés avant la clôture de l'exposition.

Le comité spécial de l'exposition est composé comme suit : MM. Paul Dorffel, Commerzienrath ; H. Haensch, Dr J.-F. Holtz, directeur ; Dr L. Lœvenherz, directeur ; Dr J. Pietri, Regierungsrath ; H. Windler et le secrétaire général du « comité d'organisation ». Les noms du comité général et des présidents des groupes seront donnés plus tard.

Le bureau est ouvert présentement tous les jours de semaine de 5 à 7 heures du soir.

Berlin, le 2 mars 1890.

Le comité d'organisation du dixième congrès international de médecine. Président : Dr Rudolf Virchow ; vice-présidents : Dr von Bergmann, Dr E. Leyden, Dr W. Waldeyer ; secrétaire général : O. Lassar.

*Invitation à participer aux travaux de la section
de laryngologie et rhinologie.*

Conformément à la décision prise à Washington par le neuvième congrès, c'est à Berlin qu'aura lieu, du 4 au 9 août de cette année, le dixième congrès médical international. Les sous-signés ont été désignés par les délégués des Facultés de médecine et des principales Sociétés médicales de l'empire allemand, comme membres du comité d'organisation pour la section. C'est en cette qualité que nous avons l'honneur de vous inviter à bien vouloir prendre part aux travaux de notre section. Ce sera pour nous un grand plaisir et un honneur tout particulier de pouvoir saluer chez nous en aussi grand nombre que possible nos honorables confrères. Nous vous communiquons ci-contre le programme provisoirement fixé des travaux de la section, et nous vous prions de nous informer le plus tôt possible des propositions, communications ou démonstrations que vous désirez faire.

Comptant sur un travail fructueux et profitable à notre science, nous vous adressons un salut confraternel et vous prions de recevoir l'assurance de notre parfaite considération.

Le comité d'organisation de la Société de laryngologie et rhinologie : MM. Beschorner, Dresde; B. Fränkel, Berlin; Gottstein, Breslau; A. Hartmann, Berlin; Jurasz, Heidelberg; H. Krause, Berlin; Michael, Hambourg; Schech, Munich; M. Schmidt, Francfort-sur-le-Mein.

On est prié de s'adresser au Dr Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr., 12, pour tout ce qui concerne spécialement la section; et au bureau du Dr Lassar, secrétaire général, Berlin NW., Karlstrasse, 19, pour ce qui concerne le congrès en général.

*Programme provisoire de la section de laryngologie
et rhinologie.*

Discours d'ouverture de la section : La laryngologie depuis le dernier congrès international en 1887, par B. Fränkel, Berlin. — 1. Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx :

rapporteurs, Henry T. Butlin, Londres; J. Gottstein, Breslau. — 2. Déviations et crêtes de la cloison : rapporteurs, J. Moure, Bordeaux; A. Hartmann, Berlin. — 3. Diagnostic et thérapeutique des maladies des sinus avoisinant les fosses nasales : rapporteurs, Mc Bride, Edinbourg; Ph. Schech, Munich. — 4. Syphilis des voies respiratoires supérieures : rapporteurs, L. Schrötter, Vienne; George M. Lefferts, New-York. — 5. Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx : rapporteurs, F. Massei, Naples; Mor. Schmidt, Francfort-sur-le-Mein. — En collaboration avec la section des maladies de l'enfance. Intubation : rapporteur, J. O'Dwyer, New-York.

Le second rapporteur sera nommé par la section des maladies de l'enfance.

Section d'otologie.

Des rapports des micro-organismes avec les affections de l'oreille moyenne et leurs complications, par Moos et Zaufal. — Cholestéatome de l'oreille, par Kuhn et Bezold. — L'ouverture de l'apophyse mastoïde par le méat externe peut-elle être considérée comme la méthode la plus usitée? par Hessler. — Traitement consécutif à la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Kretschmann. — Indications concernant l'excision du marteau et de l'enclume, par Stacke. — Anatomie pathologique du labyrinthe, par Steinbrügge. — L'organe de l'ouïe dans les affections du système nerveux central, surtout dans le tabes dorsal, par Morpurgo. — Otite interne consécutif à la syphilis héréditaire, par Wagenhäuser. — Statistique des affections auriculaires les plus importantes, par Burkner et Jacobson. — Examen de l'ouïe et notation du pouvoir auditif, par Magnus et Schwabach. — Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non suppurée, par P. Mac Bride et G. Gradenigo.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1874. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Sur l'utilité des applications galvano-caustiques dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie des amygdales, par V. GRAZZI (Extrait des *Arch. ital. di laryng.*, fasc. I, 1890).

De l'acide sulfuricique et de son emploi comme véhicule dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques, par A. RUAULT et A. BERLIOZ (Extrait des *Archives de laryngol.*, n° 6, 1889).

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par A. RUAULT (Impr. Lemâle, le Havre).

L'importance de l'étude de l'otologie. L'état actuel de l'otologie en Italie et à l'étranger, par G. GRADENIGO (Tipog. L. Roux, Turin, 1890).

Note sur le traitement galvano-caustique de l'hypertrophie des amygdales, par E. H. KNIGHT (Extrait du *New York med. journ.*, 12 octobre 1889).

Du menthol dans la phthisie laryngée, par E. H. KNIGHT (Extrait de *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 18 janv. 1890).

Des injections intra-trachéales d'huile créosotée chez les tuberculeux, par L. DON (Extrait de la *Revue de médecine*, 1890).

Compte rendu du Congrès international d'otologie et de laryngologie, tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889 (section

otologique), par L. LICHTWITZ (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, mars 1890).

Observations d'affections mastoïdiennes, par GORHAM BACON (Extrait des *Arch. of Otol.*, vol. XVIII, nos 3 et 4, 1889).

Revue de laryngologie, par A. KUTTNER (H. Kranse) (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 6, 1890).

Annales de médecine et de chirurgie, publiées par le Cercle d'études médicales de Bruxelles, année 1889 (H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1890).

La fermeture mécanique de la trompe dans le traitement caus-tique des otites moyennes purulentes chroniques, par G. FER-
NERI (Extrait de *Lo Sperimentale*, février 1890).

Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg (tome XXV, édit. R. Schultz, à Strasbourg, et J.-B. Baillière, à Paris, 1889).

Traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tu-berculeuse, par A. MASCAREL (Brochure de 50 pages, H. Jouve, imprimeur, Paris, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

DES PARALYSIES DU MUSCLE ARY-ARYTÉNOÏDIEN

Par M. le professeur **PROUST**, médecin de l'Hôtel-Dieu
et **P. TISSIER**, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

I

Dans un mémoire plein d'originalité, auquel nous aurons d'ailleurs l'occasion de faire plusieurs emprunts, M. Lermoyez reprochait aux rares auteurs français qui avaient rencontré un cas de paralysie du muscle ary-aryténoidien de l'avoir publié « avec complaisance et solennité, l'entourant d'une monographie plus ou moins neuve », pour cette raison que la maladie est définitivement fixée dans ses grands traits.

Nous croyons qu'il y a là, à côté de beaucoup de vérité, une part non moins indiscutable d'exagération. Certes, le tableau *schématique* de la paralysie de l'ary-aryténoidien, reposant sur la connaissance exacte de l'action physiologique de ce muscle, est aujourd'hui assez bien établi. Mais est-ce qu'il n'en est pas de même pour toute paralysie, et ne peut-on pas déduire *a priori*, et sans crainte d'erreur, de l'anatomie et de la physiologie d'un muscle donné, les caractères de sa paralysie?

Ce n'est là qu'un des points et non l'ensemble de l'histoire des paralysies. En dehors de leurs formes anormales, l'étude de leur cause, de leur mécanisme, de leurs coïncidences pathologiques sont bien dignes d'attirer l'attention.

II

La paralysie du muscle ary-aryténoïdien est considérée comme rare, comme exceptionnelle même. Et si l'on en jugeait par la douzaine de cas publiés (1) par les auteurs français, elle devrait être tenue pour une simple curiosité pathologique, sans importance clinique et sans intérêt nosographique.

Mais, est-ce que cette pénurie d'observations répond bien à la réalité? Les nombreux faits publiés à l'étranger, en Amérique, en Autriche, en Allemagne, etc., doivent déjà rendre circonspects dans l'appréciation de la fréquence relative de cette lésion. Nous retrouverons ces considérations dans une autre partie de ce travail; pour le moment, disons seulement, sauf à le prouver plus tard, que de toutes les altérations de la motilité portant isolément sur l'un des muscles du larynx, les paralysies du muscle ary-aryténoïdien sont certainement les plus fréquentes. Leur connaissance donne, en outre, la clef d'un certain nombre de troubles de la voix, et, à ce titre encore, elles méritent l'attention des laryngologistes.

Telles sont les diverses raisons qui nous ont fait penser qu'il serait peut-être de quelque intérêt de publier trois observations que nous avons pu recueillir cette année parmi les malades de la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu. L'une de ces observations doit être rangée dans un cadre à part; elle constitue, en effet, une véritable expérience, puisque la paralysie de l'ary-aryténoïdien a été obtenue par suggestion.

Nous avons pu vérifier ainsi dans les meilleures conditions expérimentales possibles les conclusions des auteurs sur l'action du muscle constricteur de la partie interaryténoïdienne de la glotte dans l'acte de la phonation.

(1) Pour la *Bibliographie des cas publiés*, voir Lermoyez: Note critique à propos d'un cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juillet 1885, n° 3, p. 147.)

III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Tuberculose pulmonaire et laryngée.* — *Aphonie.* — *Paralysie du muscle ary-aryténoidien.* — Ch... 23 ans, service de M. le professeur Proust à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, n° 19.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de tuberculose, père tousseur.

Antécédents personnels. — Angine diphthérique à 12 ans.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté par de l'amaigrissement, une toux sèche, quinteuse et de la dyspnée d'effort.

Le lendemain du 14 juillet, il y a trois ans, il est pris d'hémoptysie. Il perdit une grande quantité de sang.

La voix resta normale; jamais il n'avait eu de trouble de la parole.

Il y a dix-huit mois, sa voix devint voilée, rauque, et il eut plusieurs périodes d'aphonie durant une huitaine de jours, au maximum.

Il y a un an, névralgie faciale droite, excessivement intense, aphonie complète, qui persistait à l'entrée du malade à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Homme bien musclé. Aucun signe d'hystérie. Pas d'alcoolisme, pas d'autre intoxication.

Tuberculose pulmonaire manifeste. — Les lésions en sont arrivées des deux côtés au stade de ramollissement.

Amaigrissement, appétit mauvais, sueurs profuses, expectoration purulente, bacillaire.

Le malade est complètement aphone.

Examen du larynx. — Pâleur du voile du palais et de l'épiglotte. Les mouvements de l'opercule sont normaux.

Rougeur diffuse de l'infundibulum. Légère infiltration de la bande ventriculaire droite

Les régions aryténoidiennes sont modérément tuméfiées et pâles.

Cordes vocales. — Les mouvements d'abduction des cordes sont normaux, mais au moment de la phonation on remarque : 1° que la corde vocale gauche se tend moins bien que la corde droite; 2° qu'il existe à la partie postérieure de la glotte un espace triangulaire béant. Les cordes vocales n'arrivent au contact que

dans leur moitié antérieure. En outre, les cartilages aryténoïdes ne se rapprochent pas.

La région aryténoïdienne est inégale, légèrement verruqueuse. Les cordes vocales ont perdu leur aspect nacré normal, surtout au niveau du tiers moyen. Elles sont rouges, inégales, et on remarque sur la corde vocale droite un léger épaississement à sa partie postérieure.

Du reste, pas d'ulcérations ; la tuberculose laryngée semble être au début. On institue le traitement par l'acide lactique de la lésion laryngée.

L'état de la muqueuse s'amende très notablement, mais l'aphonie persiste, et au bout de deux mois le muscle ary-aryténoïdien reste toujours paralysé.

On pratique alors l'électrisation faradique directe du muscle ary-aryténoïdien.

Au bout d'une quinzaine de jours de ce traitement, le malade peut émettre quelques sons. La parole le fatigue beaucoup.

Le larynx, examiné pendant la phonation, présente l'aspect suivant : les aryténoïdes se rapprochent un peu et l'espace béant à la partie postérieure de la glotte est moins large.

En même temps, il y a une sorte de tiraillement de la muqueuse vestibulaire, qui forme une espèce de bourrelet, tendant à diminuer la fuite de l'air.

Le malade reste pendant une année en observation.

Les lésions pulmonaires restent à peu près stationnaires. L'état du larynx est toujours le même. Le malade, quoique pouvant émettre quelques sons rauques et graves, parle d'ordinaire à voix chuchotée pour ne pas se fatiguer trop. En outre, il lui est impossible, même en faisant de grands efforts, d'émettre des sons moins graves, les cordes vocales ne pouvant acquérir une tension suffisante, et en second lieu la force du courant d'air étant forcément limitée par la fuite qui se produit au niveau de la partie postérieure de la glotte.

OBSERVATION II. — *Laryngite catarrhale*. — *Aphonie*. — Pr..., 27 ans.

Le malade est assez sujet au catarrhe laryngé, et il ne se passe guère d'année où il n'ait de l'enrouement. Néanmoins, il n'avait jamais eu une aphonie aussi absolue et aussi persistante que cette fois. Il est malade depuis huit jours (15 novembre). Malaise vague, coryza, puis enrouement. Toux. Il y a deux jours, il s'est réveillé complètement aphone. Il vient, aujourd'hui,

d'hui 22 novembre, pour cette aphonie, à la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu.

Le malade n'est ni tuberculeux, ni syphilitique, ni hystérique.

Au laryngoscope, rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, surtout marquée au niveau des bandes ventriculaires, de la région aryténoïdienne et de la partie postérieure des cordes. Celles-ci ne peuvent dans les efforts de phonation arriver au contact dans leur tiers postérieur. Les cartilages aryténoïdes ne se rapprochent pas. Il en résulte une fente à peu près triangulaire à base postérieure qui reste constamment béante.

On badigeonne le larynx avec de la cocaïne.

Deux jours après le malade revient. La voix est revenue. L'enrouement persiste.

A l'examen laryngoscopique, la congestion de la muqueuse laryngée a notablement diminué. Cependant les rubans vocaux restent encore rosés par places.

Les cartilages aryténoïdes se rapprochent normalement pendant les efforts de phonation.

OBSERVATION III. — *Grande hystérie avec attaques convulsives.* — Camille X..., 20 ans.

Nous passerons sous silence tous les détails qui ne concernent pas immédiatement les faits dont nous nous occupons. On peut réaliser chez Camille toutes les dissociations du langage et la rendre par suggestion aphasique ou agraphique, lui donner de la cécité ou de la surdité verbale.

Nous l'endormons et lui suggérons qu'elle ne peut plus émettre un son, tout en conservant le langage chuchoté. Le lendemain l'aphonie était absolue. Mais il était curieux de voir par quel mécanisme elle avait réalisé l'aphonie.

Celle-ci peut se produire, en effet, chez les hystériques par différents procédés. Nous ne saurions les examiner tous ici.

Parmi les aphones hystériques non aphasiques que l'on rencontre fort souvent, les uns (et ce sont les plus rares) ont perdu le mouvement d'adduction des cordes, les autres peuvent amener les cordes dans la situation médiane, phonatrice, et cependant l'émission d'un son est impossible; dans ce dernier cas, l'aphonie peut résulter de l'insuffisance de la tension des rubans vocaux, ou bien encore quelquefois d'un état spasmodique (aphonie plastique). Dans un certain nombre de faits peut-être plus nombreux qu'on ne l'admet, il y a paralysie du muscle ary-aryténoïdien.

C'était le cas chez notre malade. L'examen laryngoscopique fut assez difficile. L'image de la glotte était absolument caractéristique. Les cordes vocales ne se rapprochaient que dans leurs deux tiers antérieurs, et il restait un orifice béant relativement large à la partie postérieure de la glotte. Les bandes ventriculaires étaient, au contraire, beaucoup plus accentuées qu'à l'état normal et voilaient en partie les rubans vocaux.

Nous avons reproduit cette expérience plusieurs fois avec les mêmes résultats. Mais nous avons échoué lorsque nous avons voulu obtenir non plus l'aphonie, mais seulement la perte des registres supérieurs.

N. B. — Depuis lors, nous avons observé un nouveau cas d'aphonie avec paralysie du muscle ary-aryténoïdien, chez un malade non hystérique, au cours d'une laryngite catarrhale intense, consécutive à la grippe.

IV

Nous ne ferons que rappeler quelques points de l'anatomie du muscle ary-aryténoïdien, parce qu'il importe de les avoir bien présents à l'esprit pour comprendre certains détails de la symptomatologie et de la physiologie pathologique de sa paralysie.

Les fibres qui composent ce muscle sont de deux ordres : les unes transversales, recouvertes immédiatement par la muqueuse laryngée; les autres postérieures, à direction oblique, s'entrecroisant en X.

Nous insistons sur ce premier point, à savoir : situation superficielle par rapport au larynx des fibres transversales, dont la contraction joue le rôle le plus important dans l'adduction des cartilages aryténoïdes.

En second lieu, les fibres supérieures des faisceaux obliques vont se perdre dans les replis aryténo-épiglottiques et peuvent agir ainsi sur l'épiglotte. Mais il ne faut pas oublier que cette disposition est sujette à de nombreuses variations. « Les faisceaux des replis aryténo-épiglottiques étant très variables en nombre et pouvant même manquer. » (Sappey.)

Nous nous étendrons davantage sur la physiologie du

muscle ary-aryténoidien qui a donné lieu à tant de discussions et qui a été résolue contradictoirement par des auteurs également autorisés. Elle touche par plus d'un point à l'étude du mécanisme de la voix.

Pour bien comprendre les modifications de la voix qui peuvent résulter des troubles de la motilité du muscle ary-aryténoidien, il faudrait, au préalable, que le rôle physiologique de ce muscle dans la phonation fût bien établi.

Or, malgré les nombreuses expériences et toutes les recherches cliniques entreprises dans ce but, il faut reconnaître que, pour avancée qu'elle soit, l'étude physiologique de l'ary-aryténoidien n'est pas encore complètement faite.

Les auteurs qui se sont appliqués avec le plus de soin à résoudre ce problème, d'abord très affirmatifs, finissent tous par reconnaître que l'on ne peut poser encore de conclusions absolues et se tiennent dans la réserve sur un certain nombre de points.

Le muscle ary-aryténoidien a pour rôle de rapprocher les cartilages aryténoïdes (1) (Longet, Peter et Krishaber, Lermoyez). Magendie et Malgaigne avaient bien noté que la condition nécessaire pour obtenir un son était la mise en contact des faces internes de ces cartilages. Sinon, le *coulage d'air* devient trop considérable, et l'air expiré n'a plus une pression suffisante pour mettre en vibration les rubans vocaux.

Ce point est bien acquis; mais entre la béance de l'espace interaryténoidien et son occlusion totale, il y a des degrés intermédiaires. C'est là que le problème se complique. On s'est demandé, en effet, si ce n'est pas dans l'état de contraction plus ou moins complète du muscle ary-aryténoidien qu'il faut chercher l'explication de certains caractères de la voix.

Le muscle constricteur de la partie postérieure de la glotte

(1) D'après Peter et Krishaber, le muscle ary-aryténoidien rapprocherait en outre vers la ligne médiane une petite partie de la paroi aryténoïdienne de la muqueuse du larynx, en la plissant et en la comprimant pendant toute la durée de l'émission du son. Cette compression, cette traction serait en raison directe de l'intensité du son. Elle aurait aussi pour effet et pour un de ses buts d'exprimer la sécrétion glandulaire, destinée à lubrifier les parties vibrantes.

serait ainsi l'un des rouages les plus délicats du larynx. Il réglerait le courant d'air expiré et, à ce titre, interviendrait pour donner au son son intensité et sa hauteur.

Lorsque la glotte interaryténoïdienne est béante, le courant d'air expiré n'est plus assez intense; l'air s'échappant par l'orifice laissé libre à la partie postérieure, la pression sous-glottique n'est plus suffisante pour mettre la glotte en vibration. Aussi, lorsque ces conditions sont pathologiquement réalisées (paralysie du muscle ary-aryténoïdien), y a-t-il aphonie et aphonie complète. Le malade n'emploie plus que la voix chuchotée. Nous avons pu réaliser cette aphonie chez une hystérique par suggestion. Les cordes vocales se rapprochaient jusqu'au contact au moment de la phonation, dans leurs deux tiers antérieurs; mais il n'en était pas de même de la partie postérieure de la glotte, qui restait béante. Nous avons essayé par la suggestion de rendre peu à peu et par degrés sa voix normale à notre malade, mais nous ne sommes arrivés par ce procédé à aucun résultat.

Aussi ne ferons-nous que résumer brièvement les données physiologiques, qui ressortent sur ce point de l'ensemble des travaux modernes.

Voici les conclusions de M. Lermoyez dans sa thèse : « Avec une grande ouverture de la glotte postérieure, aphonie absolue; une ouverture moyenne serait compatible avec la voix; une petite ouverture serait une condition normale dans la voix de poitrine. »

A mesure que l'ouverture de la glotte postérieure se rétrécit, à mesure que le coulage phonatoire (Elsberg) de l'air diminue, l'intensité du son devient de plus en plus grande. Il y a loin de cette conclusion à l'opinion de Mandl qui, dans ses descriptions et ses schémas de la voix, admettait que le muscle ary-aryténoïdien se relâchait dans les sons de poitrine et se contractait dans les sons de tête. Suivant l'expression de M. Lermoyez, le muscle ary-aryténoïdien était donc pour Mandl le muscle de la voix de tête. — Harless était encore plus radical : la glotte interaryténoïdienne resterait toujours ouverte pendant la phonation et

servirait ainsi de ventilateur, de régulateur de la tension de l'air expiré.

Les recherches expérimentales, le résultats de l'examen laryngoscopique ont démontré le mal fondé de cette opinion.

M. Martel, dans ces derniers temps, a cherché à prouver que la demi-béance de la glotte postérieure était la condition anatomique de la voix sombrée qui se produirait par la contraction de tous les muscles du larynx, à l'exception de l'ary-aryténoïdien. Le caractère sombré du chant serait d'autant plus marqué que le relâchement de ce muscle serait plus complet, c'est-à-dire que le coulage d'air silencieux serait plus considérable.

En résumé, pour nous en tenir à ce qui semble bien acquis, nous croyons que la partie postérieure de la glotte reste légèrement ouverte dans les notes graves de la voix de poitrine (Donders, Michael). Les vibrations portant uniquement sur la partie antérieure des cordes vocales dans la voix de fausset s'étendent aux apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes, qui alors ne se touchent pas, dans des sons graves (Gavarret).

V

Dès lors, nous comprenons que la paralysie totale de l'ary-aryténoïdien provoque de l'aphonie et que la parésie de ce muscle diminue à la fois l'intensité et la hauteur du son. Comme le fait remarquer, avec raison, M. Lermoyez, l'enrouement que l'on trouve signalé dans un certain nombre d'observations ne reconnaît pas pour cause la lésion du muscle, mais bien d'autres altérations concomitantes portant sur les cordes vocales. Néanmoins, si l'on admet avec Peter et Krishaber, qu'une des actions de la contraction du muscle aryténoïdien soit d'exprimer en quelque sorte les produits de sécrétion des glandes de la région aryténoïdienne, on pourrait supposer que lorsque cette contraction vient à manquer, le défaut de lubrification des parties qui en résulte puisse causer un certain degré d'enrouement.

L'enrouement est en effet moins rare que ne semblent l'admettre certains auteurs à la suite de la paralysie de l'ary-aryténoïdien. Mais il faut s'entendre. S'il s'agit de paralysie hystérique, l'aphonie est ordinairement totale (Morell-Mackenzie, Semon, von Ziemmsen) et la guérison sans transition, le retour de la voix normale étant immédiat. Mais l'hystérie est une des causes de cette paralysie et non la seule ; il faut à côté d'elle placer la laryngite catarrhale et la tuberculose laryngée. Or, ces deux derniers facteurs étiologiques peuvent, en se localisant sur les cordes vocales, produire de l'enrouement, sans que la lésion du muscle ary-aryténoïdien intervienne d'ailleurs dans ces conditions, à quelque titre que ce soit.

Ainsi l'enrouement est ordinairement lié à des altérations concomitantes des rubans vocaux ; mais il est un autre trouble de la voix, désigné à tort sous le nom de raucité par certains auteurs, qui nous semble bien dépendre de la parésie du muscle ary-aryténoïdien.

Tout d'abord, les auteurs sont unanimes pour admettre que l'intensité du son diminue avec le degré de la parésie, c'est-à-dire avec le degré de béance de la partie postérieure de la glotte. Mais, il y a plus, la hauteur du son est aussi abaissée par suite de la diminution de la force du courant d'air expiré, et l'on a alors une voix grave étouffée. C'est ainsi, pensons-nous, qu'il faut interpréter le caractère de la voix noté dans notre première observation. On s'explique de la sorte l'opinion de Longet, de Elsberg, de Duranty, qui pensent que l'abolition de la voix n'est pas constante dans la paralysie de l'ary-aryténoïdien, sans être obligé d'admettre que ces auteurs ont attribué à celle-ci des troubles qui relevaient d'un catarrhe laryngé concomitant.

En résumé, paralysie complète, aphonie totale, parésie, voix faible, grave, étouffée, tels sont les points qui nous semblent acquis à l'heure actuelle.

Nous ne dirons qu'un mot de l'aspect du larynx au laryngoscope. Le schéma donné par Morell-Mackenzie et par von Ziemmsen est trop théorique, ainsi que l'ont déjà montré MM. Lecointre et Lermoyez. Il ne tient pas compte

du rôle compensateur que tendent à jouer les autres muscles pour atténuer l'effet de la paralysie du muscle ary-aryténoïdien. Cette compensation se manifeste surtout par la contraction de la partie postérieure des bandes ventriculaires. Ce fait, qui n'a rien que de très habituel en pathologie, est ici intéressant à signaler. En effet, il en résulte une certaine difficulté pour examiner la partie postérieure de la glotte et, par conséquent, pour poser le diagnostic.

VI

L'étiologie de la paralysie du muscle ary-aryténoïdien tient, d'après les auteurs, tout entière dans deux facteurs : hystérie et catarrhe.

Semon, Morell-Mackenzie, von Ziemmsen, S. Cohen, Leferts, Gehrardt, Ducau, Lecointre, Poyet, Lermoyez, sont unanimes à admettre l'influence prépondérante, sinon exclusive de l'hystérie.

D'autre part, pour Schrötter, le catarrhe est la cause constante de la paralysie. Lorsqu'on ne le constate pas au moment de l'examen, il a existé et il n'est que disparu.

M. Lecointre concilie les deux opinions en admettant que le catarrhe prépare le terrain à l'hystérie.

On a publié plusieurs observations de paralysie de l'ary-aryténoïdien chez des tuberculeux. Pour l'auteur précédent, la tuberculose sert seulement ici encore d'agent provocateur ou prédisposant, l'hystérie restant la cause première. La malade de M. Lermoyez était tuberculeuse ; mais cet observateur rattache néanmoins la paralysie à l'hystérie, dont elle aurait constitué « la manifestation inaugurale ».

Chez notre premier malade, l'hystérie est hors de cause, et la tuberculose seule peut nous expliquer la lésion du muscle ary-aryténoïdien. Nous ne pouvons donc être aussi exclusifs que les auteurs qui ont écrit sur cette question.

Nous nous trouvons ainsi amenés à nous demander quelle est, dans nos deux premiers cas, le processus intime de la paralysie de l'ary-aryténoïdien.

Tout d'abord éliminons, au moins pour notre première observation, l'explication si souvent mise en avant, pour un grand nombre de paralysies, que l'on désigne sous le nom de *loi de Stokes*, la parésie ou la paralysie des muscles sous-jacents à une surface enflammée. Dans la phthisie laryngée, la muqueuse des cordes vocales est souvent lésée sans qu'il en résulte de modifications notables dans leurs mouvements.

La tuberculose atteint fréquemment la motilité du larynx, et cela par des processus variés (lésions récurrentielles, lésions musculaires). S'agit-il ici d'une lésion nerveuse? Sans nier absolument la possibilité de ce mécanisme, nous le croyons peu possible. Il faudrait supposer, en effet, une lésion portant sur les filets du récurrent, uniquement sur les fibres destinées à l'ary-aryténoïdien. Ces dissociations, invoquées par certains laryngologistes, sans qu'on ait pu d'ailleurs les démontrer péremptoirement, pour expliquer la paralysie des abducteurs de la glotte, nous semblent être trop exclusivement des vœux de l'esprit.

On ne saurait non plus admettre une lésion du filet destiné au muscle ary-aryténoïdien : celui-ci est si court qu'il semble à peu près impossible qu'une lésion l'intéresse exclusivement.

Ajoutons, du reste, que le muscle ary-aryténoïdien est innervé par les deux nerfs laryngés (supérieur et inférieur) (Exner) et que Mackenzie l'a vu rester intact, dans un cas, où les deux nerfs laryngés inférieurs étaient dégénérés.

Nous voici donc amenés à l'idée d'un processus myopathique. Rappelons, à ce propos, certains détails de structure de la région interaryténoïdienne. La muqueuse, tapissée en ce point d'épithélium pavimenteux (Biefel), est très adhérente. Or, on sait la fréquence et la précocité des lésions tuberculeuses à la région interaryténoïdienne. Comme les fibres transversales du muscle ary-aryténoïdien sont, par rapport au larynx, les plus superficielles, on conçoit qu'il pourra y avoir, dans certains cas, envahissement du muscle par le processus tuberculeux. Il s'agit, en pareil cas, de lésions interstitielles (infiltration embryonnaire, avec ou sans

follicules tuberculeux), avec altération consécutive des fibres musculaires.

Nous admettons donc qu'il s'agit dans la paralysie ary-arytéoïdienne des tuberculeux d'un processus myopathique. Cet envahissement par contiguïté nous explique la fréquence de la parésie de l'ary-arytéoïdien dans la phthisie laryngée. Peut-être pourrait-on trouver là une des causes de l'abaissement de la tonalité, que l'on observe si fréquemment au début de la tuberculose du larynx.

En outre, on conçoit très bien, dans cette hypothèse, que les faisceaux obliques qui agissent sur l'épiglotte restent indemnes en raison de leur situation éloignée, par rapport à la muqueuse laryngée.

Dans la laryngite catarrhale, il n'est nullement nécessaire non plus d'invoquer toujours l'hystérie comme substratum de la paralysie ary-arytéoïdienne. Il nous semble beaucoup plus simple d'admettre un processus analogue à celui que nous venons d'accepter dans les cas de tuberculose. La paralysie de l'ary-arytéoïdien est d'ailleurs ici intimement liée à l'intensité, à la persistance et surtout à la localisation du processus inflammatoire.

Dans l'hystérie, du reste, les paralysies sont souvent affaire d'auto-suggestion, et un catarrhe léger peut très bien servir alors d'occasion à une aphonie absolue. L'hystérique, calculant les conséquences possibles, dans son esprit, de son enrouement, les pousse à l'extrême et en arrive à se suggérer une aphonie absolue; si l'on constate alors la paralysie de l'ary-arytéoïdien, ce n'est pas parce que l'hystérie a une prédilection particulière pour ce muscle, c'est parce que sa paralysie est, en définitive, un moyen et peut-être le plus simple de réaliser l'aphonie. Il n'est pas d'ailleurs indispensable qu'il y ait catarrhe pour que l'aphonie hystérique, par paralysie du muscle ary-arytéoïdien, se produise. Les agents provocateurs de cette aphonie peuvent être, comme c'est la règle pour tous les autres syndromes relevant de cette névrose, aussi nombreux que variés.

DONDERS. *D. Physiol. d. Sproaklanken*, 1870.

DUCAU. *Revue mensuelle de laryngologie*, 1880-81.

- DURANTY. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1872.
 ELSLBERG. *Revue mensuelle de laryngologie*, 1882.
 HARLESS. *Wagner's Handwörterbuch d. Physiologie*, Band IV.
 JOHNSON. *New-York med. journal*, 14 novembre 1885.
 KRISHABER et PETER. *Dictionnaire encyclopédique*.
 LAUGA. *Revue mensuelle de laryngologie*, 1883.
 LECOINTRE. *Thèse de Bordeaux*, 1882.
 LERNOYEZ. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1885. —
Thèse de Paris, 1886.
 LUBET-BARBON. *Thèse de Paris*, 1887.
 MALGAIGNE. *Archives générales de médecine*, 1890.
 MARTEL. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1872. —
Revue bibliographique universelle, mars 1885.
 MICHAEL. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1871.
 MORELL-MACKENZIE. *Traité pratique des maladies du larynx*, 1882.
 POYET. *Thèse Paris*, 1877.
 SOLIS-COHEN. *Diseases of the throat, etc.*
 TURCK. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs*.
 V. ZIEMMSEN. *Ziempsen's Handbuch*.

II

BOURSE DE LUSCHKA, EXAMEN HISTOLOGIQUE PAR RETTERER

Par le Dr GELLÉ.

M. le Dr Retterer a bien voulu se charger de faire l'examen histologique de la pièce de *Bourse pharyngée* que j'ai présenté l'an dernier à la Société française d'otologie et de laryngologie. L'intérêt de cette étude consiste dans la recherche du mode de formation de cette disposition anatomique. Est-elle le résultat d'un processus pathogénique, ou bien n'est-ce qu'un état accidentel du développement normal de la muqueuse de la région? C'est le point actuellement en discussion. Si vous vous rappelez, la pièce a montré *de visu* que la bourse pharyngée, très largement creusée et à goulot étroit, est partout constituée dans ses parois par une muqueuse d'apparence saine et semblable à celle des régions avois-

nantes; et de plus qu'elle est accompagnée de plusieurs recessus plus petits, véritables diverticulums de la muqueuse saine, de formes variées, et dont quelques-uns sont assez étendus. Très inégaux dans leur direction et dans leur calibre, ils contiennent tous, comme la plus grande poche, du mucus en gelée, non altéré, que la pression exprime facilement par un goulot étroit, soit rond, soit en forme de fente à bords lisses. On reconnaît là de petites bourses pharyngées évidemment à diverses périodes de développement.

Parmi les coupes faites après durcissement et coloration, je choisis l'une de celles qui sectionnent la poche en son grand diamètre et qui offrent en même temps la coupe totale de recessus plus étroits dont je viens de parler; l'un est sectionné du goulot au cul-de-sac muqueux; un autre plus oblique, qui a été coupé en travers, se voit sur le bord opposé de la préparation.

Tout d'abord on est frappé de ce fait général : toutes les surfaces, tant des cavités, des recessus, que de la membrane pharyngée, sont recouvertes d'un même épithélium, épithélium vibratile stratifié, à deux ou trois rangées de cellules. En effet, l'épithélium à cils vibratiles de la muqueuse pharyngée se continue tel quel (épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles) jusqu'au fond des diverticules ou bourses.

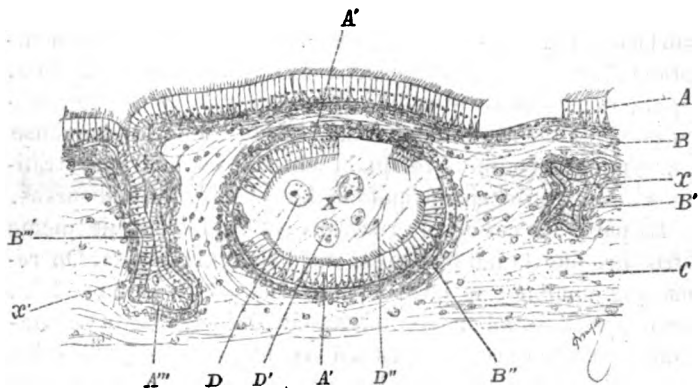
La paroi des cavités ou recessus est également de même structure que la muqueuse si spéciale de la région. On remarque combien le chorion muqueux est riche en cellules arrondies (tissu adénoïde) tout autour des cavités, et se confond par suite avec le chorion de la muqueuse superficielle; il se différencie nettement des autres points de la muqueuse du pharynx par cette abondance d'éléments cellulaires placés immédiatement au contact de la couche épithéliale. On voit sur la figure que le mucus contenu dans les bourses muqueuses petites ou grandes contient de grandes cellules arrondies ou fusiformes avec un noyau. Ce ne sont pas des globules blancs, dit M. Retterer; ces éléments offrent un protoplasma d'apparence granuleuse et qui ne se colore plus avec le picro-carmin. Enfin le savant histologiste ajoute que nulle part il n'a trouvé de follicules clos, dis-

tinets du tissu conjonctif, et que loin des diverticules le chorion est fasciculé.

De cette étude de la pièce que j'ai présentée, il semble résulter, et c'est l'avis du Dr Retterer également, que la bourse de Luscka n'est qu'un diverticulum de la muqueuse pharyngée, comme le démontrent précisément les petits diverticules que l'on trouve autour d'elle.

Le tissu adénoïde, comme on appelle le chorion rempli de cellules jeunes, est certainement plus abondant au pourtour des diverticules que dans la couche superficielle de la muqueuse pharyngienne.

M. Retterer admet qu'il s'agit là d'un processus irritatif qui a multiplié les plis de la muqueuse, l'a étendue en surface; puis, par un retrait successif, la formation des cavités, le tissu s'étant replié sur lui-même en certains endroits. La pathogénie de ces cavités muqueuses se trouve ainsi éclaircie.



EXPLICATION DE LA FIGURE.

- Couche superficielle de l'épithélium, de la muqueuse pharyngienne, formée de cellules stratifiées à deux et à trois rangées de cellules.
- A, A', A'', même épithélium dans les cavités ou diverticules X, x, x'.
- B, B', B'', B''. Tissu adénoïde très chargé de cellules au pourtour des diverticules.
- C. Chorion muqueux au loin du recessus fasciculé et à cellules rares.
- D, D', grosses cellules arrondies contenues dans le mucus inclus. D'', cellules fusiformes.
- X, Bourse de Luscka, qui est moins régulière que la figure ne l'indique.
- X. Diverticule coupé en travers.
- x : Diverticule s'ouvrant à la surface de la muqueuse.

III

DU CENTRE CORTICAL MOTEUR LARYNGÉ ET DU
TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL DES FIBRES QUI EN
ÉMANENT

Par le Dr Félix SEMON et le professeur Victor HORSLEY
(de Londres).

Dans le dernier numéro de ce journal, MM. Garel et Dor ont publié sous ce titre un travail dans lequel ils affirment de nouveau (ainsi que M. Garel l'a déjà fait il y a quelques années) qu'une lésion corticale unilatérale peut déterminer une hémiplégie laryngée pure du côté opposé. Ils en donnent comme preuve le premier cas de M. Garel, puis un second cas où la paralysie laryngée unilatérale a été, d'après les auteurs, produite par une lésion peu étendue du genou de la capsule interne, et enfin les expériences de M. Masini, qui prétend que l'excitation de la zone corticale laryngée par des courants faibles produit l'adduction isolée de la corde vocale du côté opposé. Dans le cours de leur travail, ils citent à plusieurs reprises nos expériences et émettent l'opinion que nos conclusions sont incomplètes, sinon erronées. Ils estiment que les questions de localisation cérébrale doivent être tranchées non par la physiologie expérimentale, mais par l'observation clinique et pathologique; les expériences sur les animaux donnent, disent-ils, des résultats souvent contradictoires et trompeurs, et ne sont, en somme, qu'un auxiliaire utile, mais non infaillible.

Nous n'avons pas l'intention d'examiner en détail tous ces points, sur lesquels notre avis diffère de celui de nos distingués confrères, et nous nous abstenons en particulier de discuter le dernier. Vu l'importance du sujet qui a déjà fait l'objet de théories si nombreuses, nous désirons seulement indiquer les raisons qui nous empêchent d'accepter

même à présent les explications de MM. Garel et Dor comme concluantes, et nous prendrons la liberté de leur poser quelques questions, espérant que leur réponse contribuera à élucider certains points difficiles et compliqués. Nous laisserons complètement de côté, pour le moment, les résultats des expériences physiologiques et nous baserons nos remarques uniquement sur des considérations générales de physiologie, de clinique et de pathologie dont MM. Garel et Dor admettront sans doute la valeur.

Tout d'abord, bien que les autopsies des deux cas cités aient été évidemment faites avec grand soin, nous ne pouvons pas, en l'absence d'un examen microscopique de la moelle allongée, considérer comme prouvé qu'il n'existait aucune lésion au-dessous de celles qu'on a trouvées dans les centres supérieurs. Nous savons tous, par exemple, qu'il y a parfois dans le tabes dorsal des lésions minimes de la moelle qui produisent la paralysie laryngée pendant la vie et qu'il est impossible de reconnaître à l'autopsie sans examen microscopique. Des conditions semblables peuvent se rencontrer et se sont rencontrées, — comme dans le cas rapporté par M. Bryson Delavan, — dans certains cas d'affection généralisée du système circulatoire qui rentrent dans la catégorie des faits sur lesquels MM. Garel et Dor basent leurs conclusions. Nous ne pouvons donc admettre leurs résultats comme décisifs, vu l'absence de la preuve que ces lésions de la moelle n'existaient pas dans leurs cas. Nouveau paragraphe! Mais, outre ce point principal, nous trouvons dans la description des deux cas un détail vraiment frappant qui, selon nous, prouve que la paralysie laryngée observée pendant la vie ne *pouvait* pas être de nature corticale, détail passé absolument sous silence par les auteurs. Voici ce dont il s'agit : il n'était pas seulement question d'un mouvement défectueux de la corde vocale atteinte, dans leurs cas, pendant les efforts *volontaires*, mais en outre, et ceci est le point capital, elle restait *constamment*, c'est-à-dire même pendant la *respiration* dans la position cadavérique.

Nous prions MM. Garel et Dor d'expliquer comment ce dernier symptôme peut dépendre d'une lésion corticale, et

surtout comment une paralysie *totale* de ce genre s'accorde avec leurs vues sur la *différenciation si parfaite* qui existe, selon leur opinion, dans les centres cérébraux et les fibres pour le larynx.

D'un bout à l'autre de leur travail, MM. Garel et Dor négligent de rappeler que le larynx a deux fonctions très différentes : la phonation et la respiration. Ces deux fonctions appartiennent à deux classes très distinctes ; la première est purement *volontaire*, et son mécanisme central doit par conséquent être placé dans la région *corticale* ; la seconde est surtout *automatique*, et son mécanisme le plus important (même en supposant qu'il existe des centres corticaux respiratoires spéciaux) doit certainement se trouver dans les centres *inférieurs*, c'est-à-dire dans le *bulbe*.

Supposons, comme le font MM. Garel et Dor, que les centres *supérieurs* seuls étaient le siège de lésions minimales dans leurs cas, et que les centres bulbaires, ainsi que la portion *périphérique* des nerfs laryngés, étaient indemnes : comment expliquent-ils alors la paralysie *totale* de la corde vocale ? Ils admettent sans doute qu'il y a une relation plus étroite entre les fonctions de la parole et de la phonation, toutes deux volontaires et intimement associées, qu'entre la phonation et la respiration, dont l'une est volontaire et l'autre surtout automatique. A présent ils sont forcés de conclure que les fibres laryngées doivent être indépendantes du faisceau de l'aphasie, et cela afin d'échapper à notre objection, basée sur le fait qu'une aphasie complète n'est pas accompagnée d'aphonie, et cependant ils soutiennent qu'il existe une relation intime entre les fonctions volontaire et automatique du larynx, et ils croient qu'une destruction de la première seule peut aboutir à la paralysie complète des deux, les centres bulbaires et les nerfs périphériques restant intacts ! Nous leur demandons de répondre à cette simple question : est-ce bien là ce qu'ils entendent ? Croient-ils, en résumé, que le larynx possède des centres corticaux et bulbaires et que la destruction isolée des premiers suffit à déterminer la paralysie des mouvements respiratoires qui dépendent des centres bulbaires ? Quant à nous, nous ne

le croyons pas et nous protestons sérieusement contre l'interprétation arbitraire de nos vues contenue dans la phrase suivante de leur travail, page 231 : « Avec une pareille théorie, il ne devrait jamais exister un seul cas d'hémiplégie totale (membres et larynx); car, si la lésion était unilatérale, l'hémiplégie laryngée deviendrait impossible; si la lésion était bilatérale, le larynx serait paralysé en totalité. »

La première partie de cette phrase expose nos idées sous un faux jour. Nous ne croyons certes pas qu'une lésion corticale unilatérale puisse jamais *causer* en même temps une hémiplégie et une paralysie de la corde vocale du même côté; mais nous ne doutons pas que ces deux anomalies ne puissent exister simultanément; la paralysie des membres pourrait être due à une lésion corticale et celle du larynx à une lésion concomitante de la moelle ou des nerfs périphériques.

Quant à la seconde partie de la phrase, elle montre que MM. Garel et Dor se sont fait une idée absolument erronée de nos opinions sur l'innervation corticale. Nous ne croyons pas qu'une lésion double des centres phonateurs des deux hémisphères puisse déterminer une paralysie laryngée « totale », c'est-à-dire une cessation simultanée des mouvements phonateurs et *respirateurs* des cordes vocales, ainsi qu'ils disent l'avoir observé chez leurs malades. Nous sommes, au contraire, convaincus que les mouvements respiratoires continueraient comme si de rien n'était. Nous allons même plus loin et sommes persuadés que des actes *phonateurs* produits par des causes *réflexes*, comme le rire et la toux, pourraient être exécutés sans difficulté; le seul mouvement complètement aboli dans un cas de ce genre serait le rapprochement *volontaire* des cordes vocales dans le but d'émettre un son.

L'exemple clinique le plus typique de ce que nous désirons faire comprendre est l'aphonie hystérique; dans cette affection, l'influence des centres corticaux est suspendue, et lorsque le malade essaye de parler, l'adduction des cordes vocales est nulle ou incomplète; cependant les mouvements respiratoires s'accomplissent sans difficulté, et l'on perçoit un son dans les efforts de toux et dans le rire. La seule dif-

férence entre cette espèce d'aphonie et les lésions en discussion est simplement celle-ci : dans le premier cas, l'anomalie est fonctionnelle ; dans le second, elle est organique.

Ceci à propos des questions de pathologie, de physiologie et de clinique qui se rapportent directement à notre sujet ; nous ajouterons quelques considérations sur la différence qui existe entre les expériences de M. Masini et les nôtres, car MM. Garel et Dor citent à plusieurs reprises les résultats de M. Masini à l'appui de leurs assertions.

Nous protestons énergiquement contre le reproche qui nous a été fait d'avoir passé sous silence les expériences de M. Masini, bien qu'elles méritassent d'être connues. Il semblerait d'après cela que nous les ayons passées volontairement sous silence. C'est la seconde fois que nous sommes attaqués (1), parce que, dans notre communication préliminaire, nous n'avons donné que les résultats obtenus par nous, sans mentionner les travaux de nos prédécesseurs et de nos contemporains. Il est évident qu'on comprend mal parfois la portée et le but d'une communication « préliminaire », et nous déclarons de nouveau de la façon la plus positive qu'il n'est pas, selon nous, d'usage d'entrer dans des détails historiques lorsqu'une communication quelconque a simplement le caractère d'un travail préliminaire. Il va sans dire que nous avons toujours eu l'intention de rendre ample justice à ceux qui ont entrepris des recherches analogues aux nôtres en publiant nos résultats en entier.

Quant aux expériences de M. Masini, nous nous bornerons à dire que les résultats obtenus par lui et mentionnés par MM. Garel et Dor nous paraissent absolument inexplicables. Nous ne pensons pas que le nombre même des expériences faites par tel ou tel auteur soit un argument décisif lorsqu'il s'agit de déterminer le degré d'exactitude de leurs opinions respectives ; cependant nous avons excité la zone de la phonation un très grand nombre de fois chez divers animaux placés sous l'influence de différents anesthésiques ; nous

(1) *Berliner klinische Wochenschrift* et *British medical Journal*. Janvier et février 1890.

avons fait varier la force du courant depuis le plus faible jusqu'au plus fort, et nous avons répété récemment nos expériences dans le but spécial de contrôler les recherches de M. Masini; mais nous n'avons jamais obtenu le même résultat que lui, et nous ferons observer, en terminant, que ce fait ne nous a pas surpris; le contraire serait, *a priori*, très étonnant, si l'on considère que l'action des cordes vocales chez l'homme et chez les animaux est absolument bilatérale.

Des expériences subséquentes seront, nous l'espérons, entreprises indépendamment dans le but de résoudre cette question. En attendant, nous croyons pouvoir affirmer que le résultat des expériences physiologiques et de l'observation clinique ne concorde nullement avec l'opinion de MM. Garel et Dor, d'après laquelle la paralysie totale (phonation et respiration) d'une corde vocale peut être déterminée par la destruction du centre laryngé du côté opposé.

IV

A PROPOS DU CENTRE CORTICAL MOTEUR DU LARYNX

(RÉPONSE A MM. SEMON ET HORSLEY)

Par MM. GAREL et DOR.

Nous nous empressons de répondre aux objections formulées par MM. Semon et Horsley au sujet de notre récente publication.

MM. Semon et Horsley affirment à nouveau que nos observations cliniques, la seconde comme la première, sont fausses, par cette simple raison qu'elles ne justifient pas complètement le résultat de leurs expériences sur les animaux. Les deux autopsies, à leur avis, sont incomplètes,

parce qu'il n'y a pas d'examen microscopique du bulbe. Nous soutenons qu'un tel examen n'était nullement nécessaire. Le bulbe, dans les deux observations, n'a pas présenté la moindre lésion macroscopique, et comme dans les deux cas les lésions consistaient en lésions de ramollissement, nous n'aurions pas omis de voir de telles lésions.

MM. Semon et Horsley parlent de la possibilité de lésions très minimes du bulbe, produisant des paralysies laryngées, lésions que l'on ne peut reconnaître sans examen microscopique. Ils disent que de semblables conditions se sont produites, et ils citent comme exemple le cas de Byron Delavau. L'exemple est mal choisi, à notre avis, car, dans ce cas, il s'agissait d'une paralysie datant de plusieurs années, paralysie associée avec d'autres paralysies, le tout relevant de lésions cérébrales multiples. Dans notre deuxième observation, il n'y avait qu'une seule paralysie très récente; cette paralysie coïncidait avec une seule lésion cérébrale; il était donc logique de conclure, d'autant plus que la lésion était récente également et de nature embolique, comme nous l'avions fait prévoir. Avec une semblable manière d'interpréter, on pourrait nier toutes les lésions bulbaires en objectant que toute l'écorce cérébrale n'a pas passé par la lame du microtome.

MM. Semon et Horsley nous prient d'expliquer pourquoi, dans nos deux cas, la corde restait en position cadavérique, et, à ce sujet, ils nous reprochent de ne pas parler des deux fonctions si différentes du larynx : la phonation et la respiration. Nous leur ferons remarquer que nous n'avons pas eu la prétention un seul instant de trancher cette question. Nous citons des faits cliniques en signalant les symptômes. La corde était en position cadavérique, nous n'avons rien dit de plus. Nous n'avons pas cherché à élucider la question des rapports entre les centres phonateurs volontaires et les centres respiratoires automatiques; nous n'avons pas davantage soulevé l'hypothèse de centres corticaux bulbaires. Nous avons simplement dit qu'une lésion corticale ou intracérébrale de siège déterminé peut cliniquement produire la

position cadavérique de la corde vocale du côté opposé. Pour nous, c'est un fait certain.

Nous le répétons, les cas d'hémiplégie totale avec hémiplégie laryngée du même côté se multiplieront dès que l'examen laryngoscopique sera pratiqué d'une façon plus générale. Et pour expliquer ces cas, il ne sera nullement nécessaire d'avoir en même temps une lésion corticale et une lésion bulbaire, comme le veulent MM. Semon et Horsley.

Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que nos conclusions sont appuyées sur les expériences de M. Krause et de M. Masini. MM. Semon et Horsley déclarent nettement que les résultats obtenus par Masini sont inexplicables, par cette seule raison qu'ils n'ont pu les reproduire. Physiologiquement, cela ne peut-être un argument, d'autant plus que les expériences de M. Masini ne détruisent pas les conclusions de MM. Semon et Horsley, elles les complètent. Comme les expérimentateurs anglais, Masini a démontré l'action bilatérale d'un seul centre; mais il a prouvé, en outre, l'action croisée de ce centre. D'après cet auteur, si l'on excite le centre laryngé avec un courant très faible (à peine sensible sur la pointe de la langue), on produit l'adduction de la corde vocale du côté opposé. On obtient de même la paralysie de la corde du côté opposé au centre détruit.

Quant à nous, placés entre des expérimentateurs de mérite incontestable, nous ne pouvons moins faire cependant que de nous ranger du côté de ceux dont les expériences donnent des résultats plus complets, concordant avec l'observation clinique.

Nous espérons que, dans un avenir plus ou moins rapproché, d'autres observations viendront à l'appui de nos conclusions. Nous souhaitons que nos distingués confrères, qui ont entrepris avec ardeur d'élucider cette question expérimentale, arrivent à des conclusions uniformes pour trancher définitivement ce point délicat de la physiologie laryngée.

V

MANIFESTATIONS LARYNGIENNES
ET PHARYNGIENNES DE L'INFLUENZA

Par le Dr **Paul KOCH**, de Luxembourg.

La grande variété des formes présentées par l'influenza explique suffisamment la fréquence des lésions observées dans les différents organes. Ces troubles locaux prédominent souvent dans le tableau symptomatique de l'affection générale, et il est bon de les connaître, tant pour compléter la symptomatologie que pour ne pas se méprendre sur leur importance réelle. Leur pronostic, dans ce cas, n'est pas aussi grave que quand ils ont une autre origine ; ils semblent guérir tout simplement par l'expectation et le traitement symptomatique ; leurs formes variées, leur disparition graduelle et spontanée, la convalescence si lente des malades nous prouvent que l'influenza est une maladie bactérienne, bien que le microbe ne soit pas encore découvert. Sous ce rapport, notamment par l'instabilité et la diversité des symptômes locaux, l'influenza ressemble au typhus qui, lui aussi, se manifeste sous les formes les plus diverses, bien que toutes ses formes ne représentent qu'une seule et même infection ; ce caractère a donné lieu aux dénominations de laryngotyphus, de bronchotyphus, de pneumotyphus, de névrotyphus, de typhus cérébral, de typhus abdominal. Le microorganisme de l'influenza provoque donc dans l'économie un changement morbide sous l'influence duquel se forme un poison, une ptomaine ou toxine, laquelle produit seulement les symptômes caractéristiques si variés de l'influenza. Si l'on veut faire une classification, naturellement artificielle et incomplète comme toutes les classifications, des symptômes le plus régulièrement observés, on peut distinguer : 1° une forme gastrique avec ses symptômes gastro-intestinaux pré-

dominants et sa durée la plus longue; 2° une forme nerveuse caractérisée par des maux de tête, des névralgies, des douleurs musculaires, des paralysies de courte durée; c'est elle qui prouve le mieux le caractère infectieux de l'épidémie actuelle; 3° la forme respiratoire qui atteint surtout aux premières voies aériennes; c'est elle qui fournit les affections prononcées et primitives du nez et du pharynx, les laryngotrachéites rebelles, les bronchites capillaires et les pneumonies catarrhales, affections qui font beaucoup de victimes, notamment si les personnes atteintes présentent déjà des affections pulmonaires ou cardiaques antérieures. Les lésions des premières voies respiratoires, soit qu'elles surgissent au début de la maladie, soit qu'elles se montrent seulement après la disparition de la fièvre, doivent être regardées non comme des complications, mais plutôt comme des manifestations normales d'une épidémie zymotique bénigne ou grave, selon le milieu, l'âge, les circonstances concomitantes, à l'exemple des grandes épidémies classiques qui se déversent sur nos contrées sous forme de pandémies caractérisées par des symptômes inaccoutumés.

C'est pour la septième fois dans ce siècle que l'influenza frappe l'Europe, nous arrivant chaque fois de la Russie; il est étonnant que dans l'histoire des épidémies antérieures on ait fait à peine mention des affections locales si évidentes du nez, du pharynx et de l'organe vocal. Presque toujours la muqueuse de ces organes est frappée d'emblée, et la propagation s'effectue plus tard seulement sur les organes de l'ouïe et de la vue. Les otites moyennes aiguës d'emblée, beaucoup plus intenses que les otites ordinaires (Braine, Lœvenberg, Gellé, etc.), pouvant progresser jusqu'à l'inflammation hémorragique du tympan (Dreyfuss), tout à fait comme dans un cas de typhus (Politzer), ou dans la variole (Wendt), ces otites idiopathiques sont relativement rares: dans la grande majorité des cas, elles se forment par la propagation de l'inflammation naso-pharyngienne sur la trompe d'Eustache (Glover), comme dans la rougeole (Tobeitz), dans la scarlatine, dans la diphthérie (Burckhardt-Mérian), dans le typhus récurrent (Luchhan). Les affections idiopathiques

de l'organe de la vue sont plus rares encore ; ce n'est que par exception que la conjonctive est frappée d'emblée. L'œdème des paupières semblable à l'œdème palpébral de la trichinose et de la maladie de Bright, la conjonctivite simple ou combinée à l'épisclérite, les rares abcès de la paupière supérieure (Landolt) rappelant les phlegmons de l'érysipèle facial, la parésie du muscle ciliaire (Delacroix), comme dans la diphthérie, ne sont observés qu'après la disparition de la fièvre, et prouvent ainsi la propagation de la maladie du naso-pharynx à l'œil par l'intermédiaire du canal naso-lacrymal.

Si, d'un côté, le naso-pharynx sert de point de départ aux affections des organes de l'ouïe et de la vue, nous voyons la propagation s'effectuer dans le sens inverse vers le larynx, les bronches, les bronchioles et les alvéoles pulmonaires pour engendrer la laryngite, la trachéite, les bronchites simple ou capillaire, les foyers caséeux de la partie dorsale de la base des poumons. Les pneumonies d'emblée, en effet, sont très rares.

Ainsi le naso-pharynx est le point d'origine d'un très grand nombre d'affections locales qui surviennent dans le cours de l'influenza ; il est toujours pris d'emblée, l'inflammation de la muqueuse est bien plus intense que dans le coryza et la pharyngite non infectieuses ; la muqueuse nasale est souvent enflée, au point qu'à bouche fermée on entend le stridor nasal ; on est tenté de croire que le naso-pharynx représente le début de l'infection générale ; les douleurs frontale et pharyngienne qui ne disparaissent pas avec la fièvre, mais qui cessent seulement avec le dégonflement des muqueuses nasale et pharyngienne, semblent confirmer cette opinion.

Ces symptômes exagérés de pharyngite, à défaut d'anamnèse, pourraient faire penser à une manifestation syphilitique ; la muqueuse, d'un rouge violacé et très œdématisée, ressemble assez à l'érysipèle idiopathique de cette région ; à cette occasion, Bouehard et Weichselbaum ont trouvé dans les sécrétions naso-pharyngiennes le streptococcus et le pneumococcus, bactéries caractéristiques de l'érysipèle et de la pneumonie suppurée (Friedlander) ; la luette, rougie, gonflée, souvent déviée par suite d'un œdème unilatéral, peut simuler

un symptôme très connu de l'albuminurie. Cette infiltration œdémateuse s'empare souvent des minces couches musculaires sous-jacentes, notamment de celles du voile du palais; par suite ces muscles infiltrés ne fonctionnent qu'incomplètement, parésie qui dure beaucoup plus longtemps que l'inflammation primitive et qui guérit cependant d'elle-même, sans être traitée spécialement. Je n'ai pas observé de parésie laryngienne ayant pour origine l'inflammation locale, mais la possibilité de ces parésies, suite d'influenza, peut être admise en principe.

Ces paralysies consécutives, qu'il faut regarder comme le produit direct et inévitable d'une inflammation locale, sont la représentation exacte des paralysies plus ou moins complètes qui suivent de près des ulcérations diphthéritiques guéries.

Les lésions des premières voies aériennes dont je viens de parler sommairement doivent être regardées comme les symptômes presque pathognomoniques de l'influenza; il se peut qu'elles soient peu prononcées et qu'elles passent à peu près inaperçues, vu la prépondérance d'autres symptômes, mais elles ne font jamais défaut; leur pronostic est un des meilleurs. Mais les parésies et les paralysies qui se déclarent à une période plus reculée et que l'on ne peut plus regarder comme résultant des inflammations locales sont d'une importance toute autre; leur pronostic n'est plus si favorable; toujours leur durée est très longue malgré le traitement institué. J'ai observé un cas de paralysie symétrique du voile du palais, paralysie qui rendait la déglutition très pénible; le malade, médecin lui-même, est loin d'être guéri; comme l'affection primitive du pharynx n'avait pas été très prononcée et comme cette paralysie ne s'est montrée que pendant la convalescence, il faut admettre une cause générale. Un second cas concerne une enfant âgée de 12 ans qui, après une attaque d'influenza, a gardé une parésie du voile du palais qui rend la voix nasillarde. Un troisième malade, qui fut en proie à une forte attaque d'influenza, est atteinte d'une paralysie incomplète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; le laryngoscope ainsi que les autres symptômes montrent l'image clinique de la paralysie respiratoire de la glotte dont

la gravité est connue; l'affection ne s'est déclarée que peu à peu pendant la convalescence. Ce malade est toujours dans le même état malgré le traitement institué.

Ces exemples de paralysie grave des premières voies aériennes n'ont rien de surprenant, puisque l'influenza est une maladie infectieuse; ils font partie de toute une série d'affections nerveuses graves observées sur d'autres organes, après la disparition des symptômes aigus de l'influenza. C'est ainsi que les auteurs ont observé la paralysie du bras droit (Hench), la paralysie du grand sympathique droit (Holz), la névrite destructive multiple avec ses suites si fâcheuses (Remak), la paralysie du pneumogastrique avec ses conséquences si dangereuses pour les poumons (respiration Cheyne-Stokes) et pour le cœur (arythmie, syncopes mortelles): toute une série de troubles sérieux qui démontrent l'invasion de l'organisme par un poison inconnu, par un microbe non encore découvert, qui fait beaucoup plus de ravages qu'on ne voulait l'admettre au début de l'épidémie.

VI

DE L'EMPLOI DU SALOL CAMPHRÉ CONTRE LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE

Par **H. CUVILLIER**, interne des hôpitaux de Paris
et de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

Dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, la médication antiseptique doit, à l'heure actuelle, sous l'influence de la théorie microbienne, s'imposer au détriment de toutes les autres méthodes, en usage dans ces derniers temps encore, contre les otorrhées. Malheureusement la plupart des substances antiseptiques, successivement employées, ont dû être abandonnées, leur action ne pouvant s'exercer sans irriter violemment la peau du conduit ou la muqueuse tym-

panique, et c'est à l'acide borique, soit en poudre, soit en solution, que l'on est arrivé à donner la préférence. Mais d'une part le traitement par les poudres présente de graves inconvénients, et d'autre part l'emploi exclusif des solutions boriquées, dont le pouvoir antiseptique est assez faible, nécessite un traitement extrêmement prolongé.

Des recherches récentes faites par M. Désesquelle, interne en pharmacie à l'hôpital Lariboisière, l'amenèrent à découvrir la propriété de se liquéfier que possèdent le camphre et certains corps de la classe des phénols, quand ils sont mélangés à froid; et il réussit ainsi à produire deux nouveaux antiseptiques, le naphtol camphré et le salol camphré. L'emploi du naphtol camphré s'est rapidement généralisé en chirurgie; les excellents résultats qu'on en obtient dans les otites moyennes suppurées ont été bien mis en lumière dans la thèse de notre ami le Dr Dumont.

Le salol camphré, d'une découverte plus récente, est généralement moins connu; il nous a paru intéressant d'essayer son action contre les suppurations de l'oreille, d'autant plus qu'il présentait sur le naphtol camphré certains avantages, celui, par exemple, d'être moins irritant. Nous avons obtenu, même dans des cas invétérés des guérisons si rapides et si complètes que nous avons cru utile de publier les résultats de ce nouveau mode de traitement.

II

Le salol camphré a été signalé en 1888 par M. Désesquelle, qui en a donné en 1889, dans le *Mémorial thérapeutique*, son mode de préparation.

Prendre 30 grammes de salol, les mélanger avec 20 grammes de camphre; pulvériser finement chaque substance; chauffer doucement le mélange jusqu'à fusion complète; n'ajouter ni alcool ni eau; filtrer et conserver le liquide obtenu dans des flacons en verre jaune, hermétiquement bouchés; sans quoi il se volatilise et s'altère.

En se basant sur les lois de la thermochimie et les pro-

priétés physiques du salol camphré, on peut le considérer comme une combinaison moléculaire.

Des deux corps qui entrent dans sa composition, l'un, le camphre, est trop connu pour que nous y insistions; c'est le camphre dextrogyre ou camphre du Japon, extrait du *laurus camphora* et rangé dans la classe des carbonyles par Berthelot. D'après Wiedemann, Meyer et Schneideberg, ils'oxyde dans l'économie et s'assimile les éléments de l'acide glycuronique; l'acide camphoglycuronique ainsi formé est éliminé par les reins à l'état libre ou associé à l'urée.

Quant au salol ($C^{13}H^{10}O^3$), il a été préconisé pour la première fois en France par MM. Périer et Patein, comme substance antiseptique capable de remplacer l'iodoforme en chirurgie (*Revue de chirurgie*, 1887); appelé aussi salicylate de phényle, éther phénylsalicylique, il a été préparé en 1883 par le professeur Nencki, de Berne. Il résulte de la substitution dans l'acide salicylique du radical phényle à un atome d'hydrogène.

Il cristallise en prismes orthorhombiques fondant vers 42° , insolubles dans l'eau, solubles dans l'éther, le chloroforme, la benzine, l'essence de thérébentine, les huiles fixes et volatiles, peu solubles dans l'alcool.

M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, a fait sur l'élimination du salol dans l'économie des recherches d'où il résulte que le salol appliqué sur les plaies passe dans le sang et s'y dédouble par hydratation en ses générateurs, sous l'action de l'alcalinité du sang. L'acide salicylique produit se transforme en acide salicylurique, de la même manière que l'acide benzoïque se transforme en acide hippurique.

Il est facile de constater la présence de l'acide salicylurique dans l'urine au moyen des sels ferriques qui donnent une belle coloration violette. On peut aussi avoir recours au procédé indiqué par M. Yvon, qui consiste à ajouter à l'urine environ 1 0/0 d'acide chlorhydrique et à agiter avec de l'éther dans un tube à essai. Cet éther se sépare en dissolvant l'acide salicylurique mis en liberté par l'acide chlorhydrique. On place dans un verre à pied une solution étendue

de perchlorure de fer, puis, au moyen d'un tube effilé, on décante l'éther qui surnage au-dessus de l'urine, et on le fait couler à la surface de la solution de perchlorure. A mesure que l'éther, en s'évaporant, abandonne de l'acide salicylique, il se développe une belle coloration violette à la surface de séparation. Dans la plupart des cas, on retrouve l'acide salicylique dans les urines deux heures après le pansement, et si la dose est suffisante on peut le retrouver pendant les huit jours qui suivent.

On se trouve ainsi en présence d'une action antiseptique locale et générale prolongée, qui permet de supposer que l'emploi du salol camphré pourra empêcher les inoculations secondaires et les récidives si fréquentes dans les otorrhées. Le salol camphré, en effet, se comporte vis-à-vis des plaies comme si le salol et le camphre étaient isolés, et pour s'assurer de son absorption et de son élimination, il faut pratiquer la recherche du salol dans l'urine, selon les procédés rappelés plus haut.

Les propriétés du salol camphré sont celles communes en général aux autres phénols camphrés. C'est un liquide onctueux au toucher, incolore, très dense, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, très soluble dans l'éther, le chloroforme, les huiles fixes ou volatiles, mauvais conducteur de la chaleur et de l'électricité. Exposé à l'air libre, il se décompose, mais bien plus lentement que le naphtol camphré. Le camphre se volatilise et le salol se dépose en magnifiques cristaux; sous l'action de la lumière, il se colore; d'où la nécessité que nous avons indiquée plus haut de le conserver dans des flacons bouchés à l'émeri et en verre jaune pour le soustraire à l'action des rayons chimiques.

Le salol camphré dissout l'iode en assez forte proportion, et un grand nombre de corps organiques, tels que les alcaloïdes du quinquina, le chlorhydrate de cocaïne, les phénols et leurs dérivés, le chloral hydraté, etc.

Le fulmicoton immergé dans le salol camphré s'y gonfle peu à peu et donne par agitation du mélange une pâte d'aspect visqueux, présentant l'apparence du collodion. Ce mélange, découvert aussi par M. Désesquelle et auquel il a

donné le nom de *celluloïd salolé* se transforme par suite de l'évaporation du camphre en un vernis transparent solide et très adhérent, qui peut remplacer avantageusement le collodion.

III

Le pansement au salol camphré trouve son indication dans tous les cas où il y a suppuration de l'oreille, que l'on ait à traiter une otite externe ou une otite moyenne, que l'affection soit aiguë ou chronique.

Pour l'appliquer il faut au préalable nettoyer le conduit auditif par une injection boriquée tiède poussée doucement, que l'on se trouvera bien de faire précéder d'une douche d'air, dans les cas où on a affaire à une suppuration de la caisse.

Puis on achève de débarrasser le conduit du pus qui pourrait s'y trouver, en séchant avec du coton antiseptique.

On prend alors une petite tige à oreille, coudée à angle obtus, de façon que la main qui tient l'instrument n'intercepte pas les rayons lumineux, pouvant se monter sur un manche ou terminée par une petite plaquette permettant de saisir plus facilement l'instrument entre le pouce et les deux premiers doigts. A l'extrémité opposée, légèrement renflée, on roule un petit tampon de ouate hydrophile que l'on a soin de ne serrer que très légèrement ; puis, on le trempe dans la solution de salol camphré, jusqu'à ce qu'il soit complètement imbibé. On le retire, en l'exprimant par pression sur les parois du flacon. A l'aide du spéculum et du miroir frontal, on l'introduit dans le conduit, et se servant d'une autre tige qui maintient le coton dans l'intérieur du spéculum, on retire la première sur laquelle il était monté et on le pousse dans le fond de l'oreille de façon à le mettre en contact avec toutes les parties suppurantes. Par-dessus ce tampon, on applique de la ouate antiseptique ordinaire, de manière à fermer l'orifice même du conduit.

On doit avoir soin de rouler un tampon d'une dimension

telle qu'on puisse l'introduire sans efforts à travers le spéculum et qu'en même temps le malade puisse le retirer facilement. Il faut, en effet, recommander au malade de l'enlever le soir même ou vingt-quatre heures après au plus tard.

Dans les cas où la suppuration est très abondante et se reproduit avec une grande rapidité, il est de toute nécessité de ne pas emprisonner le pus dans la caisse, de façon à éviter la douleur et même les accidents plus graves qui en pourraient résulter.

Le pansement au salol camphré doit être appliqué par le médecin tous les deux jours ; dans l'intervalle on recommandera au malade de faire plusieurs fois par jour, selon que la suppuration est plus ou moins abondante, des injections boriquées tièdes avec une solution à 2 0/0.

À côté de ce traitement local et comme adjuvant, on devra, s'il y a lieu, instituer un traitement général en rapport avec chaque cas particulier, et, en même temps, point sur lequel nous insisterons, tenir grand compte de l'espace naso-pharyngien. Il faudra rechercher et traiter toutes les manifestations inflammatoires qui peuvent s'y rencontrer et non seulement entretenir, mais souvent produisent l'écoulement, telles que végétations adénoïdes, rhino-pharyngite chronique, hypertrophie des amygdales, etc.

Nous savons, en effet, d'après les travaux de M. Netter sur les suppurations de l'oreille, que les microbes pathogènes, streptocoques, pneumocoques, microcoques de Friedländer, staphylocoques, se rencontrent même chez des sujets sains dans les fosses nasales, dans le pharynx, dans les cryptes amygdaliennes. Il faut donc insister auprès des malades sur la nécessité de faire une antisepsie rigoureuse du nez et du rhino-pharynx, et le meilleur moyen pour arriver à ce but est de prescrire des irrigations nasales boriquées, répétées plusieurs fois par jour, à l'aide du siphon.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I. — F..., 34 ans, vient à la clinique le 12 avril 1890. Son oreille droite coule depuis l'enfance ; douleurs

vives dans la tête du même côté. Pas de bourdonnements, pas de vertiges. Le tic tac de la montre n'est perçu qu'au contact.

Examen. — Pus dans le conduit. Lavages boriqués. On voit alors le tympan entièrement détruit. La caisse est rouge, tuméfiée.

Pansement au salol camphré. Lavages boriqués deux fois par jour.

15 avril. — Écoulement presque tari.

17 avril. — Écoulement entièrement disparu. Plus de douleurs.

OBSERVATION II. — C. . . , 57 ans, se présente le 12 avril 1890. Est malade depuis un mois. Début par douleurs et bourdonnements. Écoulement léger à droite. Bourdonnements fréquents. Pas de vertige. Douleurs violentes, surtout la nuit.

Audition de la montre au contact à droite; 0^m,50 à gauche. Normale à l'apophyse mastoïde.

Examen. — Conduit rouge, tuméfié, notablement rétréci à droite. Tympan terne, dépoli.

A gauche, sclérose légère du tympan.

Pansement au salol camphré. Lavages boriqués tous les deux jours deux fois.

15 avril. — La douleur a diminué.

17 avril. — Bourdonnements très prononcés à droite. Douleur persiste. Écoulement encore appréciable.

19 avril. — Plus d'écoulement. Le rétrécissement du conduit a notablement diminué.

24 avril. — Écoulement totalement disparu. Douleur persiste derrière l'oreille droite.

OBSERVATION III. — D. . . , 13 ans, vient le 5 avril 1890. Écoulement, depuis l'âge de 8 ans, de l'oreille gauche. Pas d'eczéma.

Audition de la montre 0^m,80 à droite; au contact à gauche.

Pas de douleur; pas de bourdonnements; pas de vertiges.

Examen. — Écoulement abondant; pus mêlé de sang, à gauche. Lavages boriqués.

On voit alors le conduit à moitié rempli de masses végétantes. Le tympan est entièrement détruit. La muqueuse de la caisse est rouge, végétante.

Pansement au salol camphré. Lavages boriqués.

12 avril. — L'oreille ne coule plus. On trouve sur le fond de la caisse du pus concrété que l'on ramène avec la ouate.

La muqueuse apparaît alors rosée. Végétations considérablement diminuées.

17 avril. — L'écoulement est tari. On ne trouve plus de pus dans l'oreille.

22 avril. — Écoulement entièrement disparu. Végétations affaissées.

OBSERVATION IV. — A..., 7 ans, vient le 30 mars. L'oreille droite coule depuis deux ans, à la suite de la rougeole. Douleurs assez vives; écoulement intermittent (pus fétide mêlé de sang). Tempérament lymphatique nettement accentué : végétations adénoïdes. Ablation sous le chloroforme.

A la suite de l'opération, écoulement notable de l'oreille droite; douleurs dans l'oreille gauche et bourdonnements.

4 avril. — Écoulement purulent bilatéral. Douleurs intermittentes. Lavages boriqués.

Tympan droit entièrement perforé. Il ne reste plus qu'une minime portion de la partie supérieure.

A gauche, perforation sous-ombilicale.

Pansement au salol camphré. Lavages boriqués. Irrigations nasales.

8 avril. — Même état.

10 avril. — Même état. A droite, écoulement légèrement sanguinolent.

12 avril. — Écoulement notablement diminué des 2 côtés. Toujours un peu de sang à droite.

15 avril. — *Idem*.

19 avril. — Écoulement tari à gauche; très faible à droite.

21 avril. — Écoulement entièrement disparu des 2 côtés.

OBSERVATION V. — G..., 12 ans, se présente le 29 mars.

Début par mal de gorge, il y a 15 jours. Puis douleurs d'oreille, il y a 6 jours à droite, il y a 2 jours à gauche. L'apparition de l'écoulement a coïncidé avec les douleurs. Au litiion de la montre au contact des 2 côtés.

Examen. — Pus des 2 côtés dans le conduit. Atrésie notable à gauche. Lavages boriqués.

Tympan droit fortement congestionné, bombé; plus de triangle lumineux.

Tympan gauche rouge à la partie supérieure; recouvert de pus à la partie inférieure.

Rhino-pharyngite. Hypertrophie des amygdales.

Pansement au salol camphré. Injections boriquées dans l'oreille. Gargari-smes au b'rate de soude; irrigations nasales boriquées.

1^{er} avril. — Écoulement notablement diminué, presque nul. Entend mieux.

3 avril. — Audition de la montre 0^m,40 à droite, 0^m,50 à gauche. Un peu de pus seulement à gauche; rétrécissement notablement diminué. Congestion des tympans beaucoup moins vive.

5 avril. — Audition revenue normale. Écoulement entièrement tari des 2 côtés.

OBSERVATION VI. — Q..., 6 ans, se présente à la clinique pour des troubles dus à la présence de végétations adénoïdes considérables: respiration difficile par le nez; ronflement pendant le sommeil, qui se fait la bouche ouverte. Diminution progressive de l'audition depuis 6 mois. Mal de gorge depuis 8 jours; hypertrophie des amygdales notable surtout à gauche.

Le 24 et le 27 mars, ablation de masses adénoïdes considérables avec la pince de Lœwenberg. Irrigations nasales boriquées; à la suite de la 2^e prise, fièvre, douleur vive dans la région du cou et du côté des oreilles.

6 avril. — Écoulement de l'oreille droite.

10 avril. — Pus dans le conduit. Lavages boriqués. Perforation du tympan en avant du mar'teau; le reste de la membrane est rouge et desquamé.

Pansement au salol camphré. Lavages boriqués.

73 avril. — Écoulement notablement diminué à droite. Douleurs et dureté de l'ouïe à gauche; bains boriqués.

15 avril. — Écoulement tari à droite. Entend bien de l'oreille gauche; plus de douleur.

OBSERVATION VII. — G..., 15 ans. Vient le 20 mars 1890. Écoulement des deux oreilles, depuis 6 mois à droite, depuis un mois à gauche. Bourdonnements et douleurs par moments à gauche. Audition 0^m,05 à droite, 0^m,25 à gauche.

Tempérament strumeux. Masses adénoïdes dans le rhinopharynx.

Examen. — Pus dans le conduit, qui est rouge des 2 côtés. Lavages boriqués. Tympan gauche perforé dans sa plus grande partie. Il ne persiste plus qu'en haut un segment de la mem-

brane, où on retrouve, sous forme d'un point blanchâtre saillant, l'apophyse externe du marteau.

Végétations assez volumineuses à la partie postéro-inférieure de la caisse.

A droite, vestiges rouges du tympan à la partie supérieure. dans lesquels on retrouve l'apophyse externe du marteau. Pus concrété dans la caisse.

Pansement au salol camphré. Injections boriquées.

25 mars. — Écoulement notablement diminué des 2 côtés.

1^{er} avril. — Audition améliorée.

Le malade n'a pas enlevé son coton à gauche depuis l'avant-veille. Cependant, pas de douleurs, et derrière on trouve très peu de pus. Les végétations ont considérablement diminué.

1^{re} prise de végétations adénoïdes avec la pince de Læwenberg. Irrigations nasales.

5 avril. — Va tout à fait bien. Écoulement très faible des 2 côtés. Audition presque normale.

8 avril. — Attouchement des végétations de l'oreille gauche avec le nitrate d'argent.

10 avril. — Écoulement presque nul à droite; très léger à gauche. Les végétations ont presque complètement disparu.

2^e prise de végétations adénoïdes. Peu de chose, sauf à gauche.

12 avril. — Écoulement tari à droite.

22 avril. — Écoulement complètement tari des 2 côtés. Les végétations ont disparu à gauche; le fond de la caisse est sec, sclérosé.

OBSERVATION VIII. — G..., 14 ans. Vient le 17 avril à la clinique. Pas de gourme dans l'enfance. Écoulement depuis 7 ou 8 ans à droite. Audition, 0,02 à droite; 0,20 à gauche.

Pas de douleurs; pas de bourdonnements; pas de vertiges.

Examen. — Pus dans le conduit à droite. Lavages boriqués. Tympan détruit dans toute sa portion sous-ombilicale. Pansement au salol. Lavages boriqués.

22 avril. — Écoulement a notablement diminué.

24 avril. — Écoulement presque complètement disparu.

(En traitement.)

OBSERVATION IX. — H..., 4 ans, vient le 17 avril. Depuis 18 mois, écoulement de l'oreille droite. Pas de bourdonne-

ments, ni de vertiges; douleurs par moments. Audition 0-,10 à droite; 0-,50 à gauche.

Examen. — Conduit considérablement rétréci à droite; pus. Pansement au salol camphré. Lavages boriqués.

22 avril. — Écoulement à peu près stationnaire.

24 avril. — Écoulement notablement diminué.

(En traitement.)

VII

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MANUEL OPÉRA-TOIRE DE LA TRACHEOTOMIE CHEZ L'ADULTE,

Par **J. GLOVER** (interne provisoire des hôpitaux de Paris).

En abordant une fois de plus un sujet si souvent traité, nous ne nous proposons pas de révéler un procédé nouveau. Nous désirons seulement insister sur quelques particularités du mode opératoire de la trachéotomie chez l'adulte. Ces particularités, nous le répétons, répondent à un certain nombre de moyens chirurgicaux aujourd'hui connus de tous les opérateurs, mais non intercalés avec assez d'ordre, peut-être, pour pouvoir en tirer tout profit, dans les différents temps de la trachéotomie.

Durant toute cette année, que nous terminons à regret, chez notre excellent maître M. le Dr Gouguenheim, nous avons eu bien souvent l'occasion de nous rendre compte, sur son observation, pendant les trachéotomies auxquelles nous avons assisté comme aide ou que nous avons l'avantage de faire sous ses yeux, des faits dont nous voulons parler.

Dans le but d'obtenir une hémostase continue et complète pendant toute la durée de l'opération, quelques opérateurs mettent aujourd'hui en pratique la trachéotomie au thermo-cautère.

Elle a le défaut d'être suivie d'une plaie laide et irrégulière, et l'élimination future des œschares demande une constante surveillance. Elle a la qualité de fournir l'hémostase complète recherchée. Nous employons dans le service de notre maître la sonde cannelée surtout, le thermo cautère quelquefois et, d'une façon spéciale, le bistouri un instant au début pour l'incision de la peau et un instant à la fin pour la ponction de la trachée.

Une condition qui nous semble presque essentielle pour pouvoir agir comme nous l'indiquerons est d'avoir le temps. Il faut que ce ne soit pas une trachéotomie d'urgence absolue que l'on ait à faire, car alors nos quelques remarques n'auront plus rien de pratique. Le manuel opératoire que nous allons décrire correspond à une opération lente. Toutefois nos opérés ne sont jamais restés sur la sellette pendant un temps exagéré; la durée de l'opération a toujours oscillé entre cinq minutes et un quart d'heure. Par le fait même de la lenteur avec laquelle on sera obligé d'opérer, on pourra songer constamment à observer une antiseptie rigoureuse.

PREMIER TEMPS. — L'asepsie du champ opératoire une fois établie et le malade placé dans la position classique que nous n'avons pas à décrire, on pratique *dans un premier temps* l'incision cutanée au bistouri droit, comme dans toute trachéotomie, mais en laissant immédiatement intactes les couches sous-cutanées. On aura soin de ne pas redouter la prolongation en bas de l'incision superficielle. Nous pratiquons de coutume une incision partant du tubercule cricoïdien, d'une évaluation centimétrique très variable, mais assez longue pour permettre d'évoluer avec facilité profondément dans la plaie. Nous sommes même obligés de toujours placer ensuite un ou deux points de suture dans la partie inférieure au-dessous de la canule.

DEUXIÈME TEMPS. — Ceci fait, mettant de côté le bistouri, pour la fin de l'opération, on prend en main la sonde cannelée. Cette sonde cannelée doit être assez longue pour

qu'on puisse la tenir solidement, assez résistante pour ne pas se tordre avec facilité, comme presque tous les instruments de cette sorte, enfin bien mousse sur ses bords, de façon à déchirer sans couper, et un peu en pointe à son extrémité. Avec cette sonde cannelée, *dans un second temps*, on lacère les couches cellulo-graisseuses sous-cutanées, en écartant les veines, s'il en existe; on tente de déchirer lentement, sans brusquerie, l'aponévrose cervicale superficielle, peu résistante. On fait de même pour l'aponévrose moyenne, plus tenace, et qu'on entame difficilement. Si la déchirure simple de ces aponévroses paraît impossible, on les charge sur la sonde cannelée, par petits lambeaux, en pratiquant des boutonnières étagées, et on effectue la section au thermo-cautère porté au rouge sombre. On a écarté avec soin des portions d'aponévroses chargées sur la sonde, les veines jugulaires antérieures superficielles ou profondes, ou encore l'artère thyroïdienne, si on trouve ces vaisseaux en chemin. Pendant la lacération des tissus fibreux aponévrotiques, il suinte à peine quelques gouttes de sang qu'un tampon appliqué en compression étanche en quelques instants.

Le champ opératoire est exsangue. Par instant, on a soin d'explorer avec la pulpe de l'index droit, pour savoir où en est la section des aponévroses. Celle-ci doit commencer au-dessus du cricoïde et être juste assez large pour loger la pulpe de l'index, c'est-à-dire pour loger amplement le calibre de la canule. Nous recommandions plus haut une large incision à la p au. On comprend aisément maintenant qu'il doit être beaucoup plus facile de déchirer suffisamment les aponévroses dans une plaie en entonnoir où l'on a de la place, que dans une plaie en puits. On termine enfin ce deuxième temps en écartant les muscles sur la ligne médiane, on dénude entièrement la trachée. Pour tout cela, rien de particulier.

TROISIÈME TEMPS. — *Dans un troisième temps*, après avoir étanché la plaie à peine humide, on ponctionne la trachée, dans laquelle ne doit presque pas pénétrer de sang, si l'opération a pu être faite en suivant ces préceptes. On introduit

la canule sur l'ongle de l'index droit qui écarte, en les déprimant, les deux lèvres de la plaie trachéale. Nous plaçons d'habitude sur la commissure inférieure des lèvres de la boutonnière aponévrotique une branche de l'écarteur de Farabeuf, que l'on retire avec dextérité au moment de l'introduction de la canule. Ainsi, on limite en bas la course du bistouri redoutable dans cette direction.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est encore plus simple, au point de vue hémorragique, à faire par cette méthode que la trachéotomie sous-cricoïdienne. Quant à la trachéotomie inférieure, elle présente de grandes difficultés, aussi bien au bistouri qu'en usant de la sonde cannelée. La préférence pour ce dernier instrument est donc tout indiquée, puisqu'il met presque sûrement à l'abri du danger d'hémorragie.

Chez l'enfant, la trachéotomie à la sonde cannelée uniquement est extrêmement simple et assez rapide, vu le peu de résistance des aponévroses. Toutefois, l'hémorragie étant ici moins à redouter et moins gênante que chez l'adulte, l'opération au bistouri est très couramment préférée, avec raison, pour sa plus grande rapidité.

En somme, les avantages qui peuvent être retirés de l'emploi méthodique et presque exclusif de la sonde cannelée et du thermocautère méritent de ne pas être dédaignés, puisqu'ils consistent à fournir une hémostase complète et permanente pendant la durée totale de l'opération, ce qui, diminuant les périls de cette intervention, simplifie en même temps l'exécution d'une trachéotomie chez l'adulte.

VIII

RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr SÉNAC-LAGRANGE

I

Le physiologisme de la fonction auditive comporte un certain nombre d'éléments qui, ensemble, établissent l'acuité auditive. L'affaiblissement et l'altération fonctionnelle en lesquelles se résume toute surdité physiologique et morbide se jugent par la perte d'un ou de plusieurs de ces éléments.

Enregistrons d'abord la notion de bruits et de sons dont le tic tac de la montre et le diapason nous offrent un exemple particulièrement adapté à l'examen de la fonction.

Dans la voix parlée, notons la voix murmurée, et de même que dans la voix chantée, reconnaissons en elle des notes élevées, moyennes et basses. A tenir compte, dans les deux, des sons fondamentaux et des notes harmoniques, etc.

Sont ensuite à fixer les sons limites compris entre 15,000 et 30,000 (Galton), 40,000 (Preyer), 50,000 et même 60,000 vibrations (Turnbull). Ce qui n'empêche qu'il y ait même des cas de surdité physiologique pour des sons de 5 et 6,000 vibrations (1); en d'autres termes, la limite de perception est toute individuelle.

En face des problèmes d'ordre morbide que nous livre l'étude des maladies de l'oreille, provoquer le physiologisme, c'est-à-dire le rendre sensible, l'analyser, le modifier, pour avoir la notion de son mécanisme et de la façon dont il est troublé par la maladie, ainsi que du pronostic qu'il commande, est la méthode la plus naturelle et la plus pratique.

Aussi quelques expériences destinées à servir de point de repère demeurent-elles classiques.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XV, p. 103.

La première est connue sous le nom d'*épreuve à pressions centripètes*. Si, au moyen d'un ballon de caoutchouc adapté par un tube de même nature à l'oreille d'un sujet, « on presse doucement et par intervalles la membrane du tympan, alors que le diapason sonne sur le vertex, on constate à chaque pression sur la poire une atténuation brusque du son crânien, laquelle cesse avec la poussée. »

Par le fait de la pression transmise, la platine de l'étrier subit un léger déplacement vers le labyrinthe, et la pression sur le contenu labyrinthique qui en résulte paraît être la cause de cet affaiblissement de la sensation (Gellé). Cette atténuation du son est la réaction du nerf labyrinthique (1).

L'autre oreille ressent également, et dans le même temps, le phénomène. C'est-à-dire qu'en agissant sur l'une on agit sur l'autre. Même observation pour l'état pathologique où le traitement d'une oreille réagit favorablement sur l'autre, tant pour la faculté auditive que pour les sensations subjectives.

L'expérience conclut donc à l'existence simultanée par voie réflexe (2) de contractions énergiques de l'appareil d'accommodation de l'oreille opposée à celle sur laquelle on agit par pression.

« Si l'on place un diapason vibrant sur le sommet du crâne et que l'on bouche du doigt, par exemple, le méat auditif droit, le son est perçu aussitôt à droite exclusivement; de central, il s'est latéralisé: le nerf auditif de ce côté est plus impressionné. » C'est là l'expérience de Weber: elle accuse une modification des conditions conductrices de l'appareil sur lequel on agit.

La seule adaptation au méat soit d'un tube de caoutchouc, si surtout il est bouché à son bord libre, soit de la poire de Politzer, réalise les mêmes conditions de renforcement. Et de même, si, le tube de caoutchouc toujours adapté au méat, le

(1) Cette réaction est tantôt nulle, tantôt normale, tantôt exagérée... Un choc qui refoule violemment le tympan et l'appareil de transmission qui lui fait suite produit des accidents de surdité et de déséquilibre. Experimentalement, une pression en dedans sur la courte apophyse du marteau provoque les mêmes phénomènes... La contraction du muscle tenseur du tympan dans le phénomène d'accommodation pour les sons est l'analogie de cette pression centripète artificielle.

(2) Le centre réflexe serait, de par l'observation clinique, la portion cervicale de la moelle... Le phénomène peut avoir lieu même dans l'anesthésie, à la condition que l'oreille moyenne du côté anesthésié soit saine.

diapason vibre à l'autre extrémité, les vibrations augmentent d'intensité au moindre pincement du tube (1).

La cause du renforcement précité est simple ou multiple, tantôt due à la formation de cavités nouvelles de résonance, tantôt à l'augmentation de tension par la pression digitale, tantôt à l'arrêt du courant sonore. Il est, en effet, expérimentalement démontré qu'une augmentation de tension imprimée aux membranes tendues accroît leur conductibilité, alors qu'une tension faible ou exagérée peut arriver à l'éteindre (2).

Autre expérience physiologique :

« On fait vibrer un diapason, donnant le contre-ut, appliqué sur le crâne jusqu'à ce que le son ne soit plus entendu. Si alors on approche immédiatement les branches du diapason aussi près que possible du méat auditif, le son est entendu de nouveau. C'est l'expérience positive de Rinne. »

Le professeur Gruber (de Vienne) a étendu et perfectionné l'expérience : on bouche l'oreille malade, dès que le diapason est porté du côté du méat auditif, et on applique ce diapason sur le doigt obturateur. Le son est entendu avec plus d'intensité que dans le procédé de Rinne.

En condensant l'air entre le doigt et le tympan, les sons sont transmis renforcés soit aux parois, soit à l'appareil plus spécialement conducteur.

C'est ainsi qu'on peut établir avec certitude l'existence d'une surdité latérale complète.

A l'ordinaire, quand l'expérience de Rinne donne un résultat positif, on admet une lésion de l'oreille interne. Quand le résultat est négatif, on a affaire à une affection de l'appareil de transmission. Rien d'absolu ne peut être affirmé cependant, en

(1) A l'état pathologique, le phénomène pourrait avoir pour cause une hyperesthésie concomitante du nerf acoustique (Steinbrügge). Comment reconnaître cette hyperesthésie? Par la réaction électrique du nerf. Mais il n'y a pas toujours rapport entre l'irritabilité électrique et la perception unilatérale du diapason vertex, qui peut se montrer en dehors de toute irritabilité du nerf. (Gradenigo.)

(2) La clinique nous montre une foule de cas où le son latéralisé par une lésion est mobilisable par l'application du doigt. C'est qui rend du reste le pronostic favorable, l'état pathologique se rapprochant alors de l'état physiologique. Dans la perforation du tympan, le phénomène manque; il réparet lors de sa guérison.

Supposons d'autres conditions, une inflammation tympanique par exemple! La membrane est molle, épaisse, mobile. La pression digitale ne peut rien sur elle, mais latéralise le son du côté opposé. Nouvel exemple du réveil des synergies binauriculaires.

raison de la coïncidence fréquente de lésions de différentes parties de l'appareil auditif (1).

On peut utiliser la *contre-audition* dans l'expérience de Rinne. On appelle *contre-audition* l'audition par une oreille de diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté opposé.

« Quand, sur une personne entendant normalement, on bouche l'un des méats avec du coton et que l'on appuie le diapason perpendiculairement sur l'apophyse mastoïde de l'autre côté, le son passe dans l'oreille bouchée. Si l'on ferme de même l'autre oreille avec du coton ou avec le doigt, il n'y a plus contre-audition. »

Faisons une application du phénomène à l'état pathologique. Supposons un obstacle au passage du son dans l'un des conduits auditifs. Le diapason, placé sur le crâne, est généralement perçu de ce côté. Dans ces conditions, le diapason appuyé sur l'apophyse mastoïde du côté sain est entendu du côté malade, mais la contre-audition cesse après fermeture du méat du côté sain avec le doigt. Le pronostic est favorable.

Ces phénomènes ne sont pas absolus, et le professeur Lucæ, de Berlin, a relevé de nombreux cas où ils sont en défaut. Il a de plus souvent remarqué que le son du diapason vertex est également entendu d'une façon plus intense dans l'oreille malade pour les deux perceptions aérienne et crânienne, etc.

Avec l'âge, la perception auditive diminue, restant toujours, du reste, un fait physiologique. Le tic tac de la montre et le bruit de l'acoumètre, les sons élevés, sont anéantis ou moins nettement entendus que le son de la voix ; le diapason est mieux entendu par l'intermédiaire de l'air ou par l'application sur les os... Il est des perversions de l'audition : les notes sont perçues ou trop haut ou trop bas, etc.

Malgré cet affaiblissement de l'ouïe, le vieillard conserve la puissance de converser et de percevoir nettement le langage articulé par l'appui que se prêtent mutuellement chez lui toutes ses facultés actives, son éducation et l'effort intellectuel qui les accompagne. Il se produit dans ce cas spontanément ce qui se produit expérimentalement dans des conditions morbides. Ces malades, en effet, sourds pour les sons fondamentaux ou sourds à peu près au même degré pour les sons fondamentaux et les harmoniques, n'entendent bien les harmoniques vocaux qu'au milieu du bruit, du tambour, en voiture, en chemin de fer. Là,

(1) *Rev. sc. méd.*, t. XXXI, p. 275.

les grandes amplitudes des vibrations provoquent l'excitation cérébrale des centres acoustiques. Il y a, pour employer l'expression de Mathias Duval, une action dynamogénique générale des centres sensoriels, d'autant plus que l'attention éveillée maintient l'excitation neuro-musculaire comme l'excitation centrale (1).

On a la représentation du phénomène dans l'expérience suivante : un diapason vibre à une oreille ; au moment où les vibrations sont inappréciables, si on approche un second diapason en pleine vibration, les vibrations du premier diapason redeviennent appréciables.

La conservation du langage articulé n'indique donc pas nécessairement des oreilles saines ; mais la perte rapide de perception de tout langage articulé témoigne de l'affaiblissement des facultés cérébrales comme de l'audition.

Pour l'enfant, à l'opposé, l'affaiblissement de l'audition est plus un fait physique ; aussi entraîne-t-elle le plus souvent la perte de la parole elle-même, et avec elle la perte des quelques connaissances légères acquises, des facultés de mémoire, l'arrêt de l'éducation et finalement la déchéance de l'intelligence (surditivité).

Reste à faire l'examen fonctionnel de l'ouïe ; il est d'autant plus important que la recherche de la conductibilité auditive se confond avec la recherche de la perception auditive.

Une oreille saine devant entendre indifféremment tous les sons musicaux ou bruits, il importe d'interroger l'audition sur une échelle de sons, d'avoir plutôt des termes comparatifs que des mesures mathématiques. A ce titre, la montre, le diapason, s'ils ont l'inconvénient d'avoir des sons de hauteur et d'intensité différente, ont un avantage résultant de leur commodité. Ils nous renseignent sur la perception des sons simples qu'ils émettent. De même de l'acoumètre de Politzer (2), qui, construit avec les mêmes matériaux et des pièces de même poids, donne en plus toujours le même son.

Avec l'acoumètre composé de Kessel (3), nous avons une

(1) Quelquefois et du même fait l'association se rencontre plus intime entre l'organe de la vue et de l'ouïe : l'audition d'un son détermine en même temps la perception d'une couleur, d'une image colorée, de forme et de dimension constante pour le même son, etc. (audition colorée).

(2) C'est un petit marteau qui vient frapper sur un cylindre métallique creux.

(3) Appareil composé de languettes métalliques mises en vibration par un cylindre tournant garni de pointes (analogue à l'appareil de boîtes à

échelle de sons imitée de l'échelle des sons de la voix humaine (de 16 vibrations à 4,324).

Les verges vibrantes de König forment une série de sons allant de 27,000 à 100,000 vibrations. L'intervalle entre deux verges mesure 5,000 vibrations.

La voix articulée embrassant huit gammes nous donnerait la meilleure idée de l'acuité auditive, car c'est sa perception surtout qui intéresse le malade (Lichwitz).

Un acoumètre type, en même temps qu'il serait une source sonore constante, devrait donc pouvoir émettre tous les sons et bruits perceptibles à une oreille normale, surtout la parole et ses inflexions.

Le nouveau phonographe d'Edison possède ces dernières qualités les plus essentielles (1).

Le tympan, la chaîne des osselets et la fenêtre ovale ont pour fonction de transmettre au labyrinthe les vibrations que leur envoie l'air extérieur.

De la considération réciproque de la membrane du tympan environ quinze fois plus grande que la fenêtre ovale, du volume plus considérable du marteau et de l'enclume vis-à-vis l'étrier, d'une part; de la considération du poids relatif du liquide labyrinthique et du petit volume des expansions nerveuses dans le liquide labyrinthique d'autre part, il résulte : 1° que les vibrations sonores reçues par le tympan d'une petite force, mais d'une grande amplitude, sont transformées en vibrations d'un même nombre de fois plus de force et d'un même nombre de fois moins d'amplitude (Guerder); 2° que l'appareil de transmission met le labyrinthe à l'abri des ébranlements trop violents que peut subir le tympan; 3° que l'altération de cet appareil a une influence d'autant plus grande sur l'audition que la lésion siège dans un point plus rapproché du labyrinthe. C'est ce que confirme la pathologie.

musique). Ces languettes donnent les sons d'une échelle de 6 octaves, portée jusqu'à 8. On obtient des bruits en mettant simultanément en vibration plusieurs languettes.

(1) C'est un cylindre rotatif sur lequel est adapté un rouleau creux d'une composition analogue comme apparence à de la cire. Sur ce rouleau, mouvementé par un électro-moteur, viennent s'inscrire les oscillations d'une plume-stylet. Les vibrations de la voix mettent en mouvement une membrane, laquelle meut le stylet, et la vibration du stylet s'inscrit sur la cire. Si l'on fait repasser le stylet sur les mêmes points, l'ébranlement du stylet fait vibrer en retour la membrane, laquelle vibration se transmet alors à l'air extérieur en produisant un son identique au son original.

L'examen direct de la membrane et diverses expériences (Kessel) (1) nous montrent que le tympan ne vibre pas uniformément, mais qu'il s'accommode aux diverses vibrations qu'il doit transmettre, par les divers degrés de tension qu'il se donne.

Est-ce parce que le tympan ne vibre pas uniformément, ou que certaines lésions ne gênent que médiocrement ses vibrations? Est-ce parce qu'un physiologisme meilleur du nerf de l'audition se retrouve derrière ces lésions? Il n'en est pas moins vrai que la faculté de perception se conserve entière malgré certaines modifications physiologiques (2) et même pathologiques.

L'absence de reflet normal du tympan dû à des anomalies de courbure, le déplacement, la forme variable, l'absence d'une partie du triangle, pas plus que des modifications inflammatoires plus ou moins aiguës, mais partielles ou chroniques (opacité diffuse, circonscrite, dépôts calcaires), ne diminuent nécessai-

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. III, p. 246.

Soit la division du tympan en haut en trois secteurs : antérieur, médian et postérieur; en bas en deux segments : antérieur et postérieur. Etant donnée une traction sur le muscle interne du marteau, les deux segments inférieurs se dépriment en dedans, le postérieur plus que l'antérieur, les fibres radiales étant ici plus courtes. En haut, le secteur postérieur est plus tendu que les deux autres, l'antérieur plus que le médian, qui conserve le plus de mobilité.

L'action du muscle de l'étrier étant antagoniste, sa traction amène la partie supérieure du tympan en dedans, alors que sa partie inférieure est portée en dehors.

Le tympan est mis en vibration. Les deux segments de la membrane se tendent et se détendent dans les mêmes conditions.

Dans ces conditions, si on exerce une traction sur le muscle interne du marteau, le segment et le secteur antérieur sont arrêtés dans leurs vibrations, les autres ne varient pas.

La traction s'exerce-t-elle sur le muscle de l'étrier? les vibrations se reproduisent en partie dans les segments et secteur antérieurs et augmentent un peu dans les segments et secteur postérieurs, etc.

Donc le muscle interne du marteau affaiblit plus les tons bas que les tons élevés, et accorde le tympan pour ces derniers en agissant sur certaines de ses parties.

L'état morbide légitime ces données expérimentales. Politzer cite le cas d'un médecin atteint de spasme du muscle interne du marteau chez lequel on remarquait pendant les contractions spasmodiques une diminution de la portée de l'ouïe, une audition plus nette du diapason par les os du crâne que par l'oreille; les tons bas paraissent plus étouffés et plus faibles, les tons moyens plus élevés, les tons élevés plus élevés d'un quart de ton.

(2) A la lumière ambiante, l'aspect du tympan est gris bleuâtre; à la lumière artificielle, il apparaît plus lisse, plus rosé, plus translucide.

Du centre de la cloison part un trait de lumière vif, clair, de forme triangulaire, à pointe centrale, à base périphérique. C'est le triangle du tympan, etc.

rement l'audition. On trouve des sujets entendant normalement même avec l'atrophie et les cicatrices du tympan.

Les lésions, sans doute, troublent profondément le physiologisme, qu'elles atténuent plus ou moins. Mais quand elles disparaissent ou que des opérations préviennent leurs effets, ce physiologisme reparait. Il intervient, au surplus, constamment, et se juge par ses qualités en plus ou en moins. Certains faits le mettent plus en évidence : observez plutôt les intermittences de la sensation à la limite de perception d'un bruit, variable du reste individuellement, soit la montre entendue à 20 centimètres. Vous entendrez d'abord bien, puis vous percevrez moins nettement, puis plus du tout. Après un silence, la sensation reparait d'abord vague, indistincte, puis claire et précise, etc. (Gellé.)

(A suivre.)

PRESSE ÉTRANGÈRE

Contribution à la physiologie des canaux semi-circulaires. Sur les mouvements de la périlymphe, par R. EWALD. (*Archiv. f. die gesammte Physiol.*, Bd XLIV, p. 319; 1889; in *Revue des sciences méd.*, 15 juillet 1889.)

Quelques physiologistes, Cyon entre autres, décrivent des mouvements de la périlymphe que l'on observe lorsque l'on ouvre un canal demi-circulaire osseux, et qui seraient isochrones aux battements du cœur. Ewald constate que le plus souvent la périlymphe est immobile; que ses mouvements, lorsqu'ils se produisent, paraissent plutôt en relation avec les phases de la respiration; qu'en réalité toutes les fluctuations de la périlymphe sont dues à des mouvements du maxillaire inférieur, c'est-à-dire du bec de l'oiseau. Ces mouvements se transmettent à la membrane du tympan, dont ils déterminent le tiraillement, par suite à la chaîne des osselets (columelle) et de là à la périlymphe.

Fonction du labyrinthe, par C. BRUCKNER. (*Arch. f. path. Ana-*

tomie, CXIV, Heft 2; in *Revue des sciences méd.*, 15 juillet 1889.)

Les canaux demi-circulaires servent à transmettre les bruits, mais ils ne fonctionnent que quand ils sont dirigés horizontalement. Lorsque nous sommes debout ou dans la position assise, le canal demi-circulaire horizontal est dans un plan horizontal, et c'est alors qu'il est apte à fonctionner. Dans ces conditions, les deux autres canaux demi-circulaires sont perpendiculaires au premier. Lorsque la tête est fortement fléchie en avant, le canal demi-circulaire antérieur prend une position horizontale, tandis que les deux autres lui sont perpendiculaires. Lorsque nous nous couchons sur le côté, le canal demi-circulaire postérieur de l'oreille supérieure se trouve dans un plan horizontal et les autres canaux lui sont perpendiculaires. Dans l'oreille qui devient ainsi inférieure, le canal postérieur est bien horizontal, mais les deux autres canaux, quoique perpendiculaires au troisième, sont situés au-dessous de lui. Cette oreille est par suite dans une situation moins favorable.

Dans les diverses positions de la tête, il arrive donc constamment que l'un des canaux demi-circulaires se trouve situé dans un plan horizontal. C'est là l'attitude que nous prenons instinctivement quand nous voulons entendre des bruits légers, et comme les deux oreilles ont une acuité acoustique plus ou moins prononcée, nous nous arrangeons de façon à placer, par l'attitude que nous donnons à la tête, le canal demi-circulaire de l'une des oreilles dans un plan bien horizontal.

Traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, par GOMPERZ. (*Oesters. Ungar centr. f. d. med. Wissensch.*; in *Bulletin méd.*, 30 mars 1890.)

Gomperz décrit un procédé de traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure du tympan et des cellules mastoïdiennes, modifiant ceux en usage actuellement. Il est applicable dans les cas où il n'y a pas de végétations charnues, ou après destruction préalable de celles-ci, et où il n'existe pas de masses cholestéatomateuses dans la caisse. De plus, la perforation tympanique doit être assez grande pour permettre l'introduction d'une canule d'un diamètre d'un millimètre au minimum.

Après avoir soigneusement nettoyé le conduit auditif, on introduit dans la perforation une canule aussi large que possible, par laquelle on injecte une solution boriquée à 1 ou 2 0/0.

La canule porte à un bout un drain de 20 centimètres de longueur, muni d'un pavillon en caoutchouc durci.

Après l'injection, on introduit dans celui-ci un bourrelet de coton non tassé sur lequel on adapte une poire en caoutchouc avec laquelle on insuffle de l'air vigoureusement et à plusieurs reprises. Cet air, filtré à travers le coton, chasse l'eau du drain, de la canule et de la caisse, et la fait refluer dans le conduit auditif.

On enlève alors le coton et on insuffle de la poudre d'acide borique en tournant la canule autour de son axe longitudinal.

Les maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies générales, par SCHIFFERS. (Extrait des *Annales de la Société médicale chirurgicale de Liège*, n° 6, juin 1889.)

Revue rapide mais complète de toutes les maladies qui engendrent des complications auriculaires : l'auteur montre combien elles sont nombreuses, comme elle sont parfois insidieuses et quelle rapidité d'allure elles ont dans quelques maladies aiguës infectieuses. Toutes ces notions, bien connues des spécialistes, ont paru dans un journal de polyclinique où les praticiens peuvent en peu de temps être renseignés sur la pathogénie d'affections encore bien obscures pour de très nombreux médecins.

A. G.

De la toux auriculaire, par SCHIFFERS. (Extrait des *Annales de la société médicale chirurgicale de Liège*, n° 7, juillet 1889.)

Dans le même recueil, l'auteur décrit la toux provoquée par une irritation du conduit auditif externe, surtout à sa partie antérieure, soit par le contact d'instruments, soit par l'existence de lésions variables à l'infini. Cette toux est toujours un phénomène réflexe; comme on peut aisément le supposer, c'est par l'intermédiaire du rameau auriculaire que l'excitation gagne le pneumogastrique et détermine la toux, qui a un caractère quinteux, bref, et se montre, dit l'auteur, plus souvent le soir que le matin, et est accompagnée souvent de nausées et vomissements. Cette toux peut être facilement méconnue. Quant à son traitement, il est indiqué tout naturellement : écarter la cause auriculaire, employer divers médicaments antinerveux, le sulfate de quinine, la belladone et l'aconitine, par exemple.

A. G.

Trois cas heureux de trépanation, par HOFFMANN (de Kœnigs-

berg). (Congrès allemand de chirurgie, 1889; in *Revue de chirurgie* d'octobre 1889.)

L'auteur cite trois cas, dont deux ayant semblé reconnaître pour cause une otite moyenne; le sinus transverse fut ouvert, et on ne trouva pas de pus dans le cerveau. Il pense que dans ces cas l'opération agirait comme l'iridectomie dans le glaucome et permettrait la décompression de l'encéphale.

A. G.

Trépanation de l'apophyse mastoïde, par MITSKOUNER. (3^e Congrès des médecins russes; in *Revue de chirurgie*, n^o 4, avril 1889.)

D'une série de 75 coupes, faites à la scie sur l'os temporal, l'auteur recommande d'appliquer la couronne du trépan à la fossette qui se trouve au-dessus de l'apophyse mastoïde et au-dessous de la ligne temporale; à ce niveau, le chirurgien n'a pas à redouter de rencontrer le sinus transverse, et il parvient directement à l'oreille moyenne.

A. G.

L'oreille chez les criminels, par HAVELOCK ELLIS. (*The Lancet*, 25 janvier 1890, p. 189.)

L'auteur, dans cet article, qui ne contient pas d'observations originales, rappelle que Michaël Scott, au moyen âge, et Grohmann, en 1820, trouvaient déjà dans l'oreille externe des indices du caractère de l'individu. Il pense que la projection de l'oreille n'est pas due à la pression de la coiffure, mais qu'elle est congénitale, et se basant sur les travaux de Lombroso, etc., il pense que l'on trouvera dans l'oreille un point de repaire important pour l'étude de l'histoire des criminels. P. GORNAULT.

Complications auriculaires dans les fièvres spécifiques aiguës.

Communication faite à la Harveian Society par le Dr HILL. (*The Lancet*, 11 janvier 1890, p. 83.)

Le Dr Hill pense que 50 0/0 des cas de maladies chroniques de l'oreille débutant dans le jeune âge sont dus à des complications de fièvres spécifiques qui se produisent directement ou indirectement, car ces fièvres spécifiques déterminent le développement des végétations adénoïdes qui retiennent comme on sait sur l'oreille. Il faut réagir par une intervention précoce : incision du tympan, insufflation, lavages antiseptiques, et ne pas s'abandonner à la fausse sécurité que peuvent donner les médicaments calmants. Dans la fièvre

cérébro-spinale et le typhus, le labyrinthe est pris d'emblée; la salicine et la quinine ne pourraient qu'accroître le mal, et l'on doit avoir recours à l'iodure de sodium et aux injections hypodermiques de pilocarpine.

P. GORNAULT.

Laryngo-sténose consécutive à une périchondrite dans le cours de la fièvre typhoïde, par ROUKOVITCH. (3^e Congrès russe; in *Revue de chirurgie*, n^o 4, avril 1889.)

L'auteur relate un fait de périchondrite où, après une trachéotomie supérieure, les accès de sténose persistant, on pratiqua la cricotomie, qui démontra l'existence d'une tumeur au-dessus de la corde vocale gauche; le cartilage thyroïde fut sectionné avec le thermocautère, les granulations furent enlevées, un trajet fistuleux coupé et un séquestre retiré. Aussi l'auteur conclut qu'en cas pareil on doit pratiquer la laryngotomie afin de nettoyer la région atteinte.

A. G.

Du traitement du spasme de la glotte, par FLESCH. (*Deutsche med. Woch.*, n^o 1; 1890.)

L'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur le spasme de la glotte des enfants. Il ne croit pas que le rachitisme soit la cause de cette affection, qu'on observe aussi chez des enfants non rachitiques. Par contre, on constate régulièrement deux choses sur les cadavres des enfants morts dans l'accès: 1^o l'estomac et les intestins sont remplis d'aliments non digérés; 2^o le récurrent gauche est entouré de deux petites masses glandulaires résistantes qu'on observe chez des enfants morts d'une autre maladie. Cependant l'auteur n'ose tirer aucune conclusion de la présence de ces glandes et sur la relation qu'elles peuvent avoir avec le spasme de la glotte. Le traitement consiste à ne donner que de la nourriture liquide et à éviter l'ingestion des aliments solides et farineux. Il conseille de ne pas surcharger l'estomac et de combattre la constipation par des lavements ou par de la rhubarbe ou le calomel.

L. L.

Obstruction partielle des bronches par des corps étrangers, par BRYANT, de Londres. (*Bulletin médical* du 16 juin 1889.)

Le Dr Bryant ayant observé un cas de pneumopathie obscure survenu à la suite de l'entrée dans les bronches d'un corps étranger ayant entraîné la mort au bout d'un certain temps de maladie, et ayant eu l'occasion de faire la trachéotomie dans un

autre cas où l'affection grave de l'appareil respiratoire n'eût pas le temps de se produire, recommande dans des circonstances de ce genre de ne pas hésiter, même en l'absence de tout signe de dyspnée, à ouvrir la trachée pour provoquer la sortie du corps étranger.

A. G.

Traitement de la tuberculose laryngienne par le curettage, par KRAUSE. (Congrès de médecine interne de Wiesbaden ; in *Bulletin médical*, 21 avril 1889.)

Krause emploie le curettage du larynx depuis quatre ans ; il a traité de cette manière 11 0/0 des malades venus à sa polyclinique. Il est difficile, d'après son emploi, de se faire une idée bien déterminée sur l'avenir de cette méthode, qui lui a donné de bons résultats dans quelques cas, mais qui n'a jamais amené, même chez des malades qui se considéraient comme guéris, la disparition complète des altérations ; les récurrences assez nombreuses témoignent suffisamment de la non-guérison radicale des malades. Krause réclame, avec raison, la fondation d'établissements spéciaux autres qu'une simple consultation externe pour pouvoir pratiquer avec succès ces opérations. Il résulte toutefois de la communication qu'il y a avantage à désobstruer le larynx de ces néoplasmes pullulant dans sa cavité, et qu'il est quelquefois plus facile, avec cette méthode, d'éliminer des foyers d'infection.

A. G.

Cancer du larynx, par HAHN. (Congrès allemand de chirurgie ; in *Revue de chirurgie* d'octobre 1889.)

L'auteur cite le cas d'un malade opéré il y a neuf ans d'un cancer du larynx, et chez lequel on observerait actuellement une récurrence au niveau de la cicatrice.

A. G.

Syphilis nasale, par MICHELSON. (*Wolkmann's Klin. vortrage*, n° 326 ; 1889 ; in *Gazette de méd. de Paris*, 15 juin 1889.)

Signes de cette maladie, d'après l'auteur : obstruction interne et bouffissure de la peau, ulcérations linéaires et non arrondies de la cloison, granulations recouvrant les ulcérations, dénudation des os du cartilage, hypertrophie des cornets, dureté extrême des tissus. Plus tard, après le traitement, dégonflement, dépression de la muqueuse, atrophie des cornets et, suivant le degré d'envahissement, déformation de la charpente nasale. L'auteur a vu ces signes se développer d'un à trois ans après les accidents primitifs et non de dix à vingt ans après.

A. G.

Rhinite pseudo-membraneuse primitive, par BISCHOFFSWERDER. (*Arch. f. Kinderkeilk.*, t. X, fasc. 2; in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mai 1889.)

Trois nouvelles observations de cette maladie, recueillies à la clinique de Baginski, de Berlin : deux fillettes de 6 et 13 ans, un garçon de 4 ans et demi. L'affection localisée ne présentait aucun rapport avec la diphthérie ou une maladie infectieuse. Le point de départ était un catarrhe simple des fosses nasales accompagné d'un peu d'eczéma de l'entrée du nez. La cloison et le cornet inférieur étaient tapissés de membranes jaunâtres.

La guérison fut prompte au moyen de lavages astringents.

A. G.

Tuberculose de la muqueuse nasale, par JUFFINGER. (*Soc. imp. et royale de médecine de Vienne*; in *Bulletin médical*, 5 déc. 1889.)

Le malade présenté est âgé de 21 ans. En avril, la moitié droite de son nez devint impénétrable pour l'air.

Cette obstruction était due à une tumeur qui fut extirpée en août. Maintenant, à part quelques nodules de lupus disséminés sur la joue et le cou, on constate chez le malade que la moitié droite de la narine considérablement, élargie, est obstruée par une tumeur rouge pâle, ulcérée en un point, et qui provient de la cloison et du plancher nasal. Dans les fragments extirpés de la tumeur, Juffinger a trouvé de nombreux bacilles spécifiques de la tuberculose. Le traitement consistera dans l'extirpation de la tumeur et dans la cautérisation de sa base à l'acide lactique.

Opération de redressement du nez, par TRENDELENBURG. (Congrès allemand de chirurgie, 1889; in *Revue de chirurgie*, octobre 1889.)

Mode opératoire : section, à travers les narines, avec un ciseau très étroit, de la partie osseuse du nez de chaque côté, section des os du nez à la racine de l'organe, redressement forcé de la cloison si elle prend part à la difformité, corriger la déformation vigoureusement en raison de la tendance du nez à reprendre sa situation. Pansement : tamponnement de gaze iodoformée, puis appareil semblable à un bandage pour repousser le nez en place jusqu'à consolidation définitive.

A. G.

Le sozoiodol en rhinologie et en laryngologie, par STERN.*(Scalpel, 27 octobre 1889.)*

Thèse inaugurale du Dr Stern, analysée par le *Scalpel* d'après le *Pharm. Zeitung*. L'auteur y confirme les expériences de Lansgaard et de Fritsch sur l'action du sozoiodol sur les microcoques de la suppuration. Il préfère ce médicament à l'iodoforme et à l'iodol, car l'iode qu'il contiendrait est dégagé dans l'organisme à l'état de composé organique et non d'iodure. Enfin, on peut l'incorporer à divers métaux et varier de la sorte son action. Ainsi le sozoiodol de soude, par sa solubilité, convient comme lavage antiseptique; le sozoiodol de potasse, à peine soluble, est un bon dessiccant, mélangé au talc; le sozoiodol de zinc peut être irritant ou caustique suivant la dose d'emploi, il convient dans l'ozène et la tuberculose du nez; le sozoiodol de mercure est un bon caustique et un excellent parasiticide, agissant bien contre la gale. Dans les cas de préparations insolubles, le sozoiodol doit être employé en poudre ou en pommade. A. G.

Cas de rhinosclérome, par RYDIGIER. (Congrès allemand de chirurgie, avril 1889; in *Revue de chirurgie*, octobre 1889.)

L'auteur cite deux cas : Une femme de 20 ans, chez laquelle il y avait une sténose nasale excessive, permettant à peine l'introduction d'une petite sonde; la voûte palatine et le voile sont criblés de cicatrices, et le voile est adhérent au pharynx. La sténose nasale obligea à pratiquer une voie nouvelle, et on élargit la communication très petite entre le nez et le pharynx, mais cette dernière voie artificielle se rétrécit aussitôt.

Le deuxième cas est celui d'un jeune homme, chez lequel la cloison nasale et les cornets étaient le siège de végétations venant de la face nasale du voile du palais. Rien au larynx, bien que le malade fût enrôlé. L'auteur adopte l'opinion de Mickulicz sur la nature inflammatoire du mal, et repousse celle d'Hebra et de Kaposi, qui croient à une néoformation sarcomateuse. Il accepte aussi l'origine bacillaire; les bacilles ressembleraient aussi à ceux de la pneumonie. Rydigier recommande l'ablation large des tumeurs et la cautérisation des parties voisines.

A. G.

Obstruction osseuse congénitale de l'arrière-fosse nasale gauche, par A. J. B. ROLLAND. (*Gazette médicale de Montréal*, avril 1889.)

Femme de 28 ans, atteinte de rhinite bilatérale avec atrophie

des cornets du côté oblitéré, et d'otite scléreuse double. La perforation fut pratiquée au moyen d'une gouge et d'un maillet. Dans une séance ultérieure, l'opération fut complétée au moyen d'une fraise de dentiste, mue par le tour de White. A. G.

Lymphosarcome de l'amygdale, par SCHNITZLER. (*Société imp. et royale de médecine de Vienne; in Bulletin médical du 17 avril 1889.*)

Schnitzler cite l'observation intéressante d'un cas d'ulcération de l'amygdale pris tour à tour pour de la diphthérie et de la syphilis; il y avait à la surface de l'organe une sorte d'exsudat blanchâtre; plus tard, l'aliénation progresse sur le pharynx et au côté du larynx; on dut faire la trachéotomie et l'on constata à l'autopsie du malade un sarcome de l'amygdale avec envahissement par la même altération de la rate, de l'intestin et des capsules surrénales. Cette observation intéressante suscita une discussion pleine d'intérêt à laquelle prirent part Weichselbaum, Neumann et Kaposi, et ce dernier pense que, dans le cas de Schnitzler, il s'agissait d'une affection très rare, difficile à reconnaître, la sarcomatose généralisée, dont l'expression pouvait se rencontrer non seulement au début sur l'amygdale, mais aussi sur la langue, et dans ce dernier cas l'aspect du cancer n'est pas commode à reconnaître. A. G.

La diphthérie à l'hôpital de la Charité de Berlin, par HENOCH. (Séance du 14 octobre de la *Société de médecine interne de Berlin*: in *Bull. méd.*, 20 octobre 1889.)

Jusqu'à la fin de 1887, l'auteur a observé à l'hôpital de la Charité 192 cas de diphthérie vraie chez les enfants. Les cas douteux, ainsi que les diphthéries scarlatineuses, ont été soigneusement éliminés de cette statistique.

Dans 110 cas sur 192 l'affection a été limitée au pharynx. 82 fois la diphthérie s'est étendue au larynx et a provoqué le syndrome clinique du croup. Sur les 110 cas de diphthérie pharyngienne il y eut 32 décès. Des 82 malades atteints de croup, chez 12 la trachéotomie ne fut pas pratiquée pour différentes raisons. Hensch n'a jamais recouru à l'intubation du larynx.

La trachéotomie a été pratiquée chez 70 malades, dont 61 sont morts, ce qui donne une mortalité de 73 0/0. Dans une statistique précédente portant sur 341 cas de trachéotomie, l'auteur a eu une mortalité encore plus considérable, 75 0/0.

La conclusion est qu'à la Charité la mortalité de la trachéo-

tomie est beaucoup plus forte que dans les autres hôpitaux.

Cette différence s'explique surtout par ce fait que les enfants appartenant à la classe la plus pauvre sont chétifs, débilités, souvent même rachitiques et tuberculeux.

En outre, la mauvaise installation de la salle d'opération a exercé incontestablement une influence. Et la preuve, c'est que depuis que l'on a construit le nouveau bâtiment hospitalier les résultats des trachéotomies sont devenus sensiblement meilleurs.

Enfin, si des statistiques autres que celle de la Charité ont donné des résultats meilleurs, c'est qu'on y a fait figurer en bloc des diphthéries pharyngiennes suivies de croup et des croups d'emblée, ou idiopathiques.

Le procédé opératoire a paru indifférent pour le chiffre de mortalité.

Henoch a pratiqué la trachéotomie chez 36 enfants (de dix-huit mois à deux ans) atteints de croup idiopathique et en a sauvé 24, soit 66 0/0.

Relativement à la symptomatologie de la diphthérie, la fièvre peut manquer complètement, même dans les cas graves ou mortels.

Par contre, dans les autres cas où la fièvre initiale est très forte, la maladie peut rester bénigne. Du reste, des faits de ce genre ne sont pas rares dans plusieurs autres maladies infectieuses, telles que la pneumonie, la méningite, etc.

Les adénites et les phlegmons chez les diphthéritiques ont moins de tendance à suppurer que dans la scarlatine. Ainsi, l'auteur n'a constaté la suppuration des ganglions tuméfiés que dans 5 cas.

Souvent la néphrite accompagne la diphthérie, mais elle ne la suit pas comme dans la scarlatine. Les œdèmes y sont aussi plus rares. Chez 110 malades, Henoch n'a jamais constaté d'urémie, mais il ne nie pas la possibilité de cette complication dans la diphthérie.

Les affections articulaires sont beaucoup plus rares dans la diphthérie que dans la scarlatine. L'auteur ne les a rencontrées qu'une fois sur 110 malades. Dans deux cas, il a constaté la persistance des réflexes rotuliens dans la paralysie diphthérique des membres inférieurs.

Quant au diagnostic, souvent il est difficile, et parfois on est fort embarrassé pour distinguer la diphthérie vraie de la diphthérie scarlatineuse ou de l'angine folliculaire et lacunaire. Il se peut

que la microbiologie soit appelée à nous éclairer un jour sur ce point important; mais actuellement cela n'est pas. Les récentes recherches de Roux et Yersin sont encore insuffisantes, et on est obligé de baser son diagnostic sur l'ensemble des symptômes cliniques.

Dans cet ordre d'idées Henschel fait remarquer que la tuméfaction des ganglions peut manquer dans les cas de diphthérie les plus intenses, et elle n'a pas plus de valeur diagnostique que la fièvre.

Le pronostic dépend dans une certaine mesure de l'étendue du processus morbide. Il est également mauvais quand la diphthérie débute par les organes génitaux.

L'auteur termine par quelques remarques relatives au traitement médical.

En général, ses résultats sont loin d'être brillants. Ainsi, l'usage interne de la créosote et de l'essence de térébenthine est resté sans aucun effet favorable; de même pour l'acide arsénieux employé à la dose de 1 à 2 milligrammes *pro die*, ou bien sous forme d'injections hypodermiques de 1 à 2 seringues Pravaz d'une solution au 1/20. Henschel a ensuite employé sans succès des pulvérisations avec une solution acide de sublimé à 3/1,000 et une solution à 1/100 de tribromure d'iode. L'acide acétique paraît exercer, en sa qualité d'antiseptique, une certaine action favorable sur le processus diphthéritique. Chez les enfants un peu âgés, l'auteur emploie des gargarismes de vinaigre ordinaire, et chez les petits enfants, il badigeonne les parties atteintes avec une solution d'acide acétique à 1 : 10. D'une manière générale, il est l'adversaire de tout traitement local, mais il a cependant l'espoir que les progrès de la microbiologie nous mettront un jour en possession d'un remède efficace contre la diphthérie.

Polype congénital chevelu du pharynx, par O. RICHARD, de Dorpat. (*Virchow's Arch.*, t. CXV, fasc. 2, p. 242; 1889; in *Gaz. méd. de Paris*, 23 mars 1889.)

Fait rare; 8 antérieurs publiés par Lambl (1860), Clivart (1864), Abraham et Barta (1880), White (1882), Schuchardt (1884), Arnold (*Virchow's Arch.*, 1888). L'observation de l'auteur se rapporte à une enfant nouveaunée, atteinte de dyspepsie violente. A l'examen de la gorge, tumeur du pharynx, blanchâtre, grosse comme une noisette. Extirpation immédiate et examen : aspect cutané, recouverte de cheveux blonds mesurant 2 à 3 milli-

mètres de longueur. La structure de la partie superficielle est celle de la peau. Au centre, graisse, brides conjonctives et lamelle de 1 à 2 millimètres de cartilage hyalin entre la couche cutanée et la graisse. Pas de dépôts calcaires ni de fibres musculaires. A. G.

Myxœdème, par MOSLER. (Congrès allemand de chirurgie, 1889; in *Revue de chirurgie* d'oct. 1889).

L'auteur a observé chez une femme de 56 ans un myxœdème primitif, sans qu'il lui ait été possible de rien constater au niveau du corps thyroïde, à cause de l'épaississement des tissus du cou. A. G.

Un cas rare d'idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement, par V. LANGE, de Copenhague. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, 2 janvier 1890.)

Chez un malade atteint de catarrhe naso-pharyngé chronique, l'auteur avait badigeonné le pharynx avec une solution de tanin au 1/15. Immédiatement après, était survenu un gonflement considérable de la muqueuse, de l'obstruction complète des fosses nasales avec sécrétion aqueuse très abondante.

A l'examen on constatait un œdème très prononcé du voile du palais et de la luette.

Une heure après le badigeonnage, le malade se plaignait d'un engourdissement et d'une démangeaison sur tout le corps, qui était due à une urticaire généralisée. Le lendemain, l'urticaire avait disparu, mais le gonflement de la muqueuse du pharynx et l'œdème de la luette persistèrent encore quelques jours.

Le malade se rappelait que les mêmes accidents lui étaient déjà arrivés autrefois, à deux reprises, par l'emploi de préparations de tanin. Une fois il avait même ressenti de l'abattement et une grande fatigue.

Les urines n'ont pas été examinées le jour du badigeonnage, le lendemain elles n'offraient rien d'anormal.

Lange croit qu'il s'agit dans son cas d'une intoxication générale qui seule peu expliquer l'apparition de l'urticaire et l'engourdissement du malade.

Il rapporte aussi un cas d'iodisme aigu provoqué chez un confrère syphilitique par un simple badigeonnage iodo-ioduré.

Il dit qu'un cas analogue a été déjà cité par Lorenz en 1881.

L. L.

De quelques affections de la bourse pharyngée, par BRONNER.
(*The Lancet*, 11 janvier 1890, p. 70.)

L'auteur fait un historique rapide des travaux récents qui ont été publiés sur cette question, et cite quatre cas de catarrhe de la bourse pharyngée, maladie très commune en Angleterre. Il recommande comme traitement le raclage avec la curette de Down-Bross ou les attouchements au galvano-cautère, après badigeonnage ou inhalations à la cocaïne. Chez les personnes nerveuses, on pourra faire des attouchements au nitrate d'argent ou à l'acide chromique. A la suite du traitement, Bronner a observé une guérison radicale de l'affection elle-même, et aussi des conséquences qu'elle entraîne avec elle : inflammation du pharynx, du nez, de la trompe, de l'oreille moyenne, de la caisse, aпроsexie, *vomitus matutinus*.

P. GORNAULT.

Lupus de la bouche, par GRAY (Nottingham). (*Medico-chirurgical Society*, séance du 6 novembre 1889; *The Lancet*, 4 janvier 1890.)

La lésion occupe le côté droit de la voûte palatine et s'étend jusqu'à la luette. Le malade a reconnu son existence il y a quatre ans. Sur le côté gauche du cou, on constate la présence de deux taches de lupus, à droite on trouve sous la branche droite du maxillaire un gros ganglion. Aucune indication de syphilis. L'auteur pense que le traitement par le grattage et les caustiques ou par le cautère est indiqué dans ce cas.

P. GORNAULT.

NOUVELLES

Le Syndicat de la presse médicale et le Congrès international de Berlin.

L'absence, à peu près complète, aux Congrès internationaux de Paris en 1889, de nos confrères de l'Allemagne, invités à ces réunions scientifiques, avait éveillé à juste titre la susceptibilité du corps médical français, d'où la cause du peu d'empressement avec lequel nos compatriotes avaient répondu à l'appel de Berlin.

La majorité de la presse médicale française s'est pourtant souvenue qu'à cette époque certains de nos confrères de la presse médicale de Berlin s'étaient élevés énergiquement contre cette abstention, commandée en haut lieu, disait-on; la déclaration qui suit décidera, nous l'espérons bien, un grand nombre de médecins français à participer aux travaux du Congrès de Berlin.

A. G.

La majorité des membres du Syndicat de la presse médicale vient de voter la résolution suivante :

Elle est d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès médical international de Berlin.

Elle se fonde sur les raisons suivantes :

1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues qui ont eu lieu successivement dans diverses capitales, et dont la première s'est tenue à Paris en 1867. Les médecins français doivent d'autant moins désertier ces grandes assises médicales qu'ils en ont pris les premiers l'initiative. Le but de ces Congrès, exclusivement scientifique, consiste à poser et discuter les questions de

médecine générale et spéciale de l'hygiène, qui intéressent tous les États;

2° Le français est l'une des trois langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, italiens, roumains, russes, suisses, turcs, américains du Sud, etc. Nos nationaux ne peuvent donc avoir la crainte d'être incompris ou isolés;

3° Le corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes, les résultats de ses travaux dans une réunion de savants destinée à enregistrer les progrès de la médecine, à discuter les sujets les plus importants à l'ordre du jour.

L'affirmation de la vie et de la puissance scientifiques de notre pays serait un nouveau gage de succès pour l'avenir. Dans ce concours de savants, qui n'exclut ni l'émulation, ni les rivalités d'écoles, ni la pacifique et fructueuse concurrence des nations, nous devons mettre au mieux en évidence, devant le monde médical, notre travail national, notre enseignement, nos hommes et nos publications.

Auvard, Bourneville, Cézilly, Cornil, Doléris, Duplay, Galezowski, Gillet de Grandmont, Gorecki, Gouguenheim, H. Huchard, Joffroy, Laborde, de Maurans, Prengrueber, de Ranse, Ch. Richet, Mauriac (de Bordeaux).

La session de laryngologie et rhinologie de la *British medical Association* qui se tiendra à Birmingham en juillet 1890, sous la présidence de John St Swithin Wilders, a proposé pour la discussion les sujets suivants :

1° Le traitement des affections laryngiennes tuberculeuses ;

2° L'étiologie, l'importance et le traitement des éperons et des déviations du septum nasal.

Les communications devront être adressées au Dr Scanes Spicer, 28, Welbeck Street, Cavendish square, Londres W.

Le Dr Max Thorner, de Cincinnati, nous informe qu'on vient de créer au *Cincinnati city Hospital* des services spéciaux pour les maladies du larynx et du nez, et que MM. les Drs E. Sattler et Max Thorner sont à la tête de ces nouveaux services.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

CANCER ÉPITHÉLIAL DU LARYNX : EXTIRPATION
TOTALE DU LARYNX SANS TRACHÉOTOMIE
PRÉALABLE (1).

Par M. Ch. PÉRIER, chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'opération avait été faite sans trop de peine, et le malade l'avait supportée assez bien pour qu'on pût espérer le voir guérir, lorsqu'il succomba presque subitement en état de syncope, au bout de dix-huit heures.

Voici l'histoire de cet homme. Il était âgé de 66 ans et n'était malade que depuis le mois de septembre 1888, où il avait pris froid en cours de voyage. Au retour, il commença à tousser et à avoir la voix couverte. En mai 1889, il consulta un spécialiste qui reconnut l'immobilisation absolue de la corde vocale. L'iode de potassium et quelques pansements procurèrent un soulagement passager. Mais le retour des accidents et leur aggravation l'engagèrent à se présenter à l'hôpital Lariboisière, où il fut admis le 16 janvier 1890 dans le service de M. Gouguenheim.

A cette date, pas d'amaigrissement ni de troubles digestifs, bon appétit; accès de toux la nuit; le sommeil n'est possible que dans la position assise.

Les poumons paraissent sains, il y a seulement quelques râles sibilants aux deux bases; l'expiration est très prolongée et soufflante.

(1) Lu à la Société de Chirurgie, séance du 19 mars 1890.

Sur l'examen laryngoscopique, M. Gouguenheim me communique les renseignements suivants que je transcris :

L'épiglotte est saine. Les aryténoïdes sont sains. Les cordes vocales supérieure et inférieure droites présentent une rougeur sombre, mais peu de gonflement.

La corde vocale inférieure gauche est envahie par une masse polypoïde proliférante en forme de chou-fleur envahissant la glotte. Les végétations occupent le ventricule gauche et repoussent par leur masse la corde vocale supérieure gauche. En bas, elles occupent l'espace sous-glottique sous forme de masse située à gauche et paraissent empiéter sur le côté droit.

A trois reprises, M. Gouguenheim enleva des fragments de tumeur, avec des pinces coupantes, les 6, 11 et 15 février.

Il y eut un soulagement marqué après les deux premières opérations; la troisième fut suivie de spasmes violents, de dyspnée intense tels qu'on se tint prêt à pratiquer la trachéotomie; mais une amélioration suffisante permit de s'en dispenser.

L'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma; l'impossibilité d'arriver à une guérison en attaquant le mal par la voie intra-laryngienne fit songer à l'extirpation du larynx, que le malade accepta avec empressement, sans en ignorer ni la gravité ni les conséquences.

L'état général était bon; il n'y avait pas de lésions apparentes des poumons, du cœur, ni des reins, non plus que des voies digestives, en un mot aucune contre-indication de ce côté. Du côté du champ opératoire, il n'y avait ni infiltration de voisinage ni engorgement ganglionnaire.

M. Gouguenheim me confia son malade, que j'opérai en sa présence et avec le précieux concours de mes collègues, MM. Berger, Peyrot et Nélaton, le mercredi 5 mars.

Comme les ablations partielles faites par M. Gouguenheim avaient élargi la cavité du larynx ou plutôt diminué son commencement d'obstruction, que les inhalations chloroformiques avaient déjà en plusieurs circonstances soulagé le malade, nous pensâmes que l'anesthésie chloroformique serait facile et nous permettrait d'opérer sans précipitation.

Cela me fit songer à ne pas recourir à la trachéotomie préalable et à n'ouvrir les voies aériennes que le plus tard possible, en conservant la trachée tout entière, la section devant porter transversalement juste au-dessous du cartilage cricoïde, entre le larynx et le premier anneau de la trachée. L'essai sur le cadavre me fit voir que l'opération pouvait être entreprise sans témérité, et je fis confectionner par M. Collin une canule courbe à bout conique pouvant entrer dans la trachée à la manière d'un bouchon dans le goulot d'une bouteille, et devant ainsi permettre d'achever aisément l'opération, sans crainte qu'il entrât une goutte de sang dans les voies respiratoires.

Voici d'ailleurs ce qui se passa :

Le malade étant suffisamment endormi, le cou bien exposé, je fis une première incision transversale à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde ; cette incision ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire et allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Une deuxième incision allant aussi d'un sterno-mastoïdien à l'autre, fut conduite juste au-dessous de l'os hyoïde, mais elle allait profondément jusqu'à la membrane thyrohyoïdienne, coupant transversalement tous les muscles sous-hyoïdiens qui recouvrent cette membrane. Une troisième incision allant du milieu de la première au milieu de la seconde, juste sur la ligne médiane, fut conduite profondément jusqu'aux cartilages thyroïde et cricoïde et jusqu'à la trachée ; il n'y eut à se préoccuper que de l'isthme du corps thyroïde, qui fut sectionné entre deux pièces. Alors commença la dissection, qui se fit d'abord sur un côté, puis sur l'autre, en rasant d'aussi près que possible la surface du conduit aérien, jusqu'au bord postérieur des lames du cartilage thyroïde et jusqu'au sillon de séparation droit et gauche de la trachée et de l'œsophage.

J'avais ainsi relevé deux lambeaux latéraux comprenant la peau et les parties molles sans avoir eu à pincer plus de cinq ou six vaisseaux, dont les plus gros étaient les artères laryngées supérieures, puis l'isthme du corps thyroïde.

Le squelette laryngo-trachéal ne tenait plus qu'à l'œso-

phage au niveau de la trachée, et à la muqueuse de la paroi antérieure du pharynx au niveau du larynx, les muscles constricteurs supérieurs du pharynx ayant été détachés de leurs insertions thyroïdienne et cricoïdienne. Le malade respirait

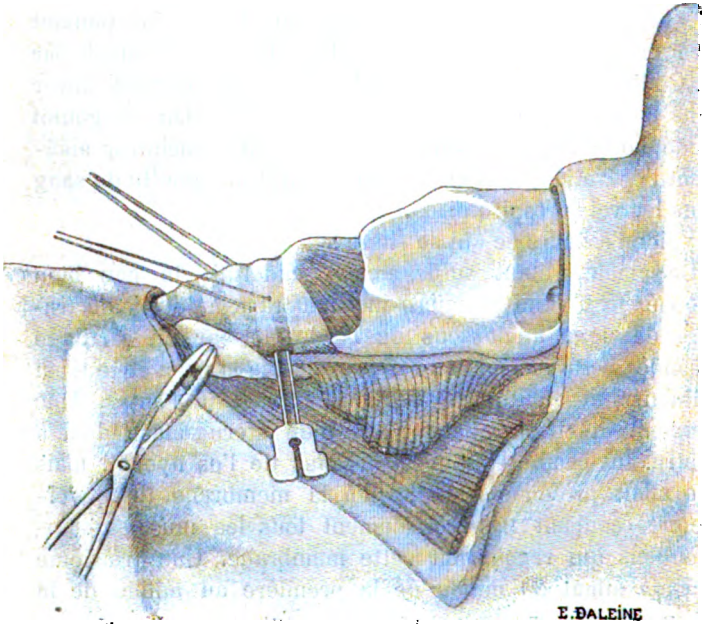


Fig. 1.

bien, et on avait la précaution de relâcher la tension du cou de temps à autre.

L'hémostase provisoire était suffisante pour qu'on n'eût pas à redouter de voir le sang envahir la trachée dès qu'on ouvrirait le conduit aérien. Pour plus de sécurité, j'essayai de passer une aiguille de Cooper entre la trachée et l'œsophage, de manière à isoler la trachée comme on isole une artère avant d'en pratiquer la ligature. Ce temps, assez facile sur le cadavre, présenta chez notre malade quelques difficultés qui me le firent abandonner.

Je passai de chaque côté de la trachée au moyen d'une

aiguille courbe un fil de soie solide ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil fut noué en anse. Un aide tenant une anse de fil dans chaque main, put ainsi se tenir prêt à ramener en avant la trachée dès qu'elle aurait été séparée du larynx.

En effet, j'incisai franchement en travers entre la trachée

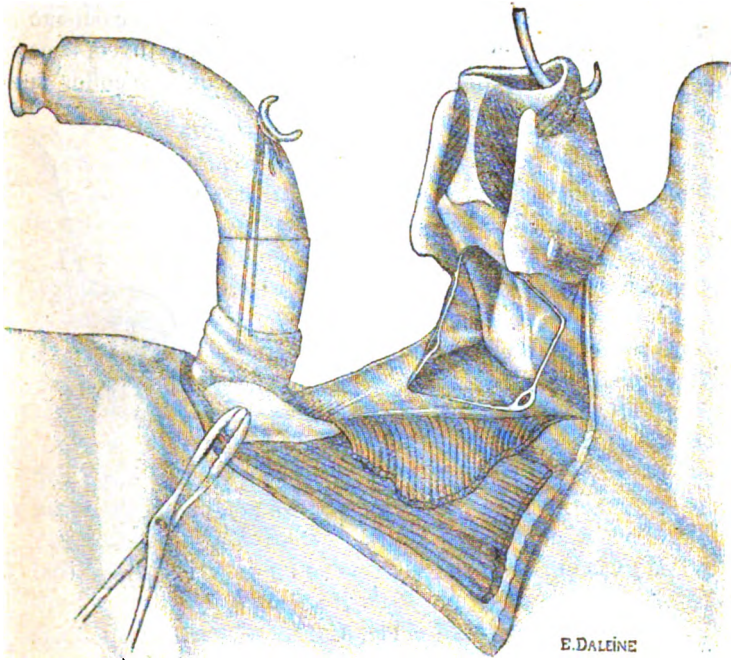


Fig. 2.

et le larynx; un aide souleva le larynx au moyen d'un tenaculum, et la section jusqu'à la paroi antérieure de l'œsophage se fit presque d'un seul coup. Aussitôt j'introduisis dans la trachée une canule conique qui la boucha complètement.

Cette canule portait sur sa convexité un petit taquet sur lequel furent enroulés les fils préalablement passés dans la trachée. Ce bouchage fut ainsi maintenu hermétique; canule et trachée étant solidarisés, on continua facilement l'anes-

thésis par l'intermédiaire de la canule, munie à cet effet d'un tube de caoutchouc à large calibre et terminé par un entonnoir de verre.

Ceci fait, le larynx, toujours soulevé par un tenaculum, fut séparé très facilement de la paroi antérieure du pharynx, sans qu'il y eût à s'occuper de vaisseaux importants, puisqu'on opérât en dedans du constricteur inférieur du pharynx, dont les insertions au cartilage thyroïde et au cartilage cricoïde avaient été détachées. Les vaisseaux thyroïdiens restaient hors de vue, et il n'y avait plus qu'à décoller la

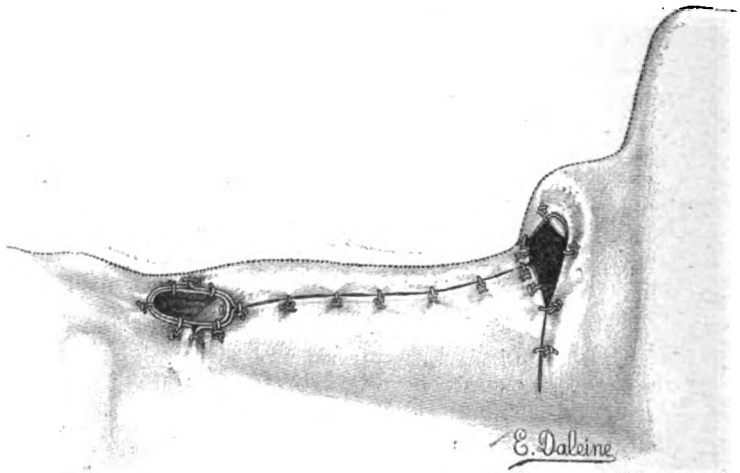


Fig. 3.

muqueuse pharyngienne de la face postérieure du larynx, à laquelle elle ne tient que par un tissu cellulaire lâche. L'épiglotte étant saine, fut laissée en place, après section de la membrane thyrohyoïdienne. Je coupai avec des ciseaux les grandes cornes du cartilage thyroïde; enfin, la séparation du larynx fut complète lorsque j'eus coupé la muqueuse au niveau du bord libre des replis aryéno-épiglottiques. Le pharynx ne communiquait avec la plaie que par le contour de l'orifice supérieur du larynx, tandis qu'en bas la trachée subsistait tout entière, n'offrant qu'une seule ouverture, son

orifice supérieur, en ce moment surmonté par la canule.

Après hémostase définitive au moyen de quelques ligatures au catgut, la trachée débarrassée de sa canule fut suturée directement à la peau. La demi-circonférence antérieure fut réunie à la lèvre inférieure de l'incision transversale pratiquée au commencement de l'opération à ce niveau ; la demi-circonférence postérieure fut suturée à la lèvre supérieure de cette même incision. L'ouverture du pharynx fut suturée de la même manière par moitié aux lèvres de l'incision transversale supérieure. Enfin, les lèvres de l'incision médiane verticale furent suturées directement l'une à l'autre ; même chose fut faite aux extrémités des incisions transversales à droite et à gauche des orifices de la trachée et du pharynx.

L'opération terminée, il existait deux orifices : l'un béant, annulaire, au-dessus de la fourchette sternale, l'orifice de la trachée ; l'autre, en forme de bouche sous le menton et s'ouvrant dans le pharynx derrière l'épiglotte conservée et qui pouvait se rabattre sur lui en guise d'opercule dans les mouvements d'élévation de l'os hyoïde.

Dans cet orifice, je plaçai une sonde œsophagienne. L'orifice de la trachée fut laissé béant, sans canule, et simplement recouvert d'un morceau de gaze antiseptique au salol. Au-dessus, pansement au chloral. Après l'opération, le malade a vite repris toute sa connaissance. Jusqu'à trois heures de l'après-midi environ, il a eu de fréquentes quintes de toux. Le pansement fut changé ; il était imbibé de sang, mais en assez faible quantité. Le malade fut enveloppé d'ouate pour lui permettre de rester assis dans son lit, sans se refroidir.

De 3 à 6 heures, les quintes ont à peu près cessé, il est calme. Je le vois à 6 heures et demie, il ne souffre pas, la température est de 38°,5, sa respiration paraît libre, le pouls n'atteint pas 100°, mais présente quelques irrégularités. A partir de 8 heures, les quintes reparaissent et persistent jusqu'à minuit, et recommencent à s'espacer. A deux heures et demie de la nuit, la surveillante, qui le veillait attentivement, le voit pâlir et cesser de respirer ; la mort

survint en quelques minutes sans signes précurseurs ; il n'y eut à aucun moment apparence de cyanose.

Le malade mort, le pansement a été enlevé immédiatement ; il était peu taché de sang, l'orifice trachéal était parfaitement libre.

A l'autopsie, faite le lendemain, les viscères ne présentent aucune lésion notable. La trachée et les bronches sont absolument libres. Tout autour de la trachée et des bronches, les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés.

La plèvre est saine. Les poumons sont souples. Le poumon droit présente seulement un point assez limité de congestion vers sa base. Les cavités cardiaques sont dilatées. Les valvules sont tout à fait normales.

Foie et rein normaux. Rien à l'intestin. Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans l'abdomen.

Examen anatomique. — Tout le côté gauche du larynx est envahi par une masse végétante à contour arrondi, remplissant le ventricule, s'arrêtant juste à la ligne médiane, qu'elle avait semblé déborder lors de l'examen laryngoscopique, descendant jusqu'à un centimètre du bord inférieur de l'anneau cricoïdien.

L'examen histologique a été fait au laboratoire du professeur Cornil, par M. Toupet, qui m'a transmis la note suivante :

« Muqueuse du larynx hypertrophiée passant au-dessus de la tumeur.

« Immédiatement au-dessous, lobules composés d'épithélium pavimenteux stratifié. Au milieu des petits lobules, globules épidermiques très nets. Au milieu des gros lobules, amas de cellules cornées paraissant se détacher assez facilement. A certains endroits, elles sont tombées et laissent des lacunes.

« Les glandes, en certains points, ont conservé leur épithélium clair, caliciforme ; dans d'autres endroits, elles ont de l'épithélium cubique. »

II

ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX, LOBULÉ ET CORNÉ
DU LARYNX. TRACHÉOTOMIE. ABLATION ULTÉ-
RIEURE DU LARYNX. GUÉRISON. — RÉCIDIVE
GANGLIONNAIRE QUATRE MOIS ENVIRON APRÈS
L'EXTIRPATION DU LARYNX. ABLATION D'UN
GANGLION DÉGÉNÉRÉ. GUÉRISON. MORT D'IN-
FLUENZA. (1)

Par M. le D^r **F. TERRIER**, chirurgien de l'hôpital Bichat,
membre de l'Académie de médecine.

Dupuis (Louis), 50 ans, marchand des rues, n'offre rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui soit intéressant à noter. Cependant il a des habitudes alcooliques.

En mai 1887, Dupuis s'aperçut qu'il perdait la voix, mais ne s'en préoccupa pas; ce n'est qu'en mars 1889, alors qu'il souffrait depuis deux mois de douleurs assez vives du côté de la gorge, qu'il vint consulter à Lariboisière M. le D^r Gouguenheim.

A ce moment, son état général est excellent. M. Gouguenheim pratique l'examen laryngoscopique et diagnostique un cancer intrinsèque du larynx. Il soumet le malade à un traitement par l'iodure de potassium; mais l'état du patient s'aggrave, il a des accès de suffocation, de la dysphagie, aussi se décide-t-il à entrer à l'hôpital Lariboisière le 6 mai 1889. Le 7 mai, pour parer aux accidents de suffocation, on fait la trachéotomie, sans chloroforme. L'ouverture de la trachée fut faite immédiatement au-dessous du cricoïde.

Peu après son opération, Dupuis fut atteint d'un érysipèle qui débuta au niveau de la plaie trachéale.

L'état général du malade continua à s'aggraver. Sur les conseils de M. Gouguenheim, il entra à l'hôpital Bichat pour subir une opération plus radicale, le 24 juin 1889.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital Bichat, on soigna l'érythème siégeant au devant de la poitrine de Dupuis,

(1) Lu à la Société de Chirurgie, le 19 mars 1890.

puis on répéta l'examen laryngoscopique, qui confirma le diagnostic de cancer du larynx.

L'opération de l'ablation du larynx fut faite le 26 juillet 1889 :

Opération (26 juillet 1889), aidé par MM. Hartmann, Péraire et Delagènière, interne du service. — Comme la trachéotomie avait été faite d'urgence et très haut, je fus fort gêné pendant l'opération et je dus enlever le larynx *en deux temps*. On substitua à la canule ordinaire, la canule de Trendelenburg, mais lorsque le malade a été déjà endormi, par sa canule habituelle. Cette substitution provoque des accès de toux assez gênants. On continue l'anesthésie avec la canule à chemise de T... et à l'aide d'un pavillon muni d'une toile qu'on humecte de chloroforme. Ce pavillon en entonnoir est muni d'un tube en caoutchouc qui s'adapte à la canule à chemise.

Incision médiane allant de la partie supérieure de l'os hyoïde jusqu'au pavillon de la canule, c'est-à-dire jusqu'au cartilage cricoïde exclusivement. Cette incision saigne peu, on place quelques pinces sur des artérioles.

En bas de l'incision, à droite et à gauche, incision de la peau transversale dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Il y a un peu plus de vaisseaux lésés, d'où la nécessité de pinces ; des veines surtout sont intéressées et donnent pas mal de sang dans les efforts de toux du malade. J'incise et déchire les adhérences des ailes du thyroïde avec les parties voisines avec le bistouri d'abord, puis une sonde cannelée, et enfin avec le doigt indicateur. Ici encore, il s'écoule pas mal de sang, par suite des efforts de toux du patient ; de plus, malgré les insufflations répétées, la chemise de la canule de T... n'a jamais obstrué parfaitement la trachée, et du sang s'est toujours un peu écoulé dans le conduit, d'où les accès de toux, l'expectoration de mucus sanglant par la canule, et enfin l'air, qui à chaque moment est revenu par la plaie quand le larynx fut intéressé.

Les parties latérales du thyroïde libérées, j'essayai, mais en vain, de libérer aussi le cricoïde ; il était situé juste au-dessus de l'ouverture de la trachée faite jadis et bien trop haut.

Je résolus alors de couper la membrane crico-thyroïdienne en haut, je la disséquai et l'enlevai en procédant de bas en haut. La section de la membrane crico-thyroïdienne fut difficile, elle était épaisse et en partie ossifiée ; de plus elle donna du sang en nappe, d'autant qu'à ce moment l'opéré eut quelques quintes de toux. Une grosse veine fut ouverte et saisie par une pince

américaine. D'autres pinces furent placées sur les parties saignantes. Cette section faite, le thyroïde saisi avec des pinces à griffes est attiré en avant; malheureusement l'une de ces pinces, trop faible, se brise; on lui substitue une pince à griffes de Richelot, plus solide. Alors, soit en coupant, soit plutôt en déchirant les tissus, le cartilage thyroïde et l'aryténoïde furent relevés de bas en haut. Arrivé à la partie supérieure j'ouvris à coups de ciseaux le pharynx et je sectionnai les parties au niveau de la base de l'épiglotte, qui fut laissée en place. Il s'écoula une notable quantité de sang par cette section des parties molles, et le sang reflua jusque dans la bouche et le nez. On épongea, plaça des pinces et comprima un peu les tissus. Si bien que l'écoulement sanguin se modéra beaucoup. Je m'efforçai alors de faire l'hémostase définitive en plaçant des ligatures sur les vaisseaux lésés, et je puis ainsi en faire au plus six ou huit. La base de l'épiglotte saignant toujours un peu, elle gêne les manœuvres opératoires; pour y remédier avec des pinces à pression placées méthodiquement, on écarte latéralement, à droite et à gauche, la muqueuse du pharynx, ouvert en avant, et on y place des éponges maintenues par des pinces à pression.

J'ai fait en ce moment l'extirpation de la partie supérieure du larynx seulement; il reste encore le cricoïde, épaissi, induré, malade en un mot.

Pour l'enlever, il fallut tout d'abord l'isoler latéralement et en arrière, soit avec les doigts, soit à coups de ciseaux. Pour faciliter cet isolement, le cricoïde était saisi et attiré en haut et en avant à l'aide de deux pinces à griffes de Richelot. Ces manœuvres déterminent de violents accès de toux, le sang passant dans la trachée et l'air, de son côté, s'infiltrant dans l'étroit orifice du cricoïde.

C'est alors que, pour terminer l'extraction des parties malades, je dus retirer la canule de T..., attirer le cricoïde et la trachée au dehors et en avant, inciser sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous du trajet du tube à trachéotomie jusqu'à la trachée, de façon à ouvrir celle-ci largement.

Pour m'assurer de suite de la respiration, je fixai à la peau par des points de suture d'argent la paroi antérieure de la trachée largement ouverte. 3 points furent d'abord placés de chaque côté, puis 3 autres, et en tout 12; un 13^e fut ajouté plus tard.

La trachée fixée et ouverte, je pus alors en séparer facile-

ment et avec le thermocautère le cricoïde déjà sectionné dans son milieu.

D'autres points intermédiaires — 3 ou 4 — furent faits au crin de Florence, toujours dans le but d'adosser intimement la muqueuse de la trachée à la peau du cou.

Notez que celle-ci fut réséquée dans toute la partie suppurante correspondant au trajet de la canule. Quelques ligatures (toutes à la soie) furent placées sur les vaisseaux qui avaient nécessité l'application de pinces.

Nous nous occupâmes alors du pharynx.

Il fut nettoyé du sang et des caillots, et la muqueuse, déjà saisie et maintenue latéralement par des pinces à pression, fut réunie aux téguments du cou de chaque côté, de façon à constituer une sorte de gouttière ouverte en avant et en bas. 4 à 5 points furent aussi placés à droite et à gauche, un autre à la partie inférieure, comprimant un repli de la muqueuse, de façon à compléter l'infundibulum de la partie supérieure de l'œsophage. Une sonde urétrale (n° 24) en caoutchouc rouge fut fixée à demeure dans l'œsophage à l'aide d'un crin de Florence passant par sa paroi et les téguments du cou.

Pansement avec de la gaze iodoformée placée dans la partie supérieure du pharynx et le remplissant.

Autre tamponnement entre l'infundibulum œsophagien et l'infundibulum trachéal.

L'opération a duré juste une heure cinquante-cinq minutes. L'anesthésie, faite par mon ancien interne le Dr Péraire, a nécessité 45 grammes de chloroforme.

L'examen de la pièce fut fait par le Dr Poupinel (série A, pièce n° 175). Le larynx présentait dans sa cavité une tumeur du volume d'une petite noix, de forme irrégulière, recouverte par la muqueuse, à surface lisse, sauf en arrière, où elle était ulcérée, et occupant toute la moitié droite de la cavité laryngienne, empiétant un peu en arrière sur la moitié gauche.

Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé corné.

Le soir de l'opération, par suite du gonflement de la muqueuse trachéale, qui obstruait le conduit aérien, l'introduction d'une canule dans la trachée fut rendue nécessaire.

Les suites de l'opération sont simples. Le pansement, sali par les mucosités qui sortent de la trachée, est renouvelé tous les jours.

Trois jours après l'opération, le malade prend par sa sonde œsophagienne : 2 litres de lait, 2 œufs et 3 cuillerées de poudre

de viande, plus 1/2 litre de bouillon, 36 centilitres de vin et 200 grammes de potion de Todd.

Le 27 août, un mois après l'opération, D... commence à avaler quelques aliments pris par la bouche.

Le 10 septembre, on enlève la sonde de l'œsophage.

L'état du malade est excellent, et il augmente progressivement de poids.

Le 15 novembre, on constate sur le côté droit du cou la présence d'un petit ganglion qui augmente rapidement de volume.

Le 28 novembre, on ouvre et gratte ce ganglion. M. Poupinel l'examine microscopiquement et reconnaît de l'épithélioma pavimenteux lobulé corné et muqueux. Il examine aussi un bourgeon enlevé à l'orifice trachéal, mais il ne peut affirmer que ce soit de l'épithélioma.

Les jours suivants, il s'écoule de la plaie latérale du cou un liquide abondant d'odeur fétide qui oblige le renouvellement journalier du pansement.

Le 14 décembre, le patient est pris dans la journée de frisson et de dyspnée intense et meurt dans la nuit, d'influenza, d'après l'avis de M. Delagénère, qui l'a suivi dans ses derniers moments.

Toutefois, le ganglion profond du cou enlevé incomplètement et évidé, était le siège d'une suppuration qui a pu et dû jouer un rôle dans les accidents ultérieurs présentés par le malade.

En fait, dans ce cas, j'ai bien utilisé la canule de Trendelenburg, mais sans l'avoir fait préalablement porter par le malade. Cette canule a été inutile à la fin de l'opération, lorsque, ne pouvant faire autrement, j'ai dû sectionner le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

Enfin, j'ai cru devoir suturer la trachée à la peau, et malgré cela il a fallu faire usage d'une canule à demeure persistante.

III

DES PARALYSIES LARYNGÉES SYPHILITIKES

Par **PAUL TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La syphilis laryngée peut atteindre toutes les parties constituantes du larynx. Dans un travail antérieur, nous nous sommes occupé spécialement des altérations de la muqueuse, du tissu sous-muqueux et du système cartilagineux, relevant de la syphilis tertiaire.

Nous nous proposons actuellement d'étudier plus spécialement les troubles laryngés d'origine neuropathique et myopathique. — Nous n'aurons que peu de choses à dire au sujet des modifications de la sensibilité, dépendant le plus souvent d'une lésion du nerf laryngé supérieur, et nous nous occuperons surtout des phénomènes paralytiques, d'origine variable, que l'on rencontre dans la syphilis, du côté de l'organe de la voix.

Déclarons, dès maintenant, que les paralysies laryngées syphilitiques n'ont rien de bien spécial, rien de caractéristique. Elles sont, en effet, soumises au hasard des localisations des lésions spécifiques et, dès lors, tout processus analogue, siégeant aux mêmes points, produira des symptômes absolument comparables.

Il ne s'ensuit pas que l'étude des paralysies laryngées, relevant de la syphilis, soit dépourvue d'intérêt, nous aurons l'occasion de le démontrer au cours de ce travail, mais, et c'est là le point que nous voulons indiquer ici, elles ne sauraient guère conduire à un diagnostic causal.

Il en est autrement au point de vue du diagnostic topographique, et si la constatation d'une laryngoplégie n'est pas suffisante à elle seule pour permettre d'assigner un

siège précis à la lésion génératrice, du moins indique-t-elle dans quelle direction doivent être poursuivies les recherches et concourt-elle, pour une large part, à fixer le jugement du clinicien.

Il y a plus, les troubles paralytiques du larynx peuvent constituer et constituent souvent un symptôme révélateur, étant les seuls phénomènes qui indiquent l'existence et le développement d'un processus morbide, autrement latent.

Comme, d'autre part, il ne faut pas oublier que certaines laryngoplégies peuvent exister sans troubles de la respiration et même sans modification profonde de la voix, on conçoit l'importance de l'examen direct du larynx, alors qu'aucun symptôme anormal grave n'attire de ce côté l'attention du sujet, ni celle du médecin non prévenu.

Dans ces cas, c'est l'existence de troubles respiratoires ou vocaux légers, c'est l'ensemble des phénomènes morbides présentés par le malade, qui guidera le médecin et le conduira à examiner le larynx.

Il résulte de l'ensemble des recherches que nous avons faites dans les traités spéciaux et la littérature médicale, que l'histoire des laryngoplégies syphilitiques a suscité fort peu de travaux d'ensemble. [M. Mackenzie, von Ziemssen, Masséi (1), C. Lewis, Mauriac, etc.]

Les observations publiées sont assez nombreuses, et à côté de l'anévrysme de l'aorte (Bosworth) plus souvent même que lui, les lésions diverses de la syphilis sont notées, comme processus générateurs, dans l'ensemble des faits de paralysies laryngées. Si l'on admet, d'autre part, que la syphilis joue un rôle dans la production de certains anévrysmes de l'aorte, on arrive à cette conclusion que, parmi tous les processus qui peuvent amener le développement de laryngoplégies, la syphilis doit occuper le premier rang. Il y aurait, sans doute, plus d'une réserve à faire, sur cette don-

(1) CHRISTOPHE LEWIS. Clinical observations on syphilis of the Larynx. (*Birmingham med. Review*, mars 1877). — (Paralysie de la corde vocale droite et de la paupière droite chez un enfant de huit ans. — Syphilis acquise.)

née fondée uniquement sur la statistique des cas publiés, et pour notre part, nous ne la tenons pas pour absolument exacte.

II

Les paralysies laryngées syphilitiques peuvent relever d'une lésion des muscles du larynx, du tronc du récurrent, du tronc du nerf vague, des racines du nerf vague et du nerf spinal, des noyaux bulbaires de ces derniers nerfs et vraisemblablement aussi, quoique ce ne soit là encore qu'une induction un peu théorique, de lésions cérébrales.

De toutes ces lésions, les plus fréquentes sont celles qui atteignent le laryngé inférieur, et si l'on a présents à l'esprit le trajet et les rapports du récurrent gauche, on ne s'étonnera pas que, dans la très grande majorité des cas, ce soit lui qui soit intéressé. C'est là, d'ailleurs, un fait qui se retrouve pour toutes les causes de laryngoplégies et la fréquence extrême de celles-ci du côté gauche n'a rien de spécial à la syphilis. On voit cette unilatéralité gauche se faire dans la tuberculose avec adénopathies, l'anévrisme de l'aorte, etc. Cela est tellement vrai, que la constatation d'une paralysie laryngée unilatérale droite doit, dans un bon nombre de cas, non dans tous, certes, attirer l'attention du côté de l'œsophage, souvent alors siège d'un néoplasme. Inversement, l'examen du larynx fournit, à ce point de vue, des données parfois précieuses, dans les cas où l'on soupçonne une lésion épithéliomateuse du conduit œsophagien.

III

Paralysies myopathiques (1). — Dans un travail précédent, nous avons décrit les altérations profondes que pouvait produire, dans le larynx, le processus syphilitique. — Les

(1) Nous nous abstenons dans ce travail de citer les cas particuliers toutes les fois qu'il s'agira de faits bien connus et d'observation courante; l'intérêt qui s'y attache en pareil cas n'ayant rien de spécial.

lésions envahissent le tissu sous-muqueux et atteignent fréquemment les cartilages. Il n'est pas rare, en pareil cas, de trouver les muscles infiltrés, quelquefois détruits.

Malgré cela, les paralysies relevant de ce processus sont rares, et lorsque la syphilis produit une laryngoplégie, la muqueuse même du larynx reste souvent indemne. Il est juste d'ajouter immédiatement que, dans les formes graves de syphilis du larynx, lorsque celui-ci est labouré d'ulcérations, rétracté et déformé par des bandes scléreuses cicatricielles, il devient bien difficile de reconnaître l'existence de paralysies musculaires. Dans certains cas même, où le larynx est transformé en un conduit informe, à parois rigides, toute trace de motilité disparaît.

Mais il n'en reste pas moins vrai, et c'est là un fait qui s'observe aussi dans la tuberculose, que l'on peut voir au laryngoscope des cordes vocales infiltrées, profondément déformées, ulcérées même, possédant des mouvements d'abduction et d'adduction relativement étendus.

Certains auteurs ont pensé que les troubles de la voix que l'on observe assez fréquemment dans la période secondaire (Diday), la raucité, la dysphonie, relèveraient d'une paralysie ou d'une parésie des thyro-aryténoïdiens internes (Mauriac), et cru trouver là une des applications de la loi de Stokes, trop souvent invoquée, hors de propos.

Mais, comme le remarque lui-même M. Mauriac, cet état paralytique ne se trouve pas confirmé par les examens qu'il a faits en commun avec Krishaber.

Il ne se trouve pas signalé non plus dans le très important travail de M. Gouguenheim sur la laryngite secondaire.

L'interprétation nous semble donc fautive. Néanmoins, nous croyons qu'il ne faudrait pas nier *a priori* l'existence de ces laryngoplégies superficielles. Mais elles relèveraient plutôt alors d'un processus analogue à celui qui explique la paralysie de l'ary-aryténoïdien dans la laryngite catarrhale (1). Il s'agirait de l'extension du processus inflammatoire superficiel aux fibres musculaires immédiatement sous-jacentes.

(1) A. PROUST et P. TISSIER. Paralysies du muscle ary-aryténoïdien. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1890.)

On a trouvé quelquefois des lésions musculaires gommeuses. C'est ainsi que nous avons cité ailleurs le cas de Bouisson, (gomme du crico-aryténoïdien postérieur) auquel il faut joindre celui de Bouillaud et Ordonez, où l'on trouva à la place d'un des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs une tumeur blanc-grisâtre, dure, de structure fibreuse.

IV

Paralysies récurrentielles. — Le tronc du nerf récurrent est assez peu volumineux pour qu'on puisse penser *a priori* qu'une lésion qui l'atteint doit provoquer toujours un syndrome identique, soit irritatif, spasmodique, soit paralytique. L'observation clinique a montré qu'il n'en était rien. Les processus morbides qui intéressent le laryngé inférieur produisent soit une paralysie totale, la paralysie récurrentielle proprement dite; soit un trouble spécial dans la mécanique du larynx, que l'on attribue généralement à une paralysie des dilatateurs.

Cette dernière question a donné lieu à des controverses sans nombre. Nous avons opposé aux théories de Rosenbach, de Semon et de Krause une explication qui nous semble à la fois plus clinique et plus physiologique. Ce n'est pas le lieu de la discuter ici; elle est, en effet, exposée en détail ailleurs dans le traité de la phthisie laryngée que nous avons publié en collaboration avec M. Gouguenheim. Nous nous en tiendrons donc ici aux seules données nécessaires pour la compréhension des faits.

α-Paralysie récurrentielle totale-unilatérale. — La paralysie totale unilatérale (1) siège, avons-nous dit, le plus souvent à gauche. Sa cause immédiate la plus fréquente est la compression du récurrent par un ganglion tuméfié ou en dégénérescence gommeuse (Gehhardt, Turck). Tout autre

(1) Dans le cas de Baumler (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, Band II, p. 530, 1867) (paralysie récurrentielle bilatérale chez un syphilitique), il faut remarquer qu'il existait de la péricardite; ce cas est exceptionnel, et, en règle générale, les paralysies récurrentielles syphilitiques sont unilatérales.

processus syphilitique peut naturellement avoir le même résultat.

La respiration est libre si la paralysie est totale ; la voix, rarement perdue complètement, est rauque et bitonale. Elle s'améliore, du reste, assez vite, parce que la corde saine joue alors un rôle compensateur, et pendant l'adduction phonatrice arrive à dépasser la ligne médiane et même à se juxtaposer à la corde paralysée. Il reste toujours une modification de la voix et une certaine bitonalité, due à l'absence de synchronisme des vibrations des deux cordes, mais nous avons vu plusieurs cas où les troubles vocaux n'étaient pas suffisants pour attirer l'attention du malade.

Nous passons vite sur cette symptomatologie, dépourvue de tout caractère spécial, et de même nous ne faisons qu'indiquer l'aspect du larynx, dont une des cordes vocales reste immobile, en position *cadavérique*, intermédiaire entre l'adduction (phonation) et l'abduction (inspiration profonde).

β-Sténose neuropathique permanente de la glotte (paralysie des dilateurs de la glotte).

Ce complexe morbide est caractérisé par la prédominance d'action des adducteurs, d'où la situation médiane, phonatrice, permanente des rubans vocaux, permettant l'émission plus ou moins normale de la voix, mais créant une cause grave de dyspnée laryngienne, du fait du rétrécissement de la fente glottique.

Ce trouble de motilité, déjà soupçonné par Trousseau, a été constaté directement pour la première fois par Gehrardt (1863), et depuis on en a publié de nombreux exemples. Parmi ceux que nous avons nous-mêmes observés, aucun ne relèvait de la syphilis.

Cette position des cordes peut dépendre d'un processus myopathique ; c'était en particulier le cas dans le fait observé par Jackson (1) 1868, qui est la seconde observation publiée, mais elle résulte le plus souvent d'une lésion récurrentielle (on l'a rencontrée aussi dans les lésions du tronc du pneu-

(1) JACKSON. *Med. Times and Gazette*, 13 décembre 1865 ; voir encore PENZOLDT, M. MACKENZIE, WAKES, etc.

mogastrique, des racines et des noyaux bulbaires de ce nerf et du spinal). Pour Morell Mackenzie, dans un grand nombre des observations de cette lésion, la syphilis entraînait probablement en jeu, et il invoque la production de dépôts gommeux intramusculaires.

Depuis longtemps, on a remarqué que, dans les paralysies récurrentielles totales, les abducteurs étaient souvent le plus atteints, et Elsberg a noté que lorsqu'il se produit une régression du processus morbide, l'amélioration porte d'abord sur les adducteurs.

Certes, la position superficielle des crico-aryténoïdiens postérieurs, leur situation qui les expose à des traumatismes fréquents, expliquent jusqu'à un certain point la prédominance avec laquelle différents processus, la syphilis en particulier, frappent ces muscles. Mais cette explication ne saurait suffire.

L'idée qu'il s'agit d'une paralysie proprement dite et isolée du crico-aryténoïdien postérieur, par lésion élective des filets destinés à ce muscle, dans le tronc du récurrent (Loi de Rosenbach-Semon), ne suffit pas non plus à expliquer pourquoi la lésion est si souvent double, bilatérale.

Le larynx, organe de perfectionnement adapté sur le tube aérien, exerce ainsi une double fonction : l'une respiratoire, primordiale ; l'autre phonatrice, surajoutée. A chacune de ces fonctions correspond une innervation spéciale, fait qui s'observe dans d'autres groupes musculaires et qui a été depuis longtemps établi par Claude Bernard. Ainsi s'explique vraisemblablement l'origine des filets nerveux du récurrent provenant de deux paires nerveuses, vague et spinal. Si l'altération qui atteint ce nerf porte plus spécialement sur les fibres présidant à la fonction respiratoire, c'est qu'il existe, sans doute, une vulnérabilité ou une disposition spéciale de celle-ci.

Dès lors, les cordes se trouvent dans la situation phonatrice, en adduction permanente. Cet effet semble bien, d'après un certain nombre d'observations, pouvoir résulter d'une lésion unilatérale (Bäumler et Johnson), et ne peut s'expliquer que par notre hypothèse, par la diminution du

tonus respiratoire au niveau de la glotte. Krishaber (1) avait déjà vu le fait et essayé de l'expliquer par un mécanisme inacceptable au point de vue physiologique et même clinique pour le plus grand nombre des cas (irritation du récurrent, contraction spasmodique des muscles du côté correspondant et de l'aryténoïdien, muscle impair). Si la sténose névropathique permanente est fréquente dans la syphilis, la *paralysie proprement dite, isolée des adducteurs*, est aussi assez commune. Mais alors, elle est ordinairement unilatérale et, dans la plupart des cas, soit myopathique, soit due à des lésions des noyaux bulbaires. L'étude du système nerveux montre assez fréquemment ces dissociations, la lésion se localisant sur le groupe de cellules d'où naissent les fibres destinées à un muscle (paralysies oculaires).

Mackenzie en rapporte deux cas, dont l'un semble se rattacher à une lésion locale; on en trouve un certain nombre d'autres dans les auteurs (Poyet); nous n'avons pas vu signalés de faits contraires à la théorie que nous soutenons.

De même, pour les paralysies isolées des autres muscles, qui sont le plus souvent unilatérales (il faut invoquer l'un de ces deux processus, myopathique ou bulbaire). Parmi les cas de paralysie des adducteurs crico-aryténoïdiens latéraux, citons ceux de M. Mackenzie et de Heymann (2) (paralysie d'un seul adducteur latéral.)

V.

Paralysies par lésion du tronc du pneumogastrique et par lésion des racines du pneumogastrique et du spinal. — Lorsque le tronc du pneumogastrique est lésé au-dessous de l'origine du laryngé supérieur, on a exactement les mêmes symptômes que si la lésion atteignait le récurrent. Lorsque, au contraire, le processus siège plus haut, il existe fréquemment des troubles de la sensibilité, troubles qui pourraient dispa-

(1) KRISHABER. *Mémoires de la Soc. de biol.*, p. 132, 1876.

(2) HEYMAN. *Verein. f. innere Medic. Berlin*, séance du 7 février 1888.

raître à la longue. Nous n'avons pas trouvé dans les auteurs d'observations d'altérations spécifiques intéressant le laryngé supérieur.

Dans un fait rapporté par Moreil-Mackenzie, on trouva une paralysie récurrentielle totale de la corde vocale gauche et, à l'autopsie, des lésions méningées syphilitiques occupant la base du cerveau. Les racines des nerfs pneumogastrique et spinal étaient, si l'on s'en rapporte à la courte relation donnée par l'auteur, comprises dans la sphère des lésions.

VI.

Paralysies d'origine bulbaire. — Morell-Mackenzie cite une observation de Huglings Jackson avec hémiatrophie gauche de la langue et du voile, et paralysie totale de la corde gauche, qui fut rattachée à une altération syphilitique de la moelle allongée à l'origine du spinal. Dans une seconde observation, une « paralysie double des adducteurs » relevait aussi d'une lésion bulbaire. On a rapporté un certain nombre de cas semblables, dont les autres symptômes concomitants indiquaient nettement l'origine bulbaire. Mais les observations suivies d'autopsie se comptent. Dans ces faits, ainsi qu'on le voit, il y a ordinairement coexistence d'autres paralysies, ce que l'on conçoit facilement en se rappelant les rapports des noyaux du vague et du spinal dans le bulbe.

A ce propos, nous insisterons un peu sur les faits d'origine syphilitique, dans lesquels la paralysie laryngée d'orbulbaire s'accompagne d'hémiatrophie linguale. M. R. Leudet (1) en a publié deux cas dans un travail récent. Il faut joindre aussi l'observation de Pel (2).

Cette association symptomatique suppose qu'une lésion bulbaire atteint à la fois les noyaux de l'hypoglosse et ceux

(1) R. LEUDET. Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 12, p. 643, décembre 1887.)

(2) PEL. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 29, 18 juillet 1887.

qui fournissent les filets nerveux destinés aux muscles du larynx. Il est à noter que dans les trois cas cités, la paralysie était unilatérale et complète dans la première observation de Leudet et dans celle de Pel, tandis que dans le second fait de Leudet, il n'existait qu'une paralysie unilatérale de l'abduction.

Ce dernier cas prouve que les paralysies isolées d'un muscle laryngé peuvent avoir une origine bulbaire, et il serait intéressant de pouvoir ainsi déterminer la situation respective dans le bulbe des différents noyaux secondaires destinés à chaque muscle.

Il est regrettable que l'on n'ait pas noté si le processus atrophique constaté à la langue ne s'étendrait pas aussi à la corde paralysée. C'eût été un point important pour l'histoire, si pauvre en documents, de l'atrophie des cordes vocales.

VII

Paralysies d'origine centrale — Les paralysies laryngées sont assez exceptionnelles dans les lésions cérébrales. On en a rapporté cependant un certain nombre d'exemples.

La syphilis cérébrale peut-elle produire des troubles paralytiques du côté du larynx? Le fait ne semble pas douteux (cas de Cartaz). Il est même permis de supposer, si l'existence d'un centre cortical laryngé (Garel, Krause, Rebillard) se confirme, qu'on pourrait avoir des laryngoplégies d'origine corticale.

A propos des discussions soulevées en ce moment sur cette question de la localisation des mouvements des cordes vocales (Krause, Garel, Semon et Horsley), nous voudrions insister sur un point qui nous semble trop laissé de côté et qui rend les conclusions des auteurs à peu près inexplicables. Le larynx, avons-nous dit, a une double fonction. Il est vraisemblable qu'il a aussi deux centres. L'un correspondant aux régions antérieures du cerveau pour l'adduction, c'est-à-dire la phonation, fonction de perfectionnement. C'est celui indiqué par Krause, par Rebillard, par M. Garel, par

Semon et Horsley. L'autre à siège indéterminé, correspondant à la fonction respiratoire. Aussi voyons-nous que ni Krause, ni Masini, ni M. Fr. Franck, ni Semon et Horsley n'ont pu trouver le centre d'abduction des cordes (1).

VIII

Avant de déterminer ce qui a trait aux laryngoplégies syphilitiques, nous devons dire quelques mots sur « l'hystéro-syphilis ».

Les auteurs ont assez souvent noté des troubles de la motilité du larynx ne pouvant s'expliquer par aucune lésion appréciable, et certains même avaient prononcé le mot de paralysies dynamiques.

Nous savons aujourd'hui que la syphilis peut jouer vis-à-vis de l'hystérie le rôle d'agent provocateur, et dès lors il nous est facile de comprendre les akinésies laryngiennes sine materia. Les faits signalés par les auteurs trouvent ainsi leur explication rationnelle, et il est permis d'espérer que, l'attention une fois appelée sur ce sujet, les observations ne tarderont pas à venir confirmer cette vue, jusqu'ici forcément un peu théorique.

IX

Le « diagnostic » résulte d'une part de la connaissance des antécédents du malade et de l'examen direct du larynx (2) d'autre part. Dans les cas de doute, le traitement spécifique pourra parfois servir de pierre de touche.

(1) Ce travail était terminé lorsque nous avons eu connaissance de la réponse de MM. Semon et Horsley à MM. Garel et Dor, parue dans le numéro de mai des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Cette distinction entre les centres phonatoires et respiratoires y est parfaitement indiquée. On trouvera brièvement exposée, mais cependant d'une façon aussi claire et aussi irréfutable que possible, cette opinion que nous soutenons depuis plusieurs années et qui est le fond de notre théorie sur les sténoses neuropathiques de la glotte.

(2) Nous devons signaler ici la difficulté du diagnostic dans les cas d'ankylose crico-aryténoïdienne d'origine syphilitique simulant la paralysie des abducteurs.

Les accidents spasmodiques et la contracture s'observent assez rarement dans la syphilis laryngée. Cependant, il ne faut pas oublier que la contracture peut se montrer secondairement dans les antagonistes des muscles paralysés et venir compliquer la sténose neuropathique permanente.

Il faut aussi faire la part des coïncidences, et ne pas considérer comme d'origine syphilitique toute lésion survenant chez un syphilitique.

Dans un autre ordre d'idées, on peut se convaincre aisément de l'importance des données qui résultent de l'examen du larynx, dans les cas de diagnostic douteux, au point de vue de la localisation du processus morbide.

Le pronostic, en général, est celui des paralysies laryngées ordinaires, c'est-à-dire surtout menaçant lorsque les cordes se trouvent en situation médiane permanente, rétrécissant ainsi notablement l'orifice glottique.

Le traitement spécifique peut donner, surtout au début, d'excellents résultats, mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité des récidives.

Un point encore avant de terminer. A quelle époque de la syphilis apparaissent les laryngoplégies?

Si l'on se reporte aux faits publiés, on est conduit à admettre que pouvant se montrer dès la fin de la période secondaire, c'est-à-dire relativement de bonne heure, elles se voient le plus souvent à la période tertiaire, à échéance plus ou moins éloignée.

N. B. — Pour la bibliographie, nous renvoyons à l'index qui accompagne notre travail antérieur sur la syphilis tertiaire du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1889.)

Nous avons laissé de côté à dessein les troubles laryngés survenant chez les ataxiques, dans l'histoire desquels la syphilis est notée. Par certains côtés [efficacité dans quelques cas rares du traitement spécifique (Fournier (1), Zie-

(1) FOURNIER. Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, 1885.

gehmeier) (1)] elles se rapprochent des laryngoplégies syphilitiques. Nous avons cru préférable d'étudier à part les manifestations laryngées du tabes, qui feront ainsi le sujet d'un prochain mémoire.

IV

LES AFFECTIONS DE L'ORGANE DE L'OUÏE DANS L'INFLUENZA. — CONTRIBUTION CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE.

Par le Dr J. GRADENIGO,

Docent d'otologie près les universités R. R. de Padoue et de Turin,
 Directeur de la section otologique de la polyclinique générale
 de Turin.

Les affections de l'organe de l'ouïe provoquées par l'*influenza*, durant la dernière épidémie, ont été l'objet, en ces derniers temps, de nombreuses publications. Tandis que les auteurs, en général, sont d'accord pour considérer comme caractère particulier des otites moyennes aiguës, consécutives à l'*influenza*, l'existence d'hémorragies se développant vite et abondamment, il y a une grande divergence dans leurs opinions sur la bénignité (Lœwenberg, Hennebert, Eitelberg) ou sur la malignité (Politzer, Gruber, Glover, Châtelier) du processus morbide. De même aussi, les résultats des examens bactériologiques entrepris jusqu'ici sur la sécrétion des otites moyennes aiguës consécutives à l'*influenza* ne concordent pas entre eux. Weichselbaum constata, dans un cas, l'existence du *pneumo-diplococcus*; Lewy observa le *pneumo-diplococcus* dans six cas, le *staphylococcus pyog. albus* dans un cas; Netter, dans un cas, le *streptococcus pyo-*

(1) ZIEGELMEYER. Bericht über d. Sommersaison in Bad Langenbrücken, 1885.

genes. De concert avec le D^r Bordoni-Uffreduzzi, j'ai entrepris quelques recherches bactériologiques à ce sujet; les résultats que nous avons obtenus ne me semblent pas dénués d'importance. Je les rapporte ici brièvement.

1^{re} OBSERVATION. — *Otite moyenne externe, hémorragique, consécutive à l'influenza; staphylococcus pyogenes albus.*

N. N..., sage-femme à Turin, 27 ans.

Auparavant, elle n'avait jamais éprouvé de troubles d'oreilles. Une première fois, pendant l'hiver dernier, elle fut atteinte de l'influenza avec fièvre pendant deux jours, forte rhino-pharyngite, toux: aucun trouble de l'oreille. Au bout de deux mois, elle fut atteinte de nouveau par l'influenza: fièvre pendant deux jours et, au début, frissons répétés. — Le troisième jour, la malade s'éveilla le matin avec des douleurs très intenses de l'oreille gauche; à deux heures de l'après-midi, le même jour, elle constata qu'il était sorti une goutte de liquide de l'oreille malade; les douleurs diminuèrent. Le jour suivant, elle vint me trouver. Il existait sur la paroi inférieure du conduit auditif externe, portion osseuse, une vésicule noirâtre qui obstruait la moitié inférieure de la lumière du canal et qui avait la grosseur d'un haricot; il existait, en outre, une otite moyenne purulente, mais on ne découvrait pas de pus dans le conduit auditif. Après avoir soigneusement désinfecté les parties malades avec le sublimé, je pratiquai l'incision de la vésicule; il y eut un écoulement de sérum ténu coloré en rouge. Dans ce liquide, ainsi que dans le pus que je fis sortir de la cavité tympanique, au moyen du procédé de Politzer, à travers une petite perforation déjà existante, je constatai la présence du *staphylococcus pyogenes albus* en culture pure (1).

Le cours de l'affection fut assez long, mais régulier: le traitement consista en lavages abondants au sublimé et à l'acide borique, avec instillations de glycérine au sublimé.

2^e OBSERVATION. — *Otite moyenne aiguë déterminée par l'influenza; diplo-streptococcus.*

N. N..., 72 ans, de Turin.

Je fus appelé d'urgence, un soir, près de ce malade qui, depuis plus de deux jours et deux nuits, souffrait cruellement de dou-

(1) Je dois l'examen bactériologique de ce cas à l'obligeance de M. le D^r Foà, professeur d'anatomie pathologique à l'Université royale.

leurs à l'oreille droite. Je trouvai un vieillard pâle, maigre, avec fièvre intense, céphalée et otalgie violente, tellement qu'à chaque acte expiratoire il émettait une plainte. Il était au lit depuis quinze jours, atteint de l'*influenza*. Hyperhémie intense de la membrane tympanique droite : pas de vésicule hémorrhagique, ni de pus dans le conduit. La mastoïde très douloureuse au palper : léger œdème des parties molles correspondantes. Paracentèse large de la membrane, avec écoulement abondant de sang et de pus. Lavages au sublimé (1/2 p. 1000) : instillations de glycérine au sublimé (1 p. 1000). — Dans le pus recueilli 15 heures après la paracentèse, *diplococcus pneumoniae* en culture pure.

Malgré les écoulements abondants de pus, les douleurs et la fièvre ne diminuèrent que petit à petit. Le jour consécutif de la paracentèse de la membrane, l'enflure et la douleur de la mastoïde ayant augmenté, je prescrivis l'application locale de six sangsues, et, 36 heures après, des compresses glacées et phéniquées sur la mastoïde. Grâce à ce traitement énergique, la mastoïdite fut coupée à son début, et le malade, 20 jours environ après la paracentèse tympanique, est maintenant en voie de guérison.

3° OBSERVATION. — *Otite moyenne purulente subaiguë*. — *Paracentèse de la membrane*. — *Staphylococcus pyogenes albus*.
N. N..., 28 ans, paysan.

A la suite de l'influenza, il éprouve, depuis un mois environ, des douleurs violentes ; sensation de pesanteur, difficulté d'audition de l'oreille gauche. — Membrane tympanique uniformément rougie : il n'y a pas de perforation. La paracentèse de la membrane donne issue à une sécrétion très peu abondante. — Au moyen de l'anse de platine stérilisée, je pénètre dans la caisse, à travers l'ouverture artificielle et, avec la sécrétion restée adhérente à cette anse, je pratique des cultures sur l'agar-agar et des préparations au couvre-objet. J'obtiens le développement du *staphylococcus pyogenes albus*.

Médication au sublimé et à l'acide borique. Le malade est encore en traitement.

4° OBSERVATION. — *Otite moyenne externe hémorrhagique, consécutive à l'influenza*; *diplo-streptococcus*.

N. N..., élève sage-femme.

A la suite de l'influenza, elle eut de violentes douleurs à l'oreille droite. Elle se présente le troisième jour de la maladie

et quelques heures après que s'était montré un écoulement sanguinolent de l'oreille : les parois du conduit auditif externe, portion osseuse, sont uniformément tuméfiées, avec croûtes noirâtres ; noirâtre également est la membrane tympanique. Du méat sort un liquide séreux coloré d'hématine. Des cultures pratiquées avec ce liquide, recueilli immédiatement après l'ouverture de la membrane, se développe, en culture pure, le *diplo-streptococcus*.

Médication habituelle ; aucune complication.

5° OBSERVATION. — *Otite moyenne aiguë déterminée par l'influenza ; paracentèse ; diplo-streptococcus.*

N. N..., 30 ans, mécanicien, de Turin.

Douleurs à l'oreille gauche depuis 24 heures ; à l'examen, la membrane tympanique rougie, spécialement dans la moitié supérieure. Pas de vésicules hémorragiques, ni sur la membrane, ni dans le conduit. Paracentèse dans le segment inférieur postérieur du tympan ; il en sort du sang mélangé à un peu de sérum visqueux. L'examen bactériologique fait reconnaître l'existence du *diplo-streptococcus* en culture pure.

Traitement au sublimé ; cours de l'affection, très bénin.

Le cas suivant n'entre pas, à la rigueur, dans la catégorie des otites déterminées par l'influenza ; toutefois, je crois opportun de le relater, tant à cause des rapports très étroits que l'on a reconnu exister entre l'*influenza* et les pneumonies qui ont prédominé durant l'hiver dernier que parce qu'il semblerait confirmer la possibilité d'une pneumonie consécutive à l'otite moyenne purulente produite par *diplo-streptococcus* (1).

6° OBSERVATION. — *Otite moyenne purulente aiguë bilatérale ; diplo-streptococcus.*

N. N..., 17 ans, maçon.

Le malade, qui n'avait jamais souffert des oreilles jusqu'alors, fut pris de douleurs, d'abord à l'oreille droite, puis à l'oreille gauche. Bientôt il s'établit, des deux côtés, une perforation spontanée et de l'otorrhée. Dans le pus des oreilles et dans le sang, on trouva le *diplococcus*. Cinq jours après le début de l'affection auriculaire, se manifesta la pneumonie qui eut un cours régulier.

(1) Je dois cette observation à mon distingué collègue, le professeur Mya, auquel j'exprime ici mes plus vifs remerciements.

lier. Maintenant, le malade est convalescent; à droite, la membrane tympanique est un peu rouge, mais la perforation est fermée; à gauche, il y a, dans le segment antérieur, une perforation ovale, en direction verticale dans son plus grand diamètre.

Les observations précédentes nous autorisent à conclure que, dans l'influenza, les otites moyennes aiguës peuvent être produites non seulement par le *diplococcus* (1), mais aussi par des *coccus* pyogènes (dans deux des observations rapportées ci-dessus (1^{re} et 3^e) (*staphylococcus pyog. albus*), et que les symptômes cliniques ne sont pas, comme l'ont admis quelques auteurs, en rapport direct avec l'espèce de micro-organisme, cause de l'infection. Dans les deux formes aiguës hémorrhagiques, cliniquement si analogues, on rencontra, dans l'une, le *staphylococcus*; dans l'autre, le *diplococcus* (Observat. 1 et 4); dans les autres formes, dans lesquelles la sécrétion avait l'aspect de véritable pus, on trouvait parfois le *diplococcus* (Obs. 2 et 6), parfois le *staphylococcus* (Obs. 3).

De même, quant à leur cours, les otites moyennes déterminées par l'influenza ne peuvent être réunies en un groupe spécial: comme dans les autres otites en général, nous avons ici également les formes simplement catarrhales, les formes purulentes bénignes et les formes graves, parfois très graves. J'ai pu observer quelques cas d'otite moyenne consécutifs à l'influenza, dans lesquels on observe de très bonne heure des phénomènes graves mastoïdiens, ou périostites des parois du conduit auditif externe, très rebelles au traitement.

En ce qui concerne le traitement, je crois qu'on ne saurait jamais assez recommander une prompte paracentèse et l'usage de lavages répétés au sublimé (de 1/2 à 1 p. 1000) en solution

(1) Au sujet des caractères morphologiques et biologiques du *diplococcus* rencontré par Bordon-Uffreduzzi et par moi dans les otites moyennes consécutives à l'influenza, qu'il me suffise pour le moment de mentionner qu'il ne diffère pas de celui que, tous deux, nous avons observé dans d'autres formes d'otites moyennes dites genuines; il présentait, comme caractère spécial, une grande atténuation dans ses propriétés pathogéniques; il produisait la septicémie chez les petits rats, il était presque sans action sur le lapin. Nous publions dans l'*Archivio di scienze mediche*, avril 1890, et dans le *Centralblatt f. Bacteriologie*, n° 17, 1890, un travail complet sur cette question.

aqueuse. La glycérine au sublimé, vantée par Zaufal, ne m'a donné de bons résultats que lorsque la sécrétion était peu abondante et la perforation assez large : d'ordinaire, je l'associe aux lavages.

V

A PROPOS DU CENTRE CORTICAL MOTEUR
DU LARYNX,

Par MM. SEMON et HORSLEY.

Ce qui suit est, nous le croyons, un juste résumé de la réponse de MM. Garel et Dor aux objections que nous avons cru devoir soulever à leurs conclusions.

Ces auteurs disent qu'un examen microscopique de la moelle allongée dans les cas qui ont formé le sujet de la discussion n'était, dans leur opinion, « nullement nécessaire ». Nous croyons pouvoir laisser la discussion sur ce point aux lecteurs de la controverse.

En réponse à notre question : comment ils peuvent expliquer la paralysie *totale* de la corde vocale du côté opposé dans leurs cas, celle-ci restant *toujours* « en position cadavérique », et pourquoi elle n'aurait pas été influencée, comme à l'ordinaire, par les centres respiratoires bulbaires, ils répliquent qu'ils n'avaient pas eu la prétention un seul instant de trancher cette question, et qu'ils n'avaient pas soulevé l'hypothèse de centres corticaux bulbaires.

Nous répondrons simplement qu'il est *absolument impossible* de négliger le mécanisme bulbaire, si on veut discuter les rapports du larynx avec le système nerveux central.

En concluant, nous désirons dire que nous n'avons jamais affirmé que les *observations cliniques* de MM. Garel et Dor

sont « fausses », comme disent ces auteurs au commencement de leur réplique. Ce que nous croyons *erroné*, c'est leur *interprétation* des faits cliniques observés par eux, et leur réponse même nous a confirmé dans notre opinion.

VIII

RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr SÉNAC-LAGRANGE

ancien interne des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie,
médecin aux eaux de Cauterets.

(*Suite*) (1).

II

En outre de la solidarité qui unit entre elles les différentes portions de l'oreille, les rapports entre les fosses nasales et celle-ci par l'intermédiaire de la caisse sont tellement étroits que la majeure partie des maladies de l'oreille moyenne dérive par voie de continuité des affections de la muqueuse nasale.

Ce qui nous frappe d'abord dans l'aspect objectif de la muqueuse nasale est sa constitution anatomo-pathologique, qui se présente, comme toute muqueuse, sous deux conditions opposées : mince, rose, vasculaire (érythémateuse), sensible d'une part; ou épaisse, gonflée, plus épaisse sur certaines portions, comme le bord inférieur des cornets, le cornet moyen, de couleur rose pâle et rose violet, d'autre part. Ce gonflement se fait soit aux dépens de l'augmentation de volume de la membrane nasale et des canalicules perforants, continuation directe des vaisseaux lymphatiques qui la traversent (Chatellier), soit aux dépens d'une infiltration lymphoïde discrète. En effet, on y trouve souvent du tissu adénoïde sous forme d'infiltration diffuse ou sous forme de véritables follicules. Ils existent soit

(1) Voir le n° 5 des *Annales*, p. 331.

immédiatement au-dessous de l'épithélium, soit au-dessous du réseau capillaire de la muqueuse. Généralisé ou plus spécialement localisé sur les cornets moyens et inférieurs, ce tissu adénoïde ne doit pas être considéré comme un produit pathologique; c'est une disposition physiologique inconstante chez l'homme (Zuckerkaudl).

Parfois le gonflement est d'une autre nature anatomique: c'est en quelque sorte une infiltration myxomateuse, faite de travées conjonctives (nœuds et corpuscules conjonctifs étoilés), de fibrilles distinctes du tissu conjonctif et d'une abondante production intercellulaire de mucine (rhinosclérome). L'énorme développement de capillaires veineux provenant des lacunes du tissu érectile peut s'y ajouter et légitimer alors le nom de myxangiomes. C'est dire que cette hyperplasie s'accompagne alors de polypes (1), de kystes, d'engorgement vasculaire, parfois de néoplasmes qu'on a vu se transformer en tumeurs malignes.

Il est enfin un gonflement hypertrophique de la muqueuse où domine l'engorgement du tissu érectile (2), c'est-à-dire une dilatation des espaces caverneux avec amas de corpuscules lymphatiques ou dépôts fibrineux, infiltration simple du tissu sous-épithélial, épithélium légèrement épaissi. Cette disposition serait surtout localisée dans la zone sensitive réflexe, c'est-à-dire sur les cornets moyens et inférieurs, dans le tiers postérieur de la cloison.

Ces formes anatomiques, du reste, se tiennent entre elles et peuvent être regardées comme des variétés les unes des autres, qu'elles soient à leur premier stade ou à un stade d'évolution. Substratum anatomique à tous les degrés d'une espèce de catarrhe qu'elles provoquent ou est provoqué par lui, les caractères de celui-ci participant d'une même cause lui sont subordonnés: sécrétion liquide purulente ou muco-purulente et abondance de cette sécrétion, au point de simuler un vrai jetage, sécrétion concrète sous forme de plaques, catarrhe limité aux parties antérieures surtout, s'accompagnant de gonflement érythémateux de la lèvre supérieure, etc.

Si c'est en tant que végétations adénoïdes que la forme anatomique domine, on se rend compte des inconvénients qu'elles

(1) Dans les polypes dominant, comme dans toute la muqueuse du reste, tantôt le tissu à granulation (cellules rondes et fusiformes), tantôt le tissu conjonctif (fibro-myxome), tantôt de nombreux vaisseaux.

(2) Tissu érectile de la muqueuse des cornets et de la cloison, reconnaissable à sa structure (capillaires à endothélium limités par des trabécules et des fibres musculaires minces).

produisent comme masse, tant sur le voile du palais, qu'elles gênent fonctionnellement (1), que sur la trompe, qu'elles obstruent plus ou moins, et la périphérie, dont elles gênent la circulation, et par elle la circulation de l'oreille; et comme les lésions se provoquent entre elles, voilà une hyperémie passive qui se traduit par un tympan rouge, violacé, et une surdité simple améliorée d'abord par le cathétérisme de la caisse et qui aboutit bientôt à l'otite moyenne suppurée et à la surdité plus complète et plus fixe qui en dérive.

Une variété d'hypertrophie de la muqueuse est acquise : elle consiste dans l'infiltration du tissu conjonctif embryonnaire; — cela s'observe particulièrement dans les cas de déviation de la cloison avec compression des cornets. — Cette hypertrophie aboutit bientôt à l'atrophie des vaisseaux, des glandes et de l'épithélium : la forme anatomique de l'ozène est constituée (2). Elle est devenue rhinite atrophique avec dilatation des cornets apparente ou réelle, suite d'arrêt de développement (Zaufal). Cette atrophie osseuse se porte surtout sur les os du nez (3) et donne à celui-ci les caractères typiques qu'on connaît (nez court, étroit, épâté).

Tous ces éléments, hypersécrétion catarrhale humide ou sèche et décomposition possible de ces produits, transformation et atrophie granulo-graisseuse des divers tissus de la muqueuse, présence de micro-organismes et de bacilles communs (sarcines, staphylocoque pyogène et doré, bacille pneumonique de Friedländer), d'un bacille pathogène (diplocoque de Lævenberg), nécrose de l'épithélium (Valentin), tous ces éléments, disons-nous, contribuent à donner à l'affection son caractère principal, qui est son odeur, odeur fétide, *sui generis*, qui n'a de rapport ni avec le coryza produit par les corps étrangers, ni avec l'ostéite syphilitique ou tuberculeuse. Et comme, d'un autre côté, à l'intensité près, l'odeur se retrouve dans le physiologisme de la muqueuse

(1) Le voile du palais peut être tellement comprimé qu'à la suite de l'extirpation de tumeurs adénoïdes Cartax a observé la parésie des muscles du voile. Dans des conditions opposées, c'est le spasme qu'on observe. (*Ann. mal. or. lar.*, t. XIII, p. 227.)

(2) Il peut s'y joindre de la carie, de la nécrose (lacunes osseuses pleines de cellules d'ostéoblastes).

(3) Il faut s'entendre sur l'atrophie osseuse... Le développement osseux peut s'arrêter à des périodes variables de la croissance, et alors deux os symétriques peuvent présenter un volume inégal, mais l'atrophie ou la résorption des os est un fait qui n'a pas été observé. (Chatellier, *Ann. mal. or. lar.*, t. XIII, p. 376.)

Pour Calmettes, le retour de la fosse nasale à des dimensions normales, après guérison de l'ozène, ne fait aucun doute.

ainsi décrite, Trousseau n'hésite pas à la rattacher à la rhinite constitutionnelle, c'est-à-dire à l'état constitutionnel, à la *strume*.

La carie et la nécrose rentrent dans l'évolution, et par conséquent dans la nature de la rhinite lympho-scrofuleuse; aussi le type ulcéreux lui appartient-il au premier chef. C'est à l'insu du patient, au milieu des phénomènes de catarrhe, que cette ulcération, qu'on n'a pas vu naître et qui ne s'est traduite par aucun phénomène, apparaît large, assez régulière, en plein cartilage de la cloison, établissant communication entre les deux fosses nasales.

Dans de mêmes conditions générales de tempérament, chez les gens surmenés, il est une seconde forme d'ulcération. Sur une muqueuse mince, sèche, comme atrophiée, non pas sur le cartilage, mais à l'endroit de séparation de la sous-cloison et de la cloison cartilagineuse, au point d'adossement des deux muqueuses opposées, une croûte brune, séro-sanguinolente, après sa chute, laisse place à une ulcération plus ou moins ovale qui bientôt fait communiquer elle aussi les deux fosses nasales. Cozzolino considère la rhinite desquamative (cholestéatome) comme spéciale aux scrofuleux, en dehors des micro-organismes communs qu'elle renferme.

Opposant des caractères objectifs dissemblables, nous avons avancé que dans certaines conditions la muqueuse nasale se présentait mince, rose, érythémateuse, physiologique ou pathologique, sensible. Dans ces conditions, la muqueuse est le substratum anatomique d'une forme de catarrhe dont l'asthme des foin est le type. On connaît ces crises subites d'éternuements survenant au printemps, en été, sous des influences cosmiques et de végétation, plus particulièrement excitantes de la sensibilité sur une muqueuse rapidement hyperémiée, s'accompagnant d'un catarrhe aqueux, abondant, qui s'arrête aussi instantanément qu'il est venu.

En 1883, Hack, de Fribourg, avait nettement posé la nature naso-réflexe de l'asthme du foin, édifiant celui-ci sur le gonflement érectile de la muqueuse des cornets moyen et inférieur.

Morell-Mackenzie avait observé sur la muqueuse une rougeur simple, érythémateuse, qu'il avait bientôt jugée effet et non pas cause des étternuements.

En 1885, Cartaz, examinant avec grand soin le nez de deux malades atteints depuis des années d'asthme de foin, avait noté chez eux une intégrité absolue de la muqueuse générale et des cornets... Pendant ce temps, on cautérisait sans succès deux malades affectés d'asthme de foin bien caractérisé (Sommer-

brodt), et Luc donnait l'observation d'un malade atteint d'asthme de foin et en plus de polypes du nez. L'extirpation des polypes amena une amélioration momentanée, mais l'année d'après les accidents d'*hay fever* reparaissaient.

Ainsi ont été d'abord définis et les conditions de provocation et les rapports physiologiques de l'asthme du foin; puis ses rapports morbides avec des manifestations du même ordre (bronchite spasmodique, gravelle urique, eczéma, dyspepsie, migraines, etc.) ont été vus; mais ce qui a surtout attiré l'attention dans ces derniers temps, c'est la considération de la muqueuse nasale en tant que point de départ de réflexes simples ou complexes (névralgies du trijumeau, tic convulsif, toux spasmodique, jusqu'à la maladie de Basedow) (1).

S'il est exact de dire que l'asthme du foin ou la rhinite arthritique dans une de ses variétés peut coïncider avec un état physiologique, c'est qu'une même cause générale régit le physiologisme comme l'état morbide. Nombre d'auteurs, n'ayant en vue que la question des réflexes, admettent bien une disposition générale, mais qui ne s'adresse qu'au système nerveux... « Une prédisposition nerveuse, dit Rossbach, est nécessaire pour qu'une affection de la muqueuse nasale mette en jeu les réflexes... » « L'expérience montre, écrit Rossi, qu'il faut une disposition particulière du système nerveux, une impressionnabilité spéciale pour que, d'une part, l'excitation d'un nerf donné produise de l'hypémie et la tension des cornets, et d'autre part, que se développent les phénomènes réflexes, et cela dans une sphère plutôt que dans une autre. »

Si ces auteurs s'en sont tenus à une disposition nerveuse, c'est qu'ils ont jugé les phénomènes réflexes et leur type, la *fièvre des foins*, en eux-mêmes et non dans leurs rapports morbides. Que l'on considère au contraire ceux-ci, des placards d'eczéma sec par exemple, ou une décharge urique, succédant à la rhinite spasmodique, comment en appeler à une disposition nerveuse! Il faut donc en référer nécessairement à un état constitutionnel, le même en pathologie comme en physiologie, et non réserver la diathèse pour les manifestations pathologiques, laissant l'évolution physiologique sans cause. Mais il est logique d'admettre avec M. Gouguenheim (communication orale), en même temps qu'une cause constitutionnelle, une disposition nerveuse.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XV, p. 418.

En dehors de la fièvre des foins, et sur un même substratum anatomique avec quelques granulations peut-être en plus, il est une autre forme de catarrhe, dit catarrhe sec, limité surtout aux parties postérieures, remarquable par la rareté, la viscosité des sécrétions, les sensations de gêne, d'embaras, entraînant du hémage, des efforts d'expuition, des raclements naso-pharyngiens allant jusqu'à la nausée... C'est qu'il suffit de quelques rares sécrétions pour exciter la sensibilité et le spasme de parties déjà excitables.

Dans l'ordre arthritique, il en est de la muqueuse nasale ce qu'il en est de la muqueuse pharyngienne. Toutes deux opposent une résistance particulière aux lésions de nature; autrement dit, elles sont sans doute susceptibles d'hyperplasie fibreuse, mais jamais ou presque jamais d'une façon primitive. C'est qu'en outre de la disposition générale il faut encore une cause seconde qui ajoute son action. Au pharynx, c'est l'action de la tuberculose: une ulcération, soit spécifique, soit commune, constituée, est le point de départ de lésions nouvelles: tissu embryonnaire subissant la transformation fibreuse, glandes en grappe hypertrophiées à plusieurs fois leur épaisseur, prolifération dans les cloisons interlobulaires, les parois des acini.

Sur la muqueuse nasale, c'est la syphilis tertiaire qui transforme soit le tissu glandulaire, soit le tissu érectile, en une masse dense de tissu fibreux.

C'est un fait d'observation que les qualités actives des tissus sont en rapport avec leur état anatomique, et que dans l'espèce, sensibilité et érythème physiologique ou pathologique, etc., cadrent ensemble, et que, sur l'aspect objectif d'une muqueuse, on peut deviner la sensibilité réflexe. Mais si les types anatomiques et physiologiques apparaissent dans leur opposition, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue réel ils se mêlent souvent, accusant une hybridité morbide qui se retrouve dans la cause.

La sensibilité réflexe de la muqueuse est certainement d'accord avec une constitution anatomique plus spécialement arthritique, ce qui n'empêche pas que même avec un état anatomique opposé cette même sensibilité soit conservée. « En dehors des gonflements variqueux des cornets, écrit Lublinski (1), on voit aussi l'asthme du nez apparaître consécutivement à la tuméfaction mollasse de la muqueuse de la cloison. »

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XII, p. 313. Chez les enfants à tempérament lymphatique, spontanément, ou à la suite d'une chute, il se forme des épaississements du cartilage de la cloison. (Miot, Verneuil.)

... Les polypes, l'hypertrophie partielle et diffuse de la muqueuse, des follicules isolés, l'hypertrophie des amygdales, etc., peuvent aussi engendrer l'asthme (*loc. cit.*, p. 310, 312), la toux réflexe (1).

Nous connaissons l'infiltration de la muqueuse avec dégénérescence granulo-graisseuse dans l'ozène. Mais dans les parties affectées depuis plus longtemps il se produit quelques cellules fusiformes, une ébauche de sclérose, qui, pour quelques auteurs (Chatellier), ont fait rentrer l'ozène dans le rang des rhinites scléreuses. N'est-ce pas aller contre la nature des choses, en accordant à des lésions minimales et interstitielles ce qu'il faut accorder à des lésions dominantes !

Il y a plus encore ! entre follicules isolés et follicules agglomérés (amygdales), il y a, on le sait, identité de structure. Dans l'amygdale, on peut considérer l'hypertrophie simple ou l'hypertrophie avec hyperplasie, l'inflammation plus ou moins scléreuse, en un mot. Or, même fait s'observe pour les follicules isolés, et Gouguenheim (communication orale inédite) a souvent rencontré des tumeurs adénoïdes dures, résistantes. L'hybridité morbide se rencontre donc dans les lésions. N'est-elle pas en effet la règle au point de vue de la cause constitutionnelle, et le lympho-arthritisme héréditaire n'est-il pas mille fois plus commun que le lymphisme ou l'arthritisme isolés. Que si on veut avoir une idée de l'opposition qui peut exister entre les lésions anatomiques et fonctionnelles, on interrogera la statistique de Roë, de New-York (2), qui, sur 41 cas de fièvre du foin, note 23 cas d'hypertrophie du cornet moyen et 19 cas de déviation de la cloison. Sur les 45 malades, 32 étaient asthmatiques.

Rarement la muqueuse des deux cavités nasales se trouve au même point physiologique ou pathologique ; ce sont tout au moins des nuances qui les différencient : la muqueuse sera rose rouge, tomenteuse à gauche, qui sera, à droite, mince, rose pâle, etc. Ces différences s'accroissent surtout entre la muqueuse des cornets et de la cloison.

(1) TERRILLON, Rapport des polypes muqueux avec l'asthme. Leçon. (*Progrès médical*, 1885.)

(2) *Rev. sc. méd.*, t. XXXII, p. 276.

BIBLIOGRAPHIE

De l'asthme considéré spécialement dans ses relations avec les maladies du nez. par E. SCHMIGELOW (de Copenhague) (Lewis, éditeur, Londres 1890.)

Ce petit traité (édition anglaise de l'édition danoise) est un exposé très complet de l'état actuel de la science en ce qui concerne les affections nasales comme production de l'asthme. Il est écrit dans un style très clair et dénote de la part de l'auteur une étude très sérieuse non seulement en ce qui regarde l'histoire et la bibliographie, mais aussi l'appréciation des diverses théories jusqu'ici émises à ce sujet.

L'ouvrage se divise en cinq parties.

La première comprend une revue historique des diverses théories de l'asthme depuis Hippocrate jusqu'à nos jours et une étude historique sur les réflexes nerveux du nez. Cette partie est très complète et renseignera le lecteur sur tout ce qui a été écrit à ce sujet.

Le second chapitre s'occupe des réflexes de la membrane muqueuse du nez.

En quelques pages l'auteur examine s'il est possible de créer une attaque d'asthme expérimentalement en irritant une membrane normale. Il résulte d'expériences faites par différents physiologistes sur les chats, les lapins, etc., que différents réflexes peuvent être produits par l'irritation de la membrane normale, mais que les irritants électriques, mécaniques, thermiques ou chimiques n'ont pas été capables de produire une attaque artificielle d'asthme, mais seulement donnent lieu à des contractions toniques ou cloniques des muscles respiratoires.

Est-ce un manque de prédisposition ou bien l'irritation n'a-t-elle pas été suffisante ?

L'auteur, sans se prononcer catégoriquement penche cependant vers la première supposition.

Dans le troisième chapitre il expose le résultat de ses observations cliniques. Il définit d'abord ce qu'il entend par asthme et en décrit les symptômes ; pour lui l'asthme est une névrose

bulbaire. Il résume ses observations dans un tableau qui se lit très facilement. Le chiffre des observations est de 71.

Les affections du nez qui produisent l'asthme sont la rhinite chronique et les polypes muqueux.

Il a observé dans sa pratique 514 cas de rhinite chronique et dans 40 cas il y a eu des attaques d'asthme, ce qui donne environ 8 0/0.

Il a également observé 139 cas de polypes dont 31 ont présenté des attaques d'asthme, soit 22 0/0 environ.

Sur les 71 cas d'asthme, 60 ont présenté des attaques types, tandis que 11 cas n'ont eu que des atteintes légères. Les hommes ont été plus fréquemment atteints que les femmes.

Le quatrième chapitre a trait aux symptômes qui impliquent une connexion entre les attaques d'asthme et les maladies du nez.

Se reportant à ses observations, l'auteur examine les différents cas qui se sont présentés.

1° Dans 23 cas l'asthme est revenu quand l'affection du nez empirait et il disparaissait par le traitement;

2° 7 fois le traitement local a produit une aggravation;

3° 5 fois l'odeur de certaines substances a été la cause de l'asthme. A ce sujet nous devons signaler que l'auteur ne croit pas à l'asthme des foins qui, d'après lui, n'a dans beaucoup de cas aucune connexion avec l'époque de la floraison mais peut se manifester à toute époque de l'année et par n'importe quel irritant de telle sorte que le nom de «Hayasthma» ou de «Hay Fever» devrait être rayé.

Nous devons avouer que nous ne nous attendions pas à une opinion aussi radicale. Il est facile de dire qu'une entité morbide n'existe pas ; mais encore faudrait-il apporter des preuves convaincantes à l'appui. L'auteur nous paraît avoir commis l'erreur de beaucoup d'autres. Il renouvelle les assertions de Straus en 1872, et de Decaisne en 1873.

Aujourd'hui cependant de bonnes descriptions bien complètes ont été données de l'*asthme des foins* qui ne doit pas être considéré au point de vue de symptômes d'asthme proprement dit, mais doit surtout être envisagé au point de vue de son retour périodique alors que le nez, avant comme après, est absolument sain.

Des cinq observations relatées par Schmiegelow, une seule nous paraît se rattacher à l'asthme des foins. et encore est-elle bien incomplète. Il est regrettable que nous trouvions ici confon-

des l'asthme périodique sans lésions et l'asthme réflexe dû à des affections nasales bien caractérisées et se produisant en tout temps. Cette erreur est d'autant plus surprenante que dans la préface, Schmiegelow déclare que la théorie de Hack est exagérée et doit être considérablement modifiée. Or, en supprimant l'asthme des foins comme entité morbide, il le fait rentrer dans la classe des asthmes réflexes avec lésions nasales, à la manière des plus fanatiques partisans de Hack et dépasse ainsi les conceptions mêmes du médecin de Fribourg. Nous tenions à relever ici cette contradiction ;

4° Dans 5 cas l'application de cocaïne ou de menthol a arrêté l'accès ;

5° Dans 4 cas un traitement local a donné un soulagement instantané ;

6° Enfin dans 22 cas les attaques commençaient par du catarrhe et souvent de l'obstruction du nez.

Le traitement doit être général et local.

En résumé, pour l'auteur, l'asthme est une névrose bulbaire, qui peut naître sous l'influence d'irritations de la muqueuse du nez et que l'on peut guérir par un traitement local aidé du traitement général tonique. Mais il faut savoir aussi que des affections nasales peuvent coexister avec l'asthme sans avoir de rapport avec lui.

Telle est en substance la conception de Schmiegelow sur l'asthme et ses relations avec les affections nasales.

HAMON DU FOUGERAY.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE BELGE

PREMIÈRE RÉUNION DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES.

Séance du 25 mai 1890.

Présidence de M. le D^r DELSTANCHE.

Sont présents : MM. Andries, de Malines, Bayer, Capart, Delstanche, Honnebert, Hicquet et Laroche, de Bruxelles; Bo-

land, de Verviers; Béco et Schiffers, de Liège; Dandois, de Louvain; Dekeghel, Eeman et Géevaert, de Gand; Lecocq, de Wasmes; Rutten, de Namur, et Laurent, de Hal, secrétaire.
La réunion se tient chez M. Delstanche.

M. DELSTANCHE. *Perforation traumatique de la fenêtre ovale.*

Une jeune fille de 18 ans, se blesse en décembre 1898, en se grattant le conduit auditif avec une aiguille à tricoter, et subitement se développent tous les signes d'une lésion du labyrinthe; elle tombe comme une masse et elle devient instantanément sourde. En même temps, elle souffre de bourdonnements ainsi que de vertiges qui l'empêchent dès lors de vaquer à ses occupations et la forcent même à garder le lit pendant des jours entiers. En l'examinant, il y a 8 mois, M. Delstanche constate que le tympan est normal, à part une petite cicatrice sombre en correspondance avec l'extrémité de la longue branche de l'encclume. La raréfaction fait constater au niveau de la tache une adhérence semblant correspondre avec la tête de l'étrier, mais son application provoque un bien-être considérable et une diminution des vertiges; la continuation du traitement fait disparaître progressivement les bourdonnements et les vertiges. La malade est présentée: elle n'accuse plus aucun de ces troubles, mais elle reste naturellement sourde. M. Delstanche croit donc à une perforation de la fenêtre ovale et à une lésion du labyrinthe; il n'est pas déterminé s'il s'est écoulé du liquide de celui-ci.

M. GORIS. *Un cas d'épilepsie guéri pendant cinq mois par la raréfaction.*

Une jeune fille qui n'avait jamais présenté d'antécédents héréditaires, fut atteinte, il y a 6 ans, à la suite d'un bain de mer, d'une otite purulente perforée, mais avec conservation de l'ouïe, le marteau était immobile, ankylosé et la trompe enflammée. Au bout d'un certain temps, elle fut en proie à de véritables accès d'épilepsie, dont l'aura était constitué par des bourdonnements d'oreilles intenses. Comme il existait de la rétraction du tympan, M. Goris fit des raréfactions exagérées (2 fois par semaine en temps ordinaire et 3 fois par semaine pendant l'époque menstruelle) et obtint rapidement la guérison du mal. Malheureusement les accès reparurent le cinquième mois.

M. DELSTANCHE. M. Noquet, de Lille, a relaté que des cas

d'épilepsie dont les accès débutaient par des symptômes auriculaires pouvaient disparaître sous l'influence de la douche d'air.

M. LECOCQ. Un homme de 30 ans était atteint de surdité cérumineuse d'un côté et souffrait de l'autre d'un catarrhe chronique depuis 7 ans. Il présentait, en outre, 2 fois par jour des accès d'épilepsie avec aura sous forme de bourdonnements, aura qu'il fut impossible de rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre oreille. L'enlèvement des bouchons des deux côtés le débarrassa de son mal.

M. DELSTANCHE. On a signalé l'épilepsie dans les cas de corps étrangers de l'oreille.

M. LAROCHE. L'influence favorable de la raréfaction s'est nettement manifestée dans un cas : il existait des bourdonnements et de la surdité depuis quelques jours ; en même temps, le malade était pris de vertiges et tombait ; la membrane du tympan, qui était rétractée, pouvait être refoulée en dehors par le cathétérisme, mais ce n'était que pour quelques instants seulement. M. Laroche recourut alors à la raréfaction qui améliora l'ouïe dès la première séance.

M. BAYER. Dans un cas ancien, la raréfaction provoqua une double rupture tympanique et de l'otite purulente ; l'audition s'en trouva néanmoins améliorée.

M. LECOCQ. Une perforation se produit sous l'action d'une raréfaction légère et l'audition est rendue meilleure qu'antérieurement au moyen du tympan artificiel.

M. CAPART. Il serait intéressant de savoir si on a déjà observé des cas analogues à celui-ci : un homme, non tuberculeux, était soigné pour un catarrhe rétro-nasal ; un matin, en se mouchant, il entend un bruit, mais ne perçoit pas de douleurs : sur le tympan, sain du reste, on trouve une petite perforation et il s'en écoule du pus.

M. DELSTANCHE. Chez les tuberculeux, la perforation d'une otite purulente peut fort bien s'effectuer sans douleur aucune. Pour ce qui est de l'état du tympan, il arrive souvent que l'on se trompe dans ses appréciations à ce sujet, surtout lorsqu'il existe des bouchons cérumineux.

M. HIGGUET. Un homme à audition normale devient sourd

pendant la nuit alors qu'il n'avait jamais présenté le moindre symptôme morbide. L'affection avait évidemment une origine centrale.

M. LAURENT. De même qu'il n'existe qu'un centre pour le langage, il se peut fort bien aussi qu'il n'existe qu'un centre de l'audition, localisé à l'un des hémisphères et que dans le cas cité par M. Hicquet, il se soit produit une apoplexie de ce centre..

M. EEMAN. Il n'est pas invraisemblable que le malade n'ait perdu antérieurement et sans l'avoir remarqué, l'audition d'un côté.

M. HICQUET. La surdité était complète des deux côtés et il serait exceptionnel qu'il y ait eu précédemment une surdité unilatérale sans traces de lésions de l'oreille moyenne et avec abolition complète des fonctions du nerf auditif de ce côté.

MM. LECOQ ET BOLAND. Ce cas a de l'analogie avec ceux de cécité à production brusque.

M. HICQUET. *Action des cautérisations de l'apophyse mastoïde.*

Il veut bien donner, à la demande de M. le Dr Capart, quelques renseignements sur le traitement des catarrhes chroniques de la caisse par les applications de pointes de feu sur l'apophyse mastoïde. Il se réserve de traiter plus tard ce sujet en détail, car aujourd'hui il ne peut donner encore des règles absolument fixes pour l'application de la méthode en question.

La raréfaction, à son avis, n'agit que comme une ventouse qui serait appliquée sur le tympan et les résultats qu'elle donne ne sont guère que passagers. En cas d'insuccès, il a souvent dû la remplacer par les cautérisations de l'apophyse mastoïde. Les observations très nombreuses, très complètes et très consciencieuses qu'il a rassemblées à ce sujet, et qu'il publiera, lui démontrent que les vertiges accompagnés de bourdonnements éprouvent de sérieux bénéfices de la méthode et qu'ils ont fréquemment disparu. Il emploie les pointes de feu, le galvano-cautère ou le thermocautère, après une pulvérisation au bichlorure de méthyle; les pointes sont enfoncées profondément jusqu'au périoste et cela sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde; on renouvelle la manœuvre après la guérison des brûlures.

M. GORIS. Un cas de maladie de Menière a bénéficié des pointes de feu ; deux autres cas du même genre résistèrent à leur action, mais s'améliorèrent par le renversement des courants, par le courant descendant, appliqué une trentaine de fois. Une particularité de l'un d'eux, c'est que les oreilles étaient accordées différemment.

M. EEMAN. Dans un cas où les oreilles étaient également accordées différemment ($1/8$ ton), il s'agissait d'un simple réflexe : l'évacuation d'un tœnia rendit l'audition normale.

M. CAPART. La méthode préconisée par M. Hicguet peut donner de bons résultats, mais il ne faut pas perdre de vue que les malades qui étaient sourds au moment de l'intervention, croient parfois qu'ils ont recouvré une acuité auditive supérieure à celle qui existe en réalité.

M. DELSTANCHE. Il est évident que la raréfaction produit quelquefois des effets qui ne sont que momentanément avantageux ; mais elle s'est montrée efficace dans des cas où la cautérisation mastoïdienne avait échoué et elle ne doit aucunement baisser pavillon devant celle-ci ; en outre, le traitement ne doit pas être guidé par un seul symptôme.

M. CAPART. *Un cas de polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse. Présentation du malade.*

Un jeune homme est atteint d'un polype fibreux dont la nature a été déterminée au microscope, qui siège en arrière de la fosse nasale droite et adhère à la base du crâne. L'extraction en un temps avait été essayée un jour, mais l'hémorragie considérable qu'on constate généralement dans les cas de ces productions, ne permit pas la continuation des manœuvres. La préférence est dès lors donnée à l'électrolyse qui a été employée huit fois jusqu'aujourd'hui ; une narine est désobstruée et l'on peut apercevoir la trompe de ce côté. Les séances durent environ vingt minutes et l'on emploie 15 à 20 milliampères. Au début, les deux aiguilles étaient enfoncées dans la tumeur, tandis qu'aujourd'hui une seule y est appliquée. L'amélioration est considérable.

M. BÉCO. Le poids d'un sarcome qu'il a extirpé des fosses nasales s'élevait à 120 grammes.

M. CAPART. L'opération de l'ablation des tumeurs du nez

donne des résultats esthétiques précieux lorsqu'on commence par une incision verticale sur la ligne médiane du dos du nez.

M. HICGUET. Un cas assez curieux s'est présenté chez un de ses malades qui a craché un polype naso-pharyngien détaché spontanément. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans, atteint d'obstruction nasale, chez lequel la rhinoscopie postérieure faisait découvrir une tumeur faisant saillie dans le naso-pharynx. Elle avait le volume d'une grosse noisette et présentait au toucher une consistance dure. La rhinoscopie antérieure fit voir un polype muqueux qui fut enlevé à l'anse froide; celle-ci avait un pédicule qui montrait le même point d'implantation que le polype muqueux; l'examen microscopique démontra qu'elle constituait un fibro-myxome.

M. HICGUET. *Tumeurs nasales tuberculeuses.*

1° Une femme portait une tumeur de la cloison qui avait été prise pour un abcès et qui avait déterminé de l'obstruction nasale; de chaque côté de la cloison, on remarquait une tuméfaction rénitente et non ulcérée; la curette introduite par une plaie d'incision, y enleva des masses molles ressemblant à de fausses granulations;

2° Une autre femme souffrait d'obstruction du nez; de chaque côté de la cloison, la muqueuse recouvrait une tuméfaction, mais était saine; à l'extérieur, sur le dos du nez, il existait une saillie donnant la sensation du ganglion ramolli; l'emploi de la curette permit d'extraire tous les tissus morbides, tuberculeux et d'obtenir la guérison. Comme preuve de l'exactitude du diagnostic, M. Hicquet avance qu'il avait remarqué à la face des plaques lupéuses. Ceci vient à l'encontre des observations de Hébra et d'autres, d'après lesquelles ces lésions n'apparaissent pas après 35 ou 45 ans.

M. CAPART. Les tumeurs tuberculeuses sont communes; huit ont été opérées par lui. C'est Schæffer qui a été le premier à les signaler. Il est facile de les confondre avec les sarcomes, si l'on ne fait pas intervenir l'examen microscopique.

M. EEMAN. L'acide lactique donne des résultats excellents dans les affections tuberculeuses suppurées du nez.

M. LECOQ. La fixation des bacilles dans les liquides purulents, dans ceux du nez par exemple, est souvent impossible à réaliser. M. Lecocq y parvient aujourd'hui par le procédé sui-

vant : il sèche la préparation et il la lave à l'éther qui enlève les matières grasses, puis il fixe les bacilles par la méthode ordinaire.

M. SCHIFFERS. *Présentation d'une rhinolithé.*

La pièce dont il s'agit est un exemple très rare de rhinolithé ; elle est rugueuse, de coloration brunâtre et mesure environ 4 centimètres ; elle était probablement placée dans le méat inférieur dont elle a la forme. L'examen microscopique n'en a pas été fait et le confrère qui l'a extraite n'a pas donné de renseignements cliniques.

M. HICGUET. Il a observé à différentes reprises des rhinolithes qui avaient presque toujours pour point de départ un noyau de fruit. C'est ainsi qu'une femme de 30 ans était atteinte d'ozène et d'otorrhée depuis son enfance ; des polypes furent enlevés dans le conduit auditif externe. Après le lavage du nez, M. Hicguet put découvrir une rhinolithé volumineuse, incrustée de matières calcaires, qui avait pour point de départ un noyau de pêche et existait depuis de nombreuses années : il ne fut pas possible de déterminer l'époque à laquelle remontait l'accident primitif. Un deuxième cas est celui d'un tuberculeux qui souffrait violemment d'un ozène ; une sonde ayant été introduite dans le cornet moyen en fit tomber une masse, une rhinolithé dont la surface était rugueuse et à la face interne de laquelle on constatait une excavation qui avait dû embrasser l'extrémité postérieure du cornet. Il est probable que l'origine de ce corps étranger était un amas de mucosités desséchées. (Explication de Zuckerkandl.)

M. BOLAND. Les rhinolithes seraient assez fréquentes à en juger par les trois cas qu'il a rencontrés dans sa pratique : 1° Une jeune fille de 5 ans avait un écoulement purulent du nez ; l'introduction d'un stylet y fit découvrir un corps dur et pierreux ; mais qui resta en place. Quatre ans plus tard, M. Boland enlève une rhinolithé du volume d'une amande, dont le centre était un petit pois ; 2° une autre fois, le corps étranger provenait d'un morceau de cuir de 3 millimètres ; 3° la troisième fois, il rencontra une feuille enroulée au niveau du méat inférieur. L'instrument dont il s'est servi pour l'extraction est un crochet à strabisme.

M. HICGUET. L'instrument le plus favorable est un rétracteur

qui s'introduit redressé et qu'on recourbe à son extrémité lorsqu'il est en place (curette de Quire).

M. DELSTANCHE. L'extracteur des corps étrangers du conduit auditif externe, imaginé par Morel, peut recevoir certaines applications dans l'espèce.

M. LAURENT. *Du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intra-nasal* (sera publié).

M. RUTTEN. *Observation d'un cas de polype muqueux de l'antre d'Highmore.*

Un homme de 54 ans souffrait de troubles d'un côté d'une narine résultant d'un empyème de l'autre. Il y a un mois, la suppuration nasale augmenta à la suite de l'extraction d'une dent, de la deuxième molaire. Bientôt un polype fut aperçu descendant à plusieurs millimètres de l'alvéole intéressée; il était pourvu d'un long pédicule qui prenait insertion sur le plancher de l'autre, vers sa partie postérieure et il avait un aspect transparent. Quoique l'examen microscopique n'en eût pas été fait, il était facilement reconnaissable pour être un polype muqueux. L'enlèvement se fit à froid et fut complété par les cautérisations à l'acide chromique. L'alvéole se cicatrisa complètement et la guérison fut complète.

M. BAYER. Il se peut que le néoplasme n'était qu'un kyste, celui-ci se développant fréquemment à la racine des dents et donnant facilement lieu à de fausses interprétations au point de vue de sa nature.

M. EEMAN. Dans bien des cas, l'examen microscopique seul est à même de trancher la question.

M. BAYER. *Relations des affections laryngées avec la menstruation.*

Il a déjà traité cette question au congrès de Londres. L'observation suivante est une nouvelle et importante contribution à l'étude des rapports qui existent entre les affections laryngées et la menstruation.

Une jeune fille de 23 ans était tuberculeuse du poumon droit; les cordes vocales présentaient des végétations papillaires considérables, tandis que les cartilages aryténoïdes étaient œdématisés et tuméfiés. Plusieurs fois déjà il en avait extrait des fragments considérables, mais la reproduction était constante et

elle s'accompagnait, à de certaines époques, de tuméfaction de la région et de sténose glottique, phénomènes qui lui firent, à diverses reprises, préconiser la trachéotomie à la malade. MM. les docteurs Hicquet et Goris ont eu même un jour à s'occuper du cas avec M. le docteur Bayer; la glace produisait dans ces conditions de bons effets. En tout cas, l'affection a présenté une interruption qui dura deux ans et pendant laquelle le larynx resta libre. Mais les hémorrhagies reprirent bientôt et l'anémie se développait avec plus de gravité, tandis que les opérations devaient toujours être répétées de temps en temps. Cependant une singulière coïncidence venait frapper M. Bayer : chaque fois, l'aggravation, qui se manifestait par de l'oppression, des étouffements et de la difficulté de la déglutition, se reproduisait régulièrement au moment de l'époque menstruelle. Entre temps, l'affaiblissement se prononçait et l'alimentation ne devenait possible qu'au moyen de la sonde œsophagienne; de nouveaux fragments furent encore enlevés qui provoquèrent des hémorrhagies et une fois un écoulement de sang dans la trachée. Aussi la trachéotomie dut-elle être faite d'urgence en novembre dernier; l'œdème ne tarda pas à disparaître. Mais un mois après, à l'époque des règles, le larynx se tuméfit à nouveau et une bronchite survint qui entraîna la mort.

M. Goris. Extraction d'une chéloïde trachéale.

Un enfant de 6 ans avait été, pour une diphthérie, opéré de la trachéotomie, qui avait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante; jusqu'à la troisième semaine, tout se passa fort bien et la respiration restait libre. Il se produisit alors un bruit de tirage très accentué avec accès de suffocation nocturnes. A l'examen, M. Goris découvrit une végétation qui était insérée sur la partie antérieure du cartilage cricoïde, vers la cicatrice; son ablation fut effectuée au moyen des pinces de Fauvel introduites et ouvertes dans la trachée. Aujourd'hui la guérison est complète.

M. CAPART. L'instrument de Schrötter était peut-être mieux indiqué dans l'espèce.

M. RUTTEN. Un cas de blessure du nerf récurrent.

La relation suivante présente des particularités intéressantes. Elle se rapporte à un homme qui reçoit un coup de tranchet à la région cervicale; des bulbes d'air s'échappent par la plaie, la voix affecte un timbre spécial, la déglutition est défectueuse et

la corde vocale droite se met dans la position cadavérique; la sensibilité est conservée et l'épiglotte est abaissée. Tous ces symptômes ont éclaté aussitôt après l'accident. Des hémorragies se sont produites pendant le premier mois, pour cesser pendant les deux mois suivants et reparaitre de nouveau actuellement. En présence de troubles constatés du côté de la voix et de la corde, il y a lieu d'admettre que le nerf récurrent a été atteint par l'instrument; la sortie de bulles d'air ne peut mettre en doute que le larynx n'ait été ouvert. L'origine des pertes de sang est plus difficile à expliquer.

Après la séance, les membres se sont réunis autour de la table de M. le docteur Delstanche, qui leur a fait une splendide et cordiale réception.

La prochaine réunion aura lieu en 1891, le jour de la Pentecôte, à une heure, chez M. le docteur Capart. O. LAURENT.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Les affections de l'oreille dans la dernière épidémie d'influenza à Vienne, par le professeur ADAM POLITZER. (*Wiener Med. Blätter*, nos 9 et 10; 1890.)

Le nombre des cas observés est de 134, et ce chiffre ne comprend pas les otites très nombreuses que l'on vit survenir pendant l'épidémie chez des personnes épargnées par l'influenza; elles ressemblaient cependant en tout à l'otite épidémique; il ne comprend pas non plus les otites aiguës antées sur les affections chroniques de l'oreille.

Le trait saillant de l'otite épidémique est une miringite bulleuse hémorrhagique qui existe dès le début dans un grand nombre de cas: des vésicules noires ou bleuâtres plus ou moins étendues couvrent une partie du tympan et peuvent s'étendre sur la paroi adjacente du conduit auditif externe. Dans deux cas il y avait des vésicules isolées dans la portion cartilagineuse. L'otite externe n'est d'ailleurs pas rare; il y a de la rougeur diffuse, une tuméfaction douloureuse du conduit auditif externe. Quelques jours

après le début on ne voit plus de vésicules, elles se sont crevées en donnant lieu à un écoulement sanguinolent, mais il persiste pendant longtemps des taches brunes ecchymotiques. La perforation du tympan est inconstante, précoce quand elle a lieu, et suivie d'un écoulement purulent abondant et prolongé. La suppuration des cellules mastoïdiennes a été une complication fréquente de l'otite épidémique ; il est remarquable qu'il n'existait presque jamais de communication entre l'abcès et l'autre mastoïdien (la caisse par conséquent), que les produits inflammatoires séparaient des cellules.

M. W.

De l'emploi de quelques nouveaux remèdes dans les maladies d'oreille, par le D^r F. KRETSCHMANN, privat docent à Halle-s.-S. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVIII, 1^{re} et II^e liv.)

Le D^r F. Kretschmann a cherché le moyen de produire l'anesthésie dans les opérations douloureuses, mais de courte durée, à pratiquer sur l'oreille, par un procédé plus simple et plus court que l'emploi du chloroforme. Il a eu recours pour cela au brométhyle et en a obtenu de bons résultats. Nous renvoyons au texte pour les détails de l'application.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

- 1^o Le sommeil narcotique est obtenu rapidement ;
- 2^o Le brométhyle est moins désagréable aux malades que le chloroforme ;
- 3^o Il n'exige pas un appareil aussi compliqué que le chloroforme et peut être employé sans avoir recours à l'aide d'assistants expérimentés.

Parmi les nouveaux antiseptiques recommandés de divers côtés, la créoline a été également l'objet d'une étude spéciale de l'auteur. D'après lui, c'est un remède qui a, il est vrai, des propriétés désagréables : sa mauvaise odeur, l'opacité de ses mélanges aqueux, la sensation de brûlure produite au moment de l'application ; mais, d'autre part, il ne serait pas sans action dans certaines formes de suppuration et mérite d'être essayé. Il serait à recommander, en particulier, quand les irrigations doivent être faites par le patient, à cause du peu de danger relatif de son emploi.

Les maladies du nez et du pharynx jouent, comme on sait, un grand rôle dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies d'oreille. En particulier, les inflammations catarrhales des muqueuses des organes de la respiration et de la déglutition pro-

voquent fréquemment des catarrhes consécutifs de la trompe et de la caisse du tympan. Or, les malades atteints de ces affections se plaignent souvent d'avoir les pieds froids, et l'auteur a été conduit à penser qu'il pouvait y avoir une connection entre les pieds froids et les affections en question. De là l'essai de bains de pieds irritants, qui pourtant ne donnèrent pas de résultats appréciables.

C'est alors que l'auteur eut connaissance d'un travail de Brandau (*Deutschen Medicinalzeitung*, nos 68 et 69; 1886), dans lequel la tendance à avoir les pieds froids est attribuée à un *hyperhidrosis pedum*, et contre lequel Brandau recommande un remède qu'il appelle *liquor antihidrorrhoicus*. C'est un corps appartenant au groupe des éthers chlorés et qui a la propriété de pénétrer la peau. Cette hyperhidrose coïnciderait fréquemment avec les catarrhes du nez et du pharynx.

Depuis, l'auteur a toujours questionné les malades atteints de catarrhe du nez ou du pharynx au sujet de la froideur ou de la transpiration des pieds. Sans exception, les réponses ont été affirmatives, et l'auteur a fait des essais avec la liqueur de Brandau. (Suivent des détails sur le mode d'emploi et les précautions à prendre.) Dès la première application, les pieds deviennent secs et la sensation de froid a disparu.

Depuis dix-huit mois, l'auteur a employé dans de nombreux cas la *liquor antihidrorrhoicus*, et il a constaté une action favorable exercée sur les catarrhes du nez et du pharynx; en particulier, des formes hypertrophiques de rhinite et de pharyngite ont été guéries, sans traitement local, au bout de quelques semaines ou mois. Les symptômes du côté de l'oreille, en tant qu'ils dépendaient de ces affections et étaient susceptibles de régression, ont disparu également. Quelquefois, des bourdonnements, de date récente, ont disparu par ce traitement et ne se sont plus montrés depuis. Cette liqueur exerce aussi une bonne influence dans le traitement des laryngites.

L'auteur conseille donc d'essayer la liqueur de Brandau dans les cas de maladies d'oreille accompagnés d'*hyperhidrosis pedum*. Dans aucun cas son emploi n'a donné lieu à des inconvénients.

Pour ceux qui connaissent l'influence de la froideur des pieds sur les catarrhes du nez et du pharynx, et les fâcheuses conséquences de ceux-ci au point de vue de l'oreille, le remède indiqué par le Dr Kretschmann sera précieux, s'il produit les effets relatés. En tout cas, on peut essayer, et il est à souhaiter que les résultats confirment ceux de l'auteur.

A. JOLY.

Des maladies d'oreille chez les diabétiques, par le professeur
Dr KUHN, de Strasbourg. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, I^{re} et
II^e liv.)

Parmi les nombreuses études sur le diabète publiées dans les vingt dernières années, on n'en rencontre qu'un très petit nombre émanant des otologistes, ce qui a fait dire à Senator que la surdité devait être rare dans le diabète.

Cependant tous les traités des maladies de l'oreille comptent le diabète parmi les facteurs étiologiques de la furonculose du conduit auditif, des otites moyennes aiguës et des affections du nerf acoustique. Oscar Wolf note une otite moyenne nécrotique ou diabétique débutant sous la forme d'une otite moyenne aiguë purulente et conduisant à la nécrose de parties osseuses plus ou moins considérables. Dans l'ouvrage de Frerichs sur le diabète se trouve un cas d'otite interne avec carie de l'apophyse mastoïde et thrombose du sinus transverse ; il y avait en outre épaissement et adhérence de la dure-mère et de la pie-mère.

Toynbee décrit une otite moyenne purulente aiguë chez un diabétique de 29 ans. A l'autopsie, il trouva une perforation de la membrane du tympan, une destruction considérable de l'apophyse mastoïde par la carie avec éruption vers le sinus latéral.

Raynaud (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1881) a publié un cas d'otite diabétique chez un homme de 47 ans. La maladie avait commencé par des douleurs intenses et une forte hémorrhagie de l'oreille, suivie d'un écoulement séreux. A l'autopsie, on trouva une grande perforation de la membrane du tympan, et des masses abondantes de pus sanguinolent à l'intérieur de l'apophyse mastoïde atteinte de carie.

Kirchner, Schwabach et Moos ont publié des observations analogues.

Dans tous ces cas, la marche de la maladie présente une série de symptômes que l'on ne rencontre pas avec la même régularité dans les autres formes d'otite moyenne aiguë : marche violente dès le début, suppuration très abondante, fortes hémorrhagies et surtout participation rapide de l'apophyse mastoïde.

Les résultats de l'autopsie montrent qu'après une courte durée de la maladie il existe des destructions excessivement considérables des parties osseuses de l'oreille moyenne, indiquant une véritable ostéite du rocher.

Chez les diabétiques, les inflammations osseuses ne sont pas

rares, et l'auteur est porté à considérer cette otite diabétique comme une forme d'inflammation de l'oreille moyenne qui ne peut se produire que lorsque, sous l'influence du diabète, les humeurs et les vaisseaux sanguins de l'oreille sont altérés de telle sorte que les tissus ne sont plus en état d'opposer qu'une résistance insignifiante ou nulle à l'extension de l'agent nocif. Il y aurait donc incontestablement une relation étiologique entre les deux maladies, et non une rencontre accidentelle.

Cependant, malgré les travaux considérables publiés dans ces dernières années sur le diabète, il existe encore beaucoup d'obscurité en ce qui concerne les rapports étiologiques entre le diabète et ses nombreuses localisations.

La question de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques demande aussi à être élucidée par de nouvelles observations. L'auteur lui-même, après s'être prononcé contre les opérations graves chez les diabétiques, à la suite d'un cas suivi de mort, est revenu sur cette opinion. Les succès récents de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques, bien que rares encore, lui ont fait considérer comme plus humain de tenter l'opération offrant une possibilité de guérison, quand une issue fatale est certaine avec l'abstention.

L'auteur donne deux observations d'otite diabétique très intéressantes, très caractéristiques, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire. Nous renvoyons au texte allemand ceux que le sujet intéresse.

Sur le rocher du premier malade, qui a succombé, les destructions osseuses sont si considérables que c'est à peine si l'on en observe de telles dans les formes les plus graves d'otite moyenne même diphthéritique; elles sont d'autant plus frappantes qu'elles se sont produites en un temps relativement court (3 semaines). La seule explication est que les tissus altérés par le diabète n'offraient aucune résistance aux microcoques du pus.

Les micro-organismes observés dans le deuxième cas (ici une double opération a parfaitement réussi, sans que le diabète ait été guéri) ne se distinguent en rien des staphylococcus et streptococcus qui se rencontrent dans les autres suppurations. Ces organismes trouvent dans les tissus et humeurs des diabétiques, peut-être par suite de leur teneur en sucre, le terrain le plus favorable, et ainsi s'expliquerait en partie la production de destructions rapides et énormes.

Chez le premier malade, le diabète avait précédé de beaucoup

la maladie d'oreille. Chez le deuxième patient, au contraire, on pouvait se demander si le diabète n'avait pas été une conséquence de la suppuration de l'oreille, car quelques mois auparavant l'analyse de l'urine n'y avait pas montré de sucre.

A. JOLY.

Les maladies de l'oreille dans la rougeole, par le D^r L. BLAU, de Berlin. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVII, II^e et III^e liv.)

Les observations de l'auteur s'étendent actuellement à 65 individus dont la maladie d'oreille peut être rattachée sûrement à la rougeole. Sur 2,550 personnes affectées de maladies d'oreilles et examinées par l'auteur, cela donne une proportion de 2,5 0/0 pour celles dues à la rougeole. En réunissant, d'autre part, les cas publiés dans les *Arch. f. Ohr.*, on trouve une proportion de 3,1 0/0, contre 5,2 0/0 pour la scarlatine.

Les différentes formes de maladies de l'oreille observées par l'auteur à la suite de la rougeole sont les suivantes :

Otite moyenne catarrhale aiguë.....	12 cas.
Otite moyenne purulente aiguë.....	16 —
Otite moyenne purulente chronique.....	31 —
Résidus d'otites moyennes chroniques...	12 —
Otite externe diphthéritique.....	1 —
Surdité nerveuse.....	3 —

L'auteur donne une courte analyse d'un travail de TOBERTZ (*La rougeole. Études cliniques et anatomo-pathologiques*, *Arch. f. Kinderheilk.*, vol. VIII, p. 321; 1887) sur le même sujet et se range complètement à son avis pour ce qui concerne la pathogénèse des complications de l'oreille dans les maladies infectieuses. Nous reproduisons ici, à cause de son importance, la conclusion de TOBERTZ :

« Dans la rougeole, déjà avant l'apparition de l'exanthème cutané, de même que l'appareil respiratoire et l'appareil digestif et la conjonctive, la muqueuse de la trompe et de la caisse est affectée, et cela comme les autres, spontanément et non par propagation du catarrhe à la trompe. En conséquence, dans les complications du côté de l'oreille qui se produisent au cours de la rougeole, c'est à une affection exanthématique primitive de l'oreille que l'on a affaire. »

Nous ne pouvons ici que signaler les détails intéressants donnés par l'auteur sur les cas observés par lui et nous borner

à relever ses conclusions. Celles-ci méritent d'attirer l'attention des praticiens, en raison des conséquences graves que peut entraîner un retard dans l'application du traitement.

Sur 28 cas traités dans la période aiguë, tous ont été guéris et ont recouvré l'ouïe normale. Au contraire, sur 33 cas chroniques venus en traitement, plusieurs n'ont pu être guéris, et même, chez ceux dont l'otite moyenne purulente chronique fut guérie, l'ouïe fut à peu près perdue pour quelques-uns. Aussi l'auteur s'élève-t-il contre cette opinion dangereuse, que les complications de l'oreille dans la rougeole sont toujours de nature bénigne et ne méritent pas une attention particulière. Généralement peu graves à leur début, elles peuvent avoir les plus tristes conséquences si leur traitement est négligé ou défectueux.

Ce qui est vrai pour la rougeole l'est aussi, avec certaines restrictions, pour la scarlatine. Sur 15 patients atteints d'otite moyenne purulente aiguë à la suite de la scarlatine et traités par l'auteur, un seul atteint de panotite n'a pas été guéri et même est devenu complètement sourd. L'auteur se croit par suite autorisé à affirmer que les complications graves du côté de l'oreille, que l'on observe si fréquemment après la scarlatine, tiennent moins à la malignité initiale du processus pathologique qu'à l'absence d'un traitement convenable appliqué à temps.

A. JOLY.

Ouvertures fistuleuses du pôle supérieur de la membrane du tympan, par le prof. WALB. (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXVI, 3^e et 4^e livr.)

Après avoir rappelé les travaux de Morpurgo, Hessler et Kretschmann sur ce sujet, travaux que nous avons signalés dans cette revue, l'auteur nous donne les résultats de sa propre expérience.

Tous les spécialistes sont d'accord pour donner à cette maladie une situation à part, notamment au point de vue des résultats peu favorables obtenus par le traitement habituel. L'accord est moindre en ce qui concerne le siège de la suppuration. Cependant, on admet toujours une localisation dans une partie de la caisse, et la voie de l'infection est, dans la plupart des cas, la trompe d'Eustache. Mais alors il faut admettre une affection générale de la caisse et une communication libre entre celle-ci et les cavités en question.

Une affection catarrhale qui atteindrait d'abord toute la muqueuse, pour se localiser plus tard dans ces cavités, ne pourrait se transformer en affection purulente qu'autant qu'il y aurait communication avec l'air extérieur par le conduit auditif, car l'air qui passe par la trompe d'Eustache se dépouille à peu près complètement de ses germes d'infection, comme cela résulte d'un travail publié récemment dans les *Archives* de Pflüger.

Mais si dans un certain nombre de cas une maladie primitive de l'oreille est le facteur étiologique de la production d'une fistule au pôle supérieur de la membrane du tympan, les observations de l'auteur l'ont conduit à admettre que, dans le plus grand nombre des cas, ces fistules sont amenées par une maladie de l'oreille externe : soit par une otite externe atteignant le pourtour de la membrane flaccide, soit par une maladie exsudative de l'oreille externe, en présence d'une communication anormale existant entre le conduit auditif externe et le système de cavités situé en arrière de la membrane flaccide.

C'est cette dernière catégorie de cas que l'auteur a étudiée avec soin et qui constitue la partie originale de son mémoire. Il s'agit du trou de Rivinus, dont l'existence a été affirmée par les uns, niée par les autres. L'auteur a constaté très souvent sa présence, et s'il ne lui attribue aucune importance au point de vue physiologique, il n'en est pas de même au point de vue pathologique. Cette ouverture peut jouer un rôle considérable dans divers états pathologiques, en permettant la transmission de processus inflammatoires de l'oreille externe à l'oreille moyenne, et vice versa, ou le passage de microbes infectieux. En présence d'un trou de Rivinus, l'inflammation de l'oreille externe peut se transmettre à l'espace situé en arrière de l'ouverture, et donner lieu au genre d'affection qui fait l'objet de ce travail. Les petites ouvertures fistuleuses se trouvent toujours au-dessus de la courte apophyse, juste au bord de l'os, là où est toujours situé le trou de Rivinus. L'auteur cite à l'appui quelques cas très intéressants, pour lesquels nous renvoyons au texte allemand. On y trouvera aussi une digression relative à l'emploi de l'acide borique dans les maladies d'oreille, qui nous paraît préciser d'une manière exacte ce qu'il faut attendre de ce remède rejeté à tort par quelques praticiens.

Le trou de Rivinus peut aussi aggraver les maladies de l'oreille moyenne, en permettant la pénétration de germes d'infection par le conduit auditif externe. Une otite aiguë non purulente peut

ainsi être transformée en otite purulente. L'auteur en cite un exemple.

Pour le traitement, l'auteur se range complètement à l'avis de Schwartze; ce doit être surtout un traitement chirurgical: enlèvement des granulations, mise à jour et grattage des parties osseuses malades, expulsion des masses d'exsudat épaissies et lavage antiseptique des parties malades à l'aide de canules appropriées.

D^r A. JOLY.

Les bactéries du cérumen, par le D^r F. ROHRER, prof. à Zurich.
(*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 1^{re} et 2^e livr.)

Après ses recherches sur la fausse bactériologie des sécrétions pathologiques de l'espace naso-pharyngien, de la caisse et du conduit auditif externe, dont les résultats ont été publiés récemment, le docteur Rohrer a entrepris l'examen des bactéries qui se rencontrent dans le cérumen. Pour exclure autant que possible la présence de germes accidentels, il a choisi des cas d'accumulation de cérumen, et a pris pour ses cultures des parcelles enlevées au centre des bouchons cérumineux. L'auteur a employé la méthode de Koch pour ses cultures et pour la différenciation des formes.

L'examen a porté sur 50 cas de bouchons cérumineux, qui ont fourni 16 catégories de microbes. (Pour les détails, nous ne pouvons que renvoyer aux tableaux du texte original.) Des essais d'inoculation sur des animaux ont été faits avec chacune des catégories. Dans un très grand nombre de cas, l'injection du bouillon de culture dans le tissu sous-cutané ou la cavité péritonéale a été suivie d'altérations considérables dans le foie, les poumons et les glandes.

L'auteur laisse à des recherches ultérieures le soin de confirmer la pathogénéité éventuelle des formes suspectes, et se borne à conclure de ses expériences :

Qu'il existe un grand nombre de bactéries dans le cérumen, et que de là elles peuvent se développer dans un terrain favorable; qu'en dehors d'une majorité d'espèces saprophytes on rencontre plusieurs formes suspectes de pathogénéité; que des schizomycètes parvenus de divers milieux dans le méat peuvent vivre dans le cérumen qui s'y trouve; enfin, que l'on rencontre fréquemment les mêmes formes chez divers individus.

La présence de bactéries pathogènes dans le cérumen expliquerait la production spontanée d'inflammations superficielles,

circonscrites et diffuses, dans le conduit auditif externe, et notamment aussi le développement d'inflammations purulentes subaiguës dans l'espace intermédiaire entre le bouchon cérumineux et la membrane du tympan.

Après l'extraction de bouchons cérumineux obstruant complètement le méat, l'auteur a trouvé à plusieurs reprises le conduit auditif ulcéré, et trois fois avec des polypes caractéristiques. L'oreille moyenne était complètement indemne, ainsi que la trompe d'Eustache. L'infection ne pouvait donc provenir que du méat, et comme celui-ci était formé par le bouchon de cérumen, il est assez vraisemblable d'admettre la participation de microbes renfermés dans ce dernier.

D^r A. JOLY.

Contribution à l'épreuve de l'ouïe, par le D^r L. JACOBSON, professeur d'otologie à l'Université de Berlin. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVIII, 1^{re} et 2^e livr.)

L'auteur montre d'abord combien les opinions des médecins auristes les plus éminents diffèrent relativement à la valeur qu'il convient d'accorder aux divers modes d'épreuve fonctionnelle pour le diagnostic. Il explique ces divergences par les difficultés considérables qui s'opposent à l'appréciation des anomalies fonctionnelles observées dans les maladies d'oreille.

L'examen anatomo-pathologique est ici en défaut. Le processus physique de l'audition est basé principalement sur les lois de la transmission des vibrations : plus cette transmission sera énergique, et plus la perception sera intense. Mais la mise en vibration des appareils terminaux du nerf acoustique dépend de la masse, élasticité et tension des corps vibrants. Pour établir anatomiquement les causes des diverses anomalies fonctionnelles, il faudrait donc pouvoir reconnaître les modifications de masse, d'élasticité, de tension des diverses parties de l'appareil de transmission du son ; or, cela dépasse les limites de nos recherches anatomiques. On se trouve donc ici dans la même situation que les médecins oculistes, qui ne peuvent plus constater après la mort un grand nombre d'anomalies fonctionnelles qu'ils savent parfaitement reconnaître pendant la vie.

Le développement de l'optique physiologique permet d'établir sur le vivant le diagnostic d'un grand nombre d'anomalies pathologiques de l'œil. En otologie, les difficultés sont beaucoup plus grandes ; c'est ainsi qu'il est impossible d'examiner isolément chaque oreille au point de vue de la conductibilité osseuse.

D'un travail récent de Bezold sur l'expérience de Rinne, il résulte que, dans l'expérience de Valsalva, ainsi que dans la raréfaction artificielle de l'air dans la caisse du tympan, l'audition des notes de diverses hauteurs est modifiée à un degré variable. L'auteur voit dans ce fait une indication de la direction à donner aux recherches physiologiques pour arriver à fixer le diagnostic. Il faudrait trouver une méthode qui permette d'établir une expression numérique exacte de l'acuité de l'ouïe pour des sons de diverses hauteurs.

Après un grand nombre d'essais, l'auteur est arrivé à produire, au moyen de courants d'induction magnéto-électriques, des sons dont l'intensité peut être réglée et représentée exactement par des nombres. La méthode a été décrite dans les *Archives de Du Bois-Reymond*.

L'auteur espère que son appareil pourra rendre des services au point de vue du diagnostic différentiel, soit que, comme Bezold l'a indiqué, on examine ainsi les modifications produites dans la portée de l'ouïe par la compression ou raréfaction artificielle de l'air dans la caisse du tympan, soit que l'on étudie à l'aide de ce procédé les anomalies de l'audition résultant de processus pathologiques.

D^r A. JOLY.

Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde, avec remarques sur l'influence d'opérations graves sur la marche du diabète, par le D^r OTTO KÖRNER, de Francfort-sur-Mein. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 1^{re} et 2^e liv.)

D. F., 47 ans, ne se rappelle pas avoir été malade auparavant. Le 12 avril 1889, après un léger rhume de cerveau, il est atteint de violentes douleurs dans tout le côté droit de la tête et de la face. Ces douleurs se localisèrent ensuite dans l'oreille et en arrière de celle-ci, et augmentèrent, surtout la nuit, jusqu'à devenir intolérables. Le 22 avril, écoulement de l'oreille droite, sans diminution de la douleur. Le 24 avril, le professeur Moos, appelé, pratiqua une incision dans la membrane du tympan. De grandes quantités de pus furent expulsées et les douleurs se calmèrent sans cependant disparaître complètement.

Le 26 avril, le malade fut envoyé au docteur K... Ses douleurs dans le côté droit de la tête continuaient, se localisant parfois dans la région mastoïdienne. Le 30 avril, l'ouverture de la membrane du tympan fut élargie, mais sans diminution de la douleur. Pas de fièvre. Le traitement local se borne à l'évacua-

tion du pus et à des lavages fréquents avec une solution faible de sublimé. La douche d'air ne provoque pas de douleur dans l'apophyse mastoïde. Les applications chaudes sur la région mastoïdienne sont plus efficaces que les compresses de glace pour calmer la douleur.

La longue durée de la suppuration et la grande prostration du malade firent soupçonner une anomalie constitutionnelle, et l'urine fut examinée, bien qu'il n'y eût ni polyurie, ni polydipsie, ni faim exagérée. Malgré cette absence des symptômes habituels, l'urine renfermait une forte proportion de sucre, qu'une diète sévère fit disparaître en grande partie au bout de quelques semaines. Cependant la suppuration ne fut pas modifiée, mais les forces se relevèrent un peu.

Fin mai, survint une légère sensibilité douloureuse à la pression de la partie antéro-inférieure de l'apophyse mastoïde. Vers le milieu de juin, l'aspect du pus se modifia un peu : de vert jaunâtre, il devint plus foncé, brunâtre et coula en plus grande abondance. L'ouverture de la membrane du tympan s'était un peu agrandie, et l'on voyait en arrière des granulations sanguinolentes qui furent brûlées avec de l'acide chromique.

Bien que la quantité de sucre dans l'urine fût très faible et que les forces se fussent relevées, le mal local avait donc progressé, et l'auteur fut amené à diagnostiquer une ostéite aiguë de l'apophyse mastoïde, quoique l'os fût sain extérieurement.

Dès lors, l'ouverture de l'os ne pouvait être retardée. La brachycéphalie extrême et le siège de la maladie du côté droit étaient des indices du voisinage dangereux du foyer purulent avec le lobe temporal, le cervelet et le sinus transverse, et, en présence de ce danger, l'opération devait être faite malgré le diabète. Elle eut lieu le 1^{er} juillet. La couche corticale était complètement saine. A 3 millimètres de profondeur, on atteignit une cavité du volume d'une noix, remplie de granulations sanguinolentes et occupant toute l'apophyse mastoïde. La cavité osseuse fut complètement nettoyée sans que la dure-mère et le sinus fussent atteints. Le champ d'opération fut lavé avec une solution de sublimé, rempli de gaze iodoformique et recouvert d'un bandage fixe.

La guérison eut lieu sans accident. Le 4^e jour, le conduit auditif examiné ne montre qu'une trace de pus dans le fond. Le 9^e jour seulement, le pansement fut renouvelé; il y avait partout des granulations de bonne nature et le méat était complètement sec. Le 15^e jour, deuxième renouvellement du pansement; la perforation de la membrane du tympan est fermée. Le 26^e jour,

la cavité est tellement réduite qu'un tube de drainage remplace le tamponnement. Enfin, 9 semaines après l'opération, il ne reste plus qu'une petite fistule qui se ferme elle-même dans la 13^e semaine. Le patient entendait la montre à 10 centimètres, le langage murmuré à 9 mètres; il avait recouvré ses forces, et il put reprendre son train de vie habituel.

Contrairement à l'opinion de la plupart des otologistes, qui regardent les maladies de l'apophyse mastoïde comme étant le plus souvent la suite de suppurations de l'oreille moyenne, l'auteur pense, avec Küster, que les ostéites de l'apophyse mastoïde sont des affections osseuses de nature primitive. Quand on enlève complètement les parties malades de l'os, la suppuration de la caisse cesse aussitôt et la perforation de la membrane du tympan se referme. C'est ce qui a eu lieu dans le cas rapporté plus haut.

Il semble que, surtout chez les diabétiques, les suppurations d'oreille soient souvent la suite et non la cause de l'affection de l'apophyse mastoïde.

On sait que les opérations sont souvent mal supportées par les diabétiques, et les chirurgiens ne sont pas complètement d'accord sur les circonstances dans lesquelles on doit opérer en présence du diabète. D'après l'auteur, cette question ne sera résolue que quand on aura réuni un grand nombre de ces cas, avec détermination de la proportion de sucre dans l'urine, avant et après l'opération. Le cas rapporté par l'auteur montre qu'avec une forme légère de diabète le malade peut subir sans inconvénients une grave opération, et que le diabète, en dehors d'une augmentation passagère de la proportion de sucre, n'est pas aggravé par l'opération.

L'observation nous a paru assez intéressante pour être donnée avec quelques détails. Elle vient à l'appui des cas publiés par le professeur Kuhn, dans le même numéro des *Arch. f. Ohr.*, et que nous n'avons pu que signaler en passant. D^r A. JOLY.

De la carie et de l'extraction de l'enclume, contribution à l'étiologie et au traitement de l'otite moyenne purulente chronique, par le docteur LUDWIG, médecin assistant de la clinique de Halle. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, 4^e liv.)

Une cause encore peu connue de l'otite moyenne purulente chronique est la carie de l'enclume, soit isolée, soit jointe à celle du marteau.

Le diagnostic de la carie du marteau est souvent facile à établir, par exemple dans les cas de grandes perforations de la membrane du tympan. Si le marteau seul est atteint, son extraction par la méthode de Schwartze peut amener la cessation complète de la suppuration. Mais il arrive que l'écoulement purulent persiste après l'opération, sans que l'on puisse trouver dans la caisse d'autre foyer de carie. La seule cause de cette persistance est assez souvent une carie de l'enclume, qui n'est accessible ni à l'œil, ni à la sonde.

Comme, après l'extraction du marteau, l'enclume n'a plus aucune importance au point de vue fonctionnel; comme, d'autre part, l'enclume atteinte de carie est quelquefois expulsée par les injections, l'auteur a été conduit dans ces derniers temps à pratiquer l'extraction méthodique de l'enclume à la suite de l'incision du marteau. Les résultats obtenus dans 32 cas ont été assez importants pour amener l'auteur à les publier.

Le manuel opératoire est encore très imparfait. L'auteur décrit les procédés auxquels il a eu recours et donne un résumé des 32 opérations avec les résultats auxquels elles ont abouti. On les trouvera dans le texte; nous nous bornerons ici à en relever les traits principaux.

Sur les 32 cas, il y en a 21 où l'otite moyenne chronique était la suite d'une maladie infectieuse aiguë. Dans 11 cas, l'enclume seule était atteinte de carie; dans 16 cas, le marteau et l'enclume. Dans 2 cas seulement, l'enclume fut trouvée saine.

Parmi les accidents consécutifs à l'opération, l'auteur a observé des paralysies faciales, des céphalalgies, du vertige avec nausées et vomissements, sans fièvre, mais avec perte momentanée de l'ouïe. L'opération n'est donc pas sans danger, et la technique opératoire devra être perfectionnée.

En ce qui concerne la suppuration et la fonction auditive, les résultats de l'opération ont été les suivants :

Dans 20 cas, la suppuration a été guérie; 5 fois avec restitution de la membrane du tympan;

Onze cas non guéris ou encore en traitement;

Un cas de mort indépendant de l'opération.

Il est encore trop tôt pour connaître les résultats définitifs, et l'auteur se propose de donner dans un an un nouveau travail à ce sujet.

Au point de vue de l'audition, les résultats sont encore incer-

tains, au moins pour les cas où la suppuration n'est pas encore arrêtée; cependant l'amélioration est évidente pour quelques-uns d'entre eux.

D^r A. JOLY.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Oreille.

Syphilis de la cavité tympanique, par W. Kirchner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

L'oreille chez les criminels, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

La réaction électrique du nerf acoustique et sa reproduction graphique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3 et 4, 20 juin et 3 octobre 1889).

De la pathogénie de l'otite moyenne purulente, par Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Contribution à l'étude des déhiscences spontanées de la voûte de la cavité tympanique, par O. Kœrner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

De la conductibilité des os de la tête, par S. von Stein (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Un tube porte-médicaments et son emploi pour les affections de l'oreille moyenne, par C. Laker (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 3, 20 juin 1889).

Microorganisme de l'otite moyenne aiguë, par A. Scheibe (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Nouvelles recherches sur l'influence de la forme du crâne sur quelques proportions topographiques du temporal, par O. Kœrner (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Un cas rare de réflexes auriculaires, par H. Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 4, 1889).

Des affections de l'oreille simulées, par W. Dorblisch (*Militärarzt*, n° 5-7, 1889).

De l'emploi de l'électrolyse dans les otites moyennes suppurées chroniques, par J. Gruber (*Wiener med. Blätter*, n° 8, 1889).

Inflammation du labyrinthe dans la scarlatine. Présentation de préparations microscopiques, par L. Katz (Soc. de Med. Int. de Berlin, séance du 25 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 15 juillet 1889).

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. Hartmann (Fischer, éditeur, Berlin, 1889).

Compte rendu de la IX^e réunion des otologistes du sud de l'Allemagne et de la Suisse à Fribourg (Baden), en avril 1889, par E. Bloch (Imp. Poppen, Fribourg, 1889).

Morphologie des bactéries de l'oreille et de la cavité naso-pharyngienne, par F. Rohrer (in 8°, 99 pages, Grosser, éditeur, Berlin, 1889).

Trois cas d'otite moyenne suppurée, traitée par l'excision des osselets de l'ouïe, par C. J. Colles (*Deuts. med. Woch.*, 11 juillet 1889).

Tympan artificiel en cellulosoïdine, par Katz (*Deuts. med. Woch.*, 11 juillet 1889).

Modifications de la membrane et de la caisse du tympan dans les affections graves de l'oreille moyenne, par Kirchner (*Munch. med. Woch.*, 4 juin 1889).

Suppurations de la caisse du tympan, traitées par la créoline, par J. Purjesz (*Internat. klin. Rundschau.*, 2 juin 1889).

Trois cas d'atrophie spontanée de polypes de l'oreille, par B. Gompers (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet et août 1889).

Compte rendu des cas observés en 1888 à la clinique otologique du professeur J. Gruber, à l'Université de Vienne (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet et août 1889).

De la casuistique de l'othématome, par S. Grossmann (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 20 août 1889).

La clinique otologique du professeur Zaufal, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 27 août 1889).

De la pathologie et de la thérapeutique de l'inflammation aiguë de la cavité du tympan, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 17 septembre 1889).

Organes des centres de l'ouïe et de la vue chez les vertébrés par H. Munk (comptes rendus de l'Académie des sciences de Berlin; in *Centralblatt f. klin. Med.*, 5 octobre 1889).

Origine et trajet du nerf acoustique du lapin et du chat, par B. Baginsky (comptes rendus de l'Académie des sciences de Berlin, section de physique mathém.; in *Centralblatt f. klin. Med.*, 5 octobre 1889).

Compte rendu des cas observés de la polyclinique des maladies de l'oreille de Göttingen, pendant l'année scolaire 1888-89, par Bürkner (*Arch. für Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

Contributions casuistiques au traitement opératoire de la carie du temporal par L. Jacoby (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, octobre et décembre 1889).

Fibrome auriculaire, par W. Anton (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

Compte rendu des discussions de la Société de médecine de Berlin, à propos de l'opération de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et du otosclérotisme du temporal, par L. Jacobson (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 4, 3 octobre 1889).

De l'action du chlorhydrate de cocaïne sur l'oreille, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Nouvelles recherches sur les canaux de l'oreille, par J. Breuer (*Archiv f. die gesammte Physiol.*, XLIV, p. 13).

Sur un cas de phlébecasie de l'oreille droite, par W. Zehn (*Arch. f. path. Anat.*, CXV, 1, 1889).

La clinique otologique du professeur Kessel, d'Étina, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 29 octobre et 5 novembre 1889).

Sur une cause d'erreur dans l'épreuve du diapason, par Patrsek (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., octobre 1889).

Contribution à l'anatomie du limaçon, par Barth (*Anatom. Anzeiger, Centralblatt f. die gesammte et Wissensch. Anatom.*, n. 20, 1889).

Otites moyennes aiguës causées par le diplococcus de la pneumonie A. Frankel Weichselbaum et compliquées d'abcès du processus mastoïdien, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, n. 36, 1889).

Sur les affections de l'oreille chez les diabétiques, par Kuhn (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, 1889).

Bactériologie de l'otite moyenne, par Kuhn (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Traitement des hallucinations auditives, par Eitelberg (*Wiener Klinik*, juillet 1889).

L'otologie en 1888, par Szenes (*Deutsch. med. Woch.*, n. 37, 1889).

Valeur diagnostique différentielle de l'épreuve de l'ouïe, par O. Wolf (Section d'otologie de la 62^e réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Signification morphologique des muscles de l'oreille, par G. Killian (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Terminaison du nerf cochléen dans l'organe de Corti, avec démonstration de préparations, par L. Katz (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre, et *Arch. Ohrenh.*, décembre 1889).

Préparations du limaçon, par Steinbrügge (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Des proportions anatomiques à observer pour la perforation de l'apophyse mastoïde, par A. Hartmann (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et natural. allemands, Heidelberg, 19 septembre 1889).

Atrophie des nerfs de l'oreille interne, par J. Habermann (*Zeits. f. Heilk.*, Prague, 1889).

Des corps étrangers de la cavité tympanique, par Zaufal (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 10 décembre 1889).

Un cas de surdité subite suivie de guérison, par L. Winternitz (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., novembre 1889).

Compte rendu de la section d'otologie de la 62^e réunion des médecins et naturalistes allemands, à Heidelberg, par S. Szenes (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Histologie et bactériologie des otites moyennes diphtéritiques, par S. Noos (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Indications et contre-indications de la douche d'air dans le traitement des otites moyennes, par Walb (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889).

Contributions statistiques à l'étude des abcès cérébraux otiques, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Les bactéries du cérumen, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde avec remarques sur l'influence des opérations plus importantes sur la marche du diabète, par Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Recherches et études acoustico-physiologiques et leur valeur pour l'otologie pratique, par H. Dennert (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

De l'étiologie de l'otite moyenne aiguë, par S. Szenes (Section otologique de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 20 septembre 1889).

Jusqu'à quel point la conque de l'oreille humaine est-elle un organe rudimentaire, par Schwalbe (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Du menthol et de l'eucalyptus et de leurs applications locales dans les affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

De l'origine du cholestéatome de l'oreille moyenne, par Habermann (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Appareils électriques pour l'éclairage de l'oreille moyenne et de la cavité naso-pharyngienne, par Kessel (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Traité d'otologie pratique, par D. B. St John Róosa, traduction allemande de L. Weiss. (Un vol. avec 77 figures, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1889.)

Des polypes des cellules verruqueuses du temporal, par J. Gruber (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 31 décembre 1889).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par Steiner (*Deutsch. med. Woch.*, n° 47, 1889).

L'oreille de l'acrobate, par E. Bloch (*Zeits. f. Ohrenh.*, XX, 1, 1890).

Pathologie et thérapeutique de l'attique externe de la cavité du tympan, par A. Politzer (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 7 janvier 1890).

Thrombose des sinus à la suite du cholestéatome de l'oreille moyenne, par E. Lévy (Soc. des méd. et nat. de Strasbourg, séance du 6 décembre 1889; in *Wiener klin. Woch.*, 16 janvier 1890).

Note sur les affections auriculaires au cours de l'influenza, par R. Dreyfuss (*Berl. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Des otites moyennes aiguës au cours de l'influenza, par Schwabach (*Berl. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par B. Baginsky (*Deutsch. med. Woch.*, 12 décembre 1889).

Les suites de la trépanation dans les abcès cérébraux de cause otique, par E. Braun (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

De la possibilité de reconnaître certains proportions topographo-anatomiques utiles du crâne avant d'ouvrir l'apophyse mastoïde, et de la valeur pratique de cette constatation, par O. Schülzke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

I. Hémorrhagie mortelle dans la paracentèse du tympan due à une lésion du bulbe ven. jugul. II. Rupture de la membrane du tympan causée par un coup de foudre, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 3, 1890).

Photographies de préparations microscopiques de l'oreille et du nez, par T. Albarracin (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 7 février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Complications auriculaires de l'influenza, par Tschudi (Soc. des méd. militaires de la garnison de Vienne, séance du 1^{er} février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Deux nouveaux instruments. I. Crochet pour écarter les parties molles dans l'ouverture de l'apophyse mastoïde. II. Crochet palatin, par Burth (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Coup sur l'oreille. Mort 13 jours après, par T. Heiman (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Compte rendu de la section otologique de la 62^e réunion des médecins et naturalistes allemands à Heidelberg, en septembre 1889, par Killian (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

De l'emploi du nouveau phonographe d'Edison, comme acoumètre universel, par L. Lichtwitz (*Prager med. Woch.*, n° 47, 1889).

Un cas rare de réflexes acoustiques, par Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Affection auriculaire consécutive à la parotite, par Kosegarjen (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente aiguë chronique, par Schmiedt (*Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck*, tome XXXVIII, fasc. 4, 1889).

Les cliniques otologiques de Leipzig et de Halle s/S, par S. Szentes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 18 février 1890).

De la valeur du traitement par le collodion dans le cas de relâchement de la membrane du tympan, par E. Keller (*Monats. f. Ohrenhehr.*, etc., janvier 1890).

Affections de l'oreille dans l'épidémie d'influenza, par Eitelberg (*Wiener med. Presse*, n° 7, 1890).

Des affections de l'organe de l'ouïe pendant l'épidémie d'influenza à Vienne, par J. Gruber (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 28 février; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 11 mars 1890).

Abcès de l'apophyse mastoïde au cours des otites de la grippe, par

A. Politzer (Soc. impér. royale des méd. de Vienne, séance du 21 février; in *Wiener klin. Woch.*, 6 mars 1890).

Dés inflammations anémiques, hyperhémiques et névralgiques. Expériences faites sur l'oreille du lapin, par Samuel (Soc. des sc. méd. de Koenigsberg, séance du 25 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Abcès cérébral dû à l'influenza, par K. Aczel (Soc. des méd. de Budapesth, février 1890).

Surdi-mutité et méningite, par F. Schulze (*Virchow's Archiv*, B. CXIX, Heft 1).

De la carie de l'enclume et de son extraction. Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique des otites moyennes suppurées, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Compte rendu du mouvement de la clinique otologique de l'Université royale de Halle s/S, du 1^{er} avril 1888 au 31 mars 1889, par Ludwig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Statistique des malades ayant été soignés et des étudiants ayant fréquenté la clinique otologique de l'Université de Halle s/S, du 1^{er} avril 1888 au 1^{er} avril 1889, par H. Schwartze (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Compte rendu du Congrès international d'otologie et laryngologie tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889 (Section otologique), par L. Lichtwitz (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXIX, Heft 4, mars 1890).

Traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, par Gomperz (*Oester. ungar. Centralblatt, f. d. med. Wissenschaft*, mars 1890).

Les affections de l'oreille dans l'influenza, par J. Habermann (*Prager med. Woch.*, 19 février 1890).

Traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, 29 janvier 1890).

Bactériologie des inflammations de l'oreille moyenne dans le cours de l'influenza, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, 26 février 1890).

Resorcin in Verbindung mit Cocain bei Ohrenkrankheiten (De la résorcine alliée à la cocaïne dans le traitement des affections de l'oreille, par S. von Stein (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., mars 1890).

Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis mit besonderer Rücksicht auf Ohren, Kehl- und Schlundkopf (De la symptomatologie du tabes dorsal, surtout en ce qui concerne l'oreille, le larynx et le pharynx, par A. R. Marina (*Archiv. für Psychiatrie*, Band XXI, Heft 1, p. 156; in *Centr. für klin. Med.*, 12 août 1890).

De l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza, par L. Jankau (*Deutsch. med. Woch.*, n° 12, 1890).

De l'excision du tympan et des osselets comme traitement de l'otorrhée chronique, par Wetzel (*Inaug. Dissert.*, Halle, 1889).

Les affections de l'organe de l'ouïe pendant la dernière épidémie d'influenza à Vienne, par A. Politzer (*Wiener med. Blätter*, n° 9 et 10, 1890).

Intoxicationserscheinungen nach Einspritzung von Sol. Cocaini muratici in die Paukenhöhle (Phénomènes d'intoxication consécutifs à l'injection d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans la cavité du tympan, par Schwabach (*Therap. Monatshefte*, mars 1890).

Metall Corrosionspräparate des Labyrinthes (Emploi du métal de Wood pour obtenir des préparations par corrosion du labyrinthe, par Siebonmana (*Internat. klin. Rundschau*, n° 3, 1890).

Appareil pour l'éclairage électrique de l'oreille, du nez et de la cavité nasopharyngienne, par Trautmann (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 15, 1890).

La clinique des maladies de l'oreille du professeur Lucas, à l'Université de Berlin, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 13 et 20 mai 1890).

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede (De la surdité des chaudronniers, par J. Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes (De l'état de l'organe

de l'ouïe dans le tabes, par E. Morpurgo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum (Compte rendu du second lustre otologique), par P. Schubert (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Bericht über die in meine Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888, beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen (Compte rendu des cas observés et des observations pratiquées à ma clinique otologique de Breslau pendant l'année 1888, par O. Hecke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer (Coup d'œil sur les transformations anatomopathologiques de l'organe de l'ouïe chez les sourds-muets, par Holger Nygind (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Erkrankungen des Ohres bei Influenza (Les affections de l'oreille dans l'influenza), par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ein Auscultationsschlauch-Halter (Un manche s'adaptant à un appareil d'auscultation de l'oreille), par L. Katz (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ein Fall von Sarkom der Paukenhöhle und den Warzenfortsatzes (Un cas de sarcome de la cavité du tympan et de l'apophyse mastoïde), par R. Haug (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Schädelform und Topographie des Schläfenbeins (Forme du crâne et topographie du temporal. Réponse à O. Schützke, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Zur operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes (De l'opération de l'ouverture de l'apophyse mastoïde. Réponse à Körner, par Schützke (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells (De la régénération et de la cicatrisation de la membrane du tympan, par Rumler (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXX, Heft 1 u. 2, 1890).

Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells (Atlas de reproductions de la membrane du tympan, par K. Bürkner (14 planches comprenant 84 chromolithographies, d'après les dessins originaux de l'auteur, 2^e édition, revue et augmentée, G. Fischer, éditeur, Léna, 1890).

Ueber einen Fall von Blutung aus der Venae jugularis interna bei Paracentese des Trommelfells (Un cas d'hémorrhagie de la veine jugulaire interne consécutive à une paracentèse de la membrane du tympan, par A. Müller (*Dissert. inaug.*, Halle a. S., 1890).

Zur Casuistik der Cholesteatome des Schläfenbeins (Casuistique du cholesteatome du temporal, par E. Michle (*Dissert. inaug.*, Halle a. S., 1890).

Operative Behandlung des Cholesteatoms der Paukenhöhle und ihrer Nebenräume (Traitement opératoire du cholesteatome de la cavité du tympan et des parties voisines, par Zaufal (*Ver. Deuts. Aerzte*, Prague, 18 avril; in *Wiener klin. Woch.*, 22 mai 1890).

Larynx et Trachée.

Aphonie fonctionnelle, son traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par A. Schätzler (30 p., chez W. Braunmüller, Vienne, 1889).

Laryngite hémorragique, par A. P. Favitzky (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, juin 1889).

De la tuberculose du larynx et de son traitement à l'époque actuelle, par Ringk (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juin, juillet et août 1889).

De la pachydermie du larynx, par L. Rethi (*Wiener klin. Woch.* 4 juillet 1889).

Traitement de la tuberculose du larynx, par Ossendowski (*Deutsch. med. Zeit.*, 3 juin 1889).

Emploi du baume du Pérou dans les maladies du larynx et du poumon, par J. Schnitzler (*Int. klin. Rundsch.*, 30 juin 1889).

Un cas de polype extra laryngien, par M. Tsakyrogious (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juillet 1889).

Corps étrangers des bronches, par G. Kobler (*Wiener klin. Woch.*, 15 août 1889).

Pathologie et thérapeutique du spasme du larynx, par M. Kalmus (*In-S**, 22 p., L. Köhler, édit., Breslau, 1889).

Sténose du larynx, par Landgraf (Soc. des méd. de la Charité de Berlin, séance du 7 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Excision d'une tumeur tuberculeuse du larynx au moyen de la pince coupante de Mackenzie, par Landgraf (Soc. des méd. de la Charité de Berlin, séance du 7 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

De l'intubation du larynx, par Rauke (*Münch. med. Woch.*, n° 28, 29 et 30, 1889).

Traitement des tumeurs du larynx par la méthode endo-laryngée, par Michelson (Ver. f. wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Berl. klin. Woch.*, 9 septembre 1889).

Laryngotomie pour kyste aérien intra-laryngé, par Ledderhose (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, tome XXIX, fasc. 4, 1889).

De l'étiologie des ulcérations tuberculeuses du larynx, par E. Fränkel (*Centr. f. klin. Med.*, 15 septembre 1889).

Neomembrane à l'orifice supérieur du larynx, par Heymann (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 29, 1889).

Trachéotomie: canule restée en place pendant 21 ans, par Lewin (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 23, 1889).

Erysipèle primitif du larynx, par P. Ziegler (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Heft 4, 1889).

Étouffement à la suite de l'obstruction du larynx par une cerise, par H. Windelschmidt (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Contributions à l'histologie des polypes des cordes vocales, par A.-A. Kanthack (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1889).

Études chimiques sur le cartilage de la trachée, par C. Th. Morner (*Skand. Arch. f. Physiol.*, p. 210, 1889).

De l'œdème du larynx, par F. Peltesohn (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre et 4 novembre 1889).

Rétrécissement cicatriciel du larynx, guérison par la méthode intra-laryngée, par G. Juffinger (*Wiener klin. Woch.*, 31 octobre 1889).

Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose du larynx, par J. Schnitzler (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Recherches sur l'influence de l'air chaud dans la tuberculose du larynx, par A. Nykamp (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Trachéotomie dans la phisie laryngée, avec démonstration anatomopathologique, par A. Betz (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Résultats du traitement des maladies du larynx, du pharynx et du nez, par les eaux sulfureuses de Langenbrücken, par Ziegelmayr (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Dessins microscopiques de coupes des bandes ventriculaires et des cordes vocales, par B. Fränkel (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Distribution des glandes des cordes vocales, par Heymann (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Innervation centrale et périphérique du larynx, par H. Krause (62^e réu-

nion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Une méthode simple et facilement applicable d'examen de la paroi postérieure du larynx et de la trachée, par Killian (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Eclairage du larynx, par Gottstein (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Le centre respiratoire et ses rapports avec l'innervation du larynx, par M. Grossmann (*Allgem. Wien. med. Zeit.*, 3 décembre 1889).

De l'extirpation du larynx, par Wasserman (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, Band XXIX, Heft 5 et 6, 1889).

Traitement de la phthisie laryngée, par Prinzing (*Würzburg. med. Corresp.*, n^o 30, 1889).

De la pathologie des sténoses trachéales et bronchiques, par Landgraf (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 2 décembre; in *Berliner klin. Woch.*, 16 décembre 1889).

Traitement des affections laryngiennes par l'électricité appliquée extérieurement, par Th. Clemens (*Therap. Monatschr.*, n^o 8, 1889).

La phthisie laryngée comme substratum anatomique de la boule hystérique, par Langreuer (*Cent. f. Nervenh. Psych. und gericht. Psychopathol.*, n^o 17, 1889).

Remarques sur l'emploi de l'appareil à air chaud de Weigert dans la tuberculose pulmonaire et laryngée, par H. Moser (*Berl. klin. Woch.*, 30 décembre 1889).

Instrument pour opérer les tumeurs sous-glottiques, par J. Scheinmann (*Berl. klin. Woch.*, 20 janvier 1890).

Examen des voies aériennes par la plaie de la trachéotomie, par Piniaczek (*Wiener med. Blätter*, n^o 44, 1889).

De centre nerveux moteur du larynx, par H. Krause (*Berliner klin. Woch.*, 27 janvier et 3 février 1890).

Traitement du spasme de la glotte, par Flesch (*Deutsch. med. Woch.*, 2 janvier 1890).

Recherches sur le nerf laryngé supérieur, par L. Breisacher (*Cent. f. die med. Wissensch.*, n^o 43, 1889).

Contribution à l'histologie des cordes vocales, avec remarques spéciales sur la présence de glandes et de papilles, par A. A. Kanthack (*Virchow's Archiv*, Band CXVII, 1889).

Etudes sur l'histologie de la muqueuse laryngienne, par A. A. Kanthack (*Virchow's Archiv*, Band CXVIII, 1889).

Sténose du larynx, par Tschudi (Soc. des méd. militaires de la garnison de Vienne, séance du 1^{er} février; in *Wiener klin. Woch.*, 13 février 1890).

Lupus primitif de l'entrée du larynx, par Garré (*Münch. med. Woch.*, n^o 52, 1889).

Un dernier mot sur le centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon et V. Horsley (*Berl. klin. Woch.*, 17 février 1890).

Contribution à la casuistique de la chirurgie du larynx, par Moritz Schmidt (*Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck*, tome XXXVIII, fasc. 4, 1889).

De la pachydermie du larynx, par E. Meyer (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Un cas de périchondrite du cartilage de Santorini, par P. Heymann (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Traitement d'un cas de cancer du larynx par l'électrolyse, par Schütz (Soc. de laryng. de Berlin, séance du 6 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Réséction partielle d'un larynx cancéreux chez un homme de 55 ans,

par Mikulicz (Soc. des sciences méd. de Königsberg, séance du 11 novembre 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Un cas de pachydermie du larynx de Virchow, par Michelson (Soc. des sc. méd. de Königsberg, séance du 23 décembre 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Extirpation d'une tumeur de la corde vocale gauche chez un homme de 60 ans, par Michelson (Soc. des sc. méd. de Königsberg, séance du 23 décembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Corps étranger des voies aériennes, par D. Batori (Soc. des méd. de Budapesth, février 1890).

Traitement de la tuberculose laryngée, par Neumann (Soc. des méd. de Buda-Pesth, février 1890).

Paralysies du récurrent dans le cours de l'influenza, par A. Krakauer (Soc. de larygol. de Berlin, 1890).

Aphasie par abcès du cerveau. Trépanation. Guérison, par Jænger et Sick (*Deutsch. med. Woch.*, 6 mars 1890).

Un cas d'aphasie hystérique chez un jeune garçon, combinée avec une paralysie faciale, du trismus et du spasme, par Strassmann (*Deutsch. med. Woch.*, 6 mars 1890).

Les maladies du larynx, avec un appendice sur la laryngoscopie et la technique thérapeutique locale à l'usage des médecins praticiens et des étudiants. Troisième édition, revue et augmentée, par J. Gottstein (F. Deuticke, éditeur, Vienne et Leipzig, 1890).

Etude sur la périchondrite primitive du larynx, par Behr (*Dissert. Inaug.*, Munich, 1889).

Les trachéotomies dans les hôpitaux de Dantzig de 1882 à 1883, par Fischer (*Dissert. inaug.*, Leipzig, 1890).

Sur les altérations myopathiques et mécaniques de la voix, par Heinze (*Dissert. inaug.*, Greifswald, 1889).

Sténoses cicatricielles du larynx d'origine syphilitique, par Hirschfeld (*Dissert. inaug.*, Hambourg, 1889).

Qu'appelons-nous corde vocale vraie? par P. Meymann (*Deutsch. med. Woch.*, 23 janvier 1890).

Cas rare de papillome du larynx et de la trachée, par Schaller (*Dissert. inaug.*, Munich, 1889).

Résultats des médications laryngées et trachéales dans la médecine vétérinaire, par G. Schneidemühl (*Deutsch. med. Woch.*, 23 janvier 1890).

Une nouvelle méthode pour relever l'épiglotte, par S. O. Preston (*Alleg. Wiener med. Zeit.*, 1^{er} avril 1890).

Contribution à l'étude au mutisme hystérique, par Leuch (*Munch. med. Woch.*, 25 mars 1890).

De l'état du larynx dans la grippe, par Ch. Fauvel et Saint-Hilaire (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 8 avril 1890).

Laryngite aiguë avec formation de petits abcès à la suite d'une attaque d'influenza, par M. Schæffer (*Deutsch. med. Woch.*, n° 10, 1890).

De l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, par Thomouck (*Inaug. Dissert.*, Würzburg, 1889).

Sur les ulcères laryngés dans la fièvre typhoïde, par Grütler (Thèse de Berlin, 1889).

Aphasie traumatique, par Rosenberger (XIX^e congrès de la Soc. allemande de chir., tenu à Berlin du 9 au 12 avril 1890).

Un cas de bégayement, par Gutzmann (Soc. de med. Int. de Berlin, séance du 31 mars 1890).

Statistique de l'extirpation du larynx, par E. Kraus (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 15 avril 1890).

Réfecteur avec miroir mobile pour l'examen des cavités laryngiennes.

naso-pharyngienne, nasale et auriculaire, ainsi que pour l'auto-laryngoscopie (Vom Reflector abnehmbarer Gegenpiegel zur Demonstration des Innenraumes von Kehlkopf, Nasenrachenraum, Nase und Ohr, sowie zur Autolaryngoscopie des Patienten, par Noltinius (*Therap. Monatshefte*, février 1890; in *Illustr. Monats. ärztl. Polytechnik*, mai 1890).

De la pachydermie typique du larynx, par J. Sommerbrodt (*Berl. klin. Woch.*, 12 mai 1890).

NOUVELLES

La *Société française d'otologie et de laryngologie* a tenu sa session annuelle les 23 et 24 mai 1890, au Palais des sociétés savantes, à Paris. Voici la liste des communications qui y ont été faites :

I. Des rhinolithes, par Noquet.—II. Rhinolithes, par A. Ruault. — III. De l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition, par Gellé.—IV. Corps étrangers de la bouche, par Wagner. — V. Complications des végétations adénoïdes, coexistence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes; présentation de pièces, par Boucheron. — VI. Complications auriculaires de la grippe, par E. Ménière. — VII. Mutisme hystérique, par J. Charazac. — VIII. Tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin. — IX. Sclérose de la caisse et traitement par la raréfaction progressive, appareil, par F. Suarez de Mendoza. — X. Complications opératoires des tumeurs adénoïdes du pharynx, par A. Cartaz. — XI. Complications auriculaires de la grippe, mastoïdites, par E.-J. Moure. — XII. Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par M. Lannois.—XIII. Spasmes œsophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale ar

Joal. — XIV. Influence de l'excitation du nerf auditif sur la réception du diapason vertex, par Corrado-Corradi. — XV. Audition colorée, par F. Suarez de Mendoza. — XVI. Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par Tymowski.

Nous donnons ici la liste des communications annoncées à la section de *Laryngologie et rhinologie* de la *British medical Association* en 1890 :

De la toux comme symptôme des affections nasales et pharyngiennes, par J.-B. Ball. — Quelques affections communes de l'amygdale pharyngée et leur relation avec les maladies de l'oreille, de la gorge et du nez, et en particulier avec le relâchement de la gorge (relaxed throat), par A. Bronner. — Énorme polype du nez, par Walker Downie. — Ténésme pharyngien, par W. Hill. — Structure des cordes vocales, par A.-A. Kanthack. — Excision des amygdales, par Gréville Macdonald. — Affections malignes des fosses nasales, par D. Newmann. — Un cas de paralysie des abducteurs, par T.-D. Savill. — I. Du diagnostic différentiel de la syphilis, du cancer et de la tuberculose du larynx. — II. Bougies médicamenteuses dans le traitement de la fièvre des foins, de l'ozène, du catarrhe, etc., par Scanes Spicer. — Traitement de l'ozène, par C.-J. Symonds.

Les sujets suivants seront discutés à la section d'otologie :

I. Affection intranasale en rapport avec la surdité, à l'exception du catarrhe postnasal et des végétations adénoïdes, par Lennox Browne. — II. Etiologie du tintement d'oreille, par H. Macnaughton Jones. — III. Vasculite (vasculitis) et surdité, par R.-T. Cooper.

M. J. Ward Cousins a annoncé les communications suivantes :

I. Nouvelle méthode d'extraction des corps étrangers du conduit auditif. — II. Valeur des membranes tympaniques artificielles.

L'*American laryngological Association* s'est réunie à Baltimore les 29, 30 et 31 mai 1890. Voici le programme de cette session :

Discours du président, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore.

COMMUNICATIONS.

I. Anomalie du corps thyroïde, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — II. Coup d'œil au delà du nez, par S. Solis-Cohen, de Philadelphie. — III. Nouvelle opération pour les déviations de la cloison nasale, par Morris J. Asch, de New-York. — IV. Hypertrophie postérieure du cornet moyen inférieur, par Harrison Allen, de Philadelphie. — V. Notes sur un cas de tumeur myxomateuse du naso-pharynx observée chez un enfant de six ans, par A.-W. Mac Coy, de Philadelphie. — VI. Un cas rare de tumeur naso-pharyngienne, par Ch.-H. Knight, de New-York. — VII. Tissu adénoïde, son développement, par H.-L. Swain, de New-Haven. — VIII. Communication supplémentaire sur les tumeurs cartilagineuses du larynx et les tumeurs verruqueuses du nez, par E. Fletcher Ingals, de Chicago. — IX. Un cas de myxome de l'épiglotte, par S.-O. Vanderpoel, de New-York. — X. Enrouement et perte de la voix causée par une mauvaise méthode vocale, par S.-W. Langmaid, de Boston. — XI. Discussion sur un sujet à choisir au moment de la session. — XII. De la

chordite tubéreuse, par Cl.-C. Rice, de New-York. — XIII. Cas particuliers de paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien latéral, par E. Fletcher Ingals, de Chicago. — XIV. Un cas d'affection bulbaire à symptômes inusités, causant une paralysie unilatérale permanente de l'abduction du larynx, par F.-H. Bosworth, de New-York. — XV. Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par D. Bryson-Delavan, de New-York. — XVI. Notes sur un cas intéressant d'anévrisme, par G.-W. Major, de Montréal. — XVII. Rétrécissement de l'œsophage causé par un épaissement interstitiel de ses parois, par O. Roe, de Rochester. — XVIII. La laryngologie de Trousseau et Horace Green.

Le bureau était composé ainsi qu'il suit : Président : J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — Vice-présidents : E. Holden, de Newark, et C.-E. Bean, de Saint-Paul. — Secrétaire trésorier : Ch.-H. Knight, de New-York. — Bibliothécaire : T.-R. French, de Brooklyn. — Conseil : F.-H. Hooper, de Boston ; G.-M. Lefert, de New-York ; F.-J. Knight, de Boston ; D. Bryson Delavan, de New-York.

Une nouvelle polyclinique dans laquelle toutes les branches de la médecine seront représentées, vient d'être fondée à Paris sous le nom de *Glinique générale de Paris*, et a son siège quai des Grands-Augustins, 25.

L'*Association française pour l'avancement des sciences* tiendra sa session annuelle à Limoges, du 7 au 14 août 1890. La section des sciences médicales sera présidée par M. le professeur J. Tessier, de Lyon.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

I. Polype du larynx du volume d'une grosse noix. Extirpation endo-laryngée. — II. Le bacille Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx. — III. La mort subite dans les maladies graves du larynx. — IV. Sur la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par R. BOTEY (Extraits de la *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1889 et 1890).

Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe (compresa la tecnica rinoscopica e laringoscopica) ad uso de' medici e degli studenti. Volume II. Laringe 2^e édition revue et augmentée, par le prof. F. MASSEI (Un vol. de 570 pages, prix : 10 francs, F. Vallardi, éditeur, Naples, 1890).

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede (De la surdité des chaudronniers), par J. HABERMANN (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, mai 1890).

Leçons sur les maladies du larynx, par le D^r E.-J. MOURE, recueillies par le D^r M. Natier, et revues par l'auteur (Un vol. de 600 pages avec des figures en noir dans le texte. Prix : 10 francs. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1890).

Gastrostomie pratiquée dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par P. BERGER et CANNIOT (Brochure de 15 pages, Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1890).

Transformation kystopneumatique du cornet moyen, par SCHMIEGELOW (Extrait de la *Rev. de laryng. otol. et rhinol.*, 1890).

Zur Behandlung der chronischen eitrigen Entzündungen im oberen Trommelhöhlenraum und im Antrum mastoideum (Traitement des suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes, par B. GOMPERZ (Tirage à part des *Oesterr. Ungar. Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1890).

Der Ohrschmerz und seine Behandlung (L'otalgie et son traitement), par B. GOMPERZ (Tirage à part des *Centralbl. f. d. gesammte Therapie*, h. V, mai 1890).

Hygiène de l'oreille, par V. COZZOLINO. (2^e édition augmentée, traduite de l'italien par A. Joly. (Un volume de 87 pages, prix : 1 fr. 50, G. Masson, éditeur, Paris, 1890).

Contribution à la casuistique des lésions auriculaires, consécutives à l'influenza, par A. D'AGUANO (Extrait du *Bollet. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, n° 3, 1890).

Le congrès international d'otologie et laryngologie de Paris (septembre 1889). Compte rendu, par G. GRADENIGO (Extrait du *Bollet. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, 1890).

Le Gérant : G. Masson.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

ABCÈS CÉRÉBRAL CONSÉCUTIF A UNE OTITE
MOYENNE SUPPURÉE.

Par le Dr **PICQUÉ**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Un nommé L... Nicolas, 46 ans, entre le 10 mars 1890, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de suppléer, salle Ambroise-Paré, n° 4.

Ce malade, d'une bonne santé habituelle, eut l'influenza en fin décembre, sans détermination pulmonaire; mais peu de jours après, il fut pris de douleurs vives dans l'oreille droite, suivies d'une suppuration fort abondante; il ne se souvient pas avoir souffert de la gorge à cette époque. La suppuration persista longtemps.

Vers le 16 avril, les douleurs, qui avaient cessé depuis l'apparition de l'écoulement, reparurent avec une grande intensité. Hémicranie violente. Affaiblissement progressif des forces. Température : 38, 38,5.

Quand j'examinai le malade pour la première fois, le 17 avril, je constatai tout d'abord les symptômes précédents très accentués.

L'apophyse mastoïde est peu douloureuse à la pression; la peau à ce niveau ne présente ni rougeur ni œdème; le sillon rétro-auriculaire est conservé.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité et du mouvement, l'intelligence est intacte.

En raison de l'intensité des symptômes douloureux et de la fièvre, et malgré l'absence de signes positifs du côté de la mastoïde, je me proposai de pratiquer, à titre exploratif, la trépanation de l'apophyse.

Le lendemain, le tableau a notablement changé; la tempéra-

ture est à 39,5, le malade présente du subdelirium, l'intelligence est obtuse; de plus, il existe une hémiplegie gauche complète.

Je pratique (18 avril) séance tenante, l'opération suivante avec l'aide de MM. Bellanger, Civel et Jayle, internes du service.

Tout d'abord je procède à la trépanation de l'apophyse, au lieu classique; il n'existe pas de pus dans les cellules.

Alors, me reportant aux symptômes nouveaux qui venaient de se produire et pensant à l'existence d'une collection sous-méningée au niveau des centres moteurs, je taille un grand lambeau à base postérieure au niveau de la ligne rolandique, en laissant entièrement de côté la région mastoïdienne.

J'applique alors trois couronnes de trépan de 25 millimètres et j'agrandis la brèche avec des cisailles appropriées. L'espace sous-méningé est absolument libre et n'est le siège d'aucune rougeur. J'excise alors largement la dure-mère; ici un phénomène intéressant se produisit: le soulèvement anormal de la substance cérébrale.

Le cerveau tend toujours, comme on sait, à faire hernie; mais ici la hernie fut extrême; après la section des enveloppes, un léger suintement se produisit.

Sûr par conséquent d'avoir affaire à un abcès intra-cérébral, je traversai résolument la substance cérébrale et entrai dans un foyer considérable, contenant une notable quantité de pus qui fit issue au dehors. Cette collection se trouve manifestement en avant du sillon rolandique, au niveau de la partie moyenne de la frontale ascendante. Un drain assez volumineux fut laissé dans la plaie. Lavage à la solution de sublimé, le lambeau cutané est réappliqué et suturé.

Dès le soir même, tous les accidents avaient disparu; la température était retombée à la normale; le malade semblait plus éveillé; le mouvement et la sensibilité avaient reparu, au deuxième jour, le malade se levait seul.

L'amélioration s'accentua encore jusqu'au 24 avril; mais alors la température monta rapidement à 40°, et le malade retomba dans le coma. Mort le 25 avril.

L'autopsie démontra l'existence d'une encéphalite généralisée. En arrière du foyer largement ouvert, il en existe un plus petit et parfaitement isolé du premier.

Cette observation soulève plusieurs points intéressants à

discuter, nous nous proposons de faire à ce sujet un travail que nous publierons dans un prochain numéro.

II

ABCÈS SOUS-DURE-MÉRIEN CONSÉCUTIF A UNE OTITE MOYENNE.—TRÉPANATION.—GUÉRISON.

Par le Dr **PICQUÉ**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

B... Alfred, 24 ans, entré le 10 avril 1890, salle Ambroise-Paré, service de M. Périer, suppléé par M. Picqué.

Otite moyenne datant d'un mois.

Cellulite mastoïdienne et abcès sous-dure-mérien ouvert spontanément. Il existe à la base de la mastoïde un trajet fistuleux fournissant une notable quantité de pus. Douleurs intenses dans le côté correspondant de la tête.

Opération. Découverte du foyer : la fistule traverse le squelette, et le stylet se dirige en haut et en dedans. Trépanation avec la gouge à main ; un foyer notable situé sous la dure-mère est mis à découvert. Grattage, lavage antiseptique et drainage. Le malade se trouve immédiatement soulagé ; la guérison se fait rapidement.

III

DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'EXAGÉRATION DES NÉVROSES RÉFLEXES PAR LE TRAITEMENT INTRANASAL.

Par le Dr **O. LAURENT**, de Hal (1).

Je me permettrai de soumettre à votre appréciation l'exposé succinct de quelques faits que j'ai recueillis dans la lit-

(1) Communication faite à la première réunion des otologistes et laryngologistes belges. Séance du 23 mai 1890.

térature, ainsi que de celui qui m'est personnel, et cela en raison de l'importance assez marquée qu'ils me paraissent devoir acquérir et de l'enseignement qu'ils doivent nécessairement comporter. Je veux parler du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intranasal.

Il est certain qu'il n'existe aucun agent thérapeutique qui ne puisse provoquer, dans certaines conditions et alors même qu'il est appliqué avec toute l'attention désirable, des désordres suffisamment accentués, allant même parfois jusqu'à renforcer les lésions que l'on cherche à faire disparaître, ou à déterminer l'apparition d'une affection qui n'existait pas encore au moment de l'intervention. Si la chose a été souvent observée, il n'en est pas moins établi qu'elle a été souvent également perdue de vue. Et c'est, je pense, parfois le cas, pour les désordres morbides que peuvent laisser à leur suite les opérations intranasales, cautérisations et ablation de parties hypertrophiées, enlèvement de polypes, etc. Je signalerai surtout, parmi ces troubles, des névroses réflexes.

On sait qu'elles sont causées, la chose a été surabondamment démontrée et il n'existe plus le moindre doute à cet égard, elles sont fréquemment causées, dis-je, par les altérations les plus variées des cavités nasales. Or, à un état pathologique actif, pour ainsi dire, il y a lieu de chercher, dans des circonstances relativement nombreuses, à substituer un état pathologique passif, qui ne donne plus lieu à aucune manifestation locale ou réflexe; à une muqueuse malade et en état puissant de réaction, on substitue une muqueuse cicatricielle, anormale, mais neutre.

Malheureusement, il peut se rencontrer des cas où le but est dépassé et où précisément cette altération secondaire, nouvelle et cherchée de la pituitaire provoque des troubles qui n'existaient pas jusqu'alors ou qu'elle exagère même ceux qu'elle était destinée à faire disparaître. L'observation que nous avons à rapporter est tout à fait probante à cet égard; elle n'est pas la seule qui vienne à l'appui de l'opinion à laquelle nous nous rallions.

C'est ainsi que Rethi (1), de Vienne, a publié cinq cas des plus intéressants sous ce rapport. Dans les deux premiers, la muqueuse nasale fut guérie par les cautérisations; mais des complications survinrent dans la suite; dans le deuxième, par exemple, il se montra de l'éternuement et des vertiges; la disparition des phénomènes ne fut obtenue que par l'excision des cicatrices. Du laryngospasme, survenu dans les mêmes conditions dans le troisième cas, se réclama du traitement; le succès ne se fit non plus pas attendre. Mais les deux derniers, où il existait des vertiges et de la névralgie sus-orbitaire, résistèrent à cette excision.

Aronsohn (2) rappelle qu'un prédicateur de 35 ans devint asthmatique alors qu'il ne l'avait jamais été auparavant, à la suite de cautérisations d'un polype fibreux du cornet moyen, et il ne revint à l'état normal qu'après l'enlèvement complet du polype.

On connaît aussi le cas de Semon, d'une maladie de Graves produite par une opération de polypes nasaux.

Nous croyons également utile de rappeler un incident d'une séance de la Société de laryngologie de New-York (3). Daily prétendant que les otologistes modernes négligent le nez ou sont incapables de le soigner et que 8 0/0 (Boxworth porte le pourcentage à 95) des troubles auraux sont dus à des lésions naso-pharyngées, MM. Roosa et Pomeroy repoussent vigoureusement cette opinion et ils citent des cas où des maladies auriculaires ont été causées par des opérations, des cautérisations des cavités nasales.

Beverley Robinson (4) est également d'avis que le traitement intranasal peut, dans certaines circonstances, aboutir à des conséquences fâcheuses.

Curtis (5) établit qu'il y a une classe de patients qu'il ne

(1) RETHI. — Neurosen zustanden durch Behandlung des Naseninneren. (*Intern. klin. Rundschau*, n. 51 u. 52, 1889.)

(2) ARONSOHN. — Klinisch erzeugtes Asthma beim Menschen. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 17, 1889.)

(3) Rhinology and Otology. (*Medical Record*, march 15, 1890.)

(4) BEVERLEY ROBINSON. — On the relations of peripheral irritations to diseases, as manifested in the throat and nose. (*Medical Record*, april 19, 1890.)

(5) Medical Society of the county of New York. (*Medical Record*, january 4, 1890.)

faut pas opérer du nez, c'est celle des gouteux, chez lesquels il a vu des accès de goutte survenir immédiatement après une intervention du côté du nez.

Quoique les faits que nous avons cités en dernier lieu ne soient pas des preuves directes aussi nettes que les premiers, il nous a semblé cependant qu'il y avait quelque intérêt à les rapprocher de ceux-ci.

Ce sont là la plupart des cas que nous enseigne la littérature, mais on peut être persuadé que beaucoup d'autres viendront s'ajouter à eux dès que l'attention aura été particulièrement dirigée du côté des lésions en question.

Dans celui que nous avons observé, il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, employé, lymphatique, chez lequel une hypertrophie muqueuse légère des cornets avait amené un certain degré d'oppression. La cautérisation au thermo caustère et à l'acide chromique a porté sur la région malade dont la tuméfaction a disparu complètement en huit séances. Mais, ce qui ne m'étonna pas peu, ce fut que l'oppression non seulement ne s'améliora pas à partir de ce moment, mais qu'elle ne fit au contraire qu'augmenter en intensité et qu'elle est arrivée aujourd'hui à un degré suffisant pour me faire repentir d'être intervenu chez ce malade. Quelques scarifications faites en vue de réagir sur les extrémités nerveuses qui auraient été intéressées, sont restées inefficaces, tandis que l'adhérence et l'épaisseur très réduite de la cicatrice en rendaient l'excision impossible.

Quelle explication y a-t-il à donner à ces réflexes nés ou aggravés par les opérations intranasales? Il est probable que les cautérisations développent des cicatrices plus ou moins profondes qui peuvent englober d'une façon presque complète et sans les détruire (la destruction ne devrait plus avoir aucune influence au point de vue des réflexes), des terminaisons du trijumeau; en se rétractant, elles provoquent des tiraillements de celles-ci, une irritation et quelquefois même une névrite avec toutes ses conséquences.

IV

APERÇU SUR LES TRAVAUX DE MA CLINIQUE DE
LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE, DU 1^{er} JAN-
VIER 1889 AU 31 MARS 1890.

Par le Dr **SCHLEICHER** (d'Anvers).

Peu de modifications ont été introduites dans l'organisation de cette polyclinique depuis la description qui en a été faite en 1887 dans le *Livre jubilaire* publié par la Société de médecine d'Anvers à l'occasion du 50^e anniversaire de sa fondation.

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des cliniques spéciales des grandes villes de France et d'Allemagne, cet établissement continue à traiter en même temps les affections des voies aériennes supérieures et les maladies d'oreilles. Il est vrai que ce cumul amène par moments une surcharge d'autant plus lourde qu'il s'agit d'une entreprise privée dépourvue des facilités multiples d'une clinique d'hôpital. Car Anvers ne possède pas de service spécial public, et la plupart des malheureux atteints d'affections laryngées ou auriculaires ne sont l'objet d'aucun traitement, ni aux hôpitaux ni aux dispensaires du bureau de bienfaisance.

L'excès de travail qui s'impose dans ces conditions nous a suggéré l'idée de quelques mesures nouvelles dont la communication est peut-être de nature à pouvoir intéresser nos lecteurs.

L'une de ces mesures consiste à remettre aux consultants des cartes d'inscription dont le verso est muni d'indications générales sur le traitement des affections auriculaires à domicile (gargarismes, reniflements, frictions, massage et régime), sur les précautions à observer de la part de ceux qui doivent faire usage de la douche nasale, enfin, sur la manière de faire des injections d'oreille. En même temps, la clinique fait don aux indigents atteints d'otorrhée et ne pouvant venir régulièrement, d'une petite poire en caoutchouc pour injections et d'un tuyau en verre muni d'un embout en gomme pour insufflation ; elle fournit gratuitement aux ozéneux un injecteur nasal, aux ma-

lades atteints de catarrhe muqueux de la caisse et ne pouvant suivre le traitement à la clinique, des poires pour injections d'air. Enfin, nous remettons depuis quelque temps à certains patients un abaisse-langue constitué simplement par un morceau d'un gros fil de cuivre recourbé en anse et plié ensuite à angle droit. Les malades rapportent à chaque visite cet instrument qui constitue leur propriété et qui nous tranquillise sur le danger de transmettre certaines maladies. Dans un même ordre d'idées, il a été renoncé définitivement à l'usage des pinces et des éponges, et les topiques sont appliqués sur les régions malades exclusivement au moyen de porte-ouate.

Sur la recommandation de *Reinhard* et *Ludwig* (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. XXVII, p. 299), nous nous sommes fait venir pour la clinique un appareil d'insufflation d'air à grand réservoir, appareil dont le ballon est mû par le pied entre deux planchettes formant pédale. Toutefois nous n'y avons trouvé aucun avantage.

Une autre modification survenue dans la clinique depuis 1887 concerne l'inscription même des malades. Celle-ci a lieu dans un cahier classé de prime abord *ad hoc* d'après certains groupes nosologiques et dans l'ordre où ceux-ci figurent d'habitude dans les rapports des cliniques allemandes. Chaque consultant n'est inscrit d'habitude que dans un cadre nosologique, notamment pour la maladie principale dont il est atteint, sinon pour celle qui l'oblige à demander des soins spéciaux. D'autre part, les idées très justes exprimées dans un récent congrès par *Jakobson* sur l'insuffisance des statistiques en matière de thérapeutique otologique n'ont pu nous empêcher de continuer à annoter comme guéris les patients débarrassés du mal principal pour lequel ils sont venus consulter.

Notre clinique sera bientôt en mesure d'hospitaliser les malades dont l'état nécessiterait le séjour au lit. En attendant que ce desideratum soit résolu, nos opérés reposent durant quelques heures sur la table d'opération, puis retournent chez eux à pied ou en voiture. Si aucun accident n'a suivi de graves opérations faites dans ces conditions, c'est bien parce qu'elles ont eu lieu d'une manière rigoureusement antiseptique.

La publication de ce compte rendu permet à l'auteur de contribuer à la statistique par deux observations intéressantes, l'une concernant un cas de rhinite caséuse survenue chez une femme octogénaire, l'autre se rapportant à un

cas de périostite mastoïdienne idiopathique, affections, on le sait, excessivement rares. Quant aux observations n° 1 et n° 6, si elles pèchent par l'absence de données nécroscopiques, elles ne sont pas absolument dépourvues d'intérêt.

Nous terminons ces préliminaires en adressant toute l'expression de notre gratitude aux généreux donateurs qui dans le cours de cet exercice ont bien voulu abandonner à la clinique plusieurs instruments de valeur, lesquels avaient servi pour des membres de leur famille.

Maladies des oreilles.

Eczéma primaire aigu et chronique : total, 7; guéris, 5; améliorés, 2.

Atresie congénitale des deux conduits auditifs avec développement rudimentaire des pavillons (ouïe bonne, sans traitement) : total, 1.

Otite externe à la suite d'une instillation de créosote : total, 1; guéri, 1.

Furoncles du conduit auditif : total, 17; guéris, 17.

Accumulations de cérumen : total, 57; guéris, 57.

Corps étrangers dans le conduit auditif (morceau de charbon, 1; bouton, 1; petit pois, 1; paille, 1; graine de maïs, 1). Ce dernier cas a nécessité le décollement du pavillon et a guéri sans sténose ni suppuration : total, 5; guéris, 5.

Ruptures du tympan (par soufflet, 3; à la suite de l'explosion de la cartouche Corvilain, 2 : total, 5; guéris, 3; non guéris, 2.

Catarrhe tubaire chronique : total, 1; non guéris, 1.

Otites moyennes catarrhales aiguës (jusqu'à 6 semaines); et subaiguës (jusqu'à 6 mois), avec exsudat séreux ou muqueux : total, 37; guéris, 20; améliorés, 17.

Otites moyennes catarrhales chroniques et scléroses : total, 126; guéris, 24; améliorés, 44; non guéris, 19; résultat inconnu, 31; en traitement, 8.

Otites moyennes suppuratives aiguës et subaiguës (jusqu'à 3 mois), unilatérales, 28; bilatérales, 11; avec eczéma, 3; avec mastoïdite, 1; avec paralysie faciale, 1 : total, 39; guéris, 21; résultat inconnu, 16; en traitement, 2.

Otites moyennes suppuratives chroniques, unilatérales, 59; bilatérales, 31; avec polypes, 19; avec carie, 7; avec nécrose, 3; avec eczéma, 7; avec sténose considérable du conduit, 2; avec

mastoi'dite, 8 : total, 90; guéris, 49; améliorés, 10; mort, 1 (1); résultat inconnu, 23; en traitement, 7.

Résidus d'otorrhée, sans traitement : total, 27; non guéris, 27.

Périostite mastoi'dienne idiopathique unilatérale : total 1; guéri, 1 (2).

Otites internes aiguës et chroniques (par chute sur la mâchoire, 1; par commotion due à soufflet, 1; par accident Corvillain, 1; par syphilis, 1 (3); par cause inconnue, 5 : total, 9; guéris, 2; améliorés, 3; non guéris, 2; résultat inconnu, 1; en traitement, 1.

Bruits sans diminution d'ouïe et sans données objectives (4) : total, 2; non guéris, 2.

Surdimutités à la suite de symptômes de méningite, 6; par cause inconnue, 4 : total, 10; non guéris, 10.

Mutité des entendants : total, 1; résultat inconnu, 1.

Otalgie, par carie dentaire, 3; par angines spécifiques, 3; par causes inconnues, 2 : total, 8; guéris, 5; résultat inconnu, 3.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES :

1. *Van Esbeke*, enfant frêle et malade, âgée de 6 ans, nous est envoyée par le docteur *Thieren*, de l'Hôpital des Enfants. Elle souffre depuis trois ans d'un écoulement fétide de l'oreille droite dont l'intensité ne diminue parfois que pour permettre à une conjonctivite strumeuse double dont elle est atteinte en même temps de prendre le dessus. La petite patiente nous arrive frissonnante et fébrile. Le conduit auditif droit, fortement bombé dans sa paroi postéro-supérieure, ne laisse voir qu'une portion insignifiante du tympan, l'otorrhée est peu abondante. Derrière le pavillon, une tuméfaction qui a débuté il y a quatre semaines, forme un abcès énorme qui, au moment de l'examen, perce spontanément dans le conduit auditif et laisse écouler une cinquantaine de grammes d'un pus sanieux et puant. Élargissement de la fistule du conduit. Politzer. Acide borique. Pansement. Le lendemain, la fièvre s'étant maintenue, incision Wilde avec l'aide de notre confrère *De Mets*, décollement d'un morceau de la couche corticale de l'apophyse mastoïde, et comme nous ne recontrons pas de pus dans le tissu spongieux mis à nu, et que nous craignons d'aller plus loin, lavage antiseptique, drainage et pansement à l'iodoforme. L'enfant retourne à pied chez elle. Le jour suivant, une injection

d'air par le nez fait couler du pus par le drain. En même temps l'écoulement par l'oreille a cessé complètement. Pouls : 37,4 à 6 heures du soir. Cette amélioration persiste et progresse durant huit jours. Puis l'otorrhée reprend, la plaie se rouvre et suppure, les frissons se répètent, des céphalées et des coliques se déclarent, et l'enfant succombe le douzième jour après l'opération à une pleurésie grave. Cette pleurésie était-elle une complication de pyémie? nous n'avons pu élucider cette question. Toutefois, la malpropreté infecte de l'appareil où couchait la patiente était bien à même de provoquer une nouvelle poussée de l'affection mastoïdienne, en dépit des soins multiples dont l'enfant a été l'objet.

2. *Vanderheyden*, fille de 15 ans, forte et sans antécédents pathologiques, nous est adressée par le docteur *De Bruyn*. Elle est atteinte depuis quatre mois, sans cause connue, d'un chatouillement derrière l'oreille droite, prurigo qui devient plus intense le soir, et qui, depuis peu, l'éveille pendant la nuit. Elle n'a jamais souffert d'écoulement et ne s'est aperçue ni de bourdonnements ni de surdité. Depuis 15 jours, la région mastoïdienne droite est l'objet d'un empatement diffus. Insomnie, inappétence, légères fièvres vespérales.

Status præsens. L'apophyse mastoïde droite est sensiblement plus volumineuse que celle du côté gauche; percussion très douloureuse, empatement peu considérable. Le méat du conduit est rétréci en arrière et en avant. Le tympan est légèrement injecté, l'ouïe est normale. Après quatre jours d'application de compresses chaudes, une légère fluctuation devient perceptible; le conduit très bombé laisse suinter un écoulement insignifiant d'otite externe. Cinq jours plus tard, incision Wilde avec l'aide de notre dévoué collègue *De Mets*, raclage étendu du périoste profondément infiltré, drainage et pansement à l'iodoforme. Au bout de deux semaines toute suppuration a tari, le méat du conduit et celui-ci ont repris le calibre ordinaire, tympan indemne, ouïe toujours normale. La patiente repasse à la clinique après deux mois. Elle n'a pas eu de rechute.

3. A., célibataire, journalier, âgé de 40 ans, consulte pour une surdité accompagnée de bruits subjectifs dont il souffre depuis quelques années. Il présente une cicatrice sigmoïde au pharynx et quelques taches grises sur le corps. L'affection daterait d'une vingtaine d'années et aurait été l'objet d'un traitement interne. Depuis un an diminution progressive de l'ouïe,

bourdonnements à gauche et bruissements à droite. Tympan gris et rétractés. Triangles lumineux effacés. Montre perçue des deux côtés au contact. La voix chuchotée, nombres prononcés contre le pavillon, n'est perçue qu'à gauche. Traitement exclusif : sirop de Gibert. Après quinze jours, diminution des bruits subjectifs. Puis, même traitement et insufflations d'air. Quatre semaines plus tard, montre à gauche = $4/75$, voix murmurée à droite et à gauche à la distance de 1 mètre. Disparition presque complète des bourdonnements et bruissements. Diagnostic : otite interne syphilitique.

4. La détonation amenée par l'explosion de la cartoucherie *Corvilain* le 6 septembre 1889 nous a gratifié de plusieurs maladies d'oreille d'une diversité étonnante. En dehors des deux cas de rupture du tympan et d'un cas d'otite interne grave, dureté de l'ouïe, vertiges et bruissement aux deux oreilles annotés dans le tableau des affections auriculaires traitées à la polyclinique, nous avons observé dans notre clientèle privée, le cas d'un bruit de cri-cri localisé au sommet de la tête et que nous n'avons pas réussi à guérir. Les tympanes et les trompes d'Eustache étaient intacts. Enfin, nous avons été amené à donner un certificat à un ouvrier de l'usine *Rieth*, où le tympan droit s'était rompu au moment de l'accident et chez lequel l'oreille gauche, dont le tympan était presque totalement détruit par une otite ancienne dont le patient n'avait aucun souvenir, s'était mise à couler abondamment le lendemain de l'explosion.

Maladies du nez et du naso-pharynx.

Eczéma de l'entrée des narines : total, 9; guéris, 9.

Corps étrangers (1 bouton; 1 perle) : total, 2; guéris, 2.
Traitement, insufflation d'air.

Épistaxis par varices de la cloison : total, 1; guéri, 1. *Traitement*, acide chromique.

Perforation de la cloison : total, 1.

Rhinites aiguës et chroniques et nasopharyngites : total, 23; guéris, 20; en traitement, 3. *Traitement*, acide chromique.

Rhinite caséuse : total, 1; guéri, 1.

Ozène (10 chez filles, 3 chez garçons) : total, 13; améliorés, 13.

Papillomes (1 sur cloison, 1 sur cornet inférieur) : total, 2; guéris, 2. *Traitement*, cautère Paquelin et raclage.

Polypes muqueux : total, 9; guéris, 9. *Traitement*, anse froide.

Polype nasopharyngé muqueux : total, 1; guéri, 1. *Traitement*, crochet Lange.

Végétations adénoïdes : total, 10; guéris, 10. *Traitement*, curette Trautman.

Syphilis nasale : total, 2; améliorés, 2.

Lupus nasal : total, 2; guéri, 1; non guéri, 1. *Traitement*, raclage.

Déformation acquise (femme de 60 ans, la narine droite est complètement séparée de sa congénère.) Total, 1; non guéri, 1.

Sinite frontale double (a été traité auparavant à la clinique chirurgicale de Vienne : total, 1; non guéri, 1. *Traitement*, cathétérisme.

Observation de rhinite caséuse.

5. *De Ridder*, d'Eckeren, femme octogénaire, sans antécédents pathologiques, jouissant du reste de la meilleure santé, nous consulte pour une affection du nez dont elle fait dater le début à plusieurs années. Elle déclare perdre par le nez des masses puantes qui lui remplissent les fosses nasales. Parfois des débris lui tombent dans la gorge et menacent de la suffoquer. A l'inspection des narines nous constatons à droite une substance d'un jaune presque canari, plutôt dure que liquide, grumeleuse et excessivement fétide. A gauche, la simple inspection de l'entrée des narines dévoile une masse gélatineuse, grise et transparente qui s'impose immédiatement comme un vulgaire polype muqueux. Toutefois, l'introduction du spéculum dévoile au delà et en bas de cette masse la présence de matières mollasses, jaunes, analogues à celles qui existent à droite. Nous enlevons à l'anse ce débris de polype muqueux non sans déterminer au moment de la traction une certaine hémorragie; puis, n'ayant pas réussi à nettoyer les fosses par des injections, nous évacuons leur contenu caséux au moyen d'une curette mousse et d'une spatule vulgaire. Après deux heures de travail, les deux fosses sont détergées, celle de gauche ayant encore donné quelques masses gélatineuses et deux ou trois lamelles osseuses. Une injection consécutive permet de voir deux fosses nasales dilatées, à muqueuse en apparence saine et à cornets fortement atrophiés. Nulle part la sonde ne découvre un point

carieux. L'examen microscopique dévoile cristaux de corps gras, des globules blancs, des cellules épithéliales et des microbes.

Après une huitaine, la patiente nous revient et se déclare guérie. Cependant la fosse droite nous paraît remplie à nouveau comme la première fois, et il faut encore une demi-heure pour la vider. Comme le côté gauche était resté indemne, nous attribuons l'origine de ces nouvelles masses à droite à d'anciens dépôts provenant des sinus avoisinants, et prescrivons des injections.

De Ridder retourne au bout d'un mois. Elle a cessé depuis quinze jours les injections dont elle n'éprouve plus la nécessité. L'examen nous oblige de considérer le mal comme absolument guéri. Elle succombe quelques mois plus tard à une pneumonie.

Épicrise. Nos lecteurs connaissent les travaux de *Cozzolino* (*Annales de M. Gouguenheim*) qui, après trois observations personnelles, considère la rhinite caséuse comme une rhinite desquamative spéciale aux scrofuleux et provoquée, à son avis, par les nombreux parasites (80 millions en 24 heures) qui passent par les fosses nasales. D'autre part *Potiquet* (*Revue mensuelle de laryngologie*, n° 11, 1889), après une étude des cas rares qui ont été décrits sous la dénomination de rhinites caséuses, conclut que cette affection n'a pas une existence isolée et qu'elle est presque toujours symptomatique de la présence de corps étrangers, de syphilis, ou d'une suppuration des fosses ou sinus nasaux.

Or, non seulement l'observation qui précède permet d'exclure assez sûrement ces deux premières éventualités, mais, par la présence de quelques restes de polypes muqueux dans une des fosses nasales, elle provoque la question de savoir si, dans l'espèce, il ne s'est pas agi d'une dégénérescence graisseuse ou caséuse de polypes muqueux. La quantité considérable de masses cholestomateuses rencontrées dans les fosses n'a rien qui puisse étonner, vu le nombre élevé de polypes qu'on rencontre parfois chez les gens de la campagne. Quant aux fines lamelles osseuses rencontrées à gauche, elles proviennent évidemment des cornets nasaux dont ils ont été séparés, ou bien par la traction que nous avons exercée avec l'anse, ou bien par une carie causée par le travail même de la dégénérescence caséuse. Enfin, la guérison spontanée du mal après l'ablation des masses accumulées semble devoir exclure de prime abord toute

autre interprétation. D'accord avec le docteur *Bories* (4^e congrès français de chirurgie, octobre 1889) nous serions donc enclin à considérer les dépôts de la rhinite caséuse comme le résultat d'une nécrobiose de polypes muqueux.

Maladies du pharynx, du larynx et des régions avoisinantes.

Pharyngites aiguës simples : total, 16; guéris, 14; résultat inconnu, 2.

Pharyngites aiguës phlegmoneuses : total, 2; guéris, 2.

Pharyngites aiguës exsudatives (couenneuses) : total, 2; guéris, 2.

Pharyngites chroniques hypertrophiques et atrophiques : total, 17; guéris, 3; améliorés, 8; résultat inconnu, 6.

Pharyngites chroniques syphilitiques : total, 6; résultat inconnu, 6.

Pharyngites chroniques névrasthéniques : total, 4; améliorés, 4.

Hypertrophie de la luette et des amygdales palatines : total, 6; guéris, 6.

Perforation du voile par ulcération scrofuléuse : total, 1; non guéri, 1.

Laryngites aiguës et chroniques simples : total, 4; guéris, 4.

Laryngites tuberculeuses : total, 21; améliorés, 11; résultat inconnu, 7; en traitement, 3; morts, 3.

Laryngites syphilitiques : total, 2; morts, 2.

Paralysies laryngées (2 à *frigore*, 2 par émotion) : total, 4; guéris, 4.

Epithélioma du larynx (début probable fin 1887, trachéotomie 24 septembre 1888, mort 24 février 1889) : total, 1.

Adénites cervicales suppurées : total, 3; guéris, 3.

Ulcération lupéuse de l'entrée des narines : total, 1; non guéri, 1.

Abcès sous-cutané au niveau de la pomme d'Adam dû à la compression du col : total, 1; guéris, 1.

Observations résumées de laryngites syphilitiques tertiaires à marche fatale.

6. B., âgé de 37 ans, ouvrier, consulte à la clinique pour la première fois en juillet 1888. Il a été présenté vers cette époque à nos confrères de la Société de médecine. Le malade se plaint d'une dysphagie extrêmement douloureuse. L'examen du cou

dénote un gonflement considérable des ganglions occipitaux et sous-maxillaires, et une certaine dilatation du thyroïde dont les ailes se sont arrondies et sont sensibles à la pression. Les premiers anneaux de la trachée semblent très durs à la palpation; l'axe du larynx est un peu dévié vers la gauche; la voix est rauque et la respiration un peu accélérée. Un commencement d'émaciation contraste avec la belle stature du patient, et le facies trahit une forte souffrance.

La moitié inférieure du voile mou du palais est disparue. Son bord, très tendu, est limité par deux bandes cicatricielles, blanches nacrées qui se continuent dans les piliers postérieurs. Au laryngoscope l'on est frappé de constater une hyperplasie des bandes ventriculaires, qui forment deux bourrelets rosés, offrant à la sonde une consistance médullaire. Le bourrelet gauche présente les dimensions d'une petite fève de marais et tend à imbriquer son partenaire. Au-dessus, le vestibule du larynx présente une cicatrice serpigineuse à la face postérieure de l'épiglotte. Il n'existe pas d'ulcération à ce moment, et la dysphagie ne semble reconnaître d'autre cause que la rigidité des brides cicatricielles du pharynx et la laryngite hyperplastique circonscrite qui s'est localisée aux bandes ventriculaires. Dans les régions sus-claviculaire et sus-épineuse gauche sous-matité et râles humides. Diagnostic : laryngite syphilitique tertiaire. Traitement : Iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Le 5 août, fièvre, cyanose, et fortes incursions du larynx comme dans toute dyspnée laryngée lors des mouvements respiratoires (*Gerhardt*). Pouls : 120. Cornage. Au laryngoscope, le patient, que nous n'avions plus vu depuis une quinzaine, présente un gonflement plus marqué des bandes ventriculaires, qui s'imbriquent de manière à former un clapet qui se ferme dans chaque mouvement d'inspiration. Trachéotomie d'urgence avec l'aide de mes confrères *De Mets* et *Van Langermeersch*. Puis iodure de potassium à 6 grammes par jour. Essais infructueux de détruire les hyperplasies laryngées par le galvanocautère, le tissu se régénérant rapidement. En novembre et décembre, essais de dilatation. Vers mi-janvier 1889, des hémoptysies fréquentes nous empêchent de continuer. Râles étendus sur toute la poitrine, haleine fétide, expectoration abondante.

Fin février, gonflement ganglionnaire énorme occupant tout le côté droit du cou, formation d'abcès et dysphagie extrême.

Tout traitement local du larynx est suspendu. Nous cessons l'iodure de potassium et prescrivons de la morphine. En ce moment, le larynx est complètement dévié vers la gauche par la tumeur ganglionnaire énorme qui occupe le côté droit, il est immobilisé au point de monter à peine lors des essais de déglutition. Les bourrelets se sont soudés en avant, et tout le vestibule du larynx n'est qu'une vaste ulcération. Le malade ne se nourrit plus qu'au moyen de lait qu'il aspire par un tube de verre ; encore ce liquide passe-t-il parfois à côté de la canule par la plaie trachéale. — Le 15 mars, mort par inanition.

7. V., juif polonais, âgé de 32 ans, vient nous demander si le diagnostic de gomme syphilitique du larynx posé par un de nos confrères de la ville est exact. Le malade prétend ignorer absolument qu'il ait été contaminé. Cicatrice au prépuce, papules sur la verge et sur les cuisses, léger gonflement ganglionnaire au cou. Le patient n'a jamais fait de traitement. L'inspection du cou et la palpation du larynx ne dénotent rien de particulier. La voix est voilée, et la déglutition un peu douloureuse. L'épiglotte est remplacée par une tumeur arrondie, molle et ulcérée à sa face supérieure. Attouchements à la pierre infernale et prescription de sirop de Gibert. Un mois plus tard, l'ulcération avait envahi le repli ary-épiglottique. Le malade nous quitte pour consulter un autre médecin, puis part pour Vienne, subit la trachéotomie et meurt par cachexie.

V

RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr **SÉNAC-LAGRANGE**

ancien interno des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie, médecin aux eaux de Cauterets.

Suite (Voir les n^{os} 5 et 6).

III

L'influence des affections de la muqueuse nasale sur l'oreille moyenne est telle que des auteurs comme Stucky (1)

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XII, p. 39.

affirment n'avoir jamais vu d'otite moyenne sans inflammation de ladite muqueuse. Si cette influence causale est exacte, la spontanéité organique, ajoutons-le, dispose seule du type morbide qui est provoqué. Un catarrhe lymphatique des fosses nasales pourra faire naître un catarrhe de même ordre de la caisse; mais des lésions de sclérose pourront s'y mêler. Des tumeurs adénoïdes seront le point de départ d'une sclérose plus ou moins partielle de l'oreille moyenne. Ces faits n'ont plus lieu de nous surprendre.

En sa qualité d'intermédiaire, la trompe prend sa part de l'affection de la muqueuse nasale.

Les tumeurs adénoïdes vont jusqu'à son embouchure, provoquant un catarrhe du conduit; ce catarrhe prend souvent la forme sèche qu'on reconnaît à ce que la sonde du cathéter rapporte de temps à autre quelque lambeau de sécrétion concrète. Quoi qu'il en soit de la forme et du degré de ce catarrhe, le gonflement de la muqueuse qui l'accompagne produit l'obstruction du conduit. Il s'y joint souvent une parésie des muscles salpingo-staphylins, notamment du péristaphylin interne (1). On peut prévoir l'effet de l'obstruction de la trompe; l'air intérieur ne contre-balançant plus la pression extérieure, celle-ci produit le retrait du tympan, la raideur, sinon l'ankylose des osselets, etc. Boucheron (2) a bien mis en évidence dans ces conditions l'action de l'air comprimé (détonation d'armes à feu, cloche à plongeur) sur le fonctionnement de l'oreille interne.

La dilatation de la trompe survient dans les mêmes conditions sur des récides de catarrhe et l'abus du cathétérisme. Elle donne lieu à des autophonies désagréables.

La muqueuse de la caisse ne tarde pas à se modifier elle-même et à varier ses modifications suivant le type morbide auquel elle obéit plus spécialement. C'est ainsi que dans le lymphatisme elle acquiert un gonflement hypertrophique de ses éléments qui la rend villeuse, uniforme, polypeuse même, pour laisser parfois les productions de ce dernier ordre dominantes et indépendantes (3).

(1) Cette paralysie peut être primitive. Valsalva l'avait déjà observée dans des cas d'ulcération locale, donnant lieu à une variété de surdité. — Contractions du muscle tenseur du voile et du muscle interne du marteau sont solidaires l'une de l'autre.

(2) *Mém. Soc. d'ot. lar.*, t. XI, p. 73.

(3) L'hypertrophie se fait aux dépens des cellules ou réseau muqueux de Malpighi. Glandules en tube remplies de mucus plus ou moins concret; kystes par points; infiltration séreuse du tissu sous-épithélial.

La sécrétion, par excellence suppurative, est plus un mode spécial de l'espèce qu'une de ses terminaisons. N'en avons-nous pas le témoignage dans la formation et la persistance de ces otorrhées interminables qui, malgré toute médication, durent parfois l'existence du patient, c'est-à-dire l'existence de sa constitution ?

Et les récidives toujours dans le même sens, et les complications, dont M. A. Robin a si bien analysé la pathogénie dans sa remarquable thèse (1), toujours dans le même type suppuratif comme dans le type ulcératif, nécrosique ; car, de par la faiblesse native des tissus, c'est toujours la tendance à la destruction qui domine, que cette destruction soit suppurative ou ulcéralive. C'est elle qui fait les perforations du tympan avec perte de tissu, les nécroses des osselets, la périostite aiguë généralisée, la carie des parois, des cellules mastoïdiennes, comme elle fait la propagation aux méninges, au tissu cérébral, aux sinus et aux veines (phlébite, thrombose).

La surdité, dans ces conditions, est ce que la font le plus ou moins d'acuité d'irruption de la maladie, l'abondance de la sécrétion et divers accidents ou complications, tels qu'une ouverture fistulaire du tympan, l'inflammation de l'apophyse mastoïde, la compression par polypes, les modifications subies par le tympan, etc. L'acuité de la maladie, l'enkystement de la sécrétion dans la caisse, le gonflement œdémateux, l'épaississement inflammatoire du tympan, entraînent la surdité complète. Le relâchement du tympan, à la suite de la résorption de produits embryonnaires, a moins d'inconvénients ; car on a vu la simple compression de la membrane par une boulette de coton introduite, soit permettre, soit améliorer l'audition (2), ainsi qu'il ressort des observations de Gellé, Miot, E. Ménière, etc. Au point de vue de la fonction, une large perte de substance est moins préjudiciable qu'une simple fistule. Quant à la nécrose et à la disparition des osselets, les dégâts qu'ils accusent ne vont pas sans un certain retentissement sur l'oreille interne, et il est difficile de faire la part différentielle qui convient à l'un ou à l'autre. Cependant, même dans ces conditions doubles, la surdité peut ne pas exister pour les notes élevées, qui seules produisent des

(1) *Des Affections cérébrales consécutives aux lésions du rocher*, 1883.

(2) On a observé dans ces cas une amélioration de l'audition au milieu du bruit. L'excitation des centres produirait par action réflexe une contraction indirecte du muscle du marteau et une augmentation de tension consécutive de la membrane tympanique.

ondes énergiques nécessaires aux vibrations des membranes affectées.

L'obstruction de la trompe, par la raréfaction qu'elle amène dans la caisse et le retrait du tympan qui la suit, entraînent un certain degré de compression des osselets sur la fenêtre ovale et des troubles en rapport : diminution de la capacité auditive, principalement dans la mastication (1), des bourdonnements doux (bruit de conque, de feuilles, de sifflement, etc.).

Des complications peuvent surgir du côté du nerf facial, de la corde du tympan. La paralysie du facial par propagation inflammatoire se localise dans un segment limité correspondant ordinairement à la naissance du flet du muscle de l'étrier jusqu'à la corde du tympan. L'hyperacousie ou les bourdonnements qui l'accompagnent proviendraient, pour les uns, de la contraction tonique du muscle interne du marteau tenseur du tympan et de la compression labyrinthique qu'elle pratique. Avec plus de raison, Urbantschitsch, qui observe l'hyperacousie dans les paralysies faciales périphériques, l'attribue à une contraction du muscle de l'étrier. Les rameaux du facial non paralysés subiraient une excitation plus grande à chaque action d'innervation du nerf (2).

La corde du tympan peut aussi s'affecter surtout par compression polypeuse. La sensibilité des parties antérieures de la langue est alors atteinte (disparition des sensations spéciales d'acidité, d'amertume, etc., sensation de fer chaud, salivation, névralgie).

Les complications labyrinthiques d'un côté peuvent produire le diplacousie (3).

Bien autres sont les lésions relevant de l'arthritisme. L'inflammation aboutit moins à la suppuration qu'à l'infiltration de la muqueuse et à l'organisation du tissu d'infiltration, jusqu'aux exsudats qui accusent cette organisation. Aussi voit-on des brides naturelles se faire, telle la bride formée par la muqueuse qui sous-tend la corde du tympan ou des brides artificielles unissant communément la branche descendante de l'enclume au manche du marteau, le tympan et le manche du marteau au promontoire.

Les modifications du tympan commencent par un engorge-

(1) La contraction simultanée du muscle interne du marteau pendant la contraction du masséter est trop énergique, comme spasmodique.

(2) *Traité des mal. d'or.*, par URBANTSCHITSCH, traduit et annoté par CALVERTES.

(3) *Ann. mal. or. lar.*, t. VIII, p. 167.

ment fibro-vasculaire le long de la périphérie supérieure et du manche de marteau, constituant un véritable pannus. Des dépôts de cellules graisseuses se font çà et là; chez les goutteux, des plaques calcaires apparaissent d'emblée, des épaissements fibreux suivent dans la couche moyenne sous forme de stries, ils se retrouvent dans les fenêtres ovale et ronde. Objectivement, retrait du tympan, disparition du triangle lumineux, raccourcissement du marteau, porté en haut et en arrière, etc., sécheresse des articulations des osselets, hyperplasie et rétraction de leurs téguments, avec infiltration calcaire, exostoses et hyperostoses des osselets et des parois de la caisse, sclérose, éburnation mastoïdienne, achèvent un ensemble de lésions qui nese retrouvent toutes ni aussi complètes ni aussi avancées, mais relèvent du même mode, acquises au plus dans cette évolution lente, locale, moins propre aux complications, qui est leur caractéristique finale.

Si le catarrhe domine, sécrétions sèches, consistantes, toujours diminuées.

Fonctionnellement, affaiblissement de l'ouïe non modifié par l'insufflation, accru même; perte du pouvoir d'adaptation de l'oreille, perception auditive pour les sons forts, diminuée pour les autres, audition meilleure dans un milieu vibrant (1), épreuve des pressions centripètes négative ou occasionnant des signes de compression labyrinthique, pouvant du reste être provoqués par l'otite elle-même..., épreuves du diapason vertex moindres par l'air que par le crâne, nulles ensuite (2); paracousie dans certains cas de lésions légères d'un côté, audition différente de la parole et du diapason vertex. (*Ann. mal. or.*, t. XIII, p. 32.)

L'influence de l'arthritisme s'affirme tant des lésions anatomiques, conçues toujours dans la même direction, que des troubles fonctionnels. — Miot observe que chez les arthritiques les phénomènes de compression ou de congestion labyrinthique sont plus facilement provoqués par l'otite moyenne, vont même jus-

(1) La chaîne des osselets ébranlée se trouve dans des conditions de souplesse meilleures pour la transmission des sons. (Ladreit de Lacharrière, *Ann. mal. or.*, t. VI, p. 9.)

(2) En examinant le degré de l'audition au moyen du cornet acoustique adapté au cathéter de la trompe, Ring a pu donner des indications plus exactes sur la mobilité relative de l'étrier vis-à-vis ses congénères. En effet, de ce que dans l'otite en général quelques-uns entendent plus distinctement à l'aide du cornet introduit dans le cathéter, il s'ensuit que l'enclume et le marteau présentent un obstacle à la pénétration des sons, une certaine ankylose en un mot, et que l'ankylose de l'étrier est moindre.

qu'aux crises épileptiques (Noquet, de Lille, *Soc. d'otol. et lar.*, 1886), — que des notions héréditaires et des rapports avec des manifestations de même nature. « J'ai observé un certain nombre de fois, écrit Ladreit de Lacharrière (1), l'affection des osselets coïncidant avec la disparition d'un rhumatisme de l'épaule et des muscles du cou, et plusieurs fois j'ai eu à constater l'amélioration de l'audition après le retour des douleurs du voisinage.

« J'ai souvent constaté des engorgements des chaînes des osselets chez des malades qui présentaient de l'eczéma et même du pityriasis des conduits auditifs.

« ... J'ai également observé des malades qui ressentaient des troubles de l'audition depuis la cessation de migraines (*loc. cit.*, t. V, p. 127).

Le professeur Duplay voit l'intervention d'un état constitutionnel, scrofule, dartre, arthritisme, syphilis, dans les affections des fosses nasales qui entraînent après elles la phlegmasie chronique de l'oreille moyenne. Quand cette phlegmasie est primitive, l'éminent professeur est moins affirmatif, bien que porté à reconnaître la même intervention. L'influence héréditaire ne fait du reste pour lui aucun doute.

Mais après les causes générales viennent les causes secondes ou occasions. Les plus évidentes de celles-ci sont à l'actif des provocations atmosphériques, et les exemples de leur influence portent sur tous les travailleurs à l'air libre. Le personnel des chemins de fer nous offre à ce sujet une gradation particulière: alors que les ouvriers sont particulièrement atteints d'affections auriculaires aiguës, les chauffeurs, mécaniciens sont affectés de catarrhe chronique qui se complique de marche vers la sclérose suivant le tempérament. Il y a plus: le labyrinthe peut se prendre consécutivement ou simultanément, et il n'est pas jusqu'au nerf optique qui, par suite des ébranlements auxquels il est soumis, de même que chez les chaudronniers, les forgerons, ne soit, lui aussi, disposé à s'affecter fonctionnellement d'abord, matériellement ensuite (dégénérescence progressive). Mais l'hybridité des lésions, demandera-t-on? Elle existe, accusant l'hybridité de la cause générale. On rencontre des catarrhes muco-purulents qui, avec le temps, se doublent de scléroses partielles, localisées sur et aux environs de la fenêtre ovale, du tympan, etc. Miot n'a-t-il pas observé en même temps des relâchements dans les ligaments des osselets? etc.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. VII, p. 136.

Un élément nouveau apparaît dans l'otite aiguë, lequel, pour des esprits prompts à généraliser, entrerait seul dans la constitution des espèces, nous voulons parler du micro-organisme.

« L'otite moyenne aiguë, écrit le Dr Netter (1), n'est pas une maladie unique, toujours due au même micro-organisme. Il y a plusieurs espèces d'otites ayant chacune un microbe particulier. Chacune de ces espèces présente des caractères spéciaux qui tiennent aux propriétés des microbes qui leur ont donné naissance. »

L'otite à streptocoques (2) est la plus fréquente. Netter l'a trouvée 9 fois sur 11 cas, Zaufal 3 fois sur 5, Moos 3 fois, Holst 1 fois, etc. Ce qui caractérise son microbe, c'est le résultat positif des cultures pures et des inoculations. Aussi, sur les 9 cas de Netter, le streptocoque se retrouve seul. Dans 4 autres, existait un autre micro-organisme allongé, à bâtonnets très fins. Dans 3 cas, avec ces deux espèces, on trouvait un troisième ordre de colonies, formé par le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Si nous cherchons les conditions morbides dans lesquelles apparaît l'otite à streptocoques, sur les 9 cas de Netter, elle se montre 7 fois dans les maladies générales plus ou moins virulentes, rougeole, fièvre typhoïde, phtisie. Aussi l'auteur la fait-il plutôt secondaire que primitive.

Du reste, la symptomatologie des otites moyennes aiguës à streptocoques ne diffère pas de la symptomatologie habituelle des otites moyennes aiguës.

Les complications de méningite auxquelles elles ont donné lieu se sont traduites tantôt par continuité, et peuvent s'expliquer par la résorption du pus et du micro-organisme par les vaisseaux sanguins; d'autres fois le streptocoque s'est trouvé dans le sang sans avoir déterminé de lésion macroscopique appréciable dans les veines de la cavité crânienne.

Au surplus, comme le dit le Dr Netter, ces complications ne sont nullement obligées, car chez 4 de ses malades, l'otite s'est terminée sans accident.

Voilà donc un micro-organisme des plus éminemment pathogènes qui provoque autant d'otites simples que d'otites compliquées.

Poursuivons.

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. XIV, p. 483.

(2) Composés de grains ronds d'inégale dimension formant des chapelets libres ou intracellulaires.

Voici l'otite à pneumocoques (1). C'est le pneumocoque de Fränkel, le microbe pathogène de la pneumonie franche (2), ce qui ne veut pas dire que l'otite à pneumocoques ne puisse être indépendante de toute pneumonie. Sur 4 cas d'otite à pneumocoques, 2 (Zaufal) étaient primitifs et 3 furent simples, c'est-à-dire sans complication. La guérison est donc le mode de terminaison régulier, habituel, de l'otite à pneumocoques. Mais comme les streptocoques, les pneumocoques peuvent donner lieu à des méningites suppurées. En dehors des cas simples, l'infection par continuité est possible, comme l'infection métastatique après pénétration dans le sang de pneumocoques. — Aux pneumocoques est souvent associé le microbe de la suppuration, le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Au surplus, l'activité du pneumocoque ou est moindre ou se perd rapidement, car l'inoculation avec des microbes isolés peut manquer, de même l'ensemencement de première ou de seconde culture.

Mais il paraît y avoir aussi une otite à bacille (pneumocoque) de Friedländer (3), qui n'est pas le microbe de la pneumonie. Zaufal l'a observé dans des cas d'otite aiguë à sécrétion séro-sanguinolente.

Enfin il est des otites à staphylocoques (*staphylococcus aureus*) dont il est impossible d'indiquer les caractères cliniques ; car, sur 4 cas, on a trouvé toujours le microbe de la suppuration associé au streptocoque ou au pneumocoque (Netter). Au surplus, il ne « paraissait dans l'exsudat qu'à une date relativement éloignée du début de l'otite », et ne se retrouvait pas dans les lésions éloignées de l'oreille et consécutives à l'otite.

Tous « les agents parasitaires qui peuvent produire une otite moyenne ont été trouvés dans la bouche, le nez, le pharynx des sujets sains (Netter) ».

Autant de cas simples que de cas compliqués, voilà, suivant les faits, pour le rôle du micro-organisme. S'il paraît en rapport avec la période de suppuration de l'otite (suppuration purulente homogène, muco-purulente, séro-sanguinolente), il l'est moins pour certains avec les périodes de début. S'il convient

(1) Organismes ovoïdes, lancéolés, entourés de capsules (diplocoques) et formant quelquefois des chaînettes.

(2) L'otite dans le cours de la pneumonie n'est point rare, surtout chez les enfants (Steiner, Wreden, Baretty, Renault).

(3) Bacille gros, court, groupé deux à deux (diplo-bacille), encapsulé, etc.

au mode aigu, convient-il également au mode chronique, et dans celui-ci aux lésions spéciales de l'otite scléreuse où on ne paraît pas l'avoir rencontré? L'idée d'effet se liant à l'idée de cause, celle-ci ne peut être que générale, et son intervention obligée dans toute évolution physiologique ou morbide, quelle que soit sa nature, et dans les terminaisons.

Quoi qu'il en soit, cliniquement, ce qu'on peut dire, c'est que certaines otites et certaine période de ces otites sont les conditions de développement des micro-organismes qui peuvent jouer le rôle de cause seconde.

BIBLIOGRAPHIE

Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe (2^e volume : *Larynx*), par F. MASSEI. 1 vol. in-12 de 570 pages. Vallardi, éditeur, Naples, 1890.

Le professeur Massei vient de faire paraître le second volume de la nouvelle édition de sa pathologie des premières voies aériennes : il le consacre au larynx. Ce volume ne le cède en rien à son aîné ; tous deux réunis constituent une œuvre excellente où celui qui ne sait pas apprend avec fruit, où celui qui sait apprend encore. Aucun ouvrage français ne lui peut être comparé : nous produisons de nombreuses et puissantes monographies ; mais nous n'avons pas encore fait de livre qui, comme celui-ci, donne l'inventaire exact de toutes les richesses de la science rhino-laryngologique, avec le concis d'un manuel, le complet d'un compendium.

Le livre débute par le préambule obligé sur l'anatomie et la physiologie de l'organe vocal ; mais la banalité de cet exorde se rachète par des aperçus nouveaux sur le larynx considéré comme une annexe du système reproducteur. Plus loin se lisent avec intérêt des pages sur l'anatomie comparée du larynx dans les diverses espèces animales.

Vient ensuite une deuxième partie consacrée à l'étude du laryngoscope : histoire de sa découverte, description critique

des appareils, manière de procéder à l'examen du malade, étude des obstacles que rencontre le débutant, moyen d'y remédier, etc., occupent une cinquantaine de pages.

Le gros œuvre de cet ouvrage, c'est la troisième partie. Les maladies du larynx y sont exposées en quatorze chapitres : 1° troubles circulatoires ; 2° processus inflammatoires ; 3° maladies parasitaires ; 4° tuberculose ; 5° syphilis ; 6° lupus ; 7° lèpre ; 8° lésions diverses ; 9° névroses ; 10° néoplasmes ; 11° fractures ; 12° blessures ; 13° corps étrangers ; 14° vices de conformation. Une telle division est évidemment arbitraire : ainsi le groupe des processus inflammatoires devrait se laisser annexer en grande partie par celui des maladies parasitaires, toute inflammation étant fonction de microbes ou de poisons ; ainsi encore se trouve dans le premier groupe l'œdème angionévrosique du larynx qui figurerait plus justement à côté des laryngopathies-névrosiques ; mais on ne saurait demander à notre bourgeoise spécialité de suivre fidèlement les conceptions transcendantes et fin de siècle de la pathologie générale.

Les diverses opérations endo-laryngées sont décrites et appréciées dans la quatrième partie de cet ouvrage.

En résumé, un livre que j'appellerai éminemment suggestif, pour parler comme tout le monde, qui fait grand honneur à la littérature médicale italienne, et qui réclame bien vite une traduction française.

M. LERMOYEZ.

Leçons cliniques sur les maladies des premières voies respiratoires (année scolaire 1888-1889), par F. MASSEI, recueillies par le Dr SALVATORE MARANO. Salerne. Imprimerie Jovanne, 1889.

Sous la forme de leçons cliniques très claires et très suggestives, le professeur Massei a écrit treize monographies de diverses questions à l'ordre du jour en laryngologie. On aura grand intérêt à les lire dans l'original ; le résumé en est impossible ; chacune de ces leçons contient, à propos d'un cas clinique qui leur sert de point de départ, l'inventaire de toutes les découvertes modernes qui y ont trait. Mais ce n'est pas là un simple travail de compilation ; l'auteur l'a semé des idées originales et neuves dont il est coutumier. On retrouvera avec plaisir dans cet ouvrage plusieurs articles qui ont déjà paru dans les journaux italiens ; parmi les chapitres les plus intéressants se trouve l'histoire de la névrite primitive du récurrent, à peine entrevue

jusqu'ici, et dont Massei a affirmé l'existence, étendant ainsi le domaine des névrites périphériques dans les maladies infectieuses.

M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Fälle von genuiner acuter Mittelohrentzündung veranlasst durch den diplococcus pneumoniæ A. Fränkel-Weichselbaum und complicirt mit Abscessen des Proc. mastoideus. (Cas d'otites moyennes aiguës primitives, produites par le pneumocoque et compliquées d'abcès de l'apophyse mastoïde), par E. ZAUFAL. (Prag. medizinische Woch., n° 36, 1889.)

L'auteur continue ses recherches sur la bactériologie des otites moyennes aiguës. Les cas dont il s'agit dans ce travail sont intéressants, parce qu'ils étaient compliqués d'abcès mastoïdiens. Ils appartiennent à une série de 7 cas d'otites à pneumocoques; dans une première série de 8 cas publiée précédemment, l'abcès mastoïdien ne s'était montré qu'une seule fois. Aussi l'auteur croit-il encore devoir se tenir sur la réserve en ce qui concerne le pronostic des différentes variétés bactériologiques d'otites aiguës. Tous les micro-organismes, qui leur donnent naissance, le pneumocoque et le pneumo-bacille de Friedländer, aussi bien que le staphylocoque et le streptocoque sont susceptibles, ainsi que le démontrent les travaux publiés jusqu'à ce jour, d'amener des complications du côté de l'apophyse mastoïde, des méninges. L'avenir seul pourra nous dire dans quelle mesure chacun de ces microbes devra être incriminé.

T. R.

Ueber Fremdkörper in der Paukenhöhle (Corps étrangers de la caisse du tympan), par ZAUFAL. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, n° 50, 1889.)

En présence d'un corps étranger de la caisse du tympan, les auristes se comportent de façons différentes : les uns s'abstiennent de toute intervention, à moins cependant que l'extraction puisse être faite facilement, ou que des accidents graves la

rendent absolument nécessaire; d'autres, au contraire, conseillent l'extraction immédiate par tous les moyens qui sont à la disposition du chirurgien. Zaufal ne pense pas qu'on doive établir une règle générale; il faut avant tout établir un diagnostic précis et se comporter alors suivant les indications fournies par le cas particulier. Il rapporte l'observation d'un enfant de 5 ans auquel un petit camarade avait introduit un petit caillou dans l'oreille. Sur les tentatives d'extraction qui furent faites, le corps étranger pénétra dans la caisse du tympan. Peu de jours après, tuméfaction œdémateuse du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde, suppuration profuse. L'enfant se présenta dans ces conditions à l'examen de Zaufal. Malgré les recherches les plus attentives avec le stylet, ce dernier ne put s'orienter sur la situation du corps étranger. Aussi s'abstint-il de toute intervention et se contenta-t-il de surveiller attentivement le petit malade. Ultérieurement le développement abondant de granulations vint montrer le siège exact du corps du délit, lequel put être alors extrait. — Zaufal insiste encore sur la nécessité de l'examen ophtalmoscopique dans ces cas. Si ce dernier révèle l'existence d'une hyperhémie au fond de l'œil, allant en augmentant, il faut admettre qu'il y a dans le voisinage du cerveau un foyer inflammatoire, et l'intervention est alors de toute nécessité. Dans un cas, l'auteur s'est guidé sur ces principes et a vu disparaître les phénomènes oculaires après l'extraction des corps étrangers.

T. R.

Ueber Polypen in den Warzenzellen des Schläfebeines (Des polypes des cellules mastoïdiennes du temporal), par J. GRUBER.
(*Allgemeine Wien. medizinische Zeitung*, n° 53, 1889.)

Les excroissances polypeuses des cellules mastoïdiennes ne sont pas aussi rares que pourrait le faire croire le silence des auteurs à leur égard. Depuis que la trépanation de l'apophyse mastoïde est entrée dans la chirurgie courante, on a occasion de les trouver souvent; elles ne font presque jamais défaut dans les cas d'otite moyenne de longue durée. — Quant à leur nature, ce sont naturellement des tumeurs malignes; il s'agit habituellement de granulomes qui ont leur point de départ dans une inflammation de l'oreille moyenne, beaucoup plus rarement de l'oreille externe. Ces tumeurs sont pédiculées ou sessiles; elles poussent des prolongements dans des trajets fistuleux, vers la face externe de l'apophyse mastoïde, ou dans le conduit auditif

externe après avoir perforé la paroi postérieure, ou enfin dans la cavité du tympan à travers l'orifice de communication des cellules mastoïdiennes avec cette cavité. — Les phénomènes auditifs qu'elles provoquent disparaissent dans le cortège des symptômes de l'affection causale. Pourtant Gruber a vu l'ouïe se rétablir et des phénomènes subjectifs disparaître après l'ablation de ces polypes. Leur diagnostic est difficile et ne peut être établi avec certitude qu'après un examen attentif par la vue et avec le stylet. Au point de vue du pronostic, ils ne sont pas négligeables; car si leur nature est le plus souvent bénigne, ils peuvent néanmoins, par leur présence, déterminer des stagnations de pus qui peuvent mettre la vie en danger. Quant au traitement, il doit avoir pour but de faire disparaître ces productions, soit au moyen de cautérisations avec le nitrate d'argent ou les acides, soit par voie chirurgicale. Cette dernière doit être préférée. Dans certains cas, il sera indiqué de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde.

T. R.

Sur les métastases consécutives à l'otite moyenne, par S. SZENES. (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, Band XLIV.)

Ce travail a pour but de montrer l'importance du traitement local de l'otite moyenne. L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles se montrent des accidents pyohémiques. Dans un cas, il s'agit d'une suppuration costale, dans un autre d'une périostite du maxillaire inférieur. Dans la troisième, terminée par la mort, on trouva à l'autopsie de la méningo-encéphalite suppurée, de la phlébite du sinus sigmoïde gauche, des abcès métastatiques dans le poumon et une pleurésie suppurée. La lecture des observations ne permet pas d'être aussi affirmatif que l'auteur, et dans les deux cas, terminés par la guérison, une autre explication serait peut-être, pour ne pas dire certainement, plus satisfaisante pour l'esprit.

P. T.

Bactériologie de l'otite moyenne, par KUHN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 58, p. 1054, 2 décembre 1889.)

On peut rencontrer dans l'otite moyenne un certain nombre de micro-organismes associés. Aussi n'attache-t-il guère d'importance à la présence de tel ou tel cocco.

Siebenmann cite un cas où l'examen microscopique resta négatif et où l'injection péritonéale expérimentale provoqua le développement d'une péritonite tuberculeuse.

P. TISSIEN.

Histologie et bactériologie des affections diphtéritiques de l'oreille moyenne, par S. Moos. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889.)

Trois fois, il y avait simultanément diphtérie pharyngée et trois autres fois diphtérie post scarlatineuse. L'affection datait de 2 à 18 jours. Pas de perforation du tympan. Dans deux cas seulement, la caisse contenait un liquide trouble. Examen microscopique de la paroi labyrinthique : nécrose partielle de l'épithélium de la muqueuse, exsudat fibrineux, destruction du périoste, nécrose osseuse. Processus dégénératif dans le muscle tenseur du tympan, inflammation mycosique du facial et de l'acoustique. Streptocoques associés à divers autres micro-organismes.

P. TISSIER.

Anatomie pathologique de la tuberculose de l'oreille, par HABERMANN. (*Verein Deutsche Ärzte in Prag., Berlin. klin. Woch.*, 2 juillet 1889.)

Il s'agit de plusieurs cas de tuberculose. Dans un cas, il y avait tuberculose de la trompe et de l'oreille moyenne. Dans un autre, il y avait tuberculose de l'oreille interne. P. TISSIER.

Cancer du larynx. Extirpation de la moitié supérieure du larynx, par KARL ROSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 764, 26 août 1889.)

Le cas de Roser concerne une femme de 42 ans, qu'il opéra pour un cancer ulcéré et étendu du larynx, datant de 4 ans. Il réséqua la moitié supérieure du larynx, l'épiglotte, l'os hyoïde et la peau correspondante. Dans une seconde opération (un mois plus tard), pour éviter le collapsus et la pneumonie secondaire, il enleva avec succès les parties malades restantes. P. TISSIER.

Cancer du larynx, par ROSENBERG. (*Laryngol. Gesellschaft zu Berlin. — Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 1135, 1889.)

Il s'agit d'une tumeur ayant débuté à la partie postérieure du cartilage aryténoïde droit. Sa marche avait été lente puisque la malade (32 ans) faisait remonter les premiers troubles (dysphagie) à 8 ans. Cliniquement la tumeur paraissait bien être maligne. L'examen histologique d'un petit morceau montra la structure du papillome. Le néoplasme enlevé récidiva rapidement, sous forme d'une masse, à large implantation, à sommet ulcéré. La récurrence indiquait déjà une forte présomption pour une tu-

meur maligne. Les tumeurs bénignes, soumises à des irritations locales, peuvent s'ulcérer, mais le fait est déjà assez rare. L'examen histologique minutieux de la tumeur enlevée précédemment montra sa structure cancéreuse. Ce fait montre, après bien d'autres, la valeur qu'il faut attacher à l'examen microscopique d'un fragment superficiel d'une tumeur, au point de vue de la détermination de sa nature.

P. TISSIER.

De l'appareil à air chaud de Weigert dans le traitement de la tuberculose des poumons et du larynx, par H. MÖSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 1130, 1889.)

Les inhalations d'air chaud (160 à 240°) préconisées en Allemagne pour le traitement de la tuberculose, ont donné à Möser des résultats négatifs en ce qui touche le processus pulmonaire. Par contre, elles ont montré une action très favorable vis-à-vis des ulcérations laryngées tuberculeuses ou syphilitiques. Des ulcères laryngés bacillaires, même très étendus diminuaient rapidement d'étendue et guérissaient même alors que le traitement par l'acide lactique était resté inutile.

P. TISSIER.

Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose (Trachéotomie dans la tuberculose du larynx), par SEIFERT. (*In München med. Woch.*, n° 15, 9 avril 1889.)

Un certain nombre d'auteurs sont pour la trachéotomie précoce et admettent qu'alors seulement on est en droit d'en attendre de bons résultats (Beverley, Robinson). M. Schmidt, en dehors des cas de sténose, admet encore comme indications l'étendue des lésions laryngées chez un sujet dont les poumons sont peu atteints, la rapidité de l'évolution de la tuberculose laryngée, lorsque les poumons sont relativement en bon état, et enfin la dysphagie. On obtient ainsi le repos du larynx, la diminution de la dysphagie, et de bons effets sur l'état général. L'amélioration peut se prolonger fort longtemps.

Keimer partage à peu près les idées de Schmidt.

Schrötter, dans son récent traité des maladies du larynx, n'admet pas que la seule indication de la trachéotomie soit la gêne respiratoire, poussée jusqu'à l'asphyxie, et il est pour l'intervention précoce.

Lennox-Browne repousse absolument la trachéotomie dans la phtisie laryngée pour les raisons suivantes : le larynx n'est pas plus ventilé, les colonies de bacilles s'y développent, la péné-

tration par la canule de l'air frais et sec cause des complications pulmonaires, et enfin la plaie trachéale se tuberculise.

Les avis des auteurs sont donc aussi partagés que possible; néanmoins la plupart sont pour la trachéotomie tardive. Seifert publie quatre cas d'opération de ce genre et commente les opinions des divers auteurs, et il conclut : que la trachéotomie peut amener une amélioration et même la guérison de la tuberculose laryngée; que la vie des malades est non seulement prolongée, mais aussi rendue plus supportable, et que l'intensité des lésions pulmonaires ne contre-indique pas l'opération.

Srebrny est d'avis de pratiquer la trachéotomie, non pas tant pour traiter le larynx que pour permettre l'injection dans la trachée de liquides antiseptiques.

La trachéotomie mettant le larynx au repos et permettant mieux le traitement local, semble à Hunter Mackenzie, non pas seulement une méthode palliative, mais encore curative.

Hopmann insiste aussi sur l'heureuse influence de la trachéotomie sur la tuberculose laryngée.

Solis Cohen n'admet la trachéotomie que lorsque l'asphyxie est menaçante. Morell Mackenzie est de cet avis, et loin de calmer le processus laryngé et d'assurer son repos, la canule serait une cause nouvelle d'irritation.

Schech, Pilcher, W. Briggs, Simanowski ont pratiqué la trachéotomie pour parer à l'asphyxie. Les autres opérations que l'on peut opposer à la tuberculose du larynx sont moins courantes et ont été rarement pratiquées.

La laryngo-fissure convient surtout aux formes pseudopolypéuses. (Schnitzler, Hennig, Dehio, Beschorner, l'ont pratiquée dans ces conditions.)

Hopmann a pratiqué la laryngotomie pour des tumeurs lupiques.

Lemcke a pratiqué la laryngofissure pour un rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine tuberculeuse.

Schönborn a fait quatre fois la thyroéctomie, dans des cas de tuberculose laryngée (Streiter).

Köhler rapporte une résection partielle du larynx pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic; on croyait avoir affaire à une lésion cancéreuse. Le malade ne survécut que 17 jours.

P. TISSIER.

Ub. Kehlkopftuberculose, ihre Behandlung. und Heilung tuber-

culose laryngée. Son traitement et sa guérison, par KEIMER. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n^o 41 et 42; 1889.)

Revue des médications de la phthisie laryngée, avec appréciation des diverses méthodes. Le menthol donne de bons résultats dans les formes légères chez les sujets sensibles. La méthode de choix est l'application d'acide lactique employé concurremment avec le curettage. Parmi les observations rapportées, citons deux cas de tuberculose primitive du larynx terminés par la guérison.

P. T.

A propos de l'étiologie des ulcérations tuberculeuses du larynx (Zur Aetiolog. d. tuberkulösen Kehlkopfgeschwüre), par EUG. FRAENKEL. (*Centralbl. f. Klinische medicin.*, n^o 37, 14 septembre 1889.)

La plus grande partie des ulcérations laryngées survenant au cours de la phthisie bacillaire sont considérées comme un effet direct du bacille de Koch; il en est aussi de même pour les ulcérations que l'on a désignées jusqu'ici sous le nom d'ulcérations lenticulaires ou aphtheuses.

Il s'agit soit de tubercules, soit d'infiltrations circonscrites, qui ont pour conséquence de petites ulcérations. Elles contiennent d'ailleurs des bacilles. Les glandes acineuses du larynx joueraient seulement un rôle secondaire dans la production des ulcérations.

Les productions tuberculeuses du larynx contiennent un nombre variable de bacilles, et Fraenkel rappelle la loi Baumgarten-Weigert, qui établit un rapport inverse entre le nombre des cellules géantes et celui des bacilles. Ceux-ci se voient dans l'intimité des tissus alors que l'épithélium est sain et entre les cellules épithéliales.

Le rôle des infections secondaires est assez considérable. Il s'agit le plus souvent alors de staphylocoques et de streptocoques. L'examen bactériologique des coupes et les divers procédés de culture ont permis de vérifier souvent la réalité de ces infections surajoutées.

Il existerait, à côté des ulcérations tuberculeuses, d'autres ulcérations non spécifiques, siégeant surtout au niveau des processus vocaux, souvent symétriques. Ces érosions, assez rares du reste, sont vraisemblablement d'origine microbienne.

Les bacilles tuberculeux envahissent le larynx non par la voie sanguine se propageant de la profondeur vers la surface,

comme l'ont admis Heinze et récemment Korkunoff, mais par effraction épithéliale, de la surface vers la profondeur.

Il ne s'agit là, en somme, que de faits bien connus et admis, au moins pour la plupart, par tout le monde. P. T.

Tuberculose laryngée comme substratum anatomique de la boule hystérique, par LANGREUTER. (*Centr. Nervenheilkunde*, n° 17; 1889.)

Chez une hystérique de 44 ans, se plaignant du phénomène de la boule hystérique, on trouva à l'autopsie une tuberculose de la muqueuse laryngée ayant entraîné l'ulcération de tout l'ostium. Les poumons et l'intestin étaient indemmes. Il s'agissait d'une tuberculose isolée du larynx. P. T.

Lésions laryngées au cours de la fièvre typhoïde, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril 1889.)

Sur 166 typhiques examinés à ce point de vue (96 hommes, 70 femmes), plus de la moitié ne présentèrent pas de lésions du côté du larynx. Ces dernières ne sont pas forcément liées aux cas graves, elles peuvent s'observer avec une dothiéntérie bénigne.

Ce serait à tort que l'on désigne habituellement sous le nom de catarrhale la lésion laryngée la plus fréquente et aussi la moins grave qui s'observe dans la fièvre typhoïde. A l'inverse de ce qui s'observe dans la laryngite catarrhale, il n'y a pas augmentation de la sécrétion muqueuse, ainsi que l'a montré Eppinger. La lésion la plus habituelle serait une forte hyperhémie artérielle, d'après ce dernier auteur. D'après Landgraf, les parties supérieures du larynx sont ordinairement rouges et l'on constate souvent une desquamation épithéliale et un dépôt blanchâtre sur l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques. Les manifestations se placent entre le début et la fin de la troisième semaine de la maladie.

Elles ne déterminent pour ainsi dire aucun symptôme subjectif. La dysphagie qui existe quelquefois ne reconnaît souvent aucune cause évidente. Ces accidents disparaissent en quelques jours, ou bien alors surviennent sur la muqueuse congestionnée des taches jaunes, semblant siéger à la surface de la muqueuse.

Landgraf en a extirpé une avec une curette, et il y a trouvé une fois le staphylococcus pyogenes aureus de Rosenbach, et une autre fois le staphylococcus pyogenes flavus. Il n'y a pas de signes objectifs.

Les ulcérations typhiques proprement dites s'observent comme dans l'intestin au niveau des points qui contiennent du tissu adénoïde.

C'est ainsi que Landgraf a observé une de ces ulcérations avec dépôt nécrosique comme on le rencontre dans l'intestin. Le pronostic de ces ulcérations est peu fâcheux.

La périchondrite est une lésion de seconde main, ainsi que le montre déjà son apparition tardive. La périchondrite primitive est tout à fait exceptionnelle (1 cas sur 250 de périchondrite, Hoffmann). Le diagnostic en est difficile et se fonde surtout sur des probabilités.

La périchondrite s'accompagne d'œdème. Dans certains cas, les ulcérations prennent l'aspect diphthéritique, au sens anatomopathologique du mot.

P. T.

Sténose laryngée, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, 2 septembre 1889, p. 784.)

Il s'agit d'une sténose d'origine syphilitique, formée par une membrane épaisse rétrécissant considérablement le calibre du larynx. L'administration du traitement spécifique, puis la section progressive de la membrane et la dilatation méthodique, amenèrent la guérison.

A signaler comme particularité, déjà observée par l'auteur chez un autre syphilitique, l'absence d'action de la cocaïne et du menthol.

P. TISSIER.

Sur la pathologie des sténoses trachéales et bronchiques, par LANDGRAF. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 50, 16 décembre 1889, p. 1095.)

La dyspnée inspiratrice, l'absence de pauses respiratoires, la rétraction de la paroi du thorax, le caractère strident de l'expiration et de l'inspiration, l'immobilité du larynx, la projection du menton en avant, la faiblesse de la voix, l'absence du murmure respiratoire coïncidant avec une sonorité normale, l'unilatéralité des troubles en cas de lésion unilatérale, rendent facile le diagnostic des sténoses trachéobronchiques. Mais il n'est pas toujours aussi simple d'en déterminer la cause et le siège.

L'examen au miroir de la trachée est alors nécessaire. Il n'est pas toujours possible, car les muscles ou les nerfs laryngés sont souvent lésés ; mais, dans certains cas, il permet de voir le rétrécissement. Dans quelques cas, il faut bien savoir qu'il peut y avoir plusieurs rétrécissements superposés. On peut,

lorsqu'il y a gêne pour l'examen direct, employer le cathétérisme (Schrötter) ou la méthode du pinceau (Schrötter) trempé, imbibé de cire pour prendre empreinte.

Les causes de sténoses sont multiples. En tête, il faut citer les diverses variétés de goîtres. Les tumeurs bénignes compriment, les tumeurs malignes perforent la paroi trachéale. Ensuite viennent les hyperplasies des ganglions du hile. On peut quelquefois diagnostiquer leur tuméfaction par la percussion et la soupçonner lorsque d'autres ganglions extérieurs sont atteints. Les tumeurs du médiastin, les anévrismes, surtout ceux de la concavité, etc., peuvent causer des sténoses compressives; la syphilis, le cancer primitif de la trachée, qui, dans un cas de Schrötter, se traduit par de la dyspnée et de la dysphagie, sans toux (certains auteurs considèrent la toux comme le premier symptôme de la maladie), les autres tumeurs primitives de la trachée (papillome, fibrome), les corps étrangers, la blennorrhée rhinolaryngée de Störk, sont aussi susceptibles de provoquer des rétrécissements de la trachée. Enfin Landgraf appelle l'attention sur les sténoses hystériques. On considère généralement le calibre de la trachée comme peu variable. Les muscles du segment postérieur peuvent, en se contractant, former une sorte de bourrelet longitudinal, qui, rétrécissant brusquement la lumière du conduit, peut provoquer des signes de sténose trachéale.

Il s'agissait d'un homme de 35 ans pris subitement quelques mois auparavant de toux et d'enrouement. Pas d'expectoration. Au bout de trois mois, aphonie intermittente, dyspnée diffuse, puis dysphagie avec douleur à la partie droite du cou. Bientôt s'installent tous les signes d'une sténose trachéale. On examine la trachée sans rien y trouver, et on pratique le cathétérisme des bronches. Au bout de trois séances de cathétérisme (lotions froides, air comprimé), le calme se rétablit, et bientôt la guérison est complète. Tout en faisant des réserves (kyste de la paroi trachéale postérieure), Landgraf se demande s'il ne s'agit pas d'hystérie.

Lublinski a observé un fait analogue chez une femme hystérique, ayant eu antérieurement de l'aphonie hystérique. Les signes de sténose, qui se montrèrent à deux reprises, disparurent chaque fois subitement, indépendamment du traitement institué. Gehhardt insiste, dans la discussion qui suivit la communication de Landgraf à la Société de médecine de Berlin, sur

deux causes rares de sténose, la cause colloïde, secondaire à la dégénérescence colloïde du corps thyroïde, et la production des chondroses trachéales et bronchiques multiples. Gehrardt regarde comme important pour le diagnostic le sifflement trachéal, et rappelle que, dans d'autres conduits, les rétrécissements spasmodiques simulent souvent les sténoses organiques. P. Heymann cite deux cas analogues à celui de Landgraf : l'un chez une jeune fille de 16 ans, hystérique ; l'autre chez une femme de 60 ans. Chez cette dernière, la dyspnée et le cornage disparurent par l'emploi de liqueur de Fowler. P. TISSIER.

Traitement des sténoses du larynx par la méthode de Schrötter,
par ARTH. THOST. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier 1889.)

Il s'agit, dans le cas de Thost, de sujets atteint de sténose laryngée à la suite de laryngotyphus. Les malades étaient, comme c'est, on le sait, le cas habituel en cette circonstance, condamnés à porter indéfiniment leur canule. La méthode de Schrötter permit de retirer définitivement la canule chez plusieurs malades. P. T.

Recherches sur le nerf laryngé supérieur (Versuche üb. d. Nerv. laryng. super.), par L. BREISACHER. (*Centr. f. d. medicin. Wissenschaft*, n° 43, 26 octobre 1889, p. 769.)

H. Möller (*Das Kehlkopfpeifen d. Pferde und seine operative Behandlung-Stuttgart*, 1888), s'appuyant sur ses expériences sur le cheval, admet que la section du nerf laryngé supérieur, avant son entrée dans le larynx, provoque l'atrophie de tous les muscles laryngés du même côté, et, par conséquent, que ce nerf contient des fibres trophiques de ces muscles. Les chevaux furent autopsiés au bout de 1 mois 1/2 à 4 mois 1/2. S. Exner (*Ein physiolog. Paradoxon, betreffend d. Innerv. d. Kehlkopf. Centr. f. Physiologie*, 1889, n° 6, 1, 115) reprit ces recherches et réséqua un fragment de 5 centimètres environ du nerf laryngé supérieur. Au bout de 1 mois 1/2, il constata une atrophie notable du muscle cricothyroïdien et une atrophie avec coloration jaunâtre du crico-aryténoïdien postérieur. Il explique ces lésions par ce fait que, consécutivement à l'ablation des fibres sensitives, les perceptions de mouvement n'existant plus, le mouvement lui-même devient moins actif. Ce serait, en définitive, une atrophie par inaction.

Breisacher a réséqué une certaine longueur du nerf laryngé

supérieur dans les mêmes conditions. Au bout de 3 mois 1/4 et 3 mois 3/4, l'autopsie des chevaux montra les muscles laryngés complètement normaux des deux côtés, bien que la résection ait été bien faite. Breisacher n'a pas non plus constaté d'atrophie chez les chiens dans les muscles innervés par le récurrent, après la résection du laryngé supérieur.

Ces recherches contradictoires ne permettent pas de conclusion; comme elles ont un intérêt physiologique et physiopathologique considérable, il serait vivement désirable qu'elles fussent reprises à nouveau.

P. TISSIER.

Lésions sous-muqueuses du larynx, par D. J. JURGENSMEYER.
(*Berlin. klin. Woch.*, XXVI, 11, 1889.)

Voici l'observation de l'auteur nommé :

Une femme de 62 ans fut prise subitement la nuit de douleurs à la région du cou s'irradiant vers l'oreille gauche, avec sensation de corps étrangers. La déglutition d'aliments solides augmentait les douleurs. Trente-six heures environ après le début, la malade présentait une fièvre d'intensité moyenne, une légère dyspnée et de l'enrouement. La palpation du cou, légèrement douloureuse à gauche, montrait une légère tuméfaction des ganglions. Pas de syphilis. Induration du sommet du poumon gauche.

Le côté gauche de l'épiglotte était fortement œdématié; la région aryténoïdienne, la corde vocale supérieure gauche et la région postérieure du larynx étaient aussi notablement tuméfiées. Rien aux rubans vocaux. Traitement I. K.

Le lendemain, le gonflement inflammatoire de l'épiglotte s'accrut encore davantage, et il montra deux foyers de nécrose, avec dénudation du cartilage. L'œdème aryténoïdien diminua. Dysphagie relativement légère, voix un peu Klossig, état général bon.

Il se développa successivement sur l'épiglotte, fortement tuméfiée, cinq foyers gris verdâtre de nécrose, qui se réunirent bientôt. En outre de ces ulcérations profondes, mettant à nu le cartilage, il se forma une légère perte de substances sur le repli ary-épiglottique gauche, avec enduit grisâtre, et une ulcération sur la partie droite du pharynx, qui, limitée d'abord, s'étendit ensuite.

Insufflation d'iodol. Cicatrisation rapide; au bout de trois semaines la guérison était complète.

Il ne s'agit ici ni d'érysipèle, ni d'œdème aigu du larynx, mais

d'une laryngite sous-muqueuse primitive, aiguë, localisée à l'épiglotte, avec envahissement secondaire du périoste et suppuration.

L'étiologie reste obscure. Ce n'est ni une lésion catarrhale, ni une détermination syphilitique ou tuberculeuse. L'auteur admet une infection septique dans le sens d'Eppinger. P. T.

Lupus des kehlkopfeinganges. Operation mittelst pharyngotomia subhyoidea (Lupus de l'entrée du larynx. Ablation par la pharyngotomie sous-hyoidienne), par C. GARRÉ. (*Beiträge zur Klinischen chirurgie von Bruus*, t. VI, 1^{er} fasc., p. 210.)

L'observation rapportée par l'auteur est intéressante tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Elle peut se résumer brièvement de la façon suivante : une femme de 28 ans se présente avec des végétations d'apparence papillomateuse occupant le côté gauche de la base de la langue et le côté correspondant de l'épiglotte. La santé générale était d'ailleurs parfaite. Le diagnostic était hésitant entre la syphilis et la tuberculose. Un traitement antisyphilitique longtemps prolongé n'amena aucune amélioration; de même tous les traitements usités contre la tuberculose du larynx restèrent sans effet. L'ablation des parties malades fut décidée. Incision sous-hyoidienne de 12 centimètres parallèle au bord inférieur de l'os hyoïde; insertion des muscles sterno-hyoidien et thyro-hyoidien; enfin, incision de la membrane thyro-hyoidienne. Les parties malades sont ainsi largement mises à découvert. Avec les ciseaux on enlève successivement l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, les piliers antérieurs du voile du palais, les cartilages de Wrisberg et une partie des cartilages aryénoïdes. Pour prévenir le rétrécissement du larynx qui aurait pu résulter de la cicatrisation de cette plaie, l'auteur eut soin de la recouvrir avec de la muqueuse empruntée au pharynx. Enfin, suture complète de la plaie externe. Toutes ces manœuvres avaient été précédées de la trachéotomie préalable avec emploi de la canule de Trendelenburg. Les suites opératoires furent simples, le malade guérit.

L'examen histologique des fragments enlevés révéla des lésions identiques à celles décrites par Virchow, Unna et Eppinger comme spéciales au lupus. Il s'agissait donc d'un lupus primitif du larynx. Les faits de cet ordre sont rares. L'auteur n'a pu trouver dans les auteurs que deux autres observations de lupus primitif du larynx. Le mémoire se termine par

un plaidoyer en faveur de la pharyngotomie sous-hyoïdienne, qui serait trop délaissée.

T. R.

Deux cas de lupus du larynx, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 725, 12 août 1889.)

Le lupus du larynx passe pour rare, parce que c'est ailleurs que chez les laryngologistes que vont les lupiques. Il détermine, en effet, des troubles laryngés relativement effacés dans l'ensemble de ses autres manifestations.

C'est ainsi que les deux malades de Michelson n'avaient jamais rien accusé du côté de leur larynx. Cependant, dans un cas, l'épiglotte était ulcérée et son bord libre en partie détruit, et dans l'autre, l'épiglotte et les bandes ventriculaires étaient infiltrées et ulcérées.

P. TISSIER.

Rapport sur le traitement endolaryngé des tumeurs du larynx, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 36, 9 septembre 1889, p. 807.)

Michelson rapporte trois observations : l'une, d'un kyste siégeant entre le tiers antérieur et le tiers moyen de la corde vocale droite, suivi de guérison ; l'autre, d'un papillome occupant la partie postérieure des bandes ventriculaires, qui récidiva ; la troisième, d'un fibrome inséré sur la bande ventriculaire droite.

P. TISSIER.

Ueber Knorpelgeschwülste des larynx (Des tumeurs cartilagineuses du larynx), par le Dr FERUCCIO PUTELLI (de Venise). (*Vienne*, Alfred Hölder, 1889.)

Les enchondromes du larynx sont rares et le plus souvent des trouvailles d'amphithéâtre. Aussi n'ont-elles guère intéressé les laryngologistes jusqu'à ce jour. L'auteur en a rencontré un cas non diagnostiqué pendant la vie et s'est livré, à cette occasion, à des recherches bibliographiques étendues. Il a pu réunir seulement 7 cas d'enchondromes du larynx bien avérés, ce qui, avec le sien, porte leur nombre à 8. Parmi eux, trois furent reconnus seulement à l'autopsie ; les autres avaient été vus au laryngoscope, mais sans que leur nature pût être établie.

L'étiologie de ces tumeurs est obscure ; dans les 8 cas réunis, on compte sept hommes et une femme. Les malades avaient de 38 à 62 ans. Leur siège de prédilection est la lame postérieure du cartilage cricoïde ; une fois seulement la tumeur siégeait sur le cartilage thyroïde. Leurs dimensions variaient depuis celle

d'une noisette à celle d'une amande. Quant à leur structure histologique, elles étaient constituées par du cartilage hyalin présentant çà et là des points ossifiés ou calcifiés. Les symptômes provoqués par ces tumeurs n'avaient rien de particulier; les phénomènes provoqués portaient sur la phonation, la respiration et la déglutition, et leur intensité dépendait autant du siège et de l'extension de la tumeur. Leur diagnostic présente de grandes difficultés; si l'on arrive pourtant à établir que la tumeur a son point de départ dans la partie postérieure du cartilage cricoïde, le diagnostic d'enchondrome est probable, car les autres variétés de tumeurs du larynx naissent rarement de cette partie. Enfin, en ce qui concerne le traitement, il est évident *a priori* qu'à raison de la dureté de la tumeur et de son implantation profonde dans les cartilages la voie endolaryngée constitue une ressource très limitée. C'est à l'ablation de la tumeur par voie extralaryngée qu'il faut avoir recours. Deux opérations sont alors possibles: 1° l'énucléation de la tumeur par une incision au cou analogue à celle de la pharyngotomie sous-hyoïdienne; Billroth l'a effectuée ainsi dans un cas; 2° l'ablation de la totalité des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales. Böcker a effectué cette opération avec succès. Cette dernière nécessite le port d'une canule trachéale permanente.

T. R.

Vollständiger narbiger Verschluss des larynx; Heilung auf intra-laryngealem Wege (Occlusion cicatricielle complète du larynx; guérison par voie intralaryngée), par G. JUFINGER. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 44; 1889.)

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, qui, sans cause apparente, est prise de troubles laryngés et d'accès de suffocation nécessitant la trachéotomie. Une variole survient, et quand, après six semaines, la convalescence commence, on constate que toute communication était interrompue entre le pharynx et l'arbre aérien. Toutes les tentatives de dilatation restèrent sans résultat. C'est alors que le professeur Schrötter pénétra avec un instrument de son invention à travers la cicatrice, entre les cordes vocales, et fit reparaitre la pointe de l'instrument au niveau de la plaie trachéale. Un fil, assujéti à cette extrémité, est placé dans le trajet par le retrait de l'instrument et vite en place. Le lendemain un fil plus grand le remplace, et ainsi de suite jusqu'à ce que les dilateurs de caoutchouc puissent être introduits. L'examen laryngoscopique montre alors que l'occlu-

sion avait été produite par une tumeur grosse comme un pois, implantée du côté droit, au-dessous de la corde vocale supérieure et obstruant la glotte. Cette tumeur fut enlevée avec l'anse galvanique, et dès lors la dilatation se fit rapidement.

T. R.

Ueber Pachydermia laryngis (De la pachydermie du larynx),
par L. RÉTHI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 27, p. 536 ; 1889.)

L'auteur rapporte une observation personnelle de pachydermie du larynx, dans laquelle l'examen laryngoscopique suffit pour poser le diagnostic sans la moindre hésitation. Il s'agissait, en effet, de cette forme lisse, dans laquelle les lésions siègent dans l'épithélium et le corps papillaire, et où l'aspect velouté et la présence d'épaississement au niveau des apophyses vocales des deux côtés ne permettaient pas le doute. Ce cas est intéressant, parce que l'auteur a pu prendre sur le fait la genèse de ces dépressions au niveau de la saillie de la tumeur, dépression que Virchow attribuait à l'adhérence de la muqueuse aux cartilages sous-jacents. Ces dépressions sont la formation secondaire; elles sont produites par la pression réciproque que les deux tumeurs, placées symétriquement, exercent l'une sur l'autre. Quelques réflexions sur les difficultés que le diagnostic de cette affection avec le cancer peut présenter dans certains cas, même après examen histologique, accompagnent cette courte observation.

T. R.

Importance pathologique des glandes des cordes vocales, par B. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 941, 28 octobre 1889.)

D'après les coupes nombreuses de l'auteur, la structure des cordes vocales serait plus complexe qu'on ne l'admet généralement. Luschka et la plupart des anatomistes n'y décrivent aucune glande. Au-dessus et au-dessous du faisceau musculaire des cordes se trouvent deux rangées de glandes arrondies en haut, ovales en bas sur les coupes. Le conduit excréteur se dirige sur le bord libre et la partie inférieure. Les glandes sont souvent agglomérées et possèdent un très long conduit excréteur. Celui-ci aboutit environ à 1 millimètre 1/2 du bord libre, marqué par la présence de papilles.

C'est la tuméfaction de ces glandes qui produit les tubercules glottiques que l'on trouve chez les enfants et qui causent le plus

souvent l'enrouement à cet âge. Ces nodules disparaissent à la puberté. Ces glandes ont une sécrétion que l'on peut saisir sur le vivant. Elles peuvent être le siège d'abcès et de tumeurs à résolution rapide.

Les nodules des chanteurs sont ordinairement symétriques. Compatibles avec une bonne voix, ils peuvent, dans certains cas, provoquer de l'enrouement ou des altérations du chant. Fraenkel a pu se convaincre par l'examen laryngoscopique (gouttelette de mucus au moment où les nodules arrivent au contact) et par l'examen histologique de la nature glandulaire de ces nodules. Les femmes surtout sont prédisposées à ces nodules. Ceux-ci peuvent devenir l'origine de kystes par rétention.

Rappelons que ces détails de structure des cordes vocales sont depuis longtemps classiques en France. P. T.

Que faut-il entendre sous le nom de vraie corde vocale?
par P. HEYMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 1135; 1889.)

Il semblait que l'accord était établi depuis longtemps sur cette question. Mais la polémique soulevée par un article de Kanthack, paru dans les *Archives* de Virchow, a remis ce point en discussion. Les définitions des anatomistes (Hermann, v. Meyer, J. Muller, Luchska, etc.) diffèrent plus ou moins de celles des laryngologistes. Voici la définition que propose Heymann. La limite inférieure des cordes vocales est le point où la muqueuse de verticale devient oblique; la limite latérale, le point où la partie inférieure du sinus de Morgagni devient horizontale. P. TISSIER.

Corps étranger des voies aériennes, par LEYDEN. (*Ver. f. innere Med.*, avril 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 15 avril 1889.)

Un enfant avait avalé une pierre, qui, pendant quinze mois, ne donna lieu à aucun trouble. Il mourut subitement au bout de ce temps, après une course rapide. A l'autopsie, on trouva une fistule incomplète au niveau de la corde vocale droite, et la pierre au niveau de la bifurcation des bronches. La chute de la pierre avait produit l'asphyxie. P. T.

Sur les bactéries des voies aériennes à l'état normal, par L. von BESSER. (*Ziegler's Beitrage z. pathologisch. Anatomie*, Bd VI, n° 4; 1889.)

Cavités des fosses nasales. — L'auteur a trouvé de nombreux microbes, pathogènes ou non; par ordre de fréquence,

pour les premiers, le diplococcus de Fränkel 14/84, le staphylococcus pyogenes aureus 14/84, le streptococcus pyogenes 7/84, le bacille de Friedländer 2/84; parmi les seconds, le micrococcus liquefaciens albus 22/84, le micrococcus cumulatus tenuis 14/84, le micrococcus liquefaciens flavus 3/84, etc.

Cavités accessoires du nez. — Pas de micro-organisme. Dans un cas d'empyème de l'antre d'Higmore, v. Besser trouva le diplocoque de la pneumonie et la streptocoque pyogène.

Larynx (examen pratiqué 3-4 heures après la mort). — Streptococcus pyogenes 5/5, staphylococcus pyogenes aureus 3/5, micrococcus albus liquef. 4/5, micrococcus cum. tenuis 1/5, etc.

Bronches. — Diplocoque de la pneumonie 3/10; staphylococcus pyogenes aureus 8/10, streptococcus pyogenes 2/10, bacille de Friedländer 1/10, micrococcus cumulatus tenuis, micrococcus liquef., etc.

Ainsi qu'il est facile de le voir, le nombre des micro-organismes diminue à mesure que l'on s'éloigne dans la direction des ramifications bronchiques.

Ce travail confirme les faits déjà connus (Netter, Weichselbaum) et en apporte un certain nombre de nouveaux. Il nous montre que les microbes pathogènes existent jusque dans les bronches à l'état normal, et que, pour qu'ils deviennent nocifs, il faut une cause occasionnelle qui augmente leur virulence, qui favorise leur multiplication ou qui leur ouvre sa barrière épithéliale. Quel que soit le processus, et il est sans doute complexe, les faits n'en sont pas moins fort intéressants.

P. TISSIER.

Einiges ub. pemphigus der oberen Luftwegen (Quelques mots sur le pemphigus de la partie supérieure des voies aériennes), par ZWILLINGER. (*Pester med. chirurg. Presse*, n° 15; 1889; in *Centr. f. klin. Med.*, p. 552; 1889.)

L'auteur n'a pas observé de bulles de pemphigus sur la muqueuse nasale, ni sur celle de la bouche. Par contre, il a noté deux fois la présence de bulles sur l'épiglotte. Elles étaient gris blanchâtre, peu tendues, de la grosseur d'une demi-noisette. Dans un cas, le processus s'étendait à un repli ary-épiglottique et à la partie supérieure de la région aryténoïdienne du même côté. Les bulles durèrent peu et, à leur niveau, la muqueuse resta rouge intense, lisse, avec de petits dépôts gris jaunâtre.

P. T.

De la périchondrite primitive du larynx, par **BEHR**. (*Zur Casuistik d. primar. Perichondritis laryngea. Inaug. Dissert. Munchen.*, 1889. *Schmidt's Jahrb.*, Bd 225.)

Il s'agit d'un cas de périchondrite dont on ne put retrouver l'origine dans une lésion antérieure. Les premiers symptômes remarqués par la malade (âgée de 69 ans) furent de la douleur du côté droit du cou et de la dysphagie. Il n'existait alors comme symptôme objectif qu'une légère tuméfaction, à peine douloureuse. Plus tard survinrent des douleurs vives, de l'enrouement, de la toux et des accès de suffocation.

Au bout de quatre semaines, la dyspnée devint continue, l'inspiration sifflante; la voix était rauque, le corps thyroïde légèrement tuméfié. L'examen laryngoscopique montra, après quelques essais infructueux (instabilité, présence de mucosités), un rétrécissement considérable de la lumière du larynx, le cartilage aryténoïde droit se trouvant en avant du cartilage gauche.

Après la mort, survenue au bout de huit semaines (à partir du début), du fait d'une pneumonie intercurrente, on trouva un abcès laryngé avec nécrose des cartilages. Rien à l'épiglotte, aux ligaments ary-épiglottiques, au cartilage thyroïde. La cavité de l'abcès occupait les deux tiers inférieurs du chaton cricoïde; le tiers supérieur était épaissi et tuméfié. Un trajet fistuleux faisait communiquer l'abcès avec le ventricule de Morgagni du côté droit.

P. TISSIER.

Sur la nature de l'ozène avec quelques considérations sur la transformation des épithéliums (U. d. Wesen d. ozaena nebst einig. Bemerk. uber Epithelmetaplasie), par **SCHUCHARDT**. (*Sammlung klinisch. Vorträge*, n° 340.)

C'est von Volkmann qui a attiré le premier l'attention sur la substitution d'un épithélium pavimenteux à l'épithélium normal de la muqueuse nasale dans l'ozène. Schuchardt a vérifié l'exactitude des données de von Volkmann, et il se demande s'il ne faut pas attribuer la fétidité de l'odeur de l'ozène à cette modification épithéliale.

C'est une théorie nouvelle à ajouter aux mille autres qui ont été proposées sur cette question. On ne conçoit guère le rapport que veut établir l'auteur, et il est nécessaire d'ajouter que la transformation épithéliale n'est qu'une des nombreuses lésions qui s'observent dans l'ozène.

P. T.

Der chronische catarrh. d. Cavum pharyngonasale und d. Bursa pharyngea (Le catarrhe chronique du pharynx nasal), etc., par F. SIEBENMANN. (*Correspond.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 12, 15 juin 1889.)

Dans ce travail, qui reproduit la plupart des critiques adressées à la conception de Tornwaldt et dans lequel l'auteur ne semble pas même se douter des nombreux travaux qu'a suscités la question, nous trouvons une revue des affections catarrhales hypertrophiques de la muqueuse du pharynx nasal.

En voici les conclusions principales :

Le catarrhe hypertrophique du pharynx nasal s'observe fréquemment à Bâle et dans les environs. Les formes les plus légères sont liées habituellement à l'hypertrophie de la partie postérieure de la cloison et des cornets et à la tuméfaction du tissu caverneux de l'extrémité antérieure des cornets.

La sécrétion, qui est exagérée, provient de toute la surface amygdalienne (amygdale pharyngée), et non pas seulement du recessus médian ou bourse pharyngée. Celle-ci n'existe pas au sens de Mayer, de Luschka, de Tornwaldt. La dépression en question ne se voit pas dans les degrés très intenses du catarrhe hypertrophique. L'auteur trouva dans plus du tiers des cas qu'il a examinés des kystes de l'amygdale pharyngée. L'auteur emploie le couteau de Gottstein, concurremment avec le traitement médical (douches nasales, badigeonnage, etc.).

Les complications nasales guérissent souvent alors spontanément.

P. T.

Opérations sur les voies aériennes supérieures par l'électrolyse, par KAFEMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 785, 2 septembre 1889.)

Kafemann a traité l'ozène par l'électrolyse et il indique les résultats de ce traitement.

P. T.

Diagnostic et traitement des névroses nasales réflexes, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, 1518, 19, 21; 1889.)

Après avoir refait rapidement l'historique complet de la question (Vollolini, B. Fränkel, Hennig, Hartmann, M. Schäfer, Gottstein, M. Bresgen, J. Herzog, Hack, Sommerbrodt, P. Schech, E. Fränkel, L. Götz, J. Mackenzie, W. Roth, H. Schmaltz, Hopmann, Schadewaldt, Wille, Tornwaldt, W. Runge, Lublinski, Krause, P. Heymann), en oubliant natu-

rellement les auteurs français, l'auteur montre l'importance qui s'attache à cette question et la nécessité de l'examen du nez, dans un certain nombre de cas pathologiques mal expliqués.

L'expérience de la cocaïne est nécessaire pour poser le diagnostic. C'est-à-dire que l'on doit d'abord, lorsque l'on a des raisons de soupçonner une origine nasale, badigeonner à la cocaïne tout un côté et, au besoin, les deux côtés du nez pendant l'accès, qui doit être calmé ou tout au moins très atténué au bout de cinq à dix minutes. Il reste ensuite à préciser, par l'exploration du nez avec la sonde et la cocaïne, le point de départ de l'excitation, la zone irritable, sur lequel l'application de cocaïne doit arrêter l'accès ou le modifier profondément en cinq à dix minutes. Il y a quelquefois des symptômes du côté du nez, mais ceux-ci peuvent manquer; il est bon de ne pas l'oublier. On peut se convaincre, en procédant de la sorte, du grand nombre de névroses d'origine nasale. Les sujets en question sont souvent hystériques ou neurasthéniques.

Il n'est pas toujours nécessaire, comme on l'a admis, qu'il y ait en quelque sorte prédisposition, qu'il y ait un terrain neurasthénique pour que les névroses nasales réflexes se développent. Cela a lieu dans certains cas, mais la neurasthénie peut aussi être secondaire. Scheinmann rapporte ensuite un certain nombre de cas de *névralgie faciale* ou de *céphalalgie* ayant une origine nasale, un cas de *paresthésie du pharynx* de même origine (sensation de corps étranger), et il ajoute que l'existence de lésions de la base de la langue et du pharynx ne suffit pas à éliminer la possibilité d'une lésion nasale génératrice; un cas de toux spasmodique, secondaire à une hyperplasie du cornet inférieur gauche; plusieurs cas de coryza vaso-moteur (obstruction nasale intermittente due à une tuméfaction des cornets, avec sécrétion d'un liquide aqueux abondant, avec accès d'éternuements à début brusque, pouvant survenir chez l'enfant et chez l'adulte, etc.); plusieurs cas d'asthme. Il constate une relation entre les organes génitaux et le nez, l'asthme et le coryza vaso-moteur ayant une influence défavorable sur le coït, et les excitations génitales exagérant l'hyperesthésie nasale. L'hyperesthésie du nez augmente d'intensité et d'étendue au cours de l'accès d'asthme, en même temps la tuméfaction des cornets augmente le plus souvent. L'inverse peut aussi s'observer. Les cas graves d'asthme nasal s'accompagnent souvent d'une faiblesse nerveuse particulière

progressive, qui s'améliore par le traitement nasal, dont l'auteur donne les différents procédés, aujourd'hui bien connus.

P. TISSIER.

Quelques cas de guérison d'épilepsie réflexe d'origine nasale, par SCHNEIDER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 934, 28 octobre 1889.)

Schneider a observé 6 cas d'épilepsie réflexe d'origine nasale dans les cinq dernières années. L'épilepsie était, dans plusieurs cas, accompagnée d'asthme.

Dans un cas, il s'agissait de tuméfactions polypoides bilatérales des cornets, avec polype muqueux vrai et exostose de la cloison à droite; dans un autre, d'hyperplasie polypoïde du cornet inférieur; dans un troisième, d'hyperplasie simple; dans un quatrième, d'un angiome siégeant sur le cornet inférieur droit, contenant de nombreux filets nerveux; dans les deux derniers, d'hyperplasie des cornets inférieurs. Tous les malades guérirent par le traitement dirigé contre l'affection nasale. P. TISSIER.

Traitement de l'empyème de l'antre d'Higmore, par ALFRED FRIEDLANDER. (*Berl. kl. Woch.*, n° 37, 16 septembre 1889, p. 815.)

Les recherches de Friedländer ont été faites à l'instigation de Krause.

Les affections du sinus maxillaire sont consécutives aux affections du nez ou du périoste alvéolaire. Hartmann et Fränkel croient à la plus grande fréquence de ce dernier processus. Le seul symptôme topique est la suppuration isolée d'un méat moyen. L'issue du pus par cet orifice est facilitée par la tuméfaction de la muqueuse de l'antre (Zuckerkanndl) et par certaines positions de la tête. Lorsque l'on injecte de l'iodoforme dans la cavité, celui-ci sort avec le pus dans le méat moyen. Cet orifice peut être fermé ou masqué par des hyperplasies diverses de la muqueuse. Il faut alors autant que possible le libérer, on peut pratiquer une ponction exploratrice (Schmidt, Ziem). Les divers procédés opératoires proposés ne donnent que des résultats à moitié satisfaisants. Krause ouvre l'antre d'Higmore par le méat inférieur à l'aide d'un trocart. On lave la cavité avec une solution boriquée, les liquides sortent par l'orifice naturel du méat moyen, on y insuffle ainsi de l'iodoforme en quantité suffisante pour couvrir toute la muqueuse.

P. TISSIER.

Zur Casuistik der Highmorshohlenempyeme (Contribution à la casuistique des abcès du sinus maxillaire), par A. HARTMANN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 50.)

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, depuis six mois, présentait des filets de sang dans les crachats, si bien que, malgré l'absence de symptômes physiques, plusieurs médecins diagnostiquèrent une tuberculose pulmonaire. Ultérieurement survint un écoulement par le nez, purulent et fétide, qui vint mettre sur la voie du diagnostic d'abcès du sinus maxillaire d'origine dentaire. La dent incriminée fut extraite, l'alvéole perforée, et quelques lavages pratiqués à travers cet orifice artificiel amenèrent la guérison. Les petites hémorrhagies avaient eu pour origine les granulations qui s'étaient formées à l'entrée du sinus maxillaire.

Pour répondre aux objections qui lui ont été faites contre la possibilité de la guérison des abcès du sinus maxillaire par les simples irrigations faites dans cette cavité à travers son orifice nasal, l'auteur rapporte deux nouvelles observations où cette guérison fut ainsi obtenue. Aussi maintient-il plus que jamais cette opinion, que, dans tout abcès du sinus maxillaire, on doit essayer les irrigations antiseptiques par l'orifice naturel, avant d'avoir recours à des interventions chirurgicales. T. R.

Ueber das Empyema antri Highmori (De l'empyème du sinus maxillaire), par O. CHIARI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1889, nos 48 et 49.)

On s'est peu occupé de cette affection avant 1886; cela tient à ce fait que l'on ne songeait à une accumulation du pus dans le sinus maxillaire que quand cette cavité était fortement dilatée et que le visage avait subi une déformation notable. Ziem, en appelant l'attention sur les fréquences de cette affection, a suscité de nombreux travaux. Chiari a observé 7 cas de cette affection. Dans 4 de ces cas, elle était manifestement d'origine dentaire; dans 2 autres elle l'était très vraisemblablement; dans un seul cas elle était d'origine nasale. Aussi Chiari est-il obligé de se ranger dans la catégorie des auteurs qui admettent l'origine dentaire comme de beaucoup la plus commune. Au point de vue du diagnostic, trois signes sont d'une importance capitale: un écoulement purulent se faisant périodiquement par l'une des narines, l'existence d'une périostite actuelle ou antérieure des dents du maxillaire supérieur du même côté, la constatation à

l'aide de l'examen rhinoscopique d'un écoulement du pus par l'orifice du sinus maxillaire. Dans les cas douteux, Chiari repousse le procédé de Ziem, qui recommande, dans un but de diagnostic, d'extraire une molaire et de perforer le sinus par l'alvéole. Il serait, au contraire, assez tenté d'employer le moyen recommandé par Moritz Schmidt; ce moyen consiste à perforer avec la seringue de Pravaz la paroi externe des fosses nasales, dans la partie située au-dessus du cornet inférieur, de pénétrer ainsi dans le sinus maxillaire et d'aspirer son contenu. Enfin Chiari attache peu d'importance à la percussion des parois du sinus, avec laquelle Link prétend établir le diagnostic. A propos du traitement, l'auteur passe en revue tous les procédés qui ont été recommandés pour évacuer le contenu du sinus et y pratiquer des lavages antiseptiques. Celui qu'il emploie de préférence est le procédé de Cooper, qui consiste à aborder le sinus par la bouche à travers les alvéoles dentaires. Il y pratique une petite perforation permanente et habitue ses malades à se pratiquer eux-mêmes des lavages. La guérison est ainsi obtenue en quelques mois. Chiari n'a pas encore eu l'occasion d'employer ni la méthode de Krause, qui, après évacuation du liquide, pratique dans la cavité des insufflations d'iodoforme; ni celle de Schech, qui, dans les cas rebelles, perfore largement la paroi du sinus, pratique le grattage de la muqueuse et bourre la cavité avec de la gaze iodoformée.

T. REBLAUB.

Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore,
par MICHELSON. (*Berl. kl. Woch.*, p. 725, n° 32, 12 août 1889.)

Les recherches de Ziem, B. Fränkel, Walb, Krieg, etc., ont montré que l'examen du nez pouvait suffire pour le diagnostic de l'empyème maxillaire. Michelson insiste encore sur deux éléments importants au point de vue de la diagnose : la percussion (Ignaz Lenk) et la ponction exploratrice (Tornwaldt, Moritz Schmidt). Michelson pratique à la fois l'ouverture par le méat inférieur et par l'alvéole d'une dent enlevée.

P. T.

Réséction du cartilage quadrangulaire pour la guérison de la scoliose du nez, par KRIEG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, 5 août 1889, p. 693.)

La réséction doit toujours être pratiquée du côté rétréci. L'étendue de la réséction ne peut être évaluée par la voie antérieure. Cette réséction ne suffit pas généralement, et il faut la

compléter dans un second temps. L'opération se pratique sans chloroforme avec les précautions antiseptiques.

Krieg donne la statistique de 23 opérations (8 à 44 ans).

P. T.

Oblitération congénitale des choanes, par A. ONODI. (*Berliner klin. Woch.*, n° 33, 19 août 1889.)

L'oblitération congénitale des choanes est une anomalie très rare et absolument inexpliquée. Le malade d'Onodi, âgé de 18 ans, se plaignait d'un catarrhe de la fosse nasale droite. Jamais ce côté du nez n'avait été perméable, disait-il. La cloison était fortement déviée à droite. Onodi réséqua la partie saillante. Avec le miroir on constata alors une synéchie entre la paroi et le cornet inférieur, dans le tiers moyen du nez. La choane par le rhinoscope postérieur était normale à gauche. A droite existait une excavation revêtue de muqueuse. Le diaphragme possédait trois petits pertuis superposés de haut en bas (la moyenne fournie par la synéchie), aboutissant aux trois méats correspondants, et avait par place une consistance dure, osseuse. On pratiqua la section de cette membrane et la respiration nasale devint normale.

Zuckerkindl a publié un cas analogue.

P. TISSIER.

Obstruction osseuse de deux choanes, par B. FRÄNKL. (*Berl. klin. Woch.*, n° 27, p. 625, 8 juillet 1889.)

Fränkel a déjà observé plusieurs cas analogues. L'obstruction des choanes se traduit par les signes des sténoses totales. La voix ressemble à celle des malades porteurs de végétations adénoïdes. L'atrophie des cornets permet de voir la membrane obturatrice par l'examen du nez. La sonde montre sa consistance osseuse. Anosmie; goût peu développé. Le vinaigre donne la sensation du sel. Les membranes seront percées avec un trocart.

P. TISSIER.

L'aluminium acéto-tartrique et son emploi dans les maladies du nez, par ARNOLD HOLSTE. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 676, 29 juillet 1839.)

MM. Schöffer et Lange ont employé les premiers avec succès l'aluminium auto-tartrique. En poudre, cet agent a une action légèrement caustique, il possède en outre un pouvoir antiseptique énergique (Schede). Pour les affections ulcéreuses du nez, il faut l'employer mélangé avec de l'acide borique pulvérisé

C'est un excellent moyen pour détruire la base d'implantation des polypes. Il donne aussi de bons résultats dans l'ozène et dans les rhinites hyperplasiques.

P. TISSIER.

Mycose nasale, par PAUL SCHUBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, 30 septembre 1889, p. 856.)

Schubert rappelle les faits de Langenbeek, de Virchow, et deux autres observés antérieurement par lui. La malade, dans le cas actuel, se plaint d'obstruction du nez et d'un écoulement gênant datant de plusieurs semaines.

Les deux cavités du nez étaient remplies dans le méat moyen d'une sécrétion gris verdâtre, d'odeur fétide non osseuse. La respiration nasale était difficile. On nettoya aisément le nez, la muqueuse apparut légèrement tuméfiée. Quelques insufflations d'acide borique amenèrent la guérison.

L'examen microscopique montra un mycélium abondant avec des gonidies cylindriques dont l'espèce reste indéterminée en l'absence de cultures.

P. TISSIER.

Ueber intranasale Synechien und deren Behandlung (Des synéchies intra-nasales et de leur traitement, par KRAKAUER. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 45.)

L'auteur élimine de son travail toutes les synéchies osseuses et toutes celles d'origine congénitale, pour ne s'occuper exclusivement que de ces adhérences membraneuses qui se font entre les cornets inférieur ou moyen et la cloison. Ces adhérences artificielles sont toujours d'origine chirurgicale et surviennent à la suite d'une intervention locale, le plus souvent après l'ablation de polypes du nez. Parmi ces derniers, il en est qui sont d'une extraction difficile; ce sont ceux qui siègent dans la partie postérieure d'une narine rétrécie. Les manœuvres nécessaires pour placer l'anse du polypotome déterminent des lésions de la muqueuse nasale; cette dernière se tuméfié et, pour peu que la cavité narinaire soit rétrécie, les parties situées en face l'une de l'autre se touchent et contractent des adhérences. Contrairement à l'opinion généralement reçue, l'auteur a toujours observé que ces adhérences sont épaisses et étendues: elles ont le plus souvent une étendue de 1 à 3 centimètres. Leur siège est par ordre de fréquence: entre le cornet inférieur et la cloison, entre le cornet moyen et la paroi externe, entre le cornet moyen et la cloison, entre la face inférieure ou le bord libre du cornet inférieur et le plancher des fosses nasales. En raison de l'épais-

seur et de la solidité de ces synéchies, le traitement n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Un simple coup de ciseaux ne suffit pas plus qu'on ne réussit à les sectionner d'avant en arrière avec le couteau galvanique. L'auteur n'a pas toujours réussi non plus avec un ciseau tranchant. Le moyen qui convient le mieux est celui qui consiste à sectionner en brides fibreuses d'arrière en avant au moyen d'une anse métallique à froid ou chauffée au rouge. La section faite, il faut maintenir les parties séparées l'une de l'autre; l'auteur conseille d'interposer à cet effet une petite plaque de carton.

T. R.

Ein neuer Schlingenschnürer für Nasen rachen polypen (Nouveau polypotome pour polypes naso-pharyngiens), par L. RÉTHI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1890, n° 4.)

La modification que l'auteur a apportée à l'instrument ordinaire consiste essentiellement dans ce fait que l'extrémité antérieure est articulée et est mobile dans le sens latéral. Un pas de vis commande cette articulation et permet de donner à l'anse métallique l'inclinaison nécessaire pour y faire pénétrer la tumeur. Ce temps de l'opération se trouve ainsi notablement facilité.

T. R.

Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmackes (Quelques cas de troubles de l'odorat et du goût), par E. BAUMGARTEN. (*Pester med. chirurg. Presse*, 1889, et tirage à part.)

L'auteur rapporte 3 cas d'hyperosmie ou hyperesthésie olfactive et de parosmie ou perversion de l'olfaction. Dans le premier cas, il s'agit d'une hyperosmie simple liée à une lésion des cornets chez une personne très nerveuse. Dans les deux autres cette hyperosmie s'accompagnait de perversion de l'odorat, l'un de ces malades percevant constamment une odeur de cadavre; l'autre, celle de l'acide phénique.

T. R.

La forme nasale de l'asthme bronchique, par ÉMILE BLOCH. (*Volkman's Sammlung. klinische Vorträge*, n° 344.)

La gêne de la respiration nasale amène des inspirations plus profondes et plus lentes et provoque une véritable crampe du diaphragme. L'expiration se trouvant aussi gênée, il se produit une contraction des muscles bronchiques. Tel serait le mécanisme de l'asthme bronchique d'origine nasale. Si les

accès d'asthme peuvent développer la neurasthénie, celle-ci peut aussi favoriser le développement de l'asthme. P. TISSIER.

Physiologie des cavités aériennes de la tête, par SANDMANN. (*Berliner kl. Woch.*, n° 52, p. 1135; 1889.)

Après avoir rappelé les recherches de Braum et Clasen, de Pacchen, de Sterne, de V. Mayre, sur le rôle de ces cavités dans la respiration, Sandmann rapporte les expériences qu'il fit, à l'aide d'un tambour enregistreur, dans un cas où le sinus maxillaire avait été ouvert pour un empyème. Pendant la respiration calme, il ne se montre que de faibles variations de pression, mais lorsque la respiration est forcée, les variations de pression augmentent. Une autre théorie voit dans ces cavités des appareils de résonance pour la voix (Vollolini, Trölsch). Pour l'auteur, ces cavités d'air servent à atténuer le son de la voix pour l'oreille. L'air et surtout le système des cavités aériennes, mauvais conducteur des vibrations, forment un manteau qui protège l'appareil si délicat de l'ouïe contre les sons trop intenses de notre propre voix. D'autres, enfin (Spiegel, Virchow, Muller, Froriep), considèrent ces cavités comme destinées à diminuer le poids du squelette de la tête. P. TISSIER.

Zur Operation der hypertrophischen Pharynxtonsille (Contribution à l'opération de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne), par KUHN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, n° 44.)

L'auteur présente un nouvel instrument, une pince, qui permettrait d'enlever en un seul temps et sans difficulté toutes les tumeurs adénoïdes du pharynx. T. R.

Thérapeutique actuelle du catarrhe chronique du pharynx, par R. KAFEMANN. (*Berl. kl. Woch.*, n° 40, 7 octobre 1889, p. 880.)

Le traitement des granulations pharyngées par le galvano-cautère est classique depuis Michel, 1873. Mais c'est une erreur de croire bien faire en s'attaquant à quelques granulations quand le nez ou le rétropharynx sont pris. Les cas d'insuccès ne se comptent pas dans ces conditions. L'auteur préfère l'emploi du nitrate d'argent, qu'il fait pénétrer directement dans l'intérieur de la granulation.

C'est un traitement local facile qu'il peut être indiqué d'employer, lorsque le nez et le rétropharynx sont mis hors de cause P. TISSIER.

Rétrécissement du pharynx, par B. FRANKEL. (*Berlin. kl. Woch.*, n° 27, p. 625, 8 juillet 1889.)

Il y a adhérence du voile du palais et de la paroi pharyngée postérieure, et il existe une membrane tendue de la base de la langue à la paroi pharyngée, percée d'un trou très droit. Respiration stridente. Déglutition des aliments solides impossible. Fränkel agrandit l'orifice par deux incisions. L'épiglotte était transformée en une tumeur arrondie. Il y eut ulcération et nouvelle cicatrice rétractile. On pratique la dilatation progressive; s'agit-il de syphilis acquise ou héréditaire?

P. TISSIER.

Lésions pharyngées dans la fièvre typhoïde, par BELDE. (*Inaug. dissertat. Berlin*, 1889.)

Les lésions du pharynx, peu étudiées en Allemagne, si l'on en croit l'auteur, sont fréquentes dans la fièvre typhoïde. 68 fois sur 140 cas de fièvre typhoïde le pharynx fut pris. Parmi les lésions, il faut distinguer les formes bénignes, catarrhales et graves, ulcéreuses et diphthéritiques. Le catarrhe du pharynx est aussi fréquent dans les cas bénins que dans les formes graves. Mais les inflammations diphthéritiques, croupales ou même simplement ulcéreuses ne se voient guère que dans les formes sévères.

L'auteur décrit les hyperhémies, les hémorragies, les angines catarrhales, l'amygdalite folliculaire, l'angine croupale et diphthéritique, les ulcérations et enfin les paralysies.

Les manifestations pharyngées de la fièvre typhoïde peuvent se montrer dans toutes les phases de son évolution. P. TISSIER.

Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa (De la localisation de l'angine phlegmoneuse), par CHIARI. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n° 43; 1889.)

L'auteur résume lui-même son travail dans les conclusions suivantes :

- 1° L'angine phlegmoneuse a rarement son siège dans l'amygdale et fournit, dans ces cas, des abcès, de petites dimensions le plus souvent, qui s'ouvrent spontanément à la surface de l'amygdale ou sont faciles à ouvrir;

2° Habituellement l'inflammation est localisée au-dessus et en dehors de l'amygdale qu'elle repousse en bas et en dedans, tandis que le pilier antérieur du voile du palais est fortement repoussé en avant dans la cavité buccale;

3° La suppuration, qui est de règle, sera reconnue par l'œdème de la luette et des piliers, les douleurs vives et lancinantes avec irradiations vers l'oreille et la fluctuation. Cependant ces signes peuvent induire en erreur. Dans les cas douteux, il est bon de faire une ponction exploratrice, en pénétrant directement d'avant en arrière, à 2 centimètres de profondeur au moins de la partie moyenne du pilier antérieur ;

4° Le pus bien constaté, on enfoncera un ténotome pointu ou un bistouri entouré de diachylon au milieu d'une ligne qui ira de la luette à la couronne de la dent de sagesse supérieure, à moins pourtant qu'on observe en un autre point un point saillant jaunâtre ou qu'on puisse déterminer nettement l'existence, en un autre point, d'une fluctuation manifeste. L'incision doit être parallèle au pilier antérieur ; elle sera dirigée directement en arrière et peut, sans danger, pénétrer de 1 à 2 centimètres de profondeur. Dès que le pus apparaîtra, on retirera l'instrument en débridant largement par en bas ;

5° Si l'existence du pus ne peut être établie, mais si la tension des tissus est considérable, on incisera de la même façon pour amener au moins le dégorgeement des tissus enflammés ;

6° Dans des cas rares, le pus se fait jour en un autre point ; c'est pourquoi il est indispensable de se livrer à une inspection soigneuse de la bouche, du pharynx et du naso-pharynx. On sera parfois assez heureux pour découvrir le foyer purulent.

T. R.

Sopra un caso di tonsillite follicolare acuta infettiva (Pneumocoque dans l'amygdalite folliculaire, par U. GABBI. (*Sperimentale*, avril 1889 ; analyse d'après FREUDENBERG, *Centralbl. f. kl. med.*, n° 42, p. 730.)

L'origine de l'amygdalite folliculaire reste entourée, à l'heure actuelle, de plus d'une obscurité. Certes, sa nature infectieuse est aujourd'hui bien établie, mais quel en est le microbe spécifique ? Le problème ne manque pas d'être délicat, étant donné le nombre et la multiplicité des micro-organismes qui ont dans la bouche, et plus particulièrement dans leurs cryptes amygdaliennes, leur habitat normal. Néanmoins l'amygdalite folliculaire est une maladie bien caractérisée, qui a son étiologie, son début, son évolution, sa durée même, tout à fait propres. Il n'est guère d'affections toujours plus semblables à elles-mêmes. Tout porte donc à croire à l'unité de la cause.

D'autre part, l'histoire naturelle du pneumocoque, établie

dans ces dernières années, nous a révélé les nombreuses voies par lesquelles il peut attaquer l'organisme, et établi un lien causal entre un assez grand nombre de maladies autrefois séparées, mais possédant cependant un air de famille. Début bruyant, succédant souvent à une impression de froid ; évolution rapide, crise, etc.

Le fait rapporté par l'auteur italien présente donc un intérêt considérable, en ce qu'il nous montre un des facteurs (est-ce le seul ?) de l'amygdalite folliculaire.

Au début, l'on ne put découvrir (examen direct, cultures, inoculations) que le pneumocoque de Fränkel dans l'exsudat et dans les follicules non ulcérés. Au niveau des ulcérations consécutives, Gabbi trouva le staphylococcus aureus (Fränkel a signalé le staphylococcus albus). Il s'agit, pour l'auteur, d'une infection secondaire.

Notons que MM. Cornil et Netter ont signalé la fréquence de l'amygdalite dans la pneumonie et constaté des pneumocoques dans l'exsudat qui recouvre les amygdales.

P. T.

De l'ouverture des lacunes de l'amygdale, par SCHMIDT.
(*Therapeutische Monatshefte*, 1889.)

V. Hoffmann a, le premier, conseillé de traiter certaines affections pour l'ouverture des lacunes de l'amygdale ; à l'aide d'un petit crochet mousse spécial, on pénètre dans l'intérieur de la lacune et, avec le crochet, on agrandit l'ouverture, que l'on transforme en fente. Les concrétions, calcaires ou non, qui se forment dans ces cryptes sont souvent la cause d'un état local inflammatoire ou l'origine d'accidents réflexes du côté du pharynx, du larynx, de la conjonctive, du trijumeau, etc. Le traitement d'Hoffmann, appliqué dans tous les points où il existe des concrétions (tissu adénoïde du pharynx), amène souvent la guérison.

P. TISSIER.

Cas de carcinome du corps thyroïde, par SCHEINMANN. (*Berlin. kl. Woch.*, p. 1053, 2 décembre 1889.)

Toux et enrrouement s'exagérant par périodes datant de près de deux ans. Paralyse de la corde vocale droite en janvier 1889, qui reste immobile dans la position cadavérique pendant la respiration et la phonation. La corde vocale gauche reste dans la situation médiane pendant l'inspiration et s'écarte légèrement pendant l'expiration. Voix claire. En somme, paralysie récurrentielle totale à droite, parésie partielle à gauche.

L'auteur attribue les troubles de motilité de la corde gauche à une paralysie de l'adducteur et y voit la confirmation de la théorie de Rosenbach-Semon. Cette observation s'explique tout aussi bien par la théorie plus simple que nous avons exposée ailleurs (phtisie laryngée — Gouguenheim et Tissier).

A l'autopsie, carcinome du corps thyroïde avec lésions des récurrents, dont l'examen sera ultérieurement publié. P. T.

Cancer de l'œsophage, paralysie du récurrent gauche, parésie du récurrent droit, par MARCHAND. (*Berliner kl. Woch.*, n° 34, p. 764, 26 août 1889.)

Cancer squirrheux de l'œsophage, siégeant au-dessous du larynx, ayant déterminé une sténose très serrée; ulcération communiquant par un orifice arrondi avec la trachée. Paralysie de la corde vocale droite, parésie à gauche.

Le récurrent gauche était englobé dans la masse squirrheuse, le récurrent droit était moins altéré. P. TISSIER.

Traitement de la coqueluche par la résorcine, par ANDER. (*Centralblatt f. med. Wissenschaft*, n° 40; 1889.)

Les accès disparaissent au bout de quatre à dix jours. Il prescrit la résorcine suivant l'âge, en solution aqueuse à 1/2 ou 2 0/0 à prendre par verre plusieurs fois par jour, et comme gargarisme. P. TISSIER.

Le bromoforme comme médicament de la coqueluche, par STEPP. (*Deutsch. med. Woch.*, nos 31-44; 1889.)

Stepp le donne par gouttes, et le médicament est ainsi mieux accepté par les enfants. On administre suivant l'âge de 1 à 7 gouttes, trois à quatre fois par jour. Le bromoforme est pris dans une cuiller d'eau dans laquelle il se rassemble en perle, en raison de son poids spécifique. Lorsque le médicament a une teinte rouge et renferme du brome libre, il faut le rejeter. P. TISSIER.

Traitement de la coqueluche, par F. SCHILLING. (*Munch. med. Woch.*, 1889.)

Depuis les recherches de Salkowski, les propriétés microbicides de l'eau chloroformée sont bien établies. Schilling, partant de cette idée que la coqueluche relève d'une origine microbienne, a essayé de la traiter par l'eau chloroformée, en

inhalations. L'effet fut favorable au point de vue de l'intensité, de la fréquence des accès et de la durée totale de l'affection.

P. TISSIER.

Tétanie consécutive à l'extirpation du goitre, par EISELSBERG.
(*Berlin. kl. Woch.*, p. 945, 28 octobre 1889.)

Sur 52 extirpations totales pratiquées par Billroth, la tétanie se montra 12 fois, le plus souvent précédée de grossesses. A l'autopsie, on ne trouva jamais de lésions de la moelle ni du cerveau. Chez une femme, les accès se montrent encore souvent, neuf ans après l'opération. Il y a toujours bronchite avec sécrétion visqueuse. Il y a assez souvent excitation psychique. 4 cas se terminèrent par la mort (2 extirpations pour goitre gênant la respiration, 2 autres pour cancer). Les femmes seules ont présenté de la tétanie (12 ans, 64 ans). Il ne faut incriminer que l'extirpation totale (Bardleben, Schill, Fuhr, Horsley), et non les lésions des récurrents. Sur des chats, Eiselsberg vit que l'extirpation totale provoquait toujours de la tétanie et se terminait par la mort. L'extirpation des 4/5 de la glande est mortelle. La transplantation (Horsley) ne lui a pas donné de bons résultats. On sait que Horsley pense que la glande thyroïde a pour fonction de détruire leur substance mucinoïde toxique.

P. TISSIER.

Érythème exsudatif dans les organes du cou, par SCHOETZ.
(*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 612, 8 juillet 1889.)

Willau a déjà signalé l'érythème de la bouche et du pharynx. On a publié depuis un certain nombre de cas, réunis par Polotchnoff. Dans le cas de Schoetz, le larynx et le nez furent pris. Lavage interne de la muqueuse buccale et pharyngée. Ulcération pharyngée. Larynx érythémateux et légèrement tuméfié. Tumeurs immédiatement au-dessous de la glotte, sur la paroi postérieure du larynx, à l'endroit où se développent les tumeurs de la pachydermie. Ces tumeurs s'ulcérèrent et se recouvrirent d'un exsudat jaunâtre. Sécrétion nasale purulente; ulcération superficielle du cornet inférieur; ulcération du ventricule de Morgagni à gauche; ulcérations épiglottiques. Ces lésions, qui se terminèrent par la guérison, accompagnèrent l'évolution d'un érythème exsudatif bien caractérisé. Le processus fut le suivant : infiltration et ulcération nécrosique.

Les manifestations laryngées de l'érythème exsudatif multiforme sont exceptionnelles. Ce cas serait encore unique (Lewin).

Les ulcérations s'expliquent par ce fait que les infiltrations et les tumeurs se détruisent plus facilement au niveau des muqueuses que sur la peau, mais en produisant des ulcérations plus étendues, plus profondes et moins régulières que les aphthes, bien qu'en pense Fränkel.

P. TISSIER.

Zur Pathologie d. Weiches Gaumes (Sur la pathologie du voile du palais), par FR. MÜLLER. (*Charité-Annalen*, p. 247; 1889.)

I. — *Paralysie hystérique du voile du palais.* — A propos d'un cas de paralysie du voile du palais survenue chez une jeune fille de 18 ans, ayant eu la diphthérie à 12 et à 16 ans et de fréquents maux de gorge depuis lors, et ayant débuté par de la douleur à la gorge (25 mars), de la dysphagie et un frisson, Müller admet qu'il s'agit de paralysie hystérique.

La sensibilité-était très altérée; les aliments solides et liquides ne passaient pas par le nez. Le larynx était normal; pas de troubles oculaires. Aucun autre trouble de la motilité ou de la sensibilité. Guérison rapide par le courant faradique.

Récidive le 12 mai. En juillet, aphonie par paralysie des adducteurs.

II. — *Pulsations du voile du palais dans l'insuffisance aortique.* — Les amygdales, les piliers étaient projetés vers la ligne médiane à chaque battement des carotides, chez une femme de 22 ans, atteinte d'insuffisance aortique. En même temps, la luette et le bord libre du voile subissaient une légère oscillation du synchronisme. Il y avait une angine de moyenne intensité. La rougeur subissait aussi des alternatives rythmiques de diminution et d'augmentation. Après la guérison des accidents inflammatoires, les pulsations du voile diminuèrent d'intensité sans disparaître. Müller a retrouvé pareille pulsation dans trois autres cas d'insuffisance aortique avec ou sans insuffisance mitrale.

Il ne pouvait être question de diphthérie en l'absence de fausses membranes. Les symptômes paralytiques étaient nettement limités à la gorge. La paralysie était en quelque sorte élective, puisque la déglutition était normale. Dans la seconde attaque, il y eut des troubles de la parole spéciaux. Le caractère nasonné n'existait que dans la conversation; lorsque la malade prononçait les mots qu'on lui indiquait, la voix était normale. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'aphonie hystérique, où la toux peut rester sonore. La

récidive se fit brusquement, un jour de fête, ce qui témoigne de la nature hystérique de l'affection, ainsi que l'aphonie qui survint ultérieurement.

Dans trois autres cas d'insuffisance aortique compliqués de sténoses aortique et mitrale, ce phénomène manquait.

Le mécanisme de la pulsation du voile est simple, c'est la transmission des pulsations des carotides. Le phénomène bien connu du grand capillaire explique le mouvement de recul de la luette.

L'auteur croit qu'il s'agit d'un symptôme nullement rare.

P. TISSIER.

Tuberculose de la base de la langue, par P. HEYMANN. (*Berliner kl. Woch.*, 8 avril 1889.)

Cette ulcération s'était développée dans les dernières semaines de l'existence chez un sujet de 41 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée.

P. T.

Les microorganismes de la bouche. Leur action locale et à distance, par D. MULLER. (Leipzig, 1889; in *Berl. kl. Woch.*, n° 44, 4 novembre 1889.)

La carie dentaire a pour origine le ramollissement consécutif à l'acidité qui résulte de la putréfaction des hydrates de carbone et l'envahissement par les micro-organismes de la région ramollie. A ce point de vue, les débris de pain, de sucre, de pomme de terre, sont plus nuisibles que les débris de viande.

Les micro-organismes de la bouche peuvent, en outre, déterminer des troubles dans le canal gastro-intestinal, ou même provoquer des infections diverses dans d'autres parties de l'organisme.

P. T.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Nez.

Du rhinosclérome, par Wolkowitsch (*Langenbeck's Archiv.*, Band XXXVIII, Heft 23; 1889).

Tumeur verruqueuse cornée des fosses nasales supérieures, par O. von Bünzner (Soc. des chir. Berlin, séance du 3 juin; in *Berlin. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).

Tumeur du naso-pharynx, par Zaufal (*Cent. Verein, Deuts. Aertzte in Böhmen*, Pilsen, 14 juillet; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 23 juillet 1889).

Emploi de l'aluminium acético-tartrique dans les affections nasales, par A. Holste (*Berl. klin. Woch.*, 29 juillet 1889).

Malformations des cartilages du nez, par Lewin (*Deuts. med. Woch.*, 20 juin 1889).

Angiome de l'antre d'Highmore, par Lücke (*Deuts. med. Woch.*, 30 mai 1889).

Rhinite syphilitique ulcéreuse, par Michelson (*Fortschritt der Med.*, 15 juin 1889).

De la rhinite fibrineuse, par Seifert (*Munch. med. Woch.*, 4 juin 1889).

Un cas intéressant d'obstruction des choanes, par A. Onodi (*Berl. klin. Woch.*, 19 août 1889).

Note sur l'essai de ponction de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).

L'éclairage électrique de l'antre d'Highmore dans les cas d'empyème, par T. Heryng (*Berl. klin. Woch.*, 2 et 9 septembre 1889).

Du lavage de l'antre d'Highmore, par Jelenffy (*Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Traitement électrique de l'ozène, par Kafemann (*Verein f. wissenschaft. Heilk.*, Königsberg, 15 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

Fibrome du naso-pharynx, par Michelson (*Verein f. Wissenschaft. Heilk.*, Königsberg, 29 avril; in *Berlin. klin. Woch.*, 2 septembre 1889).

De la nature de l'ozène, avec quelques remarques sur la métaplasie épithéliale, par K. Schuchardt (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, n° 340; 1889).

De la thérapeutique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. Friedländer (*Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).

Des opérations pratiquées sur les nez trop étroits et obliques, par Trendelenburg (*Niederrheinische Gesellsch.*, Bonn, 19 novembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).

Des maladies intra-oculaires au cours d'affections du nez, par Ziem

(*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1889, et *Berliner klin. Woch.*, 23 et 30 septembre 1889).

Un nouveau miroir nasal, par Jelenffy (*Berlin. klin. Woch.*, 23 septembre 1889).

Champignon du nez, par P. Schubert (*Berl. klin. Woch.*, 30 septembre 1889).

Nouveau manuel opératoire pour enlever les polypes naso-pharyngiens, par Baracz (*Deuts. med. Woch.*, 22 août 1889).

Eczéma des fosses nasales, par Herzog (*Archiv. für Kinderheilk.*, n° 3, 1889).

Syphilis du nez, par Lublinski (*Deuts. med. Wochens.*, 18 juillet 1889).

Des végétations adénoïdes du naso-pharynx chez les adultes, par Scholz (Breslau, 1889).

De l'épistaxis spontanée, par A. Zander (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

De la fréquence de certaines névroses cardiaques consécutives aux affections nasales, par S. von Stein (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre et octobre 1889).

Quelques cas de guérisons d'épilepsie réflexe du nez, par Schneider (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).

Les opérations rhino-laryngologiques depuis l'emploi de la cocaïne, par B. Fränkel (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889, et *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 26 novembre 1889).

Sur la perforation du septum nasal, par Rosenfeld (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Remarques sur la tuberculose du nez et de la cavité bucco-pharyngienne, par P. Michelson (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Occlusion osseuse bilatérale congénitale des choanes. Méthode d'opération, par Eulenstein (*Deuts. med. Woch.*, n° 39, 1889).

Signification de l'obstruction de la respiration nasale, en particulier chez les enfants, par M. Bresgen (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Traitement de l'emphyème de l'antre d'Highmore, par H. Krause (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Ablation de polypes du nez, par Goldschmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Tumeur de la cavité nasale. Présentation du malade, par K. Vohsen (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Tuberculose de la membrane muqueuse du nez, par Seifert (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Quand et dans quelles limites le traitement local des affections du nez et de la gorge dans les villes d'eaux est-il indiqué? par Haupt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

Contribution au diagnostic des projections de la membrane muqueuse sur le bord libre postérieur du septum nasal, par Reuter (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryngol. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Caries du nez, par Kahsnitz (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Sur l'emphyème chronique de l'antre d'Highmore, par O. Chiari (Soc.

imp. royal des méd. de Vienne, séance du 25 octobre, *Wiener klin. Woch.*, 28 novembre et 5 décembre 1889).

Des synéchies intra-nasales et de leur traitement, par Krakauer (*Deuts. med. Woch.*, n° 43; 1889).

Bégayement, surdité et céphalalgie. Guérison par l'ablation de végétations adénoïdes du pharynx nasal, par M. Braun (*Wiener klin. Woch.*, 14 novembre 1889).

Syphilis du nez, par J. Neumann (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 19 novembre 1889).

Des affections métastatiques au cours des maladies du nez, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., novembre 1889).

Du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par J. Link (*Wiener klin. Woch.*, 19 décembre 1889).

Coccalisation des narines et de la cavité naso-pharyngienne, par H. Zwaardemaker (*Arch. f. Ohrenh.*, décembre 1889).

Casuistique de l'empyème de l'antre d'Highmore, par A. Hartmann (Section otol. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Du traitement des verrues du nez et de la face, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., décembre 1889).

Rhinoscopie postérieure de la tête pendant dans les cas d'opérations sur la cavité naso-pharyngienne, par C. Dorn (*Monats. klin. Ohrenh.*, etc., décembre 1889).

Un cas de rhinolithé, par F. Rohrer (*Wiener f. Woch.*, 9 janvier 1890).

Bacilles du rhinosclérome, par R. Paltauf (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 10 janvier; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 21 janvier 1890).

Modification particulière de la cloison nasale d'un cheval, par H. J. Hamburger (*Arch. f. Path. Anat.*, CXVII, Heft 2, 1889).

Un nouveau serre-nœud pour les polypes du naso-pharynx et l'hyperthrophie polypoïde des cornets, par L. Rothi (*Wiener klin. Woch.*, 22 janvier 1890).

Extirpation des tumeurs fibreuses des fosses nasales, par Bartha (*Int. klin. Rundschau*, 8 décembre 1889).

Traitement des affections du nez et des cavités voisines par les pulvérisations sèches, par M. Bresgen (*Deuts. med. Woch.*, 12 décembre 1889).

Contribution à l'étude des affections syphilitiques du pharynx nasal, par P. Gerber (Königsberg, 1889).

Traitement et prophylaxie de l'ozène, par Berliner (*Deuts. med. Woch.*, n° 51; 1889).

Le trajet de l'air respiratoire dans les fosses nasales, par R. Kayser (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XX, Heft 2).

Traitement post-opératoire des fosses nasales, par Suchannek (*Therap. Monatsh.*, n° 12; 1889).

Le sondage des cavités voisines du nez, par Hansberg (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier 1890).

Emploi et action de l'acide trichloracétique dans les maladies du nez et de la gorge, par Ehrmann (*Münch. med. Woch.*, 4 mars 1890).

Lupus des muqueuses, par Behrend (Soc. de dermat. de Berlin, séance du 4 mars).

Nouveau procédé de rhinoplastie, par Ammann (*Münch. med. Woch.*, 4 mars 1890).

Nouvelles méthodes de rhinoplastie, par Cohausz (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

De l'ozène, par M. Cohn (*Dissert. Inaug.*, Berlin, 1889).

Sur un cas de sarcome endothélial du sinus frontal, par Herold (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).

- Des végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Stock (*Dissert. Inaug.*, Würzburg, 1889).
- Anatomie du naso-pharynx, par Poelchen (*Virchow's Archiv.*, B. CXIX, 1890).
- Ueber eine typische Form von Schleimhautgeschwulst (*lateralen Schleimhautwulst*) an der ausseren Nasenvand (Sur une forme typique de polype muqueux de la paroi externe du nez), par Em. Kauffmann (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier, mars, mai et juin 1890).
- Tuberculose nasale, par Lukasiewicz (Soc. de dermat. de Vienne, séance du 19 mars; in *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 8 avril 1890).
- De la tuberculose nasale, par Mertens (*Inaug. Dissert.*, Wurtzbourg, 1889).
- De la spirothérapie, par Neudörfer (*Wiener klin. Woch.*, 10, 17 et 24 avril 1890).
- Dermoïde du nez, par F. Bramann (*Arch. f. klin. Chirurg.*, mars 1890).
- Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase (Phénomènes de réaction consécutifs aux opérations intra-nasales), par L. Treitel (*Berliner klin. Woch.*, 21 et 28 avril 1890).
- Nouveau procédé d'irrigation nasale, par Pins (IX^e Congrès de méd. int., tenu à Vienne du 15 au 18 avril 1890).
- Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der tonsilla pharyngea und der aprosaxia nasalis (Recherches sur les cavités nasale et pharyngienne de 2,238 enfants des écoles, et en particulier sur l'amygdale pharyngée et l'aprosaxie nasale), par R. Kafemann (A. W. Kafemann, éditeur, Dantzig, 1890).
- Kyste osseux du cornet moyen de la nariqe droite, par B. Fraenkel (Soc. de méd. de Berlin, séance du 7 mai 1890).

Pharynx et Varia.

- Erythème exsudatif des organes du cou, par Schœtz (*Berl. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).
- Rétrécissement du pharynx, par B. Fraenkel (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 10 mai; in *Berl. klin. Woch.*, 8 juillet 1889).
- Des paralysies bulbaires hémilatérales et des modifications qu'elles apportent au palais, à l'arrière-bouche, à l'os hyoïde et au larynx, par S. H. Scheiber (*Berl. klin. Woch.*, 15 juillet 1889).
- Contribution à l'étiologie du cancer de l'œsophage, par A. Röpcke (In-8°, 12 pages, Lipsius et Tischer, Kiel, 1889).
- Des tumeurs bénignes de la langue, par Kirchhoff (*Deuts. med. Woch.*, n° 23, 1889).
- Guérison d'un carcinome du pharynx, par Kærte (*Wiener med. Presse*, 26 mai 1889).
- Contributions à l'étude des tumeurs de la langue, par Strock (*Dissert. Inaug.*, Kiel, 1889).
- De l'opération et du pronostic du cancer de la langue, par Volkmann (*Deuts. med. Woch.*, 30 mai 1889).
- Quelques réflexions sur le traitement local de la diphtérie du pharynx, par S. Bloch (*Prager med. Woch.*, 10 juillet 1889).
- Contribution à l'étude de la parotite, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juillet 1889).
- Polype congénital pileux du pharynx, par R. Otto (*Arch. f. Pathol. Anat.*, Band CXV, 2, 1889).
- Traitement de la diphtérie par le sublimé, par Rennert (*Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).

Carcinome de l'œsophage, par Marchand (*Aertzi. Verein. zu Marburg*, 12 décembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 26 août 1889).

Extirpation de la glande thyroïde chez les chiens, par Ribbert (*Nieder-rheinische Gesellschaft*, Bonn, 19 novembre 1888; in *Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1889).

Statistique de la diphtérie, par Brasch (*Deuts. med. Zeit.*, n° 17, 1889).

Statistique de la diphtérie à Berlin, de 1886 à 1888, par Wachsmuth (*Allg. med. Central. Zig.*, n° 20, 1889).

Traitement iodique de l'actinomycose rétropharyngée et parotidienne, par Jong (*Zeits. für Chir. Med.*, XIV, 4, 6, 1889).

Contribution à l'étude des sinus du pharynx humain, par Kostanecki (*Virchow's Archiv.*, n° 1, 1889).

Carcinome de l'œsophage, par Alsberg (*Münch. med. Wochens.*, n° 26, 1889).

De la thérapeutique actuelle du catarrhe chronique du pharynx, par R. Kafemann (*Berliner klin. Woch.*, 7 octobre 1889).

Étude du bacille de la diphtérie, par Zarniko (*Cent. f. Bakter.*, n° 6, 1889).

Paralysies étendues consécutives à la diphtérie, par D. Hansemann (*Arch. f. Pathol. Anat.*, Band III, 1889).

Traitement des amygdalites diphtériques, par Haberkorn (*Cent. f. Chir.*, 10 août 1889).

Recherches expérimentales sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde, par Drobnik (*Arch. f. Experim. Pathol. und Pharmakol.*, p. 136, 1889).

Sur la localisation de l'angine phlegmoneuse, par O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 24 octobre 1889).

Diphtérie accompagnée d'érythème exsudatif multiforme, par A. Kühn (*Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).

Communications sur la diphtérie, par Hensch (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 14 octobre; in *Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).

Tétanie à la suite de l'extirpation des goîtres, par von Eiselsberg (Sect. de chir. de la 62^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, septembre 1889; in *Berliner klin. Woch.*, 28 octobre 1889).

Maladie de Basedow, par H. Nothnagel (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 29 octobre, 5 et 12 novembre 1889).

Traitement de la diphtérie, par Langstein (*Prager med. Woch.*, n° 32, 33 et 34, 1889).

De l'entaillage des amygdales, par M. Schmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889, et therap. monatshefte., n° 10, 1889).

Traitement du goitre par l'iode, par Heymann (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhinol., Heidelberg, septembre 1889).

Traitement de la pharyngite phlegmoneuse, par Helbing (62^e réunion de la Soc. des méd. et nat. allemands; section de laryng. et rhin., Heidelberg, septembre 1889, et *Munch. med. Woch.*, n° 41, 1889).

Modification du crochet palatin de Barth, par M. Schmidt (62^e réunion des méd. et nat. allemands; section de lar. et rhin., Heidelberg, septembre 1889).

L'électrolyse, son action et son effet sur les tissus solides, par A. Kuttner (*Berliner klin. Woch.*, 11, 18 et 23 novembre 1889).

Un nouvel accumulateur pour la galvano-caustique, par Kuhn (*Deuts. med. Wochens.*, n° 43, 1889).

Sur l'opération de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par Kuhn (*Deuts. med. Woch.*, n° 44, 1889).

Diphtérie et croup, par F. Goldschmidt (*Centralblatt f. klin. Med.*, 30 novembre 1889).

Communication sur un cas de carcinome du cartilage thyroïde, par

Scheinmann (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 18 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 2 décembre 1889).

Traitement de la coqueluche, par A. Beltz (*Archiv. f. Kinderheilk.*, n° 5, 1889).

Pharyngite chronique, par L. Wolff (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., novembre et décembre 1889).

De la thérapeutique de la respiration buccale, par Vohsen (Section otol. de la 63^e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg, 21 septembre 1889).

Complications graves de l'influenza (Thyroïdite aiguë avec paralysie du sympathique droit du cou), par Holz (Soc. de méd. de Berlin, séance du 8 janvier; in *Berliner klin. Woch.*, 27 janvier 1890).

Du traitement de la diphtérie, par Schendel (*Berl. klin. Woch.*, 10 février 1890).

Diphtérie et croup en Prusse, de 1875 à 1882, par L. Brühl et E. Iahr (Hirschwald, éditeur, Berlin 1889).

Recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques sur l'influenza et ses complications, par Weichselbaum (Soc. imp. royale de Vienne, séance du 31 janvier, et *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 11 février 1890).

Bactériologie de l'influenza, par E. Levy (*Berl. klin. Woch.*, 17 février 1890).

L'état actuel de la question du développement de la diphtérie, par Loeffler (*Deuts. med. Woch.*, 30 janvier 1890).

De la thérapeutique de la diphtérie, de la coqueluche et de la tuberculose, par Halter (*Allgem. med. Cent. Zeit.*, 12 février 1890).

Sténose œsophagienne consécutive à un empoisonnement par l'acide sulfurique, par Mikulicz (Soc. des sciences méd. de Königsberg, séance du 9 décembre 1889; in *Berl. klin. Woch.*, 10 mars 1890).

Cinq nouveaux cas d'actinomycose, par W. von Noorden (*Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns, Czerny, Krælein und Socin*, vol. V, 1889).

De l'extirpation du goitre dans la maladie de Basedow, par R. Stierlin (*Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns, Czerny, Krælein und Socin*, vol. V, 1889).

De l'éclairage électrique par transparence des cavités du corps, par K. Vohsen (*Berliner klin. Woch.*, 24 mars 1890).

Recherches sur le bacille de la diphtérie, par V. Babes (*Virchow's Archiv.*, mars 1890).

La diphtérie et la fièvre typhoïde à Berlin, par Virchow (Soc. de méd. de Berlin, séance du 12 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 31 mars 1890).

Recherches sur les poisons bactériens, par Brieger et C. Franke (*Berl. klin. Woch.*, 17 et 24 mars 1890).

Un cas rare de cancer du pharynx, par W. Lublinski (Soc. de méd. de Berlin, séance du 12 mars; in *Berliner klin. Woch.*, 31 mars 1890).

La diphtérie à l'hôpital des enfants de Nuremberg pendant l'année 1888, par Knopf (*Munch. med. Woch.*, 18 février 1890).

Les derniers travaux sur l'étiologie de la diphtérie, par R. Paltauf (*Wiener klin. Woch.*, 3 et 17 avril 1890).

Anatomisches und therapeutisches über den Fornix pharyngis (Anatomie et thérapeutique de la voûte pharyngienne), par R. Kafemann (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mars 1890).

Un cas rare de cancer de l'œsophage, par Bischof (*Munch. med. Woch.*, 25 mars 1890).

Sténose de l'œsophage chez un tuberculeux, par Weisbach (Soc. des méd. milit. de la garnison de Vienne, séance du 22 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 10 avril 1890).

Oesophagostomie, par Graser (XIX^e congrès de la Soc. allemande de chir. tenu à Berlin, du 9 au 12 avril 1890).

Suture du voile du palais sans section des muscles qui s'y trouvent, par J. Wolff (Soc. méd. de Berlin, séance du 7 mai 1890).

Etiologie de la diphtérie, par Klein (*Cent. f. Bakter. und Parasit.*, 14 avril 1890).

NOUVELLES

Nous lisons dans le *British medical Journal* que, lors du 10^e Congrès des otologistes de l'Allemagne du Sud, de l'Autriche et de la Suisse qui s'est tenu à Nuremberg, durant la semaine de la Pentecôte, les D^{rs} Walb, de Bonn, et Truokenbrot ont proposé de fonder une *Société allemande d'otologie*. Cette motion a été acceptée à l'unanimité et un comité organisateur nommé.

Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'un nouveau journal intitulé : les *Annales de la Polyclinique de Toulouse*, fondé et dirigé par un groupe de médecins, au nombre desquels figure le D^r Charazac pour la laryngologie, l'otologie et la rhinologie.

Nous venons de recevoir le premier numéro d'un journal de spécialité mensuel, intitulé : *Il Sordomuto*, publié à Milan sous la direction de notre distingué confrère, le professeur G. Longhi.

Nous avons reçu le programme de la 19^e session de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, qui s'ouvrira à Limoges le 7 août 1890; dans la section des sciences médicales présidée par le professeur Teissier, de Lyon, nous relevons les communications suivantes intéressant les lecteurs des *Annales* :

La diphthérie, par le Dr Delthil, de Paris; présentation d'un malade opéré de polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable, par Chénieux, de Limoges; des névroses réflexes d'origine nasale, par E.-J. Mouro, de Bordeaux.

L'Association britannique de Laryngologie et Rhinologie s'est réunie à Londres le 13 juin 1890. Voici les titres des communications qui y ont été faites :

I. Lupus du larynx et du pharynx. — II. Tumeurs du larynx, par Gordon Holmes. — Photographies présentées par Lennox-Browne. — Présentation d'un malade, par Mark Hovell. — Deux cas de langue noire, par Stoker. — Classification des affections intra-nasales et naso-pharyngiennes, par Lennox-Browne. — Polype naso-pharyngien, par C. Warden. — De l'emploi du foret dentaire dans le traitement des déviations et des crêtes de la cloison nasale, par A. Bronner.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Massage de la membrane du tympan et des osselets dans le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par A. BRONNER. (Extrait du *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890.)

Contribution à l'étude des névrites acoustiques dans la méningite, par G. GRADENIGO. (Extrait des *Arch. int. de Laring. Otol. y Rinol.*, n° 3, 1890.)

Electro-acoumètre. Nouvelle méthode pour la recherche de la surdité dans les conseils de milice et de revision, par le D^r CHEVAL. (Broch. de 18 pages; impr. Mounom, Bruxelles, 1890.)

Etude sur les laryngoplégies unilatérales. Leur valeur diagnostique, par R. MONCORGÉ. (*Thèse de Lyon*, impr. Pitrat, Lyon, 1890.)

Die Lähmungen der Kehlkopf musculatur im Verlaufe der Tabes dorsalis (Paralysies des muscles du larynx dans le tabes dorsal), par R. DNEYRUSS. (Tirage à part des *Virchow's Archiv f. path. Anat. u. f. klin. med.*, 120 Band, 1890.)

Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier, multiples et indurées, par A. ROYER. (Extrait des *Annales de Dermat. et syphil.*, Paris, 1889.)

Uric acid diathesis in affections of the eyes, ear, throat and nose (Diathèse urique dans les affections des yeux, de l'oreille, de la gorge et du nez), par W. CHEATHAM. (Extrait de *The American prakt. and News*. 1890.)

De l'étiologie de l'otite moyenne. Contribution expérimentale, par G. BORDONI-UFFREDUZZI et G. GRADENIGO. (Extrait de l'*Arch. per le sc. med.*, vol. XIV, n° 12, 1890.)

Un cas d'athérome du conduit auditif externe, par le D^r CORRADI. (Extrait du *Boll. per le malatt. dell' orecchio, gola e naso*, n° 2, 1890.)

Observations sur les résultats de l'examen au diapason, relativement surtout aux maladies de la portion mastoïdienne du temporal, par C. CORRADI. (Extrait de la *Revue de laryng., otol. et rhinol.*, 1890.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 71.7.90.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE A FORME
SCLÉREUSE ET VÉGÉTANTE

Par MM. le Dr **GOUGUENHEIM**, Médecin de l'hôpital Lariboisière,
et **J. GLOVER**, ancien Interne de la Clinique laryngologique
de l'hôpital Lariboisière.

I

Anatomie pathologique. — Etude clinique.

Depuis la publication du mémoire de Heryng sur la curabilité de la phthisie du larynx (1), la possibilité d'un traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, longtemps abandonnée au seul traitement médical, a été reconnue et admise par un certain nombre de laryngologistes.

Et à l'heure actuelle, beaucoup de spécialistes, en présence de certains cas de laryngite tuberculeuse, tendent à s'adresser aux méthodes chirurgicales pour perfectionner les résultats obtenus par des soins médicaux et qu'ils estiment insuffisants.

S'il est assez délicat de chercher à établir une limite différentielle à peu près exacte entre la médecine et la chirurgie du larynx, il paraît vraisemblable cependant que tel larynx sera traité plus favorablement, et dans certains cas, par les cautérisations au chlorure de zinc, à l'acide chro-

(1) **HERYNG**, *la Curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical*. — Etude anatomo-pathologique et clinique. (Traduit de l'allemand par Schiffers, de Liège. Paris, 1888.)

mique, à l'acide lactique (Krause) et les antiseptiques, traitements communément reconnus comme traitements médicaux, tandis que pour tel larynx, et dans certains cas encore, il conviendra mieux d'avoir recours aux curettages, aux extirpations partielles, toutes méthodes qui constituent un traitement chirurgical à proprement parler.

Nous nous sommes trouvés en présence de quelques-uns de ces cas de laryngite tuberculeuse justiciables d'une tentative de traitement chirurgical. Nous voulons parler de cas de laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante. Sur 22 malades atteints de cette forme de laryngite et que nous avons tous suivis avec soin, 4 seulement ont été traités chirurgicalement. Les autres ont été soignés par les divers pansements cités plus haut. Le traitement général chez tous était formulé suivant les indications individuelles.

Parallèlement à un examen attentif de l'état général du malade, nous avons enregistré chaque fois que cela paraissait nécessaire l'image pathologique du larynx sur des figures en pointillé de l'image normale et préparées d'avance. On pourra donc suivre facilement les modifications les plus minutieuses apportées dans l'état local par le traitement.

Nos malades traités chirurgicalement sont trop peu nombreux pour que nous cherchions à déduire des faits que nous fournissons une appréciation générale de certaines méthodes chirurgicales.

Nous désirons seulement apporter une contribution aux travaux de ce genre.

Les faits que nous avons observés, jugés à leur juste valeur, nous ont permis de reconnaître que :

1° L'emploi répété, à de brefs intervalles, de la pince coupante à longue gouttière et de l'emporte-pièce pour le larynx n'offre aucun danger, lorsqu'il est bien réglé. La manœuvre de ces instruments n'est cependant facile qu'une fois faite l'éducation de l'œil et de la main.

2° Il est donc logique qu'on cherche à mettre à profit les avantages fournis par ces instruments pour l'extirpation du tissu pathologique dans cette forme de laryngite tuberculeuse que nous envisageons.

Cette méthode de traitement chirurgical peut satisfaire entièrement les indications d'un *traitement symptomatique palliatif*, car la *dyspnée*, la *dysphagie* et l'*aphonie*, conséquences fréquentes de la présence de ces lésions dans un larynx tuberculeux, sont susceptibles d'être atténuées d'une façon évidente par l'extirpation.

3° Il semble enfin vraisemblable que dans certains cas le traitement chirurgical par l'extirpation serait avantageusement complété par un curettage susceptible, en évacuant les foyers caséeux, de modifier les tissus, d'éloigner et de supprimer peut-être les récidives, de faire de la plaie opératoire, en somme, une plaie de bonne nature à tendance cicatrisante, tout comme cela paraît se produire d'après Heryng pour les ulcérations tuberculeuses du larynx curettées. Nous n'avons pas entrepris de pratiquer cette méthode dans les cas qu'Heryng opérât.

Anatomie pathologique.

L'aspect sous lequel se présente ce tissu morbide est bien caractéristique pour un œil habitué aux examens laryngoscopiques. MM. Gouguenheim et Tissier en ont donné la description complète dans leur traité de la phthisie laryngée. Nous nous bornerons à la résumer. Ce sont des saillies, de grandeur variable, mamelonnées, villeuses, friables, à surfaces imprégnées de mucosités blanchâtres. Ces excroissances peuvent recouvrir toute la région aryténoïdienne, surtout vers le milieu, et s'étendent même au-dessous de la glotte. Celle-ci peut être envahie, et alors on a l'image d'une surface irrégulière à peu près continue de toute la surface postérieure du larynx; les lignes normales sont effacées, et, en raison de cet aspect, toute la région aryténoïdienne se trouve remarquablement déformée.

La texture est toujours la même: ce sont des hypertrophies papillaires, développées sur la muqueuse tuberculeuse à l'occasion d'une action irritative ou inflammatoire. Nous avons relevé dans nos observations quelques-unes de ces causes d'irritation locale auxquelles nous attachons une cer-

taine importance : l'usage immodéré de la voix, les excès alcooliques, l'impression du froid.

L'examen histologique des végétations enlevées nous a constamment donné les résultats suivants : *Couches corticales* : une couche cornée d'éléments épithéliaux plats et tassés ; au-dessous de cette couche superficielle s'étagent des rangées régulières de cellules épithéliales de même nature, mais plus larges, moins serrées, constituant la zone papillaire. Le *Corps* est représenté par un reticulum conjonctivo-vasculaire plus ou moins dense. *Région profonde ou terminale* : au point d'implantation des excroissances les plus récentes, il existe des granulations tuberculeuses en voie d'évolution. Deux coupes traitées par la réaction d'Ehrlich ne nous ont pas révélé l'existence des bacilles tuberculeux ; il nous paraît cependant possible d'en dénoncer la présence en pareil cas. Le tissu morbide ancien présente dans son reticulum conjonctif central des foyers tuberculeux caséifiés ou en voie de caséification.

Nous avons coloré au picro-carmin et à l'hématoxyline.

Les papilles hypertrophiées constituant comme une enveloppe cornée aux bourgeonnements de la muqueuse épaissie et tuméfiée par des tubercules infiltrés n'entrent que pour une part seulement dans la formation du tissu pathologique proliférant. On ne peut pas dire qu'elles le représentent tout entier à elles seules. En sorte que le *papillome* (Cornil et Ranvier) du larynx tuberculeux, ou l'*hypertrophie papillaire irritative*, que l'on rencontre dans la *métamorphose dermoïde de Forster*, le papillome laryngien, disons-nous, ne paraît pas être une tumeur d'une nature spéciale, individuelle, mais semble bien plutôt, par certains de ses caractères anatomiques, représenter vis-à-vis de la tuberculose de la muqueuse comme la résultante d'une production inflammatoire et non néoplasique (1) (voir Pl. V).

(1) Voir à ce sujet :

QUÉNU, article TUMEURS, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. Paris, 1890, p. 352.

CORNIL et RANVIER, *Histologie pathologique*.

VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*.

LUCKE, PITHA et BILLROTH.

Nous n'abandonnerons pas le terme papillomes, qui revient à tout instant dans la description, mais nous ne l'emploierons qu'en lui attribuant la signification pathologique que nous venons d'exposer.

Telle nous semble en somme la nature du tissu pathologique auquel nous nous attaquons par le traitement chirurgical.

Y a-t-il inconvénient ou avantage à le faire? C'est ce que nous voulons soumettre à l'appréciation en exposant nos tentatives opératoires (1).

Étude clinique.

La laryngite tuberculeuse scléreuse avec productions végétantes est relativement fréquente, de l'avis commun des auteurs.

Nos malades sont tous des adultes. Ils sont âgés de vingt-cinq à quarante ans pour la plupart.

HEURTAUX, article TUMEUR, in *Dict. de méd. et chir. prat.*

MAURIAC, article VÉGÉTATION, in *ibidem*.

MOLLIÈRE, article PAPILLOME, in *Dict. des sc. méd.*

SECHEYRON, *Arch. méd.*, 1886.

BESNIER, Note ajoutée dans Kaposi, t. II.

NOTIN, *Thèse Paris*, 1883.

ONNKOWSKY, *Organismes dans les néoplasmes papillaires*. Paris, 1886.

MAJOCCHI, article TOMASI CRUDELI, in *Anat. path.*, t. I, 82.

CARTAZ, LUC, *Arch. de laryng. et de rhinol.*, t. II, 1889.

(1) Ajoutons qu'il existe outre cette variété de lésions une forme particulière de phthisie laryngée primitive, isolée pour la première fois par MM. Gouguenheim et Tissier dans leur *Traité*. Plusieurs auteurs avaient d'ailleurs publié déjà des faits isolés de même ordre. Ces petites tuméfactions primitives présenteraient tous les caractères histologiques de la tuberculose à différentes périodes de son évolution. C'est cette forme de tuberculose laryngée qu'on appelle polypeuse ou végétante; d'autres auteurs disent: tumeurs tuberculeuses du larynx, phthisie laryngée pseudo-polypeuse. Voir :

ARIZA, La tisis laryngea (*Anfiteatro anatomico español*, 1877, p. 149, et 1878, p. 135). — La tuberculosis laryngea poliposa y végétante (*Resena del 5.º Ejercito del Instituto de terapeutica*. Madrid, 1885, p. 365).

ISAMBERT, *Ann. des mal. de l'oreille*, II, p. 175.

JOHN NOLAND MACKENZIE, Tubercular tumours of the windpipe (*Arch. of med. New York*, VIII, n.º 2, 1887).

SCHNITZLER, *Wiener med. Presse*, 8 avril 1883. Cas communiqué au Congrès de Copenhague, août 1884.

PERCY KIDD, Cas de végétation laryngée tuberculeuse primitive, in *Transactions de la Clinical Society*. — Note on tuberculous tumours of the larynx (*St Bartholomew's hosp. rep.*, XXI, p. 37, 1885).

FOA, LUBLINSKI, SCHAEFFER, BONOME, DEHIO, HERVING, HUNTER, MACKENZIE, HERVING.

L'alcoolisme en premier lieu, le sédentarisme et le défaut d'hygiène constituent les causes occasionnelles générales du développement de la diathèse chez eux. Dans quelques cas, la prédisposition héréditaire semble devoir venir s'ajouter à ces causes déterminantes multiples de tuberculose acquise.

Les causes déterminantes locales sont représentées par des irritations laryngiennes dues souvent aux excès alcooliques ou aux exigences de la profession, avons-nous dit. Quelques malades, forgerons, boulangers, sont exposés à des températures variant spontanément avec le déplacement, avec la cessation ou la reprise du travail. D'autres, crieurs de journaux, charretiers, etc., se trouvent dans la nécessité de faire un usage immodéré de leur voix en criant à travers les rues. Nous pensons que le passage d'une colonne d'air dans le larynx, d'abord très chaude, puis tout à coup très froide, vient influencer défavorablement la surface muqueuse, déjà malade par le fait de la tuberculose de nos sujets. Nous avons la même opinion en ce qui concerne les individus qui font fonctionner outre mesure leur appareil phonateur, mobilisant ainsi par des contractions brusques et répétées la région aryénoïdienne et les cordes vocales enflammées.

Tous nos malades sont atteints à un degré variable de tuberculose pulmonaire, et les manifestations thoraciques ont précédé d'un intervalle de temps plus ou moins long les accidents inflammatoires du larynx. De plus, fait important à établir au sujet de l'évolution primordiale de l'élément tuberculeux dans le larynx, tous avaient déjà de la laryngite quand sont survenus les troubles occasionnés par la présence du tissu morbide proliférant.

Au début, la maladie n'offre à considérer que les signes ordinaires d'une laryngite commençant : rougeur de la muqueuse, enrouement, dysphagie peu marquée.

L'enrouement devient, avec le temps, de la dysphonie ; puis un jour, à la suite d'un événement sans importance, comme le passage d'un milieu plus chaud dans un milieu plus froid, à la suite d'un excès de boisson, la dysphonie

devient de l'aphonie, qui peut rester permanente. Les malades ont de la toux, de l'expectoration colorée ou non, de la dysphagie, qui est quelquefois assez intense et gênante pour qu'ils n'hésitent plus à se faire soigner. Jusque-là, en effet, ils s'inquiétaient peu de leur état ; plus tard, la difficulté de la respiration apparaît et rend le sommeil plus difficile ; c'est à ce moment que, par l'examen du tissu morbide du larynx, on constate la présence du tissu pathologique proliférant, sur l'aspect duquel nous n'avons pas à revenir.

L'évolution des accidents est lente. Ce n'est qu'après un an ou deux de laryngite que ce tissu se prononce, amenant les symptômes dont nous avons parlé plus haut.

La maladie présente des rémissions, et ces rémissions peuvent même être assez prolongées pour que le malade, bien qu'enroué, aphoné et incommodé par un certain degré de dysphagie, vive en une tranquillité parfaite avec un état général assez bon, et ne ressemblant en rien par conséquent à celui des tuberculeux cachectiques ordinaires.

Si la maladie est abandonnée à son évolution naturelle et s'il y a prédominance évidente des accidents laryngés sur les accidents thoraciques, le malade court le risque de succomber à un accès de suffocation produit par la sténose de la glotte et l'immobilisation mécanique des cordes vocales. Les progrès d'une dysphagie prononcée, due à l'aryténoïdité tuberculeuse végétante, peuvent aussi causer la mort par l'affaiblissement graduel occasionné par la difficulté d'alimentation.

Si, au contraire, la maladie, au lieu d'être abandonnée à son évolution naturelle, est attaquée à temps par une intervention chirurgicale prudente, sa marche peut être en quelque sorte enrayée, ou du moins l'issue malheureuse longtemps retardée.

Avant d'étudier ce mode de traitement pour en retenir ce qu'il offre de meilleur à mettre en pratique et d'exposer les résultats qu'il nous a fournis, disons en terminant un mot du diagnostic de la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante.

II.

Diagnostic.

Le diagnostic est facile quand les signes d'une laryngite chronique scléreuse végétante que nous avons établis existent en même temps que ceux d'une tuberculose pulmonaire avérée.

Le diagnostic devient plus délicat à établir quand les lésions pulmonaires commençant sont difficilement appréciables, mais toutefois soupçonnées après un examen minutieux du thorax. On devra recourir alors à l'examen bactériologique des crachats et des mucosités recueillies sur la muqueuse laryngée elle-même.

Si, dans un cas embarrassant, les indications d'une intervention chirurgicale se posaient à l'esprit de l'observateur par l'apparition de troubles fonctionnels importants, respiratoires surtout, il faudrait intervenir; l'opération serait, en même temps qu'une intervention chirurgicale palliative, une opération de diagnostic. Les produits extirpés durcis seraient soumis aux réactions de Ziehl et de Ehrlich pour l'examen bactériologique des coupes. Y a-t-il inconvénient pour les malades à avoir subi cette extirpation? Nous ne le croyons pas. Existe-t-il des avantages à cette pratique? — Quelques-uns peut-être, et que nous aurons l'occasion de présenter.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel de la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante nous paraît devoir être fait surtout avec quatre affections du larynx : la *laryngite chronique à papillomes*, la *laryngite chronique consécutive au catarrhe chronique rhinopharyngien*, la *laryngite syphilitique tertiaire*, enfin le *cancer du larynx*.

La *laryngite chronique à papillomes*, bien qu'on tende aujourd'hui à ne plus regarder ceux-ci comme des tumeurs épithéliales classées, mais bien comme simples lésions irritatives inflammatoires, susceptibles de se développer sur toute

surface cutanée ou muqueuse irritée chroniquement, doit être envisagée cependant sous ses différents types (Oertel) (1).

Il existe trois formes laryngoscopiques des papillomes laryngiens d'après Oertel :

1° La première forme, la moins caractéristique, est constituée par une tumeur rose ou rouge foncé, inégale, mamelonnée, siégeant sur le bord, la face antérieure, la commissure antérieure des cordes vocales ; son volume varie depuis celui d'une graine de chanvre jusqu'à celui d'un haricot ; le polype peut être unique, mais il peut aussi y en avoir plusieurs ; c'est même le cas le plus habituel ;

2° La deuxième forme se présente sous la forme de tumeurs grisâtres à texture papillaire nette ; il existe de gros groupes de végétations entourés de groupes plus petits, le tout inséré sur les cordes vocales par une large base ;

3° Enfin, le papillome se montre comme une tumeur en grappe ou mûriforme ou en choux-fleur, remplissant plus ou moins la cavité du larynx ; sa texture est encore franchement papillaire, sa consistance molle. Ajoutons que tantôt la surface du papillome a l'aspect muqueux, tantôt l'aspect corné (SCHWARTZ, *Th. Agrég.*, Paris, 1888).

La laryngite chronique à papillomes présente aux yeux de l'observateur, sur un fond de muqueuse rosée, quelquefois légèrement épaissie, des saillies plus ou moins nombreuses, arrondies, isolées ou réunies en groupes framboisés, de consistance assez ferme pour être enlevées par les instruments sans altération de forme, disséminées sur toute la surface de la cavité laryngienne, encombrant la glotte, souvent au point d'occasionner des troubles vocaux et respiratoires très prononcés. Les malades conservent longtemps cet aspect avec une parfaite santé générale, et ce n'est que plusieurs années après le début de la maladie que l'examen des poumons révèle une tuberculose avérée. Sur trois malades, trois femmes de 30 à 45 ans,

(1) OERTEL, Ueber Geschwulste im Kehlkopf (*Deutsches Archiv für klinisch medicin*, Band XV, p. 244 et suiv., 1878).

que nous avons observées à la clinique de Lariboisière, où elles viennent, depuis une à deux années, se faire enlever des papillomes rougeâtres, récidivant sans cesse après chaque opération, une seule, la première atteinte de laryngite depuis six ans, présente à l'heure actuelle des signes évidents de tuberculose pulmonaire. Les deux autres n'ont encore rien du côté des poumons. La laryngite à papillomes pourrait donc, jusqu'à un certain point, embarrasser l'observateur au point de vue du diagnostic avec la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante, s'il n'avait présent à l'esprit, d'une part, cet aspect si particulier de la région aryténoïdienne dans cette dernière affection où la muqueuse est irrégulière, anfractueuse, boursoufflée, couverte de saillies villeuses, friables, tapissées de mucosités, et où l'on observe la coexistence presque constante d'une tuberculose pulmonaire précoce. Il y a entre ces deux affections des différences évidentes, *différences cliniques surtout*, qui font de chacune d'elles une forme spéciale : 1° la laryngite chronique à papillomes récidivants, généralement très confluents, évoluant tardivement vers la tuberculose pulmonaire (1); 2° la laryngite tuberculeuse, à forme scléreuse et végétante, coexistant presque toujours avec de la tuberculose pulmonaire. La première forme *clinique* ne peut être confondue avec la seconde, celle qui nous occupe.

Nous avons observé souvent chez certains malades atteints de rhino-pharyngite chronique des laryngites d'aspect absolument comparable à celui sous lequel se présente la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante. On constate quelquefois dans cette *laryngite de malades atteints de rhino-pharyngite chronique* la même déformation de la région aryténoïdienne, le même épaissement de la muqueuse à côté des lésions catarrhales du nez et du pharynx. La laryngite de ces malades est-elle de même nature que la rhino-pharyngite dont ils sont atteints et à laquelle elle peut être consécutive? Cela est possible. Toutefois nous

(1) GUGUENHEIM, Papillomes et tuberculoses du larynx, in *Annales des maladies du larynx, du nez et des oreilles*, n° 9, septembre 1889.

penchons à croire que cette laryngite est de nature plus grave. Si nous nous reportons à son aspect absolument comparable à celui de la laryngite tuberculeuse scléreuse végétante et à sa marche, nous sommes tentés d'en faire une laryngite tuberculeuse et de la traiter comme telle, tout en soignant la rhino-pharyngite. Ces malades sont de ceux que nous suivons avec attention, en raison du développement possible et parallèle de tuberculose pulmonaire, en auscultant fréquemment les poumons.

Une des malades de la clinique, une femme de 25 ans, qui a été à ce sujet l'objet de notre observation, atteinte depuis fort longtemps de rhino-pharyngite chronique, présente aujourd'hui des signes évidents de tuberculose pulmonaire (voir, en outre, *Observation IV*, Delouvain).

La *syphilis tertiaire* et la tuberculose du larynx se présentent si souvent sous un aspect parfaitement semblable, que rien n'est plus difficile que de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre. Le traitement antisiphilitique même, qui souvent aide considérablement à porter le diagnostic de spécificité d'une lésion par son action sur elle, ne nous semble pas avoir ici la même importance, car ce traitement a peu de prise sur les formes de laryngites scléreuses tertiaires.

Habituellement, dans la laryngite tertiaire, les lésions sont plus étendues; elles envahissent presque toutes les parties de l'organe, qui ne sont pas intéressées à un tel degré dans les formes de tuberculose que nous étudions; l'épiglotte surtout est le plus souvent tellement atteinte qu'il n'est pas toujours commode d'inspecter les autres parties que l'on trouve couvertes de végétations, soit caduques, soit persistantes, et, dans ce dernier cas, dures et d'un volume variable. Le traitement interne n'a plus de prise, avons-nous dit, sur cet aspect, et alors le traitement chirurgical, que nous employons chez nos tuberculeux, peut s'appliquer chez eux de la même façon. La différence avec le larynx de ces derniers est dans l'excessive irrégularité des parties atteintes, qui sont sillonnées par des ravins plus profonds. Chez les syphilitiques, on peut encore quelque-

fois reconnaître l'existence de lésions caractéristiques des régions supérieures, pharynx, naso-pharynx et nez, et, à défaut de celles-ci, les cicatrices des lésions anciennes, cicatrices qu'un œil exercé découvre aisément. Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique plusieurs de ces cas, et l'un de nous a pu extirper quelques-unes de ces tumeurs, très dures, très anciennes, avec succès; enfin, il y a en ce moment à la clinique de Lariboisière un malade atteint de syphilome en nappe du voile du palais, de la luette et des piliers, chez lequel existe à la paroi postérieure du larynx une tuméfaction absolument semblable à celle que nous avons décrite chez nos tuberculeux; le malade, homme de 35 ans, est aphone; il a eu la syphilis il y a quatre ans.

Si le diagnostic différentiel entre la laryngite syphilitique scléreuse et à végétations et la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante est difficile et souvent presque impossible, il n'en est pas de même du diagnostic différentiel entre cette dernière affection et le *cancer du larynx*. Le *cancer du larynx*, l'épithélioma, ne peut en aucune sorte être confondu avec les productions épithéliales accompagnant la tuberculose. Viendrait-on à le confondre au début de la formation de la tumeur, que le seul moyen de diagnostic à peu près précis étant l'examen microscopique du point d'implantation, il faudrait se contenter d'attendre et observer.

Le cancer se présente sous trois formes anatomiques, qui sont bien différentes d'aspect avec la variété tuberculeuse que nous étudions.

Le plus ordinairement, il est *unilatéral*, quelquefois *bilatéral*; il se montre dans ces deux premières formes sous l'aspect d'une tumeur massive, occupant dans certains cas la moitié postérieure du larynx, englobant dans son corps les aryténoïdes. La muqueuse est rouge sombre, ulcérée ou non, arborisée de gros vaisseaux sanguins. Dans la troisième forme, ou forme *végétante*, les cordes vocales sont garnies de végétations, la région aryténoïdienne est encombrée par d'autres végétations saignantes, recouvertes d'un mucus fétide, s'il y a ulcération. La salivation continuelle

et la toux opiniâtre, souvent accompagnée d'accès de suffocation alarmants, l'absence de lésions pulmonaires caractéristiques de la tuberculose, achèvent de dissiper les doutes.

Quant à l'adénopathie, on sait que si le cancer est intralaryngien, elle ne se montre pas pendant longtemps : ce n'est que beaucoup plus tard qu'apparaît ce signe pathognomonique.

III

Thérapeutique.

1° *Indications d'une intervention chirurgicale.* — Les indications de l'intervention se posent d'une façon plus ou moins pressante devant trois phénomènes principaux :

La *dyspnée* et l'*apnée*, la *dysphagie* et l'*aphonie*.

Souvent ce n'est qu'au moment de l'apparition d'un de ces trois symptômes que les malades viennent consulter et demandent un soulagement immédiat.

La *dyspnée* est généralement légère, mais progressive. Au bout d'un certain temps, elle est entrecoupée d'accès de suffocation, qui peuvent se répéter, la nuit surtout, assez souvent pour que l'on songe aussitôt à pratiquer la trachéotomie; or, où conduit le plus ordinairement et souvent la trachéotomie pratiquée chez un sujet tuberculeux des poumons et du larynx? Certes, la respiration est restituée immédiatement; mais il faut envisager l'importance des événements pathologiques, dont on éveille et active la production par cette opération chez ces malades. Si le larynx scléreux végétant n'est pas ulcéré, si d'autre part la tuberculose pulmonaire est déjà bien établie, la trachéotomie, traitement immédiat de l'asphyxie, pourrait engendrer plus tard des complications : bronchites, broncho-pneumonie, par les conditions respiratoires artificielles qu'elle crée. Ne serait-il pas préférable, si cela est possible, alors que le larynx est relativement en bon état, de recourir à une intervention locale et tenter de supprimer la cause directe de l'asphyxie par l'extirpation du tissu morbide proliférant, obstruant le

larynx ? Chez nos malades, nous n'avons pas été acculés à la trachéotomie et nous avons obvié à la dyspnée par plusieurs opérations très bien tolérées.

La *dysphagie*, chez tous nos malades, a paru, dès le début même de l'affection, s'accroître avec les progrès du mal.

Toujours elle affectait le moral de nos sujets. Cela n'a rien de particulier, du reste, puisque dans tous les cas de laryngite tuberculeuse c'est le phénomène qui conduit presque chaque jour le malade auprès de nous. Il vient demander au moins le secours de l'anesthésie locale pour qu'il lui soit possible d'avalier. Mais cette dysphagie chez un malade, dont l'état général est encore bon, cette dysphagie, qui chaque jour entrave l'alimentation et va bientôt débilitier l'organisme de l'individu, ne peut-elle être palliée, non pas seulement dans ses manifestations douloureuses par des anesthésiques locaux, mais aussi en abordant directement avec l'instrument sa cause déterminante. Avant cela, et du reste c'est ce que nous avons fait dans bien d'autres formes, nous avons fait précéder toute intervention d'une application plus ou moins prolongée de médicaments à la fois anesthésiques et antiseptiques, le menthol et la créosote par exemple.

Est-il possible enfin d'obtenir un résultat par un traitement chirurgical chez les malades qui, déjà atteints d'*aphonie* à une période assez rapprochée du début même de l'affection, ont besoin de leur voix et demandent un soulagement immédiat ? Doit-on, pour une *aphonie*, opérer un larynx tuberculeux scléreux végétant ? N'y a-t-il aucun inconvénient à le faire, et la voix, après les extirpations répétées du tissu proliférant, peut-elle reparaître assez pour satisfaire le malade ?

Nos observations nous conduisent à admettre qu'il est possible d'intervenir, en présence de ces trois phénomènes, sans inconvénients sérieux et avec quelques avantages, surtout quand la cause du symptôme est dans l'existence d'une masse de tissu morbide s'enfonçant entre les lèvres de la glotte peu altérées, et les empêchant de se mettre au contact à l'insertion postérieure.

1° *Le traitement chirurgical* de la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante peut être assez bien réglé pour que nous l'envisagions successivement dans ses différentes phases.

a. — *Pansements antiseptiques préalables de la cavité laryngienne pendant plusieurs jours avant l'intervention.*

b. — *Intervention chirurgicale. Manuel opératoire.*

c. — *Suites de l'opération.*

Le traitement comportera une série plus ou moins longue d'interventions répétées, pour lesquelles il sera nécessaire d'avoir de la patience. Ces opérations ne sont pas douloureuses, puisqu'il est possible d'avoir recours à l'anesthésie locale; mais il faut de la part du malade une parfaite soumission pour qu'il soit entrepris, sinon toujours avec succès, du moins sans aucune suite grave.

a. — *Pansements préalables du larynx.* — On procède à l'antisepsie préalable du larynx; ne vaut-il pas mieux dire que c'est un franc nettoyage de la cavité laryngienne que l'on cherche à obtenir? Nous supposons, en effet, que les antiseptiques, quels qu'ils soient, introduits dans le larynx, ne peuvent avoir évidemment qu'une action très localisée aux points touchés par les topiques médicamenteux. La cavité laryngienne est assez anfractueuse pour qu'il soit difficile d'atteindre la surface muqueuse dans ses différentes régions. De plus, étant donnée la difficulté qu'il y aurait, ainsi qu'on a pu l'établir par les nombreuses espèces de micro-organismes qu'on y a découverts, à obtenir l'antisepsie même partielle des voies digestives supérieures, il est logique d'admettre que le larynx, qui a des rapports immédiats et si importants avec les cavités bucco-pharyngiennes, doit en partager aussi les caractères infectieux. — Cependant la méthode dont nous avons fait usage, si toutefois l'antisepsie parfaite n'a pas été obtenue, nous a donné de bons résultats.

Pendant huit à dix jours avant la première intervention, nous pratiquions chez nos malades tous les deux jours, même plus souvent, le matin à jeun, un pansement laryngien avec la seringue de Beehag, contenant de la solution de menthol

et de créosote dans l'huile (1). Les deux ou trois premiers jours précédant immédiatement l'opération, le pansement a été fait chaque matin. Nous prenions soin de limiter chaque fois autant que possible la projection du liquide médicamenteux à la région sus-glottique. Nous essayions d'éviter de franchir avec le bec de l'instrument la fente glottique. Le pansement était fait avec douceur et rapidité. Nous obtenions ainsi deux résultats très importants pour la suite. Tout d'abord, les malades, traités avec prévenance, acceptaient volontiers la répétition de ces pansements laryngiens à la seringue, beaucoup plus redoutés qu'un pansement à l'éponge montée ou au pinceau, chez un sujet disposé aux suffocations. De plus, en agissant avec douceur, nous nous tenions en garde contre le plus léger traumatisme provoqué par le choc de l'extrémité de la seringue contre dans la région ary-ténoïdienne. Nous avons remarqué, en effet, chez les premiers sujets traités, qu'un attouchement assez vif et répété de cette région laryngée, chez un malade atteint d'aryténoïdite végétante, ne tardait pas à être suivi de tuméfaction assez considérable pour accentuer un peu la dysphagie, l'aphonie, même la dyspnée, et inquiéter le malade.

La première fois, le pansement n'était fait qu'avec moitié du contenu de la seringue pleine. Nous recommandions au malade, aussitôt après la projection du médicament, de respirer largement, de façon à rétablir immédiatement le cours naturel de la respiration. Du reste, après les premier et deuxième pansements, le malade n'éprouvait aucune gêne.

Par ces précautions préalables, nous obtenions pour le moment de l'opération une surface muqueuse lisse et unie débarrassée de mucosités, un peu plus rosée peut-être qu'au début du traitement, mais sans phénomènes inflammatoires.

La première opération a toujours été pratiquée douze jours

(1) 1° Huile d'amande douce.....	100 grammes.
Menthol.....	20 —
2° Huile d'amande douce.....	100 —
Créosote.....	10 —

Mélez les deux solutions au bain-marie. La seringue contient 2 centimètres cubes.

environ après le premier pansement à l'huile de menthol créosotée, c'est-à-dire que les malades subissaient sept à huit pansements préalables.

b. Opération. — L'opération était pratiquée à jeun. Un dernier pansement à l'huile de menthol créosotée était fait dix minutes environ avant celle-ci. Puis on procédait à l'anesthésie locale avec une solution forte de chlorhydrate de cocaïne au 1/5. Le pharynx buccal était badigeonné avec la solution anesthésique à l'aide du pinceau de charpie. Le larynx, et autant que possible la région aryténoïdienne était touché avec le porte-éponge laryngien imbibé de la même solution. Les effets de l'anesthésie par la cocaïne dans les cavités pharyngo-laryngées étaient nettement et rapidement perçus par le malade. Le sujet était placé devant la lampe de Drummond à éclairage oxyhydrique. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il est, en effet, nécessaire de posséder un brillant éclairage pour tenter ses sortes d'intervention; il est important de bien suivre l'entrée et l'action de l'instrument.

Le choix de l'instrument est important. Nous nous sommes servis soit de la pince coupante, soit de l'emporte-pièce, deux instruments que nous avons fait construire par Mathieu, l'un sur le modèle de la pince de Mackenzie, l'autre sur celui des emporte-pièces ordinaires et semblable à un instrument dont le professeur H. Krause, de Berlin, s'est servi pour le curettage du larynx et qu'il a appelé une double curette. Quand nous avons fait construire cet instrument, nous ignorions l'existence de celui de Krause, qui nous a fait remarquer la similitude des deux appareils, à son dernier voyage à Paris.

L'emporte-pièce laryngien est constitué par deux petites cupules fenêtrées, ovalaires, montées par une de leurs extrémités sur une petite tige plate d'acier. Les deux tiges fléchies, chacune en sens contraire, sont enfermées comme deux ressorts dans une autre tige creuse ou canulé. Les cupules fenêtrées seules se trouvent découvertes. Elles se correspondent face à face par leur bord tranchant, s'écartant

l'une de l'autre, quand les tiges pleines qui les supportent sont poussées en dehors de la canule et se rapprochent pour s'accoler l'une à l'autre dans le sens contraire. L'instrument fabriqué chez Mathieu à Paris est à peine différent de celui fabriqué tout d'abord à Berlin sur les indications de Krause. Les cupules de l'instrument français se pénètrent bord à bord, il en existe donc une plus petite que l'autre. Le mordant est très net et l'action en profondeur très marquée. On peut donc de la sorte extirper une notable rondelle de tissus. Dans l'instrument allemand, les cupules agissent également par le même mécanisme. Le manche de l'instrument est disposé de façon à fournir le glissement nécessaire à l'écartement ou au rapprochement des cupules. Le mouvement est fourni par un système analogue à celui du manche de Størk ou encore par un système à pédale. Le manche à pédale dont nous donnons la reproduction est certainement préférable. Avec lui, la main est immobile, c'est un mouvement sur place du pouce appuyant sur la pédale qui fournit le glissement. Avec l'autre manche, la main tout entière bouge, et ce déplacement peut nuire à la localisation de l'action.

Ce point d'exactitude absolue dans l'action locale de l'emporte-pièce est, en effet, à rechercher, vu que le moindre mouvement malheureux de la main, ou un mouvement du patient, peut amener un accident regrettable. C'est du reste ce qui rend l'intervention très délicate et nécessite une certaine habileté.

La pince coupante présente de l'analogie avec la pince de Morell Mackenzie, elle est un peu plus longue et beaucoup plus lourde. A l'extrémité, se trouve une cuiller, dont les bords sont très tranchants. Cette cuiller a une longueur de plus de deux centimètres, de manière à bien pouvoir pénétrer et se tenir dans la glotte. Les deux cuillers se juxtaposent très exactement dans le rapprochement de leurs bords qui sont très tranchants.

Quand les végétations à extirper étaient nettement pédiculisées, nous employions la pince coupante; quand ces végétations siégeaient à la glotte, nous nous en servions toujours; mais quand les masses étaient épaisses, sessiles,

allongées, nous donnions la préférence à l'emporte-pièce, dont l'action était beaucoup plus énergique et même quand les tumeurs pédiculisées étaient trop dures, nous étions obligés de remplacer la pince coupante par l'emporte-pièce. Après l'opération, habituellement d'une courte durée et supportée sans la moindre difficulté, l'hémorragie était insignifiante et s'arrêtait avec la plus grande facilité. Ces opérations étaient susceptibles d'être renouvelées à des intervalles assez courts.

c. Soins consécutifs. — Après l'intervention, la région opérée, facilement visible à cause de sa surface saignante, était pansée à la poudre d'iodoforme au moyen d'un insufflateur. Le soir du même jour, même pansement. Silence absolu. Glace à sucer, boissons glacées.

Le lendemain et pendant trois jours, chaque matin, on faisait un pansement à la seringue avec l'huile de menthol créosotée, puis le malade restait en observation. Si une seule séance opératoire n'était pas suffisante, l'extirpation était reprise une seconde fois et ainsi trois et quatre fois, si cela était nécessaire. Quand après une intervention, il se produisait un peu de gonflement de la région opérée ou des régions voisines, le malade était laissé au repos absolu avec des inhalations antiseptiques. Enfin si la récurrence avait tendance à se produire, on remplaçait les pansements ordinaires par l'acide lactique.

Immédiatement après l'opération, le malade ressentait une modification des symptômes qui avaient nécessité l'intervention.

C'est cette amélioration qui le décidait de suite à faire preuve de la patience demandée, il réclamait spontanément la continuation du traitement.

Observations.

OBSERVATION I. — *Laryngite tuberculeuse, scléreuse, végétante (corde vocale droite). Aphonie, dyspnée, accès de suffocation. Tuberculose pulmonaire. Opérations. Disparition de l'aphonie et de la dyspnée.*

Beaum..., Auguste, 31 ans, forgeron, entre salle Lasègue, le 3 novembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, 69 ans; mère morte d'un cancer de l'utérus, 49 ans. Une sœur morte à 24 ans de péritonite puerpérale. Marié, deux enfants bien portants, deux morts en bas âge d'affection de poitrine.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Début de la maladie actuelle, il y a trois ans, par de la dysphonie passagère et fréquente.

Le malade, forgeron de son métier, est habitué à vivre dans un milieu où la température est très élevée, et s'expose, par suite, en sortant de son atelier, à des variations brusques de température. La dysphonie a toujours été plus marquée le matin et au moment du passage d'une température élevée à une température basse. Tousse parfois, crache. Dysphagie peu accentuée.

La santé du malade se maintient à peu près en bon état en 1887; mais dans les premiers mois de 1888, la dysphonie est devenue de l'aphonie complète; la respiration est parfois pénible, et le malade ne peut plus se livrer facilement aux durs efforts que nécessite son travail.

En janvier 1889, on lui ordonne de la créosote et des pilules d'iodoforme; on ne traite pas spécialement le larynx. En juin 1889 se produisent, à différentes reprises, des accès de suffocation, et la respiration reste difficile. Amaigrissement lent, perte graduelle des forces. Sensation de brûlures à l'estomac, pas de pyrosis. Tousse peu, le matin surtout.

7 novembre. — *État actuel.* — Sujet encore robuste, mais à teint décoloré, joues amaigries et pommettes saillantes, sclérotiques bleuâtres et longs cils, ongles hippocratiques.

Examen laryngoscopique. — Aryténo-épiglottite bilatérale. Épiglote rouge sombre et un peu tuméfiée. Cordite. Sur le milieu du bord libre de la corde droite, en un point un peu plus voisin de la commissure antérieure que de la postérieure, on aperçoit une production végétante du volume d'un petit noyau de cerise, à surface presque lisse, à forme rectangulaire, qui atteint la partie correspondante de la corde du côté opposé et que l'on voit surtout dans toute son étendue au moment de l'inspiration. La muqueuse trachéale ne présente rien d'important à signaler. (Pl. I, fig. 1.)

Aphonie complète; respiration pénible sans cornage.

Poumons. — A la percussion, sous la clavicule droite et en

avant : submatité légère. A l'auscultation, respiration rude, saccadée. Tousse peu et crache peu.

Cœur, rien d'anormal.

Langue un peu saburrale, appétit conservé, pas de dysphagie.

Traitement général. — Sirop de bourgeons de sapin. Julep diacode. Huile de foie de morue créosotée.

Traitement local. — Le malade sera opéré après pansements antiseptiques préalables du larynx. Tous les deux jours seront faits des pansements laryngiens au moyen de la seringue à bec courbe avec la solution de menthol dans l'huile.

16 novembre. — Les 9, 11, 12, 13, 14, 15 de ce mois, des pansements laryngiens de menthol ont été faits.

Larynx. — Muqueuse laryngée lisse, sans aucune ulcération, rosée et un peu moins enflammée que ces jours derniers.

Aphonie, dyspnée légère.

Première opération. — Dans la matinée, pansoment au menthol. Anesthésie locale : badigeonnage à plusieurs reprises à la cocaïne au 1/10 de l'isthme du gosier avec le pinceau de charpie. Atouchement du larynx avec le porte-éponge laryngien. Extirpation à la pince-coupante de la production végétante de la corde droite. Le tison enlevé est mis dans l'alcool pour l'examen microscopique.

Après l'opération, qui a lieu sans produire de suffocation, on pratique insufflation d'iodoforme sur la plaie opératoire. Le malade respire très aisément. L'examen au laryngoscope montre l'échancrure faite par l'instrument.

18 novembre. — Dysphonie par instants. Aphonie le matin.

Larynx. — Tuméfaction de la muqueuse laryngée assez marquée au niveau de la région aryténoïdienne et de la corde droite, au point où a porté l'instrument il y a deux jours. On voit nettement l'échancrure opératoire sur le bord de la corde. Tuméfaction considérable de la corde supérieure droite dont l'aspect est irrégulier. Épiglottite. Aryténo-épiglottite. (Pl. I, fig. 2.)

Pansements à l'huile de menthol créosotée au moyen de la seringue à bec courbe tous les deux jours.

21 novembre. — Respiration facile. La dysphonie existe toujours, mais la voix est bien plus nette. Bon état général.

26 novembre. — *Larynx.* — La région aryténoïdienne paraît beaucoup moins tuméfiée. La fausse corde droite, encore gonflée, cache en partie la corde inférieure du même côté, mais pas

assez pour empêcher de voir une petite portion du tissu pathologique proliférant de cette corde, portion qui n'a pas été saisie par l'instrument. Cette portion, située tout à fait en avant, assez près de la commissure antérieure, a proliféré, et il est nécessaire d'intervenir à nouveau. L'épiglotte est encore un peu rouge. (*Pl. I, fig. 3.*)

Seconde opération. — Pansement laryngien à l'huile de menthol créosotée. Anesthésie locale à la cocaïne. Extirpation de la partie restante du tissu proliférant de la corde droite. Pansement à l'iodoforme.

29 novembre. — La voix devient presque claire par moments, mais présente une tonalité plus grave.

Larynx. — La muqueuse de la corde supérieure droite tuméfiée à nouveau, a toujours tendance à cacher la corde inférieure du même côté (*Pl. I, fig. 4.*)

7 décembre. — *Larynx.* — La corde droite est épaissie et un peu tuméfiée, mais il n'y a pas de récédive. Fausse corde du même côté à peine rouge et gonflée (*Pl. I, fig. 5.*) Voix à timbre plus grave qu'auparavant.

Pas de dysphagie.

Pas de bruit laryngien pendant la respiration.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II. — *Laryngite tuberculeuse, scléreuse, végétante (corde vocale droite et région inter-aryténoïdienne). Ulcération, dyspnée, dysphagie. Tuberculose pulmonaire. Alcoolisme. Opération, cessation de la dyspnée. Dysphagie atténuée.*

Del..., Auguste, 36 ans, camionneur.

Antécédents héréditaires. — Père, 60 ans, bien portant; mère, 50 ans, bien portante.

Marié, un enfant, rien à noter du côté des collatéraux ou des descendants au sujet de la tuberculose.

Antécédents personnels. — Excès alcooliques depuis l'âge de 19 ans; hygiène défectueuse; le malade travaille beaucoup et se nourrit mal. Bonne santé habituelle jusqu'en 1879; à la fin de cette année, pleurésie à droite. Le malade entre pour cette maladie à l'hôpital Beaujon où il séjourne pendant quatre mois et demi. Il n'a pas été pratiqué de ponction thoracique. On a appliqué sur le côté droit de la poitrine plusieurs vésicatoires. Depuis cette époque, le malade tousse chaque hiver. Jamais

d'hémoptysie. Léger degré d'amaigrissement depuis quatre à cinq mois. Voix éraillée depuis quatorze mois. Dysphagie avec douleur plus prononcée du côté droit.

État actuel. — Le 9 novembre 1887, il se présente pour la première fois à la consultation de Lariboisière : sujet amaigri.

Examen laryngoscopique. — Les aryténoïdes sont rouges, mais peu tuméfiés. L'aryténoïde droit est un peu déjeté en arrière. Replis aryténo-épiglottiques tuméfiés des deux côtés. Les cordes vocales sont rosées uniformément, mais non déformées. Sur la corde vocale droite, au voisinage de son point d'insertion à l'apophyse vocale, il existe une saillie arrondie. La région inter-aryténoïdienne est tout entière occupée par le boursoufflement de la muqueuse, qui, à gauche, surmonte et cache l'insertion de la corde à l'apophyse, et, à droite, correspond au plan de la glotte. Elle est donc plus saillante à gauche qu'à droite. Sa surface est unie; elle présente en son centre une petite ulcération arrondie recouverte des mucosités blanchâtres (*Pl. II, fig. 1*). Pas d'adénopathie. Dyspnée et bruit laryngien pendant la respiration; toutefois, pas de cornage. Dysphonie.

Poumons. — A droite et en arrière, submatité à la partie moyenne du thorax. Murmure vésiculaire affaibli. Tousse un peu le matin. A gauche et en avant, mêmes signes et respiration saccadée.

Du côté des voies digestives, il existait quelques troubles qui sont actuellement très atténués. Digestion lente et difficile. Appétit conservé. Pas de vomissement.

La dysphagie est assez vive et provoque une douleur un peu plus prononcée à droite qu'à gauche, ce qui tient peut-être au déplacement de l'aryténoïde droit et à la gêne qu'il occasionne.

Rien aux annexes du tube digestif. Rien de spécial du côté des autres organes.

Traitement. — Huile de foie de morue, vin créosoté.

Vu la dyspnée qui existe, le malade sera pansé tous les deux jours avec l'huile de menthol créosotée pour être opéré consécutivement.

21 novembre. — *Larynx.* — Les pansements ont occasionné une rougeur un peu plus marquée de la muqueuse laryngée.

Première opération. — Il a été fait, depuis le 9 novembre, huit pansements laryngiens à l'huile de menthol créosotée. Anesthésie laryngée pratiquée à l'aide de la cocaïne au 1/5.

Extirpation à l'emporte-pièce de la petite saillie pré-aryténoïdienne. Le débris assez dur est placé dans l'alcool pour l'examen microscopique. Tout n'a pas été enlevé.

Pansement laryngien à l'iodoforme aussitôt après l'opération.

Chaque matin, il sera fait un pansement à la seringue avec l'huile de menthol créosotée.

21 novembre, soir. — Pas de fièvre. Dysphagie assez prononcée durant toute la journée. Pansement laryngien de la région aryténoïdienne à la poudre d'iodoforme.

23 novembre. — *Larynx.* — Après la première tentative opératoire, il s'est produit une tuméfaction plus prononcée de la région aryténoïdienne et de l'épiglotte. La muqueuse qui recouvre le cartilage aryténoïde gauche est boursoufflée et le cartilage droit se trouve repoussé vers la droite en dehors de la ligne médiane. La petite saillie de la corde droite tend à diminuer de volume (*Pl. II, fig. 2*). Dyspnée, dysphagie.

26 novembre. — *Larynx.* — La région aryténoïdienne a presque complètement recouvert sa conformation régulière. La muqueuse de la région inter-aryténoïdienne, qui présente en avant un bord un peu irrégulier, est nettement visible et bien moins tuméfiée. L'ulcération de sa surface a disparu (*Pl. II, fig. 3*). Bon état général du malade.

Deuxième opération faite avec les précautions ordinaires.

30 novembre. — La respiration est toujours bruyante. Il s'est produit la nuit un accès de suffocation. (Oxygène en inhalations et application de ventouses sèches.)

Troisième opération. — Ablation presque totale du tissu proliférant de la région aryténoïdienne.

3 décembre. — *Larynx.* — Tuméfaction et rougeur prononcées de l'épiglotte, saillie du tubercule de Zermak. La région aryténoïdienne est élargie par le fait de l'écartement des deux aryténoïdes. On aperçoit entre ceux-ci ce qui reste du tissu attaqué par l'instrument. (*Pl. II, fig. 4*.)

Le soir, la dysphagie est assez marquée pour qu'on soit obligé de faire avant les repas des badigeonnages du pharynx buccal avec la solution de cocaïne au 1/10.

9 décembre. — La respiration est beaucoup plus facile; la dysphagie moins prononcée.

Larynx. — Diminution de la tuméfaction et du gonflement. Déformation de la région aryténoïdienne toujours un peu élargie. (*Pl. II, fig. 5*.)

12 décembre. — La respiration est facile, moins bruyante depuis ces derniers jours.

Le malade avale avec plus de facilité. La dysphonie persiste.

Larynx. — Région aryéno-épiglottique toujours un peu rouge et tuméfiée. La région aryénoïdienne ne présente plus guère que deux points d'un aspect rugueux et irrégulier. Il existe aujourd'hui deux saillies très petites sur le bord de la corde droite. (Pl. II, fig. 6.)

L'état général du malade se maintient assez bien.

Observation suivie jusqu'au moment de l'épidémie de grippe; le malade évacué des salles pour faire place à ceux de l'épidémie, n'a plus reparu.

OBSERVATION III. — *Laryngite tuberculeuse, scléreuse, végétante (région inter-aryénoïdienne). Aphonie, gêne légère de la respiration. Opérations, disparition de l'aphonie. Tuberculoses multiples : tuberculose pulmonaire, adénopathies sous-maxillaires et cervicales tuberculeuses, synovite fongueuse des gaines tendineuses des extenseurs de la main gauche.*

Jeanne B..., 28 ans, se présente à la consultation externe dans les premiers jours de novembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 52 ans d'une hernie étranglée. Père mort aliéné à l'asile de Ville-Évrard. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Malaises continuels depuis l'enfance sans maladie déterminée. Chloro-anémie, palpitations, névralgies multiples.

La malade avoue ostensiblement des excès de tout genre. Pendant les années 1886 et 1887, elle a subi de sérieuses privations, et, malgré tout, elle continuait à se surmener. Aucun signe d'éthylisme.

En mars 1887, la malade s'aperçoit pour la première fois de l'apparition d'une rougeur et d'une tuméfaction au dos de la main gauche le long des gaines des extenseurs du médus et de l'index. Une synovite fongueuse de ces gaines ne tarde pas à se déclarer. Le 20 septembre, une opération est devenue nécessaire et l'on pratique un grattage à la Charité dans le service du professeur Trélat. Elle avait séjourné déjà dans ce service en juillet pour une adénopathie cervicale et sous-maxillaire gauche que l'on traita par des injections intra-ganglionnaires d'éther iodoformé et qui guérit partiellement.

Il y a quatre mois, il se produisit une période d'amaigrissement inquiétante avec fièvre, le soir, sueurs, perte d'appétit. Toux, expectorations abondantes. Mais un mieux sensible s'effectua dans la suite, et aujourd'hui l'état général est assez satisfaisant. L'appétit reparait, la malade reprend des forces. Elle vient nous consulter à l'hôpital pour son larynx.

Depuis quatre ans, la voix est éraillée, très enrouée parfois. En 1887, au mois de mai, la voix a disparu, et la malade resta ainsi aphone pendant trois mois.

État actuel. — 9 novembre. — Sujet un peu pâle et physionomie fatiguée; pas d'amaigrissement très marqué. La plaie opératoire de la main gauche est presque totalement cicatrisée; toutefois, il existe en avant, près de la tête du troisième métacarpien, une petite zone tégumentaire rouge et un peu douloureuse. Les adénites cervicales ont tendance à se reproduire depuis deux semaines. Aujourd'hui la tuméfaction ganglionnaire est assez prononcée.

L'aphonie est complète depuis un mois.

Cette situation incommode beaucoup la malade, qui, employée dans le commerce, a dû quitter ses occupations parce qu'elle ne pouvait plus causer.

Poumons. — Submatité en haut, en arrière et à gauche. Craquements secs. Métrite depuis cinq mois.

Rien de spécial du côté des autres organes.

Traitement général. — Huile de foie de morue, vin créosoté.

21 novembre. — *Examen laryngoscopique.* — Aryténo-épiglottite assez marquée. La muqueuse des aryténoïdes est particulièrement écarlate, sans pour cela être très gonflée. La région aryténoïdienne est occupée par une grosse production végétante à surface irrégulière. Le tissu morbide est divisé dans sa masse du côté de la fente glottique et un peu à gauche par une fissure profonde, qui s'élargit et se rétrécit alternativement pendant la phonation. Le tissu pathologique proliférant occupe un plan susjacent à celui des cordes et ne paraît pas présenter de point d'implantation au niveau du plan glottique, ni dans la région inter-aryténoïdienne sous-glottique.

Rougeur de la partie moyenne de la corde vocale gauche. (Pl. III, fig. 1.)

Aphonie complète. Dysphagie à peine marquée. Gêne légère de la respiration.

La malade subira, sur sa demande, des ablations partielles, après pansements antiseptiques préalables du larynx.

Traitement local. — Pansement du larynx à l'huile de menthol créosotée à l'aide de la seringue (contenance : 2 centimètres cubes) ; d'abord une demi-seringue, puis ensuite une seringue pleine tous les deux jours.

3 décembre. — L'aphonie persiste. Sept pansements ont été faits depuis le 21 novembre. La dysphagie est un peu plus prononcée depuis trois jours. La respiration est toujours gênée.

Larynx. — La région aryténoïdienne paraît plus tuméfiée. Une petite production saillante est apparue sur l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche. Rougeur diffuse des deux cordes. (Pl. III, fig. 2.)

4 décembre. — *Première opération.* — Au moyen de l'emporte-pièce.

5 décembre. — Dysphonie le matin. Aphonie de nouveau le soir. Pas de dysphagie. Respiration améliorée.

Larynx. — Le tissu pathologique proliférant est réduit presque à moitié de son volume. La petite saillie observée sur la corde gauche au voisinage de la commissure postérieure a disparu. Cordite bilatérale, moins prononcée à droite (Pl. III, fig. 3). Pansement à l'huile de menthol créosotée, quotidien pendant cinq jours.

15 décembre. — *Deuxième opération.*

16 décembre. — Le soir, la malade a pu parler, la voix a un timbre plus grave qu'avant les accidents de la phonation.

17 décembre. — *Larynx.* — Érosion vasculaire assez étendue sur la bande ventriculaire gauche. Aryténo-épiglottite, rougeur moindre des cordes vocales, dont les bords sont cependant tuméfiés. La région aryténoïdienne est presque totalement désencombrée. Le jeu de la glotte a lieu librement. (Pl. III, fig. 4.)

Pansements de la région aryténoïdienne à l'acide lactique. L'aphonie a disparu, mais la voix reste en dysphonie et à timbre grave.

21 décembre. — La malade quitte l'hôpital et doit revenir se faire examiner à la consultation.

10 janvier 1890. — *Larynx.* — Tuméfaction à peine marquée de la région aryténo-épiglottique, voix à timbre grave. Muqueuse inter-aryténoïdienne un peu bourgeonnante (Pl. III, fig. 5.) Pansement laryngien à l'acide lactique. L'état général est bon.

10 mars. — Nous avons pris des nouvelles de notre malade,

qui est dans le même état au point de vue laryngien. Elle parle, mais le timbre de la voix est grave. Examen laryngoscopique non pratiqué.

Depuis, nous avons eu occasion d'avoir de ses nouvelles, mais l'examen laryngoscopique n'a plus été pratiqué.

OBSERVATION IV. — *Laryngite tuberculeuse, scléreuse et vil-
leuse. Dysphagie prononcée. Aphonie, gêne de la respiration.
Tuberculose pulmonaire. Catarrhe chronique et rhino-pharyn-
gien. Ozène. Alcoolisme. Opération, disparition des ac-
cidents.*

• Delouv..., Eugène, 47 ans, entre salle Lasègue le 20 octobre 1889, après s'être fait traiter à la consultation externe pendant trois semaines.

Rien de spécial à noter du côté des *antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle; pas de maladie antérieure, excès alcooliques depuis cinq ans (vin). Rêves, cauche-mars, pituites le matin au lever, tremblement des mains et mobilité excessive de la face.

10 septembre. — A cette époque, le malade se présente pour la première fois à la consultation externe. Amaigrissement depuis trois mois, sueurs nocturnes, tousses surtout le matin.

Dysphagie prononcée, diminution de l'appétit.

Larynx. — Rougeur diffuse de la muqueuse laryngée. Région aryténoïdienne et replis tuméfiés. La région aryténoïdienne est occupée sur la ligne médiane par une prolifération villose de la muqueuse au niveau de la glotte. Les villosités sont assez allongées, mobiles, très molles et accumulent en ce point les mucosités (*Pl. IV, fig. 1*). Dysphonie.

Pansements laryngiens au chlorure de zinc.

Poumons. — Submatité sous la clavicule droite et craquements humides. Respiration forte et saccadée.

Nez. — Rougeur intense de la muqueuse pituitaire, qui est recouverte des muco-pus visqueux, fétide et abondant. Hypertrophie de la muqueuse du cornet droit, qui déborde son bord libre et où on la mobilise facilement avec le stylet.

Pharynx buccal. — Rouge et recouvert quant à sa paroi postérieure par les muco-pus s'écoulant des arrières-cavités na-

sales. Irrigations nasales chaque jour au moyen de l'appareil à siphon avec la solution suivante tiède :

Créoline..... X gouttes.
Eau légèrement salée..... 1 litre.

Un demi-litre pour une irrigation.

25 octobre. — Les pansements laryngiens à la solution de chlorure de zinc sont remplacés par des pansements à l'acide lactique (solution) :

7 novembre. — Depuis quelques jours, aphonie complète. Gêne de la respiration. Dysphagie toujours prononcée, salivation.

Larynx. — Région aryénoïdienne et replis aryéno-épiglotiques plus tuméfiés qu'à l'examen du 10 septembre. La région interne-aryénoïdienne paraît plus tuméfiée; vascularisation des cordes. (*Pl. IV, fig. 2.*)

Vu l'absence de résultat fourni par l'emploi du chlorure de zinc et de l'acide lactique chez ce malade et l'apparition d'accidents légers parus récemment, on décide qu'il sera opéré après antiseptie préalable du larynx. Chaque jour : pansement laryngien à l'huile de menthol créosotée.

Poumons. — État stationnaire.

L'état général se maintient assez bon.

19 novembre. — *Larynx.* — La tuméfaction des régions postérieures du larynx est moindre, mais la rougeur toujours vive. Cordite bilatérale (*Pl. IV, fig. 3.*) Dysphasie.

28 novembre.

Opération. — Les pansements à l'huile de menthol créosotée ont été faits depuis le 7 novembre. Anesthésie locale à la cocaïne au 1/5. Tentative d'ablation à la pince du tissu morbide. Le tissu, très friable, ne peut être saisi en totalité; il est extirpé par débris à deux reprises différentes dans la même et unique séance. L'emploi de la curette ne paraît pas utile après l'examen laryngoscopique post-opératoire. Le résultat obtenu avec la pince semble suffisant. Après l'opération, pansement local à l'iodoforme avec l'insufflateur. Le soir, même pansement.

24 novembre. — *Larynx.* — Le lendemain de l'intervention avec les instruments, la muqueuse de la région aryénoïdienne et des replis ary-épiglotiques est un peu plus tuméfiée (*Pl. IV, fig. 4.*) L'aphonie persiste.

10 décembre. — La voix, en dysphonie ces jours derniers, a

reparu depuis hier. La dysphagie est très atténuée et la respiration plus libre.

Le malade continuera à venir à la consultation se faire examiner.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Le pointillé indique le tracé normal de l'image schématique du larynx observée sur le miroir laryngien. Les lignes pleines et les ombres déterminent les déformations pathologiques.

Fig. 1. — *Obs. I.* Beaum.). Résultat de l'examen laryngoscopique du 7 novembre 1889.

Fig. 2. — 18 novembre.

Fig. 3. — 26 novembre.

Fig. 4. — 29 novembre.

Fig. 5. — 7 décembre.

Fig. 6. — 1. — Repli glosso-épiglottique médian.

2. 2. — Repli glosso-épiglottique latéral.

3. — Epiglott-.

4. — Tubercule de Czermak.

5. — Corde vocale inférieure.

6. — Corde vocale supérieure (fausse corde, bande ventriculaire).

7. — Insertion des cordes vocales à l'apophyse vocale de l'aryténoïde.

8. — Espaces glottiques.

9. — Repli aryéno-épiglottique.

10. 10. — Cartilages de Wrisberg et de Santorini surmontant les cartilages aryénoïdes.

11. — Commissure postérieure.

12. — Gouttière pharyngo-laryngée.

PLANCHE II.

Fig. 1. — *Obs. II.* Del.). 9 novembre 1889.

Fig. 2. — 23 novembre.

Fig. 3. — 26 novembre.

Fig. 4. — 3 décembre.

Fig. 5. — 9 décembre.

Fig. 6.

PLANCHE III.

Fig. 1. — (*Obs. III.* — Bass.) 21 novembre 1889.

Fig. 2. — 3 décembre.

Fig. 3. — 5 décembre.

Fig. 4. — 17 décembre.

Fig. 5. — 10 janvier 1890.

Fig. 6.

PLANCHE IV.

Fig. 1. — (*Obs. IV.* Delouv.) 10 septembre 1883.

Fig. 2. — 7 novembre.

Fig. 3. — 19 novembre.

Fig. 4. — 24 novembre.

Fig. 5.

Fig. 6.

PLANCHE V.

Fig. 1. — (Pièce de l'Obs. II. Del.). — (*Oculatre 1, objectif 4. Vérick.*).
Foyers tuberculeux en voie d'évolution.

1. — Granulations tuberculeuses.

2. — Couche cornée d'éléments épithéliaux plats et tassés.

Fig. 2. — Pièce de l'Obs. II. Del.). — (*Ocul. 1, obj. 2. Vérick.*). Petite masse conjonctivo-scléreuse ayant proliféré sous forme de champignon. (Coupe comprenant le point de continuité avec la muqueuse laryngée). On ne trouve pas dans cette pièce de foyer tuberculeux.

1. — Couche cornée épaisse et dense d'éléments épithéliaux plats et tassés.

2. — Zone de papilles hypertrophiées.

3. — Réticulum conjonctivo-scléreuse très vasculaire.

4. — Point de continuité avec la muqueuse laryngée.

Fig. 3. — (Pièce de l'Obs. I. Beaum.). — (*Ocul. 1, obj. 2. Vérick.*).
Figure topographique, dessinée à faible grossissement et donnant l'aspect sous lequel se présente une masse arborescente papillomateuse de tissu proliférant de la laryngite tuberculeuse scléreuse végétante. (Coupe comprenant le point de continuité avec la muqueuse laryngée).

1. — Couche cornée d'éléments épithéliaux plats et tassés.

2. — Zone de papilles hypertrophiées.

3. — Réticulum conjonctivo-vasculaire central.

4. — Point de continuité avec la muqueuse laryngée (implantation).

Fig. 4. — Papilles hypertrophiées, dessinées d'après la coupe (*Fig. 2*) à un fort grossissement. (*Ocul. 1, obj. 6. Vérick.*).

1. — Couche cornée superficielle.

2. — Cellules tassées et aplaties.

3. — Papille de moyenne dimension hypertrophiée.

4. — Base d'une autre papille hypertrophiée et de plus grande dimension.

5. — Tissu conjonctivo-vasculaire central.

Fig. 5. — (Pièce de l'Obs. III. Basse.). — (*Ocul. 1, obj. 2. Vérick.*).
Petite végétation dont il ne reste plus que la coque scléro-papillaire, le centre étant évidé par la calcification tuberculeuse.

Fig. 6. — (Pièce de l'Obs. III. Basse.). — (*Ocul. 1, obj. 4. Vérick.*).
Infiltration tuberculeuse.

Nous devons remercier ici M. le Dr Toupet, secrétaire de la Société anatomique, qui a bien voulu nous guider de ses précieux conseils dans ce travail pour la partie anatomopathologique.

Au moment de mettre sous presse, n'ayant pas reçu de la maison Mathieu les clichés des instruments, nous avons dû passer outre ; nous les publierons dans un numéro ultérieur.

PLANCHE I

Fig. 1.

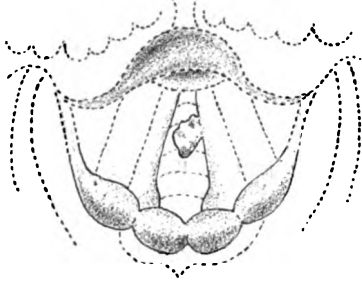


Fig. 4

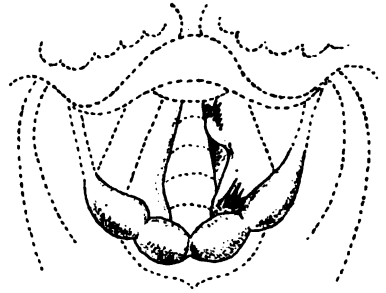


Fig 2.

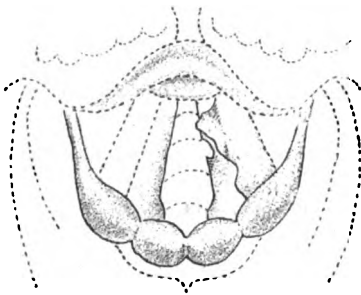


Fig. 5

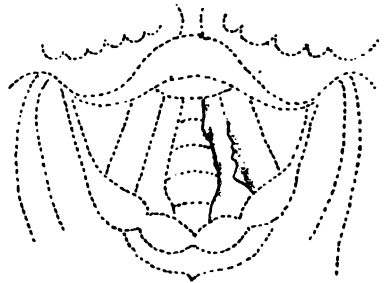


Fig 3

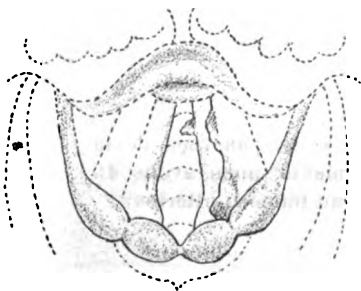
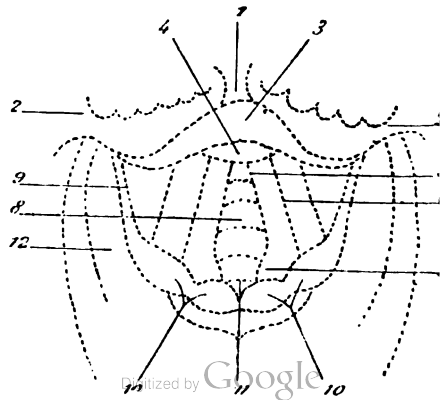


Fig 6



Glover del.

PLANCHE II

Fig 1

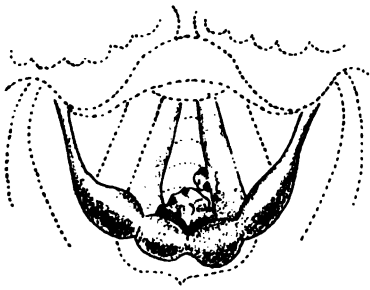


Fig 4

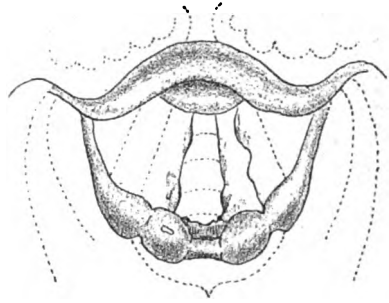


Fig. 2

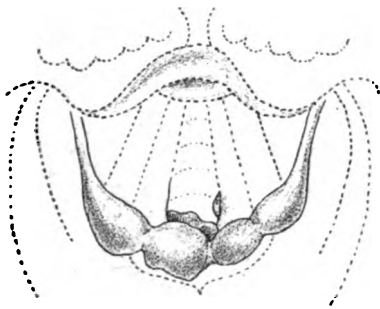


Fig. 5

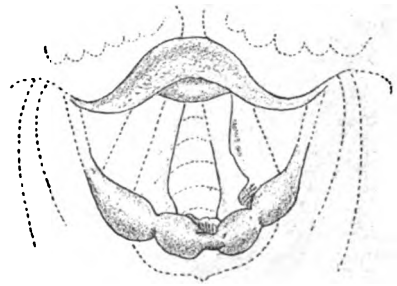


Fig. 3

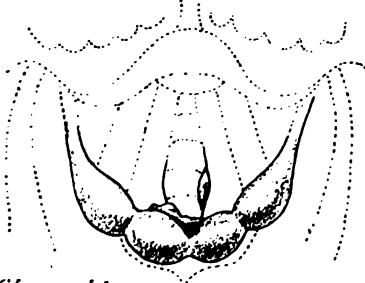
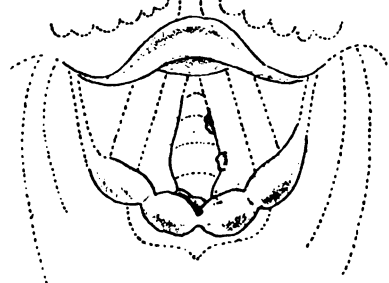


Fig 6



Glover del

PLANCHE III

Fig 1

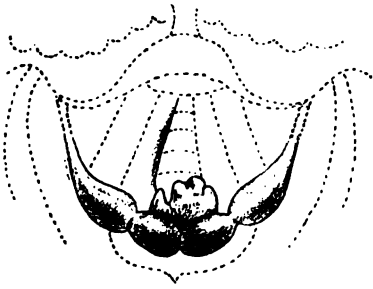


Fig 4

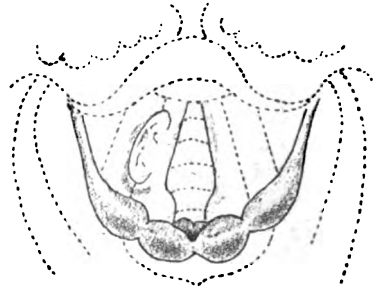


Fig. 2

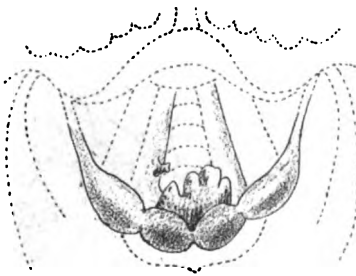


Fig 5

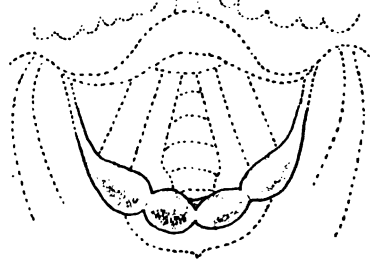


Fig. 3

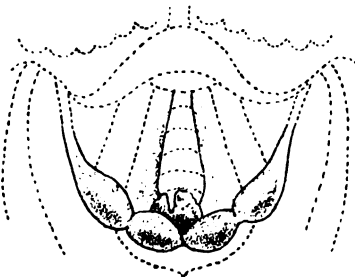


Fig 6

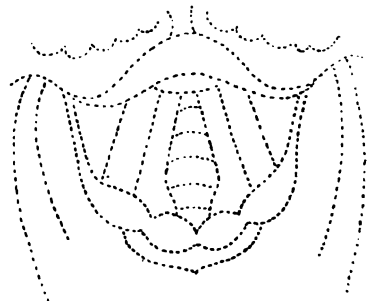


PLANCHE IV.

Fig. 1

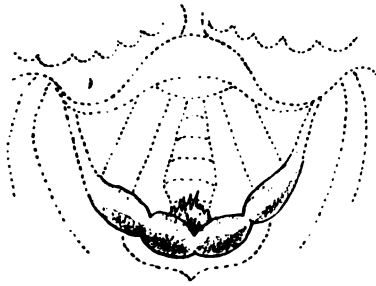


Fig. 4

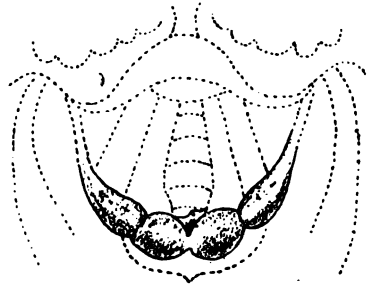


Fig. 2

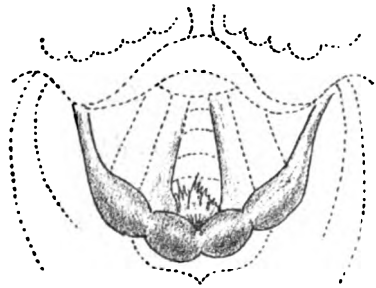


Fig. 5

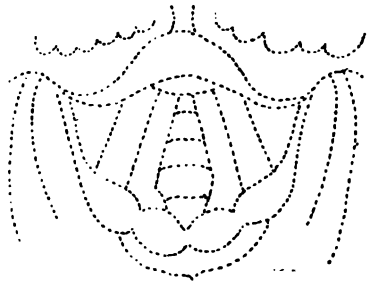


Fig. 3.

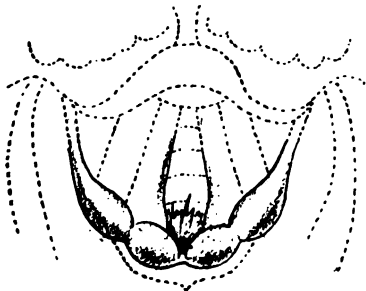


Fig. 6.



PLANCHE III

Fig 1

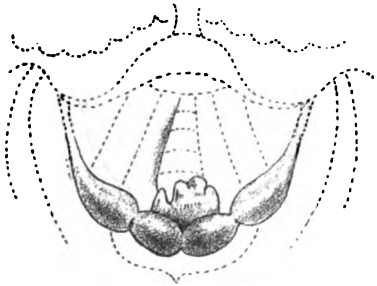


Fig 4

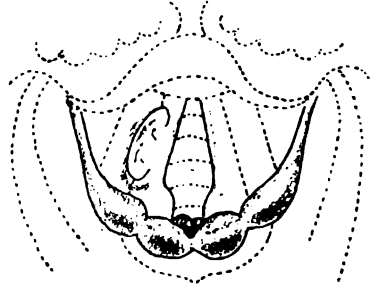


Fig. 2

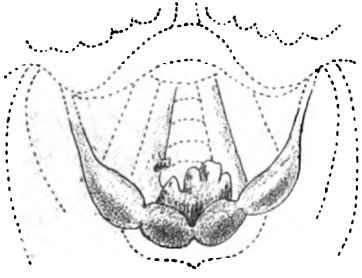


Fig 5

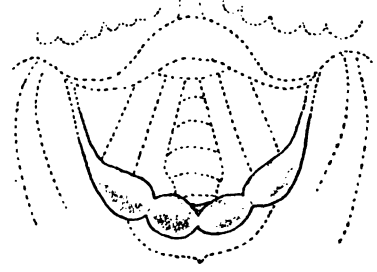


Fig 3

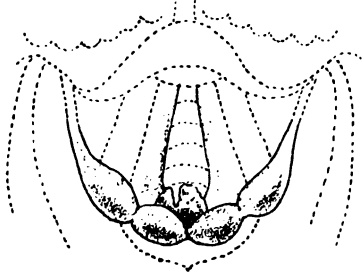


Fig 6

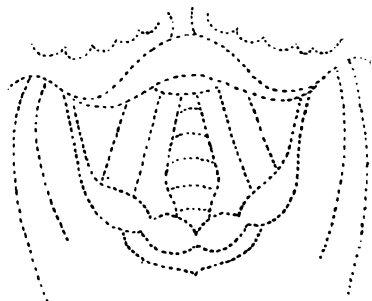


PLANCHE IV.

Fig. 1

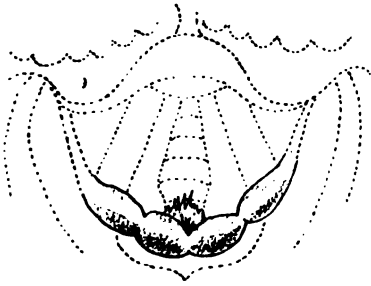


Fig. 4

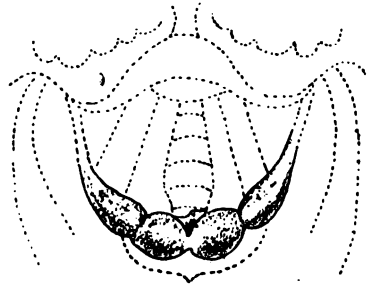


Fig. 2

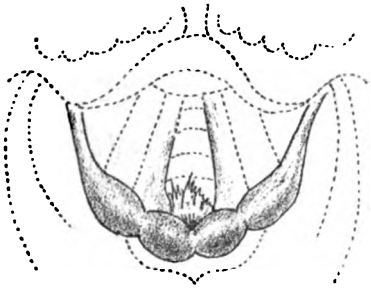


Fig. 5

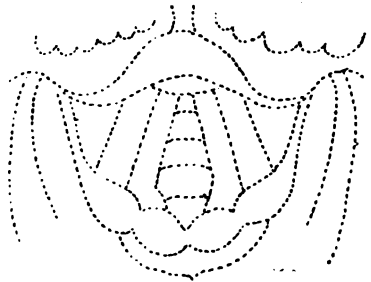


Fig. 3.

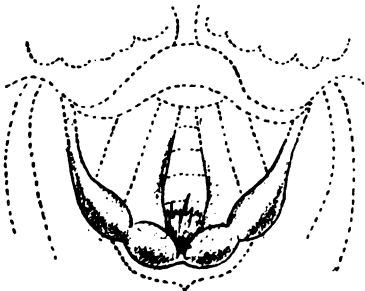


Fig. 6.

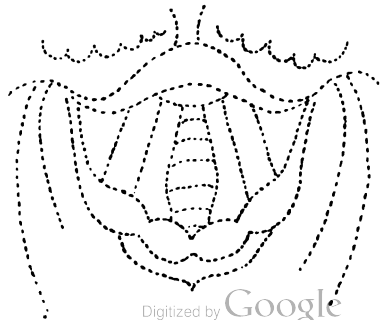


PLANCHE III

Fig 1

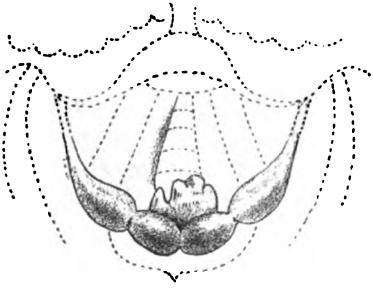


Fig 4

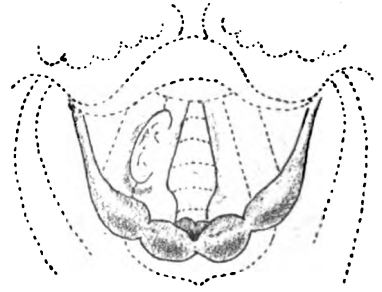


Fig. 2

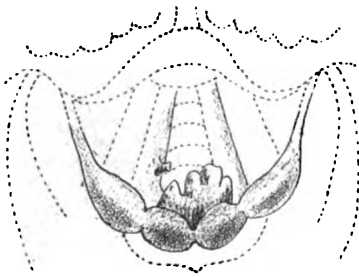


Fig 5

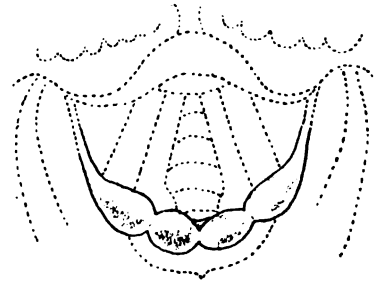


Fig 3

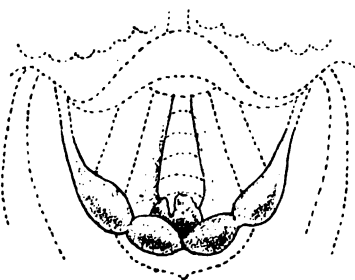


Fig 6

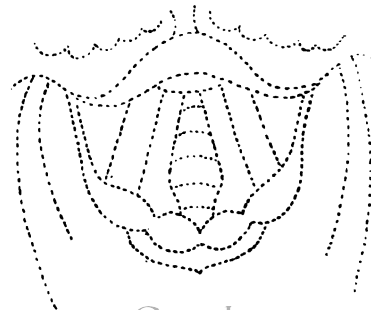


PLANCHE IV.

Fig. 1

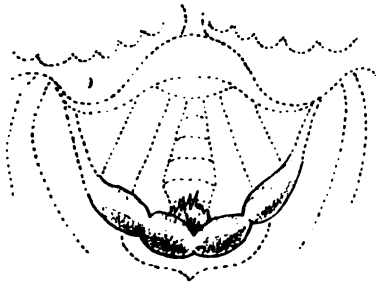


Fig. 4

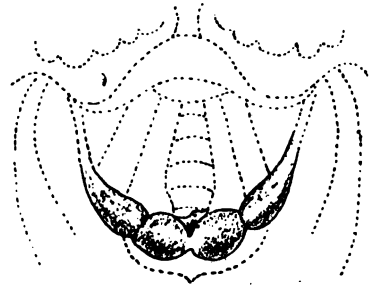


Fig. 2

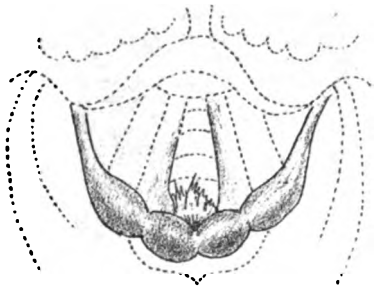


Fig. 5

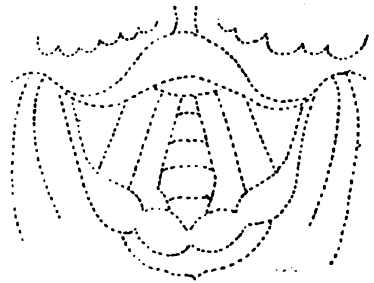


Fig. 3.

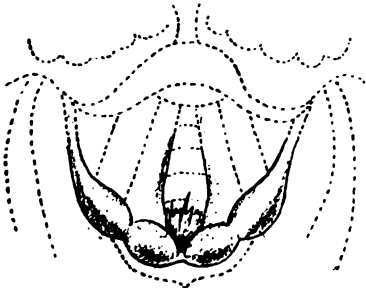


Fig. 6.



Fig 1.



Fig 2.

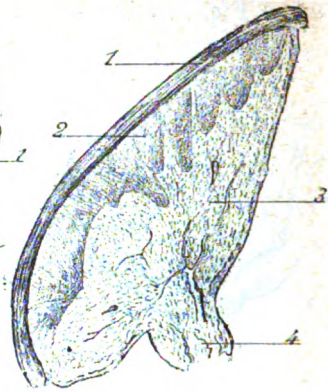


Fig. 3.



Fig. 4.

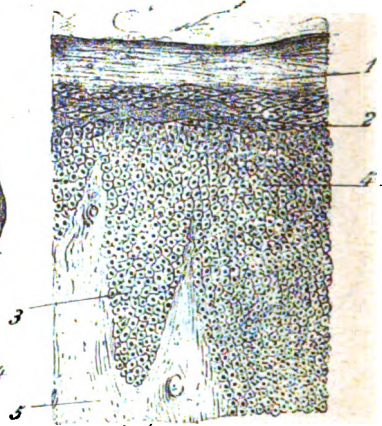


Fig. 5.



Fig. 6.



II

POSSIBILITÉ DES INJECTIONS TRACHÉALES CHEZ L'HOMME COMME VOIE D'INTRODUCTION DES MÉDICAMENTS (1).

Par le Dr **RICARDO BOTÉY**, de Barcelone.

La médecine vétérinaire moderne semble aujourd'hui s'occuper sérieusement, dans quelques villes de l'étranger surtout, des injections trachéales en les considérant comme un moyen de premier ordre pour introduire dans l'organisme des animaux domestiques les différents médicaments de la thérapeutique. Voilà pourquoi il me semble opportun de dire quelques mots sur la possibilité de pratiquer aussi ces injections sur l'homme, bien que malheureusement nos faibles arguments ne puissent, quant à présent, se fonder que sur un très petit nombre d'expériences et que nous dussions faire venir trop en aide l'analogie biologique à l'appui de ces idées.

On lit dans le vieil ouvrage de Gohier (2) que deux élèves de l'école vétérinaire de Lyon, imaginèrent de tuer un vieux cheval destiné aux expériences, en lui injectant de l'eau avec une seringue par une ouverture faite à la trachée ; et ils durent, à leur grande surprise, lui introduire *rien moins que trente-deux litres d'eau* avant de le voir s'abattre. Ce fait excessivement intéressant et qui semble paradoxal, a passé presque inaperçu, et malgré les travaux postérieurs de Lelong, Delafond et Levi, personne ne s'est avisé d'en faire quelques utiles applications sur l'homme. Ceci est d'autant plus rare qu'il est démontré aujourd'hui que la muqueuse respiratoire est celle qui se prête le mieux aux

(1) Lu à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouchard à la séance du 21 juillet 1890.

(2) GOHIER. — *Mémoires et observations sur la chirurgie et la médecine vétérinaires*, tome II, p. 419. Lyon, 1816.

échanges de l'absorption, non seulement *des gaz* comme on le sait, *mais aussi des liquides*, comme le prouve le fait de Bichat (1) arrivé à l'Hôtel-Dieu, où l'interne de service introduisit chez un malade la sonde œsophagienne dans la trachée au lieu de la mettre dans l'estomac, et lui injecta par conséquent dans les bronches du bouillon en assez grande quantité *sans qu'il en résultât aucun accident grave*, car le liquide fut rapidement absorbé.

Cette exceptionnelle aptitude pour l'absorption des liquides par les bronches et par les vésicules pulmonaires, absorption d'une rapidité *bien supérieure à celle de la muqueuse digestive*, est due d'après Collin :

- 1° A l'immense extension de la muqueuse respiratoire ;
- 2° Au peu d'épaisseur de cette membrane, dont le réseau capillaire est très superficiel ;
- 3° A la disposition de l'épithélium, qui est réduit aux petites bronches à une seule couche de cellules cylindriques, et sur les vésicules pulmonaires à une très mince et unique couche de cellules plates ;
- 4° A l'impulsion du cœur et à l'inspiration qui entraîne d'un seul coup les gaz, les vapeurs et les *liquides*, qui sont absorbés par les nombreuses ramifications vasculaires qui entourent les vésicules et les bronches terminales.

L'absorption des liquides, bien qu'elle ne se fasse pas à l'état normal par la muqueuse respiratoire, ne laisse pas que de se vérifier avec une étonnante activité; activité bien plus grande, comme nous l'avons affirmé plus haut, que celle de la voie digestive, et plus grande aussi que celle de la voie hypodermique.

D'autre part, jusqu'à ces derniers temps, on a cru que tout corps étranger introduit dans les voies respiratoires devait nécessairement provoquer une action réflexe très violente, en raison de la *soi-disant* extrême sensibilité de la muqueuse respiratoire. Erreur, que les expériences physiologiques modernes ont dissipée au grand étonnement de quelques-uns, car la sensibilité de la muqueuse des voies

(1) BICHAT. — *Œuvres complètes chirurgicales*, tome II, p. 266.

aériennes est *très obtuse, très émoussée*, à l'exception du larynx et du pharynx.

Enfin nous empruntons au savant ouvrage sur l'antisepsie du professeur Bouchard, de Paris, les pages suivantes, qui montrent que l'auteur avait approfondi cet intéressant sujet au point de vue de la thérapeutique.

« On pourrait songer à employer, pour faire l'antisepsie
« des bronches et du poumon, des solutions qu'on verserait
« directement dans les bronches par une piqûre de la tra-
« chée, au lieu de les y faire arriver par pulvérisation : on
« réaliserait une espèce de noyade antiseptique du pou-
« mon. Cette méthode n'est pas nouvelle. On savait depuis
« longtemps qu'un litre de bouillon destiné à l'estomac a
« pu être, par une maladresse opératoire, injecté sans dom-
« mage dans le poumon de l'homme. Gohier, Colin, Segal-
« las, Jousset de Belleyme ont utilisé cette tolérance des
« bronches et du poumon pour introduire des médicaments
« par cette voie. C'est ainsi que, dans la fièvre pernicieuse,
« on a injecté par une piqûre de la trachée une solution de
« sulfate de quinine. Cl. Bernard a dit à ce sujet : « Ce
« qu'il nous importe surtout de déterminer, c'est moins la
« quantité du liquide absorbé que la rapidité avec laquelle
« se produit cette absorption » ; et plus loin il ajoute : « La
« substance tombe goutte à goutte dans la trachée, sans
« amener le moindre accident, la moindre réaction, aucun
« effort de toux. On sait, en effet, que la trachée, au-des-
« sous du larynx, est fort peu sensible. » C'est sans doute
« en s'inspirant de ces paroles de Bernard que M. Bergeon
« a proposé au Congrès de Rouen l'adoption de ce mode
« d'administration des médicaments. Sa proposition, qui a
« trouvé peu d'écho en France, semble reprendre faveur
« en Allemagne.

« On sait depuis longtemps qu'on peut sans grand dan-
« ger, pourvu qu'on le fasse avec une lenteur suffisante,
« introduire dans la trachée des quantités fabuleuses d'eau ;
« on peut, pour ainsi dire, verser toujours, sans emplir
« jamais, tant la surface des alvéoles pulmonaires absorbe
« activement.

« Si on pouvait opérer de même avec des liquides anti-
« septiques, on aurait cet avantage évident de faire arriver
« ceux-ci en tous les points du poumon, au fond des plus
« fines ramifications bronchiques et dans tous les alvéoles
« respiratoires. Il reste à trouver un liquide qui ne soit pas
« irritant, et qui soit antiseptique à la dose où on pourrait
« l'introduire sans risquer l'intoxication. Malheureusement
« on n'a essayé ni les doses d'antiseptiques qu'on peut in-
« troduire, ni les degrés de dilution qu'il faudrait choisir.

« Les études expérimentales préalables sont vraiment
« trop insuffisantes pour qu'on puisse se permettre d'ap-
« pliquer cette méthode à l'homme. La méthode, en tout
« cas, ne doit pas être rejetée *a priori*. Elle mérite un plus
« ample examen; il y a apparence que ces balnéations in-
« térieures du poumon, faites avec un liquide bien choisi,
« pourraient être utiles dans certaines bronchites, peut-être
« dans la tuberculose, peut-être surtout dans la pneumonie.

« J'ai entrepris sur le lapin quelques expériences qui me
« semblent légitimer ces espérances. Pour peu qu'on la
« fasse pénétrer lentement, l'injection aqueuse intratrachéale
« est très bien supportée. Ce qui revient à dire que la vi-
« tesse de l'injection doit être égale à la vitesse de l'absorp-
« tion par la surface pulmonaire. Si l'on injecte en vingt-
« quatre minutes, par kilogramme d'animal, 30 centimètres
« cubes d'eau additionnée de chlorure de sodium dans la
« proportion de 7 pour 1,000, l'animal meurt en convulsions
« avec des râles crépitants abondants dans les parties dé-
« clives; à l'ouverture on voit sortir de la trachée un li-
« quide spumeux et sanguinolent et l'on constate un œdème
« pulmonaire avec ecchymoses sous-pleurales.

« Si, par kilogramme d'animal, on injecte en vingt-quatre
« minutes 15 centimètres cubes du même liquide, l'animal a
« seulement vers la fin de l'expérience une légère accélération
« de la respiration avec des râles crépitants dans les parties
« déclives.

« La vitesse qui me paraît ne pas devoir être dépassée
« dans l'expérimentation physiologique est de 10 centi-
« mètres cubes par kilogramme et [par heure. Ce ne serait

« pour l'homme que 600 grammes en une heure. On voit
« que, malgré les assertions opposées, l'injection aqueuse
« par les bronches chez les cholériques ne pourrait pas se
« faire avec la même rapidité ni la même abondance que
« les injections intra-veineuses.

« Chose remarquable, le poumon, par sa vaste surface,
« semble capable d'absorber autant, mais non plus que les
« reins sont capables d'éliminer. Le lapin, nourri exclusive
« ment avec du lait, arrive parfois à éliminer 10 centi-
« mètres cubes d'urine par kilogramme et par heure.

« Comme liquide antiseptique, j'ai injecté dans la trachée
« du lapin l'eau salée naphtolée, 7 grammes de sel et
« 0 gr. 20 de naphtol par litre. Un tel liquide ne provoque
« ni toux, ni douleur, ni irritation bronchique ou pulmo-
« naire, ni phénomènes généraux toxiques. Quant la mé-
« thode sera mieux assise expérimentalement, elle pourra,
« je pense, être employée chez l'homme, et rendrait pro-
« bablement des services dans la bronchite diphthérique du
« croup. »

En partant de ces idées, nous fîmes quelques expériences sur des lapins. Nous choisîmes les plus gros animaux adultes de cette espèce que nous pûmes trouver et nous en primes un du poids de 1,932 grammes. Incision de 3 centimètres le long de la partie antérieure du cou, jusqu'à la trachée. Séparation des tissus avec des crochets mous. Injection trachéale avec de l'eau distillée à la dose de un gramme, en traversant la paroi antérieure de ce tube (*très grêle chez ces rongeurs*) avec la canule d'une seringue de Pravaz. Le lapin, après cette injection, court, et nous avons de la peine à le rattraper. Injection nouvelle de 2 grammes d'eau distillée, en prenant la précaution de faire sortir le liquide goutte à goutte. Pas de toux, quelques symptômes passagers d'asphyxie, le lapin reste peu hébété; nous pratiquons sur-le-champ la respiration artificielle: au bout de cinq minutes, l'animal est complètement remis. Nous suturons la plaie, et le jour suivant nous observons que le lapin mange bien et paraît en bonne santé, nous le sacrifions par section du bulbe, et l'autopsie ne nous fait voir rien

absolument d'anormal dans les bronches ni dans les poumons de l'animal.

J'injecte un deuxième lapin à peu près de la même taille et du même âge, trois seringues de Pravaz, l'une derrière l'autre (3 grammes d'eau distillée dans la trachée en procédant de la même manière ; il survient une asphyxie plus accentuée que chez l'autre animal, mais malgré tout, la respiration artificielle le remet sur ses pieds de nouveau. L'autopsie, pratiquée au bout de quarante-huit heures, démontre aussi qu'il n'y a rien d'anormal dans les bronches ni dans les poumons.

Chez un troisième lapin, un peu plus petit, nous injectons coup sur coup quatre seringues d'eau distillée par la trachée ; il tombe raide mort au bout de quelques minutes, car la respiration artificielle n'a pu lui sauver la vie. Je pratique immédiatement l'autopsie ; je trouve les poumons lourds, œdémateux, congestionnés et les bronches remplies d'écume sanguinolente.

Enfin j'injecte, sur un quatrième lapin, neuf jours de suite, un gramme et demi d'eau distillée par la trachée, sans que l'animal cesse de manger et de courir dans sa cage. Je le sacrifie au bout de ce laps de temps et je ne trouve *rien* dans ses poumons.

Arriverait-il la même chose en injectant avec précaution des liquides médicamenteux irritants ? Voici ce que nous pûmes seulement faire sur trois autres lapins de grande taille dont nous disposions.

Sur un premier lapin nous injectâmes, toujours de la même manière, un demi-gramme d'une solution de nitrate d'argent ou 1/2 0/0, en tâchant plus que jamais que le liquide tombât goutte à goutte dans l'intérieur du petit tube trachéal. L'animal éprouvait pendant quelques minutes un peu d'anxiété, mais bientôt, au bout de deux heures, il se trouvait comme si de rien n'était. Je le sacrifie par section du bulbe, au bout de quarante heures. Rien dans les poumons ; les bronches et la trachée ont seulement quelques petites taches et traînées ça et là d'une couleur blanc sale et

l'épithélium paraît, à la loupe, quelque peu détaché dans quelques endroits.

Chez un autre lapin de grande taille aussi, nous injectâmes un demi-gramme d'une solution de bichromate de potasse au 1/2 0/0, et comme personne n'ignore qu'une solution de ce sel à 1 0/0 est caustique, nous fûmes fort étonné que le lapin la supportât. Son autopsie, faite au bout de quarante-huit heures, nous démontra que toute la *muqueuse respiratoire était normale en apparence*, au lieu de la trouver très enflammée, comme nous nous y attendions.

Enfin, sur un troisième lapin, nous introduisimes dans l'œsophage, avec une canule mousse, un gramme de cette solution de bichromate. Il perdit l'appétit, resta pendant deux jours blotti dans un coin de sa cage, et l'autopsie nous démontra que son estomac était fortement congestionné, enflammé, de même qu'une partie de l'œsophage; il serait mort peut-être plus tard, car il était évidemment malade.

Comment expliquer ces phénomènes physiologiques? C'est jusqu'à un certain point facile, sauf quand il s'agit de médicaments capables de produire une irritation locale très accentuée, ou même une cautérisation locale énergique, il se passe toujours quelque temps avant que survienne la réaction inflammatoire, et avant que celle-ci apparaisse, l'absorption de cette muqueuse est si rapide, que le liquide a déjà passé dans le torrent circulatoire.

En tenant compte de ces résultats, d'autant plus extraordinaires que la capacité pulmonaire du lapin n'arrive à guère plus du double que la quantité d'eau injectée dans nos premières expériences, et sachant que la capacité respiratoire de l'homme, mesurée au spiromètre, est de près de 4,000 centimètres cubes, nous instituâmes sur nous-même les expériences suivantes. Il faut dire avant tout que nous avons depuis des années l'habitude de nous laryngoscopiser nous-même, ou mieux de nous auto-laryngoscopiser, et que nous nous introduisons facilement dans le larynx un stylet, des pinces, un pinceau, n'importe quoi enfin, avec la main droite, en tenant le miroir de la main gauche, et que

nous sortons alors la langue et la maintenons dans la position convenable (*sans nous la faire tenir*) par les seuls efforts de notre volonté, grâce à une grande habitude acquise par des exercices presque continuels. Malgré cela et pour plus de sécurité, nous nous anesthésiâmes le larynx avec une solution de cocaïne à 10 0/0. Le miroir appliqué, nous prenons une seringue de 25 centimètres cubes de capacité, pourvue d'une longue canule très fine, convenablement courbée, et la faisant pénétrer par la bouche, le pharynx, le larynx, la glotte, jusqu'à 2 ou 3 centimètres des cordes vocales, nous nous injectons dans la trachée peu à peu, et en tâchant que le liquide coule le long de ses parois, un peu moins de la moitié du contenu de la seringue (10 grammes d'eau distillée). Nous ne ressentîmes absolument rien d'anormal, pas même la moindre toux. Enhardis par ce résultat surprenant, le jour suivant nous vidâmes peu à peu tout le contenu de la seringue (25 grammes d'eau distillée et stérilisée) *dans notre propre trachée sans éprouver la moindre toux ni le moindre malaise*, seulement nous observâmes que le nombre des respirations par minute était descendu à 17 au lieu de 21, et le nombre des pulsations à 74 au lieu de 82.

Au bout de trois jours nous nous introduisîmes de la même manière, et avec les mêmes précautions, *une seringue et demie* (37 grammes) *d'eau distillée et stérilisée dans nos voies respiratoires, impunément encore*. Et enfin, au bout de huit jours, nous eûmes l'audace de nous verser dans la trachée, coup sur coup, *deux seringues* (50 grammes) *d'eau*. Comme toujours, le nombre de respirations et le pouls baissèrent durant quelques heures, et rien de plus; pas de toux ni gêne respiratoire. Comme nous nous étions assujettis à cette dernière expérience avec une certaine crainte, nous n'osâmes pas dépasser cette dose de 50 grammes, considérant que c'était assez nous exposer pour la science, mais nous acquîmes la conviction que nous aurions pu nous injecter *100 centimètres cubes d'eau* dans nos voies aériennes sans le moindre danger, en prenant la précaution de faire couler le liquide très doucement sur les parois de

la trachée, et en ayant soin de laisser toujours libre la lumière du tube pour la circulation de l'air ; de cette façon, on pourrait impunément injecter 50 grammes d'eau dans les voies aériennes de l'homme sans le moindre danger, comme je venais d'en donner la preuve sur moi-même.

Nous fîmes encore plus ; chez une des malades de notre consultation gratuite, qui souffrait d'une syphilis laryngo-trachéale, après avoir anesthésié son larynx, nous injectâmes 12 centimètres cubes d'une solution d'iodure de potassium au centième. La première fois, par suite d'une incomplète anesthésie du larynx, il survint chez la malade quelques secousses de toux qui nous empêchèrent de continuer. Mais deux jours après, nous pûmes parfaitement injecter 15 *grammes* de cette solution, sans provoquer alors le moindre réflexe. Quelques jours plus tard, nous introduisîmes tous les deux jours, dans la trachée, 25 centimètres cubes d'une solution au centième, d'iodure, dans laquelle nous ajoutâmes un centigramme de bichlorure ; en d'autres termes, chaque injection contenait 25 grammes d'eau, 25 centigrammes d'iodure de potassium et 2 milligr. $\frac{1}{2}$ de bichlorure de mercure. Nous répétâmes ces injections dix-sept fois de suite, et la malade les supporta non seulement parfaitement, mais elle guérit de son affection laryngo-trachéale jusqu'alors rebelle à un traitement hydrargyrique interne et externe, administré avec énergie. Nous observâmes aussi comme chez nous la diminution du nombre des respirations après chaque séance de 23 à 18, ce qui disparaissait toujours au bout de trois ou quatre heures.

Comme nous ne possédons pas une clinique de maladies internes, car nous ne traitons que les oto-laryngopathies, nous n'avons pas eu l'occasion de continuer nos essais, et nous n'avons pas eu le courage, à parler franchement, de nous percer la paroi antérieure de la trachée, à travers la peau, avec la canule de la seringue de Pravaz, au-dessous du cricoïde, comme pourrait le faire impunément quiconque aurait à sa disposition des malades d'une clinique hospitalière, en essayant cette nouvelle méthode sur le premier cas désespéré qui tomberait sous la main, en injectant pour

commencer deux ou trois grammes d'un liquide médicinal approprié au cas.

Sur le cadavre nous avons essayé deux fois les injections trachéales, en introduisant la canule de la seringue de Pravaz à la partie antérieure du cou sur le plan moyen, et en l'enfonçant d'avant en arrière jusqu'à la trachée, immédiatement sous le cricoïde ou un peu plus bas, et en fixant avec les deux premiers doigts de la main gauche le larynx et la trachée. La canule a toujours pénétré directement dans l'intérieur de la trachée sans faire fausse route; et nous avons constaté deux choses dignes d'être mentionnées : 1° Après avoir traversé avec la canule les tissus jusqu'au tube trachéal, la main qui tient la seringue perçoit très bien si la pointe aiguë de la canule se heurte contre un anneau trachéal ou se place entre deux anneaux dans l'espace fibreux qui les sépare. De cette façon, il ne peut arriver que le disque cartilagineux coupé par la canule obture celle-ci ou soit lancé dans l'intérieur de la trachée par l'impulsion du liquide, et le médecin peut donc, s'il sent le contact du cartilage, rectifier la direction de la canule en l'introduisant de nouveau par un espace fibreux; 2° quand la canule a pénétré dans la trachée, on sent parfaitement un manque de résistance et une grande facilité à la mouvoir dans tous les sens, deux points de repère importants, pour ne pas s'exposer à faire fausse route ni à traverser aussi la paroi postérieure du tube trachéal.

Tous ces faits prouvent avec la plus grande évidence, que l'introduction de quelques centimètres cubes de liquide dans les voies aériennes chez l'homme est absolument inoffensive, et bien que ces idées paraissent peut-être exagérées, nous sommes convaincus que nous posséderons à l'avenir un nouveau moyen de traitement qui nous ouvrira de nouveaux horizons pour la thérapeutique locale de certaines maladies des bronches et des poumons, de même que sur certaines affections générales ou non pulmonaires, sur lesquelles il faudra agir avec plus de rapidité et de sécurité qu'avec les injections hypodermiques. Mais comme l'absorption est, comme nous l'avons déjà dit, très rapide, et les

effets des médicaments si accentués parce qu'ils souffrent à peine d'altérations dans leur court trajet, il sera absolument nécessaire de modifier radicalement les doses en les diminuant beaucoup pour ne pas produire d'intoxication.

Quant à nous, nous avons fait peu dans la circonstance ; nous aurons au moins l'honneur d'avoir fait cet essai le premier en osant espérer que cette tentative, si incomplète qu'elle soit, sera reprise par d'autres, qui, avec plus de talent d'érudition et pouvant disposer d'une clinique nosocomiale vaste, perfectionneront, compléteront considérablement nos expériences, mais néanmoins sans oublier que l'idée est venue de nous, encore qu'inspirée par la pathologie comparée et la science vétérinaire actuelles, sciences qui deviendront tôt ou tard la base fondamentale la plus solide de la médecine humaine de l'avenir.

III

OBSERVATIONS BACTÉRIOLOGIQUES SUR LE CONTENU DE LA CAISSE TYMPANIQUE DANS LES CADAVRES DE NOUVEAU-NÉS ET D'ENFANTS A LA MAMELLE (1).

Par les D^r **G. GRADENIGO** et **R. PENZO**.

Nous désirons communiquer brièvement les résultats d'une série de recherches bactériologiques pratiquées par nous sur le contenu de la cavité tympanique des cadavres de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle.

Des lésions de l'oreille moyenne, d'apparence inflammatoire, ont été décrites, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, par beaucoup d'observateurs (Wreden,

(1) Communication présentée à l'Académie royale de médecine de Turin, le 11 juillet 1890. — Résumé original des auteurs.

de Tröltsch, Parrot, Renaut, Barety, Gellé, Hartmann, Steiner); tout récemment Netter a rencontré, dans 20 autopsies d'enfants de l'âge de 9 jours à 2 ans, des lésions constantes de l'oreille moyenne : l'examen bactériologique lui permit de reconnaître les mêmes micro-organismes que l'on rencontre dans les otites moyennes aiguës des adultes. Comment concilier la constance de faits anatomo-pathologiques, dans la cavité tympanique de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle, avec le manque relatif de faits cliniques correspondants ?

C'est précisément pour tenter de définir cette question controversée que nous avons cru opportun de faire les recherches bactériologiques en question. Dix enfants, de sept mois, de vie intra-utérine à un an et six mois de vie extra-utérine, furent examinés par nous. Les recherches furent toutes conduites avec de sévères précautions antiseptiques; nous fîmes avec le contenu de la cavité tympanique, des cultures isolantes sur agar-agar et sur gélatine, des inoculations dans la cavité péritonéale et sous la peau de souris blanches; le diagnostic bactériologique micro-organismes constatés fut fait, pour chacune des espèces, d'après les particularités de développement des micro-organismes dans les différents terrains nutritifs, d'après la forme et les dimensions microscopiques des micro-organismes eux-mêmes, et aussi d'après les expériences sur les animaux.

Dans un seul cas, où l'examen put être pratiqué quatre heures seulement après la mort, les cultures restèrent stériles, la recherche des micro-organismes, négative, dans les autres cas, où l'examen fut pratiqué de 12 à 24 heures après la mort, nous avons pu isoler les formes suivantes :

Coccus.

Micrococcus cereus albus (Flügge) (très fréquentes)

- roseus
- subflavus
- candicans
- flavus

Diplococcus lactis faviformis.

*Bacilles.***Bacillus iridescens (Flügge)**

- fluorescens
- fluor. putidus
- lutens
- flavus tardigravus
- flavus liquefaciens
- ureæ liquefaciens.

Aucun des micro-organismes rencontrés n'était pathogène.

Dans tous nos cas nous avons rencontré, dans la cavité de l'oreille moyenne, des lésions qui auraient pu être attribuées à des processus inflammatoires; membrane tympanique intègre dans sa continuité, mais plus ou moins rouge; muqueuse de la caisse, rouge, gonflée; dans la cavité, un liquide quelquefois sanguinolent, quelquefois puriforme, d'autres fois muqueux et filant. Evidemment ces lésions correspondent à celles qui ont été trouvées et décrites par les A. A. dans l'oreille moyenne des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, formes qui furent considérées, par un grand nombre, comme étant l'expression de graves faits inflammatoires. Le résultat de nos observations bactériologiques devient donc important, puisqu'il nous permet d'exclure, pour les vingt oreilles que nous avons examinées, la présence de micro-organismes pathogènes, tandis qu'il nous démontre l'existence de formes saprophytiques.

Les lésions que nous avons constamment rencontrées dans l'oreille moyenne des enfants doivent donc être attribuées, non à de véritables processus inflammatoires, mais à des modifications post-mortelles spéciales, auxquelles sont exposés, d'ordinaire, sous l'influence de la putréfaction initiale, les délicates et tendres parties qui constituent l'oreille moyenne de l'enfant, c'est-à-dire la muqueuse tympanique, la membrane du tympan, et, particulièrement chez les nouveau-nés, le tissu gélatineux de la caisse.

Les conclusions de Netter, rappelées plus haut, semblent être en complet désaccord avec les nôtres; la différence,

ependant, si l'on examine attentivement, est plus apparente que réelle. En effet, Netter fit ses recherches sur 18 enfants de 3 jours à 2 ans; mais, parmi ceux-ci, 2 étaient morts de méningite purulente, 1 d'abcès pulmonaire, 4 de la rougeole, 4 de diphtérie, sans compter que, dans 16 de ses cas, il existait une broncho-pneumonie. La plus grande partie de nos enfants moururent ou, durant le travail de l'accouchement, ou dans l'immaturité; 3 seulement présentèrent des maladies qui, du reste, ne se compliquent pas, d'ordinaire, d'otite moyenne.

Le résultat de nos observations démontre que, dans le contenu de l'oreille moyenne des enfants, il s'établit rapidement des processus de putréfaction; il n'y a donc pas lieu de s'étonner si, lorsqu'il existe, comme dans les cas de Netter, de graves maladies infectieuses générales, qui, ainsi que la clinique l'a démontré, sont fréquemment accompagnées d'otites moyennes, l'on trouve, à l'autopsie, dans l'oreille moyenne, à côté des formes saprogènes les formes pathogènes spécifiques de l'infection qui a conduit l'enfant à la mort.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Des avantages réciproques de la trachéotomie précoce et tardive dans les affections chroniques du larynx, par LENNOX BROWNE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 4, 1889.)

1° La trachéotomie précoce avec canule à demeure, est admise par l'auteur dans la laryngite et la périchondrite sous-glottiques chroniques, amenant un rétrécissement de cette portion des voies aériennes.

2° Il condamne l'une et l'autre trachéotomie, dans la laryngite tuberculeuse et ne la trouve pas nécessaire dans le lupus.

3° Pour l'œdème au cours de la laryngite syphilitique, il ne faut opérer qu'après insuccès d'un traitement prolongé qui a

toutes les chances d'éviter l'opération. Dans les sténoses spécifiques, préférer la trachéotomie à la dilatation; la canule doit être généralement conservée pendant la vie. Assez souvent l'opération manque, vu l'impossibilité d'atteindre le siège du rétrécissement.

4° Quand il faut opérer dans le cas de certaines tumeurs bénignes du larynx, le mieux est de se hâter.

5° Une trachéotomie précoce est fortement recommandée dans le cas d'affection maligne du larynx comme le plus sûr moyen de prolonger la vie, et supérieure, sous ce rapport, aux tentatives d'extirpation radicale.

6° Dans la paralysie bilatérale des abducteurs, la trachéotomie est nécessaire, et ne doit pas être retardée, si le traitement n'arrête pas les progrès de l'affection. Il réussit rarement dans les cas de dyspnée, causée par une compression des parties inférieures de la trachée.

R. LEUDET.

Observations récentes relatives à l'intubation, par HUBER (New-York). (*Archiv. of Pediatrics*, Janv. 1889, in *Journ. of Lar.*, n° 4, 1889.)

Deuxième série de cas, formant un total de 94, avec 47 déjà rapportés. 37 (40 0/0) ont guéri. L'intubation fut pratiquée quand le rétrécissement suffisait pour provoquer l'intervention, sans tenir compte de la nature des complications. Bien des cas guérissant par les vaporisations et le sublimé, l'auteur n'est pas pour l'opération hâtive. L'expulsion spontanée du tube pendant la toux, a l'avantage de calmer ordinairement la dyspnée pendant plusieurs heures; le même effet, chose curieuse, n'a pas lieu si le tube est enlevé par la main du médecin. Huber a alors introduit des tubes plus petits, pouvant être expulsés par la toux, surtout quand il y a des membranes dans les bronches. Il appelle cela « l'intubation intermittente ».

R. LEUDET.

Contribution à l'étude des hernies du ventricule de Morgagni, par PRZEDBORSKI. (*Gaz. Lekarska*, 1888, et *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Deux faits suivis de guérison; dans l'un, la cautérisation se fit à l'acide chromique; dans l'autre, la hernie était multiple, composée de plusieurs tumeurs isolées et dont l'ablation amena la guérison.

Le premier cas était celui d'une dame phtisique, mais entiè-

rement bien portante pendant 3 ans. Dans l'autre, il s'agissait d'un homme vigoureux ayant abusé des boissons fortes. R. L.

Laryngite hémorrhagique, par SREBRNY. (*Gaz. Lekarska*, 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Une femme de 38 ans se plaignit pendant plusieurs semaines uniquement de douleurs de gorge et expectora quelques caillots de sang. L'auteur constata une laryngite catarrhale avec hémorrhagie laryngée et la guérit en trois jours au moyen d'inhalations astringentes. Ce cas ressemble à ceux décrits par Strübing sous le nom de laryngite hémorrhagique. R. LEUDET.

Laryngite phlegmoneuse ou sous-muqueuse idiopathique, par SOKOLOWSKI. (*Gaz. Lekarska*, 1888, in *Journ. of Laryngol.*, n° 4, 1889.)

Revue des travaux anciens et modernes avec faits personnels à l'appui. L'aspect laryngoscopique au début de la maladie, simule quelquefois la phthisie, surtout chez les phthisiques pulmonaires; pour traitement, Sokolowski vante les purgatifs, la glace et les antiphlogistiques tels que les sangsues, les vésicatoires. Dans l'imminence d'un œdème intense, employer la scarification des parties atteintes. Un des faits observés par l'auteur est rapporté en détail, sept autres sont résumés et chacun présente quelques particularités. R. LEUDET.

Sténose syphilitique du larynx et de la trachée chez un enfant de trois ans, par MALINOWSKI. (*Gaz. Lekarska*, novembre 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Diagnostiquée au laryngoscope chez un enfant dyspnéique depuis quatre mois. Trachéotomie pendant une attaque alarmante; mais la trachée était si réduite de diamètre par les adhérences cicatricielles, que la plus petite canule ne put pas entrer. L'enfant mourut trois heures après et l'autopsie confirma le diagnostic. R. LEUDET.

Contribution au diagnostic et au traitement des affections syphilitiques du larynx, par OLTUSZEWSKI. (*Gazeta Lekarska*, n° 46 et 47, 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

D'après ses observations originales, l'auteur divise les affections du larynx en sept variétés :

1° Condylômes plats ; 2° infiltration et inflammation des membranes muqueuses et sous-muqueuses du larynx, avec leurs

résultats ; 3° ulcérations syphilitiques ; 4° cicatrices ; 5° inflammations des articulations et des cartilages du larynx ; 6° péri-chondrite ; 7° paralysies.

L'auteur a vu souvent des condylômes plats sur la paroi postérieure du larynx, de l'épiglotte, et une fois sur les vraies cordes vocales. Il a observé sur toutes les parties du larynx et de l'épiglotte des infiltrations avec leurs conséquences, telles que des ulcérations et des cicatrices. Les ulcérations ont toujours une boue gris-jaunâtre, des bords irréguliers entourés d'une zone rouge. Traitement anti-spécifique pour aider le diagnostic dans les cas douteux.

Oltuszewski a vu des ulcérations syphilitiques chez des phtisiques et a pu obtenir leur cicatrisation et quelquefois une amélioration pour leur état pulmonaire.

Un cas curieux d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne amenait une immobilité complète de la corde vocale correspondante et céda au traitement.

Pour l'auteur, au traitement général doivent s'ajouter pour les affections syphilitiques du larynx des applications locales de sublimé.

R. LEUDET.

Corps étranger de la trachée, par ARGUMOSA. (*Archivos de Med. y Cir. de los Niños.*, février 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

La suffocation après trachéotomie chez un enfant en imminence d'asphyxie ne cessait que lorsque l'on enlevait la canule, pendant une tentative pour remédier à cet état de choses, l'enfant rejeta avec violence une graine de melon qui avait séjourné six mois dans les voies aériennes.

R. L.

Traitement de ce que l'on appelle la phtisie laryngée, par JOHN SEDZIAK. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, nos 6, 7 et 8, 1889.)

Travail entrepris sur l'invitation de Sokolowski ; l'auteur passe en revue un nombre considérable d'observations et de matériaux bibliographiques, dont une liste des plus utiles à consulter accompagne son intéressant article ; il y a joint également sous forme de tableau un court mais clair résumé de ses principales observations. Le travail présente un tel développement et tant de choses à noter qu'il nous est impossible de le résumer en quelques lignes ; nous nous contenterons donc de

donner les conclusions auxquelles est arrivé Sedziak, qui avait en vue d'exposer toutes les méthodes de traitement local jusqu'ici connues. Chemin faisant, il a cru nécessaire de parler de la forme primitive de tuberculose laryngée et de sa curabilité. De tout cela il conclut :

1° La tuberculose laryngée primitive existe indubitablement (cas de Orth, Pogrebinski, Demme, E. Fraenkel).

2° L'apparence de la tuberculose primitive du larynx est extrêmement rare (Orth).

3° Il faut baser le diagnostic sur :

a) L'examen cadavérique (poumons intacts ou le siège d'une tuberculose miliaire aiguë);

b) La preuve du caractère de l'affection du larynx au moyen des examens histologique et bactériologique.

4° Pendant la vie, on ne peut qu'affirmer avec plus ou moins de probabilité la tuberculose laryngée primitive.

5° La curabilité doit être considérée comme positivement prouvée.

6° Cependant la guérison est un phénomène rare. Dans la plupart des cas, il y a récurrence de l'affection laryngée, ordinairement rattachée à l'altération de la santé générale et des poumons.

7° La guérison partielle de la tuberculose du larynx, c'est-à-dire la cicatrisation de certaines ulcérations se faisant d'une manière indépendante, est un phénomène relativement fréquent.

8° Cette fréquence est en grande partie due aux progrès dernièrement réalisés par le traitement local.

9° Certains micro-organismes ont, à un plus grand degré, le pouvoir de résister à des causes pathologiques (telles que le bacille tuberculeux); pour Sedziak, cela pourrait indiquer une tendance à la production de tissu conjonctif dans tous les organes (poumons, larynx).

10° La cocaïne est pour le traitement une substance d'une utilité inappréciable.

11° L'acide lactique est, de tous les remèdes locaux, le plus important.

12° On peut attendre les meilleurs résultats pour le traitement de la méthode combinée (acide lactique, galvano-cautère, traitement chirurgical).

13° Comme dans la syphilis, dans la fièvre typhoïde, la sténose peut résulter d'une affection tuberculeuse.

14° Les végétations tuberculeuses du larynx ne sont pas rares et elles peuvent être les symptômes d'une tuberculose laryngée primitive.

15° Nous avons souvent affaire à une combinaison de syphilis et de tuberculose du larynx, dit l'auteur en terminant. R. L.

Altérations des piliers et du larynx dans la scarlatine et la diphthérie, par TCHERNIAIEFF NIKOLAI. (*Transact. du 3^e congrès des méd. russes in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Résultat de l'examen microscopique de 10 cas de chaque affection : 1° Dans la scarlatine, le dépôt sur les piliers représente un fin détritüs, simple infiltration inflammatoire désintégrée. Dans la diphthérie primitive, c'est un réticulum particulier hyalin, produit d'une névrose spécifique des tissus ; 2° dans l'origine scarlatineuse, il existe un processus de granulations inflammatoires et vasculaires pénétrant profondément dans les tissus. Dans la diphthérie, le principal est une nécrose et l'accessoire l'inflammation ; 3° dans la scarlatine, l'épithélium est très dégénéré, dans la diphthérie, il est ordinairement intact, même dans le voisinage immédiat de foyers nécrosés ; enfin, les lésions sont généralement plus circonscrites, contrairement à ce qui se passe dans la scarlatine. R. LEUDET.

Nature du croup et de la diphthérie, par KOLISKO et PALTAUF. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 8, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Pas de différences anatomo-pathologiques. Le bacille de Löffler existe dans les deux localisations. R. LEUDET.

L'image laryngoscopique dans le croup, par PINIACZEK. (*Arch. f. Kinderh. Bx, H5*, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

L'auteur prétend que l'examen des enfants est facile pendant la dyspnée. 3 types d'images : 1° glotte en position phonatoire ; plus l'enfant fait d'efforts inspiratoires et plus l'ouverture de la glotte diminue. On ne peut alors pas voir l'espace sous-glottique. 2° Dans d'autres cas, on vit un espace dans la glotte, permettant de voir en partie au-dessous des cordes vocales. Les régions sous-glottiques étaient rouges et gonflées, fréquemment couvertes de fausses membranes. 3° Parfois les muqueuses et cordes vocales étaient tapissées de fausses membranes, mais les secondes conservaient leur mobilité normale.

Piniaczek conclut que, dans certains cas, la sténose est due à la position médiane des cordes vocales; dans d'autres, au gonflement glottique, et, dans un troisième type, par les deux processus combinés.

R. LEUDET.

Aphonie fonctionnelle, son traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par A. SCHNITZLER. (*Intern. Kl. Rundschau*, n° 9, 10, 11, 12, 14, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

L'auteur a ainsi traité 5 cas; il ne donne que ses impressions sans pouvoir arriver à des conclusions absolues. Le résultat a été constant, mais pas toujours permanent.

R. LEUDET.

Contribution à la trachéotomie, par HILDEBRANDT. (*Deut. med. Woch.*, n° 15, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Hildebrandt préfère la trachéotomie inférieure, car il est plus facile d'éviter le corps thyroïde; le calibre de la trachée est plus considérable, la diphthérie n'attaque ces parties que plus tard, enfin l'opération est facilitée. Il recommande deux crochets d'une construction spéciale.

R. LEUDET.

Acide lactique dans la tuberculose du larynx, par GOLYNETZ. (*Meditzinskoi Obozrenië*, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

L'acide lactique a une grande action bienfaisante sur la maladie, surtout en solutions fortes, cela non seulement sur les ulcérations, mais encore sur les infiltrations tuberculeuses. Quand on emploie l'acide avec précaution, il ne faut pas d'anesthésie locale préalable; enfin, pour obtenir de bons résultats, il faut une habileté technique considérable.

R. LEUDET.

Menthol dans la tuberculose laryngée, par OSSENDOWSKY. (*Medizinsk. Obozr.*, n° 5, 1889, p. 484, in *Journ. of Laryng.* n° 6, 1889.)

Mode de traitement essayé dans 7 cas compliqués de tuberculose pulmonaire récente. Un seul cas se rapportait à une lésion locale peu avancée (infiltration de l'espace inter-aryténoïdien; dans les autres il y avait, en outre, au même endroit ou sur les cordes vocales, des ulcérations multiples. Chez quatre malades, le menthol fut donné *intus et extra*. Extra au moyen d'une solution de 10 à 30 0/0, appliquée au moyen de la brosse de coton d'Héryng deux à trois fois la semaine; chez deux ma-

lades, avant ceci, on fit des inhalations avec l'appareil de Schreiber et, plus tard, des insufflations avec parties égales de magnésie calcinée. Durée du traitement : de trois semaines à trois mois et demi. Dans tous les cas, sauf un, amélioration marquée : Disparition de l'état inflammatoire, diminution de la douleur, apparence meilleure des ulcérations moins étendus. Cependant, chez quelques malades, on ne peut obtenir de cicatrisation complète. Dans un cas, il survint de la périchondrite pendant le traitement.

R. LEUDET.

Corrections et additions aux statistiques de sir Morell Mackenzie sur l'extirpation totale des larynx carcinomateux, par KRAGIEWSKY. (*Deutsch. med. Woch.*, 1889, n° 4, in *Journ. of Lar.*, n° 6, 1889.)

Le malade opéré par Kragewsky mourut deux mois après de pneumonie et de récurrence ganglionnaire. A propos de ce cas, il compile les statistiques de 115 cas d'extirpation totale, et examine celle de Mackenzie. Il trouve 22 cas, rapportés deux fois, et cela à cause d'une double publication dans des journaux différents ou par des auteurs différents. 11 cas rapportés ne sont pas mentionnés.

R. LEUDET.

Abcès tuberculeux du cartilage cricoïde, par GRÜNWARD. (*Münch. med. Wochen*, n° 21, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1889.)

Un homme de 39 ans, avec tuberculose commençante pulmonaire, souffrait de dyspnée progressive d'origine laryngée, qui nécessita la trachéotomie. Au laryngoscope on vit une tumeur rougeâtre, sous-glottique, dont l'extraction fut suivie de la sortie d'une grande quantité de pus visqueux dont la quantité augmentait par la compression extérieure. Quelques jours plus tard, le pus se mit à couler par la canule, mais la dyspnée, que la trachéotomie n'avait pas complètement calmée, cessa. Un mois après, le malade mourut phthisique, et, à l'autopsie, on trouva un abcès périchondritique avec nécrose de la portion antérieure du cartilage cricoïde.

R. LEUDET.

Statistique de la laryngo-fissure, par BECKER. (*Münch. med. Woch.*, nos 16, 17, 18, in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1889.)

L'auteur rapporte quelques observations inédites :

1° Un homme de 52 ans était enrôlé depuis un an et demi ; on découvrit des papillomes au-dessous des cordes vocales.

Après trachéotomie et laryngo-fissure, les néoplasmes extirpés avec les ciseaux et le galvano-cautère, le malade guérit (Hoffa).

2° Un homme de 52 ans avait des carcinômes kratoïdes de la glotte. Il guérit après trachéotomie et laryngo-fissure (Morian).

3° Une enfant de 18 mois avait été trachéotomisée six mois avant pour la diphthérie. On ne put, par la suite, enlever la canule. On fit la laryngotomie, et on découvrit un gonflement de la paroi postérieure de la trachée, qui disparut après cautérisation au galvano-cautère (Sprenzel).

4° Un malade de 8 mois subit la laryngotomie pour des papillomes du larynx; la tumeur fut enlevée avec des ciseaux et le galvano-cautère. Il y eut récurrence, diphthérie et mort. (Sprenzel).

5° Un malade de 9 ans, porteur de papillomes, fut guéri après trachéotomie et laryngo-fissure (Sprenzel).

6° un malade de 4 ans subit le même traitement pour la même affection. La récurrence survint et l'on fit une seconde trachéotomie. Diphthérie consécutive. Intubation sans succès et le malade dut porter une canule permanente (Sprenzel).

7° Un malade de 14 ans avait des papillomes pour lesquels une opération endo-laryngée était impossible. Il fut guéri après trachéotomie et laryngo-fissure (Sprenzel).

8° Un malade de 23 ans avait des papillomes multiples, trachéotomie, laryngotomie; guérison après ablation des néoplasmes (Haussner).

Hopmann a fait de nombreuses opérations: vingt laryngotomies sur dix-sept malades et dix laryngo-fissures chez huit malades pour cause de papillomes. (*Volkman's klin. Vortrage* n° 315.) Dans deux cas, il opéra pour des adhérences membraneuses des cordes vocales, congénitales dans un cas, dans l'autre, dues à un traumatisme. Dans huit cas, l'opération fut nécessitée par des tumeurs tuberculeuses et lupoides. L'auteur passe en revue les cas publiés de 1878 à maintenant. Pour des papillomes, 45 opérations; 12 pour des fibrômes, 22 pour des tumeurs malignes, 11 pour des corps étrangers, 26 pour causes diverses, 4 pour chorde. Sur le total de 120 opérations, 7 malades sont morts des suites de l'opération, les autres cas ont guéri. L'auteur conclut de ces statistiques et d'autres que l'opération n'est pas dangereuse pour la vie, ni pour la phonation, aussi longtemps que la maladie elle-même n'a pas anéanti la voix.

R. LEUDET.

Lupus de la gorge et du nez, par J. MIDDLEMASS HUNT. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1889.)

Trois étiologies : 1° extension directe d'une affection extérieure le long des muqueuses ; 2° propagation secondaire à une partie plus ou moins distante ; 3° dépôt primordial sur la muqueuse sans aucune lésion externe quelconque.

La première condition est, par exemple, un lupus atteignant les ailes du nez à l'union de la peau et de la muqueuse, détruisant consécutivement la cloison et l'extrémité antérieure des cornets inférieurs. Le lupus peut gagner le pharynx par les gencives et la muqueuse buccale ; c'est moins rare que l'envahissement par le nez.

Le lupus secondaire du larynx ou du pharynx est loin d'être aussi rare qu'on l'a supposé dans un temps. Des différentes statistiques, il résulte que, dans 381 cas de lupus extérieur, il y a eu 8,9 0/0 un dépôt secondaire dans le larynx. Ajoutant à cela les cas où le pharynx ou le palais sont seuls pris, on arrive à 20 0/0.

Le lupus étant admis comme une tuberculose localisée avec des bacilles tuberculeux en petit nombre, l'infection peut prendre place par les lymphatiques, ou directement par l'implantation du bacille sur une surface avivée. Dans les cas de lupus de la gorge ou du nez, où l'infection secondaire est la plus fréquente, on voit comment les sécrétions peuvent arriver aux muqueuses, et les parties les plus facilement atteintes, la luette et l'épiglotte, sont celles les plus aisément infectées.

L'anémie peut aider au diagnostic précoce du lupus primitif, quoique pas aussi marquée ni générale que dans la phthisie laryngée ; elle forme un contraste marqué avec la congestion générale observée dans la syphilis. L'anesthésie, sauf dans un cas de l'auteur, est constante et typique. Les ablations premières s'observent le mieux sur la luette et l'épiglotte. La luette s'épaissit, devient noueuse, la couleur de la muqueuse reste normale ou augmente légèrement. Puis survient l'ulcération, qui s'étend jusqu'à destruction de toute la luette, lentement, *sans douleur*, ou guérit sur un point pour reprendre sur un autre. Même processus pour l'épiglotte, où les ulcérations guérissent lentement, et qui devient raide, fibreuse, souvent déchiquetée sur ses bords.

Les cicatrices du lupus ne sont nullement caractéristiques et ne peuvent, à elles seules, servir à faire le diagnostic.

Lennox Browne a admis, comme distinction du lupus du voile du palais et de la syphilis, que le premier atteint toujours le nez, et la seconde la bouche.

Dans un cas de l'auteur, avec un lupus du nez existait, à la partie supérieure du voile du palais, une masse de tissu nodulaire, d'aspect verruqueux, bloquant les méats et cachant plus de la moitié de la cloison.

La limitation du lupus à la région sus-glottique a été suggérée pour le diagnostiquer de la syphilis, mais il ne faut pas y ajouter grande confiance, car l'invasion des vraies cordes vocales n'est qu'une question de temps et de la sécurité du cas ; elle s'accompagne des mêmes caractères qu'au niveau de l'épiglotte.

La sténose du larynx due au lupus est rare, beaucoup plus que dans la syphilis.

Le traitement spécifique ne fait que nuire au lupus. D'après les expériences et observations publiées (Koch, Cornil, Leloir, Max Schüller), le lupus paraît pouvoir dégénérer en tuberculose pulmonaire ou généralisée.

R. LEUDET.

Un cas de fracture du larynx terminée heureusement, par A. SOKOLOWSKI. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1889.)

Une fille de 20 ans eut, au début de janvier 1888, son tablier saisi par une moissonneuse ; elle le portait sur son dos et fixé au moyen d'un nœud au devant du cou (suivant une coutume locale) ; elle sentit subitement une forte douleur près du larynx ; grande dyspnée, puis bientôt toux quinteuse, avec expectoration pendant plusieurs heures de sang abondant. Le même jour, la malade pouvait raconter les faits quoique avec grande difficulté à cause de sa toux, qui s'accompagnait d'une expectoration abondante d'un caractère purulent. Tout le cou était gonflé par emphysème sous-cutané ; en examinant le voisinage du larynx, on trouve, au niveau du cartilage thyroïde gauche, un sillon distinct qui s'abaisse ; en palpant plus fort, douleur vive et crépitation manifeste. Cartilage thyroïde, cricoïde droit, os hyoïde semblant intacts. Rien de pulmonaire.

Au laryngoscope, on vit au-dessous de l'épiglotte deux gonflements épais, rouges, répondant aux bords supérieurs du cartilage thyroïde, suivant la direction des cordes vocales supérieures, emplissant tout le larynx, le gauche beaucoup plus épais que le droit. Impossible de voir la partie postérieure. Les

renflements ci-dessus semblaient dus aux portions supérieures du cartilage thyroïde, fracturées et poussées dans le larynx. On ne pouvait déterminer l'état de la partie postérieure du cricoïde.

On fit la laryngotomie en incisant les parties molles et en passant une grosse canule dans une ouverture due à l'écrasement de l'angle inférieur du thyroïde et de la partie antérieure du cricoïde, et on rétablit la respiration.

Après quatre semaines, nouvel examen : épiglottite intacte, renflements épais correspondant aux cordes vocales supérieures; laissant un sillon plus ou moins triangulaire au lieu de se rencontrer à l'angle antérieur. Approchant pendant la phonation, ils cachaient tout l'intérieur du larynx; au-dessous, indistinctement visibles, les vraies cordes vocales. La direction des replis ary-épiglottiques semblait changée au point que ces replis allaient presque perpendiculairement d'avant en arrière et de haut en bas, ceci étant dû à l'écartement double de la normale des cartilages de Santorini, qui, pendant la phonation, laissaient toujours 0,02 1/2 d'écart.

Ouverture du larynx de forme rhomboïde, environ 0,01 de diamètre; trachée tout à fait invisible.

Cela resta ainsi pendant deux mois; de plus, la malade allant bien, mais gardant son tube, il fallut le lui laisser en permanence, malgré une laryngo-fissure complémentaire; mais, à la fin de janvier 1889, malgré que l'aspect laryngoscopique n'eût pas changé, la malade a pu garder son tube trois semaines fermé.

Une note additionnelle de Sokolowski dit que la dyspnée a réapparu après une nouvelle tentative intérieurement et qu'il a fallu le laisser à demeure. Le travail se termine par une revue et une discussion très complète des cas de fracture du larynx connus.

R. LEUDET.

De la goutte dans la gorge, par SIR MORELL MACKENZIE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 8, 1889.)

Porter le diagnostic d'affection gouteuse est la dernière ressource des praticiens dépourvus de diagnostic; cependant on ne peut pas refuser à la goutte l'explication de certains phénomènes obscurs, et quoique aujourd'hui les formes graves de l'affection ne soient nullement communes, on rencontre évidemment souvent une forme plus atténuée. Quoique pas commune dans la gorge, Mackenzie en a rencontré quelques cas, dans sa grande pratique. Comme tels, il n'a admis que les cas où le

patient avait d'autres manifestations palpables de goutte; soit gonflement des petites jointures d'une ou de plusieurs extrémités, soit accès de goutte aiguë sur une autre partie du corps coïncidant avec la disparition d'accidents inflammatoires du côté du larynx.

Naturellement, toute maladie chez une personne de nature gouteuse n'est pas nécessairement due à la goutte. A l'appui de sa thèse, Mackenzie cite les observations suivantes :

I. — Œdème aigu de la luette disparaissant au moment du développement subit d'une inflammation gouteuse au niveau du gros orteil.

II. — Inflammation chronique des piliers postérieurs survenant chez un malade présentant depuis longtemps aux doigts des deux mains des altérations gouteuses.

III. — Dépôts gouteux autour des articulations crico-aryténoïdiennes des deux côtés, causant une dysphonie permanente.

IV. — Inflammation gouteuse amenant une ulcération fongueuse de la corde vocale supérieure gauche, ressemblant au cancer,

R. LEUDET.

Du menthol dans le coryza et dans la grippe épidémique et autres affections du nez et de la gorge, par LENNOX BROWNE.
(*The medical Press.*, janvier 1890.)

L'auteur de cette note recommande l'emploi du menthol, soit en inhalation directe, par le nez ou la bouche, soit comme désinfectant des appartements. Il l'a employé avec succès pendant la dernière épidémie de grippe et en a, depuis trois ans, retiré de bons résultats dans le coryza aigu, le mal de mer, la diphthérie, les ulcérations de la gorge et du larynx, etc. H. F.

Étiologie et curabilité de la rhinite atrophique chronique, par JIRMUNSKY. (3^e Congrès des méd. russes, Saint-Petersb., 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1889.)

Sous le nom de coryza offensif chronique, d'ozène atrophique, Jirmunsky décrit une affection nasale, avec augmentation des cavités nasales par atrophie des corps cancéreux, et par un écoulement peu abondant, qui, séchant à la surface muqueuse, forme des masses ou des croûtes vert-grisâtre, se putréfiant aisément. Jusqu'à présent, l'étiologie est obscure; pour les uns, c'est la syphilis, la scrofule, mais fréquemment on les voit manquer. Fraenkel n'a pu trouver dans l'ozène les acides gras

dont la formation accompagnerait la dégénérescence graisseuse de la muqueuse. Pour Jirmunsky, il y a là une atrophie congénitale des corps caverneux et de la muqueuse nasale; celle-ci, dans cette maladie, décharge un mucus facilement putrescible, sous l'influence de certains microbes qui y trouvent un terrain favorable. A l'appui de ce fait, l'auteur a observé des enfants d'une même famille avec osène atrophique, développé sans être précédé d'aucune hypertrophie. Dans l'âge adulte, l'osène peut provenir d'une rhinite chronique, accompagnée d'abord d'hypertrophie, puis d'atrophie de l'appareil nasal. Les enfants seuls peuvent compter sur une guérison complète; chez l'adulte, pronostic sans espoir, quand il y a des dégénérescences profondes et invétérées des tissus du nez.

R. LEUDET.

Polype naso-pharyngé avec la déformation dite « frog face » (face de crapaud), par J. BARK. (*Liverpool, Med. clin. Journ. in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1889.)

Rapport d'un cas de polype muqueux ordinaire, où le nez était élargi, mais sans présenter la face de crapaud, type du fibrome naso-pharyngé. La tumeur faisait issue par les narines antérieures et postérieures.

L'opération consista à fendre le nez sur la ligne médiane et à ouvrir les cavités nasales, à gratter, à se servir de la pince, puis à cautériser ensuite au galvano-cautère.

Hunt et Norris Wolfenden trouvent l'opération entreprise trop radicale pour ce cas assez fréquent dans la pratique des rhinologistes; ils trouvent également que le type invoqué dans le titre de la communication n'existait nullement, à en juger d'après les dessins exhibés par l'auteur du cas présent. R. L.

Sur un cas de syphilis imitant le loup, par R. NORRIS WOLFENDEN. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1889.)

Une femme de 41 ans avait, au-dessous de l'aile droite du nez et à l'extrémité du nez, neuf tubercules rosés, gélatineux, celui du bout du nez étant le plus grand. Ces tubercules étaient aussi confluents, élastiques au toucher, doux, sans douleur, plutôt anesthésiques. Juste au-dessous de la cloison et s'étendant à la lèvre supérieure, presque sur la ligne médiane, large tubercule, ulcéré et couvert d'une croûte noirâtre, qui, enlevée, montrait une ulcération à bords élevés et épais. A droite de la lèvre

supérieure, trois autres petits tubercules, disposés concentriquement; un autre à l'angle buccal gauche.

Ces tubercules avaient l'apparence typique « gelée de pommes » du lupus; la cloison nasale était légèrement ulcérée, il y avait un écoulement fétide. Les bords droit et gauche de l'épiglotte épaissis et érodés, laissaient voir en avant du cartilage aryénoïde droit, et dans l'espace inter-aryénoïdien des élevures pâles, siégeant sur une base épaissie, ressemblant beaucoup au noyau du lupus de ces régions.

La femme était manifestement syphilitique et, après trois mois de mariage, avait avorté, après quoi était né un enfant bien portant et resté tel. Sur le dos, les membres supérieurs et inférieurs, cicatrices semblant résulter d'un processus analogue à celui existant au nez. La gorge attaquée avait guéri, mais il n'y avait plus de luette. Sur le crâne, ulcération.

La malade guérit par l'iodure de potassium à haute dose et l'usage local d'un onguent à l'iodoforme; mais les tubercules gélatineux sur le côté du nez se montrèrent assez résistants. Ils commencèrent à diminuer de taille après profondes scarifications et frictions d'acide lactique.

R. LEUDET.

Du rhinosclérome, par WOLKOWITSCH. (*Langenbecks Archiv. Bd 38, H 23, in Journ. of Laryng., n° 7, 1889.*)

Historique et distribution géographique de l'affection. En Europe, elle existe surtout dans les provinces orientales de l'Autriche et de la Russie. En Amérique, elle ne s'observe que dans l'Amérique centrale. Wolkowitsch rapporte 11 cas personnels et donne un tableau dans lequel il les ajoute à 66 cas observés par d'autres. Au point de vue de la localisation, la maladie débute ordinairement par les parties profondes du nez et simultanément des deux côtés, d'où elle gagne la partie externe du nez, les lèvres, le pharynx, le larynx, la trachée. Dans des cas rares, la langue, l'oreille, l'œil, sont affectés. La maladie est caractérisée par une infiltration cartilagineuse de la peau ou de la muqueuse. La seule métamorphose de l'infiltration est un processus cicatriciel; il n'y a de dégénérescence ni graisseuse, ni autre. La maladie progresse symétriquement sur les deux moitiés du corps. Les premiers symptômes sont ceux d'un catarrhe ordinaire, voix nasonnée, suivis d'une sécrétion fétide. La lésion de la bouche ou du pharynx cause de vives douleurs et la propagation à la trachée nécessite la trachéotomie et la canule à perpétuité. La maladie est essentiel-

lement chronique et progressive. Le traitement, soit chirurgical, soit antiparasitaire, a jusqu'ici été sans résultats satisfaisants. La description histologique et bactériologique est très intéressante, mais doit être lue dans l'original. R. LEUDET.

Un cas de rhinolithé, par BADEN. (*Hosp. Tidende*, 1889, n° 2, in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1889.)

Une femme de 45 ans souffrait depuis quatre ans d'un écoulement purulent et quelquefois aussi sanguinolent, par la narine droite; pendant les deux dernières années et demi, il y avait eu des douleurs dans les régions frontales et temporales du côté droit, en même temps qu'étourdissements et bruits dans les oreilles. On trouva un corps étranger mobile, à angles passablement tranchants, dans la narine droite; il céda aux efforts de traction et son centre consistait en un noyau de cerise, autour duquel une matière calcaire, composée de phosphate et de carbonate de chaux, était disposée par couches. R. LEUDET.

L'obstruction du nez dans ses rapports avec l'administration des anesthésiques, par F. W. SILK. (*Journ. of Laryng.*, n° 7, 1889.)

Silk veut démontrer qu'avec des anesthésiques tels que l'éther, et à un moindre degré, le protoxyde d'azote, qui augmentent le gonflement des muqueuses, toute légère obstruction déjà existante tend à augmenter, ou, quand elle est partielle au début, à devenir totale. Quel que soit l'anesthésique, les degrés extrêmes de résolution accentuent également l'obstruction nasale en permettant la chute du voile du palais vers la paroi postérieure du pharynx. Chez les enfants, la supériorité apparente du chloroforme paraît due à ce que l'obstruction partielle est chez eux exceptionnelle; de plus, vu l'action dépressive du chloroforme, elle semble devoir être moins absolue qu'avec l'éther; cependant, avec des précautions, on peut remédier aux dangers de ce dernier agent.

A l'état normal, la bouche suffit largement pour suppléer le nez bouché, mais il peut survenir des difficultés dans les circonstances suivantes :

1° Pendant la période de début, à cause du gonflement de la langue, aggravée encore par une sécrétion abondante de mucus et de salive et par l'occlusion spasmodique des mâchoires et de la bouche;

2° Pendant la maintenance de la narcose, pour les mêmes raisons.

Pour remédier à ces inconvénients, Silk n'indique rien qui ne soit déjà connu; il en est de même en ce qui concerne les nouveaux dangers dus à la présence des instruments et des mains du chirurgien à l'entrée des voies aériennes, et les hémorragies consécutives. Il termine en disant qu'à une diminution de la force d'inhalation s'associe naturellement une diminution dans les fonctions d'expiration et d'élimination par le poumon, et qu'il en résulte une accumulation de vapeur anesthésique dans les poumons et dans le sang. Par suite, il n'est pas rare que des attaques de syncope et d'apnée surviennent peu de temps après la cessation de l'administration de l'anesthésique. Enfin, l'auteur croit, quoiqu'il n'ait pas d'expérience personnelle à ce sujet, que le sang peut être inhalé en quantité suffisante pour amener à la suite de l'atelectasie, des pneumonies et autres lésions.

R. LEUDET.

Ectasie frontale, par WEINLECHNER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 8 février, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Malade atteint d'ectasie du sinus frontal, renfermant des masses athéromateuses. Le malade, homme de 45 ans, avait eu à 8 ans, un traumatisme au front. Il y a douze ans, il eut du vertige et des convulsions. Pendant deux ans, le sinus frontal droit fut gonflé. Le malade guérit par une opération. Billroth a observé un cas semblable.

R. LEUDET.

Enlèvement des corps étrangers du nez, par CHARLES W. DODD. (*Lancet*, 3 novembre 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Il ne faut qu'un simple tube de gomme molle, long d'un à deux pieds, muni d'un embout en caoutchouc ou de bois à une extrémité, assez large pour remplir le nez, en forme d'olive. On l'applique à la narine libre; par l'autre bout le chirurgien souffle librement avec force, et le corps étranger s'échappe. Il faut préalablement faire se fermer le voile du palais par les cris de l'enfant ou par l'avalement d'eau s'il s'agit d'un adulte. Si, après une ou deux reprises, le corps n'est pas sorti, fermer la narine et l'ouvrir subitement pendant que l'on soufflera. L'auteur prétend n'avoir jamais vu manquer son procédé.

R. LEUDET.

Cas de malformation congénitale de la face, par J. WOLF. (*Soc.*

de méd. Berl., 9 janvier 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Chez un enfant de 11 mois, parmi d'autres malformations, tumeur cartilagineuse du nez, muni de deux ailes et d'une cloison. Les deux orifices de ce faux nez étaient imperforés. L'auteur croit que la cause est une torsion de l'amnios. A la discussion, Kuster émet l'avis qu'il y avait une tumeur dermoïde du nez, ce qui fut démenti par une opération consécutive.

R. L.

Sur la position et les méthodes d'anesthésie dans les opérations sur le naso-pharynx, par F. W. SILK. (*Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

L'auteur passe en revue la possibilité d'anesthésier le sujet couché sur le dos, sur le ventre ou bien endormi, couché, puis placé ensuite dans le décubitus latéral; il leur préfère la position assise ou bien ainsi modifiée: le malade est endormi assis, le corps presque droit, les jambes appuyées; on le penche en avant après anesthésie complète, la tête penchée au-dessus d'un bassin placé entre ses genoux; on opère, et le sang s'écoule le long du doigt du chirurgien. C'est donc cette position ou simplement la position assise qu'il faut toujours tâcher d'adopter au point de vue de l'anesthésie, si c'est toutefois possible.

Comme anesthésiques, Silk indique l'oxyde nitreux, l'éther seul ou combiné au chloroforme, enfin ce dernier agent. Il ne réclame pas pour ces agents de supériorité sur des méthodes qui, en d'autres mains, peuvent donner de meilleurs résultats.

R. LEUDET.

Dégénérescence fibreuse des cavités nasales et du pharynx d'origine syphilitique, par JOHN NOLAND MACKENZIE. (*Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Survient fréquemment dans la syphilis tertiaire, sous la même forme que dans le larynx, c'est-à-dire soit une simple néoformation de tissu contractile rétrécissant les cavités, soit sous forme de grosses tumeurs épaisses, prises à tort pour des gommés. L'affection frappe surtout les hommes, particulièrement les alcooliques.

Les corps caverneux en souffrent plus que la cloison et les autres régions du nez; ils sont hypertrophiés, durs, d'un blanc jaunâtre ou rougeâtre, sessiles, parfois pédiculisés. Ils peuvent

empêcher l'arrivée de l'air, parfois s'ulcérer, produire des brides fibreuses à la suite ou s'éliminer. Les glandes ont disparu ainsi que les cellules érectiles, l'épithélium s'altère consécutivement et tombe. Cette variété de syphilis nasale, qui tend à l'hypertrophie, est donc à distinguer du catarrhe ordinaire syphilitique.

Dans le pharynx moins fréquemment altéré, ce sont surtout les amygdales, les piliers, qui, transformés en une masse dense, perdent leur aspect anatomique ordinaire. Dans un cas, la luette était atteinte.

Dans le nez, on réussit plus facilement que pour le pharynx, à enlever les tumeurs avec un serre-nœud ou le cautère.

Pour le diagnostic avec les gommès, on a surtout l'effet inutile du traitement spécifique; l'anémie périphérique et la sensation de dureté transmise au doigt par la sonde, bien différente de la mollesse et de l'élasticité de la gomme. R. LEUDET.

Tumeur du pharynx. Mort dans la chloroformisation, par CANDWELL. (*Lancet*, 1^{er} septembre 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Un homme de 46 ans, ayant à être opéré d'une tumeur maligne à la partie postérieure du pharynx, était en train d'être chloroformé, quand il cessa subitement de respirer, devint livide, et le cœur s'arrêta environ deux minutes après.

A l'autopsie, un néoplasme environ du volume d'un œuf de dinde, s'étendait de la partie supérieure droite du pharynx, recouvrant le palais et le côté droit jusqu'à la luette et descendant jusqu'à presque toucher l'épiglotte. On croit que c'est elle qui causa la mort en obstruant l'ouverture du larynx. R. LEUDET.

Tableau de la diphthérie en Norvège, par JOHANNESSEN (Axel). (*Christiania Vindersk. Forhandl.* 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 4, 1889.)

Ouvrage fondé sur des statistiques considérables et donnant un tableau détaillé de la diphthérie en Norvège, de 1803 à 1834. Pendant cette période, quatre grandes épidémies ont régné, séparées toutes par des intervalles où la maladie était bien peu marquée; toutes les quatre ont été contemporaines des grandes épidémies qui ont envahi la plus grande partie du monde; toutes ont pris naissance à plusieurs foyers, surtout abondants le long de la côte, où le commerce des pêcheries et de la navi-

gation les avait propagés. Par suite de la concordance entre les épidémies de croup et de diphthérie, l'auteur, pour cela et d'autres raisons encore, fait du croup une localisation laryngée de la diphthérie. Le croup a semblé atteindre son maximum plutôt que les angines; il a également été plus fréquent dans les grandes villes qu'à la campagne.

L'incubation, variable de quelques heures à trois jours, a rarement dépassé cette limite. Les pêcheurs, marins, voyageurs, l'ont surtout propagée, souvent sans la contracter eux-mêmes.

Sur 100 diphthériques en Norwège pendant ce siècle, il y avait 61,4 d'enfants, et 38,6 d'adultes. Sur l'ensemble de la population 1,8 pour 1000 étaient des enfants, 0,6 pour 1000 des adultes, d'après quoi la diphthérie a frappé en comparaison plus d'adultes en Norwège que dans toute autre contrée, l'Irlande exceptée. Pour le croup, il n'y avait que 2,3 0/0 d'adultes.

La diphthérie a surtout attaqué les femmes, le croup les hommes; la mortalité a eu une progression inverse. Le maximum des deux manifestations de la diphthérie a existé de novembre en janvier; le croup a semblé plus influencé par les saisons que l'angine. Les épidémies ont très souvent débuté en été et en automne. Les vents du sud et du sud-est semblent les favoriser. Plus d'une fois la diphthérie a reparu chez un même individu; certaines familles ont paru présenter une sensibilité spéciale qui ne résultait probablement pas d'un défaut de résistance spécial, mais peut-être d'une même hygiène défectueuse.

Les différentes épidémies ont, chose intéressante, eu une tendance très différente aux paralysies de la convalescence: elle a varié de 50 à 0 pour 100 malades.

Comme on l'a observé ailleurs depuis longtemps, l'intensité, la localisation du processus, la marche envahissante des épidémies n'avaient guère d'influence sur le nombre des paralysies.

R. LEUDET.

Sur l'anatomie pathologique de la paralysie diphthéritique,
par KRAUSS. (*Buffalo Med. and Surg. Journ.*, janvier 1889, in
Journ. of Laryng., n° 4, 1889.)

Examen histologique par l'auteur, dans le laboratoire du professeur Mendel, à Berlin. Enfant de 11 ans, morte de diphthérie grave, examen spécial des noyaux de l'oculo-moteur, des nerfs abducteur, facial et hypoglosse, de leurs racines intra-encéphaliques et des vaisseaux sanguins.

Pour la dimension, le nombre, la forme, le contenu, les cel-

lules ganglionnaires des différents noyaux avaient leur condition normale. Il n'en était pas de même des fibres nerveuses et surtout des fibres intra-encéphaliques de l'oculo-moteur; quelques cylindres-axes étaient détruits; d'autres étaient irréguliers, d'autres déformés. La myéline était altérée. Les capillaires, les artères petites et grandes étaient engorgées, donnant à la préparation l'aspect d'un néoplasme vasculaire. Cependant les veines du plancher du quatrième ventricule étaient vides et leurs parois accolées. La diapédèse des globules sanguins était remarquable, et il y avait dans la protubérance de nombreuses et petites hémorrhagies. Dans les espaces péricondules existait une accumulation abondante de corpuscules du sang.

Les hémorrhagies les plus grandes se voyaient à l'œil nu; surtout le long du trajet intra-protubérantiel des nerfs, et près de l'origine de l'oculo-moteur gauche, le long des racines duquel se faisaient des hémorrhagies; il en était de même le long du nerf oculo-moteur et du trajet intra-protubérantiel des deux autres nerfs.

En résumé :

- 1) Noyaux nerveux crâniens normaux;
- 2) Dégénérescence d'une partie de l'oculo-moteur;
- 3) Hyperémie, diapédèse des globules sanguins, hémorrhagies de proportions diverses.

Résultats concordants avec ceux publiés par Mendel. R. L.

Les amygdales (de l'isthme, de la langue, du pharynx et discrètes) : leurs fonctions, leurs rapports avec les affections de la gorge et du nez, par SPICER, SCANES. (*Lancet*, 27 octobre 1888, *in Journ. of Laryng.*, n° 5, 1889.)

Conclusions : 1° La raison d'être des diverses amygdales réside dans leurs relations évidentes avec l'appareil qui fabrique le sang, et l'issue de nombreuses sécrétions. Les rapports des amygdales avec le reste de l'organisme peuvent être bien appréciés en les comparant à l'action d'un champ d'épuration vis-à-vis de la ville qui l'utilise et à laquelle il renvoie ses produits éliminés.

2° Si quelques sécrétions dont les amygdales sont chargées sont altérées d'une façon quelconque par des substances irritantes, par corrélation, ces amygdales montrent des troubles d'irritation de degré variable.

3° Les fonctions et les affections des diverses amygdales fournissent la clef du traitement rationnel et scientifique et constituent la raison probable de beaucoup de lésions du nez et de la gorge.

R. L.

Marche ascendante de la mortalité par diphthérie, à Londres.

(*Lancet*, 3 novembre 1888, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Pendant les sept dernières années (1881-7), le taux de la mortalité par diphthérie à Londres a considérablement dépassé celui observé jusqu'ici, ainsi que la mortalité moyenne dans l'ensemble de l'Angleterre et du pays de Galles; ce n'était pas le cas, il y a 30 ans, au début de la maladie.

Pendant que la mortalité par diphthérie atteignait à Londres 217 cas sur 1 million, elle ne dépassait pas 113 dans les 27 principales villes de province, où la mortalité par les autres affections zymotiques dépassait considérablement celle de Londres.

R. LEUDET.

Tumeur mixte du voile du palais, par HOFFMANN. (*Arch. de Langenbeck*, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1889.)

Description anatomo-pathologique très détaillée d'un adéno-chondrome enlevé par résection du maxillaire supérieur. R. L.

Tuberculose du pharynx, par ROTH. (*Soc. de méd. de Bâle*, 1888, in *Journ. of laryng.*, n° 6, 1889.)

Cas de méningite tuberculeuse; origine de l'affection: tuberculose de l'amygdale du pharynx. L'os fut consécutivement affecté, d'où plus tard méningite.

R. LEUDET.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE.

Oreille.

Resumé des expériences faites à la clinique otologique du professeur H. Schwartzo, de Halle, par Ch. H. May (*N. Y. med. Journ.*, 23 mai 1889).

Otite scarlatineuse, par C.-H. May (*N. Y. Acad. of med.*, 14 mars; in *N. Y. med. Rec.*, 22 juin 1889).

Valeur du traitement antiseptique et protection de la membrane du tympan dans les perforations résultant de l'otorrhée, par L. Turnbull (*Amer. med. Ass. Newport*, 23 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Surdité interne, par J.-G. Carpenter (*Amer. med. Ass. Newport*, 23 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Mastoidite scléreuse, par J.-A. Lippincott (*Amer. med. Ass. Newport*, 23 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Possibilité d'une altération de l'oreille moyenne par l'usage de l'atomi-sation nasale, par C.-W. Richardson (*Amer. med. Ass. Newport*, 23 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Conseils pratiques pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille. Observations, par R. Barclay (*N. Y. med. Journ.*, 13 juillet 1889).

Méningite purulente au cours de laquelle une otite moyenne purulente envahit l'intérieur du crâne à travers la cavité labyrinthique et le canal de Fallope, par J. Finlayson et T. Barr (*Arch. of otol.*, juin 1889).

Nécroses et caries du temporal traitées par les acides, par Ole Bull (*Arch. of otol.*, juin 1889).

Affections de l'apophyse mastoïde, par H. Ferrer (*Arch. of otol.*, juin 1889).

Les progrès de l'otologie durant la seconde moitié de l'année 1888, par A. Barth et A. Hartmann (*Arch. of otol.*, juin 1889).

Rapport sur les progrès de l'otologie, par Morrison Ray (*Amer. pract. and News*, 8 juin 1889).

Résultats de la rupture accidentelle de la membrane du tympan, par Sayer Hasbrouck (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Inflammation de l'attique tympanique et perforation de la membrane de Shrapnell, par B.-A. Randall (22^e réunion de l'Amer. otol. Soc. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Trois cas de décès à la suite d'otites suppurées, avec deux autopsies, par F.-M. Wilson (22^e réunion de l'Amer. otol. Ass. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Un foret mastoïdien, par F.-M. Wilson (22^e réunion de l'Amer. otol. Ass. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Kystes du pavillon de l'oreille, par Gorham Bacon (22^e réunion de l'Amer. otol. Ass. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Epithélioma de l'oreille moyenne, par W.-H. Carmalt (22^e réunion de

l'Amer. otol. Ass. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Deux cas de rupture traumatique de la membrane du tympan, par Huntington Richards (22^e réunion de l'Amer. otol. Ass. New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Occlusion complète des deux conduits auditifs externes, par E.-E. Holt, (Amer. otol. Ass., 22^e session, New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Otite moyenne catarrhale aiguë, accompagnée d'une paralysie faciale et d'altération de la vue du côté malade, par E.-E. Holt (Amer. otol. Ass., 22^e session, New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Physiologie des muscles intra-tympaniques, par S. O. Richey (Amer. otol. Ass., 22^e session, New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Pavillon de l'oreille supplémentaire, par B.-A. Randall (Amer. otol. Ass., 22^e session, New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Extraction d'un pois inséré depuis dix-neuf ans dans le conduit auditif, par T.-Y. Sutphen (Amer. otol. Ass., 22^e session, New London, 16 juillet; in *N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Relation entre les maladies de l'oreille et les affections des dents, par R. Barclay (*N. Y. med. Rec.*, 3 août 1889).

Etude clinique sur l'emploi de certains antiseptiques dans le traitement de l'otorrhée, par R.-L. Randolph (*N. Y. med. Rec.*, 27 juillet 1889).

Extraction d'un pois au bout de trente-deux ans de séjour dans le conduit auditif, par W. F. Morgan (*N. Y. med. Record.*, 24 août 1889).

Surdité résultant des affections du nez et des dents, par D. H. Goodwillie (*N. Y. med. Jour.*, 24 août 1889).

Moyens à employer pour prévenir la surdité, par Buller (Canadian med. Ass., 13 août; in *N. Y. med. Journ.*, 28 septembre 1889).

Chlorate de potasse dans les affections de l'oreille, par E.-H. Linnel (*The Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Hémorrhagie de l'oreille moyenne dans un cas de fracture de la base du crâne sans signes extérieurs d'hémorrhagie, par Peabody (The Pract. Soc. of New York, 4 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 2 novembre 1889).

Cas d'abcès cérébelleux dû à une affection de l'oreille, opéré avec succès, par W. Macewen (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Perte de la membrane du tympan, du marteau de l'enclume et de l'étrier, avec bonne ouïe, par F.-C. Clark (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Contributions additionnelles botaniques et cliniques à l'otomycose, par F. Siebenmann (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Un cas rare de réflexes auditifs, par H. Steinbrügge (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Observations d'affections mastoïdiennes, par Gorham Bacon (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Amélioration de l'audition obtenue par l'emploi de forts sondages dans les cas de bouchons de cérumen, par W. Kosegarten (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Recherches sur l'influence de la forme du crâne sur certains rapports importants de l'os temporal, par O. Körner (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Atésie congénitale de l'oreille, par E. Joël (*Arch. of otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Otorrhée chronique purulente, avec surdité, guérie par l'excision de la membrane du tympan et du marteau, par Ch.-H. Burnett (*Med. News*, 2 novembre 1889).

Courts mémoires d'otologie pratique, par A.-H. Buck (*N. Y. med. Rec.*, 9 novembre 1889).

Ouverture du méat auditif, par O.-D. Pomeroy (N. Y. Acad. of medicine, séance du 21 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 16 novembre 1889).

Traitement de la surdité invétérée, par N.-J. Hepburn (N. Y. Acad. of med., séance du 21 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 16 novembre 1889).

Deux cas de lésions de l'oreille consécutives à un abcès intra-crânien, par Southam (*The med. Chronicle*, novembre 1889).

Onze cas d'aspergillus de l'oreille humaine, par C. H. Burnett (*The med. and surg. Report.*, 16 novembre 1889).

Lupus érythémateux de la cavité auriculaire et de la face, par G. H. Fox (N. Y. Acad. of med., séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

Auto-massage du tympan, par H. C. Houghton (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, janvier 1890).

Otite externe, furoncles et otorrhée aggravés par l'emploi de l'eau chaude et des cataplasmes, par A.-D. Williams (*St-Louis med. and surg. Journ.*, décembre 1889).

Atresie congénitale du conduit auditif, par A.-D. Williams (*St-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1890).

I. Solution d'atropine contre les douleurs d'oreilles nocturnes chez les enfants. — II. Les anciennes otorrhées sont toujours dangereuses. — III. Abcès du cervelet, provoqué par une otorrhée. Opération. Guérison, par A. D. Williams (*St-Louis med. and surg. Journ.*, février 1890).

Complications auriculaires de l'influenza, par O. D. Pomeroy (N. Y. Acad. of med., séance du 21 janvier; in *N. Y. med. Rec.*, 15 février 1890).

Teinture d'iode dans les affections de l'oreille moyenne, par Allyn (Allegheny med. County Soc., novembre 1889; in *New Orleans med. and surg. Journ.*, janvier 1890).

Blessure de l'oreille, produite par un coup de pistolet, par L. A. Stimson (N. Y. surg. Soc., séance du 8 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 1^{er} mars 1890).

Les manifestations auriculaires dans l'épidémie de grippe, par Spear (*Boston med. Journ.*, 16 janvier 1890).

Otite externe hémorragique, par Gorham Bacon (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Un cas de surdité permanente, causée probablement par la quinine, par S.-G. Dabney (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Cas de périchondrite idiopathique du pavillon de l'oreille gauche, par H. Ferrer (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Élimination traumatique partielle du tympan; occlusion en huit jours, par A. Eitelberg (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Malformation du pavillon. — Opération plastique pour la guérison de la difformité, par Gorham Bacon (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Deux cas de périchondrite du pavillon de l'oreille, traités par la cuiller tranchante et le drainage, par J.-B. Mc Mahon (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Traitement chirurgical de l'inflammation phlegmoneuse diffuse du pavillon de l'oreille, par E. Gruening (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Bactériologie de quelques affections inflammatoires de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes, par A.-A. Kanthack (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Inflammation diphthérique de la membrane muqueuse du tympan. Contribution à la pathologie de l'organe de l'ouïe, par S. Hirsch (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Ossification du pavillon de l'oreille consécutive à une périchondrite séro-purulente, par H. Knapp (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Compte rendu des progrès de l'otologie durant la première moitié de l'année 1889. (Anatomie normale et pathologique, histologie et physiologie

de l'oreille et du naso-pharynx, par A. Barth). (Pathologie et thérapeutique, par A. Hartmann). (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Compte rendu des séances de la section d'otologie à la 62^e réunion des médecins et naturalistes allemands, tenue à Heidelberg du 17 au 23 septembre 1889, par G. Killian (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Compte rendu des séances de la section otologique de la *British medical association*, session de Leeds, août 1889 (*Arch. of otology*, vol. XIX, n° 1, 1890).

Surdité sans lésion apparente, par Allyn (Allegheny County med. Soc., 19 février; in *New Orleans med. and surg. Journal*, avril 1890).

Thérapeutique des otites moyennes suppurées, par W.-E. Rounds (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Tintement d'oreille persistant guéri par des opérations nasales, par W.-E. Green (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Observations d'affections de l'oreille, par H. C. Houghton (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Perforation de la membrane du tympan, par E.-J. Bissell (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Les otologistes reconnaissent-ils l'influence des affections nasales sur l'oreille? par J.-B. Shapleigh (*Weekly med. Review*, 26 avril 1890).

Excision de la membrane du tympan pour une affection de l'oreille moyenne, par S. Sexton (The pract. Soc. of N. Y., séance du 4 avril; in *N. Y. med. Rec.*, 10 mai 1890).

Le phonographe considéré comme un acoumètre pour mesurer l'acuité de l'ouïe, par A.-W. Stein (*N. Y. med. Rec.*, 3 mai 1890).

Abcès du tympan, consécutif à la grippe, par A. D. Williams (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, avril 1890).

Caustique lunaire dans l'otorrhée hémorrhagique, par A.-D. Williams (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, mai 1890).

Malformation du pavillon de l'oreille, par F. H. Edsall (Allegheny county med. Soc., 18 mars; in *New Orleans med. and surg. Journ.*, mai 1890).

Traitement ayant amené le rétablissement de l'ouïe chez une sourde-muette, par W. H. Bates (*N. Y. med. Journ.*, 7 juin 1890).

Diathèse urique dans les affections des yeux, de l'oreille, de la gorge et du nez, par W. Cheatham (*Amer. Pract. and News*, 1890).

Larynx et Trachée.

Sténose syphilitique du larynx. Trachéotomie, par J.-H. Billings (*N. Y. med. Rec.*, 1^{er} juin 1889).

Un cas de laryngite striduleuse et d'éclampsie, associées au rachitisme, par H. N. Vineberg (*N. Y. med. Journ.*, 8 juin 1889).

Un cas d'adénite aiguë multiple. Œdème du larynx. Guérison spontanée, par S.-W. Langmaid (Amer. laryng. Ass. Washington, 30 mai; *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Une forme œdémateuse d'affection des voies aériennes supérieures, par W.-C. Glasgow (Amer. laryng. Assoc. Washington, 30 mai; *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Etudes expérimentales sur l'action des muscles intrinsèques du larynx, par F.-H. Hooper (Amer. laryng. Ass. Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Dysphonie spasmodique, par F. J. Knight (Amer. laryng. Assoc. Washington, 30 mai; *N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).

Récidive d'une tumeur laryngienne, 22 ans après l'opération, par R.-P. Lincoln (Amer. laryng. Ass. Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Quelques manifestations de la syphilis des voies aériennes supérieures,

- par T.-A. de Blois (Amer. laryng. Ass. Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 9 novembre 1889).
- Quelques manifestations non habituelles de la tuberculose du larynx, par C.-C. Rice (Amer. laryngol. Ass. Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. Journ.*, 31 août 1889).
- Emploi des solutions de nitrate d'argent dans le traitement de la laryngite chronique, par S. Solis-Cohen (Amer. laryng. Ass. Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).
- Quelques affections gouteuses des voies aériennes supérieures, par F. Whitehill Hinkel (Amer. laryng. Ass. Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).
- Affections chroniques de la gorge, d'origine rhumatismale, par M. Thorne (Ohio State med. Ass., 24 mai; in *Weekly med. Review*, 15 juin 1889).
- Phtisie laryngée, par A. B. Trasher (Ohio State med. Ass., 24 mai; in *Weekly med. Review*, 15 juin 1889).
- Ulcération des cordes vocales à la suite de la rougeole, par L. Emmet Holt (N. Y. Path. Soc., 13 février; in *N. Y. med. Rec.*, 22 juin 1889).
- Nouvelles recherches sur l'existence d'un centre moteur cortical du larynx, par D. Bryson Delavan (*N. Y. med. Journ.*, 22 juin 1889).
- Observation d'intubation du larynx, par T. E. Waxham (Amer. med. Ass. Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).
- Intubation du larynx et trachéotomie, par H. O. Bates (Amer. med. Ass. Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).
- Emploi du menthol dans les affections des voies aériennes supérieures, par F.-H. Potter (Amer. med. Ass. Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Menthol dans la phtisie laryngée, par Th. H. Knight (Amer. med. Ass. Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Effets du gaz naturel sur les voies aériennes supérieures, par D.-N. Rankin (Amer. med. Ass. Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Rhumatisme laryngien aigu, d'origine gonorrhéale, par W. K. Simpson (Amer. med. Ass. Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Un nouvel ouvre-bouche et la possibilité d'avoir de meilleurs résultats de l'intubation du larynx, par Ch. Denison (Amer. med. Ass. Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Thyrotomie pour l'ablation d'un sarcome, par E. Cutter (Amer. med. Ass. Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Fibrome de l'aryténoïdien droit, par E. Cutter (Amer. med. Ass. Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).
- Syphilis du larynx, par A.-B. Trasher (Kentucky State med. Assoc., 10 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 20 juillet 1889).
- Lupus du larynx, par J. Montfort Schley (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).
- Laryngite interaryténoïdienne, par W. A. Dunn (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).
- Un cas rare d'intubation du larynx, par A. Brothers (*N. Y. med. Rec.*, 27 juillet 1889).
- Un cas d'intubation du larynx suivi de succès, avec quelques remarques sur le traitement qui a suivi, par F.-H. Bartlett et J.-C. Clark (*N. Y. med. Journ.*, 17 août 1889).
- Qu'est-ce que la véritable paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur? par Jelenffy (*N. Y. med. Journ.*, 31 août 1889).
- Un cas singulier de syphilis tertiaire de la gorge, par E. Harrison Griffin (*N. Y. med. Rec.*, 14 septembre 1889).
- Anévrysme de l'aorte avec érosion de la trachée, par Armstrong (N. Y. Pathol. Soc., séance du 23 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 14 septembre 1889).

Intubation dans des cas de corps étrangers des voies aériennes, avec remarques concernant l'alimentation à la suite de l'intubation, par S.-J. Meltzer (*N. Y. med. Rec.*, 21 septembre 1889).

Hémorrhagie du larynx, par W. Porter (*N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Nouveau tube pour l'intubation, adapté aux mouvements de déglutition, par J. M. Bleyer (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Deux cas de paralysie du larynx, par J. Wright (*N. Y. med. Journ.*, 28 septembre 1889).

Intubation pour l'extraction de corps étrangers, par J. O'Dwyer (*N. Y. med. Rec.*, 5 octobre 1889).

Trois cas d'ulcération tuberculeuse du larynx. Remarques sur leur traitement, par C.-E. Beebe (*The Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Un cas de tumeur du larynx guérie en apparence par la médication interne, par Malcolm Leal (*The Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Croup membraneux (laryngo-trachéite) chez une jeune fille de 12 ans. Trachéotomie. Guérison, par A. Caillé (*Amer. Pediatric Soc. Washington*, 20 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 12 octobre 1889).

Guérison d'une destruction du larynx occasionnée par une arme à feu, par W.-W. Harper (*New Orleans med. and surg. Journ.*, octobre 1889).

Laryngectomie modifiée pour un épithélioma du larynx. Guérison, par G.-R. Fowler (*Amer. Journ. of med. sciences*, octobre 1889).

I. Instrument pour le tubage du larynx. — II. Appareil d'éclairage pour le larynx, par D. B. Delavan (*N. Y. clin. Soc.*, séance du 25 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 16 novembre 1889).

Résumé d'une année de travaux de la section de laryngologie et rhinologie de l'Académie de médecine de New-York (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 22 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 23 novembre 1889).

Tumeur du larynx, par J.-H. Billings (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 22 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 23 novembre 1889).

Corps étrangers dans les bronches, par W.-K. Simpson (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 22 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 23 novembre 1889).

Un dentier dans le laryngo-pharynx pendant 16 jours, par C.-H. Knight (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 22 octobre; in *N. Y. med. Journ.*, 23 novembre 1889).

Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabès, par J. Van Gieson (*N. Y. neurol. Soc.*; in *N. Y. med. Rec.*, 21 décembre 1889).

Papillome de la corde vocale gauche, par S. Sherwell (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

Le traitement du croup, par A. Brothers (*N. Y. med. Journ.*, 18 janvier 1890).

Corps étrangers imaginaires dans la gorge, par M. Thorner (*N. Y. med. Journ.*, 25 janvier 1890).

Épingle dans la bronche droite. Trachéotomie, par Bull (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 13 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 8 février 1890).

Sept cas d'intubation du larynx, suivie de succès pour le croup diphthéritique, par W. Hailes (*Med. Soc. of N. Y.*; in *N. Y. med. Journ.*, 15 février 1890).

Quatre cas d'obstruction du larynx chez l'adulte, traités par l'intubation, par W.-K. Simpson (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 22 février 1890).

Nouveaux instruments pour l'intubation, présentés par J. O'Dwyer (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 22 février 1890).

Papillome du larynx, guéri par l'intubation, par J.-F. Baldwin (*N. Y. med. Rec.*, 8 mars 1890).

Corps étrangers dans la gorge, par Stimson (*N. Y. surg. Soc.*, séance du 8 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 1^{er} mars 1890).

Mort subite survenue chez un enfant à la suite de la pénétration de lait dans les voies aériennes supérieures, par E.-L. Partridge (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 13 février; in *N. Y. med. Journ.*, 15 mars 1890).

Conditions morbides des grandes voies respiratoires, par J. W. Kitchen (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Trachéotomie pour corps étranger, par Murdoch (*Alleghany county med. Soc.*, 19 février; in *New Orleans med. and surg. Journ.*, avril 1890).

Angiome du larynx, par H.-P. Loomis (*N. Y. Pathol. Soc.*, séance du 22 janvier; in *N. Y. med. Rec.*, 5 avril 1890).

Des relations de l'irritation périphérique avec les affections de la gorge et du nez, par Beverley Robinson (*N. Y. med. Rec.*, 19 avril 1890).

Un cas de papillome de la corde vocale, avec quelques considérations sur les tumeurs intra-laryngées et leur ablation, par C. N. Cox (*N. Y. med. Journ.*, 12 avril 1890).

Ozène trachéal, par G.-B. Hope (*N. Y. med. Journ.*, 26 avril 1890).

Abcès du larynx, par A. Richards (*Amer. Journ. of med. s sciences* mai 1890).

Traitement de l'enrouement chez les chanteurs, par C.-E. Sajous (*Amer. Journ. of med. science*, 8 mai 1890).

Eclairage par transparence du larynx et de l'antre d'Highmore, avec démonstrations, par W. Freudenthal (*New York med. Rec.*, 17 mai 1890).

Technique de l'intubation, par Dillon Brown (*Amer. Pediatric Assoc. N. Y.*, 3 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 21 juin 1890).

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'apprendre à nos lecteurs que notre collaborateur et ami, le D^r Schiffers, de Liège, a été nommé professeur de clinique des maladies de l'oreille à l'Université de cette ville. La place a été nouvellement créée et ne pouvait être confiée à de meilleurs mains.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Hygiène publique et privée de la diphtérie (diphthérie pharyngée, laryngée, etc.) basée sur les plus récentes recherches statistiques et bactériologiques, par V. COZZOLINO (Extrait de la *Terapia moderna*, Naples, 1890).

Hygiène de l'oreille en rapport avec la physio-pathologie des cavités nasales, du naso-pharynx, etc., par V. COZZOLINO (4^e édition, tipog. F. Cosmi, Naples, 1890).

Les lésions auriculaires et des premières voies respiratoires, par V. COZZOLINO (Extrait du supplément mensuel de la *Gazz. degli Ospitali*, n^o 3-4, 1890).

Les maladies de l'oreille dans l'influenza. Observations de P. AVOLEDO (Extrait du *Morgagni*, juin 1890).

L'otologie dans les instituts de sourds-muets, par V. GRAZZI (Extrait de l'*Educazione dei sordomuti*, n^o 1, juillet 1890).

Le sens auriculaire de l'espace, par P. BONNIER (Extrait du *Bull. scient. de la France et de la Belgique*, tome XXIII, O. Doin, éditeur, Paris, 1890).

Uranoplastie et staphyloraphie, par LE DENTU (Extrait de la *Médecine moderne*, Paris, 1890).

Further Investigations as to the existence of a cortical motor center for the human larynx (Nouvelles recherches à propos de l'existence d'un centre cortical laryngé chez l'homme, par D. BRYSON DELAVAN (Extrait du *New-York med. Journ.* 22 juin 1890).

A Contribution to the Pathologie of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis (Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabes dorsal), par J. VAN GIESON (Extrait du *Journ. of nervous and mental diseases*, juillet 1890).

La conformation du pavillon de l'oreille à l'état normal, chez les aliénés et chez les délinquants, par G. GRADENIGO (Extrait du *Giornale della r. Accad. di med. di Torino*, n° 6, 1890).

De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par E. DÉSRÉ (Un volume de 75 pages, Ollier Henry, éditeur, Paris, 1890).

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

SIROPET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites, maladies de la peau.

Le Gérant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

SÉMÉIOTIQUE. — SIGNES TIRÉS DE LA COMPARAISON
DES RÉSULTATS DE L'AUDITION ET DE L'AUSCUL-
TATION DU DIAPASON VERTEX PENDANT LA DÉ-
GLUTITION ET LES DIVERS AUTRES MODES DE
MOBILISER L'APPAREIL AURICULAIRE

Par le Dr GELLÉ (1).

A. *Modifications du diapason vertex sous l'influence de la
déglutition. — Signes tirés de la comparaison des sensa-
tions auditives du sujet et de l'observateur.*

Dans de précédentes études, j'ai montré le parti que l'on peut tirer, au point de vue de l'auto-examen de l'oreille, des notions expérimentales fournies par l'épreuve dite du « diapason-tube ».

Elle consiste, on se le rappelle, à enregistrer les variations de la sensation sonore causée par un diapason pendu au bout libre d'un tube de caoutchouc inséré au méat auditif par l'autre extrémité. Ces variations sont facilement obtenues par les pressions sur le tube, par les contractions des mâchoires ou des peaussiers de la face, soit par la déglutition, le valsalva, etc.

On peut opposer à ces résultats ceux que l'on obtient dans l'audition du diapason vertex sous l'action des mêmes épreuves. Dans l'état pathologique, la comparaison est pleine d'enseignements et éclaire bien des points de diagnostic.

(1) Lu à la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 1890.

De même, on est souvent frappé de la différence qui existe entre les résultats observés avec l'otoscope, en auscultant le son crânien trans-auriculaire, et ceux que le sujet annonce lui-même ressentir.

On s'aperçoit ainsi clairement que les conditions de l'audition aérienne diffèrent de celles de la perception crânienne, et qu'il serait dangereux de préjuger de l'une par l'autre, comme il est impossible à l'inspection du tympan de conclure à l'état des fenêtres labyrinthiques.

En poursuivant ces comparaisons en clinique, on voit que les conditions anatomo-pathologiques diverses amènent des résultats, les uns concordants, les autres opposés. L'épreuve du valsalva, sur l'oreille saine, par exemple, cause à la fois la diminution de l'audition pour le son crânien (diapason-vertex) et pour le son aérien; eh bien, dans l'état morbide, l'observateur constate souvent avec l'otoscope le phénomène, tandis que le patient ne l'éprouve pas et *vice versa*.

La déglutition simple, de tous les moyens de mettre en jeu l'appareil auditif, est un des plus pratiques. On applique le diapason sur le sommet de la tête; le sujet, prévenu, observe les modifications du son produites par l'action d'avaler. L'affaiblissement du son ne peut guère échapper à personne, à moins d'une surdité extrême; mais nous admettons que le diapason-vertex est bien perçu.

A l'état normal, dès que la déglutition a lieu, le sujet perçoit une atténuation du son du diapason, passagère comme l'acte qui l'a produite; l'observateur, de son côté, constate une diminution brusque d'intensité sonore. Dans les conditions physiologiques, il y a donc une absolue concordance entre les sensations du malade ou du médecin: c'est un signe d'intégrité de l'organe et de ses mouvements.

Autrefois, je n'aurais pas hésité à ajouter que cela démontre la perméabilité de la trompe. Cela est encore juste, mais non absolument vrai. Il résulte, en effet, de l'analyse des faits que le tympan est tendu au moment de l'effort de déglutition, *même alors que la trompe d'Eustache est absolument imperméable*.

C'est le tenseur tympanique qui agit alors; il se contracte

à chaque déglutition, comme le muscle orbiculaire des paupières à chaque clignement. C'est, on le voit, un élément important et un facteur non négligeable dans l'analyse de l'épreuve de déglutition qui nous occupe.

Après la section du tendon du tenseur, le jeu oscillatoire du tympan par la déglutition n'a plus lieu.

L'activité du tenseur se manifeste donc à l'observateur par les variations du son du diapason sous l'influence des déglutitions successives.

Dans certains cas morbides, il est quelquefois difficile, sinon impossible, d'apprécier dans quelle mesure l'oreille profonde participe aux lésions constatées.

Il est souvent intéressant, en présence d'une affection de l'oreille externe, de reconnaître l'état des parties profondes, et de pouvoir limiter l'étendue de la lésion; l'expérience dont nous parlons permet d'arriver facilement et sans apprêt à cette constatation rapide, et sans douleur. Voici un cas dans lequel son rôle sémiologique est nettement précisé.

OBSERVATION 30. — Dame, 29 ans, mariée, sujette à de graves névralgies par caries dentaires. Depuis deux ans, eczéma rebelle des deux sillons auriculaires, des pavillons et des conduits auditifs; cuissons, brûlures, prurit, suintement, puis gonflement, croûtes et atrésie des méats; pas d'engorgement glandulaire; bien réglée. Bourdonnements d'oreilles, carillons à droite et à gauche, redoublant au moment des poussées aiguës; vertiges à la moindre irrigation auriculaire; assourdissement; enfin, douleurs dans les mouvements de la mâchoire. Diapason vertex central. Diapason perçu par l'air plus fort que sur le vertex à droite et à gauche. Diapason plus perçu à gauche. Diapason vertex mobilisé à gauche, si l'on obture le méat gauche; rien de tel à droite. M. perçue à droite et à gauche à 75 centimètres; et belle perception crânienne également. Pressions centripètes positives. Réflexes auriculaires nuls. Epreuve d'audition du diapason vertex pendant la déglutition positive pour la malade et pour moi, à droite et à gauche. Claquement à l'otoscope par la déglutition, par Valsalva. Inspection impossible des tympans.

Après cette exploration, il devint évident que le mal était à droite aussi bien qu'à gauche complètement extérieur;

que l'oreille moyenne ni le tympan ne participaient à l'étiologie de la surdité et des bourdonnements réflexes.

Le fait de la concordance entre les données des épreuves des pressions centripètes et celles que l'on obtient de la comparaison de l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition est très net ici, et donne la mesure de la valeur du signe que j'en veux tirer.

Voilà pour l'état de santé auriculaire. Voyons ce qui se passe dans l'état de maladie.

Prenons un cas, où, tout à l'inverse de la normale, les deux réponses à l'épreuve sont négatives à la fois : le son du diapason vertex n'a subi aucune atténuation pendant que le sujet a dégluti, et le médecin non plus n'a senti aucune variation. La physiologie nous donne l'explication de ces faits. (*Obs. 27, obs. 25.*)

On trouve d'ordinaire ces résultats négatifs quand la trompe étant imperméable depuis longtemps, il existe de ce fait une tension extrême avec enfonçure du tympan, qui en amène l'immobilisation.

Tout l'appareil est consécutivement retenu et tendu, et l'étrier pareillement est immobilisé : nul mouvement n'a lieu. En voici un exemple :

OBSERVATION (A B. 382). — H..., 40 ans ; rhumatisant. Coryza habituel et abondant. Depuis peu il entend plus difficilement la parole du côté gauche, où la montre est perçue à 30 centimètres cependant. A droite, $M = 75$ centimètres ; perception crânienne bonne. Inspection : oreille droite, tympan translucide, triangle ; enfonçure légère ; vue de l'enclume et du promontoire ; teinte crayeuse autour de la spatule ; mobilité nulle par valsalva. A gauche, tympan déformé, saillie du manche en arête, opacité blanchâtre, ni triangle, ni vaisseaux, aspect mat ; aucune mobilité, diapason vertex plus à gauche. Audition du diapason vertex pendant la déglutition : aucun changement, et à l'auscultation otoscopique, même absence de modification du son. Rhino-pharyngite érythémateuse ; teinte carminée de la muqueuse nasale à gauche ; trompes imperméables ; tension extrême des deux tympans déformés.

La douche de Politzer rétablit leurs positions ; le tympan gauche est vu lisse, translucide et redressé ; et $M = + 1$ mètre.

Le muscle interne du marteau reste inhabile, son activité est débordée par l'exagération même de la poussée en dedans des osselets et de la cloison; son tendon subit un relâchement forcé; la voussure est arrivée au point limité du déplacement possible en dedans.

Cependant ces résultats nuls concordants de l'expérience peuvent se rencontrer dans d'autres conditions. Le tympan, la chaîne et l'étrier peuvent être rendus immobiles par une sclérose avancée avec ankylose de l'étrier et soudure des deux têtes de l'enclume et du marteau à la logette des osselets. L'aération artificielle de la cavité tympanique par un Politzer rend le diagnostic assuré dans ce cas, et montre la part à faire à l'obstruction tubaire dans la surdité.

OBSERVATION (AB, 2). — Surdité vieille extrême; ancienne sclérose; deux trompes mal perméables, et mouvements de la chaîne nuls, surtout du côté gauche; pressions centripètes sans effet. Epreuve de l'audition du diapason vertex pendant l'acte de déglutition: nulle pour le malade, nulle aussi pour l'observateur; à droite et à gauche, même surdité après le cathétérisme. Diagnostic: sclérose totale bilatérale.

OBSERVATION (AB., 382). — Audition de M. bonne; bourdonnements; obstruction complète des deux trompes; enfonçure vive des deux tympans, tendus et immobiles; audition pendant la déglutition: épreuve négative pour le sujet et pour le médecin; après plusieurs douches de Politzer, aération suffisante, et l'épreuve de déglutition devient positive; celle des pressions aussi.

OBSERVATION (AB, 306). — Vieilles scléroses; surdité grande à la parole: $M = 0$ à droite et à gauche. Diapason-vertex central. Epreuve des pressions négative à droite et à gauche. Epreuve d'audition du diapason vertex pendant la déglutition $= 0$ pour moi et $= 0$ pour le sujet même. Le Politzer passe et donne $M = 3$ centimètres; l'épreuve devient positive, bien que très peu accusée d'un côté.

On voit, dans ces divers cas, des combinaisons de deux éléments, obstruction tubaire de vieille date et sclérose fort avancée et généralisée.

Je rappelle, à ce propos, que dans une de mes observations, où cette épreuve par la déglutition avait été négative

pour le sujet et pour moi, j'ai pu constater à l'inspection la disparition complète du tympan.

D'après le mode d'action de la déglutition sur l'organe auditif, on peut préjuger que l'on rencontrera des cas où, avec une épreuve nettement positive pour les deux observateurs, les lésions otiques et la surdité seront cependant d'une gravité sérieuse.

En effet, il suffit, pour avoir une épreuve positive, que la lésion tympanique laisse les mouvements libres du tympan, de la chaîne et de l'étrier; or, c'est le cas fréquent dans les premières périodes des otites chroniques; l'hyperplasie muqueuse modérée, le ramollissement, le relâchement des ligaments et de la cloison sont compatibles avec une certaine mobilité dès que la circulation d'air est franche et les muscles actifs.

Ce procédé d'investigation, en définitive, ne veut dire en séméiotique auriculaire rien de plus que ceci : la mobilité de l'appareil de transmission est conservée du tympan à l'étrier.

Pour les mêmes raisons, telle épreuve donnera encore des résultats positifs dans la grande série des surdités dites nerveuses, que la lésion soit centrale ou périphérique, tant que le diapason vertex sera entendu. C'est ainsi dans l'hémi-anesthésie hystérique incomplète; mais si la surdité est entière, l'audition n'a lieu que par la bonne oreille, et du reste le besoin de cette exploration est alors douteux. Pour les surdités toxiques, alcooliques, urémiques, quinquiques, etc., l'épreuve est positive, tant que l'appareil intra-tympanique reste étranger à la maladie.

Dans ces conditions, en présence des réponses positives d'une épreuve de la mobilité de la chaîne des osselets, le clinicien conclut à une étiologie extra-auriculaire, plus profonde, labyrinthique ou centrale, de la surdité.

Les cas les plus intéressants sont sans nul doute ceux dans lesquels l'une des parties constate le phénomène physiologique de l'atténuation quand l'autre n'éprouve rien de tel. Ces résultats discordants sont très significatifs.

Tout d'abord, il faut émettre ici ce fait d'observation que le plus souvent, je devrais dire dans l'immense majorité

des cas, c'est le patient qui n'a pas perçu les effets de la déglutition, tandis que l'observateur les perçoit clairement.

Il peut se faire que l'opposé arrive : quand il existe un bouchon profond de cérumen immobilisant le tympan, ou quand celui-ci a subi un épaissement ou un déplacement étendu en dehors par réplétion de la caisse ; mais on conçoit que ces conditions nuisent également à la mobilité de la chaîne et de l'étrier et rendent l'épreuve négative pour le sujet et l'observateur à la fois.

En général, tant que l'aération de la cavité tympanique a lieu, le clinicien constate des épreuves positives, et le son est perçu, atténué par l'otoscope. Chacun sait que l'on peut voir le tympan se ballonner par les divers procédés de mobilisation, tandis que le manche du marteau reste fixe.

Quand cette discordance existe, c'est-à-dire quand l'observateur éprouve l'atténuation sans que le sujet la sente, par la déglutition, on se trouve en présence d'un signe sérieux de la perte de mobilité de l'étrier. On ne peut conclure à l'ankylose de cet osselet que si le fait est durable et est confirmé par d'autres procédés d'examen.

Pour la plus grande partie de mes observations, j'ai constaté l'accord le plus parfait entre ces données de l'épreuve nouvelle et celles que fournit l'épreuve des pressions centripètes, au point de vue du diagnostic de l'étrier fixe.

En voici un exemple, où tous les signes s'accordent pour conclure à l'ankylose de l'étrier de l'oreille gauche.

Obs. (OS. 104). — H..., arthritique. Accuse des bourdonnements aux moindres efforts, à gauche, où la montre est perçue à 10 centimètres; quelquefois craquements intenses s'il avale, s'il se mouche. Mobilité de la cloison à gauche, immobilité du marteau. Pressions négatives de ce côté; trompe perméable avec claquement tympanique léger à gauche. Oreille droite bonne; l'audition du diapason vertex pendant la déglutition donne un résultat nul pour le sujet, et à l'auscultation un résultat net et franc pour moi. Le diapason posé sur le tube otoscopique, tandis que le sujet avale, lui donne une légère atténuation du son. Le tympan est mobile, élastique, mais les osselets et l'étrier sont fixes : sclérose et ankylose à gauche; raréfaction sans résultat à gauche.

On voit clairement, dans ce cas si simple, la discordance des résultats expliquée par la mobilité du tympan, lequel se tend encore par la déglutition et modifie la sensation perçue à l'otoscope ; tandis que l'étrier étant fixe, le patient ne constate aucun changement du son.

L'observation suivante montre l'importance séméiotique du signe ; l'oreille qui perçoit encore assez bien la parole et la montre à 15 centimètres est cependant déjà atteinte du même processus scléreux profond qui a détruit complètement l'ouïe de l'autre côté ; et le signe de déglutition décèle cette lésion très clairement en montrant que l'audition du diapason vertex, qui n'est pas modifiée pour le sujet, l'est nettement pour l'observateur.

Obs. (O. 317). — D..., 61 ans, arthritique. Déformations des articulations des doigts des mains. Diapason vertex ut_1 peu perçu ; diapason vertex ut_2 , mieux perçu à droite. Diapason perçu bien fort à droite. M = 15 centimètres à droite et belle perception crânienne. M. à gauche perçue au contact ; perception crânienne = O. Tympan clairs, translucides, minces, vue du fond et de l'enclume. Triangles nets. Immobilité du manche à droite comme à gauche ; cloison mobile par le valsalva ; trompes libres : rien à la gorge ni au nez actuellement. Pressions centripètes négatives à droite et à gauche. Pendant l'acte de la déglutition, modification franche du diapason vertex à droite et à gauche pour moi ; nulle pour le sujet.

En voici d'autres faits brièvement résumés :

Obs. (210 bis Aw). — Surdité légère de l'oreille droite. Diapason vertex central. Trompe droite, absolument close à ce moment. L'épreuve de l'audition du diapason vertex pendant la déglutition donne O pour la malade, tandis que je perçois nettement une franche atténuation.

Obs. (Aw. 269). — Rhinite ; obstruction tubaire droite. Diapason vertex perçu à droite. Epreuve des pressions positives à droite. Epreuve de déglutition négative pour le malade, positive pour moi qui ausculte. Après le Politzer, 40 centimètres à la montre, et épreuve positive pour tous deux.

Obs. (AB. 310). — A l'oreille droite trompe close. Pressions centripètes positives. Epreuve l'auscultation pendant la déglu-

tition, à droite positive pour moi, négative pour le sujet. A l'oreille gauche, où la montre est entendue à 25 centimètres, l'épreuve des modifications subies par le son du D.-V. au moment de la déglutition est positive pour tous deux : observateur et patiente.

Obs. (AB. 300). — Ankylose double des étriers ; épreuves des pressions, négatives à droite et à gauche. Trompes libres. M. perçue à 1 mètre à droite. Epreuve de la déglutition négative pour le sujet à droite et à gauche et positive pour moi.

Obs. (Aw. 295). — Surdité extrême, sclérose bilatérale vieille. Audition du diapason ut⁴ ; M = O. Pressions négatives, etc. Epreuve de déglutition négative pour le sujet et positive pour moi.

Obs. (AB. 376). — Ankylose  vidente. Pressions également négatives à droite et à gauche. Epreuve de déglutition négative pour l'individu, positive pour le clinicien.

Obs. (273). — Mêmes résultats des pressions centripètes, mêmes résultats négatifs pour le sujet s'il déglutit, le diapason vertex post  sur le crâne, et positif pour moi.

Obs. (AB. 350). — Malade vertigin  sourd ; épreuves des pressions causant l'extinction du son du diapason vertex. Les épreuves de la déglutition, positives pour le médecin, négatives pour le malade.

Obs. (AB. 316 bis). — De mêmes pressions, négatives à droite et à gauche. Epreuve de déglutition négative pour le sujet et positive pour le clinicien.

Obs. (Aw. 240). — De même les pressions négatives ; aération facile des caisses. M. perçue collée au méat. Même opposition : O pour le sujet et B. pour l'observateur.

Je pourrais multiplier ces citations, une dernière seulement encore :

Obs. (AB. 1). — A l'oreille gauche, épreuve des pressions centripètes négative. Or, à gauche, celle de déglutition est négative aussi pour le sujet et positive pour moi.

  droite,   l'épreuve des pressions est positive et montre que le jeu de l'étrier est intact, celle de la déglutition donne au

sujet comme au clinicien la sensation nette et l'abaissement du son du diapason vertex.

En général, quand les épreuves des pressions centripètes sont positives, normales, c'est-à-dire quand on trouve les signes de mobilité de l'étrier, l'épreuve de la déglutition est également positive pour le patient.

Les deux données évoluent parallèlement, et leur concordance constante est très significative. Le diagnostic est ainsi plus assuré.

En résumé, par la simplicité de l'expérience, par la sûreté de la notion qu'elle donne, cette épreuve de la déglutition a une importante valeur sémiotique, surtout au point de vue du diagnostic de l'immobilité de l'étrier, quand on s'est convaincu de l'aération de la caisse tympanique. Elle est à la fois sûre, simple et pratique.

J'ajoute qu'elle ne saurait suffire à elle seule à parfaire un diagnostic; qu'elle ne supplée à aucun autre signe et doit s'appuyer sur tous les moyens et procédés d'exploration en usage.

On pourra aussi opposer avec profit les données des diverses autres épreuves otologiques, suivant que c'est l'observateur ou le sujet qui en perçoit l'effet; mais aucune n'approche de la grande simplicité pratique de la déglutition pendant l'application du diapason vertex.

II

B. *Nouveaux procédés d'auto-examen des fonctions de l'organe de l'ouïe.*

1° Un tube de caoutchouc de 25 centimètres est adapté par un bout hermétiquement à l'oreille, puis tenu par l'autre extrémité, munie d'un embout de buffle, à la bouche.

Si, dans ce dispositif, le diapason sonne au vertex, on peut, en soufflant doucement et aspirant alternativement dans le tube, lentement et sans secousse, sentir le son du diapason modifié dans son intensité à chaque fois, mais davantage au moment de l'aspiration.

Avec un peu d'habitude, on arrive vite à distinguer très nettement les bruits des mouvements tympaniques ; et surtout le claquement sec et strident qui succède à l'aspiration est très facile à percevoir.

Dans les deux modes, le tympan, repoussé ou aspiré, se meut et se tend ; il semble obéir plus mollement au souffle et subir plus bruyamment l'action des aspirations buccales.

Avec chaque inspiration ou expiration faite dans le tube auriculaire coïncide une atténuation du son crânien, si l'étrier est libre dans la fenêtre ovale.

Dans les insufflations, il est difficile de dépasser la mesure et d'offenser l'organe ; les aspirations, au contraire, agissant en déplaçant le tympan dans le sens inverse de ses tendances physiologiques, sont plus irritantes et ne doivent point être faites brutalement ni répétées trop vite, si c'est avec la pointe de la langue qu'on opère la succion.

On sait que le tympan peut subir en dehors un déplacement considérable, grâce à la laxité et à la disposition spéciale de l'articulation des deux têtes du marteau et de l'enclume. De là sans doute l'origine de la véritable petite secousse que l'on ressent par l'aspiration vive du tympan au moyen du tube auriculaire.

Dans l'expérience pour l'auto-examen, le diapason est placé vibrant sur le crâne ; le tube est hermétiquement introduit dans le méat auditif ; on débutera par une légère insufflation, graduellement plus ample ; le son du diapason vertex sera diminué de force au même moment. Cela ne doit pas dépasser la force d'une expiration un peu prolongée dans le tube buccal ; en même temps on entend un léger et doux claquement tympanique qui est dû à la poussée de l'air sur le tympan et à la propulsion en dedans, mouvement qu'on perçoit avec un peu d'habitude. Ce claquement est doux et sourd ; et dès que la pression cesse, un second claquement identique annonce le retour de la cloison à la normale. Aussitôt le son atténué reprend son ampleur première.

La mobilité et l'élasticité du tympan, ainsi que celles de l'étrier, sont ainsi appréciables et susceptibles d'être étudiées.

par qui connaît les bruits normaux de ces mouvements profonds.

Recommencée aussitôt, l'épreuve donne des résultats toujours les mêmes à l'état sain.

Au moyen d'une aspiration d'énergie moyenne, on agit également sur le tympan; ce déplacement en dehors est presque insensible et silencieux; il n'en est pas de même du retour à la normale, surtout si la bouche s'ouvrant aussitôt, l'air rentre brusquement dans le tube; c'est un claquement sonore, vibrant, qui se produit alors à chaque coup et qui éclate dans le fond du conduit. C'est le bruit du retour de la cloison à la normale, très évident et bruyant; en même temps l'on constate que le son, affaibli au moment de la succion, est revenu en son entier.

a) Dès que le tube de caoutchouc pénètre dans la bouche, le son du diapason, posé sur le crâne, qui est perçu médian et central, au point de contact, passe du côté du tube; c'est la résonance de la cavité buccale qui cause cette latéralisation immédiate du son crânien.

Il faut éviter la détente brusque après la succion à cause des secousses véritables auxquelles elle expose l'organe de transmission et le nerf labyrinthique, si l'étrier est mobile. Il peut en résulter, suivant la tolérance des individus: du bourdonnement d'oreille, de la douleur et un léger étourdissement.

b) En obturant avec la pointe de la langue le bout du tube buccal, le son du diapason vertex, latéralisé tout d'abord comme on l'a dit, redevient central au point où l'instrument touche la tête. Cette apposition de la langue a interrompu la communication avec le résonateur buccal, et cela a suffi à rétablir l'état primitif.

En retirant vivement la pointe de la langue du tube, il se produit un vigoureux et sonore claquement tympanique, avec une coupure nette du son crânien. La succion et le brusque retour à la normale de la cloison, attirée en dehors, causent ces phénomènes et ne sauraient se répéter plusieurs fois un peu fort sans blesser l'oreille, trop rudement secouée; le bourdonnement, la douleur otique, l'étourdisse-

ment indiquent qu'on soumet l'organe à des ébranlements insolites et dangereux.

Cette intolérance est extrême dans les états inflammatoires, et presque nulle dans les scléroses confirmées. Cette tolérance pour ces secousses provoquées au moyen du tube par la succion de la pointe de la langue est certainement un signe des plus clairs de la raideur générale de l'appareil ; l'absence de bruits, de claquements ou bien la difficulté qu'on éprouve à les produire en ce cas montre aussi l'induration des tissus et la raideur scléreuse articulaire.

On peut se servir ainsi de ces modes de mobilisation de l'appareil de transmission, tantôt comme moyen de diagnostic, tantôt comme procédé thérapeutique d'exercice de l'organe.

Les malades indiquent d'eux-mêmes les variations ressenties d'un côté, le meilleur, et non ressenties du côté scléreux et sourd.

c) Tandis que le diapason vibre au sommet de la tête, le tube posé entre l'oreille et la bouche, l'embout de buffle serré entre les dents, on peut constater qu'à chaque effort énergique de contraction des masticateurs, le son est atténué très nettement.

L'expérience réussit d'autant mieux que le sujet mord l'embout entre ses dents molaires, du côté du tube ; la prise est plus forte et la chute du son plus prononcée.

On obtient le même effet dans les contractions des peausniers de la face.

Ce dispositif du tube bucco-auriculaire se prête également à l'étude de l'audition du son du diapason posé sur le tube, tandis qu'on fait varier les états de tension du tympan par les divers procédés en usage. Pour l'auto-examen cela peut rendre des services.

Je conseille à l'opérateur de faire toujours l'exploration dans les organes de l'ouïe, et de comparer les effets des épreuves sur chacun d'eux.

On peut analyser ainsi l'état de mobilité et d'élasticité du tympan, de la chaîne et de l'étrier : or, ce sont les qualités majeures de l'appareil conducteur des sons et celles que les

maladies altèrent le plus souvent et le plus gravement.

J'ai vu l'adjonction de la cavité résonnante buccale permettre aussitôt l'audition du diapason sur le crâne. D'autres oppositions sont également applicables au diagnostic de la lésion. Ainsi l'absence de modifications du son crânien par les insufflations ou aspirations ou succions, si elle coïncide avec l'atténuation du son du diapason porté sur le tube même, est un sûr indice de lésion grave de l'étrier et de son immobilité, avec conservation d'une certaine élasticité du tympan.

Pour ces cas, pour le dire en passant, l'audition a lieu par la fenêtre ronde.

Mais la sclérose peut avoir tout raidi, et soudé, articulations et tendons, osselets et parois ; le tympan s'est épaissi et induré aussi ; dans ces conditions, les épreuves sont toutes deux négatives ; hâtons-nous de dire que ce n'est pas un cas fréquent tant que les trompes sont perméables.

d) Il n'est pas jusqu'au bruit de claquement tympanique, vif, sec, sonore, que les aspirations et surtout que les retraits de la pointe linguale produisent si bien, à l'état normal, qui n'ait une valeur séméiotique sérieuse ; on le voit diminuer de force et même disparaître totalement dans les scléroses vieilles et dans les tensions anormales du tympan ; de plus, il est alors accompagné de bruits subjectifs, provoqués de vertiges et de douleurs, s'il y a de l'hyperesthésie de l'organe auditif. Ai-je besoin de dire que le claquement causé par la légère succion linguale sur le tube auriculaire manquera s'il y a disparition du tympan ?

On retrouve ainsi l'ensemble des déductions pratiques que permettent les observations précises sur la tension du tympan, sur le jeu de la chaîne des osselets et la mobilité de la base de l'étrier au moyen des expériences et méthodes classiques aujourd'hui.

L'opérateur agissant sur ses propres oreilles, on peut ainsi faire l'exploration complète et poser un diagnostic du siège de la lésion cause : aussi ai-je pris soin de dire que ce travail a pour but de faciliter l'auto-examen du médecin. C'est un moyen de vulgariser les études otologiques.

III. — *Examen de l'énergie des moteurs de la chaîne des osselets.*

Cependant nous n'avons abordé jusqu'ici que l'étude de la statique de l'oreille ; sa dynamique, son activité n'ont pas été examinées ; la fonction d'accommodation ne doit cependant pas être oubliée dans une exploration méthodique de l'audition.

Or, l'observation est facile sur soi-même à ce point de vue en utilisant quelques connaissances de physiologie fort simples.

On sait que les muscles moteurs de la chaîne se contractent énergiquement avec les muscles péaussiers de la face, les orbiculaires des paupières surtout ; il suffira de constater l'action de ces contractions manifestes sur l'audition et l'auscultation trans-auriculaires du son du diapason vertex. Dans l'état normal, le son est coupé très nettement pendant ces efforts, qui s'accompagnent de la contraction du tenseur tympanique.

Il en est de même pendant les contractions énergiques des muscles masticateurs.

Mais on ne met ainsi en évidence que l'action d'un seul muscle, le tenseur.

Quant au stapédius, point de contrôle.

L'expérimentation cependant démontre que dans le bâillement les muscles de l'appareil de transmission de l'oreille moyenne se contractent tous les deux à la fois, et non plus l'un d'eux isolément comme dans les épreuves précédentes. En effet, si l'on tient un fort diapason *ut₂* vibrant sur le sommet de la tête pendant un bâillement bien simple et franc, on constate que le son crânien ne se trouve aucunement modifié ni affaibli, et ne subit aucune variation de ton ou d'intensité, tandis que l'on sait bien que le même ton est très abaissé dans le bâillement si le diapason est posé en face de l'oreille.

Au moment du bâillement, la contraction du tenseur a lieu énergiquement ; elle tend le tympan et cause une diminution

franche de l'audition du son aérien. Si le stapédius ne lui faisait pas équilibre par une action antagoniste équivalente, le son du diapason vertex serait abaissé également, comme dans les expériences précitées, car l'étrier, subissant l'action du tenseur, serait refoulé en dedans et immobilisé dans la fenêtre ovale ; puisqu'il n'en est rien, que le son ne change pas de ce côté, force est de conclure à l'action antagoniste du stapédius dans le bâillement.

L'application pratique de ces données expérimentales est qu'au moyen du bâillement on peut juger de l'activité du stapédius, comme au moyen des contractions des orbiculaires des paupières on peut mettre en évidence l'énergie du muscle tenseur du tympan.

En terminant cette communication, je répéterai de nouveau qu'il est indispensable de faire des expériences comparatives à droite et à gauche. C'est le seul moyen de saisir la valeur réelle des résultats de ces explorations délicates et précises.

II

DES ABCÈS CHAUDS DE LA CLOISON NASALE ET D'UNE DÉFORMATION NASALE CONCOMITANTE ET DÉFINITIVE

Par le Dr **GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière

(lu au Congrès international de Berlin, le 5 août 1890).

L'affection qui fait l'objet du mémoire que nous présentons à la section de laryngologie et de rhinologie du Congrès international de Berlin est d'observation assez rare. Citée par la plupart des traités didactiques des maladies du nez, elle a été étudiée par tous de la façon la plus sommaire, en raison du petit nombre de ces malades observés par les praticiens les plus occupés.

Il y a deux ans, j'avais eu l'occasion d'observer un fait ayant avec ceux dont je vais m'occuper une certaine analogie. Il s'agissait d'un enfant de 4 à 5 ans, atteint d'une tumeur liquide accolée à la cloison et développée d'un seul côté, à gauche. On avait cru un moment à une déviation traumatique de la cloison de ce côté, mais à l'examen du côté opposé, il n'y avait pas de concavité du septum. On fit la ponction exploratrice qui donna issue à un liquide jaune pâle, ressemblant à du sérum ou à de la lymphe. Au bout de quelques jours, l'enfant guérit complètement ; la cloison n'était ni déviée ni perforée, le nez n'était déformé en aucune façon. Ce cas a fait l'objet, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, d'un mémoire d'un jeune médecin italien, le D^r Strazza, de Gênes, qui avait suivi ma clinique pendant quelques mois. Ce mémoire a été publié à la page 666 de l'année 1888.

L'année suivante, en 1889, je vis presque simultanément deux cas d'abcès de la cloison développés, l'un chez une femme de 22 ans, sans cause connue ; l'autre chez un enfant de 3 ans, à la suite d'une chute sur le dos du nez. Les symptômes étaient absolument les mêmes, la marche de l'affection fut aussi semblable ; enfin, chez nos deux malades, même difformité se présenta sous la forme d'un enfoncement au-dessous des os du nez et d'un aplatissement du lobule. L'observation de la femme que, je vais insérer en entier, présente cette particularité intéressante, que l'examen bactériologique du pus a été fait par le D^r Dubief. J'avais provoqué cet examen parce que, le malade niant tout traumatisme, j'avais pensé à la possibilité d'un abcès de cause tuberculeuse, développé à la suite d'une périchondrite. Mon observation est la première où était fait un examen de ce genre. Voici cette observation :

Abcès symétriques de la cloison des fosses nasales, affaissement du nez au-dessous des os propres (observation recueillie par M. Glover, interne du service).

E. J..., âgée de 22 ans, entre salle Aran, n° 5, le 23 juin 1889, dans le service du D^r Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

Antécédents héréditaires ; mère morte à 60 ans ; père mort à 61 ans de bronchite chronique.

A eu deux enfants qui sont morts, l'un de convulsions, l'autre d'athrepsie.

Réglée à 15 ans et demi, toujours régulièrement. La malade a eu de l'impétigo pendant l'enfance, elle est sujette au coryza. Elle a un peu de blépharite et une leucorrhée constante. Pas de syphilis antérieure.

Le 16 mai dernier, elle s'aperçut de l'apparition d'une légère tuméfaction de chaque côté de la cloison du nez ; une petite tumeur se développa rapidement et symétriquement dans chaque fosse nasale, au voisinage de l'orifice externe du nez, et atteignit le volume d'une noisette. Ces tumeurs sont parfaitement vues et senties par le malade.

J... nie tout traumatisme.

Examen à l'entrée. Les deux tumeurs sont très faciles à apercevoir sans l'aide du spéculum, par le simple écartement des ailes du nez ; la muqueuse qui les recouvre est rosée. A l'examen, au moyen de spéculum, on constate qu'elles remplissent entièrement l'extrémité antérieure des fosses nasales ; au toucher avec le stylet elles sont douloureuses à la pression, elles se dépriment légèrement ; la malade supporte malaisément cet examen. Le nez est élargi à la base, et il présente à l'union des os propres et de la cloison une dépression *en coup de hache*, très marquée ; le lobule est augmenté de volume. La respiration est très gênée et la malade tient la bouche ouverte.

Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé.

26 juin. — Une ponction exploratrice, à droite, avec la seringue de Pravaz, ramène une gouttelette de pus très franc.

26 juin. — La tumeur a augmenté de volume et la malade réclame notre intervention. *Opération* : incision avec le bistouri de deux petites tumeurs symétriques. La muqueuse pituitaire saigne abondamment. Elle est très épaissie. Il s'écoule, surtout à droite, une certaine quantité de pus très franc ; avec ce pus, l'on ensemence des tubes de gélatine et d'agar-agar.

1^{er} juillet. — Les tumeurs se sont affaissées, la respiration est beaucoup plus facile, le lobule et les téguments du nez sont beaucoup moins tendus. On enlève à gauche et en arrière de petites végétations papillaires qui se sont formées au voisinage de l'incision opératoire.

13 juillet. — La malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

Le traitement a consisté en lavages du nez avec une solution boriquée tiède à 4 0/0.

A l'examen des fosses nasales on ne constate plus rien d'anormal ; la cloison est intacte ; il n'y a pas de déformation de la cloison, et le stylet introduit entre le cornet moyen et la cloison pénètre assez aisément.

La percussion de la cloison par le stylet n'est nullement douloureuse, et on ne constate l'existence d'aucun épaissement de la muqueuse.

La malade, suivie plusieurs fois et revue même quelques mois plus tard, n'a plus senti aucune souffrance. La déformation nasale a toujours persisté.

Ensemencement du pus. — Examen des cultures, par M. Dubief (communiqué par M. Gastou, interne des hôpitaux et élève du laboratoire de M. Dubief).

A la suite de l'incision opératoire, faite le 29 juin, les tubes ensemencés sont mis à l'étuve.

30 juin. — *Gélatine* : intact.

Agar. — Végétations de microbes sans caractère tranché. La culture est blanchâtre, étalée.

2 juillet. — *Gélatine*. — A un centimètre de la surface libre de la gélatine, commencement de végétations sous forme d'un point gros comme une tête d'épingle.

Agar. — La culture occupe toute la surface libre sous forme d'une masse étalée et blanchâtre. Une parcelle de culture est déposée à l'aide d'un fil de platine stérilisé sur une lamelle. Elle est d'abord examinée à l'état pur, puis colorée à l'aide d'une solution aqueuse de fuschine.

On aperçoit des micrococcus, des diplococcus et des chaînettes en très grande quantité.

4 juillet. — *Gélatine*. — Se liquifie, et la culture a la forme d'un cône à base supérieure.

Agar. — La culture est restée stationnaire.

De l'ensemble des caractères de culture, il résulte que les microbes contenus dans le pus de l'abcès appartiennent au *micrococcus pyogenes albus*.

On ne peut conclure de cet examen à l'absence de bacilles de Koch, la culture faite dans ces conditions ne pouvant la déceler, et l'examen microscopique du pus avec

coloration étant nécessaire pour affirmer que l'abcès est ou n'est pas tuberculeux.

Quand j'ai demandé un examen bactériologique, au moment de l'ouverture de l'abcès, je soupçonnais la possibilité d'une périchondrite tuberculeuse; l'examen qui m'a été communiqué n'était pas tout à fait catégorique, comme on vient de le lire dans les dernières lignes; mais en raison de la marche rapide de l'affection, de sa guérison complète, non seulement après l'opération, mais persistant quelques mois ensuite, il m'est permis de conclure, malgré la lacune signalée par l'auteur de l'examen microbiologique, que notre malade n'a pas été atteint d'une affection de nature tuberculeuse. J'avais supposé la possibilité de cette origine en raison du temps assez long mis par les abcès à se développer, mais la marche de l'affection a suffi pour écarter cette hypothèse.

Dans ma deuxième observation, les abcès se sont développés un peu plus d'une semaine après le traumatisme, une chute; les signes physiques ont été les mêmes que chez la femme, les abcès ont dû être ouverts et la guérison a été très rapide. La déformation du nez a été semblable à celle observée dans le premier cas, sans qu'il ait été possible par l'examen de trouver une altération appréciable de la cloison, tout au moins dans la partie antérieure. L'examen bactériologique n'était pas aussi nécessaire que dans le cas de la femme, et n'a pas été pratiqué.

Ainsi donc, nous avons pu observer presque simultanément deux cas d'abcès de la cloison, avec la même déformation; chez l'enfant, le traumatisme en a été la cause, et, conformément à l'observation des auteurs classiques, les abcès se sont développés sur la paroi antérieure de la cloison, et ils ont été symétriques; enfin, les téguments du nerf ont été le siège de tuméfaction, et la sensibilité était très vive.

Dans une annotation dont M. Moure a accompagné le très court article sur la matière du traité de Morell Mackenzie traduit par lui (*Traité des maladies du nez*, p. 285), cet auteur affirme qu'après l'ouverture de l'abcès, le dos du

nez s'affaisse par suite de l'élimination d'une portion du cartilage de la cloison ; dans notre cas, la déformation a été antérieure à l'ouverture de l'abcès, et après cette ouverture nous n'avons constaté aucune perforation de la cloison. Du reste, cette perforation est extrêmement rare dans ces cas, et quand elle se produit, Mackenzie dit qu'il en résulte rarement une perforation permanente.

Comment donc peut-on expliquer dans ces cas la déformation que nous venons de décrire. Je n'ai pas constaté l'élimination d'une partie du cartilage (explication de M. Moure) dans nos deux cas), et pourtant si l'affaissement du nez se produit, il est naturel de supposer qu'il existe une altération du support du nez. Mais lorsque la cloison cartilagineuse est atteinte au niveau de ces abcès, c'est-à-dire à la partie antérieure, il ne peut y avoir d'affaissement. Ne voyons-nous pas très souvent, à ce niveau, de grandes perforations de cause syphilitique ou autre, sans affaissement du nez ?

C'est donc plus en arrière que la cloison doit être altérée pour être suivie de la déformation que nous venons de signaler, et ce ne peut être qu'à l'union de la cloison cartilagineuse avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et surtout avec le vomer. Une altération de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde qui serait en arrière de ce point n'amènerait pas non plus de déformation ; nous avons, à l'appui de ce que nous avançons, eu l'occasion d'observer chez une femme un cas de nécrose des os du nez et de la lame perpendiculaire, de cause syphilitique ; les os du nez et la lame perpendiculaire étaient perforés, et il n'y avait *aucune déformation* ; la perforation de la lame perpendiculaire se ferma, et on observa chez le malade une autre perforation de la partie inférieure de cette lame ou peut-être même du corps du vomer, sans qu'il en résultât de déformation. L'explication était assez simple ; ces lésions n'intéressaient pas les points de jonction ou de suture des os et cartilages.

Pour appuyer notre manière de voir, nous invoquerons les expériences de Daniel Mollière, chirurgien lyonnais très réputé et mort récemment pendant l'épidémie d'influenza.

D. Mollière a démontré que les déformations que j'ai décrites se produisaient très aisément quand la cloison cartilagineuse se luxait soit sur la lame perpendiculaire, soit surtout sur le vomer. Il a pu reproduire sur le cadavre ces luxations et créer les déformations qui se sont montrées chez nos malades. Ces expériences sont relatées par un élève de D. Mollière, M. Chevallet, dans une thèse de doctorat, soutenue en juillet 1889 devant la Faculté de Lyon et ayant pour titre : *Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré*. L'auteur dit à la page 40 que la disjonction du cartilage au niveau de son insertion osseuse entraîne souvent avec la déviation latérale une dépression dorsale pouvant aller jusqu'à l'aplatissement complet de la pointe du nez. Le cartilage de la cloison, dans un choc dirigé d'avant en arrière, se sépare du vomer et, glissant sur l'une des parois de la cloison osseuse, produit dans ce mouvement de descente la dépression dorsale que l'on constate au-dessus du lobule. » Plus loin, il nous dit que son maître, D. Mollière, s'est assuré souvent de ce fait non seulement dans des autopsies, mais en expérimentant sur le cadavre. On obtiendrait cette disjonction en frappant sur le nez et, plus facilement, de la façon suivante : « Quand on pénètre par la partie postérieure des fosses nasales sur une tête coupée au ras de l'atlas, et qu'à l'aide d'un bistouri on sépare du vomer la cloison, si on tire sur cette cloison d'avant en arrière, le nez se déformera au niveau des os propres, comme dans les fractures produites par un coup ; la *fracture du nez*, dit Mollière, est une luxation de la cloison sur le vomer.

Nous pensons que c'est là le mécanisme de la déformation que nous venons de décrire chez nos malades, et c'est ainsi que nous pourrions expliquer une déformation de cette nature, relatée par M. Michelson, de Königsberg, chez un syphilitique qui, à la suite d'un *traumatisme*, eut des abcès et une difformité semblable à celle que je viens de décrire (*Ueber Nasen Syphilis, Sammlung klin. Vorträge*, 1888).

Il est vrai qu'une de nos malades nie tout coup, toute contusion, ou tout choc sur le nez, mais nous ne sommes pas

sûr que cette femme nous ait dit la vérité. « Dans le doute, pensant à quelque abcès par congestion venant d'un os malade, tuberculeux (*lésion bien rare pourtant en cet endroit*), nous avons été amené à provoquer un examen bactériologique qui n'a pas été conforme à cette manière de voir. Du reste, nous l'avons dit, la marche de l'affection a suffi pour juger la nature anodine de la maladie. Nous pensons que la rareté des descriptions de l'affection que nous venons de décrire, rareté telle qu'un praticien aussi répandu que Morell Mackenzie n'en avait observé qu'un cas au moment où il écrivait son livre, et qu'on ne la trouve même pas décrite dans les ouvrages de Moldenhauer, de Voltolini et de Bosworth, légitimait cette description. Les longs développements dans lesquels nous sommes entré pour expliquer la déformation intéresseront certainement les membres de la section ; enfin l'examen bactériologique du pus de ces abcès, fait pour la première fois, à mon instigation, dans un des cas que je viens de rapporter, donnera aussi à ce petit travail un intérêt particulier. »

III

LES MICROORGANISMES DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE ET LEURS COMPLICATIONS

Par le Professeur **G. GRADENIGO**, de Turin

(lu au Congrès de Berlin 1890).

Au cours de l'année scolaire 1889-90, j'ai entrepris, de concert avec les D^{rs} Bordoni-Uffreduzzi et Penzo, des observations bactériologiques sur la sécrétion des otites moyennes purulentes aiguës et chroniques.

Dans les otites aiguës provoquées par l'épidémie récente d'*influenza*, comme dans les formes genuines, nous avons trouvé les mêmes microorganismes, c'est à-dire sur 10 cas :

Diplo-streptococcus (*pneumococcus* de Frænkel) en cultures pures dans 6 cas;

Diplo-streptococcus et *staphylococcus pyogenes albus* et *aureus* dans 1 cas;

Staphylococcus pyogenes albus dans 2 cas;

Staphylococcus pyogenes albus et *aureus* dans 1 cas.

Le diplo-streptococcus que nous avons isolé possédait toutes les qualités principales caractéristiques du *diplococcus lanceolatus capsulatus* en état d'atténuation initiale, et, en outre, il n'offrait le caractère d'aucun développement, ou bien il offrait celui d'un développement extrêmement peu accentué, dans le sérum de sang de veau, simple ou solidifié. Dans l'agar-agar, il se développait sous forme de chaînes; dans le sang des animaux inoculés, il se développait sous forme de *diplococcus* et s'entourait de capsules, ce que ne font jamais les autres *streptococcus* connus jusqu'à présent. En outre, les cultures en agar-agar, même tenues dans les conditions les plus favorables au développement du microorganisme, perdaient leur vitalité au bout de deux à trois jours.

Ces propriétés du *diplococcus* de Frænkel, en état d'atténuation, servent peut-être à expliquer les divergences des résultats obtenus, par les différents observateurs, dans les recherches bactériologiques faites récemment sur l'*influenza* et sur ses complications, recherches dans lesquelles quelques-uns ont trouvé le *diplococcus* de Frænkel en prédominance, et d'autres, au contraire, une forme de *streptococcus*.

Dans les *otites purulentes chroniques*, en même temps que les coccus pyogènes, nous avons trouvé aussi de nombreuses formes saprogènes, parmi lesquelles le *Proteus vulgaris* de Hauser; de plus, nous avons constaté que la sécrétion des otites purulentes, dans lesquelles on pratiquait d'abondants lavages au sublimé à 1/2 et à 1 0/00, contenait une très petite quantité de microorganismes qui ne se développaient pas dans les cultures. Ce fait prouve la grande efficacité du traitement au sublimé dans les otites purulentes.

IV

LES NÉVRITES DE L'ACOUSTIQUE PROVENANT
DE MÉNINGITE

Par le Professeur **G. GRADENIGO**, de Turin
(lu au Congrès de Berlin 1890).

J'ai continué cette année les recherches sur cette question déjà étudiée par moi dans de précédentes publications (1). J'ai pu constater que les infiltrations purulentes graves bilatérales du nerf acoustique et du nerf facial dans le conduit auditif interne, qui peuvent provoquer la destruction des faisceaux nerveux du nerf cochléaire, dans le point où ceux-ci se désagrègent pour pénétrer à travers la *tabularcribrosa*, sont des symptômes, je pourrais presque dire constants, non seulement dans les méningites cérébro-spinales, mais aussi dans les méningites otitiques et dans les méningites tuberculeuses. Dans un seul cas (sur 14) où la méningite avait amené en quelques heures la mort du malade, et où, par conséquent, les lésions méningitiques n'avaient pas eu le temps de se développer, je constatai l'absence d'altérations dans le conduit auditif externe.

L'examen bactériologique des coupes microscopiques me permit, en outre, de reconnaître dans le pus qui entourait les nerfs VII et VIII dans le conduit auditif externe l'existence des mêmes microorganismes qui, dans ce cas particulier, avaient provoqué la méningite, savoir : du *diplostreptococcus lanceolatus* dans la méningite cérébro-spinale, des bacilles de Koch dans la méningite tuberculeuse.

De plus, je pus rencontrer dans la muqueuse de la paroi vestibulaire de la caisse l'existence de ces microorganismes pathogènes dans le voisinage du canal de Fallope, de sorte

(1) Cfr. Comptes rendus du Congrès otologique de Bruxelles 1888, et du Congrès otologique et laryngologique de Paris 1889, et *Ann. mal. or.*, 1888 et 1889.

que je serais disposé à croire que ce canal constitue dans la méningite cérébro-spinale la voie de transmission du virus, du conduit auditif interne à l'oreille moyenne; la pathogénèse des otites moyennes purulentes, qui succèdent si fréquemment à l'otite interne provenant de méningite cérébro-spinale, se trouverait ainsi expliquée.

V

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MORPHOLOGIQUE DE L'ANTHÉLIX DANS LE PAVILLON HUMAIN

Par le Dr G. GRADENIGO, docteur d'otologie à Turin.

Le pavillon de l'oreille, chez l'homme, représente, comme il est démontré par l'embryologie et par l'anatomie comparée, le résultat d'un processus de réduction du pavillon très bien développé de certaines classes de mammifères. Chez les mammifères, où le pavillon atteint un degré supérieur de développement pour remplir les fonctions d'organe collecteur des sons, et est mû par des muscles spéciaux, nous trouvons que la lame cartilagineuse, qui constitue la partie essentielle, est parcourue par des bandelettes épaissies, tout à fait analogues aux nervures des feuilles végétales et qui, comme ces dernières, ont pour but de donner la rigidité nécessaire à la lame elle-même.

Ces bandelettes peuvent se grouper, comme je l'ai indiqué dans un de mes articles (1), en deux systèmes principaux : celles qui suivent une direction longitudinale, c'est-à-dire qui courent du sommet à la base du pavillon, perpendiculaires à la ligne d'implantation du pavillon lui-même (bandes longitudinales); celles qui ont une direction

(1) Die Formentwicklung d. Ohrmichel (*Centralblatt f. d. Mediz. Wissenschaft.*, 1888).

parallèle à la base suivent un parcours concentrique et ont été désignées par moi comme *anthélix*, parce qu'elles sont analogues à la bande qui s'appelle *anthélix* en anatomie humaine.

Chez les mammifères, les bandes de l'un des systèmes se continuent fréquemment dans celles de l'autre.

Les bandes longitudinales, très marquées dans les pavillons des embryons de brebis, de bœuf, etc., furent constatées par Schwalbe et plus *tard aussi par moi* dans le pavillon de l'embryon humain, dans un stade déterminé de développement, comme apparition transitoire. Une bandelette qui rentre dans le système des bandes longitudinales indiquées se rencontre comme anomalie dans le pavillon humain, dans ce qu'on appelle *tripartition de l'anthélix* : elle est représentée par le troisième *crus* anomal, qui, se détachant, ou du point de bifurcation ordinaire de l'anthélix, ou de la moitié environ du *crus superius*, se dirige en arrière et en avant vers le nodule de Darwin.

Dans quelques cas, j'ai pu constater chez l'homme, convergeant avec cette dernière, vers l'arrière, mais beaucoup moins marquée, une seconde bande, qui rentre, elle aussi, dans la catégorie des bandes longitudinales.

Les bandes transversales à l'axe longitudinal des pavillons sont mieux représentées chez l'homme ; elles sont fournies : a) par le corps et par le *crus superius* de l'anthélix ; b) par le *crus inferius* de l'anthélix qui représente — comme Schwalbe l'a démontré d'après l'anatomie comparée, et comme il résulte de mes recherches embryologiques — quelque chose de bien distinct du reste de l'anthélix.

Maintenant, je crois intéressant de rapporter que, parmi les anomalies du pavillon humain, j'ai pu reconnaître l'existence de deux bandelettes relevées que l'on peut interpréter comme *anthélix accessoires*. Comme je ne les ai vues indiquées par aucun auteur, je crois utile de les décrire brièvement.

1) Bandelette que l'on trouve très rarement complète ; elle constitue le prolongement en bas et en avant du *crus inferius anthelicis*, de manière qu'il en résulte une bandelette

qui, bien qu'elle soit arquée en *S*, suit à peu près un cours parallèle au véritable anthélix, et s'arrête sur le plancher de la *cymba conchæ*, immédiatement au-dessus du *crus helicis*. D'ordinaire on n'en rencontre que la portion en rapport avec le *crus inferius anthelicis* ou celle qui court sur le plancher de la *cymba* comme ligne médiane isolée.

II) Bande concentrique au corps de l'anthélix (très rare).

VI

RHINITES ET SURDITÉS

Par le D^r SÉNAC-LAGRANGE

Ancien interne des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie
médecin aux eaux de Caunterets.

Sutte (Voir les n^{os} 5, 6 et 7).

IV

On connaît le syndrome qui fait la maladie de Ménière. Au milieu d'une bonne santé apparente (syphilis ancienne ou précocée) ou sur une otite en évolution, sur des troubles dyspeptiques, à l'occasion d'une maladie générale (méningo-encéphalite, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, diphtérie, phtisie), un individu est pris d'étourdissements, de vertige, de tintements d'oreilles, de nausées, de vomissements. Est-il au lit, il lui semble que son lit se détache du sol. Est-il levé, la station debout, la marche, sont impossibles : les objets tournent, le sol se dérobe, sensation de chute, propulsion autour d'un axe horizontal ou vertical, tantôt du côté de l'oreille lésée, tantôt du côté opposé. En même temps, audition perdue d'un seul ou des deux côtés à la fois, momentanément, pour un temps, complètement, ou du moins très affaiblie, et alors surdité pour certains groupes de sons (sons élevés, sons bas). La maladie de Ménière, qu'en s'en référant au symptôme dominant il est préférable d'appeler vertige

de Ménière, répond-elle à une lésion, est-elle un trouble fonctionnel, ou indistinctement l'un et l'autre ?

En 1887, Gellé rapporte trois autopsies de malades qui avaient présenté pendant de longues années le syndrome de Ménière (1). Il ne trouve que des lésions de l'oreille externe et moyenne, soit un bouchon de cérumen dans un cas, de la sclérose de la caisse dans un autre (soudure et immobilisation des osselets), et pas d'altération de l'oreille interne. Donc pas d'autre mécanisme à faire intervenir qu'une compression des liquides du labyrinthe.

Chez des arthritiques, au moment de la ménopause (2) principalement, c'est-à-dire alors que le molimen congestif entre plus particulièrement en jeu, le vertige de Ménière peut survenir d'emblée (vertige, troubles auditifs, vomissements, surdité). Les vertiges diminuent, la surdité persiste. Comme tous les accès, il se répète avec des caractères de périodicité ou d'intermittence en rapport eux-mêmes avec l'inconstance et la lenteur de production de la surdité. Cette forme légère relève de troubles vasomoteurs congestifs, si l'on en juge par les résultats excellents du sulfate de quinine, qui interviendrait par son action décongestive.

Dans un ordre de faits analogues rentre le vertige lié aux troubles dyspeptiques, manifestation viscérale d'arthritisme. Les relations qui existent entre le nerf vague et le nerf auditif dans la moelle allongée expliqueraient le retentissement (3) qui apparaît comme un soulèvement phénoménal de force. Ce trouble fonctionnel peut devenir lésion matérielle, c'est-à-dire névrite ascendante du pneumogastrique (Cuffer, *Rev. de méd.*, 1890). Le vertige, en tant que trouble fonctionnel, se rencontre encore dans le tabes (4). On l'a vu survenir dans l'enfance sous forme d'attaques passagères; plus tard, ces attaques devenaient plus fréquentes; enfin, 15 et 25 ans après, le tabes se montrait. Au surplus, le syndrome ne varie pas. Ce sont toujours phénomènes

(1) Moos rapporte un fait analogue. (*Ann. mal. or. lar.*, t. VI, p. 299.)

(2) La ménopause agit en réveillant des phénomènes constitutionnels du côté des oreilles, furoncles, eczéma, pour l'oreille externe; irritation myringitique, catarrhe, pour l'oreille moyenne; troubles hyperémiques pour l'oreille interne, ainsi que l'a mis en évidence E. Ménière dans un intéressant travail. (*Ann. mal. or. lar.*, t. XI, p. 75 et 231.)

(3) D'après Ménière, l'irritation de l'estomac retentit par l'intermédiaire du pneumogastrique sur le ganglion cervical inférieur, d'où troubles réflexes de la circulation de l'artère vertébrale et des vaisseaux de l'oreille interne et sensation de vertige, etc.

(4) Sur 24 tabétiques, Marie et Walton observent 17 fois des troubles auriculaires.

de déséquilibre, troubles auriculaires consistant en bourdonnements, bruits musicaux. Quant à l'audition, elle reste normale, ou elle est diminuée ou complètement perdue. Si la perte de l'audition est à l'actif du nerf auditif proprement dit, le vertige, alors que l'audition est conservée, indiquerait une lésion de la branche vestibulaire et des canaux semi-circulaires dit nerf de l'espace. Et cependant, dans deux cas d'autopsie de vertigineux tabétiques, Lucæ ne trouve que des lésions de l'oreille moyenne; l'oreille interne est saine.

Le vertige reste également trouble fonctionnel dans la sclérose en plaques, lésion par excellence d'arthritisme, comme toute sclérose.

Mais voici venir la lésion et les maladies qui lui donnent naissance. De ces lésions, l'hémorrhagie (1) est la plus commune; elle se fait particulièrement dans les canaux semi-circulaires (Moos). Des maladies qui la provoquent, la plus ordinaire est la syphilis, syphilis secondaire précoce et tertiaire.

Enregistrons d'abord les faits simples. Après une ou plusieurs attaques subites, une surdité bilatérale survient. Les antécédents syphilitiques bien avérés, un traitement spécifique améliore ou guérit cette surdité et le vertige qui l'accompagne; parfois le traitement est impuissant.

Est-ce toujours une hémorrhagie qui a été la lésion? Les faits anatomiques prouvent que les troubles auriculaires sont aussi sous l'influence d'une périostite, d'une infiltration cellulaire hyperplasique.

Quand c'est une diminution progressive de l'audition qui a lieu, le vertige de Ménière est le prélude d'une syphilis cérébrale qui se traduit par des lésions osseuses avec complication du côté du nerf auditif, des méninges, de l'encéphale, lésions influencées en bien par le traitement spécifique, et bientôt suivies de lésions spécifiques (hyperplasie cellulaire des canaux semi-circulaires, entre la partie osseuse et membraneuse notamment).

Pourquoi dans certains cas, comme dans la syphilis précoce, la syphilis congénitale, l'action du traitement est-elle nulle?

(1) Dans un cas, Ménière trouve une exsudation hémorrhagique dans les canaux demi-circulaires étendue à un faible degré au vestibule.

Dans deux faits cités par Politzer et Voltolini, à la suite de fissures du rocher, on trouva : à droite, le labyrinthe rempli de sang coagulé, avec un ramollissement des parties membraneuses; à gauche, le labyrinthe rempli d'un liquide sanguin et purulent, avec destruction des parties membraneuses. Dans les deux cas, il existait une méningite de la base.

Serait-ce parce que ces attaques successives, bien qu'assez lointaines, séparées par des intervalles où l'audition, bien que légèrement amoindrie, est cependant restée dans un physiologisme assez normal, ont préparé le terrain à des lésions plus étendues et plus profondes? Ne serait-ce pas plutôt pour la même raison générale qui a fait la syphilis précoce et affaibli les résistances générales, et qui, dans un autre moment, ne permet pas la participation de l'organisme à l'action du traitement spécifique, toute action médicamenteuse n'aboutissant qu'à la condition d'être aidée par des qualités organiques, que l'état constitutionnel établi? Ne nous étonnons donc pas si, la lésion vestibulaire restant le point de départ et l'origine du vertige, l'expérimentation (1) vient ici contrôler la clinique, elle n'en est pas fatalement l'occasion et la raison. Dans un cas, observé par Moos, d'hémorragie des canaux semi-circulaires, les symptômes pathognomoniques faisaient défaut. Dans nombre d'autres cas, ni l'inflammation, ni l'hémorragie, pas plus que l'absence congénitale des canaux semi-circulaires, n'ont donné lieu au vertige de Ménière, et les affections multiples qui agissent par leurs complications sur l'oreille interne et entraînent des lésions dans le vestibule et les canaux (méningite cérébro-spinale, leucémie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives) peuvent aboutir et aboutissent souvent au même fait. Aussi certains auteurs (Baginski) ont-ils déplacé le siège anatomique du symptôme de Ménière pour le transporter au cervelet (Moos) (2), oubliant qu'il n'est pas d'organes dont les lésions soulèvent fatalement les phénomènes symptomatiques

(1) En divisant d'un seul ou des deux côtés à la fois le canal demi-circulaire horizontal chez un animal, Flourens a vu que la tête et fréquemment le corps exécutent des mouvements rotatoires de droite à gauche ou de gauche à droite. Un seul canal était-il intéressé, l'animal avait tendance à tomber en avant ou en arrière; plusieurs canaux étaient intéressés, il en résultait une combinaison de mouvements désordonnés. Goltz cherche à donner l'explication du phénomène. Des deux faisceaux du nerf auditif, le faisceau cochléaire est le nerf spécial de l'audition. Les canaux demi-circulaires seraient l'organe du sens de l'équilibre de la tête et, par suite, de tout le corps. Les nerfs des ampoules et des canaux dans leur terminaison seraient excités par pression ou par tension. Le liquide contenu dans les canaux demi-circulaires ou endolymphe, obéissant aux lois de la pesanteur, distendrait davantage les parties déclives. Ces dernières changeant à chaque mouvement opposé, il en résulterait une excitation nerveuse correspondant à chaque position de la tête. La perception cérébrale de cette excitation constituerait le sens de l'équilibre.

(2) *Rev. sc. médic.*, t. XX, p. 715.

Le syndrome de Ménière se rencontre dans un grand nombre de maladies très diverses des centres nerveux : méningite épidémique, syphilis cérébrale, ataxie locomotrice, hystérie.

(l'atonie générale et locale dominant alors). Le centre du sens de l'équilibration paraissant être le cervelet (1), les lésions qui y sont localisées provoqueraient le vertige tout comme les altérations de l'appareil terminal. La vraie provocation au vertige apparaîtrait dans la méningite cérébro-spinale où se rencontrent les lésions du centre et de la périphérie, où les lésions labyrinthiques sont la propagation de lésions intracrâniennes, où l'un des côtés étant affecté, l'autre se prend dans les mêmes conditions d'inflammation, hémorragique ou suppurative, de l'appareil nerveux terminal.

Dans la surdité suite d'oreillons, nous observons une surdité subite et complète se compliquant de vertige. Et comme dans les mêmes conditions on a été à même de saisir une névrite optique avec atrophie consécutive, on en conclut à une lésion terminale du nerf labyrinthique du même genre (2). La lésion peut être moins fixe, transitoire, de nature congestive : après un à deux mois, on assiste alors à une amélioration ou une disparition de tout phénomène.

Le vertige de Ménière se rencontre encore dans la syphilis héréditaire. Comme pour la syphilis acquise, la surdité est bilatérale [(lésion du plancher du 4^e ventricule (Keph, Trœltch), lésion du nerf auditif et de ses ramifications (Hutchinson)], brusque, non influencée par le traitement mécanique ; le diapason n'est entendu ni par les os, ni par l'air, ou moins par les os que par l'air ! Quand la paralysie faciale s'y ajoute, on a à craindre des lésions de la base du crâne, et les lésions de la périphérie quand les troubles psychiques surviennent.

Ajoutons qu'en outre du vertige et des troubles de l'équilibre il se produit aussi des troubles d'un autre ordre : bruits musicaux, bruits de cloches, sifflements simples ou renforcés, etc.

En résumé, le vertige de Ménière peut être pris dans un sens général et dans un sens restreint. Dans le dernier cas, c'est soit une compression, un ébranlement, soit une irritation anormale de l'appareil nerveux des canaux semi-circulaires, produit le plus souvent

(1) De fait, le point de départ des réflexes étant les canaux demi-circulaires, le cervelet étant le centre des impressions motrices, sa lésion entraînerait les accidents d'incoordination, comme la lésion des points originels bulbaires entraînerait les vomissements et la lésion de zones idéo-motrices cérébrales, les troubles sensationnels du vertige (régions postérieures des lobes cérébraux, coin).

(2) De l'ophtalmoscopie dans les maladies de l'oreille. (Calmettes, *Progrès médical*, 1882.)

par un accès de pression du liquide intérieur (1). Dans le sens restreint, c'est un état inflammatoire aigu ou chronique des mêmes canaux membraneux (2). Encore faudrait-il ajouter que la lésion n'agit que si elle trouve des qualités de tissus, une sensibilité de réaction générale et locale (arthritisme) qu'on ne rencontrerait que dans des conditions de faiblesse ou d'atonie (lymphisme). Cet état inflammatoire, plus souvent secondaire que primitif, peut être localisé aux canaux semi-circulaires, au nerf acoustique, plus souvent aux canaux semi-circulaires et au labyrinthe, quelquefois à l'oreille interne et à l'oreille moyenne; plus rarement il est localisé à l'oreille interne, moyenne et interne, suivant le point de départ, la généralisation de la complication de la maladie primitive.

Voltolini a décrit une otite labyrinthique aiguë primitive. — C'est une maladie vive, aiguë, avec fièvre, céphalalgie et vomissement. Après 24, 48 heures, 3 jours, rétrogradation des phénomènes, mais surdité le plus souvent bilatérale et troubles de l'équilibre. Mais est-ce bien là une maladie primitive? N'aurait-on pas affaire à une méningite? A l'autopsie d'un sourd-muet, Meyer trouve la membrane des ventricules du cerveau et cervelet épaissie; sur le plancher du 4^e ventricule, il n'y a plus trace de stries auditives. Dans un second cas, épaississement analogue de la membrane ventriculaire, stries auditives diminuées de volume.

Il n'y a pas de méningite, dit Voltolini, à l'opinion duquel se range Ladreit de Lacharrière, car il n'y a pas lésion du facial accompagnant le nerf acoustique, de plus la maladie habituellement guérit.

Qu'avec le même appareil symptomatique, répond le professeur Duplay (3), ce soit l'amaurose au lieu de la surdité qui survienne, on trouve des lésions de choroïdite, de névro-réti-

(1) Les faits de pression nés surtout à la suite de sclérose de la caisse ne sont pas les seuls à signaler. Supposons un épanchement de matières purulentes ou sanguines dans la caisse. Il se fait une compression du tympan de dedans en dehors, et, par suite, une attraction de la chaîne des osselets, une décompression, une dilatation des liquides du labyrinthe. Et cependant, d'après Bonnafont, les phénomènes nerveux sont à peu près les mêmes. (*Ann. nat. or. lar.*, t. VIII, p. 9.)

(2) La paralysie soudaine des nerfs ampullaires d'un seul côté ne provoquerait pas le vertige; de même de la destruction lente de l'appareil nerveux vestibulaire. Au contraire, l'inflammation hémorragique ou suppurative aiguë du même appareil entraînerait des phénomènes de vertige.

(3) *Pathol. externe*, t. IV.

nite consécutive à la méningite. Pourquoi dans un cas des lésions secondaires, dans un cas identique des lésions primitives?

Spécifions encore. Voici la méningite tuberculeuse! Quelles sont les lésions communes et leur siège? En tout ou en partie, des nodules caséux disséminés dans la substance du cerveau. Exsudat plus ou moins léger dans les méninges. Infiltration purulente avec quelques points hémorragiques du péricrâne, de l'épinièvre, de l'endonèvre des nerfs facial et acoustique jusqu'au ganglion géniculé et à la *tabula cribrosa*, s'étendant parfois jusqu'au ganglion de Rosenthal du premier tour de spire de la cochlée. Labyrinthe sain en partie ou en totalité. Oreille moyenne saine ou catarrhe muqueux ou purulent.

Dans la méningite purulente, suite d'otite moyenne, lésions générales. Foyers purulents à la convexité et à la base du cerveau, sur le cervelet. Névrite purulente de l'acoustique et du facial, compression et destruction des faisceaux jusqu'au ganglion de Rosenthal du premier, second, troisième tour de spire. Otite moyenne purulente. Hémorragies sous-épidermiques du conduit auditif.

Dans la méningite cérébro-spinale, mêmes lésions purulentes ou hémorragiques, générales ou limitées à l'oreille interne, et dans celle-ci même, aux nerfs acoustique et facial.

En somme, processus inflammatoires et infectieux.

Dans les tumeurs cérébrales, ce sont le plus souvent des phénomènes de voisinage : infiltration lymphatique interstitielle et diffuse de la septième et de la huitième paire jusqu'à la limite habituelle, *ganglion géniculé*, *tabula cribrosa*, rarement jusqu'à l'origine du ganglion de Rosenthal.

Dans ce ou ces derniers cas, on peut rencontrer une surexcitabilité électrique du nerf auditif.

Symptomatiquement, est-il possible de distinguer une otite interne d'une maladie du nerf acoustique?

Dans l'otite interne, nous saisissons la diminution ou la suppression de perception de notes élevées, de certains bruits comme le tic-tac de la montre, alors que les notes basses et moyennes sont relativement bien perçues; de plus, nous constatons ou une démarche incertaine, ou des accès de vertige en rapport avec la localisation du processus pathologique (vestibule, canaux demi-circulaires, spire basilaire du limaçon). Mais rien de moins fixe que les phénomènes dont le soulèvement est soumis aux qualités vitales des tissus et éléments.

On possède des cas où la perception des notes élevées n'était même pas atténuée, où les accès de vertige manquaient, même avec la surdité complète des mots, et Gradenigo a cité deux cas où les phénomènes se trouvaient renversés : diminution de perception de notes moyennes, perception de la montre et des notes élevées...

Il est incontestable que les processus endocraniens affectent moins le nerf auditif que le nerf optique. Les troubles nutritifs de l'acoustique (infiltration lymphatique, dégénérescence simple ou amyloïde, sarcome) se dévoilent ordinairement par une surexcitabilité électrique (1) anormale. Comme phénomènes plus communs de l'affection du nerf dans les maladies intracrâniennes, nous notons un type spécial de surdité, c'est la perception des notes élevées et du tic-tac de la montre, la suppression au contraire de la perception des notes basses et moyennes.

La surdité qui relève de l'hystérie se présente rarement seule, elle est accompagnée d'hémianesthésie totale ou partielle, parfois d'anesthésie bilatérale. Dans l'hémianesthésie totale, la perception auditive se montre nulle; partielle, les sensations douloureuses du tympan sont transformées en sensations de tact. Quant à l'audition, elle peut être moindre par les os du crâne que par l'air, nulle même, ou mauvaise pour les deux, notoirement pour les sons élevés... Subitement, on peut observer le transfert des troubles fonctionnels du côté affecté au côté sain.

L'anesthésie bilatérale est, en général, moindre d'un côté que de l'autre.

Enfin, la surdité nerveuse ou hystérique s'ajoute parfois à la surdité fonctionnelle ou matérielle par altération des tissus de l'oreille moyenne ou interne (2).

Dans la surdité traumatique, on a relevé de la surdité absolue pour quelques notes supérieures avec grande sensibilité pour les sons graves (3). Cette modification fonctionnelle ne durait que le temps limité à la guérison.

On a pu voir, à la suite d'écoulement de liquide encéphalo-

(1) La réaction électrique s'obtient par le courant galvanique à la force de 8 à 10 milli-amperes.

(2) Ouspenski cite un cas de surdité hystérique guéri dans les conditions suivantes : tympan presque entièrement détruit à droite; à gauche, tympan réduit à sa partie postérieure, qui paraît atrophiée. (*Ann. mal. or. lar.*, t. VII, p. 331.)

(3) *Rev. sc. méd.*, t. XX, p. 720. Quelques expériences tendraient à prouver que la portion supérieure du limaçon est affectée à la perception des sons graves.

rachidien par l'oreille et de paralysie faciale par fracture de la base du crâne, la guérison se faire complète à l'endroit de tout trouble fonctionnel. D'autrefois, quelques troubles de paralysie faciale subsistent (lenteur, difficulté des mouvements de la langue par paralysie des filets du stylo-glosse et glosso-staphylins).

Les otologistes expliquent la surdité qui accompagne le gonflement et l'hypertrophie amygdalienne par la phlegmasie chronique qui s'étend du pharynx à l'oreille moyenne par la trompe dont elle provoque le gonflement et l'obstruction. Quand le calibre de la trompe est normal, Renault conclut à une action réflexe de l'amygdale sur l'oreille.

V

Mais nous devons revenir aux lésions qui se montrent lésions d'espèce même dans les complications d'affections générales. Voici, chez un enfant de 12 ans, qui a été atteint de surdi-mutité, suite d'encéphalite contractée à l'âge de 4 ans, les lésions rencontrées (1) à l'autopsie. Dans le limaçon : tissu osseux de nouvelle formation (aux dépens du périoste des deux rampes) mêlé à des réseaux de tissu conjonctif renfermant quelques cellules lymphatiques et occupant moitié de la rampe vestibulaire. Infiltration celluleuse du ligament spiral dans le deuxième et le troisième tour. Dans les canaux semi-circulaires, globules colloïdes et détritans moléculaires dans les mailles de tissu conjonctif..., organe de Corti disparu en partie..., etc.

Chez un sourd-muet de naissance et âgé de 50 ans, Baratoux a trouvé les lésions suivantes (2) : hypertrophie de la paroi des vaisseaux de l'angle spiral, du vaisseau spiral médian et des vaisseaux de la zone striée de la membrane basilaire; épaissement de la gaine du nerf auditif, myéline granuleuse, etc., sclérose du ganglion du nerf, etc.

Dans la pachyméningite hémorragique, l'infiltration néopla-

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. X, p. 60.

(2) Au point de vue microbien, nous remarquons un rapport particulier entre la diphtérie et la rougeole. Ce n'est pas un microbe spécifique, c'est un microbe accidentel, le streptococcus, qui paraît la cause des complications labyrinthiques. Mêmes troubles fonctionnels aussi dans ce cas, surdité totale et définitive, troubles de l'équilibration.

sique cellulaire a été retrouvée dans les vaisseaux et les rampes, près des lésions de dégénérescence.

Dans la méningite cérébro-spinale, au milieu de cas à forme purulente, en apparaissent quelques rares, où une néoformation conjonctive (Steinbrugge, *loc. cit.*, t. XII, p. 450) se retrouve dans diverses parties du labyrinthe (rampes).

Dans les maladies générales, le mode et la transformation purulente dominant, notamment dans les fièvres éruptives, variole et scarlatine compliquée de diphtérie (Moos). Dans la rougeole, bien qu'il y ait toujours tendance à la destruction des tissus, on trouve souvent des lésions susceptibles de retour à l'état normal, dégénérescence cirreuse des muscles, dégénération colloïde de la moelle des os par thrombus dans les vaisseaux des canalicules de Havers, atrophie partielle des nerfs avec dégénérescence gélatineuse (t. XIV, p. 271, *loc. cit.*).

Dans la fièvre typhoïde : prolifération cellulaire ou transformation des cellules lymphatiques en corpuscules graisseux, épaissement, atrophie, transformation caséuse des tissus (*loc. cit.*, t. II, p. 375).

Dans un cas de surdi-mutité compliquée de phtisie (*loc. cit.*, t. XII, p. 359), néoplasme fibreux et osseux à gauche où s'ajoutaient les lésions d'une otite moyenne purulente chronique.

Dans la syphilis acquise, les hyperplasies connectives dominent, après des phases d'hypérémie (1).

Dans la syphilis héréditaire, c'est sous forme d'otite aiguë que la surdité débute, pour entrer ensuite dans le mode chronique (*loc. cit.*, t. XIV, p. 360).

Il n'est pas possible de ne pas établir, du reste, de rapport entre la syphilis acquise et la syphilis héréditaire, pour ce qui est des lésions qu'elles entraînent l'une et l'autre. Moos (2) nous a laissé la description suivante de lésions de l'oreille interne rencontrées par lui dans un cas de syphilis acquise : labyrinthe : périoste du vestibule épaissi, platine de l'étrier un peu tuméfiée, immobilisée; hyperplasie cellulaire entre les parois osseuse et membraneuse du vestibule infiltré par de petites cellules rondes ou ovales; le périoste de la lame spirale osseuse et la zone pectinée sont moins infiltrés que la région des dents et des arcs de Corti; infiltration cellulaire plus forte aux ampoules et aux

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. V, p. 62.

(2) Les raptus hémorragiques donnent seuls raison des formes subites.

sacs membraneux dans le tissu cellulaire qui les unit à l'enveloppe osseuse.

En d'autres termes, lésions provoquées par la syphilis, mais relevant toujours d'espèce. Les localisations syphilitiques ne sont-elles pas du reste provoquées dans leur siège par des affections auriculaires antérieures? (Després, Baratoux.)

Dans la tuberculose secondaire du labyrinthe, au milieu des bacilles de pénétration de l'oreille moyenne, on a vu dominer tantôt des processus de destruction (caséification, dégénérescence), tantôt des processus actifs (tissu de granulation et tissu conjonctif, formations osseuses).

Dans un cas de leucémie présenté par Politzer, au Congrès de Bâle (1885), du tissu cellulaire de nouvelle formation remplissait les canaux semi-circulaires, et dans la rampe vestibulaire la néoformation s'accusait (formation conjonctive et osseuse).

Vient-on à considérer les lésions dans l'oreille moyenne, on rencontre d'abord les lésions de tuberculose.

a. La tuberculose est plus ou moins généralisée, mais des lésions communes se montrent dans la caisse, lésions bien spécifiées : ce sont des catarrhes muco-purulents avec carie osseuse en plusieurs points (osselets, parois labyrinthiques), des catarrhes muqueux, avec sclérose généralisée et synéchies nombreuses (1); des lésions doubles : dépôt calcaires sur le tympan, périostite des osselets, prolifération cartilagineuse et osseuse de la fenêtre ovale, des ligaments des osselets, infiltration cellulaire de la muqueuse (tissu myxomateux) et dégénérescence graisseuse partielle.

b. La tuberculose est plus locale que générale, commune ou avec bacilles. C'est l'otite suppurée avec bacilles 12 fois sur 40 cas. Dans 9 cas, la tuberculose pulmonaire existe.

c. La tuberculose est locale. C'est une infiltration, diffuse ou circonscrite dans la muqueuse, de jeunes cellules ou de cellules géantes, avec carie et bacilles en même temps.

Dans la muqueuse nasale, c'est du tissu de granulation, c'est-à-dire de prolifération cellulaire simple et forte qui, par la compression des vaisseaux, peut amener la nécrobiose du tissu et des ulcérations consécutives à fond irrégulier, à nodules gris jaunâtre, etc.

Le tissu de granulation peut être semé de nodules de cellules géantes et traversé de faisceaux fibreux. Ce tissu de granulation

(1) *Rev. sc. méd.*,

est composé de petits ou de gros éléments cellulaires qui, sur le cartilage, provoquent parfois une infiltration calcaire. Bref, nous avons affaire à un néoplasme qui tend à s'ulcérer et à se reproduire (1).

Qu'elle soit primitive (chancre de la trompe) ou secondaire, la syphilis provoque soit le catarrhe purulent avec carie (mur de la logette), soit la périostite de la caisse, l'otite sèche, scléreuse (hyperplasie, ankylose), l'infiltration simple ou vasculaire du tympan.

La syphilis héréditaire amène des otorrhées avec carie, des lésions communes, en un mot, dont le traitement spécifique seul vient à bout.

On a vu la syphilis tertiaire amener la transformation fibreuse du tissu glandulaire et du tissu érectile de la muqueuse nasale (2), comme l'ostéite et la nécrose de la voûte nasale, etc.

Dans le diabète, la maladie de Bright, on a observé aux diverses périodes l'hyperhémie, l'œdème séreux ou hémorragique, soit de la caisse, soit du labyrinthe (surdité guérie avec le mal de Bright), ou l'épaississement, les exsudats, les indurations sclérotiques simples ou accompagnant des dégénéralions graisseuses partielles.

Quant à l'oreille externe, elle est le siège des manifestations arthritiques cutanées (eczéma, polypes, pityriasis), et aussi de la syphilis secondaire (syphilides papulo-érosives du conduit, exostoses), etc.

VI

Les considérations d'espèces se retrouvent donc dans le physiologisme de l'organe de l'audition comme dans ses états morbides. Mais la notion d'espèce étant générale, réclame nécessairement les médications générales pour lui être adressées, et celles-ci se présentent sous deux actions thérapeutiques, action excitante ou tonique, action altérante ou résolutive, correspondant aux lésions fonctionnelles (faiblesse ou force) d'où dérivent les lésions matérielles.

(1) Il en est de même de toute tumeur fibreuse plus ou moins maligne, sarcome, fibro-sarcome, cancer épithélial, lupus, etc. Petites tumeurs sessiles, dures ou friables, elles se développent dans les voies ouvertes (trompes, conduit), dans les sinus, deviennent perforantes, etc.

(2) *Rev. sc. méd.*, t. XXIV.

Ces actions doubles trouvent surtout à se réaliser dans les lésions de l'oreille moyenne en particulier, qui, par la complication et la multiplicité de ses tissus et organes, son siège, se trouve être la partie la plus atteinte et en même temps la plus accessible directement ou indirectement, par l'intermédiaire des fosses nasales.

Tous les spécialistes ont vulgarisé l'emploi des composés iodiques et alcalins, etc., sous toutes les formes, en médication générale et locale.

Les eaux minéro-thermales restent l'aboutissant de tous ceux que la médication artificielle n'a pas suffisamment modifiés : les otorrhées lympho-scrofuleuses trouvent dans les eaux sulfureuses des modificateurs par excellence des muqueuses affectées et des os ; les chlorurées arsénicales agissent plus intimement sur les scrofulides plus profondes, dans les scrofules glandulaires et sur certaines manifestations cutanées ; enfin Vichy et le groupe alcalin s'adressent aux déterminations gouteuses.

Et comme d'un côté la muqueuse nasale, directement atteinte, (douche de Weber) propage par continuité l'action curative ; que de l'autre les lésions catarrhales qui relèvent du lymphisme sont plus accessibles à cette action, rien n'est plus commun que de voir près des sources sulfureuses des obstructions de la trompe par catarrhe, des catarrhes de la caisse, suite de rougeole et les surdités qui leur sont attachées disparaître en laissant le physiologisme normal réintégrer l'organe.

C'est là un effet complet, obtenu quand on agit sans retard et que viennent aider quelques douches d'air par la méthode de Politzer !

Mais les conditions physiques dans l'organe de l'ouïe tiennent une place prépondérante, et dès qu'elles ont été troublées par des lésions plus fixes, c'est à des moyens locaux et immédiats qu'il appartient d'y remédier, en sorte que le traitement général alors de supplémentaire devient complémentaire, quand il ne disparaît pas devant l'intervention opératoire. La raréfaction de l'air qui suit les obstructions primitives ou secondaires de la trompe, les gonflements-simples et les relâchements consécutifs du tympan, ses épaisissements fibreux et ses réactions, tantôt le relâchement, tantôt l'ankylose des osselets, la parésie et la paralysie atrophique de l'étrier vis-à-vis la contracture de son antagoniste, le tenseur du tympan et leurs troubles fonctionnels, etc., ont nécessité des interventions particulières et différentes. Les modifications de la galvano-caustique sur la muqueuse nasale (Garrigou-Desarènes),

l'emploi de la douche d'air, les opérations en vue de remédier aux anomalies de tension du tympan, excision dans le cas de relâchement, incision simple et multiple dans les cas de tension exagérée et section du muscle tenseur (Weber-Liel, Paquet), se présentent dans leur ordre et leur importance, tout comme pour remédier aux fâcheux effets de l'ankylose sur l'audition se présentent tour à tour et les insufflations par la trompe combinées aux condensations d'air par le conduit auditif (méthode de Delstanche), et l'ébranlement des osselet (Lucæ, Hommel de Zurich), la mobilisation de l'étrier de Miot et Boucheron, les excisions du marteau, l'enlèvement des osselets et le grattage de la caisse (Sexton), etc.

Et ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans le résultat de ces interventions, c'est toujours de saisir ce qu'il advient du physiologisme! or, on a vu après des excisions du tympan et des osselets après deux et trois ans l'amélioration et la guérison de l'audition se présenter dans le rapport de 75 et de 100 0/0. (*R. sc. méd.*, t. XVI, p. 683, et t. XXXI, p. 277.)

 CORRESPONDANCE.

15 août 1890.

Mon cher Directeur,

Dans l'article *Rhinites et Surdités*, publié par le Dr Sénac-Lagrange dans vos *Annales des maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1890, je lis, page 2, en note: « Pour Calmettes, le retour de la fosse nasale à des dimensions normales, après guérison de l'ozène, ne fait aucun doute. » Permettez-moi de rectifier cette erreur dont je ne m'explique pas l'origine. Pour moi, l'ozène guérit par la disparition du catarrhe nasal. Le malade ne mouchant plus, ne sent plus mauvais, mais ses fosses nasales restent toujours larges, le cornet inférieur étant arrêté dans son développement.

Je vous prie, mon cher confrère, de vouloir bien insérer ma rectification et je vous exprime l'assurance de mes meilleurs sentiments.

R. CALMETTES.

DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE A FORME
SCLÉREUSE ET VÉGÉTANTE.

Les clichés des instruments qui nous ont servi à opérer
une partie de nos malades nous ont été envoyés trop tard

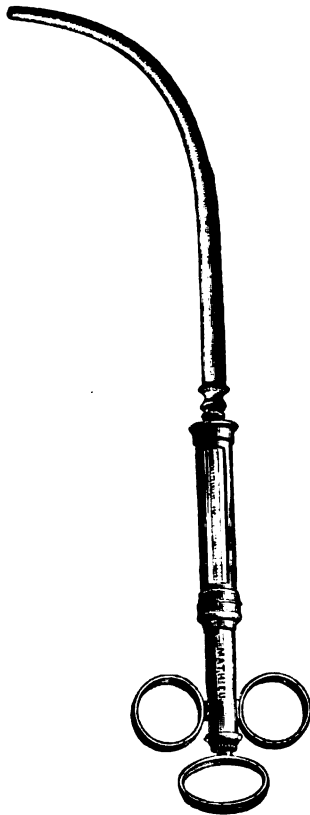


Fig. 1.

par la maison Mathieu pour pouvoir être annexés à notre
travail.

Le n° 1 représente la seringue de Beehag, le n° 2 représente notre pince coupante.



Fig. 2.

Nous regrettons de n'avoir pas eu le cliché de notre emporte-pièce.

A. G. et J. G.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société s'est réunie au Palais des Sociétés savantes, le 10 mai 1890, sous la présidence du D^r Fauvel; A. Ruault, vice-président; Ménière vice-président et trésorier; Saint-Hilaire secrétaire.

Les confrères dont les noms suivent se sont présentés comme membres actifs : Chervin et Saint-Hilaire, de Paris, Guément, de Bordeaux; Haulin, de Marseille; Madeuf, de la Bourboule, C. Corradi, de Vérone et Apakian, de Constantinople.

Le comité a été formé, pour Paris : MM. Gellé, Boucheron, Ruault et Saint-Hilaire; pour la province : MM. Suarez de Mendoza et Moure; pour l'étranger : MM. C. Corradi et Apakian.

PREMIÈRE SÉANCE.

Des Rhinolithes, par M. NOQUET (de Lille). — Après Mathias de Gardi (1502), Demarquay, West, Charazac, Hartmann etc., etc., se sont occupés des rhinolithes. Leur structure est toujours la même : un noyau central, corps étranger ou éléments épithéliaux en dégénérescence, entouré d'une enveloppe calcaire (phosphates, chlorures, carbonates), provenant des sécrétions lacrymales et nasales.

L'auteur raconte l'histoire d'un jeune homme de 18 ans, chez lequel existait une odeur ozéneuse. Larmoiement des deux côtés plus accentué à droite, pas de douleurs spontanées, ni à la pression. Au rhinoscope : dans le méat moyen droit, masse gris blanchâtre avec prolongements entre la cloison et le cornet moyen et entre la cloison et le cornet inférieur. Cette masse dépassait la cloison de 3 centimètres, et son bord inférieur était distant de un demi-centimètre du plancher. Consistance dure, rugosité. Ce n'était ni un corps étranger, ni un ostéome.

Extraction en plusieurs fois à l'aide de la pince. Fendu, le dernier fragment, gros comme une amande, long de un demi-centimètre, large de un, contenait au centre un morceau de soie

replié en forme quadrangulaire et mesurant déplié 4 cm 1/2 sur 2 cm 1/2. Son poids était de 0 gr. 13 centig.

Le résidu après analyse (phosphates et carbonates calcaires) pesait 1 gr. 75 centig.

Injections au chlorure de zinc à 30 0/0. Guérison en 16 jours.

Réflexions. 1° L'odeur ozéneuse, comme le dit Moldenhauer à l'encontre de Moure et Charazac n'est pas caractéristique de la rhinite atrophique; elle se rencontre dans les corps étrangers, et dans les lésions syphilitiques du nez.

2° Absence complète de réflexes produits habituellement par l'irritation nasale.

Quatre cas de Rhinolithiase, par M. RUAULT (de Paris). — J'ai rencontré, dit l'auteur, seulement 4 cas de rhinolithes sur 3,000 malades.

1^{er} cas. Femme de 60 ans; depuis 20 ans écoulement purulent de la fosse nasale gauche, pas d'ozène. Névralgies sus-orbitaires et occipitales. Obstruction de la trompe et bourdonnements d'oreille. Corps étranger situé à la partie moyenne du plancher, entre le cornet inférieur et la cloison. La malade avait prisé pendant longtemps.

2^o cas. Même siège, chez une femme de 35 ans; écoulement purulent, névralgies du maxillaire supérieur et cervico-occipital.

3^o cas. Balayeur âgé de 60 ans.

4^o cas. Officier de marine, 28 ans, névralgies, et sécrétion fétide. Fosse nasale droite en partie remplie. Cloison refoulée à gauche.

En Résumé : chez trois des malades, obstruction nasale, écoulement purulent et fétide, céphalalgie, névralgie cervico-occipitale du même côté que la lésion.

Bourdonnements dans un cas. Absence de troubles réflexes, si ce n'est chez une malade : accès d'éternuements avec rougeur vive de l'œil gauche et légère exophtalmie.

L'ozène ne s'est montré dans aucun de ces quatre cas.

La guérison a été rapide.

Discussion sur les rhinolithes.

M. MOURE (de Bordeaux). Les rhinolithes formés autour de corps étrangers ne sont pas rares; quant aux spontanés on les compte. L'odeur qui accompagne ces corps étrangers n'est pas

celle de l'ozène, qui se sent à distance : elle est analogue à celle des rhinites atrophiques syphilitiques ou des nécroses du nez.

M. RUAULT. Il n'y a pas de rhinolithes spontanés, ils se forment toujours autour d'un point d'appel, d'un noyau central. Ce noyau peut avoir existé et n'être plus trouvé au moment de l'extraction. L'analogie est complète avec les calculs vésicaux qui se forment toujours autour d'un élément préexistant : mucus, cellules épithéliales, distomes, etc. Galippe a démontré le même fait pour les calculs dentaires, dont le centre contient du tartre et des microbes morts. Pour qu'un corps étranger donne naissance à un calcul, il faut qu'il soit toléré; le plus souvent il détermine de la suppuration et est éliminé.

M. NOUËT. Je partage l'avis de MM. Moure et Ruault, le rhinolitha a presque toujours pour centre un corps étranger. Cependant il existe des cas douteux, les deux de Morell Mackenzie et celui de De Brun, dans lesquels il n'existait au centre qu'un liquide albumineux. On peut admettre dans ces cas que ce liquide a été le point de départ du rhinolitha, si toutefois le nez est étroit et s'il y a eu insuffisance d'élimination des sécrétions nasales. Certains ostéomes peu adhérents peuvent être confondus avec des rhinolithes (Garel, Charazac).

Pour ce qui est de l'odeur, elle était dans mon cas très difficile à distinguer de l'ozène vrai : Moldenhauer prétend que l'odeur ozéneuse n'est point caractéristique. Morell Mackenzie, dont Moure et Charazac ont annoté le livre, est de mon avis. Chez mon malade, pas de douleurs. Garel cite également l'absence de douleurs, mais a noté l'existence de phénomènes réflexes.

M. CHARAZAC (de Toulouse). Ne peut-on pas considérer les rhinolithes qui se forment autour d'amas de microbes, comme des rhinolithes spontanés ?

M. RUAULT. En parlant de microbes, j'avais surtout en vue les faits de Galippe; autrement importante à discuter est la question de l'ozène.

Le syphilitique peut faire de la rhinite atrophique et de l'ozène vrai, surtout s'il a des pertes de substance. Quand on enlève un séquestre à un syphilitique ozéneux, il reste ozéneux malgré sa spécificité. Des faits analogues ont été souvent signalés. Il n'y a peut-être pas grande différence dans la plupart des cas.

M. GOUQUENHEIM. Je ne sais pas si chez les syphilitiques il y a vraiment rhinite atrophique ou un autre processus, mais il y

en a qui sentent bien mauvais. Chez la plupart, on trouve de l'atrophie, cela est certain. Est-ce pour cela qu'ils sentent? on n'en sait rien. Pour personne il n'est douteux que les rhinites tertiaires sentent la rhinite atrophique.

De l'auscultation du diapason-vertex et de l'audition par le sujet au moment de la déglutition, par M. GELLÉ (de Paris), (voir page 589).

Corps étranger de la bouche, par M. WAGNIER (de Lille).

Il s'agit d'un enfant de 15 mois qui tombe en tenant entre ses dents un morceau de bois, dont un fragment, long de 5 centimètres, reste dans le fond de la cavité buccale, du côté gauche. Hémorragie, puis douleurs intenses, fièvre, insomnies, gémissements, refus du sein. Le 4^e jour, écoulement d'un pus rougeâtre par l'oreille gauche. Amendement des symptômes.

A la suite d'exploration digitale de la cavité buccale, un peu de gonflement au-dessous et en arrière de l'oreille. Vers le 4^e mois, on voit dans le conduit auditif gauche, une masse rosée, polypiforme. Extirpation de fragments.

Au moment où le Dr Wagner a examiné l'enfant, rien dans le pharynx, masses charnues polypiformes, baignant dans le pus et remplissant le conduit auditif. Au-dessous et en arrière de l'oreille, gonflement, empatement profond de la région sans changement de coloration ni fluctuation; gonflement qui augmente ou diminue suivant que l'écoulement est plus ou moins abondant.

Apophyse mastoïde non douloureuse à pression. Perforation du tympan laissant passer le polype. Six curages successifs sans résultat. Écoulement difficile du pus, formation d'un abcès. Incision derrière l'oreille à 2 centimètres de profondeur, corps étranger dur, long de 4 centimètres et demi. C'était le morceau de bois.

Réflexions: Quelle a été la voie suivie par le pus pour pénétrer dans l'oreille moyenne? Est-ce par lésion de la trompe ou de la caisse? La voie de la trompe semble plus admissible.

Le Dr Carpentier, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lille, a fait des recherches à ce sujet sur le cadavre. Il en a conclu qu'une collection purulente développée dans le tissu cellulo-graisseux compris entre le pharynx, la colonne vertébrale et les vaisseaux du cou, d'une part; les muscles plérygoïdiens et styliens, d'autre part, peut pénétrer dans l'interstice

compris entre les deux muscles péristaphylins et par là gagner la trompe très mince à ce niveau et constituée par un fascia fibreux très lâche et infiltré de lobules adipeux, de telle sorte que, même chez l'adulte, un stylet introduit dans la trompe est vu par transparence entre les péristaphylins. Le pus a suivi la voie de la trompe probablement parce que chez l'enfant l'ouverture tympanique est plus considérable, l'isthme moins étroit.

Il n'y a jamais eu écoulement de pus par le pharynx. La pression exploratrice faite dans les premiers jours de l'accident peut n'avoir pas été étrangère à l'issue du corps étranger en arrière du sterno-cléido-mastoidien.

Discussion : M. BOUCHERON. Chez l'enfant, le plancher inférieur du conduit auditif n'est pas le même que chez l'adulte, la paroi du conduit auditif externe bombe.

M. GELLÉ. A cet âge, le plancher osseux n'est pas encore complet.

M. NOQUET rappelle le cas de Lecerf (de Valenciennes). Un individu tombe avec une pipe dans la bouche; elle pénètre le pharynx et perfore le pilier antérieur.

M. RUAULT. Et sans blesser les gros vaisseaux du cou.

M. GELLÉ a publié une observation analogue avec Baratoux. Un tuyau de pipe avait fendu le voile du palais. On croit l'extraire en entier; quelque temps après, suppuration de l'oreille. Cette suppuration semble être le résultat d'une disposition anatomique: le tissu cellulo-adipeux de l'isthme communique le long de la trompe.

M. FAUVEL signale le cas de Moure: Une balle entre par la joue et sort par le larynx. Il n'y a aucune règle anatomique pouvant expliquer le trajet des corps étrangers.

Coexistence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes,
par le Dr BOUCHERON (de Paris).

Dans ces derniers temps, j'ai eu occasion d'observer 6 cas de fente de la voûte palatine, et mes six malades portaient en même temps une tumeur adénoïde des arrières-narines; l'un d'entre eux présentait une bourse pharyngée de Luschka. C'est là tout au moins une coexistence des plus remarquables. Si l'on devait reconnaître une relation de cause à effet entre la tumeur adénoïde et la fente palatine, on s'expliquerait facilement que le développement prématuré de la tumeur adénoïde

chez l'embryon, puisse s'opposer à la soudure du palais et, en outre, déterminer une brièveté anormale de la voûte osseuse palatine (Trélat) et une brièveté des cornets du nez (Boucheron). C'est là un exemple nouveau de la doctrine de Darwin, qui a signalé comment la variabilité — en trop — d'un caractère relativement secondaire, ici la tumeur adénoïde, peut produire la variabilité — en moins — d'un caractère anatomique important, ici la voûte palatine, dont le développement est interrompu. C'est chez l'individu un état d'infériorité. On ne serait pas en droit, par cela seul, de considérer la fente de la voûte palatine comme un stigmate de dégénérescence, quand le système nerveux présente un développement complet. Il en est autrement si la fente palatine coexiste avec un trouble de développement du système nerveux encéphalique, avec idiotie, paralysies secondaires, etc., etc.

C'est la même distinction qu'il faut faire entre le strabisme par suite d'une variation en moins de l'axe oculaire : hypermétropie, ou strabisme par variation en plus de l'œil : myopie. Ce ne sont pas là des strabismes de dégénérescence ; tandis que le strabisme concomitant des arrêts de développement encéphalique est un stigmate du premier chef.

Présentation de pièces microscopiques.

M. BOUCHERON présente des coupes microscopiques d'un embryon humain de 3 centimètres montrant la fossette de l'hypophyse, siégeant dans le pharynx, au point où chez l'adulte l'on trouve la bourse pharyngée. La fossette de l'hypophyse est considérée comme étant, dans un certain nombre de cas, le point d'origine de la formation de la bourse pharyngée de l'adulte.

Discussion : D^r WAGNIER. J'ai également observé la même coïncidence ; il existait une tumeur adénoïde plate, trilobée, mais pas de bourse de Luschka. Le malade voulait se faire suturer le voile du palais, je fis l'ablation de la tumeur. Le résultat fut déplorable au point de vue de la voix, qui prit un retentissement nasal des plus désagréables. Il semble que la nature ait voulu, en développant des tumeurs adénoïdes dans ces cas, mettre un obturateur naturel qui empêchât la voix de retentir dans les fosses nasales.

D^r BOUCHERON. Dans les cas que j'ai opérés, j'ai cautérisé ; l'opération était absolument indiquée à cause des troubles de

l'audition. Je n'avais pas du reste songé à l'altération de la voix dont vous venez de parler.

Dr GELLÉ. Il n'est pas très rare de voir survenir des accidents vocaux consécutifs à des lésions du cavum par enlèvement des tumeurs adénoïdes. Le larynx en peut souffrir, et certains malades en ont perdu la voix.

Dr WAGNIER. Dans des cas où il s'agissait de tumeurs adénoïdes très abondantes, j'ai vu la voix, de nasonnée qu'elle était, prendre un timbre très désagréable. Néanmoins, c'est une infirmité minime relativement aux inconvénients qu'entraînent les tumeurs adénoïdes.

Dr MÉNIÈRE. A quelle époque avez-vous vu la voix devenir mauvaise ?

Dr WAGNIER. Peu après : dans un cas, six semaines après l'opération ; dans l'autre, trois semaines seulement.

Dr MÉNIÈRE. Chez les jeunes enfants, la modification se fait un an, quelquefois quatre ans après. Il faudrait savoir ce qu'est devenue la voix.

Dr WAGNIER. Il me semble que six semaines comptent.

Dr MÉNIÈRE. Êtes-vous sûr que la voix se maintenait avec ses caractères ? Il ne faut pas conclure d'un fait particulier à une loi générale.

Complications auriculaires de la grippe (otites moyennes suppurées), par le Dr MÉNIÈRE (de Paris).

L'auteur de ce travail donne la statistique des cas qu'il a observés.

Les complications auriculaires sont la suite d'affections rétromaxillaires. Les maladies infectieuses ont très souvent leur lieu d'élection en ce point. Les inflammations de la caisse sont secondaires à celles du naso-pharynx. Ces cas se sont caractérisés par la rapidité de l'extension, l'envahissement simultané des deux oreilles, les myringites et les perforations, la résolution rapide des accidents.

Sur 57 cas, 23 ont duré quatre à cinq semaines ; chez 11 malades, la lésion était unilatérale ; chez 17, bilatérale ; dans une autre série de 16 malades, l'unilatéralité existait 9 fois, la bilatéralité, 7 fois, et la durée de l'affection fut de trois mois ; enfin, 8 ont duré quatre mois, et 5 sont encore en traitement par suite de complications : périostites, inflammations mastoïdiennes n'ayant pas nécessité une intervention chirurgicale, sauf pour

un cas, chez un malade que je vis avec Hermet et Le Dentu.

Le traitement, dans tous ces cas, a été le suivant : lavages à l'eau chaude, additionnée de coaltar saponiné Lebœuf, faits dans le conduit et par la trompe. Bains d'oreilles. Ouverture du tympan, et, dans 4 cas, cautérisation au thermocautère des mastoïdes.

En résumé, de l'étude de ces faits on peut conclure : 1° envahissement rapide des caisses avec accidents locaux et généraux très marqués au début, écoulement purulent abondant, inflammation du périoste et des mastoïdes rares ; 2° convalescence rapide, guérison sans lésions auriculaires, cicatrisation du tympan, ouïe restée normale ; 3° bons effets du traitement antiseptique et des lavages.

Note sur un cas de mutisme hystérique guéri par une suggestion pendant le sommeil hypnotique, par le Dr CHARAZAC (de Toulouse).

REVILLOD (de Genève), CHARCOT, CARTAZ, NATIER, ont étudié des cas semblables.

Voici le fait : Domestique âgée de 18 ans, sans antécédents nerveux, avale une aiguille. Quinze jours après, mouvement brusque, douleur vive à l'hypochondre gauche, perte de connaissance. Consécutivement, mutisme et aphonie complète sans troubles visibles du côté du larynx. Essai de suggestion à l'état de veille en touchant le larynx ; pas d'effet. Suggestion pendant le sommeil hypnotique : guérison. Deux jours après, mêmes accidents, mais le point douloureux a quitté l'ovaire gauche et se trouve plus haut. Sommeil hypnotique, suggestion, piqûre de morphine, guérison.

Réflexions : Cette observation montre :

1° Que le mutisme peut exister comme accident mono-sympathique de l'hystérie, sans aucun autre signe ;

2° Que la suggestion seule est quelquefois inefficace pour guérir si on ne lui joint pas d'autres moyens physiques ou médicamenteux (dans ce cas la piqûre de morphine).

Discussion : Dr SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers). — Dans le mutisme hystérique, lorsque la malade attribue son état à un corps étranger ou à un parasite, à une plaie, à une tumeur ou à quelque autre lésion imaginaire, on obtient souvent la guérison par un simulacre d'opération, sans avoir recours à la sug-

gestion proprement dite. Permettez-moi, à ce propos, de vous relater un cas que j'ai observé il y a bientôt trois ans.

La malade avait eu à sa puberté des troubles hystériques. Depuis son mariage elle était bien portante, mais cependant nerveuse et impressionnable. Un jour, elle prétendait avoir avalé un noyau de cerise à moitié écrasé. Dès lors, elle commença à souffrir pendant la déglutition, puis la parole devint douloureuse; enfin, le mutisme survint et persista pendant deux mois, parfois absolu, parfois incomplet, et, à ces moments-là, elle articulait des plaintes en portant la main à sa gorge, où, à l'en croire, elle sentait le corps étranger dont les cassures pointues la blessaient. Lorsque je la vis, le mutisme était absolu et l'aphonie complète. Les confrères qui l'avaient soignée avant moi avaient essayé de la convaincre de la fausseté de ses sensations imaginaires, mais sans succès aucun, et le mal continuait de plus belle. J'essayai divers traitements: bromure de potassium, atouchements de cocaïne, injections de morphine, mais rien ne me réussit. De guerre lasse, je me décidai à faire un semblant d'opération. Pour cela, après avoir fait divers préparatifs en appuyant à dessein sur tous les petits détails capables de frapper l'esprit de la malade, je l'installai dans le fauteuil d'opération et fis la nuit dans mon cabinet. Préalablement, et à l'insu de la malade, j'avais pris un demi-noyau de cerise à cassures coupantes, et l'avais logé dans la concavité d'une pince de Lœwenberg. La pince, ainsi préparée, je l'avais placée à portée de ma main avec d'autres instruments laryngiens. Après avoir introduit divers instruments dans la gorge de la malade, j'introduisis finalement la pince préparée; je pressai avec l'instrument sur la région gauche de l'épiglotte où la malade accusait la présence du corps étranger, et, quand je vis à sa figure que la pression était suffisamment douloureuse pour simuler une extraction, j'enlevai la pince; la malade cria, le corps étranger était enfin extrait, et la guérison complète. Depuis lors elle s'est maintenue.

M. RUault. Il faut distinguer nettement entre l'enrouement et l'aphonie, entre le mutisme et l'aphonie; l'un peut exister sans l'autre. On a décrit le mutisme hystérique avec spasme des cordes vocales, il s'agit d'aphasie. J'ai vu un cas de mutisme curieux chez une hystérique de 18 ans. Dans un moment de colère elle put émettre quelques sons. Suggestionnée à l'état de veille, elle prononça la voyelle è; elle parla ensuite pendant deux mois, puis retomba malade.

DEUXIÈME SÉANCE

Végétations adénoïdes chez l'adulte, par M. RAULIN
(de Marseille).

On a laissé jusqu'à présent dans l'ombre les végétations adénoïdes chez l'adulte. Elles sont pour le moins aussi fréquentes que les grosses amygdales. Je les ai observées chez des malades de 40 à 65 ans et plus. Elles datent en général de l'enfance, comme le prouvent les déformations du thorax, de la tête et des troubles auriculaires anciens. Tandis que chez l'enfant elles sont multiples, molles, chez l'adulte l'hypertrophie en masse est exceptionnelle, il y a des amas dissociés; on trouve des groupes soit médians (tonsille pharyngienne), soit dans la fossette de Rosenmüller, soit constituant l'amygdale tubaire. L'hypertrophie s'est alors localisée sur un groupe de follicules clos qui deviennent durs, fibreux, par le fait soit d'inflammation chronique, soit de transformation fibreuse. On trouve tout autour de ces groupes des vestiges de végétations atrophiées dans l'enfance. La symptomatologie est peu de chose : presque pas de troubles respiratoires (les tumeurs sont petites et les cavités très grandes). Il existe quelquefois de la rhinite hypertrophique, surtout au niveau des cornets inférieurs, et alors la congestion passive du tissu caverneux peut amener un peu de gêne respiratoire. Ces malades sont pâles, d'aspect lymphatique. Ce qui domine chez eux, c'est le catarrhe naso-pharyngien et la surdité, qui ne guérit nullement par le traitement. La meilleure manière d'enlever ces tumeurs est l'ablation avec l'adénotome; il faut rejeter l'anse galvano-caustique.

Discussion : M. MOURE. Chez l'adulte, il n'est pas rare de voir les végétations adénoïdes confondues avec d'autres tumeurs, et en particulier les tumeurs fibreuses. J'ai observé un homme de 65 ans, sourd du fait d'une vieille otite moyenne (forme oto-poiétique de Boucheron); il était porteur de tumeurs adénoïdes dures, que j'enlevai en plusieurs séances. Le tympan redevint flasque.

Je cite ce cas, car il est rare d'obtenir des améliorations à cet âge, à cause des adhérences de la caisse.

M. SUAREZ DE MENDOZA. Je suis de l'avis du Dr Raulin, les végétations adénoïdes se rencontrent chez les adultes. Depuis

un an j'en ai observé 5 cas chez des sujets de 30 à 40 ans. Dernièrement encore, j'ai opéré un homme de 42 ans d'une tumeur occupant la moitié gauche du cavum, tumeur ayant l'aspect de végétations adénoïdes. Doutant de la nature bénigne de la tumeur, j'en envoyai un fragment au D^r GELLÉ pour le faire examiner. Chez mon malade, contrairement à ce qui se voit d'habitude, après l'opération l'acuité auditive est redevenue normale, probablement parce que les troubles auditifs dépendaient uniquement de l'obstruction du pavillon de la trompe par la tumeur.

M. RAULIN. Combien de temps la tumeur avait-elle mis à se développer, et quel était son siège ?

M. SUAREZ de MENDOZA. De longues années, mais son développement prit beaucoup d'extension en peu de mois. Elle était insérée sur le pavillon de la trompe et l'apophyse basilaire.

M. MOURE. Quelle était la sensation donnée par la tumeur au toucher ? Ceci a de l'importance, car les tumeurs malignes sont en général lisses avant leur ulcération. Les polypes fibromuqueux sont également lisses, mais ils sont très vasculaires et d'aspect rougeâtre ; ils s'accompagnent d'hémorragies. Seules, les tumeurs adénoïdes sont bosselées. Le diagnostic différentiel est très difficile à faire vers 14 et 15 ans et très important, car le traitement est alors tout différent.

D^r SUAREZ DE MENDOZA. La tumeur était bosselée et donnait au doigt la sensation habituelle des tumeurs adénoïdes. J'ajouterai que l'enfant de mon sujet, une fillette de 12 ans, avait une quantité considérable de végétations adénoïdes. En outre, son oncle, frère de mon premier sujet, en a des restes dans la paroi postérieure du cavum : il est aujourd'hui atteint d'une tumeur de mauvaise nature du sinus maxillaire, avec exophtalmos considérable et tout le cortège symptomatique connu.

D^r WAGNIER. Chez l'adulte, la galvano-caustique est facile : aussi, dans le doute, je l'emploie, et j'évite ainsi les effusions sanguines.

D^r SUAREZ DE MENDOZA. Je me sers beaucoup du couteau et de l'anse galvaniques. Je n'ai pas voulu traiter ainsi mon malade avant d'avoir un diagnostic certain. S'il s'agit d'une tumeur de mauvaise nature, une cautérisation très puissante et très étendue est nécessaire pour prévenir la récurrence, et dans le cas d'une tumeur adénoïde un tel délabrement serait complètement inutile.

Sur le traitement de la sclérose de la caisse par la raréfaction et la condensation progressives et manométriquement évaluées de l'air du conduit auditif externe, par le D^r F. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

Employées comme moyen de diagnostic, la raréfaction et la condensation de l'air dans le conduit auditif externe l'ont été également comme moyen de traitement (Moos, Lucae, Politzer, Gellé, Miot, et surtout le professeur Delstanche, de Bruxelles).

L'auteur, trouvant les différents appareils peu précis, en a construit un dont les avantages seraient les suivants :

1° Le manomètre indicateur, extrêmement sensible, fait connaître au médecin si l'aspiration est active, ou si, au contraire, la raréfaction est nulle, se faisant alors aux dépens de l'air extérieur, par suite d'un défaut de fermeture du conduit auditif; 2° l'appareil permet d'employer la raréfaction ou la condensation graduelle et progressive, et d'étudier chaque jour l'effet de la nouvelle force mise à contribution; 3° il permet, dans chaque cas particulier, de constater la mobilité obtenue avec telle pression donnée; 4° il permet de fixer, par les observations faites pendant les séances de traitement, le degré de raréfaction ou de condensation, mesuré en centièmes d'atmosphère, que l'on peut conseiller au malade en lui conseillant le masseur.

Les résultats que j'ai obtenus depuis seize mois par cette méthode sont extrêmement encourageants : très souvent des bourdonnements rebelles ont disparu après quelques séances avec une pression de 12 à 15 centièmes d'atmosphère. Dans beaucoup de cas d'otite moyenne scléreuse avec rétraction tympanique, l'acuité auditive, qui restait stationnaire devant divers traitements institués (sondage, dilatation de la trompe rétrécie, vapeurs médicamenteuses, électricité, etc., etc.), augmente de 2, 4, 6 et 9 centimètres pour la montre, à la suite de l'emploi de cette méthode, que je ne saurais trop préconiser.

Discussion : M. Mior (de Paris). Les pressions centripètes et centrifuges sur le tympan produisent souvent quelque effet dans le traitement de certaines otites moyennes sèches. M. Suarez de Mendoza parle des divers appareils employés pour pratiquer ces pressions et leur reproche de ne pas indiquer le degré de pression. Je lui ferai remarquer que, dans la communication faite par moi il y a deux ans à cette société, j'ai montré un

manomètre gradué en grammes et destiné à mesurer des pressions, même faibles, produites par n'importe quel appareil de compression. Le manomètre de M. Suarez de Mendoza est plus sensible et peut servir à des expériences physiologiques. Dans la pratique, il est inutile de surveiller avec autant de soin ces pressions. L'appareil de Delstanche dont parle M. Suarez de Mendoza est évidemment très ingénieux, mais il peut être remplacé par une poche en caoutchouc à parois épaisses, sans manomètre, qui suffit dans tous les cas aux malades auxquels on en a appris préalablement l'emploi. Ces derniers s'en servent alors parfaitement, sans qu'il se produise aucun accident. Et ils agissent ainsi avec d'autant plus de prudence que les fortes pressions leur causent de la douleur et leur inspirent une certaine appréhension.

Les ecchymoses, que paraît craindre M. Suarez de Mendoza, offrent peu d'importance, puisqu'elles disparaissent d'elles-mêmes en cessant le traitement, ce que les malades font tout naturellement, puisqu'on a eu soin de les prévenir de cet accident et de leur en indiquer les symptômes probables. L'emploi des pressions fortes pourrait déterminer la rupture du tympan, mais les malades ne les emploieront guère, ainsi que je viens de le dire. Et quand même ces pressions détermineraient une rupture du tympan, fait rare, elle n'aurait probablement aucune conséquence fâcheuse. Cet accident a été produit deux fois par nos assistants. Indépendamment du bruit produit pendant la rupture, de la sensation de froid ressentie dans l'oreille et la gorge par l'air projeté violemment dans l'oreille moyenne et le pharynx, ainsi que de l'exagération passagère de la surdité, la plaie du tympan s'est cicatrisée et tout est rentré dans l'ordre.

M. MOURE est du même avis que M. Miot. Il emploie le raréfacteur de Delstanche depuis un an et n'est pas enthousiasmé des résultats, qui sont peu durables pour ce qui concerne l'amélioration des scléroses. En tout cas, point n'est besoin d'appareils si compliqués dans la pratique courante. La poire est bien suffisante. La graduation en grammes des manomètres est bien suffisante. Les ecchymoses sont rares chez les scléreux.

D^r WAGNIER. L'appareil de Delstanche a un grand inconvénient, celui de donner des pressions trop brusques, à cause du ressort qui se détend; la poire est préférable.

D^r NOQUET. J'ai employé le raréfacteur de Delstanche sans avantages, mais sans accidents.

D^r GELLÉ. Il faut évidemment un contrôle. Je l'ai obtenu d'une façon différente; j'emploie le diapason-vertex, que j'applique en même temps que je raréfie l'air; le malade perçoit le refoulement et me transmet ses sensations; il a de plus la notion très nette du son, qui change au moment où l'effet raréfacteur se produit. Le but de cette raréfaction est toujours la mobilisation du tympan et de l'étrier.

D^r SUAREZ DE MENDOZA. J'accepte volontiers le regret témoigné par M. Miot de ne pas me voir donner de plus amples indications de ma méthode. Je n'ai apporté qu'un travail tronqué, incomplet, abrégé, simplement pour prendre date. Ceci dit, je ferai remarquer à mon confrère que, dans ses travaux sur les pressions centripètes et centrifuges, il ne s'est nullement occupé de la raréfaction de l'air du conduit.

D'autre part, si son appareil peut donner la tension de l'air condensé, il ne peut, sans modification, mesurer celle de l'air raréfié. Le mien, au contraire, permet d'évaluer également bien l'une et l'autre, et cela avec une certaine précision. J'ajouterai que la raréfaction de l'air du conduit est d'une pratique bien plus facile et d'un emploi beaucoup plus précis que les pressions centrifuges exercées sur la paroi interne du tympan, et qu'un appareil qui, sans ce dernier procédé, permet avec la plus grande facilité de mobiliser la membrane dans un sens ou dans l'autre, toujours en évaluant manométriquement la tension de l'air condensé ou raréfié, ne saurait être inutile et mérite quelque attention.

Dans la pratique, dit M. Miot, il n'est pas besoin d'un instrument de précision, une simple poire suffit. Que la poire puisse remplacer la pompe en tant qu'appareil de condensation et, au besoin, de raréfaction, cela n'est pas douteux; mais que son emploi soit préférable à celui d'un raréfacteur-condensateur à indications manométriquement précises, sous prétexte qu'il n'est pas besoin de tant de précision, cela me semble paradoxal et contraire aux principes des recherches cliniques. Il est du devoir du médecin de posséder, quand il le peut, des données exactes au lieu de renseignements vagues et aveugles. C'est parce qu'ils ne se soumettent pas à cette règle et qu'ils se contentent de l'à-peu-près que beaucoup d'auristes n'obtiennent pas de la méthode les résultats qu'elle est susceptible de donner. Le contrôle manque avec la poire, et trop souvent le médecin et le malade ne retirent aucun effet de la condensation et

de la raréfaction, et abandonnent et condamnent la méthode comme inefficace après quelques séances.

Mon appareil n'est, ainsi qu'on me le reproche, ni cher ni compliqué. Avec deux tubes de verre et quelques centimètres de tuyau de caoutchouc on peut le fabriquer. Et quoique bien plus sensible que le manomètre métallique employé par M. Miot, quoique servant à deux fins, tandis que l'autre ne peut évaluer que la condensation, l'appareil que je conseille est d'un prix dérisoirement inférieur à celui dont mon confrère se sert pour mesurer les pressions centripètes.

Il n'est pas dit, dans ma communication, qu'il faille confier un manomètre à chaque malade, quoique, à mon avis, la chose ne fût pas si mauvaise. Mais je demande qu'au lieu de lui confier un masseur à l'aveuglette, le médecin ait d'abord reconnu, par des expériences faites à l'aide du manomètre, combien de centièmes d'atmosphère il peut lui permettre d'employer, et qu'il règle le masseur en conséquence. Quant à la poire, dont l'emploi ne comporte aucun contrôle, je crois qu'il vaut mieux ne la point confier.

Je ne dis pas que l'instrument de Delstanche soit la perfection, et j'espère même arriver à faire mieux. J'ai dit que de tous les instruments du même genre c'était encore le meilleur, car, grâce à son grand levier, il agit plus régulièrement que tout autre.

Je ne crains pas outre mesure la production d'ecchymoses ; j'en ai beaucoup vu, sans qu'il en soit jamais résulté rien de fâcheux ; néanmoins, il vaut mieux les éviter. Si j'en ai parlé incidemment, c'a été pour faire sentir comment, tout en procédant de la même façon, on peut, si on n'a pas le contrôle du manomètre, produire tantôt une raréfaction nulle, tantôt une action trop violente.

Quant à la rupture du tympan, je pense qu'il faut l'éviter autant que possible ; et en cela, si je ne suis plus d'accord avec le Dr Miot d'aujourd'hui, qui pense qu'il n'en résulterait probablement aucune conséquence fâcheuse, je le suis avec celui d'il y a trois ans, qui disait dans sa communication sur les pressions centripètes et centrifuges : « Nous ne conseillons à personne de dépasser cette limite (800 grammes), afin de ne pas courir le risque de produire la rupture du tympan, qui peut être modifié dans sa structure et sa résistance ; » — et plus loin : « Il n'est pas douteux que si l'on exagérait la pression, on pourrait pro-

duire des fractures et des ruptures, non seulement préjudiciables à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade. » — « Pression dangereuse, parce qu'on court le risque d'une rupture du tympan, de la chaîne des osselets, de l'étrier principalement, etc. (1). »

Complications consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes, par M. CARTAZ (de Paris).

L'ablation des végétations adénoïdes est suivie en général d'un petit écoulement sanguin (Michel, de Cologne).

Cependant Bryson Delavan vient d'en citer quatre cas.

L'auteur apporte deux nouveaux faits; dans l'un d'eux, homme de 25 ans, l'hémorrhagie se fit le huitième jour après l'opération.

Ces hémorrhagies se font en nappe, elles accompagnent les tumeurs de consistance fibreuse : vaisseaux restant béants, d'où défaut d'hémostase.

Une autre cause d'hémorrhagie tardive est la production de poussées congestives ou inflammatoires du côté de la gorge.

Les irrigations chaudes, astringentes, les arrêtent facilement.

Dans les cas graves, tamponnement du naso-pharynx.

Une autre série d'accidents qui suivent l'ablation des végétations et que Moldenhauer a signalés est l'apparition d'accidents infectieux.

Exiger la plus grande asepsie des instruments est la principale condition pour éviter l'infection.

Discussion : D^r GELLÉ. Je n'ai vu qu'une seule fois un accident chez une petite fille de 8 ans. La tumeur était simple et l'opération très facile. Trois heures après, hémorrhagie, arrêtée par l'emploi d'un syphon d'eau de seltz. L'enfant part, nouvelle hémorrhagie, et le soir température élevée.

J'ai vu également des complications infectieuses. Le D^r Gouguenheim opère de tumeurs adénoïdes un de mes malades, âgé de 46 ans, sourd et affecté d'un catarrhe pharyngien. L'opération guérit sa surdité en partie. Trente-six heures après : frissons, fièvre, douleurs de tête, gonflement énorme de

(1) Mior, Des pressions centripètes et centrifuges sur la membrane du tympan, etc. (*Bulletin et mémoires de la société française d'otologie et de laryng.*, 1887, p. 164).

la région péri-auriculaire et du conduit auditif externe, gonflement de la gorge. En quatre à cinq jours, tout cesse par des irrigations froides ; la poussée aiguë d'otite disparaît. Il n'est pas douteux que la cause de ces accidents est venue d'une infection qui s'était produite après l'opération, dans les jours qui ont suivi et malgré les soins antiseptiques pris pendant et après l'opération.

Faut-il conclure, parce qu'il s'est produit quelques hémorragies, que toute intervention avec la pince doit être abandonnée ? Loin de nous un tel pessimisme, et conservons une méthode qui donne d'excellents résultats.

D^r MOURÉ. On voit également des hémorragies secondaires à l'amygdalotomie.

Il ne faut pas opérer les végétations adénoïdes des adultes en une séance.

Chez l'enfant, les complications infectieuses sont relativement fréquentes : fièvre, céphalalgie, délire. Il m'est arrivé même d'avoir des accidents septiques à la suite d'un simple atouchement.

D^r GELLÉ. Le toucher avec l'ongle doit toujours faire craindre l'infection. Je ne gratte plus jamais avec le doigt.

D^r MIOT. J'ai fait des explorations et écrasements avec le doigt, il ne m'est jamais rien arrivé. Peut-être les accidents inflammatoires ont-ils lieu par le massage de la trompe.

D^r CARTAZ. Si j'ai eu 100 cas d'accidents sur plusieurs milliers d'opérés, c'est tout, et ils ont eu lieu presque tous chez des malades non anesthésiés. Ils sont dus, je crois, au pincement de la muqueuse saine ; sous l'influence du chloroforme, le voile du palais se contracte et l'on voit mieux ce que l'on fait. Je gante toujours mon doigt pour toucher, car il est difficile d'avoir un ongle complètement aseptique.

D^r RUAULT. En résumé, l'hémorragie primitive est peu de chose. Je doute que dans mon second cas on ait pincé la muqueuse saine. Je crois plutôt à des poussées congestives.

Il peut y avoir infection et hémorragie secondaire. Chez le jeune homme de 28 ans, le lendemain de l'enlèvement du tampon, il y a eu une amygdalite droite. Certains malades font de l'auto-infection par leur pharynx. Le tout est de prévenir l'infection par le malade ou le médecin. Ces complications sont heureusement rares.

Complications auriculaires de la grippe (mastoidites),
par M. MOURE (de Bordeaux).

Dans la dernière épidémie de grippe, la localisation auriculaire a été quelquefois la seule manifestation de l'infection. Les otites suppurées ont été fréquentes. Les poussées inflammatoires du côté de l'oreille ont eu lieu le plus souvent chez des prédisposés qui avaient soit un écoulement ancien, soit d'anciennes otites. L'inflammation, diffuse au début, se localisait en 24 ou 48 heures.

Voici quelques faits :

1° Un homme de 40 ans se plaignait de douleurs dans l'apophyse mastoïde : application d'une couronne de trépan, caisse non atteinte, abcès du cervelet ;

2° Opéré de Demons : apophyse mastoïde éburnée, couronne de trépan au niveau du pariétal, abcès du cervelet. Pas de symptômes saillants. Trois fois on vide le pus. Guérison brusque : injections au chlorure de zinc au dixième, persistance de trajets fistuleux.

Je cite ces faits, car les cas d'abcès intra-mastoldiens primitifs sans otite suppurée les précédant sont rares.

Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par le D^r LANNOIS
(de Lyon).

La dernière épidémie de grippe a donné à l'auteur l'occasion d'observer diverses complications auriculaires :

1° Des poussées inflammatoires du côté de la caisse ;

2° Des otites moyennes suppurées, en particulier chez un homme de 33 ans, qui présentait des collections purulentes sous-cutanées et dont la vie fut en danger pendant plusieurs mois ;

3° Des abcès mastoldiens. Un malade qui avait eu une carie à l'âge de 4 ans fit un abcès, trépané par Valette ; il élimina des séquestres ;

4° Des troubles graves du labyrinthe, avec otite moyenne légère.

Voici les titres des observations relatives à ces troubles du labyrinthe, suivies de quelques réflexions de l'auteur :

1^{re} observation : *Grippe compliquée d'otite moyenne catarrhale double, légère, avec otite labyrinthique unilatérale.*

2^e observation : *Troubles anciens de l'audition. Grippe. Otite*

650 SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE
catarrhale moyenne avec épanchement sanguin des deux côtés.
Otite labyrinthique double.

Réflexions : Voici les réflexions que suggèrent ces deux cas :

1° L'absence presque complète de perception du diapason par les os du crâne, chez le second, tandis qu'il était entendu chez le premier, ne peut s'expliquer que par une lésion de l'oreille interne;

2° Dans les deux cas les trompes et l'oreille moyenne ont été prises. L'altération des caisses et de l'oreille moyenne ont-elles été contemporaines? Ou bien les labyrinthes se sont-ils pris consécutivement aux caisses?

Je préfère la première hypothèse, la grippe, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, les oreillons, étant infectieuse et pouvant atteindre le labyrinthe. (G. Lemoine et Lannois, *Rev. méd.*, sept. 1883);

3° Quelle est la nature de la lésion? Est-ce une hémorrhagie ou une fluxion séreuse?

4° Ces observations montrent la tendance de la grippe à réveiller d'anciennes lésions et à se localiser aux points malades. Elle est d'une spécificité faible, déterminant chez les malades atteints de pharyngite une angine, chez les nerveux et les rhumatisants des névralgies multiples, des douleurs articulaires et musculaires, la réapparition d'otorrhées et de lésions mastoïdiennes chez d'anciens malades de l'oreille. Enfin, Botey n'a-t-il pas signalé la possibilité de complications labyrinthiques dans les otites moyennes grippales? (*Arch. intern. de laryng. y otologia*, n° 1, 1890.)

Discussion : D^r BOUCHERON. Le travail de M. Lannois soulève une importante question étiologique pour les surdités graves. De ce que ses malades ont gardé après la grippe une surdité considérable, doit-on admettre qu'ils étaient affectés de labyrinthite? il est difficile de reconnaître cette lésion dans les cas de M. Lannois. Tout récemment encore, je viens d'observer un malade qui s'est trouvé absolument sourd, n'entendant ni la voix, ni la montre, ni le diapason; je ne l'ai pas pour cela considéré comme atteint de labyrinthite. J'ai dirigé le traitement dans un autre ordre d'idées, et maintenant le malade entend la parole à sept ou huit mètres.

La plupart de ces affections sont, à notre avis, des compressions labyrinthiques avec annulation momentanée des fonctions,

annulation pouvant devenir définitive si la compression labyrinthique se prolonge. L'analyse des cas de M. Lannois montre que justement un de ses malades avait la caisse remplie de liquide; l'air y faisait donc défaut, et quand le vide aérien se produit dans une oreille, la pression atmosphérique sur le tympan comprime l'oreille d'environ un kilogramme, et c'est cette pression transmise par l'étrier au labyrinthe qui tend à écraser le nerf acoustique. L'indication essentielle est donc de faire cesser le vide d'une part, et d'autre part, si l'étrier reste enclavé dans la fenêtre ovale, de le mobiliser dans le sens de la décompression. L'intervention thérapeutique doit être assez rapide pour ne pas laisser le nerf s'altérer, dégénérer sous une pression excessive.

D^r GELLÉ. Je ne suis pas convaincu qu'il se soit agi dans ces cas d'otite labyrinthique. Il y a probablement eu congestion ou hémorragie.

D^r NOUET. La plupart des complications auriculaires grippales que j'ai pu observer ont été peu sérieuses. Presque toujours les perforations du tympan ont été spontanées. Chez un malade âgé de 45 ans, goutteux et obèse, comme l'écoulement purulent se prolongeait, j'examinai les urines et trouvai du sucre. Le malade fut soumis au régime des diabétiques, et son écoulement disparut en peu de temps.

D^r SUAREZ DE MENDOZA. Ce qui m'a frappé dans les complications auriculaires de la grippe, c'est l'extrême facilité avec laquelle se prenait l'apophyse mastoïde chez les malades qui n'étaient pas soignés à temps, ou qui ne l'étaient qu'incomplètement. Les otites moyennes que j'ai soignées dès le début ont, grâce à l'antisepsie naso-pharyngienne et auriculaire, guéri sans complications. Au contraire, sur onze malades venus à une période avancée de la maladie, qui avaient eu des soins insuffisants, cinq fois la mastoïdite s'est développée. Je soigne en ce moment une fillette de douze ans; elle est arrivée il y a trois jours avec une mastoïdite suppurée. L'otorrhée datait de deux mois, et le traitement employé jusqu'alors avait consisté à injecter dans l'oreille de la décoction de guimauve et à saupoudrer la région mastoïdienne enflammée — supposée atteinte d'érysipèle — avec de la poudre d'amidon.

J'ai incisé profondément et trouvé la face externe de l'apophyse mastoïde détruite en partie et des fongosités multiples.

Spasmes œsophagiens par hypertrophie de la 4^e amygdale,
par le D^r JOAL (du Mont-Dore).

L'auteur a publié en 1889 dans le journal de Moure un travail sur l'étiologie de l'œsophagisme, qui est souvent du domaine des laryngologistes et rhinologistes.

Il cite un fait où l'œsophagisme était dû à l'hypertrophie des follicules clos de la base de la langue (amygdale linguale). Son malade, un ecclésiastique, de souche nerveuse et rhumatismale, avait vu plusieurs fois des spasmes œsophagiens se produire chez lui avec sensation de strangulation.

Dans une de ces crises, l'auteur le vit et constata une pharyngite intense avec forte hyperesthésie de la gorge et de la rhinite.

L'amélioration de la rhinite n'ayant en aucune façon diminué les accidents, M. Joal fit d'abord des applications de cocaïne, puis cautérisa au galvano-cautère les follicules saillants, et le spasme œsophagien disparut complètement.

L'auteur en conclut que l'influence du traitement est quelquefois considérable pour reconnaître la cause de l'œsophagisme. S'il est d'origine nasale, on le reconnaîtra aux conditions suivantes :

1° Apparition du spasme lors des poussées congestives sur la pituitaire ;

2° Spasme provoqué par l'excitation des cornets ;

3° Cessation par la cocaïne ;

4° Guérison par le traitement nasal.

L'auteur a rencontré un cas d'œsophagisme d'origine linguale chez une femme de 42 ans. Seney, en 1878, a étudié les relations qui existaient entre l'amygdale palatine et l'œsophagisme.

Ruault a montré que la cautérisation des tonsilles amène des troubles de l'estomac, des renvois acides avec vomissements, douleurs épigastriques, toux et attaques d'asthme. D'autres auteurs ont également étudié la pathologie de la quatrième amygdale. Parmi eux Lennox-Browne, Curtis, Swann, Gleitsmann, Ruault, etc., etc., ont montré que l'excitation des tonsilles linguales amène des névropathies réflexes.

Influence de l'excitation du nerf auditif sur la perception du diapason-vertex, par le D^r CORRADI (de Vérone).

Il existe une grande diversité d'opinions sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Weber.

On a dit que la latéralisation du Weber du côté affecté n'était pas due à des troubles dans l'appareil de transmission, mais que la cause principale résidait dans un état irritatif du nerf acoustique.

Le Weber positif (c'est-à-dire la latéralisation du Weber vers l'oreille malade) indique une altération récente.

Le Weber négatif accompagne une maladie ancienne et un épuisement du nerf, et on le trouve sur l'oreille malade ou la plus malade (Steinbrügge). Cette opinion s'appuie sur l'hyperexcitabilité électrique, fréquente dans les maladies de l'oreille, l'existence de bourdonnements dans certaines affections de l'oreille moyenne, etc.

Pour l'auteur et d'après ses expériences, le Weber positif dépend en lui-même d'altérations de la voie de transmission, tandis que le Weber négatif est toujours en rapport avec les conditions morbides des éléments nerveux. L'électricité a été le moyen le plus propre à exciter le nerf et à influencer la conductibilité osseuse.

Les expériences ont été faites avec le courant galvanique : pile Gresset, force réglée par le rhéostat de Gärtner.

Pour obtenir la perception du Weber pendant la période d'excitation maximum du nerf, afin d'éviter des erreurs, pour pouvoir agir simultanément ou à de courts intervalles sur l'une ou l'autre oreille, l'auteur a opéré ainsi : Les conduits auditifs externes sont remplis de mercure et fermés par un bouchon de liège, traversé par un fil d'acier faisant saillie d'un centimètre au dehors et plongeant dans le mercure.

S'il y a perforation du tympan on emploie l'eau tiède salée.

Pour établir un contact plus intime, on introduit un cathéter dans la trompe, ce qui ne modifie en rien la perception du diapason-vertex.

L'application externe par la méthode d'Erb donne une excitation insuffisante et présente peu d'exactitude.

Tout étant prêt, on fait l'épreuve de Weber. Si elle n'est point égale des deux côtés, on cherche la ligne neutre, — en ce point le diapason est également perçu des deux côtés, — puis on fait passer le courant d'un côté et on répète l'épreuve. A la suite de 40 séances réparties sur 20 cas, voici les conclusions de l'auteur :

En général, la positivité du Weber diminue sur l'oreille soumise à l'excitation électrique, c'est-à-dire que la ligne neutre,

pendant le passage du courant et quelquefois après, est déplacée vers le côté directement excité. Cette diminution de positivité se développe souvent en même temps que les bourdonnements, quelquefois ceux-ci seuls existent sans déplacement de la ligne neutre.

Que tirer de ce fait? sur le nerf acoustique excité (excitation nerveuse), le Weber tend à s'affaiblir; en d'autres termes, le nerf acoustique en état d'excitation morbide perd de sa fonction.

L'objection que l'excitation du nerf acoustique, étant trop rude, pourrait anéantir la fonction nerveuse tombe devant ce fait que la force des courants a été progressivement constante et en aucun cas un faible courant n'a augmenté la positivité du Weber.

L'électricité employée comme traitement de la surdité peut donc amener une perte de la puissance fonctionnelle du nerf: doit-on rejeter ce moyen de traitement? Non, car l'électricité joue encore un rôle favorable sur les processus trophiques.

Sur les fausses perceptions sensorielles secondaires, et particulièrement sur les fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par le Dr FERDINAND SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

L'auteur lit le résumé d'une étude très complète (présentée au dernier congrès d'ophtalmologie) sur les phénomènes étranges décrits à diverses époques sous les noms différents: *d'hyperchromatopsie, de pseudochromesthésie, de photismes et phonismes, de colour hearing ou audition colorée, d'association des sons et des couleurs, etc.* Après avoir fait remarquer que les faits de ce genre ont été observés dans le domaine de chacun des cinq sens, l'auteur en désigne l'ensemble sous le nom de pseudesthésie physiologique, et les cinq modalités sensorielles sous les dénominations suivantes:

Pseudo-photesthésie pour les fausses sensations secondaires visuelles;

Pseudo-acousthésie pour les fausses sensations secondaires acoustiques;

Pseudo-phrészathésie pour les fausses sensations secondaires olfactives;

- Pseudo-gousiésthésie pour les fausses sensations secondaires gustatives;

- Pseudo-apsiesthésia pour les fausses sensations secondaires tactiles.

Il spécifie ensuite, ainsi que le montre l'examen des faits, que la cause efficiente de ces divers phénomènes peut être une perception première objective, c'est-à-dire une excitation passant par l'un ou l'autre sens, ou même, semble-t-il, une opération purement psychique. De là, pour chacune des cinq classes ci-dessus, six sous-classes en rapport avec les six modes d'excitation.

Ainsi, pour la pseudo-photesthésie, qui fait l'objet principal de son travail, il admet qu'elle peut être d'origine optique, acoustique, olfactive, gustative, tactile ou purement psychique.

C'est la pseudo-photesthésie, d'origine acoustique, qui a été appelée audition colorée.

Après ces détails de classification, le D^r F. Suarez de Mendoza donne le résumé des observations fort intéressantes de 7 cas qu'il a eu occasion d'observer, et conclut de la façon suivante :

Tantôt ces phénomènes dépendent d'une association d'idées datant de la jeunesse (dans cet ordre, il place les personnes qui colorent le jour de la semaine, les périodes de l'histoire, etc.), tantôt d'un travail psychique spécial, dont la nature intime nous échappe, et qui aurait une certaine analogie avec l'illusion dans les cas de pseudo-photesthésie d'origine optique, et avec l'hallucination dans les autres formes de pseudo-photesthésie où la sensation secondaire ou photisme est engendrée par l'excitation normale d'un autre appareil sensoriel que l'appareil optique.

Du traitement des ulcérations du larynx par la résorcine,
par le D^r Tymowski (de Schinznach-les-Bains).

L'auteur, après avoir expérimenté divers traitements de la phthisie laryngée, a employé la résorcine et est arrivé aux conclusions suivantes :

1^o La résorcine à 80 0/0 n'est pas douloureuse; après son application les parties se recouvrent d'un enduit blanchâtre qui dure quelques heures, puis l'œdème et la suppuration diminuent par l'usage quotidien du remède;

2^o Si les ulcérations sont malignes, sales, cratériformes, il faut employer une solution sursaturée à 120 0/0 de résorcine,

préférable à l'acide lactique et n'exigeant pas l'application préalable de cocaïne.

Si le curetage est impossible, faire des inhalations de résorcine avec des solutions de 2 à 5 0/0.

La résorcine, ou dihydroxyl-benzol, découverte en 1864, est extraite de la gomme ammoniacque et se présente en cristaux blancs, de saveur douceâtre, inodores et très solubles. Leur solution est colorée en violet par le chlorate de chaux, et par le perchlorure de fer en violet noir.

Cette résorcine est à la fois antipyrétique, antiseptique et hémostatique. Andeer a montré qu'elle était antipyrétique à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Dujardin-Beaumetz, Soltmann, Staab, l'ont employée intus et extra. Leblond s'en sert en fumigations dans la diphthérie; elle limite l'extension des fausses membranes, fait disparaître la tuméfaction et combat l'empoisonnement. Elle a été employée dans la coqueluche, la tuberculose, les chancres mous (*Semaine médicale*, 1889, n° 36), les maladies de peau (Unna). En un mot, grâce à elle, on peut soulager, nourrir et amener une guérison relative chez les malheureux tuberculeux laryngés.

P. GASTOU.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Nez.

Des maladies des fosses nasales et de l'asthme, par Ball (*The Practitioner*, juin 1889).

Du catarrhe des fosses nasales et de son traitement, par Beverley Robinson (*N. Y. med. Journ.*, 15 juin 1889).

Rapport entre l'érysipèle et l'érythème de la face et les affections nasales, par G. W. Major (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Remarques sur la relation des affections nasales avec la neurasthénie, par W. H. Daly (Amer. laryng. Assoc., Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 17 août 1889).

De la pathologie et du traitement des affections naso-pharyngiennes, par J. N. Mackenzie (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 5 octobre 1889).

Observations sur les végétations adénoïdes et les méthodes employées pour les enlever, par D. Bryson Delavan (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Rhinite pseudo-membraneuse, par H. D. Chapin (Amer. med. Assoc., Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Relations entre l'acné et les affections nasales, par C. Seiler (Amer. med. Assoc., Newport, 26 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Coincidence de l'existence des hernies et des affections nasales, par W. Freudenthal (Amer. med. Assoc., 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Diagnostic et traitement des affections de l'antre d'Highmore, par J. H. Bryan (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Relation de l'anémie avec les sténoses nasales, par H. Holbrook Curtis (Amer. med. Assoc., 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Epilepsie causée par une affection intra-nasale, par F. S. Crossfield (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Empyème des sinus frontaux, par G. A. Richards (Amer. med. Assoc., Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Perforations morbides du septum nasal, par A. B. Trasher (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Rapports de la toux avec les affections nasales, par J. E. Schadle (Amer. med. Assoc., 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinites, par Ch. H. Knight (*N. Y. med. Journ.*, 13 juillet 1889).

Observations d'obstruction des narines ayant amené des troubles nerveux, par H. Forster (*Weekly med. Review*, 6 juillet 1889).

De la nécessité et de l'importance de traitement hâtif des affections du nez, du pharynx et de la trompe d'Eustache dans certaines formes de surdité, par L. Turnbull (*Therap. Gaz.*, 15 juillet 1889).

Action remarquable de l'iode de potassium dans un cas de rhinite syphilitique, par Hudmitt (*Brooklyn med. Journ.*, mai 1889).

Traitement de la rhinite atrophique par la galvano-caustique chimique, par H. H. Crippen (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Ablation d'une ecchondrose du nez, par C. E. Hewitt (*Int. Journ. of surgery*, juillet 1889).

Des bactéries nasales, par J. Wright (*N. Y. med. Journ.*, 27 juillet 1889).

Polype naso-pharyngien, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Nouvel électrode nasal, par Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Un speculum nasal perfectionné, par C. E. Black (*N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).

Différentiation nasale, par G. V. Woolen (*Weekly med. Review*, 21 septembre 1889).

Tumeurs verruqueuses des narines, par E. Fletcher Ingals (*N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Rhinoplastie, par R. T. Howe (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Nouveaux instruments pour les opérations nasales, par J. M. W. Kitchen (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinites, par C. H. Knight (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Un enchondrome nasal, par Moreau R. Brown (*N. Y. med. Journ.*, 5 octobre 1889).

Sténoses et obstructions nasales comme cause d'affections de l'oreille, par D. A. Strickler (*The Journ. ophthalm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Étiologie du catarrhe atrophique, par E. L. Mann (*The Journ. ophthalm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Le traitement abortif du catarrhe aigu du nez et de la gorge, par S. S. Bishop (*Weekly med. Review*, 12 octobre 1889).

Un cas de rhinolith et deux observations de dents nasales, par J. Wright (*N. Y. med. Record*, 12 octobre 1889).

Des progrès en rhinologie, otologie, laryngologie et ophthalmologie, par J. A. White (*Med. Soc. of Virginia*, septembre 1889; *N. Y. med. Rec.*, 12 octobre 1889).

Affections oculaires réflexes d'inflammations nasales, par F. Dowling (*Miss. Valley med. Ass.*, 9 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Instruments pour le nez, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. med. Journ.*, 9 novembre 1889).

Maladies du nez et de la gorge, par Ch. E. Sajous (Un volume de 340 pages, illustré de 100 chromo-lithographies et de 63 dessins, F. A. Davis, éditeur, Philadelphie, 1889).

Atrophie, hypertrophie et déviations du septum nasal, par C. H. von Klein (*Times and Register*, 23 novembre 1889).

Cinq causes d'insuccès dans le traitement de la rhinite chronique, par T. F. Rumbold (*N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Un cas d'abcès cérébral envahissant le naso-pharynx, par L. B. Gillette (*Amer. rhinol. Assoc.*, 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Observations de symptômes réflexes d'affections nasales, par C. L. Dreese (Amer. rhinol. Ass., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Symptômes oculaires réflexes d'affections nasales, par C. H. Moore (Amer. rhinol. Ass., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Moyens thérapeutiques en rhinologie, par N. R. Gordon (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Traitement du catarrhe nasal chronique, par C. F. Mc Gahan (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 10 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Traitement chirurgical des affections nasales, par A. de Vilbiss (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 10 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Importance du traitement général dans les inflammations rhino-pharyngiennes, par R. S. Knode (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Inflammation réflexe du nez et de la gorge, par E. L. Siver (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Néuralgie catarrhale, par A. G. Hobbs (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Opération pour corriger la déviation et l'épaississement du septum nasal cartilagineux, par J. Wright (*N. Y. med. Rec.*, 11 janvier 1890).

De l'extension de la chirurgie intra-nasale à notre époque, par J. M. W. Kitchen (*N. Y. med. Record*, 18 janvier 1890).

Considérations regardant la thérapeutique des affections du nez et de la gorge, par Ch. L. Cleveland (*Journ. of ophthalm. laryng. and otol.*, janvier 1890).

Le catarrhe chronique du nez à Vermont, par J. H. Woodward (*N. Y. med. Journ.*, 15 février 1890).

Diphthérie nasale, par Green (Allegheny County med. Soc., novembre 1889; in *New Orleans med. and surg. Journ.*, janvier 1890).

Un cas de carcinome naso-pharyngien, avec remarques sur le traitement de cette affection, par S. Allan Fox (*N. Y. med. Journ.*, 8 mars 1890).

Le traitement du catarrhe nasal chronique est-il aussi difficile qu'on le croit? par O. B. Douglas (*N. Y. med. Journ.*, 23 mars 1890).

Hypertrophie des cornets du nez, par Nichols (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Des rapports existant entre l'obstruction nasale et les névroses respiratoires, par Mackenzie (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Tumeur du cornet compliquée de perforation du palais, par Phillips (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Une méthode simple pour arrêter une épistaxis obstinée, par A. H. Friedberg (*N. Y. med. Rec.*, 19 avril 1890).

Traitement des sténoses nasales par l'emploi nocturne intermittent de stylets mobiles, par Sayer Hasbrouck (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Données thérapeutiques et cliniques sur les affections du nez, de la gorge et du larynx, par J. A. Terry (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Une nouvelle pince naso-pharyngienne, par J. E. Nichols (*N. Y. med. Rec.*, 26 avril 1890).

Neurasthénie et néuralgie occasionnées par un traumatisme des cavités nasales, par W. F. Chappel (*N. Y. med. Rec.*, 10 mai 1890).

Intubation nasale, par D. H. Goodwillie (*N. Y. med. Journ.*, 17 mai 1890).

La véritable relation des maladies des voies aériennes supérieures avec les réflexes du nez, par F. H. Bosworth (*N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Chorée nasale réflexe, par A. Jacoby (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 1^{er} mai; in *N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Diphthérie nasale obscure chez l'enfant, par L. E. Holt (*N. Y. med. Journ.*, 31 mai 1890).

Chirurgie nasale, par Merrill Ricketts (*Amer. med. Assoc. Nashville*, 20 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 7 juin 1890).

Rhinite pseudo-membraneuse, par H. Dwight Chapin (*N. Y. med. Journ.*, 21 juin 1890).

Pharynx et Varia.

Sarcome de l'amygdale. Excision, par D. W. Cheever (*Amer. surg. Soc.*, Washington, 14 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 23 mai 1889).

Un cas de paralysie diphthérique à issue mortelle, par J. B. Stair (*N. Y. med. Rec.*, 18 mai 1889).

Excision d'une amygdale supplémentaire, par E. Carroll Morgan (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Traitement de l'hypertrophie amygdaliennne par le galvano-cautère, par Ch. H. Knight (*Amer. laryng. Ass.*, Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 12 octobre 1889).

Traitement des hypertrophies amygdaliennnes, par J. O. Roe (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 26 octobre 1889).

Sarcome du corps thyroïde, par J. Solis Cohen (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Deux cas de tuberculose de la langue, par C. E. Bean (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).

Traitement local de la diphthérie, par J. C. Mulhall (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 1^{er} juin; *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Excision d'un kyste thyroïdien, par C. Mc Burney (*N. Y. surg. Soc.*, séance du 27 mars; in *N. Y. med. Rec.*, 22 juin 1889).

Arrêt du cœur dans la diphthérie, par G. Wheeler Jones (*Amer. med. Assoc.*, Newport, 26 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Tumeur lymphoïde ayant son origine dans le sinus pyriforme droit, par J. N. Mackenzie (*Amer. med. Assoc.*, Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Observations de gastrostomie, par F. J. Lutz (*Weekly med. Journ.*, 29 juin 1889).

La troisième amygdale, par J. A. White (*Amer. med. Assoc. Newport*, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Papillome de la base de la langue et de l'épiglotte, par L. A. Bull (*Journ. of ophtalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Pharyngite syphilitique, par F. F. Casseday (*Journ. of ophtalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Tumeur fongueuse douloureuse d'un caractère inconnu de la base de la langue, par Curtis (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Un nouveau cautère pour la pharyngite latérale, par Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Diphthérie, tuberculose généralisée et pneumonie, par W. P. Northrup (*N. Y. pathol. Soc.*, séance du 22 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 14 septembre 1889).

Contagion de la diphthérie, par P. G. Robinson (*Ass. of Amer. phys.*,

4^e réunion annuelle, tenue à Washington le 19 septembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 septembre 1889).

Prophylaxie personnelle dans la diphthérie, par A. Caillé (Amer. pediatric Soc., Washington, 20 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 12 octobre 1889).

Quelques observations personnelles sur l'hypertrophie aiguë et chronique du tissu adénoïde de la voûte du pharynx, et les moyens employés pour le traitement, par D. Bryson Delavan (*N. Y. med. Journ.*, 12 octobre 1889).

Transformation cancéreuse apparente d'un syphilome de la langue. Excision de la langue au moyen de la galvano-caustique, par G. F. Lydston (*N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Amygdalites chroniques, par Fletcher Ingals (Miss. Valley med. Ass., 9 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Gastrostomie dans un cas de rétrécissement non cancéreux de l'œsophage, par J. C. Clarck (*N. Y. med. Journ.*, 2 novembre 1889).

Hémorrhagie à la suite de l'amygdalectomie, par J. S. Butler (*N. Y. med. Journ.*, 2 novembre 1889).

Contribution à la physiologie du voile du palais, par O. Joachim (*Arch. of. otol.*, n^o 3 et 4, 1889).

Deux cas de tumeurs du pharynx, par W. Cheatham (*The Amer. pract. and News*, 7 décembre 1889).

Un nouvel inhalateur, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

L'emploi indistinct de la cocaïne, par H. Holbrook Curtis (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

L'état actuel du traitement de la diphthérie, par J. S. Knox (*Weekly med. Review*, 4 janvier 1890).

Traitement galvano-caustique de l'hypertrophie des amygdales chez l'enfant et chez l'adulte; observations, par J. B. Garrison (*Journ. of ophthalm. lar. and otol.*, janvier 1890).

Rétrécissement imperméable de l'œsophage; œsophagotomie interne après la gastrotomie; guérison, par F. Lange (*N. Y. surg. Soc.*, séance du 11 décembre 1889; in *N. Y. med. Journ.*, 1^{er} février 1890).

Méthode pour corriger les adhérences existant entre le voile du palais et le pharynx, par J. E. Nichols (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 23 février 1890).

Calomel dans la diphthérie, par J. J. Green (*Med. Standard*, janvier 1890).

Traité de la diphthérie, par A. Jacobi (Un vol. de 250 pages, W. Wood, éditeur, New-York, 1890).

Observations de bec-de-lièvre et de perforation du palais, par Goodwillie (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Etude sur les amygdalites, par W. S. Morris (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Abcès aigu de l'amygdale (esquinancie), par H. Clark (*N. Y. med. Journ.*, 26 avril 1890).

Prophylaxie de la diphthérie, par W. P. Northrup (*N. Y. med. Journ.*, 26 avril 1890).

Nouvel amygdalectome de Tiemann, par J. D. Parker (*N. Y. med. Journ.*, 3 mai 1890).

Thyroïdectomie, par C. A. Powers (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 14 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 10 mai 1890).

Veratrum viride contre les amygdalites par A. T. Hudson (*N. Y. med. Rec.*, 10 mai 1890).

Rumination chez l'homme, par M. Einhorn (*N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Observations de rhumatisme ayant envahi particulièrement les amygdales, par W. H. Thayer (N. Y. State med. Ass., 27 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 14 juin 1890).

Comment prévenir la diphtérie? par A. Caillé (Amer. pediatric Ass. N. Y., 3 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 21 juin 1890).

La diphtérie primitive est-elle une affection locale ou générale? par Selover (Med. Soc. of the State of New Jersey, 10 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 21 juin 1890).

NOUVELLES

Le 10^e congrès international de médecine s'est tenu à Berlin du 4 au 9 août. Nous avons le plus grand plaisir à constater le succès immense et sans précédent de ces grandes assises de la science. Qu'il nous suffise de dire que le nombre des médecins présents a presque atteint 6,000 !

Les deux sections de laryngologie et d'otologie ont réuni près de 400 membres. Les présentations ont été aussi nombreuses qu'importantes, et il n'est pas un point des deux spécialités qui n'ait été traité avec autorité par les savants les plus connus, et n'ait fait l'objet de discussions très approfondies. Dix séances ont été occupées par ces lectures, et ces séances ont été parfois très longues.

L'accueil des médecins de Berlin a été grandiose. Le gouvernement et la ville ont contribué de la façon la plus fastueuse à l'éclat de ces fêtes, et les relations créées par ce Congrès seront fécondes pour la science.

Nous ne devons pas oublier non plus l'accueil si aimable fait aux membres français du Congrès par l'ambassadeur de France, et nous ne pouvons nous empêcher de louer le tact et la distinction avec lesquels le professeur Bouchard, président de la délégation française, s'est acquitté de ses délicates fonctions.

Le Congrès de Berlin laissera certainement dans l'esprit des membres français qui y ont assisté une impression ineffaçable.

A. G.

La section d'otologie du Congrès de Berlin a élu comme président le professeur Lucae. Les présidents d'honneur étrangers étaient : MM. Gellé (France); Botey (Espagne); Delstanche (Belgique); Brunner et Rohrer (Suisse); Politzer, Gruber et Zaufal (Autriche-Hongrie); Guye (Hollande); Knapp, St John Roosa et S. Sexton (États-Unis); Pritchard et Prussak (Angleterre); Gradenigo (Italie); Rühmann (Russie).

Ont été nommés secrétaires : MM. Bronner (de Bradford), Horsley (d'Edimbourg), Krakauer (de Berlin), Laurent (de Hal), Schmiegelow (de Copenhague).

La *section de laryngologie et rhinologie* était présidée par le professeur B. Fraenkel. Les présidents d'honneur étrangers étaient : MM. Bosworth (Etats-Unis); Capart (Belgique), Schmiegelow (Danemark); Semon (Angleterre); Gouguenheim (France); Branthief (Hollande); Massei (Italie); Stærk (Autriche-Hongrie); Ruhlmann (Russie); Valentin (Suisse).

Ont été désignés comme secrétaires : MM. Luc (de Paris), Brébion (de Lyon), Laurent (de Hal), Koch (de Luxembourg), Freudenthal, Delavan, French et Thorner (Etats-Unis), Strazza (de Gênes), Nicolai (de Milan), Onody (Buda-Pesth).

La 63^e session annuelle des *médecins et naturalistes allemands* se tiendra à Brême du 15 au 20 septembre.

La *section d'otologie* sera présidée par le Dr Becker; Dr H. Dnesterwald, secrétaire. — Communication annoncée : De l'action de l'air de la mer et des bains de mer sur les affections de l'oreille moyenne, par le Dr Becker, de Brême.

Section de laryngologie et rhinologie. Président : Dr Schaeffer; secrétaire : Dr Winkler. — Ont annoncé des communications : Drs V. Lange, de Copenhague; Kafemann, de Königsberg; M. Schaeffer, de Brême. a) Traitement du larynx par la méthode de Heryng; b) 1,000 cas de végétations adénoïdes; c) de l'angine de Ludwig; d) des abcès de la cloison nasale, Dr Winkler, de Brême; des rapports du bégaiement avec les affections nasales.

Le 1^{er} *Congrès italien de pédiatrie* se tiendra à Rome au mois d'octobre prochain. Parmi les communications annoncées nous remarquons : Intubation du larynx, par F. Massei, de Naples, et Egidi, de Rome. Traitement de la diphthérie, par Concetti, de Rome. Prophylaxie des maladies de l'oreille chez l'enfant, par V. Cozzolino, de Naples.

Par suite d'une entente entre les otologistes de différentes nationalités, on a convenu de remettre au printemps de 1893 le

Congrès international d'otologie qui devait se tenir à Florence en septembre 1892. Cette décision a été prise afin de faire concorder la réunion des otologistes avec le congrès international de médecine qui se tiendra à Rome vers Pâques en 1893. Le Congrès d'otologie sera ouvert huit jours avant celui de Rome de manière que ses membres puissent assister au Congrès international.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un spécialiste bien connu, le Dr Jelenffy, de Buda-Pesth, qui a succombé à la fin du mois d'août, à Berlin, à la suite d'une maladie aiguë qu'il avait contractée au début du Congrès.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Ueber nasen Syphilis (De la syphilis nasale), par P. MICHELSON (Extrait de la *Sammlung klin. Vorträge de Volkmann*, n° 326, 1888).

Jahres Bericht ueber Dr P. Michelson's Ambulatorium fur Hals, nasen und Hautkranke (Rapport sur la consultation externe pour les maladies du cou, du nez et de la peau), du Dr Michelson, à Königsberg, du 1^{er} mai 1889 au 1^{er} mai 1890 (Impr. E. Erlatis, Königsberg, 1890).

Deux cas de paralysie motrice du laryux, par A. DAMIENO (Extrait de la *Gazzetta delle cliniche*, Naples, n° 8, 1890).

Des bruits subjectifs de l'oreille dans l'oreille interne, note de G. GRADENIGO (Turin, 1890).

Un cas d'extirpation du larynx suivi de quelques considérations à propos de cette opération, par J. CISNEROS Y SEVILLANO (Extrait de la *Rev. clin. de los Hospitales*, Madrid, 1890).

Compte rendu de la deuxième réunion des otologistes du nord de l'Allemagne, tenue à Berlin, le 7 avril 1890, par AD. BARTH (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1890).

Acute Mittelohrentzündung mit ungewöhnlichen cerebralen Erscheinungen (Otite moyenne aiguë compliquée de troubles cérébraux), par AD. BARTH (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1890).

Sur l'excitabilité électrique du nerf acoustique et sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et du système nerveux en général; note de G. GRADENIGO (Extrait du *Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, n° 4, 1890).

Further Remarks on the self-retaining palate hook; including its use in post nasal catheterism (Remarques sur le relèvement et son emploi pour le cathétérisme rétro-nasal, par E. CRESSWELL BABER (Extrait du *Brit. med. Journ.*, 28 juin 1890).

De la rhinite atrophique et de l'ozène, par E. DEUMIER (Un vol. de 140 pages, impr. H. Jouve, Paris, 1889).

Der Unterricht in der Universitäts-Polioclinik für Hals und Nasenkrankheiten zu Berlin (L'enseignement des maladies de la gorge et du nez à la polyclinique de l'Université de Berlin), par le profess. B. FRAENKEL (Tirage à part du *Klin. Jahrbuch II*, Berlin, 1890).

Le salol dans l'amygdalite et la pharyngite aiguës, par J. WRIGHT (Extrait de *The Amer. Journ. of the Med. sciences*, août 1890).

Une classification des affections intra-nasales et naso-pharyngiennes, par LENNOX-BROWNE (Extrait du *Journ. f. Laryng. and Rhinol.*, 1890).

Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals und Nasen Krankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatorium von O. Chiari (Renseignements sur le fonctionnement de la consultation externe des maladies de la gorge et du nez, du Dr O. CHIARI, à Vienne (Tœplitz et Deuticke, éditeurs, Leipzig et Vienne, 1887).

De l'obstruction nasale principalement par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par P. REDARD. (Extrait de la *Gaz. méd. de Paris*, 22 mars 1890).

Annual of the Universal medical sciences, publié par Ch.-E. Sajous (5 volumes, Davis, éditeur, Philadelphie, 1890).

I. Anstalten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens Preussens. — II. Deutsches Gesundheitswesen. Festschriften zum X internationalen medizinischen Kongress-Berlin, 1890, von Dr M. PISTOR (J. Springer, éditeur, Berlin, 1890).

Statistique numérique des malades soignés pendant l'espace de cinq ans à la section rhino-laryngologique de la polyambulance de Milan, par V. NICOLAI (Milan, 1890).

Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin (Comptes rendus de la Société de laryngologie de Berlin (G. Thieme, éditeur, Leipzig, 1890).

Klinisches Jahrbuch, publié par A. Guttstadt (Un volume de 754 pages, J. Springer, éditeur, Berlin, 1890).

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle (Anatomie de la cavité nasale, par B. FRAENKEL (1^{re} partie renfermant 6 planches, prix 9 marks ; Hirschwald, éditeur, Berlin, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DE L'OTORRHAGIE DANS LA CIRRHOSE
HYPERTROPHIQUE.

Par Robert **LEUDET**, professeur supplément à l'École de médecine de Rouen, médecin des hôpitaux.

Les accidents hémorrhagiques ne sont pas rares dans les maladies du foie.

Hippocrate, Galien les connaissaient bien; plus tard Bianchi et plus près de nous Monneret (Des hémorrhagies produites par les maladies du foie; *Archiv. gén. de méd.*, 5^e série, t. III, 1853, p. 641) les ont décrites.

Mais ces hémorrhagies s'observent avec une fréquence bien inégale chez les différents malades, et l'otorrhagie nous paraît devoir être classée parmi une des plus rares hémorrhagies chez ceux qui souffrent du foie. En effet, si l'on considère, par ordre de fréquence, les organes par lesquels peut s'effectuer l'écoulement du sang, on arrive à peu près à établir l'ordre suivant :

D'abord l'épistaxis, évidemment la plus fréquente de toutes les hémorrhagies d'origine hépatique. C'était aussi celle que les anciens connaissaient le mieux; est-il besoin de rappeler ici sa prédominance pour la narine droite, phénomène déjà indiqué par Galien et opposé par lui à l'épistaxis d'origine splénique qui affecte surtout la narine gauche.

Puis viennent, d'après Monneret (*loc. cit.*, p. 656) et dans un ordre qu'il ne nous paraît pas utile de modifier, la bouche, l'intestin, l'estomac, la peau; plus rarement viennent les

bronches, lesquelles, suivant M. Rendu (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, p. 133, art. Foie), ne seraient jamais le point de départ de l'hémorragie que lorsque le cirrhotique est en même temps un tuberculeux ; c'est dit, M. Rendu, un phénomène tout à fait exceptionnel qu'une hémoptysie dans une cirrhose non compliquée de lésions pulmonaires.

Enfin, en dernier lieu, viendraient les hémorragies ayant leur origine dans le rein et dans le tissu cellulaire du parenchyme pulmonaire.

Dans toute cette liste, nous n'avons pu trouver mentionnée l'hémorragie par les oreilles comme ayant été observée au cours de la cirrhose hypertrophique. Nos recherches à ce sujet, dans les auteurs ayant fait des maladies du foie une étude approfondie, de même que dans divers observations de cirrhose hypertrophiques éparses dans divers recueils, sont restées sans résultat. Nous-même, après avoir observé une série d'otorrhagies chez un malade porteur d'une cirrhose hypertrophique, n'avons pu trouver depuis un cas analogue, et c'est ce qui nous décide à donner, seule, l'observation suivante :

« Le nommé Girardin (Alexandre), âgé de 40 ans, employé successivement chez des épiciers et chez des marchands de vins, entre le 9 octobre 1886 à l'hôtel Tenon, salle Parrot n° 2, service de M. R. Moutard-Martin.

Cet homme, bien portant jusqu'à il y a 3 ans, a profité de son emploi pour absorber des liquides alcooliques, vin et rhum surtout, en grande quantité. Il n'est jamais sorti de France et n'a pas d'antécédents d'impaludisme. Il dit avoir eu autrefois mal à la bouche et entre les doigts de pied pendant 8 à 15 jours, mais on ne trouve pas d'autres indices pouvant permettre de soupçonner une syphilis ancienne.

Il y a trois ans, il s'est senti envahir par une faiblesse progressive ; puis son ventre a grossi très lentement. On a dû lui faire trois ponctions abdominales : la première il y a 8 mois (8 litres de liquide), puis il y a 4 mois (7 litres), enfin la dernière un mois après la précédente (5 litres).

Pendant les derniers mois, Girardin aurait à plusieurs reprises abondamment saigné par de petites « veines », suivant son ex-

pression, qui ont crevé au niveau des lèvres et au-dessus du sourcil gauche.

Il entre à l'hôpital ne souffrant que très peu; c'est surtout la faiblesse qui le gêne. Parfois un peu de fièvre le soir, avec léger frisson. Ictère intense, atteignant presque le vert. La face et le nez sont remarquables par le développement et les varicosités des vaisseaux de leur surface.

Symptômes d'alcoolisme très nets: tremblement très prononcé de la langue, des lèvres, des mains. Cauchemars (flammes, animaux). Pituites le matin.

Ventre assez développé; dans le péritoine, liquide dont on peut évaluer la quantité à 4 ou 5 litres.

Fois très gros, remontant jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous du mamelon, dépassant en bas d'environ trois travers de doigt le rebord costal; à sa surface on ne sent pas de bosselures.

Les jambes sont le siège d'un œdème assez considérable, mais qui l'aurait été encore plus jusqu'à la dernière ponction. Pas d'appétit. (Lait, purgatifs drastiques, p. ent qq.)

14 octobre. — Le soir, la température a pendant les quatre premiers jours été dans les environs de 38°,5. Moins de tension de la paroi abdominale. Ictère toujours très marqué; urines peu colorées; selles de couleur presque normale. Dans le tiers inférieur du thorax, de chaque côté, suppression des vibrations, matité, égophonie, légère oppression. Un peu de toux.

15 octobre. — Liquide aux deux bases, constaté par une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz; vibrations encore un peu perçues au tiers inférieur gauche.

20 octobre. — Respiration plus gênée, quoique la proportion de liquide ne semble pas augmentée. *Cette nuit il s'est fait par l'oreille gauche* une hémorrhagie assez abondante.

22 octobre. — L'état général est devenu très grave, malgré le lait et les diurétiques; il n'a pas été rendu plus de 250 grammes d'urine dans les dernières 24 heures.

23 octobre. — *Nouvelle otorrhagie* plus abondante que la première et toujours par l'oreille gauche; le malade n'a jamais remarqué aucune hémorrhagie par les oreilles jusqu'à maintenant; environ 750 grammes d'urine.

25 octobre. — Saigne maintenant tous les jours par l'oreille, mais en quantité moindre que les premières fois.

27 octobre. — Urines toujours peu abondantes (350 gr.); léger usage d'albumine. Un peu de délire la nuit dernière.

28 octobre. — Girardin se fait emporter, ne voulant pas mourir à l'hôpital ; son état est très mauvais ; absence complète de forces. Délire toute la nuit. Pas de sommeil, malgré une potion au chloral. N'a pas uriné depuis 24 heures au moment de la sortie. L'ictère est plus intense que jamais, le foie toujours aussi gros ; œdème notable des membres inférieurs ; accroissement rapide de l'ascite ces jours derniers.

Il s'agit bien ici, les symptômes généraux comme les symptômes locaux le prouvent suffisamment, malgré l'absence d'autopsie, d'une cirrhose hypertrophique.

Nous avons noté dans l'observation les varicosités très prononcées qui couvraient la face du malade ; il est permis de croire que ces hémorragies qui ont eu lieu aux lèvres étaient dues à la rupture d'un de ces vaisseaux dont il était facile de constater à l'œil nu l'altération très prononcée. La richesse de vascularisation des lèvres est bien connue ; il en est de même de la membrane du tympan, si susceptible par cela même de s'enflammer, au niveau de laquelle les anatomistes ont par des injections démontré la présence d'un plexus veineux à mailles serrées.

II

FRACTURE LARYNGO-TRACHÉALE. — FUSION DE CORDES VOCALES. — GLOTTE SUPPLÉMENTAIRE.

Par Dr C.-M. DESVERNINE-GALDOS, de la Havane (1).

Les fractures du larynx sont des accidents relativement rares, mais suivis toujours de conséquences d'une extrême gravité.

Cet organe, malgré sa situation superficielle, entouré de

(1) Travail publié en espagnol dans la *Revista de Ciencias médicas* et rédigé en français par l'auteur, exprès pour les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, de Paris.

parties molles, jouit d'une immunité relative vis-à-vis des violences mécaniques extérieures, en raison de l'élasticité de ses cartillages, du déplacement bilatéral dont il est susceptible et de sa position dans un plan postérieur à celui de la surface antérieure de la face et du thorax. Ces trois conditions exigent, pour qu'il y ait fracture, que l'organe se trouve comprimé directement entre le corps contendant et le plan antérieur de la colonne vertébrale, ou bien que les forces agissantes soient bilatérales et antagonistes.

Lorsque, pendant la seconde moitié de la vie, les cartillages se calcifient, la possibilité que les accidents se produisent est singulièrement augmentée.

Les travaux les plus complets sur cette matière sont ceux de Cavasse (1) et d'Hénocque (2). Ce dernier auteur a relevé 52 observations, et il résulte de cette étude que le cartilage le plus fréquemment fracturé est le thyroïde (23 fois); puis viennent le cricoïde (7 fois), le cricoïde et le thyroïde simultanément (7 fois) et, enfin, les fractures multiples de l'hyoïde, des cartillages laryngiens et de la trachée.

Dans cette série il y eut 19 cas suivis de mort, y compris tous ceux où le cricoïde se trouvait impliqué, sans doute à cause des relations anatomiques et physiologiques intimes de ce cartilage avec la glotte (3).

La cause qui le plus fréquemment a entraîné la mort a été l'asphyxie, lorsque la trachéotomie n'a pas pu être pratiquée en temps utile, ou bien l'invasion d'un emphysème progressif, comme dans le cas de Atlee où le malade mourut subitement, à la suite d'un emphysème généralisé.

Dans le cas d'Atherton (4), l'invasion descendante de l'emphysème fut arrêtée par la ceinture du pantalon.

Il n'y a qu'un cas, à ma connaissance, de mort subite après l'opération de l'ouverture de la trachée; je veux parler de celui de Howard Fussell (5), où la trachéotomie avait été pratiquée immédiatement après l'accident; la cyanose

(1) Essai sur les fractures des cart. du larynx, *Thèse*, Paris, 1859.

(2) *Gaz. hebdomadaire*, 1868, n° 39 et 40.

(3) *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1888.

(4) Voir mes travaux sur ce sujet.

(5) *Med. News*. March 17, 1888.

apparut; il survint une congestion pulmonaire générale, et la respiration cessa brusquement trois heures et quart après l'accident (un coup avec une balle). D'après le compte rendu du *Journal of Laryngology and Rhinology*, n° 8, 1888, ce cas clôture une série de 70 observations, dont 54 furent mortelles.

L'observation suivante, de la même catégorie, fait ressortir des particularités qui la rendent digne d'être relatée dans tous ses détails.

La partie qui a trait à l'accident et à ses effets immédiats a été extraite des *Annales de l'Académie de médecine de la Havane*, où le cas fut présenté par M. le Dr Montané dans la séance du 15 mai 1888.

On y lit :

« José Fernandez, né à Lugo et âgé de 15 ans, commis dans un magasin de lampes de la rue del Obioso, s'amusaît à se balancer sur un trapèze installé dans l'arrière-boutique; il perd l'équilibre et tombe sur un fourneau, dont l'angle est heurté directement et successivement par le menton et le larynx. Le malade se releva absolument aphone et expectora immédiatement quelques crachats sanguinolents: ce ne fut que vers la fin du mois qu'il éprouva quelque difficulté à respirer. Cette difficulté, qui d'abord ne se manifestait que pendant la nuit, ne tarda pas à être constante, au point de l'empêcher de marcher. C'est en ces circonstances que le Dr Lebrado, médecin de la maison, nous fit l'honneur de nous appeler en consultation, moi et les docteurs Diaz Albertini, Bustamante, Arango, Rayneri et Campuzano.

« Le malade présentait alors un bruit de cornage très marqué; les yeux grandement ouverts, la dilatation des narines, la dépression considérable à chaque expiration de la région suprasternale imprimaient à la physionomie une expression d'angoisse. Au premier coup d'œil, on remarquait la déformation du larynx, qui semblait aplati et dévié à gauche. Le malade se plaignait de douleurs du côté droit quand on exerçait une pression sur le cartilage thyroïde, et ce n'était que difficilement qu'on saisissait la trachée enfouie dans les profondeurs du cou.

« Le malade n'avait ni emphysème ni dysphagie.

Comme il était indispensable de connaître l'état de la glotte, le Dr Campuzano, spécialiste distingué, pratiqua immédiatement

l'examen laryngoscopique qui confirma les résultats déjà indiqués par le D^r Lebrede.

« Citons textuellement: « L'épiglotte, les replis aryéno-épiglotiques et toute la partie supérieure du larynx se trouvaient dans un état essentiellement hyperémique et avec infiltration plus notable dans la paroi droite de la muqueuse laryngienne. Les cordes vocales étaient également infiltrées, ainsi que la région aryénoïdienne. »

« Le D^r Lebrede avait déjà épuisé tous les moyens médicaux, et l'intervention chirurgicale était non seulement nécessaire mais urgente. La trachéotomie fut approuvée à l'unanimité, quoique le D^r Albertini crût devoir faire les plus grandes réserves quant au résultat définitif de l'opération. Désigné pour la pratiquer, elle s'effectua sans difficulté et sans hémorrhagie.

• A peine eûmes-nous incisé l'aponévrose profonde que déjà l'air sortait par la plaie, signe certain d'une fracture dans le voisinage. En arrivant à la trachée nous avons pu faire constater son aplatissement, la diminution de son calibre et la fracture latérale des trois ou quatre premiers anneaux supérieurs. Au moment où la canule fut introduite, il se produisit un emphysème subit du cou et de la face qui changea en un instant la physionomie du malade. Pendant la journée, la canule, étant trop courte, sortit plusieurs fois, et l'emphysème gagna les bras et le tronc. Le jour suivant, on dut placer une canule spéciale; l'emphysème disparut graduellement, et le huitième jour il n'en restait pas trace. »

Je vis ce malade pour la première fois à la fin de l'année 1887, et voici qu'elle était sa situation :

Etat général médiocre : il avait beaucoup perdu de son poids en quelques mois. Il y avait de la fièvre et une toux persistante avec expectoration muco-purulente remplie de bacilles de Koch. Aux sommets les signes physiques de désorganisation pulmonaire.

Il y avait trois ou quatre ans que le malade avait supprimé la canule trachéale, croyant qu'elle était inutile, et il respirait par un conduit infundibuliforme de 5 millimètres à peine de diamètre extérieur, et dont la perméabilité était assurée par un revêtement de tissu fibreux des plus denses. Extérieurement aucune déformation ne révélait l'accident qui avait eu lieu.

La voix dysphonique était parfaitement intelligible; mais ce

qui la caractérisait c'était sa basse tonalité et un timbre uniforme, monotone, qui ne variait que dans des limites extrêmement restreintes.

La conversation étant très fatigante, l'examen laryngoscopique offrait un intérêt tout particulier.

Toute la région périlaryngienne et laryngienne était normale, à l'exception des cordes vocales, *complètement soudées, formant un plan uniforme, d'une couleur rouge comme le reste de la muqueuse, et il n'y avait, représentant la véritable glotte, qu'un petit orifice à l'insertion thyroïdienne des cordes vocales.*

En arrière, les cartilages aryténoïdes se trouvaient en rotation adductrice. Bref, l'espace glottique avait disparu.

Le bord libre des bandes ventriculaires formait une ellipse au travers de laquelle on observait parfaitement l'état des cordes précédemment décrit.

Pendant la phonation, le malade obstruait l'orifice trachéal et les bandes ventriculaires se rapprochaient par un mouvement d'élévation, de sorte qu'elle formaient, une fois en opposition sur la ligne médiane, un plan convexe très accentué, surtout dans le sens antéro-postérieur, et la pseudo-glotte, que formaient leurs bords, semblait être rapprochée de l'orifice laryngien supérieur. Mais le caractère le plus singulier du phénomène était l'extrême lenteur avec laquelle se faisait constamment le mouvement d'opposition.

L'observation prolongée du phénomène faisait naître l'idée que la petite quantité d'air qui pouvait passer par l'orifice glottique était insuffisante pour déterminer isolément le mouvement indiqué, et qu'il dépendait aussi, dans une certaine mesure, d'une contraction musculaire active. Je dois dire, cependant, que si l'on enlevait l'obstruction de l'orifice trachéal pendant un acte phonétique le phénomène disparaissait de la manière la plus absolue.

L'examen laryngoscopique infra-glottique me révéla une réduction considérable de la capacité de l'espace sous-glottique par épaissement des paroi latérales. Dès que je fus éclairé sur l'absence de toute autre altération de l'organe, je proposai au malade de tenter la restauration au moyen d'une intervention chirurgicale par les voies naturelles.

Tous mes efforts ne purent le convaincre de l'utilité de ce traitement, et je perdis le malade de vue jusqu'en 1888, époque à laquelle je sus par mon ami, le Dr Emilio Martinez, qu'il était

entré, tuberculeux au dernier degré, à l'hôpital « Reina Mercedes », où il est mort.

Le D^r Martinez, auquel j'avais fréquemment parlé de l'intérêt que présentait ce cas unique, eut l'obligeance d'extraire le larynx et d'en faire des coupes, afin de pouvoir l'étudier.

En voici le résultat :

Après avoir disséqué les parties périlaryngiennes molles, on observa une cicatrice linéaire, inclinée légèrement vers le bas, à 6 millimètres de la ligne médiane dans la région thyroïdienne, et à 3 millimètres dans la région trachéale, comprenant la totalité du thyroïde et du cricoïde et des quatre premiers segments de la trachée.

La dissection ultérieure démontra que la solution de continuité avait été complète pour chacun des cartilages mentionnés.

Ce premier examen suffit pour se rendre compte d'une manière satisfaisante de la cause qui avait déterminé l'expulsion répétée de la première canule trachéale employée. En effet, l'incision médiane de la trachéotomie, parallèle à la ligne latérale de la fracture, mit partiellement en liberté une bande de tissu trachéal élastique de 3 millimètres de largeur qui, à la manière d'un ressort, chassait la canule au dehors, tant qu'elle ne fut pas remplacée par une autre plus longue.

Dans la région sus-glottique, on remarquait que les bandes ventriculaires s'étaient notablement développées, au point d'avoir

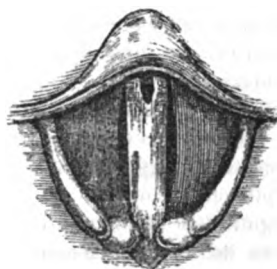


Fig. 1.

atteint une épaisseur double de celle habituelle. Le reste de la région n'était le siège d'aucune déformation.

La région glottique, représentée dans le schéma ci-contre,

avait disparu dans sa plus grande partie dans des conditions identiques à celles révélées par le miroir laryngoscopique.

L'orifice glottique avait été presque totalement obstrué, ne laissant de perméable que la partie antérieure extrême, adjacente au thyroïde, sous la forme d'un petit conduit ovale de 2 millimètres de long et de 1 millimètre $\frac{3}{4}$ de large. Le reste de l'espace glottique était occupé par les cordes vocales solidement soudées par leur bord libre, et le plan transversal qu'elles formaient ainsi était à un certain point élastique mais ferme.

La muqueuse que recouvrait cette région semblait être quelque peu épaissie; elle était d'une couleur rosée presque identique à celle du reste de l'organe.

Les cartilages aryténoïdes étaient en adduction absolue, obliquant par ce fait la glotte inter-cartilagineuse et la région inter-aryténoïdienne. Les adhérences superficielles qui existaient dans ces dernières régions faisaient comprendre qu'il s'agissait, conjointement à la position des aryténoïdes, d'effets secondaires mécaniques et dépendant de la soudure intime de la partie ligamenteuse des cordes vocales dans toute leur extension et en position phonétique.

Les articulations crico-aryténoïdiennes avaient souffert en raison d'une si longue période d'immobilité, et étaient solidement ankylosées.

On remarquait dans l'appareil musculaire que les muscles dilatateurs et adducteurs, de même que ceux qui président à la tension transversale et longitudinale des cordes, étaient en régression atrophique bien évidente, sans toutefois présenter les caractères des atrophies névrogénétiques, mais plutôt ceux qui caractérisent les troubles de nutrition musculaire dépendant d'une inaction prolongée.

Comme contraste à cet état des choses, on constatait que les fibres musculaires disséminées dans les rubans ventriculaires et dans les replis aryténo-épiglottiques étaient le siège d'une hypernutrition des plus accentuées.

La région sous-glottique était diminuée dans son diamètre transversal, à cause de l'épaississement de ses parois latérales.

La section transversale des cordes vocales, pratiquée par le docteur E. Martinez, planche ci-jointe, démontra à l'examen microscopique qu'il y avait eu là un travail inflammatoire des plus intenses aboutissant à la fusion et organisation avancée des éléments néo-formés.

On remarquait spécialement au niveau de toute la ligne d'union des cordes un stroma dense, de tissu parfaitement net,

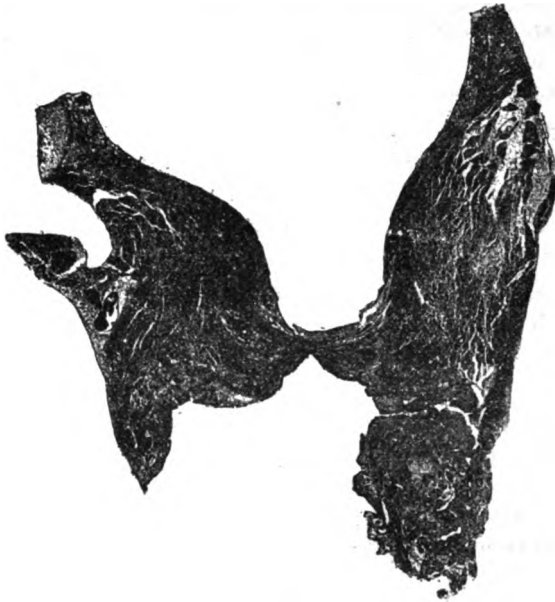


Fig. 3.

dont les fascicules passaient, sans solution de continuité, d'un côté à l'autre.

Ces résultats anatomo-pathologiques sont évidents jusqu'au bord supérieur du cartilage cricoïde, et la localisation des phénomènes morbides primitifs est d'une précision tellement extraordinaire dans l'appareil *crico-vocal* qu'on peut définir le processus intra-laryngien avec la plus rigoureuse exactitude en le qualifiant de laryngite traumatique-glottique et hypoglottique.

Ce fait constitue une démonstration éloquentة dans l'ordre pathologique et d'origine expérimentale, pour ainsi dire, de la solidarité embryologique, anatomique et physiologique que nous avons assignée à ce segment conique qui, ayant pour base le cartilage cricoïde, se termine sur le bord libre des cordes et leurs insertions thyro-aryténoidiennes, et que nous avons désigné comme *appareil crico-vocal*.

Dans la plupart des cas de fracture du larynx, surtout quand le cricoïde a été compromis, la nécessité de pratiquer la trachéotomie afin de conjurer l'asphyxie a été immédiate. Dans le cas précité, il n'en a pas été ainsi. Ce ne fut que quelques jours après l'accident que l'intervention chirurgicale devint indispensable, et, en effet, il résulta de l'examen *post mortem* qu'il n'y avait pas eu, quant au squelette laryngien, de déformation oblitérante, grâce à la grande élasticité des cartilages à l'époque du traumatisme, et aussi parce que la fracture avait été unique pour chacun d'eux.

Il est hors de doute que la dyspnée débuta au moment où le processus inflammatoire dont nous avons parlé commençait à fermer l'orifice supérieur glottique du cône hypoglottique.

Telles sont les principales considérations anatomo-pathologique qui découlent de cette observation; mais il en existe d'autres d'ordre physiologique qui ne sont pas moins dignes d'être étudiées, et, en premier lieu, nous devons nous demander comment ce sujet réussissait à émettre de la voix.

Quoiqu'elle fut monotone, d'une uniformité permanente et d'une tonalité basse, elle n'en était pas moins *parfaitement timbrée et clairement intelligible*, même à la distance maxima où la voix parlée est perceptible dans les conditions normales. La voix chantée et le cri étaient impossibles. Le rire était d'un timbre excessivement sourd.

La question très controversée de l'existence d'une glotte supplémentaire, dans le cas d'altérations radicales des cordes vocales, faisait dire à M. le professeur Gouguenheim, de Paris, dans un travail lu à ce sujet à la Société française de laryngologie en avril 1887, que les observations sur cette matière n'avaient pas été suffisamment prolongées et manquaient d'un critérium anatomo-pathologique indiscutable; et il concluait, après avoir exposé une observation propre et avoir analysé les cas de Cadior et de Garel, par la proposition suivante : « Il me semble légitime de conclure de ces trois faits qu'il n'est pas prouvé que la glotte puisse être véritablement suppléée, après sa destruction, par une nouvelle glotte, attendu que la destruction complète des cordes vocales infé-

rieures n'a été prouvée dans aucun de ces cas; mais il est possible que les vibrations des parties voisines puissent, à l'état pathologique comme à l'état physiologique, contribuer à renforcer les sons émis péniblement par une glotte altérée (1). »

Si dans notre observation il n'existait pas de suppression des cordes vocales dans le sens de destruction matérielle, il n'en est pas moins évident qu'au point de vue fonctionnel elles avaient disparu complètement; or il n'est pas admissible que leur tout petit segment, resté libre d'adhérences circonscrivant un orifice menu à bords rigides, pût émettre un son de basse tonalité.

D'autre part, l'examen laryngoscopique, pendant la phonation, exhibait les bandes ventriculaires se rapprochant entre elles, laissant une fissure au centre de leur longueur, animées de mouvements d'oscillation; phénomènes qui étaient *essentiellement phonateurs*, puisqu'ils disparaissaient totalement si, pendant la phonation, on supprimait l'occlusion de l'orifice trachéal.

En présence de ces faits, observés nombre de fois, toujours pendant la phonation et jamais en d'autres conditions, en tenant compte aussi de la longue période de dix-sept années, pendant laquelle ils furent constants et uniformes, et enfin en présence des résultats de l'autopsie, qui démontre, entre autres choses, l'hypertrophie des bandes ventriculaires, je crois pouvoir justement affirmer que ce cas offre le critérium anatomique voulu et démontre que, tout au moins, les bandes ventriculaires peuvent remplacer définitivement la vraie glotte en ce qui a trait à la voix parlée, timbrée.

(1) Glottes supplémentaires. *Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, etc. Paris, 1887, n° 5.

III

SUR LES TUMEURS DE LA TRACHÉE.

Par le docteur **PAUL KOCH**, de Luxembourg.

(Congrès international de Berlin, août 1890.)

Les tumeurs trachéales nous intéressent d'autant plus qu'elles sont relativement rares. Pendant que le larynx, par son rôle actif, si varié, par sa situation anatomique plus exposée, par ses excès fonctionnels souvent inévitables, est sujet aux fatigues physiologiques aussi bien qu'aux lésions accidentelles, le rôle presque exclusivement passif de la trachée met cette dernière à l'abri de ces irritations qui sont regardées à juste titre comme causant les tumeurs des premières voies aériennes.

Dans les derniers temps, j'ai observé deux exemples de tumeurs trachéales qui, par leurs symptômes alarmants et leur issue fatale, me semblent contribuer à compléter et le tableau symptomatique de ces affections et la littérature assez pauvre en cas de ce genre.

Le premier cas concerne un homme très robuste, âgé de 48 ans, capitaine dans l'armée française, « renommé par sa belle voix de baryton, dont il abusait. » Au moment du premier examen laryngoscopique, sa belle voix était intacte, le timbre et l'étendue n'avaient pas changé, l'intensité seule avait diminué. La dyspnée des premières voies aériennes a commencé peu à peu, elle a beaucoup augmenté après une attaque d'influenza l'hiver dernier ; à l'état de repos on entend à peine du cornage, tandis qu'aux mouvements tant soit peu étendus, le cornage s'accroît d'une façon inquiétante ; de vrais accès de suffocation n'ont pas encore eu lieu. Le malade ne se doute nullement du danger qui le menace ; sa seule inquiétude est de ne plus pouvoir chanter en société. L'examen laryngologique était très difficile, il m'a fallu six séances avant d'établir le diagnostic. J'ai dû employer la méthode dont Gerhardt s'est servi dans un cas de cancer tra-

chéal et que G. Killian a recommandée à la 62^e assemblée des médecins et naturalistes allemands à Heidelberg ; cette méthode consiste à fléchir la tête du malade en avant, à projeter la lumière sur le voile du palais et à introduire un laryngoscope aussi grand que possible. Le larynx intact fonctionnait normalement, la trachée était remplie par une tumeur rouge à surface lisse, immobile, sessile ; il était difficile de comprendre comment le malade pouvait vivre avec cet obstacle à la respiration. La palpation extérieure de la trachée donnait un résultat négatif. On ne pouvait songer à opérer par les voies naturelles. Quand je conseillai au malade la trachéotomie prophylactique pour obvier à toute éventualité, il ne croyait nullement au danger imminent, et il ne voulait pas se soumettre à une opération qui le priverait du plaisir de faire entendre sa belle voix de baryton. Quelques jours plus tard, quand les accès de suffocation menaçaient la vie, la trachéotomie fut pratiquée d'urgence la nuit ; le chirurgien ne suivant pas mon conseil, qui consistait à pratiquer la trachéotomie profonde, fit la cricotrachéotomie simple et introduisit la canule ordinaire ; mais la respiration ne s'améliora pas, des flots de sang noir sortirent par la canule, le malade allait succomber ; on introduisit à la hâte une canule plus longue qui ne changeait rien à la situation critique. Ce ne fut qu'après avoir introduit une canule longue et flexible de Kœnig atteignant la fourchette trachéale que le sang s'arrêta et que la respiration se rétablit plus ou moins. Le malade alla assez bien jusqu'au quatrième jour où l'on changea la canule ; pendant cette manœuvre pratiquée avec les précautions ordinaires, un flot de sang noir jaillit par l'ouverture trachéale ; on remet de suite la canule de Kœnig en place, mais le malade succomba immédiatement après. En incisant le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, le chirurgien avait enfoncé la lame tranchante dans la tumeur excessivement vasculaire ; non seulement une hémorrhagie formidable s'ensuivait, mais les canules ordinaires ne franchirent pas même l'obstacle à la respiration ; seule la canule de Kœnig, assez pratique dans ces cas imprévus, pénétra au delà de la tumeur et arrêta plus ou moins l'hémorrhagie par compression : on avait affaire à un angiosarcome cellulaire, mou, brun, avec cellules « prédominantes et rempli de vaisseaux sanguins d'un gros calibre ».

Cet exemple est la copie de l'histoire des deux malades, décrite par Schrœtter ; un troisième cas est raconté en 1881

par Mayer Henrich et Kauffmann dans le *Correspondenz-Blatt für schweizer aerzte*, n° 9. Le cas dont je viens de donner le court récit est donc le quatrième de ce genre.

Le second de mes malades était un avocat, âgé de 38 ans; en entrant dans mon cabinet, il avait un cornage très prononcé aux deux temps de la respiration; l'étouffement était imminent; la palpation laryngienne et trachéale fournit un résultat négatif. L'examen laryngoscopique très pénible permit enfin de constater que le larynx était normal et que la trachée était remplie par une tumeur volumineuse impossible à préciser à cause de la dyspnée trop grande; il était difficile de comprendre comment le malade pouvait vivre et, malgré cela, il refusait catégoriquement de se faire trachéotomiser; il étouffe subitement trois jours plus tard; la nature de la tumeur ne fut pas déterminée.

En consultant les statistiques, nous trouvons que les carcinomes primitifs de la trachée sont très rares. Deux cas authentiques ont été décrits par Langhaus dans les archives de Virchow et par Gerhardt. Les sarcomes sont relativement plus fréquents; le premier de mes malades en a fourni un exemple. Les excroissances polypeuses bénignes se rencontrent le plus souvent.

Les deux tumeurs que je viens d'observer étaient sessiles, ce qui coïncide avec la règle générale; ce caractère presque constant ainsi que le calibre si largement calculé de la trachée nous conduisent au principe suivant: « Si une tumeur trachéale produit de la dyspnée, cette tumeur est nécessairement d'un grand volume et de nature à faire étouffer le malade d'un moment à l'autre. Le laryngoscope ne nous donne qu'une image défectueuse de la grandeur de la tumeur, vu le raccourcissement inévitable du diamètre vertical, tandis que l'intensité de la dyspnée nous fournit une mesure beaucoup plus exacte.

L'anamnèse ainsi que le miroir laryngien rendent facile le diagnostic différentiel entre les rétrécissements d'origine syphilitique et les vraies tumeurs trachéales; en cas de syphilis, la douleur, l'expectoration des mucosités et de matières sanguinolentes précèdent de loin la dyspnée; dans les polypes, au contraire, ces symptômes n'existent pas du tout, et en cas

de tumeurs malignes, ils ne suivent que plus tard la dyspnée, laquelle forme toujours le premier symptôme de la maladie.

Le diagnostic différentiel entre les tumeurs trachéales et les granulations, après la sortie de la canule, est chose facile. La sensibilité à la pression et l'auscultation de la trachée peuvent venir en aide dans les cas douteux ; en cas de trachéosténose, le larynx reste plus ou moins immobile aux temps de la respiration, tandis qu'il fait des excursions exagérées si l'obstacle réside au larynx. La voix est intacte, elle diminue seulement en étendue, notamment dans la série des sons élevés, pour la production desquels le malade ne peut plus employer la force respiratoire suffisante.

Dès que la dyspnée prend un caractère tant soit peu intense, il faut renoncer aux tentatives d'extirpation par les voies naturelles ; on fait bien de conjurer d'abord la mort par suffocation au moyen de la trachéotomie et d'opérer seulement plus tard quand l'existence du malade n'est plus en jeu. Si l'on ne crée pas la voie respiratoire artificielle, le moindre déplacement de la tumeur, le moindre catarrhe avec gonflement de la muqueuse, une broncho-pneumonie intercurrente dont les sécrétions ne peuvent plus être expectorées provoqueront la mort par suffocation ; ce dernier accident est arrivé au malade de Schrötter ; le second de mes malades a succombé de la même façon.

Pour être sûr que le bistouri n'entame pas la tumeur et que la canule franchisse l'obstacle à la respiration, il faut pratiquer la trachéotomie profonde, malgré les difficultés qu'elle présente. C'est le seul moyen pour éviter l'étouffement et les hémorrhagies foudroyantes pendant l'opération ; accidents auxquels mon premier malade a succombé. Si, malgré cette précaution opératoire, la canule simple ne dépasse pas le niveau de la tumeur, il faut introduire de suite une longue canule flexible de Kœnig. Si, par malheur, il survient une hémorrhagie de la tumeur cutanée, il faut employer de suite une canule à tampon que l'on laisse à demeure ; la canule de Trendelenbourg n'est pas suffisante dans ce cas ; il faut employer des canules entourées de matières gonflantes

qui compriment toute la surface interne de la trachée, telles que Hahn et Michaël les ont construites.

Nous voyons donc que les tumeurs trachéales diffèrent de celles du larynx par leur fréquence heureusement beaucoup moindre, par le diagnostic plus difficile, par le pronostic plus grave, par leur traitement beaucoup plus difficile, malgré la trachéotomie prophylactique pratiquée à temps.

Après ces quelques considérations, nous parvenons aux conclusions suivantes, conclusions que j'ai l'honneur de soumettre à la discussion :

1° Les tumeurs de la trachée prennent nécessairement un grand développement avant que les malades ne s'en aperçoivent et avant que les médecins ne soient appelés à les soigner ;

2° Le cornage trachéal montre le plus grand volume de la tumeur qui menace la vie et impose la nécessité de la trachéotomie ;

3° L'extirpation par les voies naturelles ne doit être tentée que dans les cas rares où la dyspnée n'est pas bien prononcée ;

4° Dans tous les cas sans exception, il faut pratiquer la trachéotomie profonde, et avoir sous la main de longues canules, la canule à quatre branches de Demarquay, les canules de Kœnig et les canules à tampon.

IV

COMPLICATION EXTRAORDINAIRE DE LA TRACHÉOTOMIE CHEZ LES VIEILLARDS.

Par le docteur **MICHAEL**, de Hambourg, lu au Congrès de Berlin 1890,
traduit de l'allemand par le Dr P. Koch.

Les cas de mort subite pendant et après la trachéotomie sont plus fréquents qu'on ne l'admet en général ; ces acci-

dents concernent non seulement les enfants en cas de diphthérie (3 0/0 d'après Müller), mais encore les grandes personnes chez lesquelles on opère pour des tumeurs des premières voies aériennes et chez lesquelles les cas de mort subite sont tout aussi fréquents (Schwarz); les accidents pendant l'opération et même l'autopsie n'expliquent pas toujours suffisamment la mort. Pour ce motif, je communique l'histoire d'un malade qui succomba immédiatement après l'opération, ainsi que l'opération d'un second malade qui montra les mêmes symptômes inquiétants, mais chez lequel j'ai pu trouver à temps le moyen de le sauver.

Premier cas. Le bourgmestre S... subit le 25 juillet 1885 la trachéotomie à cause d'un cancer laryngien, sans se trouver soulagé après l'opération; quelques minutes plus tard il eut un accès de suffocation très prononcé; la cyanose ainsi que les symptômes d'une crampe du diaphragme se montraient. Mort dans un quart d'heure de temps. L'autopsie n'expliqua pas la cause de la mort.

Deuxième cas. Un artiste, âgé de 72 ans, subit la trachéotomie prophylactique dans le but d'extirper un carcinome de l'épiglotte. La trachéotomie se pratiqua facilement dans la narcose, mais quand le malade s'éveilla il se plaignit de dyspnée; il survint de la cyanose, et le thorax resta immobile dans la position qui correspond à l'expiration forcée; nous avions toutefois l'image clinique du premier malade. Cet état était d'autant plus surprenant que le malade respirait normalement avant l'opération. On retira la canule, et le malade se trouvait bien; après chaque introduction de canule, le même état inquiétant se reproduit. C'est ainsi que le jour de l'opération on devait laisser le malade sans canule, et il se trouvait très bien. Le lendemain, l'introduction de la canule produisit les mêmes accès d'une façon effrayante. Je m'explique ces symptômes de la façon suivante: par l'écartement forcé des bords de la plaie trachéale, les cartilages, très ossifiés, furent très irrités; la muqueuse de la trachée avec ses ramifications nerveuses subit la même irritation pour produire, par voie réflexe, la crampe du diaphragme. La preuve de cette explication se fit quand, plus tard, la canule put être

introduite sans irritation des bords de plaie ; car en faisant une résection des cartilages trachéaux, la plaie devint plus large, et la canule entra sans frottement. L'extirpation de l'épiglotte fut pratiquée plus tard, mais le malade succomba à une récidive. Ces accidents graves étant survenu deux fois dans ma pratique assez restreinte, je suis forcé d'admettre qu'ils ne sont pas très rares ; la laryngosténose très prononcée qui commande la trachéatomie cache un peu les phénomènes qui se produisent en pareil cas, et l'on ne pense pas à un phénomène réflexe. Les cas analogues décrits dans la littérature par Mars sont si brièvement conçus qu'il est impossible d'en déchiffrer le cours. Cependant il est à désirer qu'à l'avenir on étudie plus profondément ces accidents fâcheux et qu'on les publie en détail ; ce n'est que de cette façon que l'on pourra trouver les mesures nécessaires pour les empêcher. Contre les symptômes que je viens de décrire je ne puis que recommander la résection de la trachée.

V

MÉLANOSARCOMES DU NEZ.

Par le docteur **MICHAEL**, de Hambourg, lu au Congrès de Berlin 1890, traduit de l'allemand, par P. Koch.

1^{er} cas. Une malade, âgée de 50 ans, a le nez bouché depuis un an du côté gauche ; avec les pinces et l'anse galvanique on extirpa un grand nombre de morceaux d'une masse grise noirâtre ; ces masses siégeaient au cornet moyen et inférieur ; la base d'implantation fut nettoyée avec la curette et le galvano-cautère ; 18 mois plus tard il n'y avait pas encore de récidive ; l'examen microscopique fait par E. Franckel révéla un mélanosarcome à cellules grandes et rondes.

2^e cas. Une femme, âgée de 68 ans, souffrait depuis dix ans

d'une obstruction de la fosse nasale gauche; on lui enleva une tumeur ressemblant tout à fait à un polype ordinaire, et quelques jours plus tard une tumeur noire de la grandeur d'une noisette; des morceaux de cornet furent enlevés en même temps. Guérison. La tumeur, très grande, de couleur d'encre se décolora dans l'esprit de vin et devint brun foncé; l'examen microscopique (*docteur Iwan Michaël*) ne révéla pas de mélanosarcome comme l'on s'y attendait, mais bien un polype glandulaire coloré en noir par de la matière colorante. Dans la littérature nous trouvons deux cas de mélanosarcome (Lincoln, New-York, *N. Y. med. Journal*, october 10, 85, et Paul Heymann, Berlin, *Tageblatt der Naturforscherversammlung in Wiesbaden*, 88); ces cas ont guéri aussi; je n'ai pu trouver dans la littérature un second cas de polype glandulaire noir.

VI

UN CAS DE POLYPE NASAL CONTENANT DE L'AIR

Par le docteur **MICHAEL**, de Hambourg, lu au Congrès de Berlin 1890,
traduit de l'allemand par P. Koch.

J'enlevai à une jeune fille âgée de sept ans un polype isolé avec l'anse. Quelques points de ce polype, qui du reste ne se distinguait en rien des polypes muqueux ordinaires et qui, gros comme une noisette, siégeait sur un pédicule aminci, semblaient donner l'impression d'une tumeur remplie d'air; en l'incisant sous l'eau il sortit deux grandes bulles d'air. Des polypes nasaux contenant de l'air n'ont pas été décrits jusqu'à présent; par contre on rencontre l'histoire de beaucoup de polypes vaginaux contenant de l'air.

CORRESPONDANCE

Paris, 19 septembre.

Mon cher confrère,

Je viens de lire le compte rendu de la Société de laryngologie, et je trouve quelques erreurs échappées dans la correction des épreuves, que je vous prie de vouloir bien rectifier. « Si j'ai eu, me fait dire le compte rendu, page 648, 100 cas d'accidents sur plusieurs milliers d'opérés, c'est tout. » J'ai dit que je n'avais pu rassembler que *dix* cas sur un ensemble de plusieurs milliers d'opérations, non pas faites par moi, mais par tous les spécialistes.

Un peu plus loin, « sous l'influence du chloroforme, le voile du palais se *contracte* » ; c'est se relâche qu'il faut mettre.

Enfin je n'ai pas dit que je gantais toujours mon doigt, mais que ce serait une mesure à prendre si l'on voulait faire le gratage, que pour ma part je ne fais jamais.

Je vous serais obligé de publier ces petites rectifications dans votre prochain numéro, et vous prie de croire à mes meilleurs sentiments.

A. CARTAZ.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les maladies du larynx, par le Dr E. J. MOURE.
(Doin, 1890).

En publiant ces leçons, M. Moure a voulu, dit-il, réunir en un volume les résultats de son expérience, et en même temps réagir contre « la tendance d'aller demander aux autres ce que nous faisons chez nous ». C'est là une intention dont nous louerions l'auteur sans réserve, s'il ne semblait pas oublier

par trop qu'à côté des nombreux mémoires publiés par l'école française, les leçons d'Isambert, de Mandl, de Fauvel, de Krisaber, etc., t.ennent comme travaux une place fort honorable à côté des traductions des ouvrages étrangers.

Il est difficile, sinon impossible, dans une analyse succincte, de passer en revue toutes les matières traitées par l'auteur dans son volumineux travail. Aussi nous bornerons-nous à quelques rapides indications, renvoyant le lecteur à l'original pour de plus amples détails.

Après avoir étudié les troubles circulatoires de la muqueuse laryngée et la laryngite catarrhale, M. Moure consacre un chapitre spécial à l'épiglottite.

Certes, les lésions inflammatoires peuvent débiter et même rester plus marquées, pendant toute la durée du processus, à la région épiglottique; mais alors la logique ne demanderait-elle pas que l'on décrive ainsi isolément, comme l'ont fait d'ailleurs certains auteurs, à côté de l'épiglottite, l'inflammation des cordes vocales, celle des bandes ventriculaires, de la région aryénoïdienne, etc., etc. ?

Suit une bonne description de la laryngite aiguë œdémateuse, et nous arrivons à l'étude des abcès du larynx.

La dénomination d'abcès du larynx, dont nous ne méconnaissons pas les avantages, ne présente-t-elle pas certains inconvénients ?

En pathologie générale, les travaux contemporains ont singulièrement modifié la manière de considérer les affections si disparates réunies autrefois sous le nom générique d'abcès. A la classification grossière, rassemblant dans un même cadre des processus ayant pour seul point commun la formation de pus, on a substitué à peu près complètement une classification nouvelle, fondée sur l'idée de cause. Pourquoi ne tenterait-on pas la même revision en laryngologie ? On ne verrait plus ainsi réunies des lésions à marche tantôt très lente, tantôt remarquablement rapide, relevant ici du traumatisme, là de la fièvre typhoïde, là encore de la tuberculose, d'infections streptococciques, etc., à siège extra ou intra-laryngé, superficiel ou profond !

Si l'on veut s'intéresser à la classification d'hier, à la classification anatomique, qui réalisait déjà un réel progrès, pourquoi encore ne pas se conformer aux habitudes de la pathologie générale ? Est-ce que l'on décrit sous le nom d'abcès les collections purulentes qui accompagnent les périostites et les

ostéites de la fièvre typhoïde, etc.? Pour le larynx, dans la majorité des cas, les suppurations profondes ont pour origine les lésions du périchondre. Depuis les travaux de von Ziemssen, l'on s'accorde pour désigner ces processus sous le nom de périchondrites. Or, on chercherait en vain, dans le Traité de M. Moure, un chapitre spécial consacré à ce point si intéressant et si capital de l'histoire des affections laryngées. Les périchondrites se trouvent étudiées avec les autres espèces de suppurations du larynx, sous-muqueuses et périlaryngées.

Dans le chapitre des laryngites chroniques traitées avec beaucoup de soin, nous avons été surpris de ne pas trouver au moins mentionnés les travaux récents sur l'état du larynx décrit sous le nom de pachydermie laryngée. Il est vrai que le nom surtout est nouveau, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre à la lecture des auteurs!

Nous aurions un certain nombre de réserves et plusieurs critiques de détail à faire sur la description de la laryngite tuberculeuse; mais, pour ne pas nous étendre trop, nous nous bornerons à signaler seulement quelques points. A propos de la pathogénie de la laryngite tuberculeuse, l'auteur expose les opinions anciennes, sans émettre de vues personnelles. Les recherches modernes nous semblent cependant avoir résolu les grandes lignes du problème et il est en général possible, dans chaque cas en particulier, de déterminer le mode d'infection du larynx. C'est là un point capital au point de vue thérapeutique, et nous avons regretté de ne pas le trouver étudié avec tous les détails qu'il mérite. C'est là une lacune à signaler dans la description claire et assez personnelle que nous donne M. Moure.

Pour la dysphagie douloureuse (la dysphagie mécanique n'est pas étudiée), M. Moure s'étonne que, contrairement à l'avis général, nous ayons surtout insisté sur la dysphagie des solides dans le traité de la phthisie laryngée que nous avons publié avec M. Gouguenheim. C'est là une question de statistique, nos chiffres résultant de l'observation des malades, et nous n'y pouvions rien changer.

Nous ne voudrions pas faire cependant de cette analyse un plaidoyer *pro domo*, mais nous ne pouvons ne pas constater que si M. Moure admet la réalité de la tuberculose primitive du larynx, il ne la décrit pas. Or, celle-ci revêt le plus souvent la forme polypeuse, ainsi que nous l'avons démontré avec M. le docteur Gouguenheim. Ces productions polypoides se montrant bien avant l'apparition de toute autre lésion laryngée ou pul-

monaire sont bien différentes des tumeurs polypoïdes décrites depuis longtemps par Schnitzler, Foa, Percy Kidd, Héryng, Ariza, etc., qui, au lieu d'inaugurer le processus, en sont une manifestation plus ou moins tardive.

De même l'état muqueux de la région interaryténoïdienne, si important comme signe diagnostique précoce, et que nous avons tout spécialement décrit avec M. Gouguenheim, état qui diffère de ce que l'on a désigné depuis longtemps sous le nom d'aspect velvétique, est à peine mentionné.

Les périchondrites, les pseudo-cédèmes inflammatoires, qui tiennent une si grande place dans l'histoire de la phthisie laryngée, sont aussi fort brièvement étudiées.

M. Moure semble ne pas professer pour l'acide lactique et le traitement chirurgical de la phthisie laryngée l'opinion de la plupart des laryngologistes actuels. Certes, l'acide lactique provoque assez souvent au début un léger spasme glottique. Mais nous devons dire que nous l'avons employé et vu employer tellement souvent, sans aucun inconvénient et avec grand avantage, que nous avons peine à nous expliquer les préventions de l'auteur.

A propos de la syphilis du larynx, M. Moure décrit avec soin une variété des lésions de la période secondaire, qui se présente sous la forme polypoïde ou condylomateuse. Il s'agit là, d'ailleurs, d'une lésion assez rare, mais bien connue cependant (Krishaber, Wagner, Ruhle, Gouguenheim, Lewin, etc.), quoique M. Moure ne signale pas les travaux de ses devanciers.

Pour ce qui concerne les paralysies laryngées de la période secondaire, M. Moure déclare qu'elles sont « manifestement indépendantes de toute compression appréciable des récurrents » et trouve « singulier ce fait qu'on les a presque toujours observées à gauche ».

Pour la première affirmation, nous nous bornerons à constater qu'elle n'est qu'une vue de l'esprit. Étant donné d'une part ce que nous savons du rôle de l'adénopathie de la chaîne ganglionnaire récurrentielle dans la pathogénie des laryngoplégies, et, d'autre part, la fréquence des tuméfactions ganglionnaires à la période secondaire de la syphilis, il faut bien reconnaître que l'hypothèse inverse, tout en restant une hypothèse, est très probable et très acceptable.

Une des raisons qui semblent la rendre inadmissible pour M. Moure, c'est que l'on n'en pourrait constater les effets aussi bien à droite qu'à gauche.

Mais nous ne voyons pas ce qu'il y a de *singulier* dans cette unilatéralité gauche des laryngoplégies syphilitiques. Tout d'abord, c'est là un fait commun à nombre de processus atteignant la motilité du larynx, et, en second lieu, il s'explique fort bien par la différence profonde qui existe entre les rapports des deux nerfs récurrents droit et gauche.

Les lésions de la syphilis tertiaire ne peuvent être toutes résumées dans la gomme circonscrite et diffuse, les ulcérations et la périchondrite. Il faut encore signaler à côté les infiltrations circonscrites ou diffuses, — constituant la laryngite syphilitique hypertrophique de Sommerbrodt, étudiées aussi par Lewin, Whistler, etc., — les polypes syphilitiques, etc.

Nous regrettons aussi de ne pas trouver mentionnés les travaux récents de Fränkel, de Krause, sur la périchondrite des syphilitiques et l'absence de toute indication sur la nature de ces lésions (processus spécifique, infection secondaire).

Pour ne pas étendre démesurément cette analyse, nous arrivons immédiatement aux chapitres consacrés aux paralysies laryngées.

Quelques pages seulement sont consacrées à l'étude des paralysies laryngées de cause centrale. Les travaux publiés y sont rapidement mentionnés, et M. Moure n'y ajoute aucun fait nouveau.

Il en est de même, en général, pour les chapitres suivants. A propos des paralysies récurrentielles, nous devons signaler une lacune considérable à notre avis. M. Moure ne mentionne qu'à peine les travaux de M. Gouguenheim sur le rôle de l'adéno-pathie trachéo-laryngée dans la genèse des laryngoplégies. Ces travaux, qui ont été maintes fois depuis confirmés par tous ceux qui ont fait des recherches néroscopiques, éclairent cependant d'une façon remarquable cette question autrefois si obscure, malgré les hypothèses de Rosenbach et de Semon qui ne concordent en rien avec les faits, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte par l'examen histologique des récurrents. (Gouguenheim et Tissier, *loc. cit.*)

Nous passons plusieurs chapitres, fort intéressants d'ailleurs, ayant hâte d'en arriver aux tumeurs du larynx.

Dans les lignes qu'il consacre à l'étude des papillomes, M. Moure dit que « l'état papillomateux est assez analogue à la tuberculose vocale, avec cette différence, toutefois, qu'ici le bourgeonnement est plus considérable et qu'on a affaire non à de simples villosités, mais à une véritable tumeur d'aspect plus grisâtre,

plus terne et surtout plus saillante et plus mamelonnée ». Mais nous croyons cependant avoir démontré péremptoirement, par des preuves tirées de la clinique, de l'anatomie pathologique, de la bactériologie et de l'expérimentation, qu'un certain nombre de cas, rangés sous le nom de papillomes et caractérisés par un bourgeonnement extrêmement actif de tumeurs véritables plus ou moins volumineuses, ne représentaient en réalité qu'une des formes initiales de la tuberculose (Gouguenheim et Tissier, *loc. cit.*). M. Moure ne cite pas même nos recherches.

Le chapitre consacré au cancer du larynx est certainement le plus sacrifié, si l'on compare l'importance relative de l'étude des néoplasies malignes à celle des diverses affections du larynx, et nous croyons qu'en s'en tenant strictement à la description symptomatique (nous ne parlons pas de ce qui touche l'anatomie pathologique, partie laissée volontairement, semble-t-il, un peu de côté par l'auteur dans tout ce traité) que donne M. Moure, il serait peut-être facile de reconnaître le cancer à une période tardive, mais que le diagnostic des formes initiales, point capital cependant, serait tout à fait impossible.

Quelques pages seulement, presque uniquement consacrées aux caractères propres des diverses variétés de néoplasies laryngées, sont attribuées à l'étude laryngoscopique du cancer du larynx, dans un traité qui comprend près de 600 pages.

Si M. Moure sépare avec Isambert le cancer intra-laryngien du cancer extra-laryngien, il n'étudie pas les différences si marquées de leur physionomie clinique :

Évolution rapide, adénopathie précoce dans un cas ; altération initiale de la motilité lorsque la lésion, ce qui est la règle, siège sur la corde vocale ; dans le second cas, unilatéralité et aspect des lésions, absence d'adénopathie, etc., etc.

Mentionnons, pour terminer, les chapitres consacrés aux lésions traumatiques du larynx, aux corps étrangers des voies aériennes et aux complications laryngées des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle et de la grippe.

Malgré les critiques de détail que nous avons adressées à l'ouvrage de M. Moure, il n'en reste pas moins certain qu'il contient de bonnes choses, beaucoup de bonnes choses, et qu'il doit être tenu pour une contribution fort importante à l'étude des affections laryngées.

Si nous avons largement profité de notre droit de critique, c'est parce que nous nous adressions à un livre de valeur, où il est toujours regrettable de trouver quelques lacunes. Mais, il

faut bien le reconnaître, il s'agit là d'un défaut à peu près inévitablement inhérent à cette forme d'ouvrages. Un traité des maladies du larynx peut être simplement l'exposé des vues, de la pratique personnelle d'un auteur, ou bien avoir pour but de fixer l'état de la science, sans préjudice d'une appréciation, d'après ses propres travaux, des idées et des théories émises par les différents auteurs; mais il est difficile qu'il soit les deux à la fois.

P. T.

Hygiène de l'oreille, par le professeur VINCENZO COZZOLINO, directeur de la clinique agrégée des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, à l'hôpital clinique de Naples; 2^e édition, augmentée, traduite de l'italien par le Dr ANTONIN JOLY (de Lyon.) (G. Masson, éditeur, Paris, 1890.)

Nous sommes heureux de retrouver sous cette forme les articles publiés par le professeur Cozzolino, en particulier dans *Il Morgagni*, et que nous avons déjà lus avec un vif intérêt.

Le petit livre qui nous est présenté aujourd'hui, fort bien édité, est la traduction de la 2^e édition. Cette traduction est très fidèle et très complète, comme toutes celles, du reste, qui viennent du docteur Joly. Enfin, le sujet est neuf et l'un des plus intéressants en ce qui concerne les affections de l'oreille.

Le professeur Cozzolino a été l'un des premiers à attirer l'attention du monde médical sur un chapitre d'hygiène jusqu'ici passé absolument sous silence. Son « Hygiène de l'oreille », que nous avons sous les yeux, s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux gens du monde. Tout ce qui regarde, en effet, l'oreille est encore presque totalement ignoré du public et même de beaucoup de praticiens.

Le plan de l'ouvrage est très simple et très pratique. Il comprend quatre chapitres. Dans le premier, l'auteur s'occupe du nouveau-né, et dans le second, de l'enfant. Ces deux chapitres devraient être connus de tout le monde, et surtout des mères qui affectionnent réellement leurs enfants. C'est, en effet, dans l'enfance, que les trois quarts des affections de l'oreille débudent. C'est à ce moment que le médecin peut agir avec le plus grand nombre de chances de succès. Il ne se passe pas de jour que nous n'ayons l'occasion de déplorer les effets d'un retard causé par l'ignorance et l'incurie.

Dans le troisième chapitre, l'auteur parle de l'hygiène de l'oreille chez l'adulte. Nous voyons alors les conséquences de cette temporisation funeste qui atteint non seulement l'organe,

mais encore le moral, rend l'homme misanthrope et le pousse même au suicide. Le sourd est mille fois plus malheureux que l'aveugle.

Dans le dernier chapitre, le professeur Cozzolino développe les préceptes généraux qui découlent de tout ce qui précède.

Il serait à désirer que tous fussent mis en pratique, et que les parents fussent bien convaincus qu'il ne « faut jamais négliger le traitement des affections catarrhales aiguës, et surtout des affections chroniques du nez et de la gorge, lesquelles non seulement sont la cause directe des maladies de l'oreille, mais encore transforment les muqueuses en un terrain propre à la culture des microbes d'un grand nombre de maladies infectieuses, parmi lesquelles la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, etc. ».

Enfin, il combat les trop nombreux préjugés du vulgaire, et termine par quelques considérations sur les appareils acoustiques dont le meilleur ne vaut rien et dont beaucoup sont exploités par les charlatans au grand détriment des malades et de leur bourse.

En résumé, livre fort bien présenté, fidèlement et élégamment traduit, très agréablement écrit sur un des sujets les plus généralement ignorés. Nous ne saurions donc trop en recommander la lecture, qui sera, nous en sommes convaincu, fructueuse pour tous.

D^r HAMON DU FOUGERAY.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AMÉRICAINE

La vingt-troisième session annuelle de la Société d'otologie américaine s'est réunie à l'Hôtel Kaaterskill, dans les montagnes de Catskill, le 15 juillet 1890. Le D^r John Green (Saint-Louis) présidait en l'absence du président et du vice-président. Le président, le D^r Pomeroy (New-York), arrivé un peu en retard, et vingt-deux membres, ainsi que plusieurs hôtes, prirent part aux séances. Trois nouveaux membres : les D^{rs} F.-L. Jack (Boston), J.-M. Ray (Louisville) et J.-B. Shapleigh (Saint-Louis) furent élus et diverses autres affaires expédiées dans une réunion privée.

Le premier mémoire, lu par le Dr *Huntington Richards* (New-York), a pour titre : *Sclérose mastoïdienne, observation d'un cas typique et mortel*. L'auteur insiste sur le caractère insidieux de l'affection, qui souvent ne présente pas les symptômes ordinaires (excepté la grande douleur) qui caractérisent la mastoïdite. Les raisons de l'hypertrophie osseuse et de la diminution des anastomoses sont bien exposées et les dangers clairement indiqués ; l'insuffisance des mesures de traitement est démontrée par les cas rapportés, dans lesquels l'incision de Wilde avait plutôt aggravé l'état. Le malade souffrait d'une otorrhée depuis dix ans, et le conduit était presque obstrué par un polype. La sensibilité et la douleur mastoïdiennes étaient extrêmes, mais on put l'atténuer par l'emploi de sangsues. Le polype reparut en dépit d'une extraction complète, et les symptômes devinrent plus graves. La mastoïde fut ouverte au moyen du foret, le 5 mai ; le tissu offrait la dureté de l'ivoire, il était très faiblement diploïque et ne présentait aucune trace d'autre, bien que le foret pénétrât à une profondeur de quatre centimètres et qu'il semblât ouvrir le canal semi-circulaire horizontal. Comme la douleur et la fièvre reparurent après un court intervalle, on appela en consultation les Drs Buck et Abbey ; la trépanation fut pratiquée avec le ciseau et étendue jusqu'au conduit auditif. On ne trouva aucune trace de l'autre ni du tympan dans le tissu éburné. Les symptômes s'aggravèrent, il y eut du délire, un ptosis et des spasmes musculaires surtout de la face et du cou. L'urine, d'un poids spécifique de 1020, n'avait ni sucre ni albumine. De petits frissons apparurent, dus probablement à l'usage de l'antipyrine, et le malade succomba le 12 mai, peut-être à une méningite diffuse. L'autopsie ne fut pas permise. Comme il y avait une carie de la voûte du tympan et des végétations polypoides persistantes, il est possible qu'en dégageant le tympan plus tôt on aurait obtenu un meilleur résultat qu'avec l'opération mastoïdienne. L'auteur proteste de nouveau contre le mot « *atticus* » comme forme latinisée du mot propre « *attic* », donné au *recessus épitympanicus*, puisqu'il est tout à fait inadmissible d'après les origines linguistiques.

Le second mémoire, lu par le Dr *Samuel Theobald* (Baltimore), était intitulé : *Un cas dans lequel un septum, ressemblant exactement à la membrane du tympan, s'était formé dans le tiers moyen du conduit auditif externe, et son extraction, suivie d'une amélioration de l'ouïe*. La membrane était à vingt-cinq millimètres du tragus, complètement mobile à l'examen au moyen du spé-

culum pneumatique ou de son fleuret, et l'ouïe était très déficiente; la montre était entendue seulement au contact immédiat ainsi que la voix, à condition qu'elle fût élevée. Le septum fut piqué et enlevé, découvrant un tympan sec et sclérosé; à travers une large perforation, on voyait un manche de marteau enfoui, ainsi que l'étrier, comme s'il y avait perte de l'enclume. L'audition fut de suite considérablement améliorée, et il se montra de l'écoulement avec une tendance à une nouvelle réformation du septum. Un tampon arrêta cela, mais accrut l'écoulement. Par l'emploi d'une petite pellicule de coton comme membrane tympanique artificielle, la muqueuse sclérosée devint humide, bien que l'écoulement fût actuellement peu abondant, et l'audition s'accrut tellement qu'un bruit sourd était perçu à 20 pieds. A droite l'audition n'avait pas varié. Voix haute à vingt pieds.

Dans la discussion, le Dr *Pomeroy* dit que les effets de ces néo-membranes (septa) sont réparateurs, et en général plus utiles comme protection que nuisibles par leur obstacle à l'audition.

Le Dr Théobald prétend que l'humidité était favorable à la fonction auditive et que les inconvénients d'un léger écoulement étaient plus que contre-balancés.

Le Dr *Andrews* (New-York) a opéré avec succès un cas semblable, et le Dr *Richards* en a opéré plusieurs aussi.

Le Dr *Richards* lit au nom du Dr *A.-H. Buck* (New-York) un mémoire sur l'emploi répété de la douche nasale et d'autres procédés semblables, où il déprécie l'emploi des fluides dans le nez, excepté sous forme de spray, et il recommande dans ce cas des solutions d'huile. Les cas malheureux ont été assez nombreux et les conséquences ont été sérieuses dans quelques-uns.

Dans la discussion, le Dr *Randall* insiste sur ce que les solutions aqueuses doivent toujours être d'une température particulière et d'un certain poids, et que la douche ne doit être employée que dans les cas d'atrophie; il ajoute que beaucoup d'opérations intra-nasales donnent lieu à des inflammations de l'oreille.

Le Dr *Abbots* (Buffalo) dit que plusieurs des cas cités appartenaient à la période « de la grippe »; mais le Dr *Richards* réplique que les observations prouvent que le traitement nasal en était presque certainement la cause.

Le Dr *Andrews* (New-York) a vu des otorrhées chroniques

très améliorées par l'emploi de la douche nasale et s'aggraver par la suppression de cette douche.

Le Dr *Pomeroy* pense que tous les auristes ont maintenant une grande crainte de la douche nasale, et que les rhinologistes devraient prendre des précautions.

Le Dr *Howe* (Buffalo) parle sur l'*extraction d'une balle de l'oreille au moyen du galvano-cautère*. La balle avait été fortement enfoncée par une intervention peu judicieuse et résistait à des moyens très simples. L'extrémité du cautère fut introduite dans la surface lisse et dessinée, mais elle ne put extraire le corps étranger; grâce à une modification des parois, on put appliquer une pince et le corps étranger put être extrait.

Dans la discussion, le Dr *Rider* (Rochester) insiste sur le danger qu'il y a à laisser un autre instrument qu'une seringue entre les mains d'un praticien général, et dit qu'il ne survient de cas graves qu'à la suite d'interventions pratiquées mal à propos.

Le Dr *Reeve* (Toronto) recommande pour les cas difficiles une cuiller en forme de spatule.

Le Dr *Theobald* se sert généralement d'une boutonnière faite avec une épingle à cheveux en acier anglais.

Le Dr *Randall* préfère la cuiller pointue de Politzer, et dans le seul cas où elle aurait échoué, il aurait pu tirer assez fort sur la tête de l'enfant pour le soulever de l'oreiller, sans que cette violence eût donné lieu à des accidents.

Le Dr *Richards* (New-York) relate les nouvelles études faites par lui et le Dr *Buck* sur l'*oreille de l'éléphant*; il présente une série de photographies et corrige quelques erreurs de la communication précédente (88), dues à la transposition des spécimens partiels placés entre leurs mains.

Le Dr *Randall* lit un mémoire du Dr *Burnett* (Philadelphie) sur les bons résultats permanents de l'*excision de la membrane du tympan et du marteau dans un cas de vertige auriculaire et dans un cas de suppuration chronique de l'attique*.

L'auteur insiste sur la durée des résultats, qui ont été tout à fait satisfaisants pendant deux ans dans le premier cas, et pendant un an dans le second cas. Le vertige grave et le tintement, dans le premier cas, n'avaient pas guéri par les moyens doux, mais ils disparurent sitôt après l'excision.

Dans l'autre cas, un écoulement qui durait depuis plusieurs années et provenait de la carie de la tête du marteau cessa

aussitôt après l'extraction de l'osselet, et l'ouïe, de nulle qu'elle était, perçut les mots chuchotés à douze pieds. Quant aux brides et adhésions qui existaient dans la caisse, il dit que d'autres soins avaient été continués inutilement sans améliorer l'audition.

La discussion est remise après la lecture du mémoire suivant :

Le Dr *Randall* (Philadelphie) lit des *Notes complémentaires sur la perforation de la membrane de Shrapnell* affirmant l'opinion émise par lui l'année passée que ces lésions n'étaient pas rares, et citant 22 cas observés pendant les six derniers mois. Quoique ses souvenirs soient incomplets, il a noté 43 cas observés sur 1,500 malades pendant les dix-huit mois précédents, environ 3 0/0.

Dans un petit nombre de cas, l'auteur a excisé la membrane du tympan et les osselets, mais sans en retirer un brillant résultat ; il est partisan des injections intra-tympaniques de peroxyde d'hydrogène et de solutions faibles d'acides minéraux et d'insufflations de poudre boriquée.

Dans la discussion, le Dr *Blake* (Boston) cite les résultats d'une longue série d'études entreprises par lui en collaboration avec le Dr *Bryant* sur les brides intra-tympaniques, les représentant comme très fréquentes et probablement importantes. Il propose de substituer à l'excision une perforation du quart postéro-supérieur, la disjonction de l'articulation de l'enclume et de l'étrier, la section de quelques brides tenant l'étrier, ainsi que celle du tendon de l'étrier ; il ajuste le sommet du bord de la membrane du tympan à la tête de l'étrier. Dans les cas de suppuration, l'extraction des os nécrosés doit être la règle ; mais les cas heureux publiés pourraient être contrebalancés par beaucoup de résultats défavorables. L'auteur a vu un cas où le dégagement de l'étrier ne suffisait pas et où on trouva une membrane épaisse qui obstruait la niche de la fenêtre ronde ; son incision améliora beaucoup l'audition ; mais le résultat n'a été que temporaire en dépit d'incisions répétées.

Le Dr *Randall* a retiré peu d'avantage de l'excision dans les cas de tintement et de vertige, et chercherait certainement dans l'avenir à dégager l'étrier dans des cas semblables. Il était certain que les caries des osselets guériraient si elles ne se propageaient pas, car bien que au moins 15 de ses cas récents

aient présenté un aspect nu et en apparence nécrotique, le traitement a réussi rapidement.

Le Dr Théobald appuie cette manière de voir d'après son expérience dans ses expériences sur les cas lacrymaux ; et le Dr Pomeroy a vu beaucoup de guérisons spontanées.

Le Dr *Lippincott* (Pittsburg) lit un travail sur la *Mastoidite interne consécutive à l'érysipèle*. Le malade était en bonne santé apparente avant son érysipèle, qui fut typique et grave et donna lieu à deux abcès profonds du crâne. Il survint alors de l'otorrhée qui d'abord ne s'étendit pas au conduit externe ; mais la douleur et le gonflement de la mastoïde survinrent bientôt, le gonflement ressemblait à un furoncle, le pus sortant en arrière apparut au tiers interne de la paroi postérieure du conduit. Les symptômes s'aggravèrent, la mastoïde fut perforée et le pus évacué aussitôt que la paroi mince fut traversée. On pratiqua des injections intra-tympaniques et la guérison survint rapidement. L'auteur incline à croire que l'érysipèle était secondaire de l'otite, en dépit de l'histoire de la maladie.

Dans la discussion, le Dr Randall cite un cas ou un écoulement abondant séreux avec température élevée du même côté de la tête, cessa soudainement et fut suivi, en trente-six heures, du développement complet d'un érysipèle. Après que ce dernier eut guéri, une poche communiquant avec un séquestre fut trouvée au milieu de la paroi postérieure du conduit et une autre poche s'ouvrit près de la membrane du tympan. L'ouïe était généralement bonne, de sorte que le tympan n'avait été que peu affecté. La guérison fut rapide. Une blessure grave de la main n'était pas comprise dans le processus érysipélateux, bien que les deux côtés de la tête fussent affectés à leur tour.

Le Dr *Neil J. Hepburn* (New-York) rapporte un cas intéressant de *Fracture du manche du marteau (manubrium)*. La pénétration d'une épingle à cheveux dans la membrane gauche du tympan fut suivie de douleur, de surdité et d'un écoulement sanguin pendant une semaine. Quand l'auteur vit le malade, il était presque complètement sourd, et avait une ancienne suppuration du côté droit. L'examen fit voir une ligne oblique courant du haut en bas du manche du marteau, et l'enflure causait de faux mouvements des fragments de l'osselet. La montre était perçue à 40 pouces à droite, mais seulement à 4 pouces à gauche, la ligne de rupture s'élargissant en une ouverture ovale ; le bout du manubrium était perdu et la carie

des osselets continua quand le malade cessa le traitement.

Le Dr Pomeroy (New-York) rapporte *quelques cas d'affections des cellules mastoïdiennes avec ouverture fistuleuse, guéris sans employer le foret ou le ciseau*. Dans le premier cas, l'affection était consécutive à la grippe. Il s'agissait d'une otorrhée aiguë, la mastoïde devint douloureuse et gonflée et une incision de Wilde découvrit un abcès dans l'os. Après plusieurs mois de nettoyages, — peut-être maintenus trop longtemps — la plaie se cicatrisa avec un bon résultat prompt et permanent.

Dans le second cas, il y avait une pareille lésion de la mastoïde; l'incision découvrit un abcès; l'écoulement continua pendant quinze jours, et la guérison arriva au bout de vingt jours. Dans un autre cas, la suppuration dura quatre mois, et le pus pénétra dans l'antre. La guérison survint en deux mois. Dans le quatrième cas — un plongeur — l'abcès était au sommet de la mastoïde, et la guérison fut prompte au moyen de simples nettoyages.

Dans la discussion, le Dr Abbott mentionne un cas d'abcès marqué et de longue durée, qui guérit sans opération sur l'os.

Le Dr Richards n'observa pas de semblables résultats, mais il donne quelques indications pour aider la nature quand un abcès n'est pas promptement établi. Il a vu l'occlusion permanente d'un abcès se montrant quand l'os était rude et à découvert.

Le Dr Blake dit que dans les cas qui réclament l'ouverture artificielle, une perforation étendue n'est pas toujours indispensable. Dans trois cas récents, une petite ouverture à l'aide du foret a suffi.

Ont été annoncés et remis au comité de publication les travaux suivants : *Trois cas d'otites aiguës suppurées avec complications et mort dans un cas*, par Wilson (Bridgeport); *Anévrisme reconnu d'abord dans le fond de l'oreille, puis se montrant dans le cou*, par C. A. Todd (Saint-Louis); *De l'emploi des disques en papier du Dr Blake dans neuf cas*, par R. Barclay (Saint-Louis).

Le Dr Blake dit que la substance de sa communication a déjà été énoncée dans la discussion sur les brides intra-tympaniques et leur relation avec les procédés opératoires.

La Société décide alors de se réunir à Washington le 22 septembre 1891 en même temps que le Congrès des médecins et chirurgiens américains.

Ont été élus membres du Bureau pour 1891. — Président :

D^r Gorham Bacon (New-York); vice-président, D^r Huntington Richards (New-York); secrétaire-trésorier, D^r J. J. B. Vermyne (New-Bedford).

D^r B. ALEX. RANDALL.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Accidents toxiques consécutifs à l'instillation de chlorhydrate de cocaïne dans la caisse du tympan, par le D^r SCHWABACH (de Berlin). (*Therapeutische Monatshefte*, mars 1890.)

Le malade qui présenta ces accidents était atteint d'une otite moyenne double, suppurée à droite avec une large perforation du tympan, non suppurée à gauche. La surdité et les bruits subjectifs qu'il éprouvait à gauche furent améliorés par les douches d'air, mais revinrent plus intenses au bout de deux mois. On injecta alors cinq gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0 dans la caisse du tympan gauche après s'être assuré de la perméabilité de la trompe d'Eustache. Peu de temps après, en omnibus, le malade ressentit divers phénomènes pénibles : de la sécheresse et de la constriction de la gorge, ensuite de la salivation, des nausées, des vomissements, et un vertige allant presque jusqu'à la perte de connaissance. Ces accidents se répétèrent plusieurs fois dans le cours de la journée, et il s'y ajouta une sensation de froid par tout le corps. La température et le pouls restèrent normaux. Après une mauvaise nuit, le même état morbide dura une seconde journée en s'atténuant graduellement, et trois jours après l'injection de cocaïne le malade était encore faible, brisé, sans appétit et éprouvait par moments de la constriction thoracique. Les bruits subjectifs dans l'oreille gauche n'avaient pas changé. m. w.

De l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza, par le D^r LUDWIG JANKAU (clinique otiatrique de Strasbourg). (*Deuts. med. Woch.*, n° 12, 1890.)

L'auteur a réuni dans le cours de l'épidémie 150 observations d'otites moyennes aiguës, et il résulte de cette statistique que l'otite grippale se présente avec quelques caractères constants

et particuliers qui la distinguent des autres otites observées jusqu'ici. L'otite débute peu de jours après l'influenza par une douleur lancinante très vive, accompagnée d'irradiations névralgiques dans les dents, la tête, l'apophyse mastoïde. La douleur cède en général au bout de 24 heures, et il survient une surdité à peu près complète avec sifflement et bourdonnement qui ne diminue guère après l'établissement d'un écoulement séreux ou purulent. L'état de la membrane du tympan est caractéristique : elle est d'un rouge foncé, infiltrée, présente des foyers hémorragiques superficiels, masque en partie les osselets et fait quelquefois saillie dans son quart antéro-inférieur. La perforation a lieu en un point toujours le même : c'est une petite fente en avant et en bas du marteau, par laquelle s'écoule un liquide séreux, rarement purulent; le pus n'est abondant que chez les sujets antérieurement atteints de rhinite chronique. Cette otite à début grave a une marche bénigne, ne se complique qu'exceptionnellement de mastoïdite, mais la résolution complète se fait longtemps attendre; la myringite intense compromet l'ouïe, et il y a un certain degré d'ankylose des osselets. M. W.

Affections auriculaires dans l'influenza, par A. EITELBERG.
(*Tirage à part de la Wien. med. Presse, n° 7, 1890.*)

L'auteur confirme les données fournies par Dreyfuss et Schwabach (voir p. 185 des *Annales*), dont il résume les travaux. Lui-même a observé pendant l'épidémie d'influenza qui régnait à Vienne environ 100 cas d'affections auriculaires, dont une partie à la polyclinique du professeur Urbantschitsch et les autres dans sa clientèle privée. Il a souvent pu constater des hémorragies sur les différents points du tympan. Plusieurs fois même les malades ne sont venus le trouver qu'à la suite d'une hémorragie interne de l'oreille.

Eitelberg voit dans ces hémorragies fréquentes et persistantes un signe pathognomonique des inflammations de la caisse et du tympan dues à l'influenza. Malgré les symptômes initiaux très alarmants et des douleurs atroces, les cas ne présentaient aucune complication et la guérison s'effectuait au bout de 8 à 10 jours en moyenne. Il rapporte l'histoire de trois cas les plus graves qu'il ait observés. A la fin de son travail il cite encore deux cas d'ancienne otorrhée dans lesquels, à la suite de l'influenza, la sécrétion est redevenue très abondante durant plusieurs jours.

LICHTWITZ.

Les affections les plus fréquentes de l'organe de l'ouïe dans l'influenza, par HAUG. (Münch. med. Woch., n° 8, 25 février 1890.)

L'auteur complète sa note préliminaire sur ce sujet (voir p. 186 des *Annales*). Il a observé en tout 80 cas dans lesquels une relation entre les affections auriculaires et l'influenza a pu être établie.

Il distingue 3 groupes d'affections de l'oreille moyenne dues à l'influenza. Dans le premier groupe, il existe un gonflement et de l'hyperémie de la muqueuse de la trompe et de la caisse, affection qu'on rencontre si souvent dans des angines et catarrhes aigus simples. Dans plus de la moitié de ces cas, avec un traitement approprié, tout rentre dans l'ordre; mais chez d'autres malades, le gonflement et l'hyperémie augmentent, et il survient de l'exsudation. A partir de ce moment, les symptômes changent et revêtent le caractère plus sérieux du second groupe. Les douleurs deviennent plus intenses et irradient sur toute la moitié de la tête. L'ouïe baisse considérablement et le malade est pris de fièvre; parfois la température monte jusqu'à 40°. Le tympan est d'un rouge foncé ou d'un rouge grisâtre, et il se produit dans l'épaisseur du tympan une exsudation qui se trahit parfois par la formation des bulles. L'épithélium est desquamé et les parties voisines du conduit auditif osseux sont d'un rouge clair et diffus. En même temps il s'établit dans la caisse du tympan une sécrétion qui, d'abord séro-muqueuse, devient muco-purulente après. Au bout de deux à trois jours le tympan se perfore le plus souvent dans sa partie inférieure. La guérison survient habituellement sans aucune complication au bout de 3 à 5 semaines, et parfois même en 5 à 11 jours.

Le 3^e groupe est caractérisé par une exsudation hémorragique dans la caisse et dans l'épaisseur du tympan. Les malades sont pris subitement après que la fièvre de l'affection générale a déjà disparu, de douleurs d'oreille très intenses; la fièvre revient pendant quelques heures, et le malade est complètement sourd de l'oreille affectée.

Le tympan, d'un bleu rouge foncé ou d'un bleu noir, est bombé en dehors. Souvent sa surface est couverte de bulles hémorragiques de différente grosseur. Au bout de 6 à 12 heures, le tympan se perfore, et il sort du sang liquide ou caillé.

Sur les 80 cas observés par l'auteur, 26 appartenaient au premier groupe, 37 au second groupe et 17 au troisième groupe.

A l'encontre d'autres auteurs, Haug préconise la paracentèse toutes les fois que la présence de sécrétion peut être supposée.

LICHTWITZ.

Recherches bactériologiques dans l'otite due à l'influenza,
par E. ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, n° 9, 28 février 1890.)

L'auteur a examiné la sécrétion dans 2 cas d'otite survenue après l'influenza. Dans le premier cas, il trouva le streptococcus pyogenes, et, dans le second cas, le diplococcus pneumoniae. Il croit qu'il s'agit dans l'otite de l'influenza comme dans l'otite d'autres maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, d'une infection mixte, comme l'ont établi Ehrlich et Brieger, et que l'otite peut être engendrée par différents microparasites.

LICHTWITZ.

Traitement de l'otite moyenne aiguë basé sur les résultats des expériences bactériologiques, par E. ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, n° 4, 5 et 6, 1890.)

L'auteur rappelle ses propres travaux et ceux de Netter publiés dans les *Annales* (n° 10, 1888), d'après lesquels l'otite moyenne aiguë peut être provoquée par des microparasites différents. On rencontre le plus souvent le streptococcus pyogenes et le diplococcus pneumoniae, puis viennent le staphylococcus pyogenes albus et le staphylococcus pyogenes aureus. Le bacillus pneumoniae Friedländer et le staphylococcus pyogenes tenuis et cereus albus s'observent rarement.

On distingue habituellement les otites aiguës primitives des otites aiguës secondaires, bien qu'à vrai dire il n'existe pas d'otites primitives, car toujours les microorganismes pathogènes sont introduits dans la caisse, le tympan étant intact, soit par la trompe, soit par la voie sanguine. Cependant la division en otites primitives et otites secondaires est indiquée au point de vue clinique.

Parmi les *otites primitives*, il faut ranger les affections aiguës de l'oreille moyenne qui surviennent au cours d'une rhinite, pharyngite, amygdalite, bronchite, influenza, et de la pneumonie. On doit y ajouter aussi les otites qu'on observe chez les enfants atteints de végétations adénoïdes, bien que ces dernières n'en soient pas la cause directe comme on le croit habituellement. Elles n'en sont que la cause prédisposante par suite de la rétention de mucosités qui favorisent le développement des microorganismes.

Les otites qui suivent les opérations pratiquées dans le pharynx nasal, les injections nasales, le tamponnement rétro-nasal, etc., peuvent aussi être classées dans le groupe des otites primitives.

Au groupe des *otites secondaires* appartiennent les cas dans lesquels l'inflammation de la caisse n'est pas directement due aux microorganismes de la maladie infectieuse générale. L'affection générale prépare seulement dans la caisse un terrain favorable au développement des microorganismes. Ce sont les cas d'otites qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de la fièvre récurrente et intermittente, du choléra, du diabète, de la diphtérie, de la maladie de Bright. Puis, il faut y ajouter les cas d'infection hémotogène : pyhémie, endocardite.

D'après Zaufal, on rencontrerait dans les cas d'otites primitives ou otites par refroidissement surtout le diplococcus pneumoniæ, tandis que les microorganismes pyogènes se trouvent le plus souvent dans les otites secondaires.

Netter, Moos et Zaufal attribuent aux otites dues au streptococcus pyogenes une certaine malignité sans qu'on puisse affirmer si la présence de ce microorganisme provoque toujours des complications. Lewy et Schrader croient, au contraire, que tous les microorganismes qui engendrent l'otite sont capables de produire des complications, et ils demandent qu'on fasse la paracentèse de très bonne heure.

Pour ce qui est de la question de l'introduction des microorganismes pathogènes, Zaufal pense qu'ils sont introduits à travers la trompe tant que le tympan est intact. Même dans la plupart des cas d'inflammation de la partie supérieure de la caisse décrite par les Américains sous le nom « Attic », la provenance tubaire des microparasites doit être invoquée.

Après avoir discuté la marche des différentes otites, Zaufal parle de leur prophylaxie et de leur traitement. Quant à la prophylaxie, il tâche de fortifier avant tout l'organisme des malades sujets à des otites, et il insiste sur la nécessité d'habiter un logement aéré, la gymnastique, la natation, etc. Puis, il conseille l'hygiène buccale et nasale. Il enlève les végétations adénoïdes, les hypertrophies des extrémités postérieures des cornets; mais il s'abstient d'opérer quand la respiration nasale n'est pas trop gênée. Après les opérations pratiquées dans le pharynx nasal, il se garde de faire des insufflations d'air et défend aux malades de se moucher.

Dans les maladies soporeuses, il nettoie la cavité buccale avec des tampons d'ouate imbibés de glycérine acidulée.

Croyant que le refroidissement joue un grand rôle dans l'étiologie des rhinites et bronchites, il tâche d'aguerrir le corps des enfants contre le froid.

Le traitement des otites s'adresse d'abord aux symptômes subjectifs, principalement à la douleur. Il la combat par des cataplasmes chauds d'acétate d'aluminium (solution de Burrow) et par des instillations tièdes du même liquide ou d'une solution de bichlorure d'hydrargyre (1 à 1000).

Comme anesthésique local, il emploie une solution de 5 à 10 0/0 de chlorhydrate de cocaïne qui calme souvent les douleurs d'oreille comme par enchantement, mais qui n'a aucune influence sur les douleurs de l'apophyse mastoïde et sur les céphalalgies. Pour que la cocaïne agisse, il faut que l'épiderme du conduit soit préalablement macéré. Si les douleurs d'oreille persistent quand même, la paracentèse est indiquée. Quant à la fièvre, il déconseille de la combattre par les antipyrétiques en usage, parce que l'accroissement ou la décroissance de la fièvre est le plus sûr point de repère pour l'indication de la paracentèse.

Puis Zaufal tâche d'éviter l'introduction dans la caisse d'autres microorganismes soit par la trompe, soit par le conduit auditif externe. Une infection secondaire par la trompe ne peut pas être évitée à coup sûr. On s'abstiendra autant que possible de pratiquer les douches d'air. Zaufal ne les pratique qu'après la disparition des symptômes d'inflammation aiguë et seulement quand il voit que l'ouïe ne revient pas spontanément. Quant à l'infection par le conduit, on peut l'empêcher. Le moyen le plus sûr est d'obtenir la guérison avec un tympan intact. Mais dans le cas où une perforation spontanée ou bien la paracentèse sont inévitables, on obvie au danger de l'infection secondaire par une antiseptie rigoureuse de l'oreille externe. A cet effet, on nettoie dès le commencement de la maladie le pourtour du pavillon de l'oreille avec la brosse et le savon après l'avoir rasé, et on le désinfecte avec l'eau sublimée. On nettoie également le conduit auditif à l'aide d'un pinceau trempé dans l'eau de savon, car les instillations d'eau sublimée n'agissent qu'après avoir enlevé toutes les matières grasses.

Puis on applique sur l'oreille un pansement antiseptique. Pour abrégier la marche de l'affection et pour éliminer rapidement les microparasites pathogènes, Zaufal recommande vive-

ment les cataplasmes tièdes ou chauds d'acétate d'aluminium et le massage.

Un bourdonnet d'ouate hydrophile est trempé dans la solution chaude suivante : Alun 1 gramme, acétate de plomb 5 grammes et eau 100 grammes et introduit dans le conduit auditif. Un tampon plus gros est appliqué derrière le pavillon et sur la tempe. Le tout est recouvert de batiste pour éviter l'évaporation de l'eau, et est maintenu par une bande. On change le pansement toutes les 24 ou même toutes les 48 heures.

Le massage accélère la résorption des exsudations de la caisse. Il ne suffit pas de frictionner l'apophyse mastoïde, il faut encore étendre le massage sur toute la partie latérale du cou jusqu'à la clavicule.

Il a été donné à Zaufal de comparer chez la même malade les effets des cataplasmes d'acétate d'aluminium et du massage avec l'ancien traitement qui consistait à faire la paracentèse et des insufflations d'air, et il a pu constater que la durée de l'affection était avec le nouveau traitement de cinq semaines plus courte et que la perforation du tympan a pu être évitée.

LIGHTWITZ.

La forme de l'oreille comme signe d'un développement défectueux,
par WARNER. (*The Lancet*, 15 février 1890.)

Warner a examiné 5,344 enfants, 3,931 dans 10 écoles primaires élémentaires; 1,413 dans 4 écoles spéciales : une grande école pour les pauvres, deux écoles industrielles et une école de sourds-muets. Il a constaté que chez 81 enfants (49 garçons et 32 filles) l'oreille était anormale, ce qui donne une proportion de 2.5 0/0 chez les garçons, et 1.6 0/0 chez les filles. La proportion était plus élevée dans les écoles spéciales; on pouvait constater aussi que, dans ces écoles, la proportion des cas d'anomalies craniennes et d'atrophie intellectuelle était plus considérable. L'auteur en conclut que les anomalies de l'oreille externe peuvent être considérées comme des indices d'une classe élevée ou d'un faible développement. P. GARNAULT.

Contribution à l'étude du spasme coordinateur de la glotte, par A. MEYER. (*Clinique Seifert. (Münch. med. Woch.)* n° 4, 28 janvier 1890.)

L'auteur rapporte un cas d'aphonie spasmodique survenue chez une jeune fille hystérique âgée de 12 ans, à la suite d'une grande frayeur.

Au laryngoscope, on constatait que l'abduction des cordes vocales se faisait normalement, mais que, pendant la phonation, les bandes ventriculaires et les aryténoïdes se rapprochaient tellement qu'un son ne pouvait être émis.

On eut recours à un traitement psychique et à des exercices phonétiques, et, au bout de quatre jours, la malade recommençait à parler à voix haute. Après une rechute due à une contrariété elle guérit complètement.

LICHTWITZ.

Expériences sur l'action de l'air chaud employé d'après la méthode de Weigert dans la tuberculose laryngée, par NYKAMP.
(*Deutsche med. Woch.*, n° 18, 1^{er} mai 1890.)

Les expériences faites avec l'appareil de Weigert ont donné à l'auteur les résultats suivants :

1° L'air chauffé par l'appareil est moins chaud que ne l'indique le thermomètre qui se trouve enfermé dans le tuyau en cuivre.

2° Bien que la température de l'air inspiré soit très élevée, l'air, en passant par la bouche et le pharynx est tellement refroidi, qu'arrivé dans le larynx et dans les bronches, sa température dépasse à peine celle du corps.

3° Cette réfrigération est due à la vaporisation d'eau qui se produit dans la cavité buccale et dans le pharynx.

Appliquée dans la tuberculose laryngée, la méthode de Weigert n'améliora ni l'état local, ni l'état général des malades.

LICHTWITZ.

Emploi de la pyocétanine dans le nez et la gorge, par M. BRESGEN.
(*Deutsche med. Woch.*, n° 24, 12 juin 1890.)

Inspiré par le travail de Stilling sur l'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptiques, Bresgen a essayé la pyocétanine dans 18 cas de cautérisations nasales pour influencer favorablement l'inflammation et la suppuration postopératoires. La pyocétanine bleue fournie par la maison Merck, de Darmstadt, sous forme de tablette, fut employée en solution aqueuse de 2 : 1000. Immédiatement après la cautérisation, on badigeonnait la muqueuse avec de l'ouate imbibée de cette solution.

Le résultat de ce traitement consistait dans une diminution de l'inflammation et des douleurs, mais la sécrétion purulente ne put être complètement évitée.

Dans plusieurs cas d'affections rétro-nasales, la pyocétanine employée après des cautérisations du recessus médian semblait

tarir la sécrétion purulente plus vite que le traitement habituel.

Dans un cas de sécrétion abondante provenant de la paroi postérieure du larynx, l'attouchement avec de l'ouate imbibée d'une solution de pyoctanine avait considérablement diminué la formation des croûtes desséchées.

L. L.

Un cas de formation de rhinolithe, par ROHRER (de Zurich).

(*Wiener klin. Woch.*, n° 2, 1890.)

Le rhinolithe s'était formé chez une ouvrière âgée de 48 ans. Il existait en même temps de la surdité prononcée avec bruits subjectifs intenses et maux de tête dans la région temporale et pariétale. La respiration nasale était presque complètement abolie, et il sortait une odeur fétide des deux narines.

Après l'extraction du rhinolithe qui mesurait avec ses prolongements 3 centimètres de long et 1^{cm},7 de haut et qui pesait 22 grammes, tous les symptômes, même la surdité que l'auteur avait attribuée à une sclérose de l'oreille moyenne avec affection labyrinthique secondaire, s'améliorèrent. L'odeur fétide, que l'auteur désigne dans ce cas, à tort, sous le nom d'ozène, avait aussi complètement disparu.

Il n'est pas dit dans l'observation si le rhinolithe s'était formée autour d'un corps étranger.

L. L.

Traitement du catarrhe naso-pharyngien, par GORDON.

(*Weekly medical Review.*, 1^{er} février 1890.)

L'auteur conseille d'employer dans le catarrhe naso-pharyngien des pulvérisations froides avec l'huile de vaseline dans laquelle on a fait dissoudre au préalable quelques gouttes d'essence d'eucalyptus, de térébenthine ou de wintergreen.

P. GARNAULT.

Un cas de catarrhe chronique du nez et du pharynx causé par l'usage d'une eau pour les cheveux contenant de l'arsenic, par DONALD HOOD. (*The Lancet*, 15 mars 1890.)

Le docteur Hood pense que le catarrhe chronique du nez et du pharynx qui apparut chez un de ses malades au moment où il commença à faire usage d'une lotion pour les cheveux qui renfermait de l'arsenic, doit être rapporté à cette cause. Dès que le malade eut cessé de faire usage de cette eau, son catarrhe disparut.

P. GARNAULT.

Le catarrhe rétro-nasal et son traitement en insistant surtout

sur le « morbus Tornwaldtii », par P. GERBER. (*Therapeut. Monats.*, n° 1, 1890.)

Beaucoup d'affections qu'on avait désignées jusque dans ces derniers temps sous les noms de pharyngite nerveuse, de paréthésie ou d'hyperesthésie pharyngée ou de catarrhe pharyngé ne sont pas autre chose que des catarrhes rétro-nasaux décrits par Tornwaldt sous le nom de catarrhes de la « bourse pharyngée ». Cette maladie ne peut être diagnostiquée que par l'examen rhinoscopique postérieur.

Il faut distinguer le catarrhe rétro-nasal diffus qui occupe toute la voûte pharyngée d'avec la forme circonscrite.

Cette dernière peut être localisée dans la « bourse pharyngée », c'est-à-dire dans le recessus médian, ou bien le catarrhe circonscrit peut naître dans les différents recessus latéraux qui se trouvent sur la voûte pharyngée. Tornwaldt n'admet que le catarrhe de la « bourse pharyngée », tandis que l'auteur croit avec Wendt que les autres recessus peuvent aussi être le siège d'une hypersécrétion.

Même les fosses de Rosenmüller peuvent servir à une rétention de la sécrétion, surtout quand elles se trouvent divisées en compartiments par des replis de la muqueuse.

Le traitement de ce catarrhe diffus consiste dans des badiageonnages de la voûte pharyngée, avec des liquides astringents dans la forme hypertrophique et avec une solution iodo-iodurée dans la forme atrophique.

Le catarrhe rétro-nasal circonscrit est traité selon la méthode de Tornwaldt par du nitrate d'argent fondu sur une sonde. On introduit la sonde non seulement dans le recessus médian, mais aussi dans les autres fentes de la voûte pharyngée. Dans les 31 cas observés, l'auteur a presque toujours obtenu de l'amélioration, mais une guérison complète n'est survenue que dans deux cas. Il importe de renouveler les cautérisations locales.

La cuillère tranchante préconisée par Kafemann ne lui a pas donné de meilleurs résultats.

LICHTWITZ.

Observations sur l'article de M. Gerber, par ZIEM. (*Therapeut. Monats.*, n° 4, 1890.)

Ziem ne croit pas que, dans tous les cas rapportés par Gerber, il s'agissait d'une affection primitive du pharynx nasal. Il admet seulement ce diagnostic pour les deux cas qui ont été complètement guéris par des cautérisations locales. Si, chez les autres malades, il s'est produit des récidives fréquentes, il est plus

que probable qu'une autre cause de la sécrétion doit être invoquée, surtout une suppuration des fosses nasales.

Pour constater une suppuration de la muqueuse nasale, il ne suffit pas d'inspecter le nez par la rhinoscopie antérieure et postérieure, mais il faut pratiquer une douche d'air d'après la méthode de Hartmann et examiner de nouveau. On verra alors souvent du pus couvrir la muqueuse nasale, et, en faisant une injection nasale à l'aide de la pompe foulante de Mayer, on sera étonné de la quantité de pus qui sortira des fosses nasales.

(Nous partageons l'avis de M. Ziem au sujet de l'affection du catarrhe du pharynx nasal. Nous croyons qu'elle est rarement primitive, mais le plus souvent due à une suppuration nasale, surtout à un empyème des antres. Le pus s'écoulant dans le décubitus dorsal en arrière provoque de l'inflammation du tissu adénoïde et des recessus de la voûte pharyngée. Parfois la suppuration nasale guérit et l'hypersécrétion de la glande de Luschka persiste, et alors on croit à une affection primitive de cette dernière.)

LICHTWITZ.

Un cas rare de cancer de l'œsophage, par le Dr BISCHOF.

(*Tirage à part de la Münch. med. Woch.*, n° 12, 1890.)

Il s'agit d'un cas de cancer de l'entrée de l'œsophage qui, pendant la vie, avait fait croire à une tumeur maligne du larynx. L'examen laryngoscopique avait fait découvrir, au niveau de l'aryténoïde et du repli ary-épiglottique droits une tumeur de la grosseur d'une noisette qui semblait être implantée sur la bande ventriculaire droite. A l'autopsie, on constatait que la tumeur n'avait pas son point d'origine dans le larynx, mais qu'elle était implantée sur la surface postérieure de l'aryténoïde droit avec un large pédicule qui lui permettait de se rabattre dans le larynx.

LICHTWITZ.

De l'amygdalite folliculaire, par DUNLOP. (*The Lancet*, 15 février 1890.)

Les phénomènes généraux que présentent les malades atteints d'amygdalite folliculaire, portent à considérer cette maladie comme une manifestation locale d'une infection générale. Elle revêt souvent la forme épidémique, sans que l'on puisse encore affirmer si elle est contagieuse ou bien si elle est produite par une cause générale agissant simultanément sur un grand nombre de personnes.

Bien qu'il n'y ait pas identité entre la diphthérie et l'amygda-

lite folliculaire, les relations intimes qui existent entre ces deux affections portent Dunlop à se demander si l'amygdalite folliculaire n'est pas une forme de la diphthérie ou bien si elles ne constituent pas deux espèces d'un même genre. D^r GARNAULT.

L'asthme, par MOKÉE. (*Weekly medical review.*, 30 nov. 1889.)

L'auteur distingue cinq sortes d'asthmes : l'asthme qui accompagne la bronchite chronique, l'asthme qui accompagne l'emphysème, l'asthme simple, l'asthme cardiaque et l'asthme épileptique. On trouve réunis dans cet article les innombrables traitements médicaux qui ont été essayés contre l'asthme, c'est d'ailleurs, le seul intérêt qu'il présente. P. GARNAULT.

Ptyolithe dans le canal de Wharton, par ROHRER. (*Wien. klin. Woch.*, n° 2, 1890.)

Le calcul salivaire pesait 63 centigrammes et avait 1 centimètre et demi de long, 1 centimètre de large et 0.9 centimètre d'épaisseur. L. L.

Une névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale, par M. BERNHARDT. (*Neurolog. Centralbl.*, n° 13, 1^{er} juillet 1890.)

L'auteur a observé trois femmes et un homme qui se plaignaient d'un picotement désagréable et d'une brûlure à la langue, symptômes qui survenaient, soit par intervalles, soit d'une manière constante, troublant le sommeil et parfois même la parole. Les malades éprouvaient ces sensations sur le bout, le plus souvent sur les bords de la langue, et, dans deux cas aussi, sur d'autres parties de la muqueuse buccale. L'examen ne fit découvrir rien de pathologique; ni ulcérations, ni épaisissements, ni tumeurs.

Les malades avaient tous passé la trentaine, et un examen attentif, y compris l'examen des urines, ne révélait aucune autre maladie. Un seul de ces malades avait souffert auparavant d'attaques de goutte et d'hémorroïdes. Chez lui, la brûlure ne se montrait qu'après l'ingestion d'aliments gras. Deux des malades portaient un râtelier. Les malades consultaient surtout l'auteur dans la crainte d'avoir un cancer, bien qu'ils n'eussent nullement l'air d'être hypochondriaques.

L'auteur rappelle les travaux traitant le même sujet de Fournier, Labbé, Magitot, Lefferts, Hadden et Albert.

Il a obtenu le meilleur résultat par un traitement galvanique

ou faradique de la langue, mais c'est surtout l'influence morale et l'assurance du médecin qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, qui procuraient le plus grand soulagement aux malades.

A la fin, l'auteur dit que cette affection ne doit pas être confondue avec l'affection décrite sous le nom de crostomie et qui est caractérisée par une sécheresse d'origine nerveuse des muqueuses de la bouche et du nez, et qui est favorablement influencée par la pilocarpine.

LICHTWITZ.

Tumeur glandulaire de la langue, par BUTLIN. (*Clinical society de Londres; the Lancet*, 8 mars 1890.)

Le Dr Butlin a observé, chez deux femmes, sur le dos de la langue, près de la ligne médiane, et en avant de l'épiglotte, des tumeurs de la taille d'un œuf de poule qui furent partiellement enlevées dans les deux cas. Bien que l'opération fut demeurée incomplète, elle suffit pour arrêter le développement ultérieur des néoplasmes. L'auteur pense que ces tumeurs étaient d'origine fœtale; elles n'avaient pas la structure des glandes développées normalement dans cette région et ressemblaient plutôt au corps thyroïde. Cette homologie est critiquée par Boulby.

P. GARNULT.

Traitement de la diphtérie, par SUTTON BARRACLOUGH. (*The Lancet*, 25 janvier 1890.)

L'auteur passe en revue les conditions hygiéniques que l'on doit fournir au malade, le traitement général, le traitement local et la trachéotomie. Barraclough administre l'alcool à l'intérieur, il fait absorber aussi une solution de perchlorure de fer combinée à l'acétate d'ammoniaque. Il se sert également d'une solution forte de perchlorure de fer comme agent local, et l'applique avec une brosse dure qui déchire et détache les fausses membranes. Le perchlorure de fer tanne la fausse membrane qui se sépare des tissus, cautérise les ulcérations de la muqueuse, et agit comme astringent sur ses vaisseaux et arrête l'exsudation.

Toutes les demi-heures on fait des pulvérisations dans la gorge avec un liquide contenant du chlorure de sodium. Lorsque la diphtérie se propage au larynx, on doit administrer de l'ipéca.

Après que la trachéotomie a été faite, on peut faire sortir les fausses membranes de la trachée au moyen d'un aspirateur que

l'auteur décrit. Dans plusieurs cas graves observés par Barraclough, toutes ces précautions furent prises, et les malades revinrent à la santé.

P. GARNAULT.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE.

Oreille.

De l'antisepsie dans les maladies de l'oreille, par Wagnier (*Rev. gén. de l'Antisepsie*, 1889).

Etude sur l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux 1786-1889, par A. Cornie (1 vol. de 110 p., impr. Coussau et Coustalat, Bordeaux, 1889).

Mobilisation de l'étrier, par Moure (Congrès int. d'otologie et laryngol., Paris, septembre 1889; in *Rev. de lar., otol et rhinol.*, 1^{er} avril 1890).

Anatomie normale et pathologique de l'oreille moyenne, par A. Politzer (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Trépanation de l'apophyse mastoïde, par L. Suñe y Molist (Congrès int. d'otol. et de laryngol., Paris, septembre 1889).

L'ostéo-périostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes, par Lévi (Congrès int. d'otol et laryngol., Paris, septembre 1889; in *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 11 octobre 1889).

I. Le pavillon de l'oreille au point de vue anthropologique. II. Contribution à l'étude bactériologique de l'otite moyenne purulente. III. Résultats d'une étude statistique sur la fréquence et la gravité des maladies de l'oreille. IV. Des lésions anatomiques de l'organe de l'ouïe dans les affections endo-craniennes en général et dans les diverses formes de méningites, par G. Gradenigo (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De l'emploi du nouveau phonographe d'Edison comme acoumètre universel, par L. Lichtwitz (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Le téléphone et les affections de l'oreille, par M. Lannois (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Des épithéliums sécrétors des humeurs de l'oreille interne, par Boucheron (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Diagnostic et traitement des obstructions de la trompe d'Eustache, par F. Suarez de Mendoza (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

I. Recherches sur les bactéries du cérumen. II. Démonstrations de préparation de labyrinthes d'oiseaux, par F. Rohrer (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Étiologie et traitement des altérations de la chaîne des osselets, par Ladreit de Lacharrière (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; in *Gaz. des hôp.*, 5 novembre 1889).

Traitement de la sclérose auriculaire, par Delstanche (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Méthode pour mesurer la mobilité et l'élasticité de l'appareil tympanique, par Lœwenberg (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De la compression digitale des artères vertébrales pour calmer les bruits vasculaires, par J. Dundas-Grant (Congrès int. de laryngol. et otol., Paris, septembre 1889; in *Rev. de laryng. otol. et rhinol.*, 1^{er} novembre 1889).

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par S. Duplay (In-18 de 368 p., Asselin et Houzeau éditeurs, Paris 1889).

Traitement de la sclérose auriculaire, par Lœwenberg (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; in *Rev. de laryngol., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1889).

Lapin monstrueux à une seule oreille, présentation de Chevoïn (Soc. d'anthropologie de Paris, séance du 7 novembre; in *Progrès méd.*, 23 novembre 1889).

Examen des maladies de l'oreille, par Tillaux (*Praticien*, 2 décembre 1889).

Contribution à l'étude de l'emploi du naphthol camphré dans le traitement de l'otite moyenne, par L. Dumont (*Thèse de Paris*, décembre 1889).
De la mobilisation de l'étrier, par Boucheron (*Bulletin méd.*, 18 décembre 1889).

Comptes rendus et mémoires du Congrès international d'otologie et laryngologie, tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889, par A. Cartaz (1 vol. de 450 p., Paris 1889).

Du traitement des écoulements d'oreille par le pansement hydrophile, par Luc (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 26 décembre 1889).

Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza, par Lœwenberg (*Bulletin méd.*, 8 janvier 1890).

Un cas d'hématome de la caisse du tympan chez un hémophilique, par F. Rohrer (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 janvier 1890).

L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle, par Gellé (*Médecine moderne*, 16 janvier 1890).

Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par Hamon du Fougeray (Brochure de 70 p., Lecrosnier et Babé éditeurs, Paris, 1890).

De la surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire, par L. Couëtoux, M. Thomas et L. Goguillet (Brochure de 75 p., G. Carré éditeur, Paris, 1890).

Nécrose du rocher et pneumonie infectieuse, par Delassus (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 décembre 1889).

Quelques points de la dermatologie de l'oreille, par Hermet-*(Ann. de dermat. et syphil.*, 25 décembre 1889).

Coup de revolver dans l'oreille; pénétration très faible de la balle, par Lamarque (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1^{er} décembre 1889).

Polype muqueux de l'oreille provoquant de la douleur et des accès de vertige, par Noguêt (*Bull. méd. du Nord*, 27 décembre 1889).

Epithélioma du conduit auditif externe, par Heurteaux (Soc. anatom. de Nantes, séance du 11 décembre 1889; in *Gaz. méd. de Nantes*, 9 janvier 1890).

Sur la paralysie faciale d'origine auriculaire, par Charcot (*Mercredi, méd.*, 19 février 1890).

Des otites grippales dans le cours de l'épidémie actuelle, par P. Braine (*Union méd. du Nord-Est.*, février 1890).

De la mobilisation de l'étrier, par C. Miot (Congrès int. d'otol. et laryngol., septembre 1889; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, n^{os} 2, 3, 4, 5 et 6, 1890).

I. Trois cas d'extraction de corps étrangers de l'oreille. II. Otites dues à l'influenza, par L. Rougier (*Bulletin méd. du dispensaire général de Lyon*, février 1890).

Les otites de la grippe, par Hormet (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 8 mars 1890).

Les affections de l'oreille dans la grippe, par Læwenberg (*Rev. d'hygiène*, février 1890).

L'enseignement des sourds-muets, par L. Couëtoux (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} mars 1890).

L'oreille et le bruit, ou accidents de l'organe de l'ouïe dans les professions bruyantes (Etude et prophylaxie), par Ferrand (Soc. nat. de méd. de Lyon, séance du 17 mars; in *Lyon méd.*, 23 mars 1890).

Mastôidite et cautérisation ignée, par Lacoarret (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Les différentes méthodes d'exploration de la fonction auditive, par Arnould (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 2 et 9 avril 1890).

Des rapports de l'influenza avec les affections catarrhales de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan, par L. Lacoarret (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 février 1890).

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. Hartmann de Berlin, traduit de l'allemand par Potiquet (1 vol. in-4^o de 292 p., avec 43 figures dans le texte, Aselin et Houzeau éditeurs, Paris 1890).

Procédés divers pouvant permettre d'établir le diagnostic de la perforation du tympan. Leçons de A. Politzer, recueillies par M. Natier (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 13 avril 1890).

Polype de l'oreille gauche, par Rougier (*Bull. méd. du dispensaire général de Lyon*, avril 1890).

Le sens auriculaire de l'espace, par Bonnier (*Thèse de Paris*, mai 1890).

Note sur le traitement de l'obstruction de la trompe d'Eustache, par F. Suarez de Mendoza (Soc. de chir. de Paris, séance du 7 mai 1890).

Sur les fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par F. Suarez de Mendoza (Soc. française d'ophtalmologie, Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} septembre 1890).

Observations sur les résultats de l'examen au diapason relativement aux maladies de la portion mastoïdienne du temporal, par Corrado-Corradi (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 13 mai et 1^{er} juin 1890).

De l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition, par Gellé (Soc. franç. d'otol. et de laryng., Paris, 23 mai 1890).

Contribution à l'étude des otites moyennes de la grippe, par E. Menière (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Sclérose de la caisse et traitement par la raréfaction progressive, par F. Suarez de Mendoza (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} août 1890).

Audition colorée, par F. Suarez de Mendoza (Soc. franç. de lar. et otol., 24 mai 1890).

Complications auriculaires de la grippe; mastoïdites, par E.-J. Moure (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai 1890).

Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par M. Lannois (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} septembre 1890).

Influence de l'excitation du nerf auditif sur la perception du diapason vertex, par Corrado-Corradi (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai in *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} septembre 1890).

Corps étranger enfoncé dans la cavité buccale et sorti au bout de dix mois dans la région cervicale postérieure, par Wagnier (Soc. franç. d'otol. et laryng., séance du 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 juin 1890).

Pièces relatives à l'oreille interne des mammifères fossiles des envi-

rons de Reims, par Lemoine (Congrès des Soc. savantes, sect. des Sc. phys. et nat., séance du 23 mai; in *Progrès méd.*, 31 mai 1890).

Abcès du cervelet, par Chaix (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 1^{er} juin 1890).

Manifestations auriculaires de l'influenza, par Lavrand (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 9 mai 1890).

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. 2^e édition augmentée, traduite de l'italien, par A. Joly (1 vol. de 87 p., G. Masson éditeur, Paris, 1890).

Surdité et tumeurs adénoïdes, par Doyen (Congrès des Soc. sav., séance du 29 mai; in *Journ. des conn. méd.*, 5 juin 1890).

I. Otite moyenne catarrhale chronique. Instillation de cocaïne dans la caisse contre les bourdonnements. — II. Otorrhée datant de vingt-six ans, polytypes volumineux des deux oreilles, guérison de la surdité, par J. Charazac (*Ann. de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890).

De quelques complications cérébrales des otites suppurées chez les enfants, par Paul Simon (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin 1890).

Vaste foyer hémorragique du cervelet. Albuminurie, par Ladreit de Lacharrière (*Union méd.*, 5 juillet 1890).

Ordre d'apparition des fentes branchiales chez l'axolotl. Fente branchiale auditive, par F. Houssay (Comptes rendus de la Soc. de biologie, 4 juillet 1890).

Contribution à l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes, par Grandhomme (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

La surdité par bouchons cérumineux, par S. Duplay (*Union méd.*, 17 juillet 1890).

La conformation du pavillon de l'oreille chez les normaux, chez les aliénés et chez les criminels, par G. Gradenigo (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} août 1890).

Des plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité, par Boulard (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, Congrès de Limoges, août 1890; et *Gaz. méd. de Paris*, 13 septembre 1890).

L'influence du sexe dans la latéralisation des affections auriculaires, par Lœwenberg (*Bull. méd.*, 2 août 1890).

Otite ostéopériostique, par Duplay (*Bull. méd.*, 27 août 1890).

Plaie par arme à feu de la région auriculo-parotidienne. Section du facial. Hémorragies secondaires. Ligature de l'artère carotide primitive. Guérison, par Barette et Audrain (*Année méd. de Caen*, 15 juillet 1890).

Contribution à l'étude de l'oto-méningite, par Ménard (*Thèse de Montpellier*, 1890).

Otite moyenne, nécrose et suppuration de l'apophyse mastoïde, par Tilliaux (*Gaz. des hôp.*, 11 septembre 1890).

Larynx et Trachée.

La mort subite dans les maladies graves du larynx, par R. Botey (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} et 15 septembre 1889).

Lupus primitif du larynx, par J.-B. Marty (Congrès int. de dermat. et syphil, Paris, août; in *Progrès méd.*, 7 septembre 1889).

Sur un cas de mutisme hystérique, par B.-H. Stephan (*Rev. de méd.*, 10 septembre 1889).

Trachéotomie dans le croup. Ses indications et ses contre-indications, par Bednawski (*Thèse de Montpellier*, 1889).

Cas de mutisme simulé, par Catrin (*Lyon méd.*, 15 septembre 1889).

Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du récurrent,

par F. Massei (Congrès int. d'otol. et laryng., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1889).

Classification des troubles de la parole, par Chervin (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

I. Tubage et trachéotomie. — II. Nouvel instrument pour remplacer la canule dans la trachéotomie, par F. Egidi (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Aphorismes sur le diagnostic et le traitement de la phthisie du larynx, par J. Schnitzler (Congrès int. d'otol. et de laryngol., Paris, septembre 1889).

De l'ictus laryngé, par A. Cartaz (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Arch. de laryngol.*, octobre 1889).

Du bacillo de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx, par R. Botey (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de laryng., otol. et physiol.*, 15 novembre 1889).

Valeur de la trachéotomie et de la laryngotomie intercrico-thyréoïdienne, par J. Charazac (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 mars et 1^{er} avril 1890).

Indications et contre-indications de la trachéotomie chez les phthisiques, par P. Koch (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

I. Papillome et tuberculose du larynx. — II. Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose laryngienne, par A. Gougouenheim (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Tuberculose laryngée à forme scléreuse, par H. Luc (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Arch. de laryngol.*, octobre 1889).

I. Voix et registres. — II. Genèse et ordre de succession des vibrations glottiques, par Moura (Congrès int. d'otol. et de laryngol., Paris, septembre 1889).

Electrolyse dans les infiltrations tuberculeuses chroniques du larynx, par T. Heryng (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Traitement du cancer du larynx, par Roquer y Casadesus (Congrès int. d'otol. et de laryngol., Paris, septembre 1889).

Considérations sur certains cas de corps étrangers de la trachée, par F. Massei (Congrès int. d'otol. et de laryngol., Paris, septembre 1889).

Physiologie des organes vocaux, par G. Nuvoli (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Anévrisme de la crosse de l'aorte comprimant la trachée; accès d'oppression, par Daraignez (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 septembre 1889).

Physiologie de la trachée et des bronches. Déductions pathologiques, par Nicaise (4^e session du Congrès français de chir., séance du 8 octobre et *Rev. de méd.*, 10 novembre 1889).

Bégayement hystérique, par G. Ballet (Soc. méd. des hôp., de Paris, séance du 11 octobre 1889).

Des injections intra-trachéales d'huile créosotée chez les tuberculeux, par L. Dor (*Rev. de méd.*, 10 octobre 1889 et 10 février 1890).

Présentation d'un malade ayant subi l'extirpation totale du larynx, par Demons (4^e session du Congrès français de chir., séance du 12 octobre 1889).

Corps étranger, noyau d'olive dans la trachée; trachéotomie, guérison, par d'Astros (*Marseille méd.*, 30 juillet 1889).

Phthisie laryngée primitive acquise par cohabitation, par Cadier (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 24 octobre 1889).

Périchondrite suppurée du larynx. Symptômes de croup. Trachéotomie. Mort, par Coulon (*Progrès méd.*, 19 octobre 1889).

Des suites de la fièvre typhoïde; déterminations laryngées ou stomacales, par M. Peter (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre 1889).

De la phthisie laryngée. Son traitement antiseptique, par De Backer (*Rev. gén. de l'antiseptie*, 25 octobre 1889).

Obturation d'une fistule trachéale par un procédé spécial, par P. Berger (Soc. de chir. de Paris, séance du 30 octobre 1889).

La trachéotomie d'urgence dans l'asphyxie, par L. Bourotte (*Union méd.*, 12 novembre 1889).

Du menthol en injections intra-trachéales et laryngiennes dans la tuberculose du poumon et du larynx, par Bossu (*Thèse de Paris*, novembre 1889).

A propos de la trachéotomie en cas d'asphyxie, par Delaunay (*Union méd.*, 19 novembre 1889).

Note sur trois cas de paralysie glosso-labio-laryngée, par F. Moty (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre 1889).

Double trachéotomie, par Durand (Soc. des Sc. méd. de Lyon, décembre 1889; in *Lyon méd.*, 5 janvier 1889).

Injections trachéales de naphтол dans la pneumonie, par Pignol (Soc. de Biologie, séance du 4 janvier 1890).

Une nouvelle indication du tubage du larynx, par A. Gampert (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1890).

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par G. Richelot (Soc. de méd. prat. de Paris, séance du 9 janvier; et *Union méd.*, 26 janvier 1890).

Fièvre typhoïde chez un alcoolique. Mort par laryngo-typhus, par F. Lovy (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, décembre 1889).

Des troubles fonctionnels de la déglutition chez les trachéotomisés, par V. Raulin (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 et 15 décembre 1889).

Du gaz acide carbonique et de son emploi dans le traitement des diverses affections du larynx et des voies respiratoires, par de Lamallères (*Paris méd.*, 18 janvier 1890).

Les affections de la gorge dans la grippe, par A. Cartaz (Soc. de méd. publique et d'hygiène prof., séance du 22 janvier; in *Médecine moderne*, 30 janvier 1890).

Syphilis laryngienne tertiaire, par Rougier (*Bull. méd. du dispensaire général de Lyon*, janvier 1890).

Sangue dans la région sous-glottique, extraction par les voies naturelles, par Ficano (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} février 1890).

Croup. Tubage du larynx. Guérison, par Bergeron (d'Étoile); (*Paris méd.*, 8 février 1890).

Rétrécissement de la trachée; autopsie, par Paul Berger (Soc. de chir. de Paris, séance du 5 février 1890).

De l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles aux États-Unis et au Canada, par J. Baratoux (*Pratique méd.*, 11 et 23 février, 4 et 18 mars 1890).

Cancer du larynx. Laryngectomie, par Dagron (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1890).

Du traitement des laryngo-syphiloses, par Ch. Eloy (*Mercredi méd.*, 12 février 1890).

Un cas irrégulier de syphilis du larynx, par Ficano (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 février 1890).

De la dysphonie nerveuse chronique, par E. Brissaud (*Arch. de laryng. et rhinol.*, février 1890).

Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par H. Luc (*Arch. de laryngol. et rhinol.*, février 1890).

Deux cas d'œdème de la glotte comme complication de la grippe s'étant terminée par la guérison, par Moreau (Soc. de méd. d'Alger, séance du 13 février; in *Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} mars 1890).

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Ed. Schwartz (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 13 mars 1890).

Cancer du larynx, par H. Cuvillier (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1890).

Papillomes du larynx, par Gourraud (Soc. anatom. de Nantes, séance du 27 février; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1890).

Traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tuberculeuse, par A. Mascarel (*Thèse de Paris*, mars 1890).

Fracture multiple du larynx et de l'os hyoïde, par E. Jeanmaire (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, janvier 1889).

Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable, par Ch. Périer (Soc. de chir. de Paris, séances des 19 et 26 mars 1890).

Corps étranger (haricot) ayant séjourné neuf jours dans la trachée; guérison après trachéotomie, par H. Douart (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, février 1890).

Manifestations tertiaires syphilitiques du larynx simulant une phymie laryngée à la deuxième période, par E. Peyrissac (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Laryngite sèche hémorragique, par L. Rougier (*Bull. méd. du dispensaire général de Lyon*, mars 1890).

Grippe compliquée de parotidite suppurée, œdème de la glotte, trachéotomie, guérison, par de Lostalot (*France méd.*, 23 mars 1890).

Ictus laryngé, par Huguin (*Union méd. du Nord-Est*, mars 1890).

Angor pectoris et angouisse laryngée, par Brissaud (*Tribune méd.*, 29 mars 1890).

Etat du larynx dans la grippe, par Ch. Fauvel et Saint-Hilaire (*Tribune méd.*, 17 avril 1890).

Etude sur la dysphagie dans la phtisie laryngée, son traitement, par A. Didier (*Thèse de Lyon*, 1890).

Syphilis tertiaire des voies respiratoires: larynx, trachée et premières bronches; broncho-pneumonie et pleurésie. Adénopathie péri-trachéale, compression du nerf récurrent droit et rétrécissement de la trachée. Syphilis du foie, anévrysmes miliaires dans le cerveau, par F. Raymond (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 mai 1890).

Deux cas de croup inflammatoire guéris par l'alcoolature de sedum acre, par Audic (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai 1890).

De l'intubation du larynx dans le croup, par Duchamp (*Loire méd.*, 15 avril 1890).

De la trachéotomie chez les enfants âgés de moins de 6 ans, par A. Didier (Soc. des Sc. méd. de Lyon, avril 1890; in *Lyon méd.* 18 mai 1890).

Etude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie, par Carasco (*Thèse de Paris*, mai 1890).

Des complications laryngées de la grippe, par E.-J. Moure (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 11 mai 1890).

Leçons sur les maladies du larynx, par E.-J. Moure, recueillies et rédigées par M. Nator (1 vol. de 600 p. avec des figures en noir dans le texte, O. Doin éditeur, Paris, 1890).

Mort subite par introduction de lait dans les voies aériennes, par E. Müller (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1^{er} avril 1890).

Un cas de mutisme hystérique. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique, par J. Charazac (Soc. franç. d'otol. et laryngol., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 juin 1890).

Traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par Tymowski (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai 1890).

Traitement chirurgical des petits néoplasmes sessiles du bord libre des cordes vocales au moyen d'une curette spéciale, par H. Luc (*Arch. de laryng. et rhinol.*, avril 1890).

Guérison d'un cas de croup, par Donadieu-Lavit (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 4 juin 1890).

Contribution à la physiologie des nerfs récurrents, par Ch. Livon (Comptes rendus de la Soc. de Biologie, Paris, 6 juin 1890).

Œdème du larynx au cours des oreillons, par Pitatte (Com. méd. des Bouches-du-Rhône; in *Bull. méd.*, 8 juin 1890).

Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par les inhalations d'air surchauffé, par J. Baratoux (*Prat. méd.*, 10 juin 1890).

Oedème aigu du larynx par refroidissement. Trachéotomie. Guérison, par P. Oulmont (*Médecine moderne*, 12 juin 1890).

Deux cas de kyste sanguin du larynx, par J. Charazac (*Ann. de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890).

De la trachéotomie chez les très jeunes enfants, par M. Péraire (*Rev. de chir.*, 10 juin 1890).

Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie, par Paul Raymond (*Gaz. des hôp.*, 21 juin 1890).

Appareil pour permettre le lavage antiseptique de la trachée, présenté par Reynal O' Connor (Acad. de méd. de Paris, séance du 17 juin 1890).

Polype du bord libre de la corde vocale droite, par Polo (Soc. anat. de Nantes, séance du 14 mai; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1890).

Etude sur les laryngoplégies unilatérales. Leur valeur diagnostique, par R. Moncorgé (*Thèse de Lyon*, 1890).

De la valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngectomie dans les cancers du larynx, par C. Fauvel et E. Saint-Hilaire (*Gaz. des hôp.*, 24 juin et 1^{er} juillet 1890).

Trachéotomie; thyroïdectomie partielle, par A. Poncet (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 6 juillet 1890).

De l'extirpation du larynx, par Pinçonnet (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Etude clinique de l'adénopathie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée, par Lecureuil (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Etude critique sur les lésions des nerfs récurrents, par Blanc (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage, par Goisque (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Paralysies et polypes des cordes vocales, par Barisien (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

A propos d'un cas de trachéotomie pour croup chez un enfant de 18 mois, guéri, par A. Didier (*Lyon méd.*, 20 juillet 1890).

Deux cas de cancer du larynx, par Lamarque et Lacaze (Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juin 1890).

Du bégayement hystérique, par G. Ballet et P. Tissier (*Arch. de neurologie*, juillet 1890).

Innervation du muscle crico-thyroïdien, par Ch. Livon (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Intubation dans le croup, par Queirel (Ass. franç. pour l'avanc. des Sc. congrès de Limoges, août 1890).

Conséquences opératoires après la trachéotomie, par Delthil (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

De l'examen du larynx comme élément précoce de diagnostic général, par P. Raugé (*Bull. méd.*, 3 et 7 septembre 1890).

Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par P. Raugé (*Lyon méd.*, 3 et 10 août 1890).

De la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical, par H. Luc (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 6 et 13 août; et *Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

Des relations du larynx avec le système nerveux moteur, par F. Semon et V. Horsley (*Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle. Intégrité du larynx. Spasme de la trachée. Trachéotomie. Guérison, par Chaput (*Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

La laryngologie depuis le dernier congrès de 1887 (Discours d'ouverture prononcé à la section de laryngologie et de rhinologie du congrès de Berlin, par B. Fraenkel (*Arch. de lar. et rhin.*, août 1890).

NOUVELLES

Association médicale britannique.

L'Association s'est réunie à Birmingham le 29 juillet 1890.

Section de laryngologie et rhinologie. — Président : John St Swithin Wilders; vice-présidents : Ch.-J. Symonds et Arch. E. Garrod; secrétaires : E. H. Jacob et Scanes Spicer.

Communications. — Traitement des affections laryngées tuberculeuses, par Ch. J. Symonds et G. Hunter Mackenzie. — Paralytic double des abducteurs du larynx d'origine incertaine, par E. Trevelyan. — Etiologie, signification et traitement des éperons et des déviations du septum nasal, par E. Woakes et W. J. Walsham. — Valeur de la méthode de Héwetsou pour forcer les dilatations nasales, surtout dans le traitement des sténoses nasales antérieures, par W. Hill. — Tenesmus du pharynx et de la gorge, par Lennox-Browne. — Avantages des insufflations d'air médicamenteux sur les inhalations, par Hartnett. — Affections communes de l'amygdale pharyngée et leur relation avec les maladies de l'oreille, de la gorge et du nez, par A. Bronner. — Discussion sur l'excision des amygdales, etc.

Section d'otologie. — Président : Ch. Warden; vice-présidents : J. Dundas Grant et W. Hill; secrétaire : R. Kerr Johnston.

Communications. — Maladie intra-nasale en relation avec les affections de l'oreille, à l'exception du catarrhe rétro-nasal et des végétations adénoïdes, par Lennox-Browne. — Etiologie du tintement d'oreilles, par Macnaughton Jones et L. Turnbull. — Effets nuisibles des sons éclatants sur l'audition, surtout des sifflets de chemins de fer, par Th. Barr. — Emploi et avantages de la membrane tympanique artificielle antiseptique, par Ward Cousins. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme cause de surdité, par L. Turnbull. — Avantages comparés du cathétérisme de la trompe d'Eustache et de la poire de Politzer dans les cas de gonflement de l'oreille moyenne, par Donald Stewart. — Traitement de quelques cas d'otites moyennes chroniques, par Arbuthnot Lane et W. A. R. Stewart, etc.

Section de médecine et thérapeutique. — Des injections intralaryngées dans le traitement de certaines affections laryngées et pulmonaires, par Walker Downie.

L'Association rhinologique américaine a tenu sa 8^e réunion annuelle à Louisville, les 6, 7 et 8 octobre 1890, sous la présidence du D^r Hobbs.

Nous lisons dans la *Berliner klin. Wochens.* que le D^r F. A. Barth, qui vient d'être nommé professeur extraordinaire à l'Université de Marburg, occupera la chaire de laryngologie et d'otologie, que l'on va créer dans cette ville.

Le *Bulletin médical* annonce que M. H. Cuvillier, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission en Autriche-Hongrie, pour y étudier l'organisation des services hospitaliers au point de vue du traitement des maladies du larynx et des oreilles.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant (procédé de Moritz Schmidt), par R. CALMETTES et LUBET-BARBON (Extrait de la *Gaz. hebd. de médéc. et chir.*, 23 août 1890).

Bons résultats permanents de l'excision de la membrane du tympan et du marteau dans un cas de vertige auriculaire chronique, et dans un cas de suppuration chronique de l'attique tympanique, par C. H. BURNETT (Extrait du *Med. News*, 16 août 1890).

Les complications auriculaires de l'influenza, par G. MASINI. (Communication faite à l'Académie royale de médecine de Gênes, le 17 mars 1890).

Sur le traitement de quelques variétés de surdité par la mobilisation de l'étrier, par G. MASINI (Extrait du *Boll. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, n° 3, 1890).

Diseases of the Nose and its accessory cavities, with special sections of diseases of the skin of the nose, on injuries, on rhinoplastic operations and on ear affections in their relations to intra nasal diseases. (Maladies du nez et des cavités accessoires, par W. SPENCER WATSON, avec addition sur les affections cutanées du nez, les traumatismes, les opérations rhinoplastiques et les affections de l'oreille en rapport avec les maladies intra-nasales, par R. LIVEING, W. ADAMS et A. E. CUMBERBATCH (2^e édition avec de nombreuses gravures et des planches lithographiées H. K. Lewis, éditeur, 136, Gower street, Londres, 1890).

De l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, par Stanislas DE STEIN (Un volume de 430 pages, Moscou, 1890).

Die hypertrophie der Tonsilla pharyngea und ihre Behandlung (L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et son traitement, par W. MEDERNACH (Dissertation inaugurale de l'Université de Strasbourg, impr. F. Rohrl, Würzburg, 1890).

Traitement des paralysies laryngées idiopathiques, par CHEVAL

(Extrait du *Journ. de la Soc. royale des sciences médic. et natur de Bruxelles*, 1890).

Ueber die Beziehungen des Carcinoms zur pachydermie (Des rapports du carcinome avec la pachydermie, par A. KUTTNER (Tirage à part des *Virchow's Archiv.*, 121 Bd, 1890).

Zur Frage der Pachydermia laryngis (De la pachydermie laryngée), par A. KUTTNER (Tirage à part de la *Berlin. klin. Wochens.*, n° 36, 1890).

De l'extirpation du larynx, par A. PINÇONNAT (Un volume de 132 pages, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1890).

Normale und pathologische Anatomie der Nase (Anatomie normale et pathologique du nez), par A. HARTMANN (Atlas de 12 planches photographiées, librairie Fischer, Berlin, 1890).

Ueber die Erscheinungen und Komplikationen von Seiten der Respirationsorgane im Verlauf der influenza Epidemie (Sur l'apparition des complications du côté des organes respiratoires au cours de l'épidémie d'influenza, par A. SOKOLOWSKI (Tirage à part de l'*Int. klin. Rundschau*, n° 12, 13, 14 et 15, 1890).

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica (Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique), par A. SOKOLOWSKI (Tirage à part de l'*Int. klin. Rundschau*, n° 19 et 20, 1890).

Le Gerant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

OTITE ET PARALYSIE FACIALE

Par le Dr GELLÉ (1).

L'épidémie de grippe de l'hiver 1889 à 1890 s'est montrée d'une gravité exceptionnelle tant par la multiplicité des sujets atteints que par celle des complications consécutives observées. Parmi celles-ci les otites de l'oreille moyenne ont été des plus graves.

La suppuration souvent bilatérale, l'abcès mastoïde, la suppuration des cellules mastoïdes ont été d'une multiplicité remarquable. Delstanche à Bruxelles, Politzer à Vienne, Lœwemberg et moi, au milieu même de l'épidémie, nous avons attiré l'attention sur ces manifestations otiques d'une fréquence et d'une gravité insolites.

Depuis lors, la presse a recueilli une foule de faits, de phénomènes pathologiques consécutifs à cette maladie, et le sujet semblait épuisé, au moins en ce qui regarde les affections auriculaires. Mais il n'en est rien.

En effet, pendant toute la durée de cette épidémie et depuis j'ai observé, en nombre tout à fait étonnant, une des complications des plus sérieuses de l'otite moyenne suraiguë ; je veux parler de la paralysie faciale. De là, l'idée de cette thèse. En ajoutant à ces faits ceux que j'ai récoltés tant dans ma pratique personnelle que sur les malades de la consultation du service otologique, que le professeur Charcot a ré-

(1) Mémoire lu au Congrès de Berlin en août 1890.

celement créé et annexé à la clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière, j'ai pu observer 31 cas de paralysies faciales liées ou non à des otites grippales ou autres. J'ôterai d'abord un cas par traumatisme, puis un cas causé par la foudre et un troisième par tumeur cérébrale, dont nous parlerons cependant.

Restent 28 faits, dont j'élimine 5 cas d'otorrhées chroniques : 2 sur des enfants de 7 et de 9 mois, et 3 autres sur des adultes manifestement l'un tuberculeux, les autres syphilitiques. Les 23 observations qui restent sont des paralysies faciales liées à des otites aiguës indiscutables dans 18 cas.

On remarque tout d'abord que dans deux cas seulement (Obs. 21-22) la suppuration eut lieu ; et elle fut postérieure, une fois, à la paralysie de la face ; 21 fois les oreilles n'ont pas suppuré.

J'insiste, dès le début, sur cette statistique, car il a été donné dans le même moment d'observer les accidents suppuratifs les plus variés et les plus étendus, les processus les plus envahissants, les fusées purulentes du côté de la parotide, de la région mastoïde, sur le temporal, etc , sans qu'aucune manifestation de trouble fonctionnel se soit montrée du côté du facial. Il semble que cette marche, cette extension de l'inflammation vers le dehors, toutes sérieuses qu'elles soient, exposent moins aux complications de cet ordre. Le pourquoi de ces localisations nous échappe.

II

Sans entrer dans de grands détails anatomiques, je rappellerai seulement, pour préciser la pathogénie de la lésion du nerf facial dans l'otite moyenne, que ce nerf, dans son trajet à travers le rocher, côtoie la cavité tympanique. Ces rapports sont plus ou moins intimes, suivant que la paroi osseuse du conduit parcouru par le nerf offre une épaisseur plus ou moins forte. L'isolement est variable et très imparfait.

En effet, le canal de Fallope, à partir de son affleurement à la paroi interne de la caisse du tympan, fait une saillie

semi-cylindrique visible et accessible chez l'adulte, quoique moins que chez le nouveau-né.

Cette zone superficielle s'étend du bec de cuiller et du tendon réfléchi du tenseur jusqu'à la pyramide; elle forme au-dessus de la fenêtre ovale et de l'étrier un bourrelet arrondi en plein cintre. Plus bas le canal de Fallope s'enfonce dans la paroi postérieure de la caisse; et disparaît dans l'épaisseur du rocher.

Cette portion du canal, saillante, superficielle à parois minces, est le « *point vulnérable* » dans l'otite; celui par où le nerf est atteint.

D'autres conditions anatomiques s'ajoutent encore, qui facilitent l'envahissement du conduit et les lésions concomitantes du nerf inclus.

D'après Henle, Hyrtl, il existe constamment chez l'homme à la face inférieure du bourrelet arqué formé à la face de la paroi de l'oreille moyenne par le canal de Fallope, une lacune assez étendue, par laquelle les vaisseaux du canal s'anastomosent avec ceux de la caisse. La nutrition du facial, ainsi que je le remarque dans mon traité (1), est donc en ce point liée à celle de la paroi labyrinthique; et la propagation des troubles vasculaires ou inflammatoires existe facilement entre celle-ci et le canal; les deux périodes se confondent à ce niveau, et subissent le même processus. Il existe de grandes variétés dans ces dispositions; mais leur existence et la prédisposition qui en découle sont évidentes, et expliquent la communauté des maux.

III

J'ai pris soin d'éliminer les faits d'otorrhée chronique pour préciser davantage le mode pathogénique de la paralysie faciale dans l'otite moyenne aiguë. Avec Deleau et Roche (1857), avec Weir-Mitchell, avec Berard, avec Erb, avec Grasset, je pense que le nerf facial se trouve comprimé dans sa gaine osseuse, par l'infiltration œdémateuse inflammatoire du périoste du canal.

(1) *Précis d'otologie*, Gellé, 1885.

L'apparition de la paralysie dans les premiers jours de l'inflammation otique du deuxième au huitième, dans mes observations, avant tout exsudat et bien avant la formation du pus, plaide en faveur de cette opinion. La guérison fréquemment rapide de la paralysie faciale s'explique mieux ainsi; et les récives si faciles se comprennent aisément, puisque la lésion laisse intact le tissu même du nerf. Grasset, rappelant les expériences et conclusions de Weir-Mitchell, émet aussi la même opinion: le tissu nerveux, dit-il, est comprimé, mais respecté; d'où le retour rapide et intégral à la condition normale. Voici un fait où le processus œdémateux aigu du début a été nettement constaté, le mode pathogénique s'étant trahi au dehors. Observation, 23 mai 1881. (Résumé n° 23.)

M... , 35 ans, plombier pour appareils de chauffe; atteint de goutte aux deux pouces des pieds il y a six ans. L'oreille droite est bonne; la montre y est entendue à 40 centimètres; perception crânienne bonne partout. L'oreille gauche s'est assourdie depuis huit jours, sans douleur, à la suite d'un refroidissement. M. = 10 centimètres à gauche. Il se plaint de la gorge, rouge cramoisi, à gros plis qui combent le pharynx; douleur à la pression le long des vaisseaux du cou, à gauche. Il constate de plus, en divers points de la face et du cuir chevelu, mais surtout à l'occiput, au niveau de la région mastoïde et sur le haut du front et du vertex, l'apparition de *bosselures subœdémateuses sans éruption, sensibles au toucher*. Depuis, la face s'est déformée; il y a de la *paralysie faciale gauche*; le malade ne peut clore l'œil gauche ni siffler; les aliments s'amassent dans la joue; la bouche grimace et se tord à droite, etc.; la sensibilité est intacte. Il n'y a pas d'hypéracousie ni d'audition douloureuse. — Le tympan clair, déprimé, opalescent au fond; le triangle lumineux net; pas d'injection vasculaire. D. V. perçu à gauche; son non mobilisé par l'occlusion du méat droit.

26 mai. Deux jours après, douleurs névralgiques très vives au front, à la tempe, au devant du tragus, sous l'articulation et sous la mâchoire; bourdonnement d'oreille intense. — 5 juin. M. 25 centimètres à gauche; soulagement par la quinine; souffle et claquement par le valsalva à gauche; la paralysie complète flasque, identique (électrisation, courants induits); tête lourde, douleurs otiques moindres. — 15 juin. Douleurs violentes au

niveau de l'articulation du pouce du pied gauche; véritable accès de goutte (héréditaire du côté paternel); mieux immédiat des douleurs otiques et névralgiques, des bourdonnements, de la céphalalgie.

La pharyngite persiste, et des vertiges tourmentent le malade au plus léger mouvement de tête.

Le tympan est translucide, net; vue de l'enclume; voussure moindre. Claquement tympanique par la déglutition, déplacement en totalité de la membrane par le valsalva.

25. Amélioration; les douleurs de goutte s'apaisent. Dyspepsie extrême; vertiges; sensation de goût d'encre du côté gauche de la langue.

3 juillet. Accès de goutte cessé; pharyngite persistante avec rhinite; obstruction tubaire; vertiges constants et provoqués par les pressions. Autophonie, résonance douloureuse de la voix de son enfant et de la sienne. Cependant les signes objectifs otiques sont toujours d'apparence à peine anormale.

Maintenant la figure est presque normale au repos. Les rides se reforment; il y a toujours congestion pharyngée.

En août, guérison de la paralysie faciale, mais conservation d'un peu de vertige et d'une grande sensibilité au bruit; la pharyngite rhumatismale ne cède que lentement; la trompe est redevenue facilement perméable à gauche, sans grande amélioration de l'ouïe. En résumé, otite à gauche, avec rhino-pharyngite subœdémateuse, puis accès de goutte au pied, qui arrête le processus otique; enfin, reprise avec intensité moindre, après l'accès de goutte passé; vertige, autophonie, ouïe douloureuse et abaissement de l'ouïe à gauche persistant après la paralysie faciale guérie.

Ce malade a conservé longtemps un retard énorme de l'accommodation constaté par l'audition successive de deux sons; le deuxième, plus faible, n'était perçu que 5 à 8 secondes après le premier (expérience avec le téléphone et la bobine d'induction).

Ainsi, le canal de Fallope a été envahi par un œdème aigu phlegmoneux véritable.

J'ai pu observer deux fois le zona du pavillon, de la joue et du pharynx dans les prodromes de la paralysie de la face. L'existence de ce curieux processus névritique dans les antécédents immédiats de l'affection parétique du facial mérite d'attirer l'attention; il y eut un cas suivi de suppura-

tion ; tous deux s'accompagnèrent de souffrances prolongées et de phénomènes d'hyperesthésie auditive (vertige, ouïe douloureuse).

Au point de vue étiologique, on doit penser, d'après ces faits, qu'il y a simultanéité des lésions otiques et nerveuses, mais nullement que l'une est issue de l'autre ; cependant cette propagation, en certains cas, est indiscutable.

La prédisposition, née des rapports anatomiques si étroits, suffit-elle à l'étiologie de la paralysie du facial intra-tympanique ? Il résulte de l'analyse des faits d'otites aiguës, grippales surtout, que j'ai observées récemment, que la nature et l'évolution même de l'inflammation ont aussi, pour amener ce résultat, une grande valeur causale. C'est ainsi que le mode épidémique, qui résume plusieurs éléments d'activité morbide et de gravité, a fourni un nombre anormal de ces complications paralytiques. En regardant de plus près, on trouve également, dans la marche du processus obtique, les raisons de l'apparition si précoce de la paralysie. Si les observations montrent, en effet, que le « point vulnérable » du canal de Fallope est primitivement frappé, alors tout devient clair dans cette pathogénie.

Or, les faits indiquent l'évolution suivante : à l'oreille, l'inflammation succède, à plus ou moins longue échéance, à des rhinites intenses et rebelles, à des pharyngites grippales, infectieuses ou autres, à sécrétions puriformes, avec amygdalites suppurées partielles ou générales, soit du même côté, soit à l'opposé ; la trompe se prend, puis la paroi interne de la caisse, et surtout la voûte de celle-ci ; la chaîne des osselets est prise à la suite, et ce n'est que bien plus tardivement, dans la plupart des cas, que la paroi membraneuse, le tympan, est à son tour envahi. Déjà la paralysie existe, et aucun signe objectif ne traduit le mal profond décelé par de douloureux troubles subjectifs et fonctionnels. Déjà la paralysie faciale est *totale*, et c'est à peine si l'inspection (Obs. 23) de l'oreille révèle un aspect trouble, une opacité dans le segment supéro-postérieur du tympan. Plus tard apparaissent les rougeurs au pôle supérieur, au-dessus de l'apophyse externe et sur la région

murale du conduit osseux ; le quart supéro-postérieur de la cloison se ballonne, rougit, fait saillie peu à peu, et son gonflement se confond avec celui de la paroi du conduit ; les deux tiers inférieurs de la membrane restent comme en dehors du processus et peuvent rester tels. Si l'inflammation marche vite, tout apparaît rouge et gonflé comme dans l'otite moyenne totale.

Cette progression des profondeurs à la surface est l'allure de l'otite aiguë périostique, de l'inflammation intersticielle aiguë ; à en juger d'après l'aspect des surfaces mises à nu dans l'incision de l'abcès prémastoïde, on peut admettre que, grâce à la virulence du mal, à sa nature infectieuse, c'est de l'ostéo-périostite même qui évolue.

Envahi dès la première heure, le canal de Fallope le signale par la paralysie faciale, symptomatique d'une otite de la paroi interne de la caisse.

Mais le diagnostic de l'otite limitée à la paroi labyrinthique n'est pas au-dessus des moyens du clinicien, bien que la plus intéressante partie de cette progression de l'inflammation se passe loin du regard et se dissimule à notre inspection.

Ce diagnostic est au moins facile dans les formes suraiguës, celles surtout dont la grippe nous a multiplié les observations récemment, et où fréquemment les manifestations catarrhales rhino-pharyngées et la bilatéralité des lésions mettaient sur la voie les moins prévenus.

Il faut savoir qu'il n'en est pas de même en dehors de ces conditions ; le chapitre si rempli des paralysies faciales dites *a frigore* suffit à le montrer.

Mais il y a une transition de ces dernières aux autres, celles à otite indiscutable, « *c'est la paralysie faciale douloureuse* » dont la fréquence, signalée par Weber, a été relevée par d'autres auteurs (Grasset et Neumaum) tout dernièrement en France (1).

(1) CHARCOT : Leçons des 17 janvier et 7 février 1888.

WEBER : *Briston medical. II.*, 8 février 1878.

NEUMANN : Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale. 2 mémoires. *Arch. neur.*, juillet 1887.

Dans l'épidémie d'influenza, la plupart des paralysies faciales ont été précédées de douleurs vives ; il n'est pas illogique d'admettre que, pour une partie, ces douleurs étaient sans doute causées par la compression du nerf facial, que l'on sait être sensible à sa sortie du trou stylo-mastoïdien ; le siège de la douleur, à la région mastoïdienne, en effet, est noté fréquemment dans une foule d'observations ; c'est un des signes de l'otite moyenne (Weber, Grasset, Neumann).

Le périoste du canal est aussi le point de départ d'irritations du trijumeau.

En réalité, en face d'une malade atteinte d'hémiplégie de la face, écoutez le récit des douleurs endurées, négligez l'examen de l'oreille et de l'audition, et vous trouvez le type de la paralysie faciale douloureuse des auteurs. J'ajoute que l'otite et la douleur passent relativement vite et que la paralysie dure et saute aux yeux ; tout le monde connaît celle-ci, et beaucoup ignorent celle-là.

IV

L'otite qui se compliquera de l'hémiplégie de la face, a-t-elle une allure particulière ? se présente-t-elle avec des signes qui puissent indiquer à l'observateur l'imminence de cette complication ? y a-t-il une otite prémonitoire, pour ainsi dire, de la paralysie ?

Si l'on considère dans leur ensemble celles de mes observations récemment récoltées pendant la grippe, certes on est frappé de la ressemblance fort nette des symptômes primordiaux au point de vue de leur apparition, de leur évolution, de leur intensité, de leur durée et de l'époque où naît l'accident nerveux paralytique ; on aurait tendance à voir, dans ce complexe symptomatique, une sorte de syndrome parti-

CARTAZ : Thèse de Paris ; Paralysie douloureuse de la septième paire.

MÖBIUS : Sur la prédisposition héréditaire à... (Erlemmeyr's centralblatt, 1886, S. 197, 82.)

BERNHARDT : Beitrag zur refrigeratorischen Facialis lähmung. (Berlins Klin, Woch, 19. 1888.)

culier et, comme j'ai dit, une apparence de signes prémonitoires.

Ces clichés symptomatiques sont cependant absolument identiques aux tableaux nosologiques présentés par les inflammations auriculaires qui n'ont pas été compliquées de paralysie de la face.

La comparaison en a été facile durant cette influenza où les cas des deux sortes ont abondé.

Donc, aucun caractère notable ne peut servir à la prévision de cette complication sérieuse, pas même l'intensité du processus.

Nous verrons au cours de notre étude ce que cette conclusion a de trop exclusif ; l'analyse des faits et de leur évolution semble faire augurer mieux.

Mais tout d'abord n'est-ce rien que de rappeler que la paralysie faciale est souvent liée à un état inflammatoire.

Attaqué énergiquement à son début, celui-ci cédera, sans doute, plus vite ; et c'est là une indication des plus pressantes en présence d'une hémiplégie faciale.

L'analyse des observations de ma série fera mieux connaître les phases et accidents de ce conflit pathologique, à début otique, et terminé par l'hémiplégie faciale. Nous y associerons la comparaison des hémiplégies otitiques, avec celles qui reconnaissent une étiologie toute différente, et non inflammatoire.

V

La fièvre a été signalée dans les premiers symptômes prodromiques de l'affection du nerf comme dans les cas d'otite moyenne aiguë simple. Fièvre vive ; avec ascension rapide de la température que j'ai vue atteindre 40° et 41° ; avec ses redoublements paroxystiques nocturnes ; avec sa marche progressive, l'insomnie et la céphalalgie.

Par contre cependant dans 2 cas, non épidémiques, il y eut à peine un jour de malaise au début ; rappelons qu'il s'agit de la forme non suppurative la plupart du temps.

Un des symptômes noté dès le début, et des plus remar-

quables au point de vue du diagnostic, c'est la douleur, ou mieux les douleurs.

Elles sont terribles le plus souvent (17 sur 22) ; affections primaires, poussées nouvelles sur d'anciennes otites rhumatisques ou récidives agyrétiques sont toutes accompagnées, et annoncées plutôt, par des crises de douleurs otiques, parotiques, plus ou moins étendues à la moitié de la face.

Souvent toute la tête est prise ; mais surtout du côté atteint plus tard de parésie ; car souvent dans les états diathésiques et dans l'épidémie d'influenza, les deux oreilles sont à la fois enflammées, mais inégalement.

Ces douleurs s'exaspèrent la nuit ; aussi par les mouvements, la mastication dans le bruit après le repas, mais dans la nuit toujours ; elles sont à redoublements et les malades redoutent le retour des périodes plus ou moins régulières d'exacerbation. Les douleurs offrent d'une façon très remarquable l'allure, les foyers caractéristiques des *névralgies faciales*.

C'est au point que celles-ci absorbent absolument l'attention du clinicien dans les cas moins franchement fébriles ; et que la combinaison de la paralysie faciale et de la névralgie du trijumeau a frappé les neuropathologistes qui ont décrit la paralysie faciale douloureuse.

Weber a récemment attiré l'attention sur la douleur qui accompagnerait la paralysie faciale dans plus de la moitié des cas. (*Rev. sc. med.* XI, 149.) Cette douleur siège surtout dans l'oreille, derrière elle, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur ; quelquefois, dit-il, elle est plus généralisée, il l'attribue soit à des filets de la 5^e paire, soit surtout au rameau auriculaire du pneumogastrique.

Dans les observations on trouve plus fréquemment notés certains sièges ou foyers algiques ; tels sont la douleur à la nuque, très gravative ; celle de la région mastoïde, de même ; celle de l'occiput aussi ; mais la céphalalgie frontale, le serrement des tempes, la constriction de la gorge, les secousses dans les dents, et jusque dans l'œil ont été souvent observés.

Ce tableau des souffrances endurées n'est-il pas celui des

troubles sensitifs symptomatiques des otites graves et profondes, dans lesquelles tous les nerfs sensibles peuvent être impressionnés par la lésion du plexus nerveux tympanique. On ne trouve pas de différence.

Certains malades se plaignent aussi d'éprouver des douleurs dans les muscles du cou, de véritables crampes causées par les mouvements; de la raideur des mâchoires. J'ai vu quelquefois du torticolis; le malade, énérvé par la souffrance, redoute tout déplacement de la tête. Le facial, le spinal subissent donc l'excitation partie du trijumeau et du plexus tympanique; ces sièges divers de la douleur la différencient de la simple névralgie de la 5^e paire.

L'otalgie avec redoublements à elle seule devrait conduire à examiner l'oreille moyenne; à plus forte raison cette multiplicité des points algiques manifestement situés en dehors de la sphère d'action du trijumeau.

Que l'otite suppure ou qu'elle soit plastique, interstitielle, non suppurative, le même tableau se présente, qu'elle soit ou non suivie plus tard d'un phénomène paralytique. Dans les otites syphilitiques, j'ai pu constater l'apparition de la paralysie après une série de crises douloureuses des plus prolongées (3 mois, 4, 10 mois).

Dans Toynbee (p. 245) je trouve signalée l'intensité des douleurs dans le cas de paralysie syphilitique de la face, et de même dans les otites moyennes aiguës suivies de paralysie faciale (Obs. I, II et III, Toynbee).

Mais il faut mettre en regard de ces faits les cas très différents où la douleur a été faible (Obs. 3 et 4). Dans la plupart des cas aigus récemment observés, c'est le huitième jour des souffrances, de la fièvre et de l'otite, au milieu ou à la suite d'une crise de douleurs otalgiques, avec rayonnement dans tout le côté du crâne, de la face et du cou que la paralysie s'est montrée, la migraine peut la précéder (Obs. 2, 12). Dans deux observations de Toynbee ce fut pour l'une le deuxième jour, pour l'autre le huitième jour que l'hémiplégie parut.

La compression des nerfs et l'étranglement des tissus engorgés jouent le plus grand rôle dans la pathogénie de

ces douleurs atroces de l'otite moyenne suraiguë. Le plexus tympanique épanoui à la surface de la paroi interne de la caisse est soumis à une compression violente grâce à ses rapports intimes avec la paroi osseuse.

En même temps le facial et l'étrier, et par celui-ci le labyrinthe, subissent aussi une énorme compression, d'où les bourdonnements, les troubles vertigineux si marqués, la surdité, la paralysie et les douleurs qui marchent de front dans toutes les observations.

Dans le premier travail de *Neumann*, sur la *prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale*, je trouve notée huit fois sur seize cas la douleur sur la région mastoïde, et à l'oreille du côté paralysé. Dans les huit autres observations, l'auteur indique le plus souvent l'existence antécédente de névralgies faciales, de migraines, accidents douloureux, que je trouve également dans une partie de mes observations, et même deux fois spécialement persistants du côté qui devient plus tard le siège de la paralysie faciale.

A ce propos, il faut se convaincre que la clinique otologique démontre amplement que ces névralgies sont très souvent des signes avant-coureurs sérieux de lésions otiques méconnues. Ce sont au début et bien souvent longtemps les seuls symptômes signalés.

Le médecin les traite sans se préoccuper de leur valeur diagnostique.

Dans le deuxième travail de *Neumann*, ces douleurs péri-auriculaires, mastoïdes, etc., ne sont notées que deux fois ; mais son étude ne donne nulle part, on le pense bien, les résultats de l'exploration des oreilles et de l'audition, points tout à fait en dehors du sujet bien limité, choisi par l'auteur.

Cependant, de l'ensemble de ses quarante-deux observations très nettes, et qui ont toutes rapport à la variété de paralysie faciale, dite *a frigore*, il résulte d'abord que l'otite supprimée est une forme rarement rencontrée dans la paralysie faciale *a frigore* ; ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit plus haut de la forme interstitielle, plastique des otites compliquées

de paralysie faciale. De plus, dans les antécédents de presque toutes ces malades, l'auteur a noté aussi la fréquence des névralgies de la face et des migraines. Je ne saurais trop insister sur ces symptômes précurseurs, qui n'ont jamais fait défaut dans les cas de paralysie faciale de ma statistique où les signes otiques ont été douteux ou insignifiants pour tout autre que pour un auriste.

Ainsi malgré l'allure névralgique des douleurs ressenties par un grand nombre de sujets, le clinicien ne devra pas conclure à la légèreté, à l'existence d'une simple affection du trijumeau.

On regarde bien, en ce cas, si les dents n'offrent pas de carie; il sera indispensable de penser à l'oreille, de l'examiner. On sera conduit dans ce sens par les commémoratifs qui signalent au début l'existence d'un catarrhe aigu des premières voies, fait très indicateur et significatif, surtout en temps d'épidémie de grippe.

L'erreur est souvent possible par suite du siège éloigné du foyer principal des douleurs; nous avons vu des malades se plaindre exclusivement de douleurs ayant leur maximum au niveau de la nuque, le long des mâchoires, à la tempe, etc., sans parler de leur oreille ou très secondairement.

L'oreille, dans ces cas, semble absolument en dehors du processus; les algies réflexes divergentes égarent plutôt l'observateur, c'est le point de côté sous-mammaire dans la pneumonie du sommet.

VI

La surdité est très accusée, si les deux organes sont frappés à la fois gravement comme cela a été fréquent dans cette épidémie d'influenza. Je la trouve signalée dans 14 cas sur 20.

Chez une bonne partie des malades, la surdité a guéri (12 sur 23); et deux fois seulement elle resta incurable (Obs. 7 et 13). Neuf fois, l'audition rétablie fut toujours bien au-dessous de la moyenne (8, 10, 25 centim.). Dans 8 cas,

la surdité était totalement guérie au troisième mois de la paralysie faciale.

D'autre part, assez fréquemment, celle-ci n'est absolument disparue que du troisième au cinquième mois. Dans les cas aigus légers la paralysie est encore très accusée et l'on constate une bonne audition ; c'est que l'otite souvent guérit plus vite que la paralysie.

On trouve par l'analyse des observations que c'est tantôt la paralysie faciale, tantôt au contraire la dureté de l'ouïe qui persiste le plus longtemps.

Dans les paralysies de la face liées à des otites chroniques suppuratives ou non, les lésions de l'oreille entraînent le plus souvent une surdité très tenace ou au moins un grave affaiblissement de l'ouïe (Obs. 1 et les 5 obs. éliminées).

La paralysie du nerf facial n'est pas, à proprement parler, causée par l'otite. Ce sont deux phénomènes connexes, souvent concomitants, quelquefois consécutifs. Mais il n'est pas possible d'établir un rapport entre la gravité de la lésion auriculaire et celle du nerf.

Les lésions objectives sont aussi variées que les modes d'évolution de la paralysie ; mais ce sont les rapports de voisinage plutôt que de causalité. Les premiers, comme nous l'avons montré, sont si étroits que cela explique la fréquence de l'évolution simultanée de la paralysie et de l'otite, mais chacune peut évoluer indépendamment de l'autre.

Quant aux troubles de l'ouïe, ils suivent dans leur développement la marche de l'otite ; le rôle de la paralysie n'est que très secondaire à ce point de vue (Obs. 16 ; Obs. 1).

Ma statistique montre que dans la plus grande partie des cas, on a pu constater des altérations sensibles de la membrane du tympan, des signes objectifs manifestes (15 sur 23). Encore les autres malades ont-ils été observés tard, alors que les affections otiques avaient pu disparaître (Obs. 2, 9, 18). Deux fois au moins la perception du diapason Vertex fut trouvée nulle ; six fois la montre n'a pu être entendue nulle part sur les os du crâne ; et treize fois la perception aérienne de la montre resta toujours au-dessous de 12 à 18 centi-

mètres; souvent elle était nulle par l'air, et la montre devait être collée au méat pour être perçue.

Trois fois l'état de la caisse tympanique et l'intensité des phénomènes subjectifs firent décider la parenthèse non suivie d'issue de pus, mais cause d'un immédiat soulagement (Obs. 7, 8, 17).

Dans trois paralysies, l'audition a été à peine touchée au début; cependant même en ce cas il y avait des signes certains d'otite moyenne profonde; d'autres fois, la malade, observée au troisième mois, offrait deux oreilles saines et l'ouïe excellente, bien que la paralysie fût constatée (Obs. 2, 10, 11, 12).

On voit que l'étude de l'influence de l'hémiplégie faciale sur l'audition a été absolument faussée par cette confusion avec les effets très clairs de l'otite concomitante. L'otite est le plus souvent méconnue, et la paralysie, au contraire, est manifeste: erreur facile.

Dans un cas d'hémiplégie faciale non otitique, mais manifestement dû à une tumeur intracrânienne, avec paralysie du moteur oculaire externe du même côté, que j'ai pu étudier dans le service otologique annexe de la clinique du professeur Charcot, j'ai noté l'absence de tout trouble de l'ouïe et de toute lésion auriculaire; l'audition était excellente; il n'y avait ni douleurs, ni bourdonnements, ni vertiges, etc.

Le seul phénomène observé est la latéralisation du côté paralysé du son du diapason Vertex. On s'explique le fait par la tension exagérée du tympan, sous l'influence de la prédominance d'action du tenseur tympanique; le stapédius, animé par le facial restant inerte.

Et, c'est là tout; en présence d'une paralysie complète, flasque, datant déjà de quatre mois.

En résumé, il ressort de cette analyse que si les lésions auriculaires manquent, les troubles auditifs font défaut (Obs. 11, 9, 3, 2; plus un cas de paralysie faciale par la foudre, et ce cas décrit plus haut de paralysie faciale par tumeur cérébrale).

J'ai voulu porter l'analyse plus loin et j'ai étudié les trou-

bles moteurs, les otoplégies liées aux paralysies du nerf facial, ou qu'on a cru devoir rapporter à ces paralysies et par lesquelles certains auteurs, déjà anciens, ont pensé expliquer l'ouïe douloureuse, par exemple.

VII

On sait que la paralysie du muscle tenseur dans l'hémiplégie de la face fut admise et défendue par Landouzy père, Longet, Roux, Roche, etc. ; alors c'était elle qui constituait l'élément indispensable à la production de l'hyperacousie, mieux nommée par Dechambre l'ouïe douloureuse, car elle coïncide souvent avec un abaissement de l'acuité auditive.

Depuis les travaux récents de Politzer, Lucæ, Trœltzsch, Moos, etc..., à l'étranger, de Vulpian, M. Duval, Sappey, etc., en France, on sait que le muscle interne du marteau ne reçoit pas son innervation du facial ; son activité persiste donc dans l'hémiplégie ; et c'est à cette action sans antagoniste que l'on rapporte l'origine de l'exaltation de l'ouïe.

Or, on ne peut nier que ce symptôme s'observe journellement dans l'otite moyenne sans paralysie faciale ; et même bien plus fréquemment que dans celle-ci. Je ne le trouve noté que trois fois sur 28 faits de ma statistique, et je possède des centaines d'observations de ces otites simples à audition douloureuse.

Nous avons montré que l'un des signes de la prédominance du tenseur et de l'incapacité du stapédius, quand l'oreille est saine, consiste dans la constatation d'une latéralisation du son du diapason Vertex du côté paralysé (Obs. 2, 33, 9, 10).

C'est un signe que l'on trouve très net une fois la période otitique passée, quand l'audition est revenue.

Mais on peut aussi étudier le muscle tenseur au moyen des pressions centripètes exercées sur l'oreille saine. On ne doit chercher également, on le comprend, de résultat sérieux qu'après la guérison de l'otite.

Mais celle-ci dure bien plus qu'on ne le croit, et des lésions tympaniques invisibles subsistent souvent, alors que

l'acuité semble bonne, même avec des portées inattendues, de 20 à 25 centimètres avec la montre, par exemple. Dans ces conditions, j'ai pu constater l'inertie du tenseur neuf fois.

Elle ne pouvait être due qu'à une lésion du muscle lui-même ou à sa parésie réflexe, quand j'avais obtenu une épreuve positive avec les pressions centripètes, c'est-à-dire quand je produisais l'atténuation du son du D. V., en agissant ainsi sur l'oreille du côté paralysé (ce qui prouvait la mobilité de l'appareil et de l'étrier), alors que la pression sur l'oreille opposée restait cependant sans résultat. L'appareil de transmission était bien redevenu mobile, ainsi que l'étrier, mais le muscle, altéré dans sa structure ou dans son innervation, n'obéissait plus à l'excitation synergique (Obs. 1, 6, 13, 14, 16).

Dans l'observation 9, dans l'observation 18, l'épreuve des synergies est nulle; cependant, en opérant à l'inverse, c'est-à-dire en agissant de la mauvaise oreille sur la bonne, on obtient l'effet positif du côté sain. Or, cela montre qu'il y a, du côté paralysé, un trouble dynamique et non une lésion des parties conductrices.

Il y a parésie du tenseur; mais celle-ci est uniquement d'origine otitique, bien que la paralysie faciale existe encore.

On constate même ces phases très nettes dans l'observation 16. Au début, en pleine période otitique, le réflexe est nul; le mouvement synergique manque et, deux mois après, il existe très franc; c'est que l'otite et ses suites ont disparu, car la paralysie faciale n'est pas encore guérie.

J'ai provoqué également cette activité du tenseur du tympan, en pleine paralysie faciale, au moyen des mouvements synergiques de ce muscle, associés aux contractions des masticateurs, à celles des peaussiers de la face, et par l'acte de la déglutition.

C'est une série de moyens d'étude dont je ne saurais trop recommander l'usage, car le diagnostic des otoplégies consécutives s'en éclaire vivement.

Ainsi, la part de la lésion peut être faite; celle de l'inertie

musculaire consécutive, post-inflammatoire, se trahit sûrement et apparaît évidente; celle de l'hémiplégie se limite et se précise.

Nous verrons, par la lecture de mon second mémoire, que l'on peut aller encore plus loin et reconnaître ainsi la lésion du centre, du foyer réflexe d'accommodation lui-même. (Voir 2^e travail, *Audition et paralysie faciale.*)

Dans une dizaine de cas, j'ai pu ainsi faire agir le tenseur et constater, par l'atténuation du son du D. V. et du diapason posé en face du méat auditif, le jeu de ce muscle et observer la conservation ou la perte de son activité dans la paralysie de la face, quand aucune lésion appréciable ne subsiste à l'oreille.

Par exemple dans l'observation 8, les atténuations, nulles au début, sont devenues franches à la fin, bien que la paralysie persistât.

Dans l'observation 9, l'extinction du diapason était bien plus accusée du côté de la paralysie et également pendant la déglutition.

L'analyse clinique a confirmé les notions de la physiologie.

Je signalerai en passant l'indication thérapeutique qui découle de ces investigations; celle des courants électriques trouve dans ces constats de l'inertie musculaire une sûreté indiscutable à la fin des otites.

En résumé, de cette analyse, il résulte que la paralysie faciale ne produit pas une surdité appréciable, et aussi qu'elle laisse intacte la motilité du tenseur. Les cas où ce muscle semble frappé d'inertie se rapportent aux lésions de la période otitique de l'hémiplégie faciale.

Passons au *stapédus*. Nous avons vu que sa parésie entraîne peu d'altération de l'ouïe, et seulement une latéralisation du son du D. V. du côté paralysé.

Est-ce là le seul signe de cette parésie du stapédus? on a expliqué par elle l'ouïe douloureuse, sans réfléchir aux lésions postotitiques des articles de la chaîne et des tissus tendineux et membraneux de la caisse tympanique.

A la prédominance du tenseur, associez le relâchement

inflammatoire du tendon stapédien, on comprend la succession des chocs douloureux et des secousses nuisibles que le labyrinthe aura éprouvés en pareil cas. D'autre part, l'hyperesthésie de celui-ci est trop naturelle après les crises de souffrances décrites au début de la paralysie faciale. Les conditions qui rendent l'audition des bruits douloureux sont bien plutôt le résultat de l'otite et se rencontrent fréquemment au début de la paralysie (Obs. 48).

Rappelons encore que, dans le cas de paralysie faciale de cause centrale, aucun trouble semblable n'a été observé. (Voir 2^e travail.)

Dans d'autres études, j'ai montré qu'on peut, par le *bâillement*, se rendre compte de l'activité conservée du stapédus ; c'est une exploration si délicate et si peu vulgarisable, que je ne voudrais pas trop m'appuyer sur les résultats qu'elle m'a donnés.

Cependant je dois dire, qu'à mon grand étonnement, chez les quelques malades auxquels j'ai pu faire exécuter le bâillement intelligemment, j'ai constaté la persistance de l'activité de ce petit muscle, c'est-à-dire qu'il ne manquait pas à son rôle d'antagoniste du tenseur.

En effet, le diapason Vertex n'était pas modifié dans son intensité ; or, j'ai montré que cela se passe ainsi à l'état normal dans le bâillement soutenu. (Voir *Mémoire au Compte rendu de la Soc. d'otologie* ; juin 1890.)

Pour comprendre cette intégrité d'activité, malgré la paralysie faciale, il faut admettre que ce petit muscle de l'étrier reçoit son innervation de plusieurs sources ; et, comme j'ai pu constater cette persistance en présence de lésions otiques manifestes dans la paralysie faciale, je penche à admettre que c'est par l'orifice inférieur du canal de Fallope, au moyen de l'anastomose du facial avec le glosso-pharyngien, que cette innervation seconde a lieu.

Au reste, la jeune malade dont je parlais tout à l'heure, atteinte de paralysie de cause cérébrale limitée au facial, m'a permis de constater plusieurs fois aussi cette intégrité de l'action stapédienne antagoniste dans le bâillement.

J'avoue que je m'attendais, au contraire, à trouver le stapédius en défaut.

VIII

Les bourdonnements ont été aussi fréquents que la surdité, et ils offraient toutes les nuances de tonalité et d'intensité.

Je n'ai pensé que dans un cas à observer l'effet des contractions des masticateurs.

On sait que certains bruits cessent par les pressions c'était le cas ici.

Les bruits disparaissent avec les lésions auriculaires et en suivant absolument l'évolution; la paralysie se passe, et ils peuvent persister avec la surdité et les vertiges.

IX

Les vertiges (1) ont été notés 14 fois au moins sur 21 cas. 2 fois, sur les 28 cas otitiques, l'attaque de vertige présenta la forme et l'intensité du vertige de Ménière et fut immédiatement suivie de la paralysie faciale.

J'ai dit que dans les cas aigus, c'est après deux à huit jours au moins de douleurs, de vertiges et de sonneries que l'apparition de la paralysie a eu lieu. Dans les cas chroniques et dans les récidives, ils sont notés aussi comme accompagnant les retours offensifs de l'affection du nerf facial et de l'oreille.

Souvent le vertige persiste; il est continu; on voit là tous les types du vertige otitique.

Le n° 6 était dans un état d'ivresse constante; le n° 14 avait encore du vertige le cinquième mois; la paralysie était

(1) CHARCOT : Leçon du 20 novembre 1888; quatre cas de paralysie de la face, dont trois douloureux.

LÉO : Thèse de Paris, 1876; otite et paralysie faciale.

CHARCOT : Leçon 11^e, 1888; otite goutteuse, vertige de Ménière et paralysie faciale.

TILMANN : Facialislähmung bei Orenkrankheit, Diff. Halle, 1869. — Otite et paralysie faciale.

guérie ; mais non les lésions otiques et leurs suites (surdité, bourdonnements).

Pierreson, dans son étude sur la diplégie faciale (*Archiv. de méd. et ch.* Août et septembre 1857), signale dans plusieurs observations les manifestations vertigineuses.

Je ne trouve ce symptôme signalé nulle part ailleurs ; depuis lors, un cas du professeur Ball (*Diplégie faciale, France méd.*, 26 décembre 1880).

Il ressort donc des faits que, comme la surdité, comme les bourdonnements, le vertige n'a qu'un rapport très douteux avec la paralysie faciale ; celle-ci existe et le symptôme manque, ou il est intense, continu l'hémiplégie guérie. Je remarque encore que j'ai pu provoquer le vertige par les pressions centripètes comme dans l'otite simple.

Comme nous le disions plus haut, à propos du ramollissement du tendon stapédien, il se peut que lésion et paralysie se trouvent associées pour faire naître et accentuer le même trouble morbide.

Cependant, je ne vois pas dans mes notes que j'aie provoqué plus souvent le vertige dans mon épreuve des pressions.

X

Nous avons souvent parlé, dès le début, de l'*ouïe douloureuse* dont la paralysie faciale offrirait au dire des auteurs de Landouzy, de Roux, etc., de fréquents exemples.

L'ouïe douloureuse est notée trois fois dans mes vingt-huit cas (otites suppuratives et non suppuratives réunies).

En pleine otite, le rôle de la paralysie dans sa genèse est discutable. Voyons-la quand cette phase est passée, et que la paralysie reste. Eh bien, je ne trouve que trois faits dans mes observations ; et encore y a-t-il ici à faire la part des tendances névropathiques, hyperesthésiques de ces sujets atteints de névralgies faciales habituelles et de migraines.

J'avoue cependant que je n'ai pas tiré le coup de pistolet de Landouzy. J'ai laissé les malades raconter leurs impressions au bruit, et j'ai contrôlé leurs dires avec les diverses méthodes en usage.

Dans l'observation n° 4, on voit nettement la sensibilité auditive, l'audition douloureuse disparaître avec l'otite catarrhale très légère qui l'a précédée, et la paralysie faciale dure encore un mois après. Dans l'observation 23, les rapports entre les symptômes et la lésion otitique est encore très accusé; et son évolution semble parfaitement indépendante de celle de la paralysie faciale. D'autre part on voit, comme dans le n° 6, des troubles subjectifs intenses, vertige, bourdonnement, surdité sans que le sujet accuse éprouver de la douleur au bruit. Dans le cas n° 9, l'audition est redevenue pour la montre égale à plus d'un mètre du côté droit paralysé, égal à quelques centimètres près, à celle du côté sain. Le diapason Vertex est latéralysé du côté paralysé, il y a un peu d'hyperacousie de cette oreille, mais on constate un peu de raideur de quelques peaussiers; et par les contractions de quelques peaussiers de la face il y a une atténuation franche du son du diapason par l'air, que le sujet déclare spontanément plus évidente et plus franche du côté paralysé. Ici l'otite est passée; la paralysie persiste, mais on constate un état névropatique évident, de l'otalgie, des névralgies faciales habituelles, conditions qu'on sait pouvoir suffire à elles seules pour faire naître l'hyperesthésie et la douleur.

Dans le troisième fait de ma statistique, l'affection a succédé à un zona, horriblement douloureux, avec accidents névralgiques intenses; il en est résulté un état d'épuisement nerveux et d'hyperexcitabilité remarquable, sous l'influence de toutes les excitations sensorielles et autres.

J'ai dit combien souvent le phénomène de la sensibilité malade aux excitations sonores se rencontre dans le cas d'otites sans complication paralytique. J'ai pu constater chez une vieille femme une audition extrêmement douloureuse au bruit dans une première période d'otite diathésique, à signes locaux très manifestes, et deux ans après, une paralysie faciale du même côté, sans ouïe douloureuse, dans une poussée nouvelle d'otite. L'indépendance de l'évolution des deux phénomènes morbides est ici éclatante.

Dans les névroses, au surplus, on a observé souvent les troubles hyperesthésiques des sens sans lésion otitique appréciable.

De cette analyse, on peut conclure que l'ouïe douloureuse, symptôme otitique fréquent, n'a qu'un rapport très léger avec la paralysie de la face. Cependant la paralysie du stapédus, on le conçoit, dans certaines circonstances, se prête à l'irritation du nerf labyrinthique par les spasmes du tenseur agissant sans antagoniste : il y a là une condition locale de la production de la commotion du nerf et de douleurs otiques.

XI

Quant au pronostic, il se déduit de cette discussion. — L'otite guérit et la paralysie reste, ou l'otite reste et la paralysie guérit.

Ainsi parlent les faits. Rien de plus libre que ces deux évolutions. Ce sont deux phénomènes pathologiques qui marchent parallèlement, le plus souvent, mais non nécessairement associés ; ils sont seulement unis par la continuité du tissu.

Ils agissent bien l'un sur l'autre, mais leur existence n'est pas absolument liée l'une à l'autre. Quand ils coexistent, nous avons vu qu'ils peuvent présenter une opposition complète dans leur gravité, leur durée, leur terminaison.

Cependant la légèreté et la résolution de l'otite moyenne sont d'excellentes conditions pour triompher plus facilement de la paralysie ; les hémiplegies faciales dites *a frigore* le démontrent.

D'autre part, dans les inflammations chroniques, diathésiques, suppuratives ou non, les poussées nouvelles, en même temps qu'elles aggravent la surdité, font souvent renaître la paralysie et sont l'origine des récidives. Si l'hémiplegie a peu d'action sur l'état de l'oreille, l'otite, au contraire, semble aggraver la situation dans la paralysie faciale.

Je ne m'étendrai pas sur *le traitement*, ma thèse étant limitée à l'étude des rapports de l'otite moyenne et de la paralysie du facial.

Cependant, de cet exposé analytique, il ressort clairement

qu'en traitant l'inflammation de la caisse tympanique, on se place dans les meilleures conditions pour réussir rapidement dans celui de l'hémiplégie faciale, puisqu'il est avéré qu'elle est due à un processus inflammatoire infectieux ou diathésique réel. De plus, nous avons vu que l'affection guérit plus vite, en général, quand l'otite est légère.

Au début, le traitement antiphlogistique est donc bien indiqué; on sait combien il calme la douleur de l'otite.

Topiquement, à titre de résolutif énergique qui a fait ses preuves, je place la paracentèse du tympan et, dans les poussées nouvelles d'otite diathésique, l'incision de Wilde.

Une incision étendue et profonde sera pratiquée de bonne heure, avant toute suppuration, dans les cas aigus et surtout si les deux organes sont frappés à la fois, ce qui est un signe de gravité. Je ne parlerai pas des indications nombreuses qui naissent de l'évolution de l'otite, de ses récidives et de ses complications, et de l'hémiplégie elle-même; l'intensité des troubles subjectifs exige aussi des soins particuliers; mais tout cela est connu et classique dans le traitement de l'otite en général, et de la paralysie faciale.

Observations très résumées.

OBSERVATION n° 1. — H..., 55 ans, maréchal ferrant. Rhumatisant. Surdité gauche dès l'enfance. En 86, paralysie faciale gauche complète qui a guéri en un mois; bourdonnements intenses persistants. La surdité est restée la même. En octobre 1888, vertige subit, sifflet dans les deux oreilles, nausées, etc., sans perte de connaissance; et le lendemain, au réveil, *paralysie faciale gauche* complète récidivée. En 15 à 20 jours, elle guérit encore; mais le vertige retient le sujet un mois à la chambre; incapable d'aller seul dans la rue, etc. En janvier 89, le vertige est constant; il marche les jambes écartées, et ne sort qu'accompagné. Emphysémateux. Rhinorrhée fluente chronique. — D. V. perçu droit. — D. V. éteint perçu bien par l'air à droite, non à gauche. D. perçu, si son intense à gauche. D. V. perçu à droite, non mobilisé par l'occlusion à gauche. M. peu à peine, collée à gauche, et B. à droite. M. perception crânienne = O. Épreuve des pressions et réflexe auriculaire. Poire à droite : D/tube = B.; D/os = B; D/or. opposée = B. Poire à gauche : D/tube = B;

D/or = B; D/or. opposée = O. — pas de transmission du réflexe de la mauvaise oreille à la bonne. — Otoscopie = O. Tympan opaques très excavés, gris bleu, tendus, immobiles; celui de gauche déformé, à godet central.

OBSERVATION n° 2. — D..., 27 ans. Service du professeur Charcot. 1^{er} mai 1880, migraines habituelles. Saigne facilement du nez. Il y a trois mois, prise de douleurs d'oreilles à crier, qui ont duré deux jours et deux nuits; puis le troisième jour, en mangeant, elle a senti sa bouche se dévier vers la droite: paralysie faciale gauche complète (orbiculaire, etc.). Aujourd'hui elle grimace à peine; l'œil se ferme aux trois quarts. Elle n'a jamais eu de vertige ni d'ouïe douloureuse. D. V. plus à gauche. M. entendue à 1^m,25 à droite, et à 1 mètre à gauche; le *la*₃ moins bien perçu à gauche. Aspect normal; mobilité normale; léger vaisseau dirigé le long du manche à gauche; pas d'arrêt d'accommodation. Le voile a toujours eu ses mouvements.

OBSERVATION n° 3. — H..., 45 ans, robuste. Logement humide. Douleurs névralgiques très fréquentes, migraines; redoublement des crises en 1887; ne s'est pas aperçu d'être sourd alors; pas d'otalgie, pas de bourdonnements, pas d'ouïe douloureuse. Subitement, au réveil, *paralysie faciale gauche* complète. Quelques douleurs sciatiques depuis. En six semaines guérison. Entend la montre à 40 centimètres à droite, à 10 à gauche seulement. Il entend la parole parfaitement. Dans le même local, en 1889, l'ile a pris une otite suppurée épouvantable comme crises de douleursotalgiques et névralgiques.

OBSERVATION n° 4. — 27 avril 1878.

Dame, 22 ans, mariée, nourrice, va au lavoir; anémique, jamais malade; gencives gonflées saignantes. Il y a quatre jours elle a éprouvé subitement un sentiment d'enflure à la joue gauche; il lui a été impossible de fermer l'œil gauche depuis; elle éprouve de la gêne, un embarras dans l'oreille: elle sent à peine un peu d'assourdissement de ce côté; mais l'autre oreille n'entend pas mieux: M. à 8 à 12 centimètres des deux côtés. M. bien perçue; à des plissements sur le front; pas de bourdonnement... Mais les cris de son bébé lui retentissent désagréablement dans l'oreille gauche; c'est presque douloureux au fond du conduit. Demi-opacité floconneuse du tympan lisse; pas de triangle lumineux; voussure anormale; pas de vaisseaux; pas de douleur sans les cris du bébé. Épreuve objective nulle;

otoscopie sans résultat le 25 mai. Ni douleur ni surdité; l'air pénètre facilement. Plus d'ouïe douloureuse; la paralysie va mieux, l'œil se ferme aux trois quarts. — Guérison le 20 juin.

OBSERVATION n° 5. — 1^{er} décembre 1880. — Demoiselle, couturière, 22 ans; enceinte. Douleur vive d'oreille après un refroidissement; embarras dans l'oreille droite; surdité relative; montre peu perçue sur le front de l'apophyse mastoïde, à droite, et à 5 centimètres pas d'air. Au cinquième jour de cette affection catarrhale relativement légère, paralysie faciale à droite complète (orbiculaire, etc.), mouvements du voile normaux. Tympan opaque mat, déprimé, mobile par le politzer; épreuve objective nette; léger souffle et claquement facile, sans grande amélioration; gargouillement léger. Pas d'audition douloureuse.

La paralysie guérit le quatrième mois; les oreilles sont normales depuis longtemps.

OBSERVATION n° 6. — H..., 62 ans. 11 janvier 1890. Service otologique de la clinique du docteur Charcot à la Salpêtrière. Après huit jours de souffrances atroces à la tête, à la nuque, jour et nuit; dans l'oreille par crises avec vertige, éblouissement; état d'ivresse continue; apparition d'une *paralysie faciale droite*, côté des douleurs (orbiculaire, etc.); peu de bourdonnements. Rien au voile. Cela date de deux mois: l'œil se ferme à demi, la figure grimace peu; il y a une grande amélioration. Surdité presque absolue; à droite hébétude; vertige continu. M. collée à droite? M. à gauche à 30 centimètres. D. V. central. Pressions centripètes positives à droite; réflexes binauriculaires nuls. Le politzer passé sans rien modifier. Pharyngite sub-œdémateuse intense. Tympan excavé, sombre, opaque; apophyse externe en bec; coiffée d'une demi-lune rouge sombre qui s'étend à la région murale. D. V. atténué par la contraction des peaussiers de la face et par celle des masticateurs. Réaction de dégénérescence signalée par Vigouroux en juillet. Guérison de la paralysie, persistance de la surdité et de l'état vertigineux et des bourdonnements.

OBSERVATION n° 7. — B. H..., 42 ans. 15 février 1890. Chaudronnier, déjà dur d'oreilles. Grippe fébrile depuis trois semaines; céphalalgie; mal de gorge; rhinite purulente; douleurs d'oreilles et de toute la face, plus la nuit; troubles de la vue, flammes, puis, soudain, vertige, chute; perte de connaissance qui a

duré deux jours; hébétude, tête lourde au réveil et *paralysie faciale droite* complète. Douleur frontale continue et état vertigineux avec faiblesse de la tête. Sourd à crier, marche bien, mais accompagné. D. V. à peine perçu à gauche. D/mastoïde = B., D/air = O., M = O, à droite; à gauche M = 20 centimètres. — Le politzer passe, et le sujet annonce que sa tête se dégage. Saillie du tympan droit, rouge sombre; manche indistinct; léger suintement en bas, où l'épiderme est soulevé. Paracentèse large et profonde du tympan. Le 28, mieux. Mouvements plus libres; tête moins lourde; la face ne grimace plus; l'œil se ferme aux deux tiers, D/air bien à droite. M. un peu perçue collée. Le politzer passe bien. Le 8 mars, face presque normale. Vigouroux a noté la réaction de dégénérescence. Son du D/air atténué par les contractions des masticateurs. — En avril la paralysie guérie. L'oreille reste très dure.

OBSERVATION n° 8. — H..., 1^{er} février 1890. Grippe intense; le huitième jour, céphalalgie, crises de douleurs otiques, plus la nuit, avec fièvre; et huit jours après *paralysie faciale gauche*. Continuation des douleurs dans la nuque, l'apophyse, la mâchoire inférieure, etc. A peine léger écoulement séro-sanguinolent de quelques heures. Aujourd'hui, troisième semaine de l'affection, huitième de la paralysie complète. M. collée à peine à gauche, M = O sur le crâne. Douleurs persistantes sans écoulement. Tympan gauche déprimé, rouge sombre; rien de distinct; battement à l'endotoscope. Paracentèse du tympan gauche large, verticale, profonde. Issue de sang: soulagement rapide des douleurs. Le politzer siffle; un peu d'audition de la parole. Réaction de dégénérescence. Les premiers jours, l'audition du diapason Vertex n'était pas atténuée par la contraction des peaussiers de la face. Plus tard, à la fin de mars, la paralysie non guérie, ces synergies motrices sont excellentes.

OBSERVATION n° 9. — 1^{er} février 1890. Dame D... Il y a trois mois, coryza aigu, grippe; puis douleurs vives dans l'œil, qui rougit, et dans l'oreille, le long du maxillaire inférieur; dit ne pas avoir eu de la surdité. Elle répond bien. Bourdonnements au moment des crises névralgiques du côté droit et de la nuque, puis *paralysie faciale droite* complète. Depuis diminution des souffrances, puis retour de l'ouïe. M. = à 1 mètre et plus à droite et à gauche. D. Vertex perçu droit. D. V. et D. air atténués par les contractions des peaussiers de la face; effet plus intense, à

droite, a remarqué spontanément le malade. Légère hyperesthésie à droite et légère résonance des bruits forts.

OBSERVATION n° 10. — Dame L... 11 janvier 1890. Prise de douleurs vives, nuit et jour, sur le trajet des branches de la cinquième paire, il y a un mois, et quelques jours après de *paralysie faciale gauche*. Elle a l'ouïe excellente; ses oreilles n'offrent rien de saillant. D. V. perçu gauche. M. = à 35 centimètres à gauche et à 1 mètre et plus à droite. Réaction et dégénérescence; elle ne souffre plus; n'est pas revenue.

OBSERVATION 11. — H..., 34 ans. Il y a un an, fièvre, douleur violente dans la tête, l'oreille, la mâchoire, la nuque, nuit et jour, par crises; avec des battements, ronflements, des sonneries, asourdie et abattue, pendant huit jours; à ce moment *paralysie faciale droite*, complète (orbiculaire, etc.). Réaction de dégénérescence, par Vigouroux. — Aujourd'hui, audition revenue; M. = 65 centimètres à droite. Cependant il subsiste quelques traces de la paralysie; l'œil se ferme mal, mais ni vertige ni ouïe douloureuse.

OBSERVATION 12. — M^{me} M..., 33 ans, mariée, très migraineuse; à chaque période mensuelle, névralgie faciale gauche surtout. Il y a trois mois, prise sans cause (ni grippe ni angine) de *paralysie faciale gauche*, au réveil. — Deux jours auparavant, accès de migraine insolite comme intensité et du côté gauche. Réaction de dégénérescence par Vigouroux. Paralysie flasque; orbiculaire totalement inerte. Aujourd'hui audition de la montre à 60 centimètres à droite et à gauche. Mouvements du voile normaux, tympan normaux; trompes perméables; ni bourdonnement ni vertige. Je trouve un grave état catarrhal hypertrophique des fosses nasales, plus à gauche; le pharynx de ce côté est aussi plein et enflammé chroniquement. Pas d'audition douloureuse; troubles très accusés du goût du côté gauche de la bouche et de la langue, qui persistent encore.

OBSERVATION 13. — 7 janvier 1890. H..., jeune solat, 23 ans, vient consulter pour une surdité absolue de l'oreille gauche. Le 15 août 1886, en Tunisie, pris subitement de vertige à tomber, de bourdonnements d'oreilles, de surdité, avec de la lourdeur de tête et des douleurs dans la moitié de la face. Le 6 septembre, il entre à l'infirmerie comme sourd; le 16 septembre *paralysie faciale gauche*, accompagnée de douleurs atroces à la nuque,

dans l'apophyse mastoïde et dans la profondeur de l'oreille ; souffrances inouïes pendant huit jours, sans suppuration de l'otite. La paralysie était guérie un mois après ; mais pendant trois mois il a été tourmenté de bourdonnements, de vertiges continus à tomber. Son oreille est restée sourde depuis ; le vertige a cessé. La droite est bonne. M. = 1 mètre à droite ; M. = 0 à gauche, D. V. perçu à droite. D/air à g = 0. D/mastoïde perçu à droite. D. V. perçu droit non mobilisé par l'occlusion de l'oreille gauche. Pressions centripètes position à droite ; 0 à gauche. — Réflexes binauriculaires = 0, trompes perméables. Politzer passe sans améliorer rien ; la raréfaction non plus. — Tympan gauche légèrement clair, translucide, mobile en totalité par le politzer.

OBSERVATION 14. — H. P. . . , 53 ans. 8 décembre 1888. Il y a 15 mois pris subitement de bourdonnements d'oreilles, sonneries de cloches, rivière qui coule, étourdissement pendant le jour à tomber. Assourdissement graduel de l'oreille droite ; la gauche bonne. — Jamais de rhumatismes ni de syphilis. — Il y a quatre semaines, sans autre cause *paralysie faciale droite*. D. V. à peine senti. — D/air, bien à gauche, 0 à droite. Pas de douleurs sérieuses. — Paralysie complète ; l'œil rougit ; bouche tordue à gauche. Rien au voile du palais. — M. perception cranienne = 0. M. par l'air = 0 ; otoscopie = 0 ; rien, ni valsalva ni politzer ne sont possibles. Par le cathétérisme souffle sec, et M. perçu collée et sur le crâne aussitôt à droite. Pressions centripètes à droite négatives ; Réflexes binauriculaires = 0. Réaction de dégénérescence. — Laryngite subœdémateuse latérale droite chronique. Tympan sec, opaque, excavé, sans triangle (clinique du professeur Charcot).

OBSERVATION 15. — Dame, 69 ans. 10 mars 1880. Rhinite habituelle. Cet hiver catarrhe aigu des premières voies, qui est en décroissance actuellement. Depuis trois semaines, sans douleur otique ni céphalique, *paralysie faciale gauche* ; en dinant, la bouche se contourne à droite ; mais aussi elle s'aperçoit qu'elle est sourde de ce côté depuis lors. M. = 0 à gauche, ni par l'air ni sur le crâne. M. à 2 centimètres à gauche. — M. à droite à 30 centimètres. L'oreille n'a jamais coulé. Paralysie flasque et contorsions extrêmes vers la droite. La malade ne peut ni siffler, ni mâcher, ni fermer l'œil. — Pas d'accès douloureux, ni bourdonnement. Tympan gauche opalescent, blanc floconneux ;

surface lisse, rougeur de la membrane flaccide et le long du manche. Joue flasque. Epreuve objective = 0 à gauche. — 13 mars même état de l'hémiplégie; l'otite gauche en résolution. 20 mars politzer facile; M à 16 centimètres, et ascension nette à l'endotoscope. Revue guérie trois mois après.

OBSERVATIONS 16. *Octobre 1888.*— Dame G..., mariée, quatre enfants, 36 ans, bien réglée. Il y a huit ans, douleurs névralgiques dans toute la moitié droite de la tête et de la face qui ont duré quatre mois, suivies d'une première attaque de paralysie faciale droite guérie en un mois. Cinq ans après, toujours d'août à octobre, tableau symptomatique identique, à droite encore, deuxième paralysie faciale droite guérie en un mois à peu près. Les douleurs s'accompagnent de vertiges qui l'obligent à garder le lit, et vomissements et nausées, et surdité complète du côté pris. Aggravation au moment des règles. Enfin, après un intervalle de 3 ans, elle est reprise à nouveau actuellement des mêmes troubles auditifs et faciaux; le début a coïncidé avec les règles, la *paralysie flasque complète* (orbiculaire, etc.). M.= à 25 centimètres à droite et à gauche; avec le politzer M.= à 18 centimètres. Relâchement du tympan, opaque, mobile, épais; vieilles otites scléreuses. Pressions positives à droite et à gauche avec extinction du son du diapason Vertex. Réflexes = 0. Vertige constant plus fort aux époques. — 15 *novembre*. Meilleure audition. — 14 *décembre*. Épreuve des pressions excellentes et réflexes revenus. Vertige disparu. M. = 35 centimètres; figure à peu près normale. — 25 *janvier*. Marche seule. Visage normal. Guérison.

OBSERVATION 17. 22 *août 1877.* — Dame, 68 ans, sourde depuis de longues années; depuis six à huit mois, la surdité progressait sans douleur, sans écoulement d'oreille. Depuis peu, à la suite de douleurs atroces nocturnes dans l'oreille, la tempe gauche, autour du pavillon, la figure subitement s'est contournée à droite; *paralysie faciale gauche* complète, flasque. Douleurs causant l'insomnie, qui l'épuise. Sensibilité de la face intacte, ouïe presque perdue. Rougeur vive de la portion susapophysaire du tympan et du mur; vaisseau le long du marteau. Incision du tympan; soulagement passager. Voile peu dévié, abaissé à gauche. Paralysie améliorée en janvier 1878. Surdité persistante.

OBSERVATION 18. 29 *décembre 1888.*— H..., 29 ans, gouteux, fils de gouteux, écrit son médecin, et gastralgique.

1^{er} janvier 1886. Premier vertige à tomber avec bourdonnement et nausées; un deuxième six mois après: le troisième en 1887 fut très violent; il faillit être jeté à terre. Hémicranie, douleur à la nuque et sur l'apophyse mastoïde, raideur du cou, vomissements; sifflet dans l'oreille pendant quatre jours; fièvre vive, céphalalgie, plaques d'*herpès zona* sur le pavillon droit; puis *paralysie faciale droite* complète (orbiculaire, etc.). Cette paralysie est guérie à peu près aujourd'hui; il y a un peu de rictus à droite, légère contracture. Aujourd'hui, bourdonnements, tintements à l'oreille droite, tête lourde et vertige facile; surdité à droite avec légère hyperacousie. Diapason Vertex central. Diapason Vertex mobilisable à droite ou à gauche suivant l'oreille close. Diapason par l'air plus intense que sur le Vertex. Diapason Vertex perçu par l'air à droite et à gauche. Pressions centripètes positives des deux côtés. Réflexes nuls des deux côtés; otoscopie = 0. Tympan n'offrant aucune trace visible des affections antécédentes, clair, translucide (vue de l'enclume), rétracté, non mobile. — 31 décembre. Le politzer passe, mobilité des osselets. M. à 25 centimètres au lieu de 12 à droite et à 65 à gauche; le réflexe biauriculaire est *encore nul* à droite, c'est-à-dire sans effet quand on fait la pression sur l'oreille gauche saine.

OBSERVATION, 19 avril 1880.—H. . . , 50 ans, rhumatisant, anosmique depuis longtemps après un coryza. Depuis cinq jours, mal de gorge, amygdalite droite, douleur à l'œil droit, le long de la mâchoire inférieure, sur l'apophyse mastoïde, et *paralysie faciale droite* complète (orbiculaire), réaction de dégénérescence; surdité, bourdonnement d'oreille; ni vertige, ni ouïe douloureuse. M. à droite = 0. — M. à g = 5 centimètres. Tympan plan, opaque, rouge en haut et sur le manche; partie inférieure pâle, triangle court et translucidité faible. Gros craquement par le valsalva; léger vertige au lever ce matin; pharyngite générale chronique à teinte cramoisie; voile normal; obstruction tubaire chronique à poussée nouvelle sur de vieilles lésions rhumatismales. Bouche sèche, et sensation obtuse du goût pour les acides et le sucre, pas pour les amers. La surdité persiste après guérison de la paralysie en six semaines.

OBSERVATION 20. 17 juin 1874. — H. . . , 51 ans, rhumatisant. A perdu l'oreille droite complètement à la suite d'une *paralysie faciale droite* complète, il y a vingt ans; il a conservé du vertige et du bourdonnement continuels depuis lors. M = 0.

Il vient se faire soigner pour une poussée nouvelle de douleurs et de bourdonnements et vertiges, qui lui font appréhender un retour de la paralysie depuis longtemps guérie.

OBSERVATION 21. 12 août. — Dame, 55 ans, arthritique encore réglée. Herpès aigu fébrile, en plaques sur le pilier gauche, sur le pavillon et la tempe gauche, véritable zona, extrêmement douloureux; douleurs otiques et suppuration abondante depuis douze jours. *Paralysie faciale gauche* complète avec bourdonnements, surdité et forts vertiges. Paralysie guérie en trois mois (électricité). La malade reste sourde et vertiginée.

OBSERVATION 22, 1^{er} février 1879. — H. . . , 30 ans, a eu, il y a onze ans, une otite suppurée à droite; l'oreille est restée assourdie depuis. Dernièrement, après excès et fatigues, fièvre, vives douleurs atroces dans la tête, otalgiques à droite, d'où il sort à peine quelques gouttes de pus; somnolence, hébétude; soigné pour une fièvre typhoïde! Puis abcès à la fesse droite, etc. Infection purulente sans doute. En même temps que les douleurs de l'oreille apparut une *paralysie faciale* qui a cessé en un mois à peu près; mais les troubles vertigineux, les douleurs et la surdité, la lourdeur de tête n'ont point cessé. (Non revenu.)

II

AUDITION ET PARALYSIE FACIALE INNERVATION DES MUSCLES TYMPANIQUES

Par le D^r GELLÉ

(Lu au Congrès de Berlin, en août 1890.)

Dans un précédent travail, j'ai étudié les troubles de l'audition dans le cas de paralysie du nerf facial liée à l'otite moyenne; j'ai montré, d'après l'analyse des faits, que c'est à l'otite aiguë qui précède ou accompagne cette hémiplegie faciale qu'il faut rapporter pour la plus grande partie les phénomènes subjectifs observés, et que le rôle de la paraly-

sie dans leur genèse est très effacé, pour ne pas dire nul.

Ces conclusions sont en opposition avec les idées reçues et l'enseignement classique; aussi ai-je cherché à les étayer de preuves diverses aussi démonstratives que possible.

J'ai constaté que les troubles auditifs se développaient et s'atténuaient ou s'aggravaient en concordance parfaite avec les phases et l'évolution de l'inflammation de l'oreille moyenne; que ces lésions fonctionnelles pouvaient totalement disparaître, l'otite guérie, la paralysie de la face au contraire persistant avec toute sa gravité.

Enfin de la comparaison des otites aiguës compliquées de paralysie faciale avec celles où cette complication manque, il résulte qu'on ne peut trouver aucun caractère, aucun signe différentiels; et que les otites à paralysie n'offrent rien dans leur symptomatologie qui leur soit spécial, et qu'on puisse attribuer à l'affection concomitante du nerf de la face.

Ces conclusions trouvent un appui sérieux dans l'observation suivante où la paralysie faciale est d'origine intra-crânienne, par suite indépendante de toute lésion otitique.

Je la résume rapidement, et je la fais suivre de considérations et d'épreuves relatives à l'étude de la fonction de l'ouïe. Aussi j'arrive à la démonstration juste de mon opinion, puisque j'opère en l'absence de toute lésion auriculaire.

OBSERVATION. — Le 10 mai 1890. — *Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux* (D^r CHARCOT). — Service otologique (D^r GELLÉ).

Demoiselle D. . . . , 23 ans; elle a été prise il y a quatre mois de vomissements répétés, abondants, bilieux, avec céphalée vide, et des vertiges à tomber, qui l'ont forcée à garder le lit. Le huitième jour, au réveil, elle s'est aperçue de la paralysie de la face du côté droit et d'une hémiparésie légère et passagère à droite.

Dès le début de la paralysie, les troubles généraux cessent. A l'examen, on trouve une paralysie faciale droite complète flasque; sans trouble des fonctions du voile. L'hémiplégie a disparu totalement; mais on constate une paralysie du moteur oculaire externe du même côté, dont le début remonte à la même époque (quatre mois); intelligence nette.

Le diagnostic porte : lésion (tumeurs ou produits plastiques

au niveau de l'émergence du nerf facial et du nerf moteur oculaire externe.

EXAMEN DE L'APPAREIL ET DE LA FONCTION DE L'OUÏE
DU CÔTÉ DROIT.

Audition de la parole normale, à droite et à gauche.

Audition de la montre à plus d'un mètre des deux côtés (1^m,30 à gauche et 1^m,25 à droite).

Perception crânienne excellente.

Diapason vertex rapporté à droite.

Ce son, latéralisé à droite, est mobilisable à volonté vers le côté gauche par l'occlusion du méat gauche.

Les pressions centripètes sont positives à droite comme à gauche, que le diapason soit posé sur le vertex (étriers mobiles), ou sur le tube de caoutchouc de la poire à air (tympans mobiles et élastiques).

Réflexes de l'accommodation binauriculaire (mise en activité du tenseur droit ou gauche par la pression exercée sur l'organe opposé), épreuve négative à droite et à gauche, du côté sain comme du côté paralysé.

Trompes, largement perméables.

Mouvements synergiques des tenseurs liés aux contractions des muscles masticateurs, soit des muscles peaussiers de la face; épreuve positive, c'est-à-dire action normale sur le son du diapason vibrant en face de l'oreille droite; ce son est atténué à chaque effort: tenseurs actifs.

Mouvement des muscles moteurs de la chaîne des osselets (tenseur et stapédius) liés au *bâillement* soutenu, tout à fait normaux: le son du diapason aérien est atténué, et celui du diapason vertex ne l'est pas (normal). Le muscle de l'étrier fait donc équilibre au tenseur ici, comme s'il n'y avait pas une paralysie faciale droite.

Aucune hyperacousie; pas d'audition douloureuse. Pas de vertiges.

CONCLUSIONS. — Au milieu des faits qui indiquent une fonction auditive normale, se montrent quelques épreuves dont le résultat est absolument anormal; voyons s'il peut être rapporté à la lésion du facial.

1° Tout d'abord le son du diapason vertex est perçu par

l'oreille du côté paralysé; cela est dû sans doute à la tension exagérée du tympan droit, le muscle tenseur ayant une action prédominante, la parésie du facial n'ayant aucun effet sur sa tonicité, tandis que le stapédius est affaibli.

Au reste, cette latérisation est bien légère; car elle se déplace à volonté à l'opposé par l'occlusion de la bonne oreille.

2° Le muscle tenseur a conservé toute son énergie; il se contracte synergiquement avec les masticateurs et avec les muscles peaussiers de la face, et le son du diapason vertex est atténué à ce moment très franchement.

3° Cependant on a dû remarquer ce phénomène curieux: l'épreuve des réflexes binauriculaires est restée négative. Le muscle tenseur du côté paralysé n'a pas été mis en action (action démontrée par l'abaissement du son du diapason aérien), par les pressions exercées sur le tympan opposé, comme cela a lieu d'ordinaire sur l'oreille saine.

Ici, l'intégrité de l'organe est évidente, l'audition est excellente, le jeu des osselets, des étriers et des tympans (démonstré par les pressions centripètes) est normal; la cause de l'inertie du tenseur doit être cherchée ailleurs que dans la caisse.

Mais je remarque que, en faisant l'épreuve des mouvements synergiques binauriculaires à l'inverse, c'est-à-dire si j'exerce la pression sur le tympan droit (côté paralysé), le diapason, sonnait en face de l'oreille gauche, le résultat est également nul; ainsi de ce côté sain, le tenseur n'obéit pas non plus.

La perte des réflexes d'accommodation binauriculaire est donc complète et bilatérale; mais du moment où l'oreille du côté sain est aussi inerte que celle du côté paralysé, au rapport du jeu des muscles tenseurs tympaniques, il faut chercher l'origine de cette interruption du courant réflexe en dehors des organes auditifs.

C'est donc au foyer réflexe même, lien central des actes moteurs bilatéraux d'accommodation, que l'on se trouve amené à localiser la cause de ce trouble fonctionnel des synergies binauriculaires.

La coexistence de la paralysie du muscle moteur oculaire

externe vient à l'appui de ces conclusions, et permet avec elles de préciser le point où siège la lésion qui entraîne la paralysie du nerf facial droit.

Sur des oreilles saines, cette absence de la provocation des mouvements réflexes physiologiques est d'autant plus intéressante à constater que la conservation de l'énergie motrice des muscles tenseurs est absolument démontrée par l'effet synergique de la mastication, de la déglutition, etc.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que leur action motrice est indépendante du facial; la suppression du réflexe indique donc un autre trouble fonctionnel du centre bulbaire, concomitant de ces paralysies du facial et du moteur oculaire externe.

4° Je dois signaler encore ce fait que le muscle de l'étrier (le stapédius) que l'épreuve du diapason vertex nous a montré affaibli (première conclusion) ne semble pas être en paralysie complète, bien que la paralysie faciale soit absolue. En effet, l'expérience suivante montre qu'il a conservé dans certaines conditions, toute son activité antagoniste de celle du tenseur.

Quand la malade exécute un bâillement énergique, on constate que le son du diapason placé en face de l'oreille droite est atténué net, tandis que le son du diapason placé sur le vertex ne change pas. Or, ceci est normal. Dans le bâillement, les deux muscles moteurs de la chaîne se contractent à la fois et d'une façon antagoniste; le tenseur produit donc l'affaiblissement du son aérien en tendant la cloison tympanique; mais à l'inverse de ce qui se produit quand il agit seul, comme dans les contractions des masticateurs ou des peaussiers de la face, on voit que, dans le bâillement, le son du diapason vertex n'est pas modifié. Or, ceci ne peut se produire que par l'arrêt formé par le stapédius à la propulsion de la base de l'étrier dans la fenêtre ovale; c'est donc là une bonne démonstration de l'activité du muscle de l'étrier.

Eh bien! chez notre malade, malgré la paralysie faciale droite, le bâillement ne modifiait en rien le son du diapason vertex.

Le stapédius fait donc alors équilibre au tenseur; malgré

l'hémiplégie faciale si accusée, sa motilité n'est pas éteinte; serait-ce qu'il reçoit d'ailleurs ses excitations? Je rapproche ce fait de l'intégrité évidente des mouvements du voile.

Dans le cas actuel, le siège central de la lésion laisse cette hypothèse admissible; et les anastomoses du facial et du glosso-pharyngien l'autorisent et l'expliquent peut-être, car j'ai vu ces actions antagonistes du stapédius persister dans la paralysie faciale otitique (*ab aure læsa*), c'est-à-dire celle qui est liée à l'otite moyenne aigue périostique; on sait qu'alors c'est à la compression du facial dans le canal osseux de Fallope qu'on rapporte sa paralysie d'origine intra-auriculaire.

5° Enfin je crois utile d'appeler l'attention sur le peu d'action de la paralysie simple du facial sur l'audition; l'ouïe est bonne, et aucun trouble subjectif n'est observé, ni bourdonnement, ni vertige, ni douleur; quand l'oreille est saine, il n'existe rien de tout cela.

Cependant si l'on en croit les auteurs spéciaux ou non, l'ouïe serait constamment altérée dans la paralysie faciale.

6° Non seulement il y aurait affaiblissement de la portée de l'ouïe, mais sous son influence, grâce aux parésies du stapédius consécutives, des troubles sérieux seraient notés, tel que le bourdonnement, et surtout l'hyperacousie de Landouzy, ou mieux l'ouïe douloureuse de Dechambre, l'hyperesthésie des auteurs.

Dans le cas d'hémiplégie faciale qui nous occupe, paralysie bien simple, dans laquelle aucune lésion auriculaire n'intervient, où tout par suite est précis, clair et facile à rapporter à sa cause, nous ne trouvons aucun trouble de l'audition d'aucune sorte.

Si nous rapprochons de ces faits ce que nous a appris la discussion précédente sur l'état de l'activité musculaire intratympanique dans l'hémiplégie faciale, tout s'explique.

D'autre part, il résulte de mes recherches cliniques que la production de l'ouïe douloureuse exige la réunion ou coïncidence de plusieurs conditions morbides, au milieu desquelles la paralysie faciale est la moins indispensable; car cette hyperacousie se rencontre très souvent sans elle.

L'inflammation otique violente ou profonde, l'hyperes-

thésie qui la suit, les névralgies et migraines qui l'annoncent, montrant la participation de l'acoustique au processus et ses souffrances, sont les conditions élémentaires de l'ouïe douloureuse, bien plus fréquente alors qu'elle n'est dans la paralysie faciale, quand la période otitique de celle-ci est passée.

L'ouïe douloureuse, comme les bourdonnements, les vertiges et la douleur otique, est liée à l'affection aiguë de l'oreille moyenne au milieu de laquelle la paralysie débute, et en est une suite non fréquente. Si les ligaments, si les membranes tympaniques ont subi de graves altérations, du relâchement consécutif au ramollissement inflammatoire, on comprend que l'action du tenseur soit alors nuisible, et cause de douloureux ébranlements nerveux, quand son activité est sollicitée par de fortes vibrations sonores (coup de pistolet de Landouzy).

Dans les conditions opposées, les mouvements imprimés à la chaîne des osselets par les contractions du tenseur sont limités toujours en dedans par le tendon du stapédus, et c'est ainsi que les excitations et les ébranlements du labyrinthe sont évités, quand il n'existe que de la paralysie faciale sans altération sérieuse des moyens de protection de l'oreille interne.

En résumé, dans un cas de paralysie bien limitée du nerf facial, on n'a pu observer aucun trouble de l'audition, aucun trouble de la fonction de transmission; l'activité des tenseurs est conservée. Mais l'épreuve des pressions centripètes dans l'accommodation binaurculaire est négative; les réflexes sont nuls; l'association des mouvements des deux organes est perdue. C'est le seul trouble fonctionnel constaté, et il n'a aucun rapport avec l'hémiplégie faciale; mais il montre que le centre réflexe bulbaire seul est atteint; la paralysie du moteur oculaire externe du même côté précise aussi ce siège de la lésion cause.

Le diagnostic posé est celui d'une lésion (tumeur, néoplasme, production plastique) à l'émergence du facial et du moteur oculaire externe, intéressant aussi le bulbe.

III

ROLE DES MICROBES DANS LE DÉVELOPPEMENT
ET L'ÉLIMINATION SPONTANÉE DE TROIS GROS
POLYPES SUS-GLOTTIQUES.

Par le Dr **Edouard BOINET**, professeur agrégé à la Faculté
de médecine de Montpellier, lauréat de l'Académie.

L'observation suivante est intéressante par la rareté clinique et par sa pathogénie. Les examens histologiques, faits par M. le professeur Kiener, montrent bien le rôle que certains micro-organismes ont joué dans le développement et dans l'élimination de ces polypes sus-glottiques.

1° OBSERVATION CLINIQUE.

Antécédents. — Coste, 44 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires ou personnels, indemne de syphilis et de tuberculose, a toujours eu une excellente santé.

Histoire de la maladie. — Au mois de juin 1890, il ressent les premiers troubles laryngés. Il éprouve pendant plusieurs jours une gêne dans la déglutition des liquides et des solides. Le 20 juin, il est pris brusquement de troubles respiratoires ; il lui semble qu'un corps étranger obstrue à moitié la partie supérieure du larynx. L'inspiration est plus difficile que l'expiration.

Le 25 juin, la gêne de la déglutition est telle qu'un médecin pratique le cathétérisme œsophagien ; mais il néglige de faire l'examen laryngologique, et il envoie le malade à l'hôpital d'une ville voisine.

Le 27 juin, le malade a, pendant la nuit, des accès d'étouffement ; dès qu'il se lève, il respire mieux ; mais lorsqu'il se remet dans la position horizontale les mêmes phénomènes dyspnéiques se renouvellent.

La voix est nasonnée ; lorsque le malade essaye de déglutir, une certaine quantité du bol alimentaire passe par le nez.

Etat actuel. — Le 8 août, il est évacué sur l'hôpital suburbain de Montpellier, il est placé salle Combal, lit 26, dans le service de M. le doyen Castan, que nous avons l'honneur de suppléer. Le malade est toujours dans le même état; la gêne respiratoire persiste; la voix est rauque, enrouée, nasonnée; le malade se plaint d'une sensation de corps étranger au niveau de la partie supérieure du larynx, et il fait de nombreux efforts pour se débarrasser de la tumeur qui le gêne.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, il réussit à expulser, après de violents efforts de toux, une tumeur grisâtre, légèrement villeuse, dure, élastique, du volume d'un marron. Les symptômes indiqués plus haut diminuent d'intensité; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse; cette sensation pénible paraît tenir à l'ulcération qui existe au niveau du point d'insertion de la tumeur.

Les accès de suffocation ont disparu. La voix est moins rauque; elle est toujours nasonnée. Les ganglions ne sont pas enorgés; l'état général est bon.

Le 15 août, ce malade rejette un nouveau polypo de la grosseur d'une grosse noisette.

Le 16 août, nous examinons ce malade au laryngoscope et nous constatons l'état suivant :

L'épiglotte présente sa forme normale, elle est congestionnée; la portion sus-glottique du larynx est en grande partie obturée par une masse gris sale, légèrement mamelonnée, adhérant au ligament aryéno-épiglottique gauche et cachant les cordes vocales. Pendant l'émission des notes élevées ou pendant les fortes inspirations, on voit une petite fente située entre les bords arrondis de la tumeur et les parois du larynx. Ce n'est que par cette fissure fort étroite que l'air peut passer.

Le 27 août, nous saisissons la tumeur avec des pinces à polypes; nous lui faisons exécuter quelques mouvements; elle cède légèrement sous l'influence de ces tractions; mais une légère hémorrhagie, qui vient de se produire au niveau du point d'application des pinces, nous fait cesser ces manœuvres.

Nous avertissons notre malade de la chute probable de cette dernière tumeur, soit à l'occasion d'un effort de toux, soit pendant un mouvement de déglutition. Deux heures après, le malade avalait sa tumeur en même temps qu'un morceau de pain.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le lendemain, nous donne les résultats suivants : on ne voit plus de traces de tumeurs pa-

pillomateuses ; les cordes vocales apparaissent nettement, elles sont rouges, et au niveau du point d'implantation de la tumeur en dehors de l'épiglotte, qui est intacte, on trouve les vestiges de ce sillon d'élimination ; on observe une grande encoche ulcéreuse située au niveau du point d'insertion de la tumeur, sur le repli aryéno-épiglottique gauche. La voix a recouvré ses caractères normaux : la respiration et la déglutition ne sont plus altérées. Le malade sort le lendemain, complètement guéri.

2° EXAMEN HISTOLOGIQUE FAIT PAR M. LE PROFESSEUR KIENER.

I.

Au premier aspect, on remarque que les coupes, traitées soit par le micro-carmin, soit par le carmin boraté, ont une coloration diffuse et laissent à peine voir quelques éléments cellulaires disséminés.

Leur surface externe, sur une épaisseur de un à deux millimètres, n'est pas colorée ; elle ne présente plus aucune trace de structure. On est en plein territoire de nécrose.

On ne distingue rien qui rappelle les couches épidermiques ; mais çà et là, on voit les lumières de quelques vaisseaux thrombosés, indiquant que la nécrose a envahi le tissu conjonctif.

Le tissu, ayant conservé la vitalité, est de nature conjonctive et myxomateuse. On voit des orifices vasculaires assez régulièrement espacés et ayant pour parois un tissu conjonctif fibreux, condensé et pourvu d'un endothélium très peu apparent. De la tunique fibreuse des vaisseaux part un réticulum de fibres conjonctives, circonscrivant des mailles circulaires ou elliptiques, petites ou grandes, suivant les endroits. Ces mailles sont remplies d'un liquide incolore, au sein duquel on remarque, çà et là, quelques cellules migratrices isolées ou réunies en petits amas : d'autres points sont occupés par des globules sanguins, mais ces hémorragies sont très circonscrites.

On y rencontre en outre quelques grandes cellules à prolongements rameux. De pareilles cellules sont parfois placées sur le réticulum fibreux.

Tous les éléments cellulaires sont très rares et se colorent faiblement par les réactifs ; ce qui semble indiquer que l'ensemble du tissu n'avait qu'une faible vitalité.

Dans aucune coupe, on ne trouva la moindre trace de glandes.

II.

Des préparations ont été faites pour la recherche des micro-organismes.

Les unes ont été colorées pendant trois minutes par la liqueur de gentiane à l'aniline; les autres ont été traitées soit par le procédé de Gram-Weigert, après une à deux minutes de séjour dans le bain colorant.

Les trois ordres de préparations ont donné des résultats absolument concordants.

On s'aperçoit immédiatement que la préparation est toute remplie de micro-organismes; ceux-ci sont surtout nombreux dans les parties nécrosées de la surface et dans la zone vivante immédiatement sous-jacente.

Dans cette zone, on peut reconnaître aisément trois espèces de micro-organismes :

1° Un bacille gros et très allongé, mesurant jusqu'à un dixième de millimètre. Quelques-uns de ces bacilles sont colorés d'une manière uniforme, continue, tandis que la plupart montrent un chapelet de granulations sombres dans un stroma très faiblement coloré. Ce bacille forme un feutrage plus ou moins serré dans différents points de la région susdite.

2° Un bacille plus grêle, ne montrant aucun indice de sporulation, disséminé çà et là, au milieu des autres éléments, sans se réunir en amas.

3° Un microcoque de petites dimensions, très abondant, formant sur quelques points de vastes agglomérations : sur les confins de ces amas, ces microcoques sont généralement isolés, quelquefois réunis deux à deux ou en petits groupes.

Dans le centre de la tumeur, les micro-organismes sont moins abondants; mais ils sont encore en nombre considérable.

Dans certains endroits, on les voit, à un assez faible grossissement, sous forme de placards irréguliers ou arrondis, assez voisins les uns des autres. Sur d'autres points, ils sont épars, et on ne peut les apercevoir qu'avec un fort grossissement; mais nulle part ils ne font défaut.

Ces micro-organismes appartiennent aux deux dernières des espèces décrites plus haut. Le bacille gros et long manque.

Le plus ordinairement, les micro-organismes sont libres dans ces tissus. Parmi les rares éléments cellulaires qui entrent dans

la composition de ces polypes, il n'en est qu'un petit nombre qui renferment des micro-organismes.

Dans la lumière de quelques vaisseaux sanguins, on rencontre un assez grand nombre de micro-organismes; la plupart sont incorporés dans les leucocytes.

L'examen histologique précédent rend compte de quelques particularités intéressantes de ces polypes myxomateux sus-glottiques.

Réflexions. — 1° L'élimination spontanée de ces trois polypes sus-glottiques est un fait assez exceptionnel.

Ainsi Schwartz (*Tumeurs du larynx. Thèse d'agrégation, 1886*) n'a pu réunir que quelques cas d'expulsion spontanée de ces polypes. Pauli (*Gazette médicale de Paris, 1856*) rapporte qu'un polype vasculaire, long d'un demi-doigt, a été rendu dans des efforts de toux. Murray Dobie (*Monthly Journal of medical science, octobre 1853*) a constaté la disparition d'une tumeur pédiculée, grosse comme une cerise, insérée dans le bord droit de l'épiglotte et la présence d'une cicatrice au point d'implantation.

2° L'absence de récurrence de ces polypes mérite encore d'être signalée. On sait, en effet, que ces tumeurs du larynx ont habituellement une certaine tendance à repulluler.

3° Les examens histologiques expliquent ces deux particularités cliniques précédentes que l'on observe si rarement.

Nous avons vu que le *bacille long et gros* formait une sorte de feutrage strictement limité à cette étroite zone de nécrose superficielle, qui constituait les parois du sillon d'élimination. Peut-être ce bacille n'est-il qu'un épiphyte? Peut-être est-il doué d'une action nécrosique, favorisée par la faible vitalité de ce tissu myxomateux. Cette dernière influence paraît d'autant plus vraisemblable que le bacille long est cantonné dans les couches superficielles en voie de sphacèle. Ce rôle nécrosique est encore de nature à expliquer l'absence des proliférations au niveau des points d'implantation de ces polypes; mais la preuve directe nous manque; car nous n'avons fait ni cultures, ni inoculations de ce bacille saprogène, provenant sans doute de la cavité buccale.

4° Enfin le tissu myxomateux de ces tumeurs contenait jusque dans ses parties les plus profondes des *microcoques* et des *bâtonnets courts*. La dissémination de ces microbes exclut l'idée d'une infiltration secondaire, d'une invasion après coup. Le développement parallèle, la connexion intime qui existait entre ce tissu myxomateux et ces derniers micro-organismes font présumer leur action pathogène : il paraît probable que ces microcoques et ces bâtonnets courts jouent un certain rôle dans l'extension rapide et dans la multiplicité de ces polypes sus-glottiques.

5° Ces microbes n'ont exercé qu'une influence pathogénique locale. Malgré leur présence dans le sang des vaisseaux de ces tumeurs, ils n'ont cependant pas produit d'infection générale; il est donc logique d'admettre que ces microbes, qui, pour la plupart, se trouvaient dans les leucocytes ont été détruits par la phagocytose.

En résumé, ces polypes sus-glottiques renfermaient des microbes doués de propriétés contraires : les uns (microcoques, bacilles courts) paraissent liés au développement de ce tissu myxomateux, les autres (bacille long) sont en rapport avec l'ulcération nécrosique, qui a creusé ce sillon d'élimination permettant l'expulsion spontanée, sans récurrence, de ces trois volumineux polypes sus-glottiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen du nez et du pharynx chez 2238 enfants des écoles (*Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern*); par R. KAFEMANN, de Königsberg (*A.W. Kafemann, éditeur, Dantzig, 1890*).

L'auteur a eu pour but de recueillir dans les écoles primaires des données statistiques sur le rapport déjà souvent remarqué entre l'état du nez et de l'amygdale pharyngée et l'aprosixie nasale (incapacité de fixer l'attention ou, ce qui revient au même,

inaptitude au travail scolaire). *A priori*, l'influence fâcheuse de l'hypertrophie amygdalienne sur tout l'organisme et l'intelligence s'explique aisément, parce que les végétations adénoïdes du nasopharynx occasionnent une gêne respiratoire en rapport avec leur hypertrophie, et que, d'autre part, l'ouïe est plus ou moins gravement compromise, comme l'ont montré Bézold, Meyer, Blake, etc. Aussi l'enfant, épuisé par les efforts qu'il fait pour respirer la bouche toujours ouverte et pour écouter, n'arrive-t-il plus à fixer son attention sur un sujet d'étude; il devient indolent, ne lutte plus contre l'apathie et l'hébétéude qui l'envahissent; plus d'un écolier ainsi arriéré est considéré par tout le monde comme faible d'esprit, tandis que la cause de cet état reconnue et facilement éloignée peut lui rendre la santé et l'intelligence, fait sur lequel il serait urgent d'attirer l'attention des parents et avant tout des maîtres.

Le Dr Kafemann a examiné 2238 enfants de 6 à 14 ans, mais la rhinoscopie postérieure n'a pu être faite dans 195 cas.

I. — 1,100 garçons se répartissent ainsi : 592 fois (55,4 0/0). L'amygdale pharyngienne ne déborde pas les arcades choanales, et peut être considérée comme normale; dans le nombre, beaucoup d'enfants de 6 ans.

180 cas. — L'arcade choanale est recouverte dans une étendue minime, ce qui ne peut gêner la respiration, mais doit déjà attirer l'attention sur la trompe et la caisse du tympan.

47 cas. — Un segment plus considérable de l'une ou des deux arcades choanales est masqué. Cet état, déjà certainement pathologique, n'est pas encore considéré comme hypertrophie vraie.

86 cas (7,8 0/0. — Hypertrophie incontestable de l'amygdale pharyngienne qui recouvre le tiers supérieur, la moitié, quelquefois les deux tiers du septum. Statistique suivant l'âge :

					6 ans	7	8	
9	10	11	12	13	14	17	11	12
7	14	9	6	6	4			

Sur ce nombre de 86, l'auteur trouva dans 74 0/0 des cas l'ouïe plus ou moins affaiblie et la membrane du tympan malade. 12 autres enfants étaient hors d'état de suivre l'enseignement; il faut cependant remarquer que 5 enfants atteints d'hypertrophie considérable étaient intelligents et studieux, tandis que 6 arriérés avaient le pharynx normal; quelques-uns pouvaient toutefois être affectés d'aproxexie purement nasale et non pharyngée. 10 garçons étaient bégues, bégayement oral de Bloch lié à la respiration buccale.

II. — 1,102 filles. 117 (10,6 0/0) hypertrophies de l'amygdale pharyngée, et sur ce nombre, 29 enfants, par conséquent *un quart*, étaient sérieusement arriérées; la plupart entendaient très mal, beaucoup avaient doublé ou triplé leur classe.

Pour ce qui est de la forme des tumeurs adénoïdes, l'auteur a rencontré exclusivement l'hyperplasie symétrique, hémisphérique, sauf quelques cas de régression où l'une des choanes était déjà découverte dans une étendue plus grande que l'autre.

L'auteur a porté également son attention sur l'état des amygdales proprement dites et les a trouvées hypertrophiées 281 fois; dans 22,4 0/0 de ces cas, il y avait simultanément hypertrophie des trois amygdales. Plus fréquente encore que l'hypertrophie des amygdales proprement dites était celle du tissu adénoïde du pharynx buccal; la muqueuse était granuleuse dans 400 cas, dont 78 à un degré excessif; chez 24 enfants, le siège de prédilection des granulations étaient les replis tubo-pharyngés.

L'examen des fosses nasales chez ce grand nombre d'enfants donna des résultats intéressants au point de vue de la fréquence des différentes affections et malformations du nez, toujours plus fréquentes, et de beaucoup, chez les garçons que chez les filles. La cloison cartilagineuse présentait dans 191 cas des épines, des excroissances associées ou non à un certain degré de déviation. La déviation notable de la cloison cartilagineuse a été rencontrée 84 fois chez les garçons, 50 fois chez les filles; la déviation des cloisons cartilagineuse et osseuse 161 et 128 fois. Jamais cependant l'auteur n'a trouvé d'inégalité des deux choanes qui accompagneraient la déviation, suivant Schanz, pas plus d'ailleurs qu'il n'a pu trouver de différence entre les deux orifices sur de nombreux crânes examinés à cet effet. Enfin, l'hypertrophie de la muqueuse nasale est fréquente (68 fois chez les garçons) et affecte de préférence le cornet inférieur dans sa portion antérieure. Tout en n'ayant pas la gravité des obstructions postérieures, par l'amygdale pharyngienne, les rétrécissements antérieurs par hypertrophie de la muqueuse, déviation de la cloison, saillies cartilagineuses, apportent un obstacle à la respiration nasale, et sont de ce fait justiciables d'une intervention chirurgicale.

M. W.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Contribution à l'étude histologique des cordes vocales,
par A.-A. KANTHACK. *Virchow's Archiv*. Bd. CXVII, Heft 3.

Réponse à l'auteur précédent, par B. FRÆNKEL. *Virchow's
Archiv*, Bd CXVIII, p. 370.

Id. *Lodem loco*, par A.-A. KANTHACK, p. 376.

Lod. loc., par B. FRÆNKEL, p. 381.

D'après KAYSER et B. BAGINSKI, in *Centralblt. f. klin. medicin*,
n° 10, 8 mars 1890, p. 181-182.

Kanthack, se basant sur l'examen d'un certain nombre de larynx frais, conclut avec Luschka, contrairement à B. Fränkel, que les cordes vocales ne contiennent pas de glandes. Il faut ajouter immédiatement que pour Kanthack, les véritables cordes vocales, dans le véritable sens anatomique et clinique du mot, sont uniquement le ligament thyro-aryténoïdien qui s'étend du processus vocal, où il s'insère par l'intermédiaire d'un cartilage sesamoïde, jusqu'au cartilage sesamoïde par lequel se fait son insertion au cartilage thyroïde. Il a une largeur et une épaisseur de 1 à 2 millimètres seulement. Dans la corde vocale ainsi définie, il n'existe ni glandes ni conduits glandulaires. Le court segment retiré entre le cartilage sesamoïde antérieur et le cartilage thyroïde qui, au point de vue du développement n'appartient pas à la corde vocale, renferme souvent des glandes, ainsi que d'ailleurs toute la région de la commissure antérieure. De même, il en existe aussi en arrière et en bas des cordes, et aussi dans le voisinage même de la corde, entre les faisceaux musculaires et le tissu élastique. L'épithélium pavimenteux, qui, en haut, ne dépasse pas normalement la corde vocale, peut s'étendre en bas jusqu'au cricoïde. Il semble n'y avoir pas à ce niveau de membrane basilair. Les papilles y sont rares, et n'existent normalement que dans la partie inférieure de la corde. Il ne faut pas confondre avec les papilles certaines irrégularités de la muqueuse. Les papilles deviennent très nombreuses dans certains états chroniques. La sous-muqueuse est ici excessivement mince. Les faisceaux du muscle thyro-aryté-

noïdien ne semblent pas s'insérer au ligament vocal et paraissent s'étendre ininterrompus d'une extrémité à l'autre.

La réponse de Fränkel porte sur la définition de la corde vocale donnée par Kanthack, d'où dérive la différence des résultats de leurs recherches microscopiques. Pour Fränkel, les cordes sont des organes prismatiques à base formée par le muscle thyro-aryténoïdien, et à sommet libre formé par le ligament du même nom. Fränkel n'a pas vu non plus de glandes dans la région visée par Kanthack. Les deux autres réponses constituent une polémique de mots plus que de faits; il n'y a rien d'important à signaler.

P. TISSIER.

Études sur l'histologie de la muqueuse du larynx. La muqueuse chez le fœtus, par A.-A. KANTHACK. *Virchow's Archiv*, Bd CXVIII, 1889. *Berl. klin. Woch.*, n° 6, p. 145, 10 février 1890

Chez le fœtus, la muqueuse est entièrement tapissée d'épithélium à cils vibratils, à l'exception des vraies cordes, qui possèdent un épithélium pavimenteux. L'épithélium à cils vibratils recouvre toute la surface laryngée de l'épiglotte, les parois latérales et postérieure du larynx et s'étend jusqu'au sinus pyriforme et à la paroi antérieure du pharynx jusqu'à la hauteur des aryténoïdes. La partie inférieure du pharynx est complètement revêtue d'épithélium pavimenteux. Ce dernier recouvre les cordes vocales dans toute leur étendue. En deçà des processus vocaux et du cartilage sésamoïde qui unit l'extrémité antérieure des cordes au cartilage thyroïde, c'est-à-dire les commissures postérieure et antérieure ont leur épithélium cylindrique.

Il n'existe pas de papilles sur les cordes vocales, ni de membrane basilare, ni de glandes.

Les glandes sont nombreuses ailleurs. On peut en distinguer 6 groupes : un épiglottique, deux aryépiglottiques, deux ventriculaires, un aryténoïdien.

P. TISSIER.

Épithélium et glandes du larynx chez l'homme sain et malade, par R. HEYMANN. (*Virchow's Archiv*. Bd CXVIII, Heft 2. *Centrbl. f. klin. med.*, n° 17, 26 avril 1890.)

Heymann a fait porter ses examens sur 12 larynx sains. L'épithélium pavimenteux du pharynx déborde légèrement le larynx, ainsi que l'ont noté déjà certains auteurs, sur une étendue variable. Le maximum est ordinairement au niveau de la partie supérieure de l'épiglotte, d'où la zone à épithélium

pavimenteux va en se rétrécissant à mesure que l'on descend le long des replis ary-épiglottiques. A côté de cette zone marginale se trouve une zone intermédiaire où existent encore quelques îlots d'épithélium pavimenteux, dans laquelle les deux formes d'épithélium pavimenteux et cylindrique semblent entrer en lutte. L'épithélium pavimenteux recouvre encore les cordes vocales, quelquefois le bord des bandes ventriculaires, où il forme une étroite bande, et l'espace interaryténoïdien, suivant les données classiques. Pour expliquer cette association des deux variétés d'épithélium, l'auteur rappelle le développement du larynx, aux dépens de l'intestin antérieur et des 3^e et 4^e arcs branchiaux. Voici la structure de l'épithélium pavimenteux. Sur la partie antérieure de l'épiglotte, sur le chorion muni de papilles, se voit une couche de petites cellules cylindriques basses, en palissade, puis plusieurs couches de cellules arrondies irrégulières, puis plusieurs de cellules de plus en plus aplaties.

Sur les cordes vocales, pas de papilles, la couche de cellules aplaties est plus mince. Sur le bord libre le revêtement épithélium est très mince. Sa couche moyenne disparaît totalement.

L'épithélium du larynx contient de nombreux leucocytes à ses divers étages.

Heymann a vu deux fois des acini glandulaires au niveau des processus vocaux, à la partie postérieure des cordes. Leurs conduits excréteurs ont un épithélium à cils vibratils et présentent souvent une ampoule préostiale.

Dans la tuberculose, l'épithélium à cils vibratils ne persiste que dans plusieurs points (sinus de Morgagni). Ailleurs, il se montre de l'épithélium pavimenteux ou de transition (Henle). Sur le bord libre des cordes et sur la paroi postérieure du larynx, il acquiert une épaisseur considérable. En outre, il se forme de nombreuses papilles. Les conduits excréteurs des glandes sont dilatés. Les nouvelles papilles, résultat de la dilatation des vaisseaux, produisent l'état velvétique de l'épithélium.

P. TISSIER.

Instrument pour l'ablation des tumeurs sous-glottiques, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 3, p. 51, 20 janvier 1890.)

Cet instrument est une pince articulée dont l'extrémité est coudée latéralement à angle obtus vers la droite de l'instrument. La partie coudée, longue de 4 millimètres, est formée de

deux branches excavées, à bords coupants, l'une fixe et l'autre mobile. A l'aide de cette pince, on enlève facilement les tumeurs sous-glottiques. Elle peut servir aussi dans les autres cas, notamment pour les nodules des chanteurs. Elle permet seule l'ablation totale (condition expresse de non récurrence) de toutes les tumeurs dans les cas de papillomes récidivant. P. TISSIER.

Réséction partielle d'un larynx cancéreux, par MIKULICZ.

(*Berlin. klin. Woch.*, n° 10, p. 236, 10 mars 1890.)

Le début remontait à plusieurs mois : enrouement d'abord, puis accès de suffocation. Michelson diagnostiqua au laryngoscope : tumeur cancéreuse siégeant sur la corde vocale, de coloration rouge clair, à surface mamelonnée. La tumeur semblait plus petite qu'elle ne l'était en réalité. Résection de tout le côté droit avec la demi-correspondante du cartilage thyroïde ; on ne toucha pas à l'épiglotte. Guérison rapide. Le malade respire sans canule et parle intelligiblement, quoique d'une voix enrouée. Il s'agissait d'un carcinome (Hildebrandt) à l'examen histologique. P. TISSIER.

Un cas de la forme lisse de la pachydermie laryngée,
par MICHELSON. (*Berl. klin. Woch.*, p. 238, n° 10, 10 mars 1890.)

Sujet de 44 ans, enroué depuis longtemps. Tumeurs symétriques au voisinage des processus vocaux. Dépression médiane et zone périphérique hyperémiee, surélevée.

Comme Fränkel, Michelson s'étonne que cet état si fréquent et si caractéristique ait pu échapper aux laryngologistes, malgré l'emploi du miroir, appliqué depuis 30 ans, et que ce soit un anatomiste qui ait appelé l'attention sur ce point. P. TISSIER.

Laryngite hémorrhagique, par L. RÉTHI. (Wien. 1889, Berl. klin. Woch., n° 6, p. 135, 10 février 1890.)

L'auteur pense que les hémorrhagies libres ou interstitielles qui se produisent dans certaines laryngites sont un élément symptomatique intéressant à ajouter à l'histoire des laryngites, mais ne peuvent en rien justifier la création d'une nouvelle entité nosologique, la laryngite hémorrhagique. Les hémorrhagies par rupture ou par diapédèse sont liées à une modification de la paroi vasculaire sous l'action du processus catarrhal. Les autres caractères donnés comme caractérisant plus particulièrement la laryngite hémorrhagique : intégrité de la muqueuse, longue durée

du processus, tendance aux récidives, ne sont pas suffisants pour justifier l'existence à part de la laryngite hémorrhagique. P. T.

Sténose laryngée consécutive à la trachéotomie, chez un enfant de 7 ans, traitée par le cathétérisme ascendant, par THOST (*Soc. méd. de Hambourg, Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890).

La sténose se montra à la suite de la trachéotomie pratiquée pour la diphtérie datant de deux ans. Plusieurs chirurgiens avaient tenté inutilement d'y remédier. Thost remplaça la canule trachéale trop étroite par une canule plus volumineuse, et dilata la sténose avec des bougies coniques de gomme à tige coudée à angle droit, introduites de bas en haut; puis il laissa à demeure des bougies métalliques à tige mobile. P. T.

Cancer du larynx. Extirpation partielle du larynx, par SOGIN, de Bâle (*in Progrès médical*, 29 mars 1890).

Homme de 60 ans, chez lequel la tumeur ulcérée avait envahi la corde droite et la région sous-glottique. Trachéotomie préalable, puis application de la canule-tampon et héli-section du larynx. L'opération fut pratiquée en décembre; la guérison survient sans encombre en janvier, et le malade quitte l'hôpital en février. Depuis la voix est revenue suffisamment et la guérison s'est maintenue. A. G.

Contribution à l'étude de la localisation corticale du centre de la voix chez l'homme, par M. J. ROSSBACH. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, Band XLVI, Heft 2.)

Nous résumerons brièvement le cas nouveau apporté par Rossbach. Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, ayant eu dans sa jeunesse diverses maladies infectieuses, la variole entre autres, et ayant souffert ensuite pendant des années de céphalalgie. Il y a 10 ans, perte de connaissance, sans autre suite. Il y a 4 ans, bourdonnements d'oreille, à gauche; depuis la fin de décembre, douleurs persistantes dans le bras et la jambe gauches. Enfin, depuis cinq semaines est apparue une paralysie progressive des quatre membres avec tuméfaction de la face dorsale des mains.

A l'entrée à l'hôpital (12 octobre 1887) on trouve une paralysie à peu près totale des quatre membres. Le bras droit et la jambe gauche sont un peu moins atteints. Paralysie faciale gauche, paralysie de la moitié gauche de la langue avec atrophie et tremblement fibrillaire, difficulté de la déglutition, parole lente et difficile, et paralysie totale (position cadavérique) de la corde vocale gauche. Les réflexes rotuliens sont exagérés. In-

continence d'urine, anesthésie des membres et du tronc. Température normale. Pouls et respiration légèrement accélérés. L'excitabilité faradique et galvanique des muscles paralysés est conservée. Œdème des deux mains. L'état de la malade s'aggrave rapidement. Il survient des accidents de décubitus, une paralysie totale de la vessie; l'anesthésie devient totale. Tachycardie, broncho-pneumonie. Mort le 2 novembre 1887. On avait porté le diagnostic. Vieille lésion encéphalique, d'origine embolique de côté droit et myélite cervico-dorsale. Autopsie. Dans la moelle, à la hauteur des 5^e-7^e paires cervicales, tumeur de la grosseur d'une fève, gris-rougeâtre, siégeant sur le cordon antérieur gauche. Ramollissement de la portion correspondante de la moelle, etc., etc. Dans le cerveau, sclérose et coloration jaunâtre de l'insula à droite s'étendant sur l'opercule et la partie inférieure des deux circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendantes) et la partie inférieure du lobule pariétal inférieur.

A gauche, agrandissement du ventricule latéral, adhérences circonscrite du noyau caudé avec le toit du prolongement du ventricule latéral.

Les deux nerfs vagues, les cordes vocales et leurs muscles examinés au microscope ne présentèrent aucune lésion.

Voici comment Rossbach interprète son observation. La paralysie des membres s'explique par la tumeur de la moelle. La paralysie de l'hypoglosse par la dégénérescence constatée au microscope de son noyau bulbaire.

La paralysie faciale gauche dépend des lésions du manteau. De même la paralysie de la corde vocale est d'origine corticale, des quatre points lésés : 1^o l'insula ; 2^o la partie supérieure de l'opercule ; 3^o la partie inférieure des circonvolutions motrices ; 4^o la partie inférieure du lobule pariétal inférieur. Il faut surtout, d'après Rossbach, tenir compte de l'insula et de la partie inférieure du lobule pariétal inférieur. *Il pense que l'insula est le siège des mouvements volontaires de la corde vocale du côté opposé.*

Kayser, auquel nous empruntons une partie de cette analyse (*Centrbl. f. klin. Med.*, n^o 38, 1890), fait remarquer que, d'après le texte, on ne peut savoir si les noyaux bulbaires du facial et du spinal ont été examinés au microscope, et si cet examen a donné un résultat négatif. Néanmoins cette donnée, quoique non spécifiée d'une façon explicite, nous a bien paru ressortir de la lecture du mémoire de Rossbach.

Mais de pareilles observations ne sauraient trancher une question aussi délicate que celle de la localisation d'un centre dans le manteau.

Les conditions nécessaires indiquées depuis longtemps par M. le professeur Charcot, pour qu'un fait puisse servir à fixer un point de la topographie corticale, sont loin d'être remplies ici (1).

Cela n'enlève rien de l'intérêt qui s'attache au cas de Roszbach; mais il faut reconnaître qu'après comme avant, *adhuc sub judice lis est.*

P. T.

Sur l'innervation centrale du larynx, par H. KRAUSE. Réponse à l'article précédent, par SEMON et HORSLEY. Nouvelle réponse de KRAUSE et de SEMON et HORSLEY. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 février 1890.)

Krause se plaint de ce que Semon et Horsley, dans un court travail paru à ce sujet dans le *British med. Journ.*, il ne soit pas fait mention de ses recherches, dont les conclusions étaient presque identiques à celles des auteurs anglais. Ceux-ci répondent qu'il s'agit simplement d'une communication préliminaire, que, dans le travail d'ensemble qu'ils doivent publier, ils n'oublieront pas leurs devanciers, à commencer par Ferrier et Duret, et donnent à l'occasion la traduction allemande de leur mémoire pour bien montrer ce qu'il y a de nouveau dans leurs résultats. Le point qu'ils mettent surtout en lumière, et certes le plus intéressant, est la démonstration de la dualité des mouvements au point de vue de leur représentation centrale, le centre cortical qui préside aux mouvements d'adduction des cordes, c'est-à-dire à la phonation, et le centre bulbaire qui tient sous sa dépendance les mouvements automatiques de la voie organique, en particulier ceux d'abduction des cordes (inspiration).

P. TISSIER.

Oblitération congénitale des choanes. Traitement opératoire, par A. SCHWENDT. (*Correspondenz Blatt. per schw. Aerzte*, n° 7, p. 217, 1^{er} avril 1890.)

Après quelques considérations tératologiques, particulièrement sur les cébocéphales, l'auteur relate les cas publiés (23)

(1) Parlant des cas où existent, comme dans l'observation actuelle, des foyers multiples, Nothnagel déclare « qu'il est préférable de ne tirer de conclusions de semblables faits que le plus rarement possible, et que le mieux est de ne pas s'en servir ». Tout commentaire serait superflu.

et en rapporte un nouveau. Dans ces observations, il n'existait en général que de légères malformations sur le reste de l'organisme, ou même les recherches étaient tout à fait bien conformes. L'oblitération est réalisée par une membrane déformée variable ordinairement osseuse; ce n'est que chez les enfants ayant vécu quelques jours seulement qu'elle est membraneuse. L'oblitération des choanes produit la même gêne de la respiration et de la voix que les tumeurs adénoïdes. Le palais osseux est très concave et raccourci. Légère saillie des yeux. Odorat plus ou moins complètement aboli. Succion impossible chez les nouveau-nés.

L'opération se fera au galvano-cautère d'arrière en avant; cathétérisme.

L'odorat revient rarement.

P. TISSIER.

Phénomènes réactionnels à la suite des opérations nasales,
par L. TREITEL, (*Berliner klin. Woch.*, n° 16, p. 359, 21 avril,
et n° 17, p. 393, 28 avril 1890.)

Michel, Schech et Hack déclarent n'avoir pas observé l'érysipèle à la suite des affections sur le nez, quoique l'érysipèle prenne si souvent naissance dans le nez. Voltolini, et surtout Hack, à la suite des opérations d'empyème de l'antra d'Higmore, ont signalé au contraire cette complication.

Comme autres complications, Voltolini signale la méningite (extraction de polypes), et surtout l'otite moyenne. Schneider a observé des symptômes de pyohémie.

Les manifestations nerveuses sont autrement plus fréquentes (asthme, névralgies, notamment dans le domaine du trijumeau, tuméfaction des jointures des doigts, etc.), ainsi que l'ont montré les cas de Hack, d'Aronsohn, de Semon (maladie de Basedow, provoquée par une opération nasale). C'est la contrepartie des accidents réflexes guéris par les opérations nasales, et les deux séries sont presque aussi riches l'une que l'autre.

Treitl, à la clinique de Fränkel, n'a vu ni la pyémie, ni l'érysipèle, rarement des suppurations locales, souvent une forte réaction congestive, diffuse. La faiblesse, la perte de l'appétit, la céphalée, un léger mouvement fébrile se voient assez fréquemment. Cela tient à la gêne de la respiration nasale, à l'écoulement de sécrétions séreuses dans le pharynx.

L'angine lacunaire est très fréquente. Elle ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici. Elle se montre quel qu'ait été le point du

nez sur lequel ait porté l'opération, mais surtout à la suite de cautérisations des extrémités antérieures et postérieures des cornets inférieurs, plus rarement après celle de la cloison et exceptionnellement après celle des cornets inférieurs et l'ablation de polypes.

Il se montre d'abord un frisson, puis de la douleur, 18 heures ou plus souvent deux à trois jours après l'opération. L'amygdale pharyngée peut être prise pareillement ainsi que les bords supérolatéraux de l'anneau lymphoïde de la gorge.

La marche de cette angine est favorable. Est-ce là une coïncidence? Est-ce une infection? Il ne s'agit pas d'une infection locale propagée de proche en proche ainsi que le montre l'examen de la plaie, l'apparition de l'angine souvent du côté opposé. Pour Treitel, il s'agit d'une coïncidence. L'opération semble seulement avoir prédisposé les sujets.

Treitel cite encore une observation d'otite moyenne et une de conjonctivité (du côté opéré).

Il a encore noté une scarlatine chez un jeune homme deux jours après l'ablation d'une épine de la cloison, au galvano-cautère, et dans une autre opération semblable, une carie étendue de la paroi externe du méat moyen du côté de l'opération et une carie du septum avec perforation du côté opposé (le sujet était syphilitique).

Parmi les symptômes nerveux observés, citons les malaises, les vertiges, les vomissements (opération sur les polypes), l'insomnie, les névralgies, etc. Quelquefois la limitation du point opéré réveille les symptômes ou provoque un paroxysme.

L'auteur recommande l'emploi de la poudre d'iodoforme, les attouchements avec l'iodol, et surtout la désinfection des instruments.

P. TISSIER

Discussion sur la communication de Treitel sur les phénomènes réactionnels qui suivent les opérations intra-nasales. (*Laryngologische Gesellschaft zu Berlin. Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 43, 13 janvier 1890.)

Krakauer a, comme Treitel, noté la tendance à la syncope des sujets, même courageux, après les opérations nasales, qu'il y ait eu ou non au préalable cocaïnisation. L'inflammation de l'oreille moyenne s'observe fréquemment après ces opérations. Il faut, pour les éviter, laver les fosses nasales avec soin, une fois l'hémostase obtenue. Il n'a vu qu'un cas d'érysipèle à la suite de l'ouverture d'un abcès de l'aile du nez, d'origine

obscur. Il a observé une arthrite du coude gauche à la suite de l'ablation d'un petit fragment d'un sarcome de la fossette de Rosenmüller. L'ablation d'un éperon osseux du nez fut suivie de méningite, puis de rhumatisme articulaire généralisé.

Schadewaldt considère comme d'origine réflexe la céphalée, les vertiges, la syncope qui se voient à la suite de l'ablation des polypes du nez. Le simple badigeonnage de la pituitaire avec une solution alcoolique produit des vertiges. Le tabac à priser est un bon réactif de la sensibilité nasale. Dans un certain nombre de cas, il ne se produit pas d'éternuements, mais des défaillances, mettant les sujets dans l'impossibilité de marcher. Ces phénomènes sont l'indice d'un trouble de la réflectivité de la muqueuse.

Schœtz a remarqué que les opérations au galvanocautère ouvraient une porte à l'infection, d'autant mieux qu'ils portent sur un point plus limité. Au bout d'une huitaine de jours, lorsque la croûte tombe, se montre l'infection. *Schötz* a fréquemment trouvé de l'amygdalite avec inflammation de tout l'anneau lymphoïde de la gorge.

Rosenberg communique une observation remarquable. A la suite d'une cautérisation, dans un cas de coryza vaso-moteur du côté gauche, il se montra des troubles de la vue. Les objets parurent d'abord bleu foncé, puis il y eut cécité absolue, qui disparut au bout de sept minutes.

Sandmann a étudié l'eschare qui se forme après les cautérisations intra-nasales. Elle est fibrineuse si l'épithélium est légèrement lésé, purulente si la cautérisation est plus profonde.

Heymann rapporte le fait suivant : trois jours après la cautérisation des cornets inférieurs chez un enfant se montra une fièvre intense avec rougeur généralisée. Au bout de deux jours, la fièvre et l'éruption avaient disparu. *Heymann* pensa à une éruption cocaïnique. On cautérisa de nouveau l'enfant, et il retourna chez lui, où il eut de la néphrite scarlatineuse.

Treitl. L'amygdalite lacunaire est rare à la suite des opérations sur l'amygdale ou l'anneau lymphoïde de la gorge. Mais il a vu de l'angine lacunaire de l'amygdale pharyngée avec petits bouchons blancs.

P. TISSIER.

Contribution à l'étude de la syphilis pharyngo-nasale, par P. GERBER. (Königsberg, 1889. *Berliner klin. Woch.*, n° 6, p. 135, 10 février 1890.)

L'auteur passe en revue les divers points de l'histoire de la

syphilis pharyngo-nasale dont il rapporte 27 observations prises à la clinique de P. Michelson. Il attribue les ulcérations longitudinales du septum au décubitus, et les considère comme dues à la pression des cornets infiltrés sur le septum. Mais avec Kuttner et Krause, on peut objecter à cette opinion que l'on peut observer des ulcérations analogues et suivre son évolution depuis le début, sans que l'on constate une infiltration assez marquée des cornets pour produire cette compression. D'autre part, on voit tous les jours d'énormes tuméfactions des cornets sans ulcération de la cloison.

La lésion des os du nez n'est pas toujours suffisante pour produire l'affaissement du nez, mais elle semble bien en être une condition nécessaire.

P. TISSIER.

Sur l'anatomie du rétro-pharynx, par R. PÖLCHEN.
(*Virchow's Archiv.* Bd CXIX, Heft 1.)

Ce travail a pour but d'établir la réalité, d'après les données anatomiques, de l'existence si souvent discutée du recessus median, nommé aussi bourse pharyngée, et sur lequel les travaux de Tornwaldt ont attiré l'attention. Il est à remarquer, à un point de vue général, que ce sont surtout les petits côtés de l'anatomie qui ont fait et feront sans doute couler le plus d'encre. L'anatomie est une science purement descriptive, qui, depuis des années, semble être fixée. Mais lorsqu'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que sur bien des points il n'y a encore rien de précis, rien de définitif. L'exemple du recessus pharyngé médian en est un exemple topique. Il semble que rien ne soit plus facile de faire la lumière à ce sujet. Mais encore faut-il examiner de près des pièces, et des pièces dans de bonnes conditions. Si ce mal avait été observé par tous ceux qui ont écrit à ce sujet, point ne serait besoin aujourd'hui d'y revenir.

Aussi le travail de Pölchen nous semble-t-il intéressant. Il tranche en effet la question. Nous n'avons pas dit qu'il ferait tomber les discussions ; car entre un fait démontré et un fait accepté, il y a souvent un abîme.

Pölchen a détaché le pharynx entier avec la base du crâne correspondante, et étudié la disposition des parties sur des coupes transversales et longitudinales, faites après congélation.

Il en résulte qu'il existe à la partie médiane du rétro-pharynx une dépression, un recessus, causé vraisemblablement par la

présence des deux muscles longs de la tête. (*Recti capitis ant. maj.*)

Ces muscles, à leur insertion sur l'occipital, forment deux saillies bordant une dépression. Celle-ci est recouverte par la muqueuse pharyngée qui peut y former une véritable poche. Lorsque le tissu adénoïde est très développé, la fente et le recessus se trouvent comblés et disparaissent.

Au point de vue physiologique, le recessus médian reste immobile pendant la déglutition, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer directement sur le vivant après les larges résections du maxillaire supérieur.

Il constitue un réservoir de mucus, d'où celui-ci s'écoule constamment.

Il semble très prédisposé aux troubles de sécrétion (hyper-sécrétion, rétention, suppuration). Aussi est-ce là qu'il faut rechercher l'origine des troubles sécrétoires du pharynx nasal.

P. TISSIER.

Catarrhe du recessus pharyngé médian, par R. KAFEMANN. (Königsberg 1889. *Berlin. klin. Woch.*, n° 9, p. 202, 3 mars 1890).

Dans la discussion engagée entre Tornwaldt et Schwabach sur la bourse pharyngée, Kafemann se range du côté de ce dernier auteur.

Mais, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire, il y a trois ans, dans un travail sur cette question, paru dans les *Annales*, le point capital n'est pas là, et c'est en vain qu'on cherche à le déplacer. Existe-t-il oui ou non des cas de catarrhe localisé à la région visée par Tornwaldt? Ce catarrhe provoque-t-il des troubles locaux et à distance bien déterminée? Le traitement dirigé contre ce point, considéré comme siège originel de la maladie, est-il suivi de succès? Avec tous les auteurs, sauf peut-être Bresgen, en nous fondant sur ce que nous avons vu, nous avons répondu oui. Eh bien, dès lors, qu'importe qu'il existe en la région une bourse, un recessus, etc. Cela, c'est l'affaire des anatomistes. On y a même fait intervenir les embryologistes. Évidemment nous ne contestons pas l'intérêt qu'il y aurait à être fixé sur la question, et dès 1886, nous admettions qu'il s'agissait vraisemblablement d'un recessus médian analogue aux recessus latéraux, n'ayant pas la noble origine, à lui attribuée par Tornwaldt, de descendre en ligne directe de l'intestin antérieur, témoignage persistant de la filiation embryogénique de l'hypophyse.

Le travail de Kafemann, qui a l'immense avantage d'être allemand, et par suite, *ipso facto*, de compter dans la science, aboutit aux conclusions que nous venons d'indiquer. P. TISSIER.

Cas rare de cancer du pharynx, paralysie d'un abducteur par lésion directe du muscle, par W. LUBLINSKI. (*Berliner medicinische Gesellschaft*, séance du 5 mars 1890, in *Berliner klinische Woch.*, n° 13, p. 309. 31 mars 1890.)

Il s'agit d'un cancer ulcéré primitif de l'extrémité inférieure du pharynx siégeant à droite. Le seul symptôme observé était de la dysphagie des liquides. L'examen, au moins, montrait une petite tuméfaction livide du repli ary-épiglottique droit et de l'aryténoïde de ce côté avec immobilité de la corde vocale correspondante, en situation médiane. L'influenza a donné un coup de fouet à la maladie. Pas de tuméfaction extérieure, pas d'adénopathie. La tumeur envahit le tissu pyramidal et la partie laryngée du pharynx et sutura. L'examen d'un fragment de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un carcinome.

D'après Klebs, Koenig et Orth, le cancer de cette région est exceptionnel. Mais les laryngologistes Mackenzie, E. Fränkel et Lublinski pensent le contraire. Mais il faut rechercher la lésion qui ne se trahit guère à l'extérieur par des signes qui inspirent le diagnostic, contrairement à ce qu'écrivent les auteurs classiques.

La position médiane d'une corde vocale a aussi son intérêt. Dans ce cas, il s'agit d'une lésion du muscle crico-aryténoïdien postérieur et non du nerf récurrent. Lublinski l'a constatée à l'autopsie, ainsi que Fränkel ; l'apparition précoce de la paralysie montre que le début du néoplasme est sous-muqueux.

P. TISSIER.

Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale linguale, par G. KERSTING. (*Centr. f. klin. med.*, n° 11, p. 203, 15 mars 1890.)

L'amygdale linguale présente assez fréquemment des lésions (Swain, Seifert, etc.). L'auteur l'a trouvée atteinte 17 fois sur 300 malades. C'est une affection des jeunes gens, atteignant aussi souvent les adultes. Chez les vieillards, on voit surtout des varices à la base de la langue.

P. TISSIER.

Langue pileuse, par M. DINKLER. (*Virchow's Archiv*. Bd CXVIII, Heft 1, *Centralblatt f. klin. Med.*, n° 11, p. 205, 15 mars 1890.)

Il se développa à la suite de la scarlatine qui s'accompagna d'une éruption furonculaire de la tête, chez un enfant de 8 ans, une coloration noire de la langue avec nombreux prolongements noirs, de forme de filaments, adhérents entièrement à la muqueuse et formés par les papilles filiformes, devenues énormes. Très résistantes, ces papilles, dissociées par un séjour prolongé dans la potasse caustique (1 heure), se montraient formées de cellules épithéliales brunes, de constitution homogène. Les choses revinrent rapidement à l'état normal. Il s'agirait d'une manifestation locale de l'hyperkératose générale qui suit la scarlatine.

Un second cas concerne un adulte atteint de catarrhe stomacal avec dilatation. La langue, de coloration brun-noirâtre, portait des prolongements d'aspect pileux longs de plusieurs millimètres. Il s'agissait aussi d'une altération des papilles filiformes. Elles étaient entourées de bacilles qui leur donnaient leur coloration brune. L'état de la langue disparut rapidement avec la guérison de l'affection stomacale.

P. TISSIER.

Deux cas de périostite du maxillaire supérieur en relation directe avec l'influenza, par H. MÖSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 15, p. 341, 14 avril 1890.)

Dans les deux cas, sans cause apparente, se montrèrent subitement des douleurs vives dans les dents, puis dans tout le maxillaire (dans un cas, elles s'étendirent même à l'apophyse mastoïde) avec tuméfaction prononcée de la muqueuse du palais. Dans un cas seulement, il y eut suppuration au niveau du voile et dénudation osseuse.

P. TISSIER.

Sur la stomatite gangreneuse idiopathique, par BRUCKE. (*Inaug. Dissert. Berlin* 1889, in *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 16, p. 293, 19 avril 1890.)

L'auteur a réuni les cas publiés jusqu'ici : 7 chez l'homme et 3 chez la femme, et il y ajoute un 11^e cas, observé et traité par Sonnenburg. Voici le résumé de ce dernier fait : Sujet de 32 ans ; pas de maladies antérieures ; en 1888, rhumatisme articulaire fébrile qui persista longtemps, avec rémission et exacerbation successives. Pendant la convalescence, à la suite, dit le malade, de l'ingestion de saucisses avariées, vomissements, diarrhée. En novembre 1888, apparut, en arrière des incisives supé-

rieures, une vésicule bleuâtre, qui laissa une ulcération sanieuse qui s'étendit aux deux tiers du palais osseux. Les dents sont un peu mobiles. Par pression, il sort de l'ulcération une sanie fétide. Fièvre intense. Malgré des cautérisations répétées au thermo-cautère, l'ulcération envahit toute la bouche. Température très élevée. Douleur et tuméfaction du genou gauche. Cautérisation de l'ulcération avec une solution de 1/10 de chlorure de zinc. Pas de résultat. Septicémie, mort. P. TISSIER.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE.

Nez.

Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale, par François Franck (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, juillet 1889).

Electrolyse du canal nasal, par Gorecki (Congrès de la Soc. française d'ophtalm., Paris, 10 août; in *Progrès méd.*, 31 août 1889).

Rapport des maladies des yeux avec les maladies du nez, par Despagne (Congrès de la Soc. française d'ophtalm., Paris, 10 août; in *Progrès méd.*, 31 août 1889).

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par L. Lacoarret (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} et 15 septembre et 1^{er} octobre 1889).

Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes, par E. Ménière (*Gaz. des hôp.*, 5 septembre 1889).

Polype naso-pharyngien à prolongements multiples, par H. Bousquet (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 12 septembre 1889).

Des affections réflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie due à une hypertrophie des cornets inférieurs, curieux cas de sommeil hypnotique. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux, par Polo (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 septembre 1889).

Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée, par L. Lichtwitz (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Empyème de l'antre d'Highmore, par T. Heryng (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De l'hypertrophie des cornets comme cause de larmoiement, par Lubet-Barbon (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

De certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale, par Joal (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre; et *Rev. de lar. otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1889).

Végétations adénoïdes et surdi-mutité, par Lavrand (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Electrolyse dans les obstructions nasales par épaissement de la cloison, par J. Garel (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Lupus de la membrane pituitaire, par Wagnier (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1889).

Applications du courant galvanique au traitement des affections des fosses nasales, par F. Suarez de Mendoza (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre, et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1889).

Rhinite caséuse ou cholestéatomateuse, par V. Cozzolino (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et Congrès français de chir., 4^e session, séance du 11 octobre, Paris 1889).

Redresseurs de la cloison nasale, par Delstanche (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Papillome de la fosse nasale droite, par Noquet (*Bull. méd. du Nord*, 13 septembre 1889).

Nature du coryza caséux, par Bories (4^e session du Congrès français de chir., séance du 8 octobre, Paris, 1889).

Pleurésie hémorragique; cancer de la plèvre consécutif à un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant, par Féréol (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 18 octobre 1889).

Nouveau procédé de restauration du nez, par Montaz (*Ann. de l'enseignement supérieur de Grenoble*, n^o 1, 1889).

La révulsion para-hépatique dans le traitement des épistaxis, par Ch. Liégeois (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 22 novembre 1889).

Du traitement de l'ozène vrai, par V. Rochet (*Province méd.*, n^o 42, 1889).

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par Trolard (Comptes rendus de la Société de biologie de Paris, 29 novembre 1889).

Traitement de l'ozène, par J. Baratoux (*Progrès méd.* 7 décembre 1889).

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, décembre 1889).

Pathogénie de l'ozène atrophique, par P. Raugé (*Bull. méd.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par R. Botey (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur la forme du nez dans l'ozène vrai ou rhinite atrophique fétide, par Potiquet (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Sur quelques névropathies réflexes d'origine nasale, par Ch. Goris (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1890).

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par Robert (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1889).

De l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par François Franck (*Arch. de physiol.*, octobre 1889).

Révulsion hépatique contre l'épistaxis, par Haffner (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} janvier 1890).

Syphilis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal, par H. Hallopeau (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 novembre 1889).

Agent infectieux du rhinosclérome, par H. Hallopeau (*France méd.*, 10 janvier 1890).

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par E. Berger (*Thèse de Paris*, février 1890).

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, par Chaumier (Acad. de méd. de Paris, séance du 11 mars; et *Gaz. des hôp.*, 13 mars 1890).

Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe, par H. Nimier (*Mercredi méd.*, 12 mars 1890).

Quatre cas d'hyperesthésie nasalo, par P. Raugé (*Lyon méd.*, 16 mars 1890).

Epithéliome du dos du nez, par Heurtaux (Soc. anatom. de Nantes, séance du 16 février; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1890).

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes dans leurs rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par P. Rodard (*Gaz. méd. de Paris*, 22 mars 1890).

I. Gomme ulcérée de l'aile gauche du nez. — II. Syphilis naso-pharyngo-laryngienne tertiaire, par V. Raulin (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Un cas de tuberculose nasale chez un syphilitique, par Grossard (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Sur un cas de polype kystique des fosses nasales, par G. Labit (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Deux cas d'abcès froids rétro-pharyngiens, par R. Arnaud (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Nécrose osseuse du canal nasal, par Fage (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 mars 1890).

Ulcerations tuberculeuses des fosses nasales et du pharynx, par H. Luc (Soc. méd. du VII^e arrondissement de Paris, séance du 22 octobre 1889 in *France méd.*, 11 avril 1890).

De l'épistaxis chez le vieillard, par P. Parisot (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} avril 1890).

Recherches spirométriques dans les rhinopathies, par J. Joal (*Rev. de laryngol., otol. et rhinol.*, 15 avril et 1^{er} mai 1890).

Du coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse croupale), par V. Raulin (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} mai 1890).

De l'asthme des foins. Pathogénie et traitement, *Revue générale*, par L. Dreyfus-Brisac (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 10 mai 1890).

Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux pouvant simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire, par Panas (Soc. française d'ophtalmologie, Paris, 8 mai; et *Mercredi méd.*, 14 mai 1890).

L'asthme et le nez, par Potiquet (*Médecine moderne*, 15 mai 1890).

Transformation kysto-pneumatique du cornet moyen, par E. Schmiegelow (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 mai 1890).

Un cas de rhinolithie, par Noquet (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet 1890).

Complications des végétations adénoïdes; existence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes, par Boucheron (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Tumeurs adénoïdes chez les adultes, par Raulin (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; in *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1^{er} juillet 1890).

De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par A. Cartaz (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; et *Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sur la nature de l'ozène; recherches histologiques et bactériologiques, par S. Marano (*Arch. de laryng. et rhinol.*, avril 1890).

Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses, par Ragoueau (*Thèse de Paris*, juin 1890).

Traitement de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx, par Ch. Mauriac (*Mercredi méd.*, 4 juin 1890).

Hypertrophie du cornet inférieur. Destruction par l'électrolyse, par G. Bédart (*Ann. de la polyclinique de Toulouse*, juin 1890).

Trois cas de rhinolithiase, par A. Ruault (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 23 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Polype muqueux kystique de la fosse nasale droite, par Polo (Soc. anat. de Nantes, séance du 14 mai; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1890).

I. Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal. — II. Pinceau nasal, par A. Ruault (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Tumeur mixte (épithélio-sarcome) des fosses nasales; envahissement des lobes frontaux; abcès latent du cerveau; mort subite; autopsie, par G. Durante (*Arch. de laryng. et rhinol.*, juin 1890).

Sarcome des fosses nasales, par P. Tillaux (*Gaz des hôp.*, 8 juillet 1890).

Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitive et secondaire), par Olympitis (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Présentation de pièces anatomiques provenant de végétations adénoïdes du pharynx, par Rafin (*Bull. méd. du dispens. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Observation d'un corps étranger des fosses nasales par l'ouverture postérieure (tige de laminaria et rétrécissement cicatriciel des fosses nasales), par L. Rougier (*Bull. méd. et adm. du disp. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Polype fibro-muqueux naso-pharyngien. Accès caractérisés par des phénomènes congestifs, des hémorrhagies et une augmentation momentanée du volume de la tumeur. Atrophie progressive spontanée, par Bouchaud (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1890).

Anosmie, par A. René (*Gaz. des hôp.*, 31 juillet 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison des fosses nasales, par Marfan (*Ann. de dermat. et syphil.*, 23 juin 1890).

Des mesures électriques dans l'électrolyse des déviations de la cloison du nez, par Bergonié (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Ablation d'un polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable, par Chénicux (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Essai sur les sarcomes de l'antre d'Highmore, par Jourdan (*Thèse de Montpellier*, 1890).

Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant (Procédé de Moritz Schmidt), par R. Calmettes et Lubet-Barbon (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 23 août 1890).

De l'épistaxis dans le mal de Bright. Leçon de H. Barth, recueillie par R. Faure-Miller (*Gaz. méd. de Paris*, 6 et 13 septembre 1890).

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par Luc et Dubief (*Arch. de laryng. et rhinol.*, août 1890).

Chancres syphilitiques de la cloison du nez, par Gémy (*Ann. de dermat. et syphil.*, 23 juillet 1890).

ERRATUM

Notre confrère M. le Dr Noquet, de Lille, nous prie de rectifier la phrase suivante qui lui a été attribuée dans notre compte rendu de la Société française d'otologie et de laryngologie (p. 644, n° de septembre) : « *J'ai employé le raréfacteur de Delstanche, sans avantages mais sans accidents,* » en lui substituant ce qui suit : « *Évidemment le raréfacteur de Delstanche ne réussit pas toujours, mais il rend souvent de grands services, et dans tous les cas, je ne l'ai jamais vu, depuis cinq ans, produire le moindre accident.* »

NOUVELLES

Notre savant ami M. le professeur Schrötter, vient d'être nommé *professeur ordinaire* de clinique médicale à l'Université de Vienne (nouvelle création). C'est un grand honneur pour la laryngologie que le passage de cet éminent spécialiste à une des chaires les plus élevées de l'enseignement médical.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre savant collaborateur et ami M. G. Gradenigo, de Turin, vient d'être désigné par le Conseil supérieur de l'instruction publique, à la demande unanime de la Faculté de médecine de Turin, pour enseigner officiellement l'otologie à l'Université de cette ville. La chaire d'otologie de Turin est la seconde de cette espèce créée en Italie, la plus ancienne étant à Rome.

Nous lisons dans la *Berlin. klin. Wochensc.* que le professeur von Mering, de Strasbourg, qui vient d'être appelé à la direction de la *Polyclinique* nouvellement fondée à Halle-s/S., a été en même temps chargé de l'enseignement de la laryngologie.

Le *Bollettino delle Malattie dell' Orecchio, Gola e Naso* annonce que le Dr Giulio Masini vient d'être nommé *docent libre* de laryngologie à l'Université royale de Gènes.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre confrère le Dr René Calmettes, décédé à Paris, à l'âge de

39 ans, le 26 octobre. Le Dr R. Calmettes était un des auristes les plus occupés et les plus estimés de Paris; son enseignement, très apprécié, avait été suivi avec empressement par tous les jeunes médecins qui ont étudié l'otologie en France depuis ces dix dernières années.

Les communications suivantes étaient annoncées à l'*Association rhinologique américaine*, qui s'est réunie à Louisville, le 6 octobre dernier :

Réflexes du nez, par A. B. Trasher (Cincinnati). — Hypertrophie tonsillaire, son influence sur les inflammations nasales et auriculaires et son traitement, par T. H. Stucky (Louisville). — Cautères pour le nez, par E. R. Lewis (Indianapolis). — Hygiène des organes respiratoires supérieurs, par L. B. Gillette (Omaha). — Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J. G. Carpenter (Stanford). — Hypertrophies nasales, par J. North (Colorado). — Polypes et autres tumeurs nasales, par C. T. Mac Gahan (Chattanooga). — Administration de la morphine par les narines, par C. H. von Klein (Dayton). — Huiles dans le traitement des affections nasales, par E. C. Painter (Pittsburg). — Excision de la glande de Luschka, par J. H. Eoulter (Peoria). — Relation des affections naso-pharyngiennes avec le catarrhe de l'oreille moyenne, par E. Walsh (Grand Rapids). — Asthme des foins, par A. de Wilbiss (Toledo). Quels doivent être nos excipients dans le spray nasal? par R. S. Knode (Omaha). — Remarques sur les sujets qui ont été traités à l'Association rhinologique américaine, par T. F. Rumbold (San Francisco).

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Neue Heilmittel und alte Unzuträglichkeiten bei der Behandlung von Hals und Lungenkranken in Ems (Nouveau mode de traitement et ancienne intolérance des malades pour le traitement des affections de la gorge et pulmonaires à Ems, par Ed. ARONSOHN (Tirage à part de la *Deuts. med. Zeits.*, 1890).

Les bruits subjectifs de l'oreille. Conférence faite le 17 mai 1890, à Turin, par G. GRADENIGO (Extrait de la *Rivista veneta di Scienze mediche*, 1889).

Influence de l'excitation électrique du nerf auditif sur la perception du diapason vertex, par C. CORRADI (Extrait de la *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, n° 17; 1890).

Nouveaux procédés d'extraction des corps étrangers de l'oreille, par C. CORRADI (Extrait du *Sordomuto*, n° 3; 1890).

Zur prüfung der Schallperception durch die Knochen (De l'épreuve de la perception du son à travers les os, par C. CORRADI (Tirage à part des *Arch. für Ohrenh.*, 1890).

Contribution à la recherche des causes capables de produire la surdité chez les enfants, et comme conséquence le mutisme, par T. BOBONE (Extrait du *Sordomuto*, n° 4; 1890).

Un cas de guérison d'anosmie datant de 40 ans, par A. D'AGUANO (Extrait du *Boll. delle Malattie dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 5; 1890).

1. Hemorrhagien's Labyrinth in Folge von perniciöser Anämie (Hémorragie du labyrinthe à la suite d'une anémie perniciëuse); — 2. Hemorrhagien ins Labyrinth in Folge von gewöhnlicher Anämie (Hémorragie labyrinthique consécutive à une anémie ordinaire); — 3. Ein Fall von Knochenneubildung im Trommelfelle (Un cas d'ossification de la membrane tympanique, par J. HABERMANN (Tirage à part de la *Prager med. Wochens.*, n° 39; 1890).

Hémorrhagie après l'amygdalotomie, avec la description d'un amygdalotome galvano-caustique, par J. WRIGHT (Extrait du *New York med. Journ.*, 30 août 1890).

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie (Tome VI, fasc. 2, A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1890).

Wie ist der besonders bei Schullkindern, in folge gewisser nasen und Rachenkrankheiten beobachteten Gedanken und Geisteschwäche am besten und wirksamsten entgegenzutreten? (Quel est, chez les enfants des écoles, le moyen le meilleur et agissant le mieux à employer contre les affections nasales et pharyngées amenant la faiblesse de la mémoire et de l'esprit. Réponse de M. Bresgen (Tirage à part du *Zeits. f. Schulges und Heitspflege*, n° 10; 1890).

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Le traitement sec du nez et des cavités voisines, par M. Bresgen (Tirage à part de la *Berlin. klin. Woch.*, n° 39; 1890).

Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Pyoktanins (Methylviolet) in Nase und Hals (Nouvelles communications sur l'emploi de la pyoktanine dans les maladies du nez et de la gorge), par M. Bresgen (Tirage à part des *Therap. Monatshefte*, octobre 1890).

Le Gerant : G. MASSON.

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LA TUBERCULOSE DES FOSSES NASALES (1)

Par le Dr A. F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.

Bien qu'il s'agisse d'une affection dont l'observation soit loin d'être commune, l'étude de la tuberculose des fosses nasales offre, à divers points de vue, un véritable intérêt. Au point de vue de la pathologie générale, les causes de l'immunité relative de la muqueuse pituitaire exposée pourtant à tant de sources d'infection méritent d'être recherchées. Au point de vue clinique, il faut surtout mettre en relief la diversité des formes et les difficultés du diagnostic de la tuberculose nasale. Au point de vue thérapeutique enfin, les bons résultats donnés, soit par divers agents topiques, soit par l'intervention chirurgicale, sont vraiment dignes d'attention.

I

La tuberculose nasale, proprement dite des fosses nasales, est une affection rare; le nombre des observations publiées jusqu'à présent s'élève à peine à quarante; encore dans plusieurs d'entre elles le diagnostic reste-t-il assez douteux. Les recherches anatomo-pathologiques de

(1) Cette étude se trouvait écrite quand sont parues les premières publications sur la découverte de Koch. Si les faits annoncés se confirment il est superflu d'ajouter combien le diagnostic et le traitement des tuberculoses nasales se trouveraient immédiatement simplifiés.

Willigk et de Weichselbaum ont donné des résultats en concordance avec cette rareté clinique. Willigk (1), sur 476 autopsies de tuberculeux, n'a rencontré qu'une seule fois la tuberculose de la pituitaire. Weichselbaum (2), sur 164 autopsies, ne l'a trouvée que deux fois. L'infection secondaire de la muqueuse nasale est donc peu fréquente au cours même de tuberculoses généralisées. L'infection primitive est moins commune encore.

Cette rareté de l'infection est d'autant plus intéressante que les fosses nasales semblent, par leurs fonctions physiologiques, être particulièrement exposées à se trouver en contact avec les bacilles. Les poussières entraînées par l'air inspiré et qui semblent un des agents principaux de la contamination devraient infecter d'autant plus souvent la pituitaire qu'elles y séjournent, arrêtées qu'elles sont par les vibrisses. L'air expiré ne semble pas chez les phthisiques renfermer des bacilles; mais, dans la toux, des débris de crachats doivent se trouver entraînés dans les fosses nasales. Les inflammations subaiguës ou chroniques, les exulcérations si fréquentes du nez devraient favoriser la pénétration des bacilles ainsi introduits; et cependant cette pénétration semble ne se faire que très exceptionnellement.

Un certain nombre de raisons anatomiques ont été données pour expliquer cette immunité. Pour Koch (3), les cils vibratils qui se trouvent dans la portion respiratoire de la muqueuse offrent un obstacle suffisant à l'envahissement des bacilles. L'évolution du bacille tuberculeux est assez lente pour que les mouvements vibratils puissent les chasser hors des fosses nasales avant qu'elle ait eu le temps de s'effectuer. Michelson (4) a fait remarquer que dans la portion vestibulaire même, où n'existent point de cils vibratils, l'épithélium pavimenteux stratifié suffit à constituer un agent de protection. Cornet (5) a insisté sur le rôle du mucus qui lubrifie incessamment les fosses nasales. Ce mucus peut

(1) *Prager Vierteljahrschrift*, XXXVIII, p. 4.

(2) *Centralblatt für klin. Chirurgie*, 1882, p. 26.

(3) *Die Ätiologie der Tuberculose*. (Berlin., v. II, p. 86, 1884.)

(4) *Zeitschrift für klin. Medicin.*, vol. XVII, p. 207.

(5) Cité par MICHELSON. (*Loco citato*, p. 206.)

contribuer mécaniquement à entraîner les bacilles au dehors; il agit aussi en recouvrant les petites exulcérations où ceux-ci pourraient pénétrer. La structure de la couche sous-épithéliale de la pituitaire offre également des conditions de résistance singulièrement favorables. Dans la portion vestibulaire, cette couche est formée par un très grand nombre de faisceaux élastiques fins, entrecroisés en tous sens, qui forment une véritable barrière. Dans la portion respiratoire, elle renferme un très grand nombre de leucocytes. Ces leucocytes, pour Michelson, constituent surtout un obstacle en transsudant aussitôt par les moindres exulcérations et formant un courant qui refoule les bacilles. Ils agissent ainsi en constituant sous l'épithélium une seconde couche protectrice. Les bactériologistes, qui admettent la phagocytose, n'hésiteraient même point à faire jouer à ces leucocytes un rôle actif et direct de destruction.

Ces conditions de structure anatomique permettent donc d'expliquer non seulement la rareté de la tuberculose nasale, mais aussi diverses particularités de son évolution. Celle-ci se fait d'ordinaire avec une grande lenteur; l'affection dans les tuberculoses primitives peut persister des mois et des années sans généralisation; l'extension des lésions a beaucoup plus de tendance à se faire en superficie qu'en profondeur. Malgré le voisinage des méninges, malgré les nombreuses lacunes dont est criblé l'ethmoïde, la méningite tuberculeuse constitue en particulier une complication assez rare au cours de la tuberculose nasale. C'est dire que la théorie ancienne de Weigert (1), qui croyait que les fosses nasales constituaient l'une des principales portes d'entrée de la tuberculose des méninges, doit être entièrement abandonnée.

Michelson a eu l'idée intéressante de comparer cette résistance de la muqueuse pituitaire à l'envahissement du bacille tuberculeux avec la résistance qu'elle offre à l'envahissement d'autres microorganismes pathogènes. A l'égard des microorganismes de la diphthérie, de la rougeole, de la

(1) Cité par VERCHÈRE. Les portes d'entrée de la tuberculose. (*Thèse de Paris, 1884, p. 73.*)

ooqueluche, de la grippe, la résistance cesse, et la pituitaire paraît constituer un terrain des plus favorables. A l'égard du gonocoque blennorrhagique, la résistance, au contraire, reparaît. La rhinite blennorrhagique est fort rare, et Diday a fait plus de trente tentatives, toutes infructueuses, d'inoculation. Michelson montre que les variations d'immunité sont sensiblement les mêmes pour la muqueuse buccale. Son épithélium pavimenteux stratifié, sa couche leucocytaire sous-épithéliale rapprochent d'ailleurs ses conditions de résistance de celles de la pituitaire.

Malgré les obstacles que la structure anatomique de la pituitaire peut opposer à l'invasion du bacille, sa résistance peut cependant se trouver en défaut. Tantôt, et c'est là une des formes les plus fréquentes d'infection, l'invasion se produit par propagation d'un lupus de la peau ; tantôt elle survient au cours d'une phthisie pulmonaire avancée. Il est même digne de remarque que ce n'est guère qu'en pareil cas qu'on a trouvé dans les ulcérations et leur exsudat des colonies nombreuses de bacilles. Tantôt enfin, et peut-être est-ce ainsi qu'il faut comprendre un certain nombre de cas d'infection, en apparence primitive, la tuberculose, avant d'envahir la muqueuse, a débuté par les os. Volkmann (1) a, en particulier, appelé l'attention sur ces ostéomyélites caséuses primitives avec envahissement secondaire de la muqueuse. Il les regarde comme une cause fréquente d'ozène. Ce mode d'invasion de la muqueuse pituitaire mérite d'être rapproché du mode ordinaire d'invasion des synoviales articulaires dans les tumeurs blanches de l'enfant. Là encore la tuberculose débute presque toujours par le tissu osseux, et sa propagation secondaire à la synoviale se ferait, ainsi que l'a montré Lannelongue, soit par effraction brusque, soit par ulcération progressive, soit par les lymphatiques. L'étude de quelques-unes des formes cliniques de la tuberculose nasale montrera d'ailleurs que les caractères des lésions du début sont singulièrement en faveur de cette origine osseuse. Sans doute, l'envahissement primitif de la pitui-

(1) *Sammlung klin. Vorträge*, n° 168, p. 31.

taire ne peut, malgré ses conditions de résistance, être regardé comme toujours impossible. Mais ce dernier mode d'invasion paraît beaucoup plus rare que le précédent.

II

La tuberculose nasale peut se présenter sous deux grandes formes : tuberculose proprement dite et lupus. Mais chacune de ces formes peut prendre elle-même les aspects cliniques les plus différents : inflammation en nappe, ulcérations avec destructions plus ou moins profondes, abcès à contenu soit caséux, soit nettement purulent, tubercules circonscrits ou en infiltration diffuse, gommages dures ou ramollies, tumeurs de consistance et d'implantation variables, soit sessiles, soit pédiculées. Les lésions d'inflammation banale qui se surajoutent à la tuberculose viennent encore obscurcir ce tableau clinique. C'est dire les difficultés qu'offre le diagnostic, qui peut bien rarement se faire sur le seul examen local ; c'est dire aussi que, sous peine de rester entièrement vague, la description de la tuberculose nasale doit être forcément un peu schématique, se concentrant sur les lésions les plus fréquentes, et en particulier sur les modes de début.

a) Les lésions de la tuberculose proprement dite peuvent être ramenées à trois aspects principaux : les granulations, les ulcérations, les tumeurs. Il est assez rare que l'examen soit fait à la période de simples granulations. Mais assez souvent celles-ci persistent et continuent à coexister avec des lésions plus étendues. C'est ainsi que, dans une observation de Cartaz (1), on trouve au pourtour d'une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt francs « trois à quatre petites saillies jaunâtres et autant de petites exulcérations de la dimension d'une forte tête d'épingle. Dans une des autopsies de Weichselbaum, des lésions analogues ont été rencontrées sans être compliquées d'ulcérations. Il existait dans les fosses nasales plusieurs tubercules du volume d'un

(1) De la tuberculose nasale. (*France médicale*, 1867, p. 1014.)

grain de chénevis, d'une coloration gris jaunâtre, d'une consistance molle et tout prêts à s'ulcérer. Ces lésions, soit isolées, soit coexistant avec d'autres, sont importantes à connaître, car elles sont caractéristiques. Malheureusement elles sont rares.

Les ulcérations offrent des caractères assez variables. Leur surface est d'ordinaire couverte et masquée par des croûtes brunâtres plus ou moins adhérentes; quand on enlève ces croûtes, on provoque, d'ordinaire, une légère hémorragie; le fond de l'ulcère est au-dessous d'elle, tantôt grisâtre, fongueux, sanieux, avec un aspect de sphacèle; tantôt « rouge grisâtre, avec de légères saillies granuleuses, donnant l'aspect d'une plaie bourgeonnante. » Sur le fond tranchent parfois, en faisant relief, de fines granulations grisâtres (Riehl) ou de petites saillies arrondies, brillantes, plus colorées que le fond. La forme est plus ou moins régulièrement arrondie. Les fonds de l'ulcère sont d'ordinaire irréguliers, décollés, déchiquetés; ils se réduisent parfois à un léger bourrelet rougeâtre. Les dimensions semblent rarement dépasser ni même atteindre celles d'une pièce de vingt francs. La muqueuse, tout autour, est souvent enflammée. Parfois même, la muqueuse, infiltrée, gonflée, rougeâtre, persiste sur divers points de la surface envahie. Dans une observation de Michelson, la lésion, ayant la forme d'un cercle de 5 à 7 millimètres de diamètre, se trouvait ainsi divisée en deux segments, l'un d'ulcération, l'autre d'infiltration muqueuse. Mais s'il est des points qui ne sont pas complètement envahis, il n'en est pas où se soit fait, comme dans le lupus de travail de cicatrisation.

Les tumeurs tuberculeuses sont de volume assez variable. Tantôt elles ne dépassent pas les dimensions d'un pois, d'un haricot; tantôt elles se sont développées jusqu'à remplir toute la fosse nasale (Kikusi) (1) et même à en refouler les parois (Juffinger) (2). Leur surface est tantôt molle, fongueuse, saignant facilement; tantôt cornée et dure. Souvent cette surface offre des ulcérations plus ou moins éten-

(1) KIKUSI. *Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1888.

(2) JUFFINGER. *Analyse des Annales*, 1890, p. 341.

dues. Leur centre est assez souvent formé de tissu ramolli, caséeux ; quelquefois même il renferme un véritable abcès. C'est dans ces formes en particulier qu'on peut songer à un point de départ osseux ayant déterminé sous la muqueuse un abcès froid. Leur implantation la plus ordinaire se fait sur la cloison. Leur développement est assez fréquemment bilatéral, ce qui serait en faveur de l'origine osseuse.

Les troubles provoqués par ces lésions sont d'ordinaire relativement bénins ; ils se réduisent parfois à un peu d'exsudation purulente, à quelques épistaxis. La douleur est d'ordinaire faible et souvent nulle, même dans les ulcérations. Le nez n'est pas, en effet, ainsi que le fait remarquer Cartaz, exposé aux causes multiples d'irritation qui rendent si douloureuses les tuberculoses laryngées. L'extension des lésions ne se fait que lentement, et plutôt en superficie qu'en profondeur (Cozzolino) (1). Les envahissements étendus, les grandes destructions osseuses sont rares. Malheureusement, dans la plupart des cas, la tuberculose nasale n'est qu'un épisode au cours d'autres tuberculoses plus graves, et le malade finit par succomber.

b) Le lupus fut longtemps séparé de la tuberculose nasale. Cartaz, dans sa remarquable étude publiée en 1887, admettait encore cette distinction. Les premiers examens bactériologiques, en montrant l'absence presque constante des bacilles dans les lésions lupiques, semblèrent encore à l'appui de cette séparation. Mais les inoculations faites démontrèrent pleinement l'identité des deux affections. Le lupus n'est qu'une variété de tuberculose à bacilles rares, mais qui n'en est pas moins susceptible de reproduire par inoculation la tuberculose ordinaire à bacilles nombreux.

Le lupus des fosses nasales est assez souvent primitif. En 1872, ce lupus primitif se propage assez souvent aux organes voisins. Constantin Paul, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, montrait que beaucoup de lupus de la gorge (sept sur vingt observations) s'accompagnaient de lésions des fosses nasales et avaient pour

(1) *Analyse des Annales*, 1887, p. 222.

la plupart débuté par elles. Moinel (1) a rapporté une observation curieuse où un lupus des fosses nasales se propagea au larynx tout en laissant le pharynx intact. Des propagations des lésions muqueuses à la peau ont été également signalées par Bresgen (2), et Cazenave (3). L'observation de Bresgen offre cette particularité que les nodules de la peau du nez guérissent d'eux-mêmes après la destruction du lupus de la muqueuse.

Le lupus nasal peut être également secondaire et résulter inversement de propagation de lupus de la peau ou des muqueuses voisines. Cozzolino a insisté sur la fréquence de l'envahissement des fosses nasales au cours du lupus de la face et sur la nécessité de leur examen. Hahn, dans un travail récent analyse une statistique de (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1890, n° 23) 380 cas de lupus due à Doutreléont. Dans 114 cas (30 0/00), il existait à côté d'autres lésions de la peau et des muqueuses, des lésions de la muqueuse nasale. La proportion atteignait 66 0/00 en prenant non pas tous les cas de lupus en général, mais seulement les cas de lupus des diverses muqueuses. Sous la forme de lupus la tuberculose de la pituitaire serait donc loin d'être rare.

Le développement du lupus semble parfois favorisé par diverses conditions étiologiques accessoires. Les irritations produites par les poussières dans certaines professions peuvent jouer un rôle. Les eczémas, les coryzas chroniques paraissent également constituer un terrain favorable. Dans l'observation de Bresgen, la malade souffrait depuis sept ans d'un coryza chronique. Elle vint habiter avec une belle-sœur phthisique, qu'elle soignait d'une façon incessante. Elle fut atteinte peu après d'un lupus de la cloison, qu'on peut regarder comme le résultat d'une véritable contagion.

C'est d'ailleurs par les irritations extérieures auxquelles la cloison est particulièrement exposée : contact plus direct

(1) MOINEL. Lupus scrofuleux des fosses nasales. (*Thèse de Paris*, 1877, p. 28.)

(2) BRESGEN. *Deutsche mediz. Wochenschrift* 1887, n° 30.

(3) CAZENAVE cité par Moinel. (*Loco citato*, p. 37.)

de l'air, accumulation plus grande des poussières, que Moinel explique le siège de prédilection qu'elle offre au lupus. De plus, les glandes sont plus rares sur cette partie de la pituitaire, qui se trouve moins tuméfiée et moins protégée par le mucus.

Le lupus peut se présenter comme la tuberculose, sous trois aspects différents : granulations, ulcérations, tumeurs. Mais, sous chacun de ces aspects, ses lésions sont assez différentes et assez faciles à distinguer des lésions tuberculeuses vraies.

Les granulations constituent de petites éminences lisses, peu saillantes, inégales, de coloration livide. La muqueuse, autour d'elle, est le siège d'un gonflement diffus œdémateux, d'un aspect compact. Elle est plutôt anémiée que congestionnée, et sa coloration tranche sur la coloration rouge, livide, des granulations du lupus.

Les ulcérations sont d'ordinaire très peu profondes ; elles paraissent en dépression plutôt par suite du gonflement de leur bord que par suite d'un creusement véritable. Leur fond est recouvert d'une couenne jaunâtre ; leurs bords sont minces, décollés. Elles sont entourées d'une zone violacée et livide ; elles offrent assez souvent des îlots de cicatrisation, qui n'existent pas dans la tuberculose vraie.

Les tumeurs que peut former le lupus restent d'ordinaire très petites et dépassent rarement le volume d'un pois. Elles sont mollasses, bosselées, recouvertes de croûtes jaunâtres ; elles aussi offrent cette coloration rouge violacé particulière au lupus ; elles simulent à merveille des polypes ; on peut citer pourtant comme caractère différentiel leur implantation qui se fait d'ordinaire sur la cloison. Schmiegelow (1) a toutefois rapporté deux observations où ce caractère différentiel manquait, les végétations polypeuses lupiques ayant pris naissance dans un cas sur le cornet moyen, dans l'autre sur le cornet inférieur. La muqueuse du point d'implantation, saine dans le premier cas, était, dans le second, le siège d'une dégénération lupique

(1) SCHMIEGELOW. Tumeurs malignes primitives du nez. (Paris 1885, p. 18.)

étendue. Pourtant, dans ces deux observations, la confusion fut évitée. Les polypes différaient en effet beaucoup des polypes muqueux ordinaires par leur surface irrégulièrement granulée, leur aspect blanchâtre, non transparent, leur consistance solide. Ils diffèrent des tumeurs fibreuses par leur friabilité. Le contact des instruments les déchirait et provoquait des hémorragies avec une grande facilité.

c) Le diagnostic de la tuberculose nasale est toujours difficile. Il est rare qu'il puisse être fait sans la réunion de trois éléments : aspect des lésions locales, état général du malade, résultats de l'examen bactériologique et de l'inoculation.

L'aspect des lésions locales est parfois pathognomonique. Dans la tuberculose vraie, les petites granulations jaunâtres prêtes à s'exulcérer dans le lupus, la coloration livide des lésions, l'anesthésie, les traces de cicatrisation partielle offrent la plus grande valeur. Malheureusement ces divers symptômes sont loin d'être constants ; quand ils existent, leur constatation est souvent rendue difficile par les croûtes qui les masquent, par la douleur et les hémorragies que provoque l'examen rhinoscopique. S'ils manquent ou sont méconnus, le diagnostic, d'après l'état local seul, devient impossible. La diversité des lésions tuberculeuses peut les faire confondre avec toutes les autres affections nasales : ulcérations bénignes professionnelles, abcès de la cloison, polypes muqueux ou fibreux, syphilis, tumeurs malignes. Le diagnostic des ulcérations bénignes professionnelles ne repose guère que sur les commémoratifs et sera étudié plus loin. Les abcès de la cloison, quand il s'agit d'abcès franchement phlegmoneux, ont une marche beaucoup plus rapide, et quand il s'agit d'abcès froids, ne sont souvent qu'une variété de la tuberculose. Les principaux caractères qui séparent les polypes tuberculeux des polypes muqueux ou fibreux : surface irrégulièrement granulée, aspect blanchâtre non transparent, consistance solide, friabilité extrême, ont été indiqués plus haut à propos des observations de Schmiegelow. Les tumeurs malignes qui se présentent elles-mêmes dans les fosses nasales sous des

aspects si multiples n'offrent guère, comme moyen général de différenciation, que leur évolution et leur envahissement particulièrement rapide. La syphilis enfin, que ses lésions soient héréditaires ou acquises, est plus difficile encore à diagnostiquer de la tuberculose. Michelson (1) a bien indiqué un certain nombre de signes différentiels. Les ulcérations syphilitiques de la cloison seraient linéaires et non arrondies ; leur surface serait recouverte de granulations ; elles arriveraient rapidement à provoquer la dénudation des os et du cartilage ; elles s'accompagneraient d'hypertrophie des cornets et d'une dureté extrême de tous les tissus. Le traitement spécifique amène le dégonflement de la muqueuse ; mais souvent, quand ce dégonflement survient, les cornets s'atrophient, la charpente nasale s'affaïsse. Il y a dans ces remarques de Michelson une série de caractères utiles à connaître, mais qu'il n'est point toujours cliniquement facile de bien apprécier.

Il est enfin dans le diagnostic local des lésions une difficulté d'un autre ordre qu'on ne doit pas passer sous silence. Bien souvent, à côté de la lésion tuberculeuse fondamentale existe une inflammation chronique de toute la pituitaire. Les symptômes dus à cette inflammation dominent même assez souvent la scène pathologique. De là, si l'examen local n'est pas très minutieux, une confusion avec un coryza chronique ordinaire. Beaucoup d'anciennes observations relatent, par exemple, des faits de coryzas chroniques scrofuleux, d'ozènes scrofuleux. Il est difficile de ne point les regarder comme des faits de tuberculose nasale où les lésions inflammatoires disséminées ont particulièrement attiré l'attention des observateurs et où les lésions locales n'ont pas été nettement déterminées.

L'examen de l'état général vient, dans bien des cas, compléter l'étude des lésions locales. La tuberculose nasale est rarement primitive ; elles suivent le plus souvent chez des phthisiques et même, à l'ordinaire, chez des phthisiques avancés. Le lupus, lui aussi, succède sou-

(1) MICHELSON. Volkman's klinische Vortrage, n° 326. (*Analyse des Annales*, 1890, p. 343.)

vent à un lupus de la peau du nez ou de la gorge ; quand il débute par les fosses nasales, sa propagation à la peau ou aux muqueuses voisines est assez rapide. Ces lésions coexistantes deviennent alors un bon signe de diagnostic. Dans la tuberculose nasale, la recherche minutieuse de la moindre lésion tuberculeuse dans les autres organes offre donc une réelle importance. L'étude des commémoratifs n'est pas moins utile pour dépister les accidents syphilitiques antérieurs, pour trouver la cause de certaines ulcérations professionnelles (ulcérations produites par les poussières d'arsenic, de chaux, de plâtre, etc.).

Dans les cas les plus difficiles et les plus douteux, reste enfin la ressource de l'examen bactériologique. Les caractères microscopiques de la lésion tuberculeuse (constitution nodulaire, cellules épithélioïdes, cellules géantes) sont souvent difficiles à établir sur des fragments enlevés par le grattage ou le galvanocautère. La recherche des bacilles donne au contraire, quand elle est possible, une preuve indiscutable. Lecoq, pour rechercher les bacilles non seulement dans les tissus, mais dans l'exsudat purulent des ulcérations, recommande le procédé suivant : Après que l'exsudat s'est desséché sur la lamelle de verre, il lave à l'éther pour enlever le plus possible de matières grasses. La coloration des bacilles devient ainsi beaucoup plus facile. Les bacilles peuvent toutefois manquer, ou plutôt être si rares, qu'on n'arrive pas à démontrer leur existence dans bien des cas de tuberculose nasale, dans les cas de lupus en particulier. L'examen bactériologique doit donc, lorsqu'il reste négatif, être complété par une tentative d'inoculation.

III

Le traitement de la tuberculose des fosses nasales présente des indications variables d'après la certitude du diagnostic et d'après le caractère d'infection primitive ou de propagation secondaire de la maladie.

Les difficultés du diagnostic avec la syphilis sont telles

que, dans la plupart des cas, le premier mode de traitement sera un traitement spécifique d'épreuve. Alors même que la tuberculose paraît évidente, le traitement spécifique aura souvent son utilité. Les fosses nasales semblent, en effet, constituer un siège de prédilection pour ces affections hybrides, mélange de syphilis et de tuberculose, scrofulates de vérole, comme les appelait Ricord. L'action de ce traitement devra être très étroitement surveillée; elle est, en effet, plutôt nuisible dans la tuberculose pure, et surtout dans le lupus (Hunt) (1). Il faudra donc suspendre le traitement d'épreuve si les lésions locales paraissent s'aggraver. L'état général du malade — lorsque la tuberculose nasale n'est qu'un épisode au cours de la tuberculose d'autres organes — peut également constituer une contre-indication.

Dans les cas de tuberculose nasale primitive, l'indication thérapeutique est impérieuse; supprimer aussi complètement et aussi rapidement que possible le foyer d'infection. L'intervention chirurgicale doit être large et énergique, car l'invasion est toujours plus étendue qu'elle ne le paraît à première vue. Dans le cas d'ulcérations, les cautérisations profondes au galvanocautère paraissent constituer le meilleur moyen. Dans le cas de tubercules ou de tumeur, l'ablation sera faite de préférence à l'anse galvanique; elle devra toujours être complétée par un grattage du point d'implantation à la curette tranchante. Ce grattage sera suivi d'une cautérisation au galvanocautère, tant pour compléter la destruction que pour arrêter l'hémorrhagie. Ces diverses interventions ont été, dans la plupart des cas publiés (2), faites par les voies naturelles. Il y aura souvent avantage, pour qu'elles soient plus complètes et moins aveugles, à les faire précéder d'une opération préliminaire, permettant l'accès plus facile des fosses nasales. Une simple incision dans le sillon nasogénien sera, dans la plupart des cas, suffisante. On pourrait, dans les lésions d'accès particulièrement diffi-

(1) HUNT. Lupus de la gorge et du nez. (*Analyse des Annales*, 1890, p. 567.)

(2) COZZOLINO. *Gazetta med. di Roma*, 1889. (*Anal. des Annales*, 1890, p. 835.)

ciles recourir aux divers procédés d'accès plus complexes en usage pour l'ablation des tumeurs malignes (1).

Les interventions, même les plus minimales, devront être faites avec de grandes précautions antiseptiques pour éviter l'érysipèle, si fréquent à la suite des opérations sur les fosses nasales. L'anesthésie locale à la cocaïne sera d'ordinaire suffisante; le chloroforme ne sera employé qu'exceptionnellement pour les interventions compliquées. Après l'opération, la poudre d'iodoforme constituera un des meilleurs pansements.

Les récidives sont extrêmement fréquentes; elles devront être combattues dès le début. Quand la récidive est simplement soupçonnée, on peut essayer des applications d'acide lactique à 20, 30 et même 50 0/00 d'iodol de menthol en dissolution dans l'huile de pétrole de 5 à 30 0/00. Mais lorsqu'elle est évidente, il faut l'attaquer par le grattage ou le galvanocautère. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'une bonne hygiène et d'un traitement général énergique; les indications à cet égard sont les mêmes dans toutes les tuberculoses. Il faut cependant signaler l'influence particulièrement favorable que peut avoir l'air marin. Cazin (2) a, en effet, signalé les résultats favorables du traitement maritime dans le coryza chronique et même dans l'ozène des scrofuleux. A côté de l'action sur la nutrition générale, l'action locale incessante de l'air marin sur la pituitaire, — action qui peut être complétée par des injections d'eau de mer, — explique facilement ces bons résultats.

Dans les formes secondaires de tuberculose nasale, le traitement, pour être un peu moins énergique, ne doit pas être abandonné. « En détruisant sur un point le processus infectieux, écrit très justement Cortaz, on a l'avantage de voir diminuer au voisinage les chances d'infection par infiltration, propagation ou par inoculation. Le traitement doit donc être poursuivi avec soin, d'autant qu'il est des cas

(1) Voir Etude sur le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. (*Annales*, 1890, p. 141.)

(2) CAZIN. Influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. (*Paris*, 1885, p. 142.)

où les lésions des autres appareils sont encore susceptibles d'être amendées, modifiées. » Parallèlement au traitement général, un emploiera, comme dans les récidives, au début, les cautérisations, les attouchements à l'acide lactique, à l'iodol, au menthol. Les pommades à l'acide pyrogallique à 10 0/00 ont donné à Hahn quelques bons résultats. Cartaz recommande particulièrement comme pansement la poudre d'iodoforme appliquée largement au moyen d'un insufflateur, de façon à former sur toute la surface de la plaie et dans le voisinage une couche épaisse. Il place par dessus un tampon d'ouate glycérianée imprégné d'iodoforme. Le pansement doit être renouvelé quotidiennement, mais il est assez simple pour pouvoir être confié, s'il est nécessaire, à une personne de l'entourage du malade. A côté de ces indications essentielles, on pourra avoir quelques indications palliatives. Les hémorragies et la douleur sont fort rares ; la fétidité et l'abondance de l'écoulement constituent un inconvénient plus commun, mais dont les injections désinfectantes finissent ordinairement par triompher.

II

MÉTHODES DE DÉMONSTRATION DES MOUVEMENTS LARYNGIENS

ÉTUDE DU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE HARVARD

Par le Dr **FRANKLIN H. HOOPER**, de Boston.

(Mémoire lu au Congrès international de médecine de Berlin, août 1890.)

Les méthodes décrites dans ce travail sont celles qui ont été employées par le professeur Henry P. Bowditch et par moi durant ces dernières années, pour étudier les mouvements des cartilages du larynx et l'action des muscles la-

ryngiens intrinsèques. Pour rendre cette communication aussi complète que possible, il est nécessaire de mentionner brièvement les travaux publiés antérieurement.

Les mouvements laryngiens sont effectués, soit par l'air expulsé des bronches, soit par l'action des muscles insérés aux cartilages du larynx. Les actions de certains muscles intrinsèques du larynx sera mieux appréciée et fixée dans la mémoire en considérant d'abord quelques-unes des propriétés particulières des cartilages et leurs mouvements produits par le souffle de l'air. Ces cartilages peuvent se mouvoir librement l'un sur l'autre, et leurs surfaces articulaires sont particulières et uniques. Le thyroïde est le plus grand des cartilages du larynx, et la première chose qui frappe celui qui le dissèque est la force des muscles extrinsèques qui y sont insérés. Ces muscles servent à l'assujettir.

Le cartilage inférieur par la taille, le cricoïde, contraste d'une manière frappante avec le thyroïde sous le rapport des muscles, puisque, à l'exception de quelques fibres du constricteur inférieur du pharynx qui passent par dessus son bord postérieur, aucun muscle extrinsèque n'y est inséré. Il n'y a, par conséquent, rien qui puisse empêcher le jeu libre du cartilage cricoïde sur le thyroïde.

En observant extérieurement ces cartilages, on supposerait naturellement que le thyroïde, le plus grand et le mieux assujetti des cartilages, soit le point fixe sur lequel le cricoïde se meut librement, et on trouvera par l'expérimentation que c'est vraiment le cas. Si nous excitons les nerfs laryngés soit supérieurs, soit inférieurs, et si nous surveillons les effets sur les cartilages, nous n'observons aucun mouvement appréciable du thyroïde, tandis que, dans certaines conditions, on observe un mouvement ascensionnel très prononcé du cricoïde sur le thyroïde. Mais nous ne pûmes obtenir, dans un aucun cas, un mouvement descendant du cartilage thyroïde sur le cricoïde par l'irritation de ces nerfs; et il est douteux qu'un tel mouvement s'observe jamais parmi les fonctions remplies par le larynx. Dans l'expiration forcée et dans la vocalisation, il existe un mouvement

ascensionnel de tous les cartilages du larynx ; mais même il y a toujours, en ce cas, un excès de mouvement du cartilage cricoïde sur le thyroïde.

Pour démontrer expérimentalement les mouvements des cartilages sous l'influence d'une tension d'air croissant dans la trachée comme cela se produit en faisant résonner des notes élevées, un chien de bonne taille, récemment abattu, doit être arrangé comme dans la figure I.

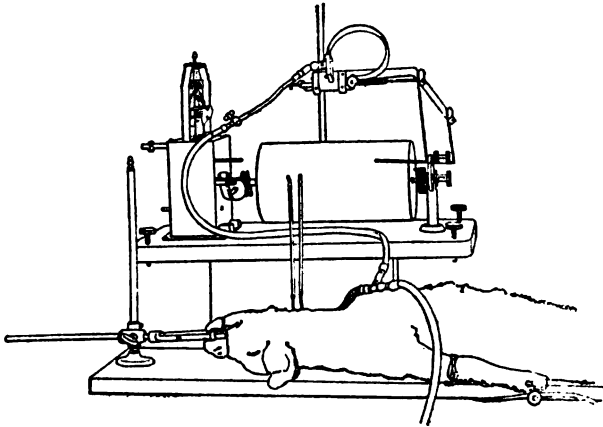


Fig. 1.

On verra que le sternum du chien a été enlevé et une canule en forme de T assujettie à l'extrémité supérieure de la trachée divisée. Un bras de la canule communique avec un manomètre de Fick, qui enregistre la pression de l'air insufflé dans la trachée, tandis que l'autre bras est tenu par l'expérimentateur. La portion du larynx située au-dessus des cordes vocales a été oblitérée par de l'ouate sur laquelle on a répandu du plâtre de Paris, pour durcir l'ouate et fermer le larynx suffisamment pour prévenir la fuite de l'air. Deux leviers, de 28 centimètres de long, faits avec de la paille ordinaire, et terminés à une extrémité par une forte épingle, sont fixés au centre des cartilages thyroïde et cricoïde. L'extrémité la plus éloignée de chaque levier étant garnie d'une

délicate pointe métallique, pour enregistrer sur un papier fumé, posé sur un cylindre tournant, les courbes faites par les cartilages se mouvant sous la pression de la colonne d'air venant de la trachée. Les tracés de la figure 2 doivent être lus de gauche à droite.

Les lignes verticales portant les numéros 20, 40, 50 représentent la pression en millimètres de mercure, le mano-

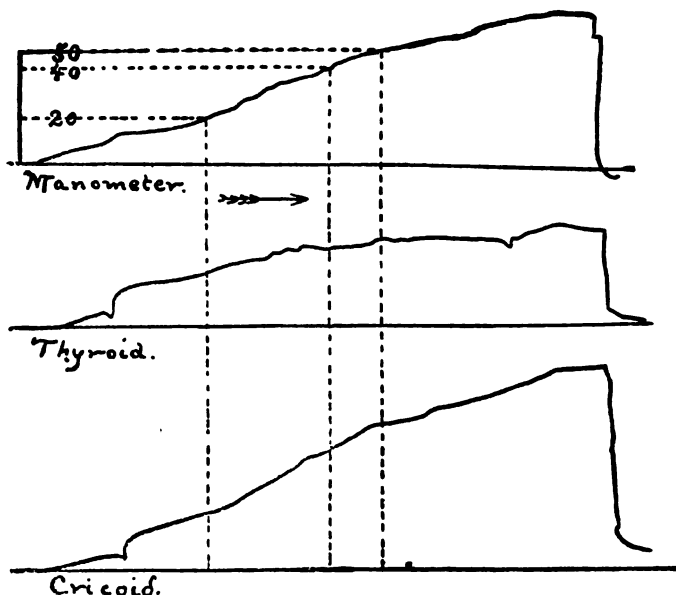


Fig. 2.

mètre de Fick ayant été gradué expérimentalement. Les lignes pointillées montrent la position des leviers ascendants, attachés aux cartilages, à des pressions correspondantes.

On verra que, à pression égale, la courbe du cricoïde au-dessus de la ligne de zéro dépasse celle du thyroïde. Par la mensuration, nous avons à une pression de 20 millimètres de Hg une ascension de 8 millimètres du levier cricoïde, tandis que celle du thyroïde à la même pression est de 7. Si la force du souffle est augmentée, la différence est plus mar-

quée. A une pression de 40 millimètres Hg, le cricoïde atteint 16 millimètres, le thyroïde $10\frac{1}{2}$,5. A une pression de 50 millimètres Hg, l'accroissement est encore plus grand. Sous cette pression le cricoïde arrive à $19^{\text{mm}},5$ contre 12 millimètres du thyroïde. A chaque pression toutefois, nous avons un excédent de mouvement des cartilages cricoïdes sur les thyroïdes.

Ces expériences ont été répétées sur neuf chiens différents, avec des résultats confirmatifs qui rendent évident que la tension accrue de l'air dans les bronches produit un mouvement ascensionnel prononcé du cartilage cricoïde, en plus de l'ascension générale du larynx, mouvements qui croissent en proportion de la force avec laquelle l'air est expiré de la poitrine. D'abord nous fûmes embarrassé d'expliquer la cause de ce phénomène, mais on finit par décider que l'expansion du larynx lui-même, *quand il est gonflé*, devait en donner l'explication.

On détermina par l'expérimentation que la capacité du larynx était augmentée et non diminuée par un mouvement ascensionnel du cartilage cricoïde ; de la sorte, dans les violents efforts phonétiques, dus à l'expansion du larynx, le cricoïde doit se mouvoir sur le thyroïde, puisqu'en accomplissant cette action, il accroît la capacité du larynx (1). Par ce mouvement ascensionnel de la portion antérieure du cartilage cricoïde, sa plaque postérieure, avec tout ce qui y est inséré, est nécessairement portée en haut et en arrière, tendant de la sorte les cordes vocales. Notre opinion est que la tension longitudinale des cordes vocales est toujours produite de cette manière, et jamais par un mouvement du cartilage thyroïde sur le cricoïde. Nous considérons aussi l'expiration du souffle comme un des moyens les plus importants par lesquels on aboutit à la tension des cordes vocales. Un autre tenseur important est le muscle thyro-cricoïdien. Son action est la même que celle du souffle qui vient

(1) Pour plus ample description des expériences qui nous ont amené à ces conclusions, nous renvoyons le lecteur à l'article original : *Experimental researches in the tension of the vocal bands* (Translated from *the American Laryngological Association*, 1883).

d'être décrite, et peut être démontrée en disposant un chien comme dans la figure 3.

On verra que le chien est couché sur le côté et est maintenu par une poignée appropriée sur une table. Les deux nerfs supérieurs laryngés ont été mis à nu et placés sur des électrodes couverts. Les mêmes leviers qui avaient servi aux expériences précédentes sont fixés au centre des cartilages thyroïde et cricoïde préalablement mis à nu par la dissection. Ces leviers enregistrent graphiquement sur un papier fumé posé sur un cylindre tournant les mouvements faits par les cartilages quand les nerfs laryngés supérieurs sont irrités au moyen d'un appareil d'induction ordinaire.

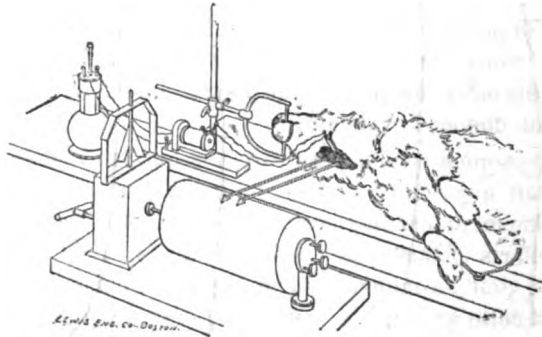


Fig. 3.

Dans les tracés de la figure 4, l'astérisque désigne le commencement de l'excitation, et la flèche la fin.

Au point d'excitation, on remarquera que le cartilage cricoïde était tiré en haut vers le thyroïde ainsi que c'est indiqué par l'élévation marquée de la courbe cricoïde. Sitôt que l'irritation cessait, le levier tombait immédiatement à son niveau précédent. Toutefois, le cartilage thyroïde ne ressentait aucun effet appréciable. La légère ondulation de la ligne thyroïde doit être mise sur le compte du mouvement général du larynx causé par la contraction du muscle thyroïdien, mais il est évident qu'aucun mouvement positif n'est imprimé au cartilage thyroïde par son action.

Ces expériences ont été répétées sur différents chiens avec des résultats confirmatifs. Ils nous obligent à nous mettre d'accord avec Magendie (1), Longet (2), Schech (3) et Schmidt (4) qui sont arrivés à de semblables résultats par l'observation expérimentale et de rejeter la théorie généralement acceptée, que le cartilage thyroïde est tiré en bas

Thyroid

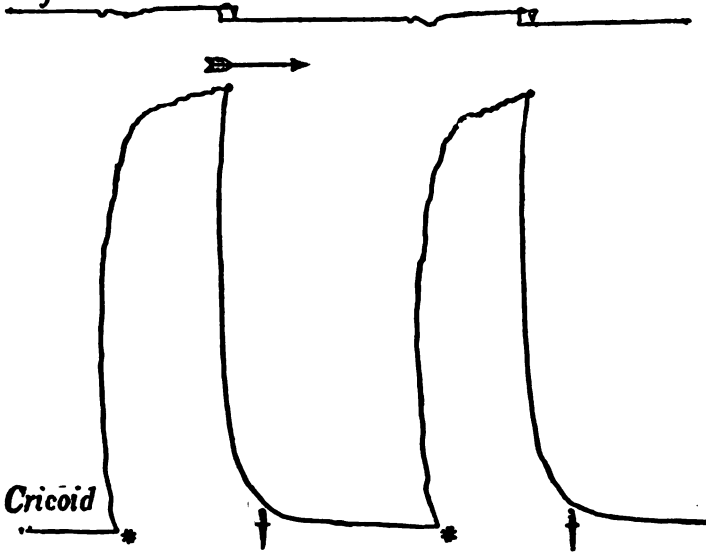


Fig. 4.

par la contraction du muscle. La tension longitudinale des cordes vocales est le résultat direct de ce mouvement du cartilage cricoïde sur le thyroïde, et le souffle expiratoire et les muscles thyro-cricoidiens sont regardés par nous comme les plus importants sinon les seuls tenseurs de ces ligaments élastiques.

- (1) Mémoire sur l'usage de l'épiglotte dans la déglutition. Paris, 1813.
- (2) LONGET : Recherches expérimentales sur les nerfs des muscles du larynx, etc. (*Gazette médicale de Paris*, 1841).
- (3) SCHECH : *Experimentelle Untersuchungen über die Funktionen der Nerven und Muskeln des Kehlkopfs*, IX, 1873.
- (4) SCHMIDT : *Die Laryngoscopie auf Thieren*, 1873.

En passant à présent à l'articulation crico-aryténoïdienne, nous sommes en présence d'une articulation très particulière, n'ayant rien de semblable de toute autre partie du corps. Nous trouvons alors que le cartilage cricoïde est le point fixe, tandis que les cartilages aryténoïdiens sont actifs et se meuvent librement. A ces derniers sont insérés des systèmes de muscles qui portent sur deux fonctions distinctes et séparées, — ceux qui tiennent la glotte ouverte pour la respiration, et ceux qui la ferment pour la phonation.

L'articulation crico-aryténoïdienne admet toutes les variétés de mouvement. La facette articulaire du cartilage cri-

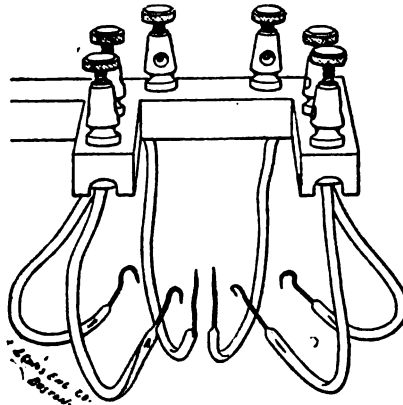


Fig. 5.

coïde est convexe, celle de l'aryténoïde est concave. La facette du cartilage cricoïde, elliptique dans son contour, a une surface à peu près cylindrique, l'axe du cylindre étant dirigé en avant, en dehors et en bas. Le plus long diamètre de la facette convexe allongée du cartilage cricoïde étant presque à angle droit avec le plus grand diamètre de la facette concave du cartilage aryténoïdien, un mouvement extensif à coulisse du dernier cartilage sur le cricoïde est rendu possible. Les mouvements du cartilage aryténoïdien sur le cricoïde paraissent être soit une rotation autour de l'axe du cylindre décrit ci-dessus, soit un mouvement en

coulisse, dans la direction de l'axe, ou une combinaison des deux.

Ces mouvements peuvent être démontrés en attachant le larynx excisé à une poignée (figure 5) arrangée de façon à ce que les muscles puissent être excités soit individuellement, soit collectivement.

Ce mode de préhension du larynx, comme on le voit, consiste en une charpente de bois à laquelle sont attachées trois rangées de bornes. A ces bornes sont attachés des fils métalliques terminés par des hameçons dont quatre sont courbés et deux sont droits. Le larynx excisé d'un gros chien auquel on a retiré les ailes du cartilage thyroïde et mis à nu les muscles,

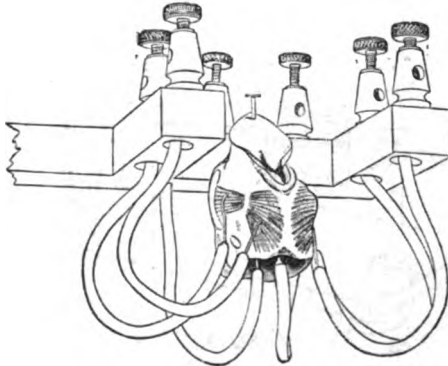


Fig. 6.

est chevillé au centre de l'appareil. Les hameçons courbes sont alors insérés dans le crico-aryténoïdien postérieur et les muscles crico-aryténoïdiens latéraux, tandis que les hameçons droits sont introduits dans la substance des cordes vocales, les muscles thyro-aryténoïdiens internes. Trois appareils d'induction séparés sont en communication avec les bobines, de sorte que les différents systèmes de muscles peuvent, comme il a été dit précédemment, être excités séparément ou simultanément. L'arrangement du larynx pour ces démonstrations est démontré par la figure 6.

Quand ces trois systèmes de muscles étaient excités par

un courant de même intensité, on obtenait une occlusion complète de la glotte, montrant que l'action combinée des muscles crico-aryténoïdiens internes et latéraux surpassent en puissance les dilatateurs de la glotte, les crico-aryténoïdiens postérieurs.

En irritant les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, les cartilages aryténoïdiens étaient tournés en dehors; il en résultait une dilatation complète de la glotte. Si l'on stimulait les muscles crico-aryténoïdiens internes ou latéraux, soit individuellement, soit ensemble, il survenait une occlusion de la glotte.

L'excitation simultanée des muscles latéraux et des postérieurs produisait la dilatation de la glotte, montrant que

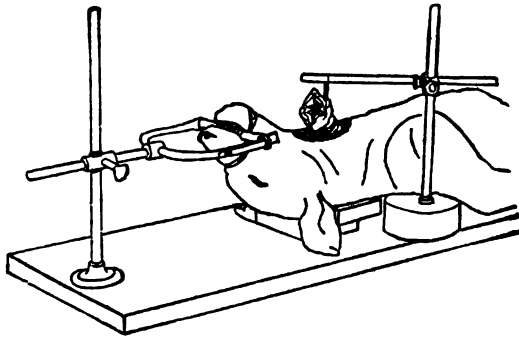


Fig. 7.

les postérieurs dépassaient comme puissance les latéraux.

Quand on excitait de la même manière les muscles internes et les postérieurs, nous obtenions une occlusion de la glotte en avant et une ouverture en arrière, donnant l'apparence familière connue sous le nom de mouvement mixte.

Les démonstrations ci-dessus rendent très claire l'action de ces muscles, mais elle a son désavantage en ce sens que les muscles perdent leur irritabilité en 10 à 25 minutes et ne répondent pas plus longtemps à la stimulation.

Une autre méthode pour rechercher l'action des mouvements laryngiens intrinsèques est d'arranger un chien d'une bonne taille comme dans la figure 7.

Ici le larynx a été retiré du cou sans blesser les grands

vaisseaux sanguins ou les nerfs. Les côtés des cartilages thyroïdes ont été retirés pour mettre à nu les muscles crico-aryténoïdiens latéraux et internes. La membrane muqueuse a été aussi séparée du muscle transverse et des crico-aryténoïdiens postérieurs. Chacun de ces muscles peut donc être stimulé directement, et nous considérons cette méthode comme une des meilleures par lesquelles on puisse étudier l'action des muscles laryngiens intrinsèques.

Si l'on désire observer les cordes vocales en bas, la canule représentée dans la figure 8 sera commode.

Pour l'insérer, il faut diviser complètement la trachée à une petite distance au-dessous du larynx. L'extrémité supérieure de la trachée est alors attachée à la canule à la lettre A et l'extrémité inférieure à lettre B. A C se trouve

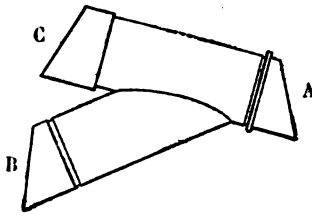


Fig. 8.

adaptée à la canule une pièce de laiton mobile dont la tête est fermée par une plaque de verre cimentée obliquement au-dessus. L'obliquité du couvercle empêche que la lumière ne soit réflétée dans l'œil de l'observateur, et une goutte de glycérine placée sur la surface inférieure empêche le verre de devenir opaque par la condensation de l'humidité de l'haleine. Quand le couvercle est en place, la respiration se fait par la voie naturelle à travers les fosses nasales et le larynx. En enlevant le couvercle, les cordes vocales peuvent être stimulées directement sur leur surface inférieure par la canule à la lettre C.

Il ne faut pas présumer qu'il n'existe pas d'autres mouvements laryngiens à côté de ceux qui sont démontrables par les méthodes dont je viens de parler dans cette communication. L'action des muscles intrinsèques du larynx est si

compliquée et si délicate qu'il ne semble pas possible, avec les appareils que nous possédons à présent, de les enregistrer tous graphiquement. En les étudiant, toutefois, par les méthodes décrites plus haut, et en les classant d'accord avec les fonctions du larynx, on aura une conception claire de leurs principaux mouvements. La fonction principale du larynx est celle de la respiration et une seule paire de muscles y préside, les crico-aryténoïdiens postérieurs. La stimulation de ces muscles par l'une des méthodes démontrées dans les figures 5 et 7, est suivie de la rotation des cartilages aryténoïdiens en dehors, et par conséquent de la dilatation de la glotte. Les muscles respiratoires tiennent la glotte ouverte pour permettre le passage de l'air, et sont probablement les seuls dilatateurs du larynx.

Les muscles qui exécutent la fonction phonatrice du larynx sont les tenseurs longitudinaux et les obturateurs.

Les tenseurs, les muscles thyro-cricoïdiens, tendent les cordes vocales, comme on le voit dans la figure 4, en tirant le cartilage cricoïde sur le thyroïde.

Les obturateurs de la glotte sont les thyro-aryténoïdiens internes, les crico-aryténoïdiens latéraux et le transverse.

L'occlusion des thyro-aryténoïdiens internes peut être observée en appliquant les électrodes sur les surfaces supérieures des cordes vocales. Si on les excite de cette manière avec un très faible courant, les cordes se fermeront hermétiquement en même temps. Si on emploie un fort courant il se produit en plus de l'occlusion une contraction des cordes dans la direction antéro-postérieure, les cartilages aryténoïdiens étant tirés légèrement en avant. Cette paire de muscles est la plus compliquée du groupe laryngé, et probablement elle agit dans plusieurs autres sens, à côté de ceux que je viens d'énumérer, en réglant la forme de la fente de la glotte et l'épaisseur des cordes vocales pendant la production des diverses variétés de sons vocaux.

L'action des crico-aryténoïdiens latéraux peut être démontrée par l'une ou l'autre des méthodes exposées dans les figures 5 et 7. Ce sont de puissants obturateurs, et ils agis-

sent en imprimant aux cartilages aryténoïdiens un mouvement de rotation en dedans.

Les muscles transverses agissent en commun avec les autres obturateurs et se rapprochent des cartilages aryténoïdiens par un mouvement en coulisse en dedans.

Les mouvements de la glotte peuvent aussi être étudiés par la stimulation directe des nerfs récurrents laryngés. Mais cette branche du sujet reste en dehors du but du présent mémoire, et est trop compliquée pour qu'on se permette d'en faire plus qu'une brève mention.

Nous dirons simplement que, dans notre expérience, l'effet produit sur la glotte, lorsque les nerfs récurrents sont irrités, dépend du degré de stimulation et des anesthésiques employés. La dilatation de la glotte chez les chiens peut être produite par des stimulations lentes (18 à 20 chocs d'induction à la seconde) et par l'effet de l'éther sulfurique. Si un chien est profondément sous l'influence de l'éther, la dilatation de la glotte suivra la stimulation des récurrents, sans égard au degré ou à l'intensité de la stimulation ; mais si l'animal est légèrement éthérisé, ou si l'on emploie un autre anesthésique, la dilation ne se produira que si le nombre des stimulations est au-dessous de 30 à la seconde ; les courants les plus rapides produisent l'occlusion de la glotte (1).

Chez le chat, toutefois, le résultat habituel d'une semaine de forts courants appliqués aux nerfs récurrents est une dilatation de la glotte, mais un nombre très rapide de vibrations (80 à la seconde) produira aussi une occlusion chez cet animal.

Les mouvements de la glotte évoqués par l'irritation du centre cortical cérébral ont été étudiés avec beaucoup de

(1) Pour les détails de ces observations, nous renvoyons les intéressés à nos travaux initiaux sur ces sujets :

a The respiratory function of the human larynx (*New-York Med. Journal*, July 4th, 1885).

b The anatomy and physiology of the recurrent laryngeal nerves. (*New-York Med. Journal*, July 9, 16, 23 and August 6, 1887.)

c Effects of varying rates of stimulation on the action of the recurrent laryngeal nerves. *New-York Med. Journal*. November 3th, 1888).

soin et de talent par les professeurs H. Munk et H. Krause, de Berlin, et le D^r F. Semon et le professeur Horsley, de Londres, mais jusqu'à présent nous ne les avons pas recherchés.

III

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE DE LA SURDITÉ PROGRESSIVE DANS L'OTITE MOYENNE CHRONIQUE NON PURULENTE,

Par le D^r **G. GRADENIGO**, chargé du cours d'otologie
à l'Université de Turin.

Communication faite au Congrès de Berlin, août 1890.

Parmi les questions les plus importantes de l'otologie moderne, au point de vue pratique, on doit ranger, sans contredit, celle qui regarde l'étude de la surdité progressive dans les otites moyennes non purulentes. On ne peut certainement pas dire que les nombreuses recherches et les observations faites à ce propos, surtout dans ces derniers temps, soient restées infructueuses, mais il faut avouer que beaucoup d'importantes questions qui se rapportent spécialement à la pathogénie et à la thérapeutique de cette forme morbide, attendent encore une solution satisfaisante.

La pathologie a démontré que la très grande majorité des inflammations de l'oreille moyenne, à membrane tympanique intègre, sont provoquées par la diffusion à la cavité tympanique, à travers la trompe d'Eustache, de processus morbides qui ont leur siège dans la cavité naso-pharyngienne. En présence de cette conception pathogénique générale, les distinctions subtiles entre les différentes formes cliniques que peut assumer l'otite moyenne catarrhale chronique per-

dent beaucoup de leur importance au point de vue thérapeutique.

L'otite moyenne catarrhale chronique est caractérisée, généralement, par un processus morbide lent, progressif, qui, d'ordinaire, a son siège dans l'oreille moyenne, mais qui, souvent, s'étend aussi à l'oreille interne et qui cause une surdité plus ou moins complète.

Au point de vue du pronostic on peut avoir égard à deux circonstances principales :

1. L'existence ou l'absence de lésions fonctionnelles attribuables à l'oreille interne (abolition de la perception de la montre par contact, diminution de l'acuité auditive pour les sons aigus, vertiges, etc.), à côté de lésions fonctionnelles attribuables à l'appareil de transmission.

2. L'existence ou l'absence de rétraction de la membrane du tympan.

Ces deux circonstances peuvent, dans chaque cas particulier, se combiner de la manière la plus diverse : on peut rencontrer, dans la pratique, des formes qui représentent une transition graduelle, depuis la simple sténose tubaire jusqu'à ce qu'on appelle *otite moyenne sclérosante*; bien souvent on peut suivre, dans la même oreille, le passage d'une forme plus légère à une autre plus grave. Les types suivants sont indiqués comme étant les plus fréquents :

a. Degré modéré de rétraction et d'hyperhémie tympanique : montre entendue par contact; diminution de l'acuité auditive, spécialement pour les sons graves, tintements d'oreille, continus ou intermittents; D. V. entendu du côté le plus malade, sténose tubaire. Rhinite et pharyngite hypertrophique, parfois avec augmentation de la sécrétion de la muqueuse nasale. Amélioration après l'aération de la caisse.

b. Membranes tympaniques non rétractées, mais rouges et luisantes; bruits subjectifs continus; montre souvent non entendue par contact. D. V. d'ordinaire non latéralisé. — L'examen rhinoscopique fait reconnaître de légères altérations de la muqueuse; pharyngite granuleuse sèche. Amélioration facile à la suite d'un traitement approprié.

c. Membranes tympaniques blanchâtres, parfois avec traits

épaissis, non rétractées. — Trompe libre. Bourdonnements d'oreille persistants, dans certains cas, vertige de Ménière. Montre par contact = 0 ; diminution de l'acuité auditive, même pour les sons aigus. Amélioration faible ou nulle par le traitement. Cavités pharyngo-nasales presque normales.

d. Ensemble symptomatique objectif égal au précédent, *cependant les bourdonnements d'oreille et les vertiges manquent* ; il y a une grande diminution de l'acuité auditive, spécialement pour les sons graves ; les phénomènes morbides attribuables à l'appareil de transmission des sons prédominent.

e. Membranes tympaniques d'aspect presque normal ; phénomènes subjectifs spécialement attribuables à l'oreille interne (bruits persistants de sons différents, vertiges, diminution de l'acuité auditive pour les sons très aigus). — Légères altérations naso-pharyngiennes.

En général, on peut dire qu'il y a des formes dans lesquelles prédominent les phénomènes morbides attribuables à la membrane tympanique et à la trompe (rougeur, rétraction de la membrane) ; d'autres dans lesquelles les lésions sont plutôt localisées à la paroi vestibulaire (ankylose stapéδιο-vestibulaire) ; d'autres encore dans lesquelles prédominent des lésions de l'oreille interne. Ces différentes localisations du processus morbide justifient des jugements différents au point de vue du pronostic : les formes appartenant au premier groupe présentent des altérations en grande partie amovibles, et peuvent, par un traitement opportun, beaucoup s'améliorer et guérir ; négligées, elles peuvent passer dans les formes du 2° et du 3° groupe qui offrent un pronostic beaucoup plus grave. Le processus morbide, dans ces dernières, tend à progresser, parfois rapidement, et à amener une surdité qui peut devenir complète. On ne pourra jamais assez recommander d'être prudent pour formuler un pronostic, fréquemment les affections du premier groupe qui s'amélioreraient rapidement, par un traitement approprié, dans les 15 à 20 premiers jours, s'aggravent ensuite malgré la continuation du même traitement (ou peut-être en raison de ce dernier) et passent dans les formes du 2° ou du 3° groupe.

Quel traitement sera le plus approprié dans ces otites moyennes catarrhales chroniques si fréquentes et si graves au point de vue du pronostic ? Quand on consulte la littérature otologique sur cette question, on est étonné et en même temps découragé en voyant la quantité de moyens thérapeutiques proposés pour combattre cette affection morbide; leur grand nombre même en démontre malheureusement le peu d'efficacité.

Parmi ces moyens, les principaux rentrent dans les catégories suivantes :

I. Traitement direct de l'oreille.

A) Par le conduit auditif externe :

- a) Massage des osselets de l'ouïe (Lucae).*
- b) Massage de la membrane tympanique (raréfacteur masseur de Delstanche).*
- c) Chirurgie intra-tympanique (plicotomie, myringotomie, myringectomie, ténotomie du tenseur du tympan (Wéber-Liel Cholewa), mobilisation de l'étrier (Miot, Boucheron).*

B) Per tubam.

- a) Cathétérisme, douche d'air simple.*
- b) Injection de vapeurs médicamenteuses à travers le cathéter, dans la caisse (sel ammoniacque, éther, chloroforme, iodoforme (Delie), iode (Loewenberg), etc.*
- c) Injections de substances liquides à travers le cathéter dans la caisse (solution alcaline (Politzer), iodure de potassium (de Rossi), pilocarpine, cocaïne (Kiesselbach), vaseline (Delstanche), etc.*
- d) Introduction méthodique de bougies et massage de la trompe (Urbantschitsch).*

II. Traitement local du nez (irrigations, badigeonnage, cautérisation au galvano-cautère et au thermo-cautère (Paquelin).

III. Traitement général (J. K.), arsenic, atropine, éserine, ergotine (Gradenigo), sels de quinine.

IV. Traitement électrique (courant galvanique (Brenner, Hayem, Erb), courant interrompu (Eitelberg).

En faisant abstraction de la chirurgie intratympanique dont je n'ai pas une expérience personnelle suffisante pour m'y arrêter, et de la médication naso-pharyngienne dont je me

propose de parler plus loin, les méthodes énumérées ci-dessus ne donnent que peu ou point de résultats. Le massage des osselets de l'ouïe au moyen de la sonde de Lucae est une opération qui n'est pas toujours bien supportée; le massage de la membrane tympanique par le moyen du *masseur* de Delstanche est plus avantageux en pratique; j'ai remarqué, à la suite de ce dernier, une grande diminution et parfois la disparition, au moins temporaire, des bruits subjectifs qui avaient été ou non modifiés ou aggravés par la douche d'air.

Dans quelques cas, la douche d'air et le cathétérisme donnent de bons résultats; dans certains autres, au contraire, ils deviennent très préjudiciables, augmentant les bruits subjectifs et abaissant transitoirement l'acuité auditive. Löwenberg a fait remarquer que dans les formes d'otites sèches, la douche d'air n'est pas indiquée, au contraire, elle peut favoriser et hâter la marche du processus morbide.

Les injections dans la caisse, *per tubam*, de liquides ou de vapeurs médicamenteux ne donnent, elles aussi, que des résultats temporaires, et il est permis de se demander si elles ne finissent pas par aggraver le mal. En effet, ces injections ont, sur la muqueuse tympanique, une action irritante et hyperhémisante facile à constater; l'amélioration dans la faculté auditive, qui suit immédiatement l'opération, est produite, d'ordinaire, par la mobilité facilitée des osselets de l'ouïe suivant le gonflement et l'hyperhémie de la muqueuse de la caisse et le relâchement des adhérences; ces irritations successives des éléments de l'oreille moyenne peuvent favoriser les progrès de la maladie.

L'introduction méthodique de bougies dans la trompe peut aider très utilement d'autres méthodes de traitement spécialement quand il existe une sténose catarrhale ou cicatricielle; mais, à mon avis, ce serait trop peu de vouloir faire consister en cela tout le traitement.

Dans un travail précédent (1), je m'étais prononcé en faveur d'un traitement général (ergotine, atropine), au moins

(1) Sulla patogenesi dell' anchilosi stapedio vesti bolare. (*Rivista Veneta di Sc. Médiche*, 1887.)

dans quelques formes cliniques de l'affection qui nous occupe, et cela d'après une série de troubles vasculaires et nerveux constatés par moi chez beaucoup de malades de ce genre. Aujourd'hui je dois avouer que j'ai changé de manière de voir à ce sujet, et que je suis disposé à attribuer les troubles nerveux et vasculaires indiqués aux altérations des muqueuses du rhino-pharynx et de la cavité tympanique. Je n'ai obtenu que des avantages temporaires de l'emploi de l'électricité galvanique quel qu'en fût le mode d'application, contrairement aux assertions de Brenner à cet égard.

Pour instituer une thérapeutique rationnelle et efficace, il est nécessaire, à mon avis, d'établir d'abord des conceptions pathogéniques exactes. Nous savons, d'après les études anatomo-pathologiques, que, dans ce genre d'otites, il s'agit de processus inflammatoires se développant lentement dans l'oreille moyenne et aboutissant à une sclérose et à une rétraction; la clinique atteste que, dans le plus grand nombre des cas, le processus morbide dans l'oreille moyenne est lié à un processus morbide analogue, qui se développe dans la muqueuse du nez et du pharynx, et que, pour les rares cas dans lesquels, à l'époque de notre examen, on ne peut pas démontrer de lésions de la muqueuse naso-pharyngienne, les données anamnestiques nous permettent d'établir leur existence antécédente; mais on se demande — et la solution de cette question a une grande importance au point de vue thérapeutique: — *l'otite moyenne catarrhale chronique est-elle de nature infectieuse?*

Pour essayer de définir la question, j'ai fait quelques séries de recherches que je rapporterai brièvement.

A) Dans deux cas d'otite catarrhale chronique typique (sclérose) dans lesquels je pus pratiquer l'examen anatomo-pathologique des temporaux, je recherchai dans les coupes microscopiques si l'on pouvait démontrer la présence de microorganismes. — Le résultat fut toujours négatif.

B) Je fis des recherches sur le vivant au moyen de cultures. Chez six malades qui offraient une otite sclérosante typique, je pratiquai d'abord une soigneuse désinfection du conduit auditif externe, exécutée avec toutes les précautions

nécessaires afin que le matériel que l'on retirait pour les cultures ne restât pas stérilisé, ensuite une large ouverture sur la membrane tympanique, du côté le plus malade, au moyen du galvano-cautère. A travers la perforation ainsi obtenue, j'introduisis dans la caisse tympanique une anse de platine baignée dans de l'eau stérilisée, je mis en contact et je frottai l'anse avec la paroi vestibulaire de la caisse et je pratiquai, suivant la méthode habituelle, des cultures à plat sur divers terrains nutritifs.

Dans quatre cas, les cultures restèrent stériles ; dans deux, il ne se développa qu'une forme de coccus très fréquente dans l'air atmosphérique, le *micrococcus cercus albus* de Flügge, que je considère comme une forme accidentelle.

C) J'entrepris, de concert avec le professeur Maggiora, une troisième série de recherches : le contenu de la trompe d'Eustache fut examiné, en considérant que si l'otite moyenne catarrhale chronique est en rapport avec des affections de la cavité naso-pharyngienne de nature infectieuse, très vraisemblablement les germes pathogènes se trouvent aussi dans la trompe d'Eustache, voie de transmission du virus. Je ne m'arrêterai pas à décrire ici la technique des expériences qui, sous peu, seront publiées *in extenso* ; qu'il me suffise de dire que dans 13 observations nous ne pûmes démontrer que l'existence de micro-organismes saprophytiques, et encore en nombre très restreint.

D'après les recherches indiquées, nous sommes amenés à admettre que l'*otite moyenne catarrhale chronique, du moins dans sa période atrophique ou de sclérose, n'est pas entretenue par des micro-organismes pathogènes*; nous nous réservons cependant de rapporter sous peu les résultats de recherches actuellement en cours, faites dans le but d'établir si le cas est le même pour des stades moins avancés de l'otite catarrhale chronique.

A l'appui des recherches en question, je veux rappeler que les traitements antiseptiques, même relativement très énergiques, ne me donnèrent pas de bons résultats ; l'instillation quotidienne de glycérine phéniquée à 10 et à 20 0/0, de solutions 1 0/00 de sublimé, dans le conduit auditif

externe, continuée pendant plusieurs mois, fut inutile ; les lavages nasaux avec solutions salicyliques à 1 et même à 2 0/00 ne donnèrent pas de notables avantages, même la médication directe de la muqueuse tympanique à travers une large perforation de la membrane, obtenue par le moyen du galvano-cautère, et l'irrigation salicylique de la cavité tympanique, *per tubam*, avec libre écoulement du liquide dans le conduit auditif, à travers la perforation mentionnée, donnèrent des résultats nuls ou peu marqués.

Au contraire, puisqu'il apparaît toujours comme plus probable que les affections catarrhales chroniques de l'oreille moyenne, en général, sont liées à des modifications pathologiques spéciales de la muqueuse naso-pharyngienne, suites, peut-être, de processus infectieux précédents, l'emploi de remèdes modificateurs des conditions de vitalité des tissus est indiqué, de préférence à celui des antiseptiques proprement dits.

Parmi ces remèdes, il faut mettre en première ligne le galvano-cautère, le nitrate d'argent, l'iode, etc. J'ai l'habitude de traiter directement la muqueuse du rhino-pharynx spécialement en correspondance du pavillon tubaire, me servant d'un porte-coton de la forme d'un cathéter ordinaire. J'associe au traitement naso-pharyngien le massage de la membrane tympanique, avec le *masseur* de Delstanche ; seulement pendant une minute, s'ils sont indiqués, la douche d'air, le cathétérisme, l'introduction de bougies dans la trompe, etc. Avec ce mode de traitement, j'ai obtenu des résultats très encourageants (amélioration dans l'acuité auditive, de caractère permanent, et qui s'accroît même quand on suspend le traitement, diminution des bruits subjectifs), non seulement dans les cas récents, mais parfois dans les anciens ; non seulement dans les cas où il existait d'importantes lésions naso-pharyngiennes, mais encore là où ces lésions manquaient. Des malades traités pendant longtemps, sans succès, par le traitement direct des oreilles et par les injections intra-tympaniques, retirèrent des avantages très marqués du traitement du naso-pharynx.

BIBLIOGRAPHIE.

Annual of the universal medical sciences, par C. E. SAJOUS, édité par F.-A. Davis, de Philadelphie, 5 volumes, 1890.

Notre savant confrère, M. C. E. Sajous, de Philadelphie, et son éditeur, M. F. A. Davis, nous ont envoyé la 3^e année de leur belle et utile publication, qui embrasse toutes les branches de la médecine. C'est le volume IV qui a surtout attiré notre attention, car c'est celui qui renferme les matières dont la lecture est intéressante pour les spécialistes des maladies de l'oreille et du larynx. En un nombre de pages relativement restreintes (142 p.), les rédacteurs de cette partie du recueil, MM. Turnbull, Sajous, J. Solis-Cohen, Bryson-Delavan, F. H. Hooper, Payson-Clark et Fletcher-Ingals, passent en revue tous les travaux importants de l'année 1889, et il est facile au lecteur de se faire une idée des progrès accomplis pendant cet espace de temps. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette publication, remplie de planches, dont quelques-unes coloriées, est fort belle, fort intéressante, et qu'elle fait le plus grand honneur à l'auteur et à l'éditeur.

A. G.

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. HARTMANN (traduction française de Potiquet), chez Asselin et Houzeau, Paris, 1890.

Nous n'entreprendrons pas de refaire l'analyse de cet excellent ouvrage que nos lecteurs se rappellent avoir lue à la page 258 de cette année d'après l'édition allemande. La valeur du livre et de son auteur méritaient cette traduction, fort bien faite par M. le D^r Potiquet. Disons du reste que cette monographie a eu le plus grand succès, car elle est arrivée à sa 4^e édition et a été traduite en plusieurs langues.

A. G.

De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par E. DÉSIRÉ. (*Thèse de Paris*, 1890.)

Ce travail, fait par un des élèves de notre clinique de l'hôpital Lariboisière, est une réhabilitation de l'opération de l'amygdalotomie au moyen des amygdalotomes. Personne n'ignore combien

en France cette opération a été discréditée à la suite de quelques accidents, très rares du reste, qui en ont été la suite. La thèse de notre élève a été faite avec 70 ou 80 observations, prises avec soin dans un espace de deux mois. A la clinique de l'hôpital Lariboisière 3 à 400 opérations de ce genre sont pratiquées par an, tant chez l'adulte que chez l'enfant; jamais un accident sérieux n'est arrivé, pourvu que l'on prenne les précautions nécessaires, c'est-à-dire qu'il faut faire ingérer de la glace à des intervalles très rapprochés pendant la première journée, et ne nourrir le malade, tout au moins le premier jour, qu'avec des aliments liquides et à température peu élevée. A propos de l'amygdalotomie, l'auteur fait un parallèle avec l'ignipuncture; cette opération, qui a ses indications très précises, formulées par M. Désiré, est loin de donner dans nombre de cas des résultats aussi favorables que la simple amygdalotomie, et comme elle exige un matériel que tout médecin peut ne pas posséder, c'est une œuvre utile que de recommander une opération si simple, si aisée à pratiquer. Du reste cette œuvre de réhabilitation a été facilitée au D^r Désiré par l'enquête que j'ai faite chez nos confrères de l'étranger et dont je lui ai donné communication. Quand j'aurai cité des praticiens tels que Morell-Mackensie, Lennox-Browne, Schrötter, Krause, Massei, Capart, dont l'opinion est absolument favorable à l'amygdalotomie contre l'ignipuncture, il me semble que M. Désiré aura contribué à établir en faveur de l'amygdalotomie un courant qui, j'en suis certain, s'accentuera en France avec le temps. Quoi qu'en puisse dire l'auteur d'une analyse de ce travail dans la *Revue de laryngologie*, les exemples d'hémorragie grave sont rares dans l'histoire de l'amygdalotomie, surtout si on considère le nombre énorme d'amygdalotomies qui sont pratiquées, et l'observation de M. Moure, citée par notre élève dans son travail, contre-indiquait plutôt qu'elle n'indiquait l'amygdalotomie, en raison de l'inflammation. Quant à la prédilection de M. Désiré pour l'amygdalotomie, puisque l'auteur de la *Revue* a cité notre nom, nous lui répéterons qu'il s'est bien risqué en déclarant que peut-être la galvanopuncture n'était pas faite convenablement à la clinique de l'hôpital Lariboisière, et que là seulement était la cause du choix de l'auteur. Avec les savants praticiens que nous avons cités et notre propre expérience, nous ne craignons pas de déclarer que l'amygdalotomie est une meilleure opération que l'ignipuncture dans la plupart des cas.

A. G.

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et son traitement.

Thèse inaugurale du Dr W. MEDERNACH. (*Université de Strasbourg, 1890.*)

L'auteur résume les connaissances actuelles sur l'anatomie macro- et microscopique de l'amygdale pharyngée, sur son hypertrophie et les troubles auditifs et intellectuels qu'elle entraîne, et termine par une revue des procédés opératoires et des instruments employés pour l'ablation des végétations. Nous relevons, à propos de la pathogénie des troubles intellectuels, cette phrase étonnante : « GUYE voit dans l'aprosodie un état morbide de l'activité cérébrale dû à la stagnation de la lymphe (?) dans le cerveau par suite de la pression dans la muqueuse pituitaire, d'où épuisement cérébral par rétention !? »

M. W.

X^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN**SECTION D'OTOLOGIE**

Compte rendu par le Dr O. Laurent (de Halle).

La section d'otologie s'est ouverte le lundi 5 août, à 3 heures et demie, au Palais de l'Exposition.

M. le professeur LUCAE a été élu président.

Les présidents d'honneur ont été : MM. BOTRY (Barcelone), DELSTANCHE (Bruxelles), GELLÉ (Paris), POLITZER et GRUBER (Vienne), GUYE (Amsterdam), S. SEXTON et KNAPP (New-York), MAC BRIDE (Édimbourg), GRADENIGO (Turin), ZAUFAI (Prague), ROHRER (Zurich) et RUHLMAN (Saint-Petersbourg).

Ont été élus comme secrétaires : MM. BRONNER (Bradford), R. HORSLEY (Edimbourg), KRAKAUER (Berlin), LAURENT (Halle), SCHIFFERS (Liège), SCHMIEGELOW (Copenhague), KELLER (Cologne).

Dix questions étaient à l'ordre du jour :

1° Les micro-organismes dans les maladies de l'oreille et leurs complications (MOOS-ZAUFAI); 2° les cholestéatomes de l'oreille (KUHN-BEZOLD); 3° la trépanation de l'apophyse mastoïde (HESSLER); 4° le traitement consécutif à la trépanation de l'apophyse mastoïde (KRETSCHMANN); 5° les indications de l'exci-

sion du marteau et de l'enclume (STACKE); 6° l'anatomie pathologique du labyrinthe (STEINBRUGGE); 7° l'otite interne dans la syphilis héréditaire (WAGENHAUSER); 8° la statistique des maladies les plus importantes de l'oreille (BURKNER-JACOBSON); 9° la détermination de l'unité auditive (MAGNUS-SCHWABACH); 10° l'otite moyenne non suppurée (Mc BRIDE-GRADENIGO).

M. le professeur POLITZER. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la caisse du tympan.* — M. le professeur Politzer fait la démonstration des pièces pathologiques suivantes :

α Deux préparations provenant de sujets sourds-muets, dans lesquelles l'étrier avait contracté des adhérences avec la paroi supérieure de la niche de la fenêtre ovale, tandis que la fenêtre ronde était obstruée par une masse osseuse.

β Une préparation provenant d'un homme sourd du côté droit, chez lequel l'étrier n'a qu'une seule branche (columelle des oiseaux), et où le muscle de l'étrier fait défaut ainsi que son muscle. L'oreille gauche est normale.

γ Une préparation d'un cas de suppuration dans l'attique externe avec perforation de la membrane de Shrapnell, érosion étendue de la margelle tympanique (mur de la logette des osselets de Gellé); les osselets ne présentent pas d'altérations.

M. Politzer fait remarquer que, dans les cas de perforation de la membrane de Shrapnell, il faut tenter, avant tout, les lavages antiseptiques et les injections médicamenteuses à l'aide de la canule de Hartmann, et le grattage de la margelle tympanique au moyen de petites cuillers tranchantes. Ce n'est qu'en cas d'inefficacité de cette méthode qu'on se décidera à l'excision du marteau et de l'enclume.

δ Deux préparations avec adhérence complète du tympan à la paroi interne de la caisse; l'étrier était mobile.

L'excision du tympan adhèrent avec le marteau et l'enclume avait été suivie de bons résultats.

Les démonstrations de M. le professeur Politzer étaient accompagnées d'explications sur des dessins agrandis, exécutés avec art par l'auteur lui-même.

M. le professeur POLITZER (Vienne). *Étude sur la genèse des cholestéatomes* (sera publié *in extenso*). — M. le professeur Politzer établit la genèse des cholestéatomes sur plusieurs pièces anatomiques très curieuses. Sur les premières, il démontre l'envahissement, à travers une perforation tympanique, de la caisse et de l'arche par la couche épidermique du conduit auditif externe, qui y a donné lieu à un revêtement épais, épider-

mique. La muqueuse de la caisse subit la transformation épidermique, et donne lieu à la production de lamelles qui vont s'accumuler et former une masse solide. Le processus est encore facilité par l'existence d'une oblitération tubaire. M. Politzer démontre aussi des cas de perforation persistante du tympan dans lesquels une couche munie d'épiderme s'est continuée jusque dans la cavité et a atteint le promontoire sans y déterminer de cholestéatome. Certaines conditions particulières sont donc nécessaires pour la production de ceux-ci. Il croit aussi que le mouvement des rebords de la perforation par de l'épithélium est la cause de sa persistance. Il confirme enfin le bien fondé des observations de Toynbee en démontrant que des tumeurs cholestéatomeuses se forment primitivement dans le conduit auditif externe sans que la caisse soit altérée.

M. le professeur SAM. SEXTON (New-York). *Traitement de la surdité, des bourdonnements et de l'otorrhée par l'excision de la tête du tympan et des osselets.* — L'auteur expose le résumé de l'expérience qu'il a acquise sur ce sujet de façon que d'autres puissent éviter les accidents qui se rattachent à la méthode.

Le traitement chirurgical des maladies de l'oreille ne diffère pas de celui des autres parties du corps. L'excision du tympan et des osselets avait été préconisée par Toynbee.

En voici les indications :

Dans les cas récents, elle ne donne pas de résultats si favorables que dans les cas chroniques. On y recourt surtout dans les bruits de tête et les vertiges. Elle ne convient pas dans les cas de sclérose chronique où la surdité s'est développée lentement.

Plus l'opération est précoce, plus le succès est facile. Dans les cas de surdité par catarrhe chronique, scléreux, dans lesquels la surdité fait des progrès constants, il ne faut pas hésiter à intervenir. M. Sexton a plusieurs fois opéré du côté le plus avancé, et il a vu la seconde oreille s'améliorer par le fait.

Dans les catarrhes secs, le pronostic est défavorable. Entre les âges de 45 et de 70 ans, il lui est souvent arrivé de ne pas obtenir de résultats, quoique la reproduction du mal soit moins fréquente que chez les sujets plus jeunes.

En ce qui concerne l'enfant, on éprouve certaines difficultés provenant de ce que l'affection est plutôt centrale et non accessible au traitement. Il accuse rarement les bruits de tête, les vertiges, les sensations de pression et de distension du tympan.

Dans les cas où la surdité est due à une altération de la ten-

sion du mécanisme de l'oreille moyenne, l'opération reste sans résultats.

Dans la surdité latérale, avec vertiges et bourdonnements, le pronostic est extrêmement réservé.

Enfin, dans l'application du traitement de la sclérose et de la suppuration, il ne faut pas perdre de vue l'influence de la diathèse et ne pas opérer à une période avancée de celle-ci.

M. ZAUFAL (Prague). *Des microorganismes dans les affections de l'oreille.* — Pour qu'on puisse considérer un microorganisme comme caractéristique d'une otite moyenne aiguë, il faut : 1^o qu'on le retrouve surtout à la période de début du mal lorsqu'on examine au microscope les lésions tympaniques ; 2^o qu'il existe dans les tissus enflammés ; 3^o qu'il soit susceptible d'être cultivé, et que l'inoculation reste positive. Ces conditions sont rarement réalisées. Jusqu'à ce jour, on n'avait pas rencontré le diplococcus pneumoniae dans les tissus tympaniques enflammés, et l'inoculation, chez les animaux, du staphylococcus et du streptococcus pyogenes restait négative. Le bacillus pneumoniae (Friedländer) paraît pathognomonique.

L'examen des produits de l'otite moyenne a permis d'y reconnaître :

- 1^o Bacillus pneumoniae (Friedländer),
- 2^o Diplococcus pneumoniae (Fr nkel-Weichselbaum),
- 3^o Microorganismes pyogènes :
 - α Streptococcus pyogenes,
 - β Staphylococcus pyogenes albus,
 - γ Staphylococcus pyogenes aureus,
 - δ Staphylococcus cereus albus (Levy et Schrader),
 - ε Staphylococcus tenuis (Scheibe),
- 4^o Bacillus tenuis (Scheibe),
- 5^o Micrococcus tetragenes (Levy et Schrader),
- 6^o Bacillus pyocyaneus (Zaufal),
- 7^o Oidium albicans.

Le diplococcus pneumoniae se rencontre principalement dans les otites primitives, dans les otites a frigore, tandis que les microbes pyogènes proprement dits et surtout le bacillus pneumoniae et le diplococcus pneumoniae existent plutôt dans les otites secondaires. L'otite de l'influenza a présenté le diplococcus pneumoniae, et les otites du premier âge le streptococcus pyogenes. Le diplococcus pneumoniae acquiert sa puissance purifi que par l'affaiblissement de sa virulence (Bordoni-Uffreduzzi).

L'otite ne constitue nullement un processus toujours identique, mais elle est causée par des microbes divers. La marche de l'otite aiguë est généralement typique et correspond au cycle de développement des microorganismes; elle ressemble même fréquemment à celle de la pneumonie et présente une chute critique de la température au moment de la résorption de l'exsudat. Celui-ci peut ne renfermer qu'un microbe pathogène; on en trouve quelquefois deux ou plusieurs.

Tous ces microorganismes se développent dans la plupart des complications, telles que l'abcès de l'apophyse mastoïde (Gradenigo, Bordoni-Uffreduzzi). Les otites à streptocoques sont les plus typiques; elles sont du reste les plus fréquentes. On retrouve généralement le microbe primitif dans ces lésions compliquantes, bien que celles-ci puissent être également déterminées par une invasion secondaire de microbes pathogènes.

Dans ces derniers temps, on a rencontré des produits pathogènes dans la cavité naso-pharyngienne aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal. On n'a point fait de recherche, à cet égard, dans les sécrétions normales de la caisse.

L'infection de l'oreille moyenne peut se produire par le transport des germes par les trompes à l'occasion des épreuves de Valsalva, de Politzer, du cathétérisme, de l'introduction des bougies et des douches nasales. A côté de cette voie de propagation existe celle du sang (endocardite, pyémie, diphthérie). Les microbes ne peuvent pénétrer par la conduit auditif qu'à la faveur de l'inflammation et de la perforation du tympan.

Les causes de la *chronicité* nous sont peu connues; mais les sécrétions chroniques renferment la plupart des microbes sus-indiqués. Il n'est cependant pas démontré que les organismes qu'on y découvre en aient été les agents déterminants ou qu'ils aient provoqué les exacerbations subaiguës. L'état chronique peut s'établir à la suite de l'infection secondaire ou tertiaire du foyer inflammatoire ou même résulter de l'affaiblissement du virus (Bordoni-Uffreduzzi).

M. Moos, *corapporteur* (Heidelberg). Les voies d'invasion de l'otite moyenne sont :

- 1° Le sang;
- 2° La trompe d'Eustache;
- 3° La membrane du tympan qui peut ne pas être lésée (M. Moos a vu un cas d'érysipèle être suivi de la perforation du segment supérieur et antérieur) ou qui est perforée;

4° Les cavités crâniennes par les sutures pétro-squameuses (méningite).

La propagation par la voie tubaire donne lieu à des formes catarrhales légères, ne passant pas à suppuration, tandis que les variétés du premier groupe (rougeole, scarlatine et diphthérie) aboutissent à une infiltration très accentuée. Les cellules migratrices infiltrées ne montrent pas de tendance à la suppuration, mais plutôt à la métamorphose progressive. La propagation par la voie du conduit externe peut être suivie d'inflammation plus ou moins violente.

Tous les microbes de l'otite moyenne peuvent causer les *complications*, mais le streptococcus pyogenes doit être considéré comme le plus important.

L'otite moyenne *tuberculeuse* provient de l'immigration des produits morbides par la trompe ou par les vaisseaux périostés de la trompe osseuse. Elle peut devenir douloureuse en se combinant avec une inflammation à streptocoques.

M. POLITZER (Vienne). — Le cathétérisme offre des dangers relativement au refoulement des microbes dans la caisse; il n'en est pas de même des épreuves de Valsalva et de Politzer.

M. GRUBER (Vienne) attribue beaucoup d'importance à l'état anatomique individuel qui favorise la pénétration des micro-organismes.

Quant à la propagation des microbes par la voie du sang, elle est démontrée par la présence de foyers circonscrits dans l'apophyse mastoïde coexistant avec l'otite moyenne, mais ne communiquant pas avec la caisse.

M. JACOBSON (Berlin) croit que les épreuves de Valsalva et de Politzer ne font que comprimer l'air de l'oreille moyenne.

M. ZAUFAL partage l'opinion de Gradenigo et de Bordoni-Uffreduzzi, et il pense que l'on a souvent confondu les lésions à streptocoques de l'influenza avec celles du diplococcus pneumoniae.

M. le professeur KUHN (Strasbourg). *Du cholestéatome de l'oreille*. — M. Kuhn relate l'observation d'un cas de cholestéatome de l'oreille gauche.

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui, sans avoir souffert antérieurement des oreilles, présente, à la suite d'un refroidissement, les symptômes d'une otite moyenne purulente aiguë. La fièvre, les douleurs et la fétidité de l'écoulement otorrhéique augmentent de plus en plus. Au bout de huit jours, il survient un gonflement de l'apophyse mastoïde tel que M. Kuhn dut pra-

tiquer la trépanation de cet os. Il y trouva une tumeur perlée de la grandeur d'un œuf de poule, qui remplissait complètement les cellules aériennes et qui s'étendait en avant jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, tandis qu'en arrière elle faisait saillie dans la cavité crânienne postérieure, au niveau de la dure-mère du lobe antéro-inférieur du cervelet. La guérison a été obtenue au bout de quatre mois. Mais il est resté une ouverture de 3.5 centimètres de haut sur 1.5 centimètres de large, sur l'apophyse; elle conduit dans une large cavité tapissée par une membrane blanchâtre et épidermoïdale, dans laquelle on distingue nettement les pulsations du cervelet. A l'effet de garantir cette cavité contre la pénétration des corps étrangers extérieurs, on fait porter au malade une plaque à ressort, en caoutchouc durci, qui la ferme aussi hermétiquement que possible.

M. Kuhn décrit alors la structure de la tumeur et celle de la membrane périostique qui recouvre la face interne du fragment osseux qu'il a dû extirper pour faire l'extraction complète du néoplasme.

Les symptômes cliniques de ce cas, ainsi que les résultats de l'examen microscopique de la tumeur et de son enveloppe permettent de supposer qu'au point de vue de la genèse du cholestéatome de l'oreille les théories de Troeltsch, Wendt, Lucae, etc., ne peuvent plus être admises, mais qu'il faut considérer ces tumeurs de l'oreille moyenne ou

a) comme un vrai néoplasme hétéroplastique, et c'est ainsi que l'entend Virchow en ce qui regarde le cholestéatome,

b) ou comme le résultat de la prolifération continue de cellules épidermiques qui se développe, dans quelques cas, dans le cours d'une otorrhée chronique, le revêtement des bords d'une perforation tympanique ou d'un trajet fistuleux du méat externe se continuant sur la muqueuse de la cavité tympanique et permettant le développement de cellules épidermiques et la formation des couches épithéliales concentriques du cholestéatome.

Du cholestéatome (suite). — M. BEZOLD (Munich) considère le cholestéatome comme le produit d'un processus curatif analogue au processus de cicatrisation des pertes de substance muqueuses et cutanées; en 1877, il a préconisé la dénomination de « processus desquamatif ». Son opinion est partagée par Habermann. Il a démontré la fréquence de la lésion dans la perforation de la membrane flaccide, qui se combine souvent avec le

catarrhe tubaire. La pression unilatérale et exagérée de l'air a pu déchirer le tympan au point le plus faible; des processus inflammatoires ont en outre déterminé des adhérences des bords de la fente avec les parois internes et ont formé des ponts membraneux qui mettent en communication directe l'épiderme du tympan et du conduit auditif externe avec la caisse. Le cholestéatome et la perforation de la membrane de Shrapnell sont plus fréquents chez l'homme; ils sont quelquefois bilatéraux, mais généralement gauches.

Assez souvent, la perforation de la membrane flaccide coexiste avec les symptômes d'un catarrhe tubaire concomitant ou récemment disparu. A part ces lésions, on peut aussi constater d'autres processus de destruction.

On constate souvent de la céphalalgie, des vertiges et de la diminution de l'acuité auditive.

On enlèvera les polypes à l'aide de l'anse, on fera le curetage ou le lavage de la cavité tympanique ou bien la trépanation de l'apophyse mastoïde; on recourra parfois à l'excision du marteau et de l'enclume, à l'enlèvement des végétations adénoïdes, et on emploiera le procédé de Politzer.

M. SCHMIEGLOW (Copenhague) considère le cholestéatome comme le produit d'une inflammation, de modifications métaplastiques déterminées par la pression des liquides sécrétés à la surface muqueuse. Il s'agit là d'un processus épidermoïdal analogue à celui de l'ozène.

M. BARTH (Berlin). D'après Posners, une cellule quelconque d'un des trois feuillets peut subir la dégénérescence épidermoïdale.

M. LUCÆ regarde les productions perlées comme ayant leur origine dans la caisse et s'accompagnant fréquemment de productions de granulations.

M. JANSÉN (Berlin) rappelle les cas de perforation sèche de la membrane flaccide en l'absence de cholestéatome; la muqueuse tympanique peut aussi subir la transformation épidermoïdale sans que ces productions existent. La membrane productrice du cholestéatome possède la propriété de résorber l'os, comme le prouvent les grandes cavités qui ne sont pas complètement remplies par la production perlée et dont la formation ne dépend pas de la pression exercée par elle. Pour obtenir la guérison, il faut gratter à fond et plusieurs fois la surface granuleuse.

M. MAGNUS (Heidelberg) ne pense pas que la perforation de

la membrane flaccide soit nécessairement liée à la formation de cholestéatome.

M. HESSLER (Halle). *L'ouverture de l'apophyse mastoïde pour le conduit auditif externe peut-elle être mise en parallèle avec les autres méthodes usitées?* — M. Hessler passe en revue les méthodes de Schwartze, de Wolff, de Kuster et de von Bergmann. Schwartze ne pénètre que dans l'antra mastoïdien, et il pratique par l'ouverture artificielle et par la trompe des lavages jusqu'à cessation de la suppuration. La méthode s'est montrée plus efficace dans les cas aigus que dans les cas chroniques, mais elle est rejetée parce qu'elle favorise l'extension de la suppuration. Hessler a renoncé depuis un an et demi au clou de plomb, qui détermine fréquemment des phénomènes réactionnels. La méthode de Wolff n'est indiquée que dans la localisation de la carie au conduit auditif et dans la situation plus antérieure que normalement du sinus transverse, qui l'expose à être lésé dans les autres méthodes. Kuster enlève principalement la paroi postérieure du conduit, sans s'attaquer à l'antra; il opère à côté du foyer morbide primitif. La technique opératoire présente des difficultés. Von Bergmann pénètre dans la caisse par l'intervalle osseux existant entre la fosse temporaire moyenne et le conduit auditif externe, puis il pénètre dans l'antra. Hessler combine les méthodes de Schwartze et de von Bergmann; il se contente d'appliquer le procédé de Schwartze lorsque la carie est limitée à l'antra; si la partie avoisinante de la face supérieure est également intéressée, il faut enlever la couche corticale jusque dans l'oreille moyenne.

M. KRETSCHMANN (Magdebourg). *Traitement consécutif à l'ouverture de l'apophyse mastoïde.* — Il ne pratique la suture de la plaie que lorsque la fermeture rapide de la blessure est probable, lorsqu'il a, par exemple, excisé un fragment osseux pour combattre une névralgie. Dans les autres cas, il se contente de tamponner la plaie sans la suturer ni la drainer. Il laisse le premier pansement en place le plus longtemps possible, et il ne le renouvelle que s'il existe une suppuration profuse du conduit; il y procède sans tarder si la température est élevée. Les irrigations avec les liquides antiseptiques sont contre-indiquées à cause de l'écoulement possible des liquides par les trompes; si les trompes sont très perméables (enfants), on donnera la préférence à la solution de chlorure de sodium. Dans les cas chroniques, on pourra faire avec la même solution des injections par les trompes et le conduit auditif. A l'état chronique, on

veillera aussi au maintien de la perméabilité du conduit opératoire et on appliquera au besoin la tige conique de plomb. Si l'orifice s'oblitére, on enlèvera les granulations par grattage. On veillera à la conservation de la lumière du conduit auditif et on ne laissera la plaie se fermer après la disparition de l'écoulement tympanique.

M. JACOBSON (Berlin) expose la méthode suivie à la clinique otologique de Berlin; 326 cas y ont été opérés.

M. JANSEN (Berlin) enlève le plus possible des parties malades aussi longtemps que la paroi médiane de l'antre, le canal semi-circulaire et le canal facial ne sont pas intéressés, et il fait une large ouverture; en arrière il pénètre jusqu'au sinus, et en haut jusqu'à la fosse crânienne moyenne. La paroi postérieure et supérieure du conduit étant enlevée, il opère la paroi latérale et inférieure sans léser le facial ou le canal semi-circulaire, le ciseau étant placé à 3 millimètres environ du sillon tympanique sur la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif, et cela obliquement de dehors en dedans ou de bas en haut.

M. ZAUFAL (Prague) se sert de la pince de Luer.

M. LUDEWIG (Halle) ne croit pas qu'en se servant de ces instruments il y ait des dangers de léser l'étrier.

M. STACKE (Erfurt). *Indications de l'excision du marteau et de l'enclume.* — Il existe deux variétés d'indications: celles qui sont relatives à l'amélioration de l'audition et celles qui concernent la guérison de certaines formes d'otorrhée.

A la première variété appartiennent l'infiltration calcaire complète du tympan, l'ankylose de l'articulation du marteau avec l'enclume, les adhérences cicatricielles et les obstructions tubaires. Dans certains cas, où l'étrier n'est pas complètement mobile, on a obtenu des résultats satisfaisants, mais seulement lorsque l'obstacle à la transmission du son se trouvait en deçà de cet os. Mais si l'ankylose de l'étrier prédomine, que la surdité affecte un caractère progressif, qu'il existe de la sclérose de la muqueuse, l'opération sera contre-indiquée.

Celle-ci sera souvent efficace dans le second groupe de lésions, dans celles où la suppuration de l'oreille moyenne est entretenue par la carie des osselets et des parois adjacentes de la caisse, et par le cholestéatome de cette cavité. Il est rare que cette opération aggrave la surdité; il est fréquent, au contraire, qu'elle la diminue. Elle trouvera encore son application dans les suppurations incurables déterminées par la carie de la paroi supérieure de la caisse. Mais il modifie alors la méthode:

il fait une incision circonscrivant le pavillon de l'oreille, perfore obliquement le conduit auditif, enlève le tympan et le marteau, détache à la gouge le rebord osseux de la membrane, surtout en arrière et en haut, extrait l'enclume et rend ainsi accessible le toit tympanique; il fait ensuite le grattage des parties cariées et draine le conduit auditif. La plaie extérieure guérit par première intention. L'apophyse mastoïde est-elle malade en même temps, il la trépane au point ordinaire et il met l'autre mastoïdien en communication avec la caisse en enlevant totalement la paroi postérieure jusqu'à l'ouverture intermédiaire aux deux cavités.

Cette opération offre des avantages équivalents à ceux des méthodes de Kuster et de von Bergmann : lésion diminuée des organes auditifs, durée de traitement diminuée, pansements rares.

M. GUYE (Amsterdam). *Étiologie des inflammations de la caisse du tympan provoquées par l'injection de liquides dans le nez.* — Il rappelle les dangers que l'emploi généralisé de la douche nasale peut déterminer du côté des oreilles. Saint-John Roosa, Knapp et Berthold se sont surtout occupés de la question. Knapp attribue l'effet pernicieux à la température trop basse du liquide; l'impureté de celui-ci, la concentration trop forte de la solution saline, peuvent aussi être en cause (Berthold préconise les solutions de 1 0/0 de chlorure de sodium); la pression trop élevée de l'injection (Bezold) et l'omission des mesures de prudence prescrites généralement viennent également en ligne de compte.

Le malade doit tenir la bouche ouverte et ne pas faire de mouvements de déglutition pendant l'injection; mais ces mesures n'ont qu'une valeur relative et le malade peut les oublier. M. Guye évite surtout d'obturer la narine par l'embouchure de la poire ou de l'irrigateur; il se sert toujours d'une poire en caoutchouc n° 2. Mais si le liquide revient en tout ou en partie par la narine où se fait l'injection, il faut se garder de fermer celle-ci complètement : la narine se remplirait d'eau, et si l'écoulement ne se fait pas facilement par l'autre narine ou que le malade fasse un mouvement de déglutition, le liquide pénètre dans la trompe en grande quantité et y détermine une violente inflammation. M. Guye a observé deux cas qui ont cette origine.

M. Guye conclut : 1° qu'il ne faut jamais faire d'injections dans le nez à moins que la lumière des narines ne soit suffisante; dans le cas contraire, on se borne à faire des instillations d'une

cuiller à café de liquide, la tête étant légèrement inclinée en arrière; 2° que la canule de l'instrument ne doit pas boucher la narine.

M. KRAKAUER (Berlin). Les douches nasales ne sont applicables qu'à l'ozène; mais si on évite la pression trop considérable du liquide, et si on recommande au patient de ne se moucher qu'une heure après la douche, on ne verra jamais survenir d'otite.

M. BERTHOLD (Kœnigsberg) attribue ces inflammations à la largeur des trompes chez l'enfant.

M. ZAUFAL (Prague) fait l'injection par la narine rétrécie.

M. POLITZER fait remarquer que le catarrhe unilatéral peut devenir bilatéral.

M. GRADENIGO (Turin). *Contribution à l'étude morphologique de l'anthélix.* (Voir *Annales*, n° 10; 1890.)

M. GELLÉ (Paris). *Otite et paralysie faciale.* (Voir *Annales*, n° 11; 1890.)

M. MOOS a vu l'exagération de l'audition pour les sons graves dans deux cas de paralysie faciale.

M. LUCAS. La perception de la voix parlée reste normale dans ces conditions.

M. TREITEL (Berlin) a vu la paralysie faciale consécutive à un furoncle du conduit auditif.

M. BEZOLD. La paralysie faciale peut exister en même temps que l'exsudation séreuse du tympan.

M. TRAUTMANN est du même avis; la paralysie disparaît après l'évacuation de l'exsudat.

M. GELLÉ (Paris). *Audition et paralysie faciale.* (Voir *Annales*, n° 11; 1890.)

M. SECCHI (Bologne). *Recherches expérimentales sur la physiologie de l'oreille moyenne.* — 1° La pression de l'air de la caisse est toujours à 3 millimètres au-dessus de l'air extérieur; 2° la pression endo-tympanique s'élève à l'occasion des bruits qui appellent l'attention de l'animal et arrive à 7 ou 8 millimètres sous l'influence des sons aigus, intenses et inattendus; 3° elle augmente par les voyelles *a, e, o* plus que par *i* et *u*; 4° après la ténotomie du tenseur tympanique, elle s'abaisse sous l'action des sons aigus et intenses.

WEGENER (Halle). *La méthode de Schwartz pour l'extraction des cholestéatomes.* — On obtient une guérison définitive en déterminant une ouverture large et persistante de l'apophyse mastoïde; il est facile d'enlever les masses cholestéatomateuses

en voie de formation. La glycérine iodoformée se montre efficace pour empêcher la formation de membranes. On applique une plaque protectrice au-dessus de l'ouverture.

M. HARTMANN (Berlin) fait l'ouverture par le conduit auditif et établit une communication avec la partie supérieure de manière à permettre l'enlèvement facile des masses.

M. VOHSEN (Francfort-s.-M.). *Technique de l'opération des abcès cérébelleux*. — Il fait la démonstration d'une préparation; le cas avait été opéré et on trouva à l'autopsie un abcès cérébelleux et des abcès cérébraux métastatiques, et une thrombose étendue à la jugulaire jusqu'à la clavicule. L'auteur expose la méthode opératoire et les indications.

KESSEL (Iéna). *Indications de la ténotomie du tenseur tympanique*. — Il opère : 1° dans la paralysie du muscle stapédius avec fonctionnement persistant du tenseur tympanique : cet état conduit à la surdité complète et à l'atrophie du tympan par suite de la rétraction du marteau jusqu'au promontoire; 2° dans la contracture du même muscle qui occasionne les bruits les plus gênants (sous-musculaires); 3° dans les perforations médianes, afin de mettre le marteau en position plus normale et améliorer la résonance; 4° dans les catarrhes qui exagèrent la pression intra-labyrinthique. L'immobilisation du stapédius contre-indique l'opération.

M. BERTHOLD (Königsberg). En cas de perforation et d'adhérence au promontoire, on peut faire la séparation de la synéchie.

M. GELLÉ (Paris) a vu l'ossification des tendons.

M. POLLACK (Vienne) n'admet pas, contrairement à Kessel, comme prouvée l'action du tenseur du tympan sur l'accommodation.

M. BURKNER (Göttingen). *Statistiques des affections de l'oreille*. — Ces statistiques sont empruntées aux publications allemandes et étrangères. Sur 63,000 cas, il y avait 38,000 hommes et 23,000 femmes, donc 59.9 0/0 : 40.1 0/0 :: 6 : 4. Sur les 10,000 malades de la clinique de Göttingen, 3.2 0/0 avaient de 1 à 8 ans, 2.4 0/0 de 9 à 18 ans; 23.8 0/0 souffraient de l'oreille externe, 66.7 0/0 de l'oreille moyenne et du tympan, 6.6 0/0 de l'oreille interne.

M. JACOBSON (Berlin) n'envisagera la question qu'au point de vue des résultats. Les affections sont désignées par les auteurs sous des titres divers, et les termes d'amélioration et de guérison ne sont pas appliqués d'une façon uniforme. D'ailleurs, le même malade peut porter plusieurs affections.

M. BISHOP (Chicago). *De l'atrésie du conduit auditif externe.* — L'auteur relate 4 cas d'atrésie. Le premier était survenu à la suite d'un accident : le pavillon avait été défectueusement réuni ; l'atrésie était presque complète, mais l'audition était normale. L'opération plastique donna des résultats satisfaisants. Les 2^e et 3^e cas étaient des malformations ; l'audition osseuse persistait ; le 2^e présentait une dépression dont le four était constitué par l'os : on obtint un résultat cosmétique ; le 3^e ne fut pas opéré. Le 4^e patient avait été blessé vingt-neuf ans auparavant et souffrait d'otorrhée profuse et fétide. L'opération fit disparaître cette complication presque complètement.

M. POLITZER (Vienne). L'atrésie peut survenir à la suite de polypes du conduit auditif ; elle peut être osseuse et consécutive à la formation de granulations d'origine otorrhéique.

M. CHOLEWA (Berlin) mentionne un cas dans lequel la paroi antérieure du conduit auditif faisait défaut et où la caisse communiquait avec la cavité articulaire de la mâchoire.

M. KAYSER (Breslau). *De la diplacousie.* — Elle est échoïque ou disharmonique. Avec Exner et Urbantschitsch, il regarde la première variété comme déterminée par le ralentissement de la sensation dans l'oreille malade (durée prolongée de la résonance, perception centrale retardée, conduction ralentie de l'acoustique). D'après la théorie de Helmholtz, la seconde forme a son origine dans la membrane basilaire.

M. BARTH (Berlin). La diplacousie disharmonique est plutôt un symptôme d'otite moyenne : certaines oscillations du ton sont obscurcies dans l'appareil de conduction, de telle sorte que la tonalité diffère de l'oreille malade à l'oreille saine. Du reste, la diplacousie disparaît avec le cataracte concomitant.

M. KAYSER. Elle peut fort bien exister dans l'otite moyenne qui rend les oscillations plus fortes à l'occasion de certains tons.

M. JACOBSON (Berlin). Les modifications déterminées par l'otite se rapportent uniquement à l'amplitude. Lorsque l'otite moyenne s'accompagne d'audition faussée ou double, cela prouve que le labyrinthe est intéressé.

M. STEINBRUGGE (Giessen). *Anatomie pathologique du labyrinthe.* — Il commence par décrire l'hyperhémie et l'épanchement, puis les inflammations survenant pendant l'évolution chronique des maladies infectieuses. L'action des bactéries peut déterminer la mortification des tissus labyrinthiques, puis la suppuration et la transformation en tissu conjonctif, celui-ci

persistant dans cet état ou devenant osseux (surdi-mutité). Ce processus s'observe dans la méningite cérébro-spinale, la diphthérie, l'ostéomyélite, la leucémie, la tuberculose, la syphilis et à la suite des traumatismes. Quant à l'inflammation du limaçon, elle commence par le premier tour, elle procède de la base au sommet.

M. MOOS distingue dans les lésions mycotiques des cellules ganglionnaires une forme primitive déterminée par pénétration directe et une forme secondaire.

M. GRADENIGO. Dans la méningite épidémique, tuberculeuse ou otitique, on observe une infiltration purulente bilatérale du facial et de l'acoustique, qui détruit le limaçon; des microbes se trouvent dans le conduit auditif interne.

M. LÖWE (Berlin) relate un cas de labyrinthite primitive des enfants.

M. HABERMANN (Prague) rapporte aussi un cas d'hémorragie labyrinthique due à l'anémie pernicieuse.

La théorie de Helmholtz n'est pas complètement prouvée, mais la prédominance de la perte de perception des sons élevés dans les cas aigus de surdité accentuée et la fréquence de l'atrophie ou de la disparition des nerfs de la partie basale terminale du limaçon paraissent en démontrer le bien fondé.

M. BARTH. Il est difficile de déterminer exactement la perception auditive et d'obtenir des préparations suffisamment fraîches. De plus, l'état normal des tissus nerveux n'est pas connu d'une façon certaine.

M. POLITZER a souvent trouvé, dans les autopsies d'ankylose de l'étrier, une vive pigmentation du modiolus et de la lame osseuse spirale. Ces lésions sont dues à une hyperhémie chronique, le dépôt de pigment correspondant au trajet des vaisseaux sanguins, tandis que les dépôts mentionnés par Steinbrugge se présentent en plaques.

M. GRADENIGO (Turin). *Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans les otites moyennes chroniques non purulentes.* (Voir *Annales*, p. 824.)

MC BRIDE (Édimbourg), *corapporteur*. L'otite moyenne chronique non purulente (catarrhe moyen chronique, sclérose, otite hypertrophique, catarrhe sec, catarrhe adhésif) détermine de la surdité, de la paracousie de Willis et des bourdonnements.

L'affection est : 1° nettement catarrhale; 2° non nettement catarrhale (héréditaire, rhumatismale, nerveuse, syphilitique). Le pronostic est plus favorable dans les formes nerveuses

que dans les formes héréditaires, nerveuses ou syphilitiques.

Les indications du traitement restent identiques pour les diverses variétés en ce qui concerne le cathétérisme, la douche d'air et l'introduction des bougies. On ne traitera pas la surdité unilatérale où la voix élevée n'est perçue qu'au niveau de l'oreille et où l'insufflation d'air reste sans résultat. Il est difficile de déterminer jusqu'à quel point il faut étendre le traitement des affections nasales et pharyngiennes. La valeur du traitement mécanique (cathétérisme, douche d'air et bougies) n'est pas bien considérable. Comme les bruits d'oreilles sont généralement sous la dépendance de la circulation du voisinage, on recourra aux bromures. Ce médicament convient également dans les vertiges. Enfin, les méthodes opératoires n'ont que rarement donné des résultats.

M. JACOBSON. La sonde à pression de Lucae améliore presque toujours l'audition, lorsque l'appareil de conduction du son n'est pas immobilisé ou que l'appareil de perception n'est pas affecté en même temps.

M. SCHWABACH (Berlin). *Examen de l'audition et détermination uniforme de la surdité.* — Les méthodes généralement employées donnent toutes des tons simples, alors qu'en pratique on détermine surtout l'audition de la voix. L'examen au phonographe ne paraît pas très pratique. Le procédé de Wolff doit être préféré, bien qu'aucune méthode ne fournisse de résultats certains. Le diagnostic doit se baser sur les anamnestiques, les constatations objectives, la marche clinique du cas et les résultats de l'examen au diapason qui permet de reconnaître si l'affection est localisée à l'appareil conducteur ou percepteur.

M. MAGNUS (Königsberg). Toutes les données que l'on recueille sont plutôt subjectives, puisqu'il n'existe pas de mesure reconnue d'une façon absolue pour l'audition normale. K... recommande également la méthode de Wolff, et il conseille même d'établir la comparaison avec la perception auditive d'une autre personne du même âge.

M. BARTH (Berlin) s'élève aussi contre l'emploi du phonographe, qui se comporte d'une façon diverse à l'égard des tons produits par les différents instruments.

M. LUCÆ recommande le diapason et le sifflement.

M. BERTHOLD (Königsberg). *De la myringoplastie.* — Pour oblitérer les perforations de l'oreille, il transplante un fragment de la peau du bras ou de la membrane de l'œuf du poulet. Toutes les perforations seraient ainsi curables.

M. GIAMPIETRO (Rome). *Diagnostic et traitement de l'otorrhée.* — Il se trouve bien des douches au gaz d'oxygène, qu'il fait précéder de lavages à l'iode ou au brome. A son avis, cette méthode est des plus efficaces quand on injecte le gaz par la trompe, le conduit auditif externe étant fermé.

M. SCHIRMUNSKY (Saint-Petersbourg). *Nouveau moyen de maintenir ouverte la perforation artificielle du tympan.* — A cet effet, Schirmunsky emploie l'acide chromique, qu'il porte à l'état solide, après cocaïnisation préalable, sur l'incision verticale ou cruciforme du tympan. Il a fait l'opération dans 6 cas de sclérose et a observé les malades trois à huit mois et demi. Les bords de la perforation se sont toujours recouverts d'épiderme.

M. KRAKAUER (Berlin) rappelle l'adage de Thiersch. En chirurgie, les cavités que l'on désire fermer restent ouvertes, tandis que celles que l'on désire maintenir ouvertes se ferment. Il a essayé sans résultat la galvanocaustie, différents acides et le bâtonnet d'aluminium.

M. SCHIRMUNSKY. Les observations de M. Krakauer sont trop récentes pour qu'il puisse porter un jugement définitif.

M. LUDEWIG (Halle). *L'otite de l'influenza.* — A la clinique de Halle, il a observé, en décembre 1889 et en janvier 1890, 137 cas d'otite moyenne aiguë chez des individus sains auparavant, et 49 cas en février et en mars. Le caractère de l'affection n'était nullement spécifique; elle se caractérisait par des douleurs violentes, persistant même après la disparition des phénomènes inflammatoires.

M. SZENES (Buda-Pest) a vu 44 cas, dont plus d'un tiers étaient bilatéraux; il a trouvé 8 fois le catarrhe tubaire, 8 fois le catarrhe moyen aigu et 28 fois l'otite moyenne aiguë.

M. R. BOREY (Barcelone). *Expériences d'avulsion de l'étrier chez les animaux* (sera publié *in extenso*). — L'auteur a opéré sur les poules et les pigeons et rapporte en même temps un cas clinique. Pour lui : 1° l'avulsion de l'étrier sur les animaux est inoffensive; 2° la membrane de la fenêtre ovale qui a été lésée se régénère; 3° l'audition n'est que légèrement diminuée; elle se fait par les membranes des fenêtres ovale et ronde; 4° alors même que l'étrier a été enlevé en même temps que les autres osselets, la membrane ovale restant intacte, l'audition est plus parfaite encore que si l'étrier était ankylosé; 5° après l'ablation des deux étriers, elle reste plus élevée que si on extirpait les autres osselets, l'étrier restant en place; 6° les osselets et le tympan ne sont pas indispensables à l'audition, ils ne font que renforcer

les excitations sonores et renforcer la distance de perception.

M. GRADENIGO (Turin). *Les microorganismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications.* (Voir *Annales*, septembre 1890.)

M. GRADENIGO. *Les névrites de l'acoustique provenant de la méningite.* (Voir *Annales*, septembre 1890.)

M. GELLÉ. *Présentation d'instruments.* — M. Gellé présente un spéculum auris de Brunton, modifié, pour servir de spéculum de Siegle, et éclairé par une petite lampe électrique qui fait corps avec le spéculum. La première idée de cet instrument appartient à M. Constantin Paul.

M. POLITZER. *Présentation d'instruments.* — Politzer trouvait que les cathéters de l'oreille à embouchure ronde employés jusqu'ici n'étaient pas tout à fait conformes aux proportions anatomiques du canal de la trompe d'Eustache qui forme une fente ovale. Par conséquent, la douche d'air et les injections médicamenteuses au moyen des cathéters employés jusqu'ici ne se faisaient pas toujours convenablement. Il fit donc construire des cathéters à *embouchure ovale* et trouva qu'ils étaient plus propres à faire entrer l'air et les liquides dans l'oreille moyenne que les instruments dont on se servait jusqu'à ce jour.

Dans les cas de rétrécissements causés par gonflement de la muqueuse de la trompe où l'on ne réussissait que difficilement à pousser l'air dans la caisse au moyen des cathéters antérieurs, on réussit facilement avec les cathéters à embouchure ovale, fabriqués par M. Reiner, de Vienne.

A cette occasion, Politzer recommande l'introduction d'une *mesure uniforme* pour les cathéters de l'oreille dans tous les pays, et montre quatre modèles à ce sujet.

DEUXIÈME CONGRÈS DES OTOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DU NORD, tenu à Berlin, le 7 avril 1890. (D'après le compte rendu d'A. BARTH, in *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, 1890.)

TRUCKENBROD. *Un symptôme non signalé de la méningite d'origine auriculaire* s'est présenté chez un jeune médecin qui succomba à une otite moyenne aiguë grippale. Atteint par l'épidémie vers le milieu de décembre 1889, il se rétablit rapidement, mais le 28 décembre survint une otite moyenne aiguë gauche; 30 décembre, paracentèse, écoulement séreux, soulagement immédiat, puis nouvelles douleurs, rétention; 1^{er} janvier, section

de la membrane de Shrapnell avec les mêmes phénomènes consécutifs. 2 janvier, deuxième paracenthèse sous chloroforme. Le malade se trouve bien pendant deux jours. 5 janvier, nausées, vomissement, vertige violent; 6 janvier, trépanation de l'apophyse mastoïde absolument normale, suivie d'un grand bien-être durant 24 heures. Du 9 au 16 janvier, on voit évoluer un érysipèle partant de la plaie; la fièvre tombée le malade se croit encore une fois et définitivement guéri; 17 janvier, fièvre, céphalalgie; 20 janvier, on constate la présence de 1 1/4 0/0 de sucre dans l'urine; 21 janvier, 1 1/2 0/0; 22 janvier, 2 0/0, raideur de la nuque, troubles intellectuels, aphasie; 24 janvier, mort.

L'autopsie fit constater une méningite diffuse et la distension du 4^e ventricule par du liquide séro-purulent; dans le cours irrégulier de cette maladie la glycosurie a été un phénomène important survenu avant les autres symptômes certains de la méningite, qui avait cependant certainement débuté dès le 5 janvier, arrêtée momentanément dans son évolution par la saignée d'abord, par l'érysipèle ensuite.

BERTHOLD. Chez un malade atteint successivement à gauche puis à droite d'une otite moyenne aiguë suppurée, l'urine avait été examinée à plusieurs reprises: — l'attention avait été attirée par la soif ardente qui tourmentait le patient. On ne trouva point de sucre et la suppuration survenue sans cause appréciable, chez un homme robuste, dura près de quatre mois; deux mois plus tard, le sucre fut trouvé en abondance dans son urine, — il s'agissait d'un de ces cas où la glycosurie se supprime à la faveur d'une maladie aiguë intercurrente, laquelle a cependant peu de tendance à la guérison tant qu'un régime approprié n'est appliqué au traitement du diabète.

BERTHOLD. *Représentation optique des mouvements de la membrane du tympan.* — Un tube en T est introduit à frottement dans le conduit auditif externe par sa branche verticale; un des bouts de la branche horizontale est relié à une conduite de gaz, l'autre à un bec. Dans ces conditions, les vibrations de la membrane tympanique, provoquées par l'émission d'un son nasal ou l'application d'un diapason contre les os du crâne, se transmettent au gaz et font vibrer la flamme du bec avec une rapidité en rapport avec la hauteur du son; mais au-delà de 24 à 30 vibrations par seconde, la flamme paraît immobile, — il faut alors l'observer soit directement en balançant légèrement la tête de droite à gauche, soit dans un miroir rotateur où la flamme sera

représentée par une bande lumineuse à bord supérieur ondulé. En prenant un bec d'un millimètre de diamètre, on voit que la hauteur de l'excursion de la flamme sera approximativement cent fois plus grande que celle du tympan. Cette expérience est très démonstrative chez les personnes qui ouvrent à volonté leur trompe d'Eustache; l'autophonie existe dans ces cas comme dans la béance pathologique de la trompe; de même la tympanophonie: — l'oreille de l'observateur reliée par un otoscope à celle dont la trompe est ouverte entend les sons renforcés et perçoit même directement les vibrations au moyen de la sensibilité tactile. L'autophonie assez fréquente dans la salpingite et l'otite moyenne pourrait s'expliquer par l'occlusion incomplète de la trompe ou bien par la rigidité de la trompe infiltrée et indurée qui transmet les vibrations à la manière d'une tige, des lèvres de l'orifice tubaire aux parois de la caisse.

A. BARTH. *Remarques sur l'examen de l'ouïe.*—Il arrive assez souvent que le patient, surtout un enfant ou un vieillard, à qui on a dit de répéter les paroles qu'il aura entendues ne le fait que lorsqu'on recommence deux ou trois fois la même phrase; cela paraît tenir à une simple inattention; mais d'autres fois, plus rarement, le malade n'entend pas un mot dit une seule fois, ce mot passe absolument inaperçu, tandis qu'il le perçoit très bien, presque normalement, quand on a soin de le répéter plusieurs fois à de courts intervalles. Il parle alors d'une voix particulière, comme paresseuse; ce phénomène est probablement sous la dépendance d'une lésion centrale, d'un trouble de transmission entre le centre de la perception de l'ouïe et celle de la parole.

LEMCKE a observé des cas analogues dans la mélancolie puerpérale.

STIMMEL pense qu'il faudrait chercher l'explication de ce phénomène dans un trouble de l'accommodation du tympan sous la dépendance des muscles de l'oreille moyenne.

AD. BARTH a obtenu l'hémostase rapide et définitive dans plusieurs cas d'épistaxis au moyen d'irrigations chaudes (40 à 45°), ainsi que le recommande le Dr Alvin. D'autres membres du Congrès ont vu des résultats très variables; l'irrigation chaude ne suffit pas toujours.

A. HARTMANN. *Les orêtes et épines de la cloison nasale.* — Ces saillies s'implantent sur une ligne qui se dirige de l'épine nasale obliquement en haut et en arrière vers le corps du sphénoïde, c'est la ligne d'union entre le vomer d'une part, le carti-

lage et la lame de l'éthmoïde de l'autre. Les crêtes occupent généralement la moitié antérieure, les épines la moitié postérieure de cette ligne. Il est plus rare de voir ces saillies sur une autre ligne à direction inverse et qui répond à l'union du cartilage quadrilatère avec la lame de l'éthmoïde. Le rapporteur présente un certain nombre de préparations.

BARTH. Les déviations de la cloison nasale seraient dues au développement inégal des deux lames qui, par leur soudure, constituent la cloison nasale; c'est au moment du plus grand développement du nez que cette différence se prononce comme les autres inégalités des deux moitiés du corps humain, et la prédominance même minime d'une lame sur l'autre dévie notablement la cloison.

A. HARTMANN. *Communication entre le conduit auditif d'une part, l'antre mastoïdien et la voûte de la caisse tympanique de l'autre.* — La sécrétion ostro-purulente intarissable dont l'oreille devient le siège lorsque la membrane de Shrapnell est détruite est due à l'épidermisation de la muqueuse de la caisse, et plus tard de l'antre mastoïdien. Dans un cas de cette nature, le pavillon de l'oreille fut séparé du conduit auditif et récliné en avant, l'antre mastoïdien ouvert, et enfin toute la paroi osseuse qui le sépare du conduit auditif enlevée; un drain fut alors introduit dans le conduit par l'apophyse mastoïde, et quand, la suppuration arrêtée par les lavages, l'orifice postérieur se cicatrissa, il subsistait définitivement une ouverture dans la paroi postéro-supérieure du conduit, permettant de surveiller l'état de l'antre mastoïdien.

NOLTENIUS présente un miroir binoculaire pour l'examen de l'oreille et du larynx, miroir servant aux démonstrations.

DORN expose un procédé de rhinoscopie postérieure sur la tête fléchie.

STIMMEL fait la démonstration de la pince de Delstanche pour le redressement brusque de la cloison nasale. Ce procédé lui a donné de bons résultats et il est d'une application facile.

HECKE. *Carie de la paroi osseuse du sinus latéral.* — **OBSERVATION I.** — Femme de 37 ans, otite moyenne suppurée, carie; au bout de quatre mois, il survient subitement du vertige, de la céphalalgie, de la parésie faciale, — l'apophyse mastoïde, normale en apparence, est trépanée; — on constate une carie étendue des cellules mastoïdiennes de l'antre et le sinus est mis à nu dans une étendue de 1 1/2 centimètre. Guérison.

OBSERVATION II. — Homme de 47 ans. Otite moyenne suppu-

rée, aiguë, fébrile. Plusieurs paracentèses, enfin, au bout de six semaines, trépanation de l'apophyse mastoïde, le sinus est à nu sur une étendue de 4 centimètres par carie de la paroi osseuse. Frissons, fièvre, céphalalgie, mort subite après une certaine amélioration trois jours après l'opération, doit être attribuée à une embolie.

BARTH relate un cas de suppuration rebelle de l'oreille accompagnée d'accidents graves : céphalalgie, vertige, fièvre, titubation. La trépanation de l'apophyse mastoïde est faite à égale distance entre la ligne temporale et la pointe de l'apophyse mastoïde; à un centimètre de profondeur à peine on tombe sur une membrane grisâtre, ferme, non pulsatile; par la pression, on sent à travers cette membrane à peu de profondeur une paroi osseuse solide; comme il était difficile d'admettre en ce point le sinus, la membrane fut ponctionnée avec la seringue de Pravaz, il vint du sang pur, et la plaie fut immédiatement tamponnée avec de la gaze iodoformée. La guérison se fit lentement, mais sans accident; il est à noter qu'un exsudat fibrineux avait établi des adhérences telles entre la plaie et la gaze iodoformée qu'elle n'a pu être enlevée que fil par fil dans l'espace de six mois.

MULLER. *Contribution à l'étude anatomique du plancher de la caisse du tympan.* — Le plancher est parfois soulevé et aminci par l'excavation exagérée de la fosse jugulaire. Dans 16 cas sur 100, le plancher voûté s'élevait au-dessus du niveau du sillon tympanique; 12 fois cette malformation était à droite; 5 fois le plancher papyracé s'élevait directement du sillon tympanique pour se diriger en haut et en dedans. M. W.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Otite moyenne aiguë accompagnée de phénomènes cérébraux insolites, par AD. BARTH, de Berlin. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1890.)

Un garçon de 16 ans, bien portant jusqu'alors, tombe subitement dans le coma avec légère rotation de la tête à gauche; 39°, pouls régulier, réflexes normaux, sensibilité normale; le

malade est alimenté à la sonde, va sous lui, grogne et grince des dents; ophthalmoscopie négative. Il reste dans cet état cinq jours; à ce moment, un écoulement séro-purulent apparaît à l'oreille gauche que l'on trouve atteinte d'otite moyenne aiguë avec tuméfaction du conduit auditif externe; l'apophyse mastoïde n'est point douloureuse, mais toute pression sur les os du crâne provoque des grimaces et des mouvements défensifs. Traitement: incision de la paroi du conduit, sangsues, glace. Au bout de deux jours, le patient commence à reprendre connaissance, la fièvre tombe, mais, pendant un mois encore, il présente des phénomènes cérébraux bizarres, du mutisme, un certain état d'anxiété et d'égarément, puis un accès de fureur pendant lequel il frappe sans cause aucune son voisin de lit. Graduellement l'état mental s'amende, la guérison est complète, la membrane du tympan cicatrisée. M. W.

Otite externe hémorrhagique, par M. GORHAM BACON. (*Arch. of Otolology*, n° 1; 1890.)

Après avoir rappelé l'opinion des divers otologistes sur cette question l'auteur rapporte cinq cas qu'il a observés sur un nombre total de 2,500 malades. Ces cas se rapprochent beaucoup de la description donnée par Politzer, et M. G. Bacon propose les conclusions suivantes :

- 1° L'otite externe hémorrhagique est une affection rare ;
 - 2° Elle doit être considérée comme une maladie spéciale, une inflammation du conduit auditif externe ;
 - 3° On la voit le plus souvent chez les jeunes sujets, exceptionnellement chez des personnes avancées en âge ;
 - 4° Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, plus commune à gauche qu'à droite. La douleur est généralement peu intense ;
 - 5° Les vésicules siègent habituellement sur la partie inférieure du canal osseux et peuvent s'étendre jusqu'à la membrane du tympan.
- M. Ls.

Surdité permanente causée très probablement par la quinine, par M. G. DABNEY. (*Arch. of Otolology*, n° 1; 1890)

Il s'agit d'une malade qui, pour un « refroidissement », prit douze pitules de quinine (quantité inconnue). Pendant quelques jours après avoir pris le médicament, elle fut très sourde et eut des bourdonnements internes. Ceux-ci disparurent peu à peu, mais la surdité resta très marquée: elle n'entend que la

voix très forte, ne perçoit pas sur l'oreille une montre qu'on entend à quarante pouces, entend mieux le diapason C² par l'air que par les os, etc.

Dabney passe en revue l'opinion des auteurs américains et, contrairement à la plupart d'entre eux, conclut que c'est la quinine qui a dû produire la surdité chez sa malade. M. Ls.

Périchondrite idiopathique du pavillon gauche, par M. HENRY FERRER. (*Arch. of Otology*, n° 1; 1890.)

Une jeune fille de 18 ans se présente le 8 août, se plaignant de douleurs assez vives pour l'empêcher de dormir, siégeant dans l'oreille gauche. Il est impossible de trouver aucun symptôme objectif ni ce jour ni le lendemain, bien qu'elle continue à se plaindre beaucoup. Le surlendemain la douleur est encore plus vive, continue, et on ne trouve qu'un peu de sensibilité sur le tragus. Le 11 août, la paroi antérieure du méat à la base du tragus est rouge, gonflée et très sensible au toucher; le gonflement augmente les jours suivants jusqu'à obturer à moitié le méat, pas d'élévation de température. Le 23 août, un médecin appelé en consultation croyant à un abcès profond, on fait une longue et profonde incision sans donner issue à autre chose qu'à quelques gouttes de sang.

Les jours suivants le gonflement s'étend lentement et toutes les parties se prennent peu à peu, de sorte qu'au bout de trois semaines le pavillon était déformé au point d'être absolument méconnaissable. Il est à angle droit avec la tête, est peu augmenté en hauteur, mais a atteint une épaisseur de 3 à 3 1/2 centimètres. Il est d'un rouge livide, chaud, dur, sensible au toucher: il ressemble à un informe morceau de viande crue. Seul le lobule est indemne, quoique congestionné.

Le 1^{er} octobre on sent de la fluctuation, et deux incisions faites à la partie postérieure du pavillon et au niveau de la conque donnent issue à une cuillère à thé d'un liquide purulent. A partir de ce moment il y eut une diminution graduelle du gonflement. A la fin d'octobre, l'oreille avait perdu ses contours, les cartilages détruits avaient complètement disparu, la peau était toute plissée, sauf le lobule, et on eût dit que l'oreille avait été fortement comprimée.

L'auteur considère les faits de cet ordre comme très rares et n'en rapporte que trois semblables dus à Chimani, Knapp et Pomeroy. M. Ls.

Deux cas de périchondrite du pavillon, par M. MAC MAHON. (*Arch. of Otology*, n° 1; 1890.)

Ces deux cas sont à rapprocher du précédent et lui ressemblent beaucoup, surtout le second, qui eut un développement spontané, fut pris pour de la furonculose du conduit et amena le médecin à faire trois incisions à l'entrée du conduit, ce qui n'empêcha pas la périchondrite d'évoluer. L'autre cas s'était développé lentement à la suite d'un traumatisme.

Dans les deux cas l'auteur eut recours au curetage et au drainage avec de bons résultats puisqu'il n'y eut pas de déformation dans un cas et seulement une dépression limitée dans l'autre.

M. Ls.

Inflammation phlegmonense diffuse du pavillon, par M. GRUENING. (*Eod. loc.*)

A rapprocher également deux faits de M. Gruening. Le premier a eu manifestement pour point de départ une furonculose du conduit. D'abord dans la conque, puis dans la fossette de l'hélix, sur l'anthélix et l'hélix, etc., apparurent successivement des tuméfactions qui furent soignées assidûment pendant deux mois avec ce résultat de transformer l'oreille en une masse énorme, rouge et informe. Transfixion en trois points différents, drainage avec de la gaze iodoformée. En dix jours la guérison était presque complète, mais le pavillon resta déformé. — Dans le second cas, une éruption de furoncle avait amené un gonflement énorme de la conque qui céda en quinze jours, après le curetage et le drainage de part en part.

M. Ls.

Élimination partielle du tympan à la suite d'un traumatisme; guérison en huit semaines, par le Dr A. EITELBERG. (*Arch. of Otology*, n° 1; 1890.)

Intéressante observation de cette complication très rare des ruptures traumatiques du tympan Il s'agit d'un homme de 28 ans, dont les oreilles étaient saines auparavant et qui, dans un choc violent sur la tempe droite avec compression sur un mur, eut une hémorrhagie abondante par le nez et par l'oreille, de la surdité, de la douleur et des vertiges. Un grand lambeau du tympan était détaché en haut et en arrière, ne tenant plus au reste que par un pédicule situé en haut et en avant. Le cinquième jour après l'accident, en faisant un lavage, ce lambeau se détacha : il avait six millimètres de longueur sur quatre de largeur.

Les suites furent fort simples ; peu à peu il se forma une cicatrice qui était complète au bout de huit semaines et parfaitement résistante, comme le montrait l'examen avec le spéculum de Siegle. Toutefois la surdité persistait à un degré assez marqué, puisque pour la montre on n'avait à gauche que $\frac{0.72}{6}$ et $\frac{2}{6}$ à droite.

M. Ls.

Malformation du pavillon guérie par une opération plastique,
par M. G. BACON. (*Arch. of Otology*, n° 1; 1890.)

Chez une jeune fille de 14 ans, présentant d'autres anomalies de la face, le pavillon, mince et attaché un peu trop haut, pendait au-devant du conduit. Deux figures font bien voir le résultat excellent obtenu par l'opération.

M. Ls.

Bactériologie des inflammations de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, par M. KANTHACK. (*Arch. of Otology*, n° 1; 1890.)

Travail consciencieux fait à la clinique de Hartmann, mais n'apportant pas de données nouvelles. Confirme cette opinion de Gradenigo et autres, que le pneumocoque de Fränkel est le plus fréquent, seul ou associé à d'autres microbes, dans les formes aiguës et qu'il disparaît dans tous les cas chroniques.

M. Ls.

Périostite primitive de l'apophyse mastoïde, par M. AYRES de Cincinnati. (*Arch. of Otology*, nos 2-3; 1890.)

Cette forme est rare. Ayres en rapporte deux cas. Dans le premier, le malade, qui n'avait jamais rien eu aux oreilles, se présente avec un gonflement douloureux de la région mastoïde datant de six semaines : le pavillon est repoussé en avant. La membrane tympanique est seulement un peu injectée ; l'air passe librement dans la trompe, l'audition n'est pas abaissée. Le malade ne se décide à se laisser opérer que onze jours plus tard : il sortit une assez grande quantité de pus et la sonde pénétrait dans les cellules mastoïdiennes. — La guérison fut rapide et complète.

Le deuxième cas est très semblable, toutefois la malade avait eu une suppuration de l'oreille un certain temps avant.

M. Ls.

Sur la forme de la mastoïdite décrite par Bezold et la thrombose du sinus latéral, par le professeur S. MOOS. (*Arch. of Otology*, nos 2-3; 1890.)

On sait que c'est Bezold qui a le premier décrit les abcès de

l'apophyse mastoïde qui, au lieu de s'ouvrir extérieurement, se frayent une voie vers la face interne ou vers la fosse rétro-maxillaire. Cela se produit dans le cas où la partie inférieure de l'apophyse contient une seule ou quelques larges cavités, tandis que la paroi externe est très épaisse. Il se forme alors dans la fosse rétro-maxillaire une tuméfaction dure et douloureuse, l'apophyse restant indemne quoique sensible à la pression : très rapidement, sous l'influence de la pesanteur, il se produit de l'infiltration et de larges abcès de la région cervicale latérale.

Moos a vu quatre cas de cette variété chez des hommes de 24 à 53 ans, dont trois consécutifs à des otites purulentes moyennes récentes; il croit que le pronostic est toujours des plus sérieux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un tuberculeux avec paralysie faciale : l'opération fut pratiquée beaucoup plus comme un moyen de soulager des douleurs atroces qu'en raison de l'indication vitale. Elle réussit à ce point de vue, mais le malade mourut de sa tuberculose quatre mois plus tard.

Dans le deuxième cas, il y avait de la paralysie faciale, une perforation du tympan, des polypes dans le conduit, du gonflement rétro-maxillaire avec intégrité de la surface externe de l'apophyse. Après plusieurs semaines de traitement, sans douleur et sans fièvre, la mort survint avec des manifestations d'abcès cérébelleux. Pas d'autopsie.

Le troisième cas, dont les détails ont été publiés ailleurs, mourut de septicémie.

Enfin, le quatrième cas est rapporté plus en détail. Chez un homme de 49 ans, porteur d'une otite moyenne qu'il affirmait être récente (?), Moos ne trouva comme signe de mastoïdite que le gonflement rétro-maxillaire et un rétrécissement dans toute sa longueur du conduit auditif externe dû à l'épaississement de sa paroi postérieure. Le malade avait eu des signes d'infection (frissons, hémicrânie, vertige, constipation); il en eut encore après l'opération qui fut pratiquée au niveau de la *spina supra meatum*. La température présenta des oscillations de 5°,71. Malgré cela, le malade guérit parfaitement.

Moos discute ensuite la question de savoir si on doit ouvrir l'apophyse dans les cas où l'on peut soupçonner ou affirmer la thrombose du sinus latéral. Puisqu'il est établi que celle-ci, qu'elle soit ou non otitique, est susceptible de guérison, il semble bien évident qu'on favorisera l'issue favorable si on fait disparaître la cause. Aussi se prononce-t-il pour l'affirmative, bien

que l'on ne doive pas conserver trop d'illusions sur le résultat final.

M. LS.

Le torticolis dans les otites de l'oreille moyenne, par le D^r RADZICH (*Saint-Pétersb. med. Wochenschr.*, n° 34, 1889).

L'auteur insiste sur l'importance diagnostique et pronostique de l'apparition des torticolis dans les otites moyennes aiguës. Elle indique une complication du côté de l'apophyse mastoïde s'accompagnant de myosite du sterno-mastoïdien. Il faut bien savoir cependant que le torticolis peut reconnaître une autre cause, notamment la péri-adénite cervicale. L'auteur en cite un cas développé au cours de la rougeole, sans qu'il y eût trace de périostite mastoïdienne compliquant l'otorrhée.

M. LS.

Atropine dans les douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants, par le D^r WILLIAMS (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, fév. 1890).

Dans le cas de douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants, M. Williams fait mettre dans le conduit quelques gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (0^{rs},065 dans 30 grammes d'eau). On laisse en place un quart d'heure. Depuis vingt-cinq ans qu'il emploie ce procédé, il l'a toujours vu réussir non seulement en arrêtant la douleur et en permettant le sommeil, mais en exerçant un véritable effet curatif. L'atropine ne donne aucun résultat dans les abcès de l'oreille moyenne, la furonculose et l'otite externe.

M. LS.

Œdème aigu de la glotte causé par l'administration de l'iodure de potassium, par le D^r A. GRÉNOUW (*Therapeutische Monatshefte*, mars 1890 et *Therap. Gazette*, mai 1890).

Grénouw a réuni neuf cas, dont deux personnels, d'œdème de la glotte survenant brusquement pendant l'emploi de l'iodure de potassium. Le début est rapide, la gravité peut être assez grande pour nécessiter la trachéotomie ou pour amener la mort; parfois cependant l'œdème disparaît aussi soudainement qu'il s'est montré. Il n'est pas nécessaire que le médicament soit donné depuis longtemps ou à des doses élevées; au contraire, la suffocation et la dyspnée surviennent quelques heures ou un jour après l'administration de l'iodure à de faibles doses.

Dans les neuf cas en question, on trouve que l'œdème survint après l'emploi de :

0 ^{sr} , 2 ^e) et le 1 ^{er} jour dans le cas 6				
0 ^{sr} , 5 ^e)	—	1 ^{er}	—	2
0 ^{sr} , 5 ^e)	—	1 ^{er}	—	7
1 ^{sr}	—	1 ^{er}	—	8
2 ^{sr}	—	2 ^e	—	4
2 ^{sr}	—	2 ^e	—	9
4 ^{sr}	—	2 ^e	—	5
12 ^{sr}	—	6 ^e	—	1

Dans le dernier cas qui appartient à G., les accidents furent précédés, dès le 2^e jour, d'une sensation douloureuse dans le larynx et le pharynx. Il ne semble pas qu'il y eût auparavant de lésion laryngée quelconque; il n'y avait ni maladie du cœur ni des reins. Il s'agit donc d'une idiosyncrasie spéciale pour l'iode, bien que dans trois cas on ait pu continuer ultérieurement le médicament sans inconvénient.

On voit par là que le danger est surtout à redouter dans les premiers jours, et qu'il est au contraire très diminué lorsque le traitement iodé a duré plusieurs jours. M. LS.

De quelques affections des voies respiratoires supérieures à la suite de l'influenza, par le professeur B. FRÄNKEL, de Berlin. (*Deutsche medicinische Woch.*, n° 28, 1890.)

La rhinite, la pharyngite, la laryngite, ont souvent été observées dans le cours et à la suite de l'influenza, mais c'est la dernière de ces affections que l'auteur a eu l'occasion de voir le plus souvent, 33 fois sur 45 cas d'influenza qui s'étaient présentés à la polyclinique. Le symptôme saillant de cette laryngite spécifique est la raucité de la voix, l'aphonie intermittente. L'examen laryngoscopique montre la muqueuse rouge et tuméfiée, parfois jusque dans la région sous-glottique. On voit alors trois paires de replis superposés; les constricteurs sont parésiés ou paralysés. Les cordes vocales sont souvent tuméfiées, rouges avec des endroits blancs ou plutôt grisâtres vers le milieu ou plus en avant; ces taches caractéristiques sont au même niveau que le reste de la corde tuméfiée; elles persistent parfois deux ou trois semaines, puis elles diminuent, l'épithélium paraît desquamé à leur niveau et à mesure que les cordes vocales reprennent leur teinte nacréée normale, on voit s'accroître une coloration rougeâtre au point précédemment gris, il ne blanchit que bien plus tard. Cette marche particulière de la laryngite est observée en dehors de l'influenza exceptionnel-

lement et peut être d'une certaine importance pour le diagnostic au début d'une épidémie. Une autre forme de laryngite n'a été vue qu'une seule fois, la muqueuse enflammée était discrètement parsemée de gouttelettes blanches que l'on voyait sourdre des orifices glandulaires ; cette sécrétion insolite n'a d'ailleurs duré que quatre jours. En terminant, l'auteur relate un cas d'influenza devenu le point de départ de l'épidémie à Phorn, et qui montre bien sa propagation par contagion. M. W.

Des accidents et complications du côté des organes respiratoires pendant l'influenza, par le Dr A. SOKOLOWSKI, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit, à Varsovie (*Internationale klinische Rundschau*, n^{os} 12 à 15, 1890).

Sur 146 malades, 113 étaient atteints de grippe respiratoire avec prédominance tantôt du coryza, tantôt de la pharyngite (2 cas), de la laryngite (5 cas), ou de la bronchite. La rhinite se présentait toujours avec un gonflement considérable de la muqueuse des cornets inférieurs ; les épistaxis survenaient à plusieurs reprises durant deux ou trois jours. La laryngite grippale, en général intense, généralisée, ne présentait à l'examen laryngoscopique aucun caractère particulier, et s'est toujours terminée par la guérison au bout de huit à quatorze jours, sauf chez quelques individus à larynx antérieurement malade (1). M. W.

Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique sous-glottique, par le Dr SOKOLOWSKI, de Varsovie. (*Intern. klin. Rundschau*, n^{os} 19 et 20, 1890.)

OBSERVATION 1. La malade, trachéotomisée dans le cours d'une fièvre typhoïde, n'a jamais pu se passer de la canule. L'examen laryngoscopique au bout d'un an et demi montre tout le côté droit du larynx moins mobile que le gauche, les cordes vocales supérieures épaissies, les inférieures larges, grisâtres, et audessus une sorte de diaphragme ou plutôt d'entonnoir incliné en arrière et en bas avec au fond un orifice admettant à peine le dilatateur n^o 1 de Schrötter. Les tentatives d'inciser cet obstacle très résistant donnèrent lieu à des hémorragies sérieuses ; la dilatation progressive, pénible, complète au bout de dix mois seulement, fut faite en pure perte ; à peine la plaie tra-

(1) Nous n'analysons pas la plus grande partie du mémoire, qui a trait aux affections des poumons et contient un certain nombre d'observations intéressantes sur diverses formes de la grippe.

chéale débarrassée de la canule commençait-elle à se cicatriser, que les accidents dyspnéiques revinrent et il fallut rouvrir la trachée. Le larynx fut alors incisé (sans chloroforme) par le docteur Bukowski : toute la muqueuse sous-glottique était épaissie, indurée jusqu'à une limite inférieure que l'on ne pouvait déterminer; immédiatement au-dessous des cordes vocales, à la paroi postérieure du larynx, la muqueuse hypertrophiée formait des sortes de tumeurs allongées qui rétrécissaient notablement la lumière glottique; elles furent excisées, l'hémorragie violente arrêtée par la cautérisation et un dilateur de Kœl laissé à demeure. Au bout d'un mois, la dilatation progressive par la méthode de Schrötter fut reprise, terminée en quinze jours, et la malade sortit guérie. Six mois après la respiration était encore parfaite, l'image laryngoscopique différait cependant peu de celle du début, puisque les tumeurs postérieures enlevées n'avaient pas été accessibles à la vue.

Étude microscopique, hypertrophie de la muqueuse, on pourrait dire fibroadénome.

Obs. 2. Homme de 27 ans, vigoureux, sans antécédents morbides, atteint de sténose laryngée progressive avec accès de suffocation. L'examen des voies respiratoires fit reconnaître une hypertrophie considérable des cornets, de la pharyngite sèche, de la laryngite chronique et au-dessous des cordes vocales des espèces de bourrelets formés aux dépens de la muqueuse sous-glottique, le tout masqué par des amas de mucus, extrêmement confus. La dilatation progressive donna d'excellents résultats dès la première séance; le malade partit guéri, avec la dilatation maxima (n° 11) après un traitement de deux mois et demi. Les cornets furent détruits par la cautérisation.

Obs. 3. Femme de 54 ans, trachéotomisée quatre fois pour des suffocations survenues à plusieurs reprises dans l'espace de quatre ans; dans l'intervalle des accidents aigus, la dyspnée allait toujours croissant. Il y avait un certain degré d'inflammation chronique des muqueuses du nez, du pharynx, du larynx. Au-dessous des cordes vocales des saillies blanchâtres, comme une paire de cordes supplémentaires, fusionnées en arrière, donnaient la clef des accidents. Dilatation progressive, amélioration rapide.

Obs. 4. Fille de 18 ans; enrouement et dyspnée depuis un an environ; l'examen laryngoscopique est empêché par la déviation de l'épiglotte et surtout par la résistance de la malade un peu arriérée. La laryngo-trachéotomie faite par le docteur Bu-

kowski montra comme dans l'observation 1 un épaissement à peu près uniforme de la muqueuse sous-glottique. La dilatation progressive n'a pu être terminée, la malade ayant quitté l'hôpital à bout de patience. Dans ces quatre cas, la syphilis et la tuberculose doivent être mises hors de cause, et l'aspect de la laryngite sous-glottique hypertrophique diffère absolument de l'image classique désignée sous le nom de diaphragme sous-cordal.

M. W.

La paralysie des muscles du larynx dans le courant du tabes dorsalis, par le D^r ROBERT DREYFUSS, assistant à la polyclinique du D^r BAGINSKY, à Berlin. (*Virchow's Archiv pathol. Anat. u t. klin. Med.*, Band 420, 1890.)

Dans cette revue complète de la question, l'auteur a réuni toutes les observations (résumées) qu'il a pu trouver dans la littérature concernant les paralysies complètes ou partielles du larynx; il insiste beaucoup sur ce fait que les accidents présentés comme des contractures primitives des muscles, comme ataxie du larynx ont été mal interprétés; ce sont des paralysies plus ou moins accentuées avec contracture passagère ou prédominance permanente des antagonistes. C'est dans cet ordre de faits que l'auteur range ses deux observations personnelles.

OBSERVATION 1. Homme de 42 ans, syphilis à 20 ans, symptômes du tabes depuis un an. Pas de phénomènes subjectifs du côté du larynx, mais les cordes vocales se tiennent dans une position intermédiaire entre la ligne médiane et la position cadavérique, atteignent la position cadavérique dans l'inspiration profonde, la dépassent même parfois, sans jamais arriver à la dilatation complète; la corde gauche est la moins mobile. Souvent l'effort inspiratoire, au lieu de la dilatation, provoque au contraire l'adduction brusque des cordes vocales.

Obs. 2. Absolument semblable. Ces accidents, que d'autres auteurs désignent sous le nom d'ataxie du larynx, s'expliquent par la simple paralysie des crico-aryténoïdiens post.

Autres observations inédites. Observations du docteur Baginsky: Homme de 46 ans, syphilitique, tabétique, présente depuis neuf ans de la dyspnée et des accidents du suffocation. Les cordes vocales tendues, rigides, laissent entre elles une faible fente; la phonation exagère cet état. L'instillation de cocaïne détend en quelque sorte la corde gauche, qui devient légèrement falciforme. Quinze mois après, les signes physiques

n'avaient guère changé, les accidents dyspnéiques s'étaient beaucoup aggravés cependant; le malade fut trouvé suicidé.

Sur 36 tabétiques examinés au point de vue laryngoscopique et à plusieurs reprises, l'auteur n'a trouvé que deux cas de paralysie, ce qui est loin des chiffres donnés par Pano et par Krause; c'est que bien des fois des troubles de la motilité des cordes vocales ne se montrent qu'au moment d'un premier examen et n'existent point en réalité. Ce sont des mouvements réflexes, en quelque sorte défensifs contre le miroir corps étranger. Des tabétiques, enfin, peuvent avoir des lésions non spécifiques telles que les ankyloses des articulations ary-épiglottiques; l'auteur cite un cas de ce dernier genre. M. W.

Extirpation du larynx, par BARDENHEUER (*Deutsch med. Wochenschr.*, n° 21, 1890; in *Bulletin médical*, 1^{er} juin 1890).

Une des principales causes d'insuccès de la laryngectomie réside dans une infection spéciale de la plaie, ayant son point de départ à la partie la plus déclive, entre la trachée et les muscles voisins. De là, cette infection gagne le tissu cellulaire péri-trachéal et s'enfoncé dans le médiastin; elle pénètre aussi dans la trachée et va créer une pneumonie septique. La mort survient ainsi au bout de huit à quinze jours. M. Bardenheuer, ayant perdu ainsi quatre opérés sur cinq, a cru trouver la cause de cette infection dans l'impossibilité qu'il y a, à l'aide d'un pansement même renouvelé plusieurs fois par jour, d'empêcher l'arrivée dans la plaie de liquides alimentaires et de sécrétions buccales très riches en bactéries et très infectieuses.

Pour obvier à ce danger, il a soin maintenant de nettoyer la muqueuse buccale à l'aide d'une brosse à dents et de tampons secs de ouate salicylée. Ces frictions sont répétées plusieurs fois par jour et plusieurs jours de suite. De plus, il a ajouté au procédé classique deux modifications importantes; cela lui a permis de pratiquer récemment la laryngectomie quatre fois avec un succès constant.

La première de ces modifications consiste à placer le malade au lit dans une situation telle que la tête soit fortement portée en arrière et que l'ouverture de la trachée se trouve au point le plus élevé. Pour cela, on supprime l'oreiller et le traversin, et aussi le tiers supérieur du matelas; les épaules doivent correspondre au bord supérieur du matelas. La tête repose alors dans une dépression, et tout écoulement de salive ou de mucosités devient impossible.

En second lieu, il faut établir une sorte de cloison, de protecteur, entre la cavité buccale et la cavité opératoire. Pour cela, pendant l'extirpation, M. Bardenheuer isole la paroi antérieure de l'œsophage d'une part, et la muqueuse sous-jacente à l'épiglotte d'autre part, aussi loin que faire se peut; puis, la tumeur une fois enlevée, il les suture. Au besoin, il avive le bord libre de l'épiglotte pour le suturer à l'œsophage. Cette cloison empêche le passage des liquides septiques et s'oppose à toute infection de la plaie; celle-ci est comblée avec de la gaze stérilisée. On renouvelle le pansement au bout de plusieurs jours (de 2 à 8 jours), c'est-à-dire souvent lorsque les granulations sont déjà bien développées.

L'époque à laquelle doit se faire le premier pansement est déterminée par l'état de la suture; si celle-ci tient bien, il est inutile de le faire avant huit jours. Autre avantage: le malade peut déglutir lui-même, et deux fois au moins il a été inutile de l'alimenter à la sonde. L'introduction de la sonde n'est pas toujours aisée; c'est donc une grosse difficulté de moins. Chez les deux premiers opérés de cette nouvelle série, une fistule s'est produite au bout de 5 à 6 jours, et la suture n'a lâché complètement qu'au bout de 8 à 10 jours. Chez le troisième, elle a tenu 12 jours. Chez le quatrième, au bout de 20 jours, on la distinguait à peine, et c'est artificiellement qu'il a fallu rétablir la communication entre la bouche et la cavité opératoire. Il est inutile de laisser subsister cette cloison aussi longtemps; au bout de 14 jours, il n'y a plus à redouter que la salive infecte la plaie; celle-ci est alors bien recouverte d'un tissu de granulation. A ce même moment, on peut rapprocher les lambeaux latéraux formés par les téguments et fermer la plaie.

Dermoïde du nez, par F. BRAMANN (*Arch. fur klin. Chir.*, mars 1890, t. XI, p. 101; *in Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 19 avril 1890).

8 observations dont 6 personnelles de dermoïde de la portion cartilagineuse du nez. C'est dans la dépression médiane embryonnaire qui constituera plus tard le système que se forme la dermoïde nasale, qui est située sur le tissu médian et adhère au squelette. Une fistule succède parfois à la tumeur. Le diagnostic de l'affection n'est difficile que lorsque l'inflammation l'a altérée. Les angiomes et lymphadénomes sont facilement confondus avec les tumeurs. L'auteur conseille l'extirpation le plu-

tôt possible et en attendant l'ouverture et l'établissement d'une fistule.

A. G.

Kyste de la cloison nasale, par M. BAUMGARTEN (*Orvosi Hetilap*, nos 32 et 33, 1889, et *Pest. med. ch. Presse*, mars 1890).

Un malade se présente à la clinique de Baumgarten avec une otorrhée gauche et des granulations de la caisse. En faisant l'inspection du nez et après cocaïnisation, on trouve à gauche une tumeur arrondie du septum, grosse comme la moitié d'une noix, recouverte par la muqueuse saine et fluctuante sous la sonde. Sur les bords, on sentait très bien la saillie du cartilage et de l'os, et si on appuyait un peu fortement, on voyait se former de l'autre côté une voussure arrondie, mais un peu plus petite. On fit une ponction, et on vit que l'aiguille pénétrait assez difficilement, mais se dirigeait facilement dans tous les sens au milieu d'une poche kystique : on retira d'ailleurs une sérosité mêlée de sang. Le malade ne se plaignant pas, on ne jugea pas nécessaire d'extirper la poche.

Ces sortes de kystes étant habituellement dus à des traumatismes qui ont déterminé des hématomes dont la résorption se fait plus ou moins rapidement, le malade fut interrogé à ce point de vue. Or, il se trouvait qu'il avait, dans son enfance, reçu un coup de pied de cheval sur la face : il en était même résulté une perte de substance du maxillaire supérieur pour laquelle il portait un appareil prothétique. Baumgarten n'hésite pas à rattacher à ce traumatisme le kyste en question.

M. LS.

Gommes des fosses nasales, par BAUMGARTEN (*eodem loco*).

L'auteur rapporte dans le même article deux observations de gommes du cornet inférieur et de la cloison ; dans ce dernier cas, le processus aboutit à la perforation, mais malgré son étendue, celle-ci guérit. Il y avait en même temps une complication rare, une fistule du sinus sphénoïdal.

M. LS.

L'acide trichloracétique dans les affections du nez et de la gorge, par le Dr H.-A. EHRMANN (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 9, et *Wien. med. Presse*, n° 12, 1890).

Recherches faites à la clinique du professeur Jurasz, de Heidelberg.

L'acide trichloracétique a été employé par Ehrmann dans 170 cas. Un cristal de l'acide fixé sur une sonde d'argent va tou-

cher le point à brûler, et il se forme immédiatement une es-carre blanche, sèche, très adhérente, moyennement épaisse, qui reste localisée, ne donne pas de mauvaise odeur, ne produit pas de réaction inflammatoire, ne cause pas de douleur. Voici les cas dans lesquels ce moyen a été employé : hypertrophie diffuse du cornet inférieur, 40 fois; hypertrophie diffuse du cornet moyen, 12; hypertrophie circonscrite polyoïde d'un cornet, 4 fois; amygdalite hypertrophique, 9 fois; hypertrophie de la luette, 4 fois; pharyngite folliculaire, 44 fois; pharyngite postérieure, 24 fois; hypertrophie de l'amygdale linguale, 3. Sur ces 140 cas, on compte 122 guérisons complètes; dans 87 cas, on fit une, dans 30 cas deux, dans les autres de trois à cinq applications. D'après l'auteur, on ne saurait trop vanter l'action de l'acide trichloracétique.

On peut aussi l'employer comme astringent dans un grand nombre de cas, par exemple de la façon suivante :

Iode.....	0,15
Iodure de potassium.....	0,20
Acide trichloracétique....	0,15 à 0,30.
Glycérine.....	30

Pour application avec un pinceau ou des tampons d'ouate.

Cette solution n'a pas de goût désagréable et n'occasionne qu'une sensation de chaleur insignifiante. Dans 14 cas de pharyngite diffuse chronique, elle a donné 8 guérisons et 6 améliorations; dans 13 cas de pharyngite sèche, elle a donné 2 guérisons, 5 améliorations, 4 insuccès. Insuccès aussi dans deux cas d'ozène.

M. LS.

Epistaxis compliquée d'œdème pulmonaire aigu, par le Dr J. STERCK
(*Wien. med. Presse*, n° 23, 1890).

Intéressante observation d'épistaxis grave chez une femme un peu adipeuse que Sterck trouve en proie à une dyspnée intense, fortement cyanosée, les yeux saillants, de l'écume à la bouche, un pouls petit, très fréquent, arythmique, etc. L'auteur explique les phénomènes d'œdème aigu qui menaçaient la vie de la malade par la faiblesse du cœur et la stase sanguine consécutive dans le système pulmonaire.

M. LS.

Aristol dans l'ozène, par le Dr LÖWENSTEIN (*Intern. klin. Rundschau et Therap. Gaz.*, août 1890).

L. recommande vivement l'aristol dans l'ozène comme ame-

nant rapidement la cicatrisation des ulcérations, la disparition des croûtes et de l'odeur fétide. Il emploie des insufflations, l'aristol étant une poudre fine, ou des attouchements des points ulcérés au moyen d'un mélange au dixième d'aristol et de collo-dion élastique.

M. L.S.

Inflammation rétro-nasale aiguë avec phénomènes typhiques (*Acute Retronasal Affection mit typhoiden Erscheinungen*), par le Dr C. LAKER (*Wien. med. Presse*, nos 17 et 18, 1890).

Il s'agit d'un ouvrier qui, après s'être exposé pendant une quinzaine de jours à des refroidissements répétés, fut pris de frissons, de fièvre, de diarrhée; la langue est sèche, fendillée, la rate très appréciable, le ventre météorisé; gargouillements dans la fosse iliaque droite, température oscillant entre 39 et 40° et ayant même atteint 40°9. — Le diagnostic de fièvre typhoïde paraissait d'autant plus vraisemblable qu'il y en avait plusieurs cas dans la rue qu'il habitait.

Mais trois jours après son entrée, l'examen de la gorge montra de la rougeur diffuse avec des petites plaques blanches sur les amygdales, les piliers et la paroi postérieure. En même temps il s'écoulait du cavum une couche épaisse de mucosités grisâtres et purulentes qui remplissaient toute la cavité ainsi que le montrait la rhinoscopie postérieure. Les fosses nasales étaient absolument remplies de croûtes sèches : pas d'odeur bien appréciable.

Au moyen de l'appareil de Kessel des lavages furent faits avec de l'eau salée tiède à 1 0/0 qui finit par débarrasser la cavité pharyngienne et les fosses nasales des mucosités et des croûtes : le malade pendant plusieurs heures continua à expulser de ces croûtes en éternuant.

Le malade se trouva immédiatement mieux, la température tomba à 37°6 et ne dépassa plus 38° les jours suivants; les phénomènes généraux disparurent et l'état local s'améliora assez vite. Toutefois il y eut quelques jours plus tard une complication du côté de l'oreille droite, où se déclara une otorrhée purulente, rapidement guérie d'ailleurs.

L'auteur croit que ces phénomènes d'infection générale furent dus à ce que les agents inflammatoires se multiplièrent sous les croûtes de la muqueuse et donnèrent à des produits dont la résorption amena une sorte de septicémie.

M. L.S.

Un cas de parosmie, par M. le Dr ONODI (*Pest. med.-ch. Presse*, n° 4, 1890).

O. a présenté à *Société des médecins de Budapest* (18 janvier 1890) un confrère âgé de 37 ans qui fut atteint, en mai 1888, d'un catarrhe nasal très intense et de longue durée. Aucun traitement ne réussit, et dans les mois suivants il eut à plusieurs reprises des poussées aiguës. Au commencement de 1889, sous l'influence de la cocaïne, amélioration qui disparaît à la suite d'un érysipèle; l'écoulement purulent reparut abondant et d'odeur très fétide. De plus il y eut deux fois par semaine, pendant un ou deux jours, des perversions de l'odorat : le malade sentait le musc, le pétrole ou l'urine. Auparavant il percevait très nettement les odeurs les plus fines. — Catarrhe chronique de la muqueuse, gonflement modéré du cornet inférieur. La guérison fut rapidement obtenue sous l'influence des cautérisations galvanocautiques et des lavages, d'abord avec la cocaïne, puis avec l'eau boricuée.

M. LS.

Troubles sécrétoires du nez et des glandes salivaires dans leurs rapports avec les affections des organes génitaux, par M. A. PEYER (*Münch. med. Wochenschr.*, n°s 3 et 4, 1889).

P. est d'avis qu'il existe assez fréquemment, chez l'homme et chez la femme, des affections de la muqueuse nasale et des glandes salivaires qui sont dues par action réflexe à des troubles génito-urinaires. Du côté du nez ce sont : 1° une sécrétion abondante et passagère de mucus nasal, coryza nerveux; 2° une sécheresse anormale du nez et de la gorge; 3° des épistaxis qui se caractérisent surtout par leur rapport évident avec les organes génitaux (menstruation, masturbation, etc.); 4° troubles de l'odorat qui peut être exagéré, aboli, ou présenter de véritables hallucinations.

Du côté des glandes salivaires on trouve souvent aussi des anomalies réflexes de la sécrétion coïncidant ou non avec les troubles de la muqueuse nasale. Il s'agit habituellement soit de ptyalisme plus ou moins passager, soit au contraire de sécheresse de la bouche et du pharynx. Le traitement doit être dirigé avant tout contre la lésion causale, si éloignée qu'elle paraisse au premier abord.

M. LS.

Comment doit-on ouvrir les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques? (Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-

Abcess von innen oder von aussen eröffnen ?) par le Dr JOHANN BOKAI; in *Festschrift zu E. Henoch's 70^{te} Geburtstag.*

Jusqu'en l'année 1888 tous les abcès rétropharyngiens idiopathiques furent ouverts par la bouche, et c'est cette pratique seule qui était recommandée par les auteurs (Gautier, Hénoch, Bokai *sen.*). A cette époque Burckhardt (de Stuttgart) recommanda l'ouverture par l'extérieur. Deux auteurs seulement se sont occupés depuis de la question, Baginski, qui croit l'ouverture externe indiquée seulement dans un petit nombre de cas, et König, qui voit en elle la seule opération de l'avenir.

L'auteur apporte des conclusions basées sur près de 400 cas observés depuis 1854 à l'hôpital des enfants (Stéphanie) de Budapest. Sur ce nombre 128 furent observés jusqu'en 1875 par Bokai *sen.*, et jusqu'en 1880 le nombre total s'éleva à 179 avec six décès seulement, ce qui donne une mortalité de 4 0/0. De 1880 à 1888, Bokai *jun.* en vit 138 cas idiopathiques, dont il opéra 106 par la bouche et 10 à la fois par la bouche et l'extérieur; 16 s'ouvrirent spontanément et 6 ne furent pas opérés. Sur ce nombre 115 guérirent, 8 moururent et 15 disparurent, ce qui donne une mortalité de 6 0/0, qu'on peut même réduire à 3 1/2 en retranchant les cas de mort par complications n'ayant rien à faire avec l'opération.

L'auteur, après avoir énuméré les cas de mort et cherché à les élucider, combat les objections faites par Burckhart à la méthode interne. En employant le pharyngotome de Schmitz ou un trocart recourbé, l'opération ne présente pas de difficulté sérieuse, et on a sûrement exagéré les dangers de la déglutition du pus. Bokai *jun.* est cependant forcé d'admettre la possibilité de pneumonies infectieuses. Quant à l'objection qu'on ne peut employer la narcose chloroformique, il la considère plutôt comme un bien, car l'opération est si vile faite qu'il est absolument inutile d'endormir. Enfin si l'ouverture par la bouche n'est pas l'idéal chirurgical au point de vue de l'antisepsie, et si on est parfois obligé de rouvrir l'abcès, cela n'empêche pas que la méthode donne de très bons résultats dans les abcès primitifs. Elle est d'ailleurs très facile, tandis que l'ouverture externe est difficile et dangereuse. Bokai *jun.* pense au contraire qu'il faut recourir à l'ouverture externe quand l'abcès est dû à une lésion de la colonne ou à un corps étranger.

M. LS.

Inflammation aiguë de la bourse pharyngée (Ueber Bursitis

pharyngea acuta), par le Dr ZWILLINGER, *Pester med.-ch. Presse*, n° 10, 1890).

Les cas observés par l'auteur s'étaient développés à la suite de la grippe. Les malades se plaignaient d'une sensation de corps étranger dans la gorge, de douleurs en avalant, de céphalalgie frontale ou postérieure : dans la gorge mucosités, rougeur intense et gonflement de la muqueuse, écoulement permanent de pus par l'ouverture de la bourse pharyngée, etc. M. LS.

Pharyngite fibrineuse chronique, par M. ONODI (*Pest. med.-ch. Presse*, n° 11, 1890).

O. a présenté à la *Société des médecins de Budapest* (mars 1890) un malade qui, depuis la fin de 1888, a expectoré des pseudo-membranes à plusieurs reprises : les cavités du nez et du pharynx, la paroi postérieure du pharynx et l'épiglotte sont encore affectés. Le point intéressant est la longue durée de la maladie. M. LS.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Pharynx et Varia.

Sur une méthode de traitement de l'angine granuleuse par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale, par A. Ruault (*Arch. de laryngol. et rhinol.*, août 1889).

Un traitement antiseptique de la diphtérie pharyngée et nasale, par Ch. Eloy (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 6 septembre 1889).

Vapeurs d'eucalyptus globulus dans le traitement de la diphtérie, par Alph. Martin (*Thèse de Montpellier*, 1889).

Des kystes du pharynx, par P. Raugé (*Lyon méd.*, 15 septembre 1889).

Une épidémie de coqueluche, par Lassale *Montpellier méd.*, t. XIII, 11, 1889).

Des tumeurs gazeuses du cou, par L.-H. Petit (*Union méd.*, 26 et 28 septembre 1889).

Traitement de la diphtérie, par A. Sevestre (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 septembre 1889).

Diagnostic d'une tumeur polykistique du corps thyroïde, par Tillaux (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 septembre 1889).

Paresthésie du pharynx, par Brébion (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Fistules branchiales, par F. Schiffers (Congrès int. d'otol. et laryngol., Paris, septembre 1889).

Emphysème sous-cutané de la face, du cou et de la poitrine dans un cas de diphtérie grave, par P. Fabre (*Gaz. méd. de Paris*, 28 septembre 1889).

Tumeur de la base de la langue, par Noquet (*Bull. méd. du Nord*, 9 août 1889).

Traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode, par O. Terrillon (*Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1889).

Des dangers de la cocaïne, par Dufournier (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1889).

Sur un procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur, par Leprevost (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 3 octobre 1889).

Ablation de la langue, du voile du palais, de l'amygdale gauche; ligature de la linguale; résection du maxillaire, trachéotomie préventive, mort par accidents pulmonaires le septième jour, par Le Bec (*Gaz. des hôp.*, 8 octobre 1889).

Goitre kystique double rétro-sternal suffocant, par Boutaresco (4^e session du congrès français de chir., séance du 8 octobre, Paris, 1889).

Sur la résection préalable de la moitié du maxillaire inférieur dans les cas de néoplasme de la langue et des parties voisines, par L. Labbé (4^e session du congrès français de chir., séance du 9 octobre, Paris, 1889).

Des larges incisions circum-thyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde, par A. Poncet (4^e session du congrès français de chir., séance du 11 octobre, Paris, 1889).

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphtérie, par M. Debove (Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 11 octobre 1889).

De l'angine cholérique, par M. Coste (*Revue de méd.*, 10 octobre 1889).

Du traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse et la dilatation, par J.-A. Fort (4^e session du congrès français de chir., séance du 11 octobre, Paris 1889).

Extraction d'un calcul de l'amygdale, par Deschamps (*Dauphiné méd.*, juillet 1889).

Sur les troubles de la parole dans les divisions congénitales de la voûte palatine, par Chervin (4^e session du congrès français de chir., séance du 12 octobre, Paris, 1889).

Parallèle entre la maladie de Basedow et l'hystérie, par Dumolard (*Dauphiné méd.*, n^o 7, 1889).

Absès tuberculeux d'origine ganglionnaire ouvert dans l'œsophage. Hématémèse foudroyante, par P. Bouloche (Soc. anatom. de Paris, séance du 4 octobre 1889).

De la gastrotomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Nicaise (*Gaz. méd. de Paris*, 26 octobre 1889).

De la diphtérie, par V. Hutinel (*Journ. de méd. de Paris*, 3 novembre 1889).

Traitement de la diphtérie, par E. Volette (*Journ. de méd. de Paris*, 3 novembre 1889).

Mycose du champignon du muguet, par G. Roux et Linossier (*Lyon méd.*, 3 novembre 1889).

A propos du mémoire du Dr Marais (de Honfleur), intitulé : De l'intervention chirurgicale dans les angines couenneuses et de leur traitement en général, par de Saint-Germain (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1889).

Cancer de l'œsophage; dégénérescence cancéreuse des ganglions sus-

claviculaires, des ganglions trachéo-bronchiques, prétrachéo-bronchiques et de la petite courbure de l'estomac; dégénérescence wallérienne du nerf récurrent gauche englobé dans les ganglions trachéo-bronchiques gauches formant une tumeur volumineuse; compression des pneumo-gastriques, paralysie du récurrent gauche, voix bitonale, toux coqueluchoïde; début brusque, par G. Caussade (*Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1889).

Du traitement de la diphtérie, par Soulié (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} novembre 1889).

Traitement des rétrécissements de l'œsophage. Rapport sur des notes de Nicaise et Le Dentu et un travail de Kirmisson, par L. Lefort (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 26 novembre 1889).

Une méthode de prophylaxie contre la diphtérie, par R. Coustoux (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 28 novembre 1889).

La cocaïne dans le traitement d'une ulcération de l'amygdale, par M. Giraud (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 28 novembre 1889).

Observation d'un kyste du maxillaire supérieur droit. Résorption de la paroi externe du sinus, par Pietkiewitz (*Soc. de stomatologie*, séance du 18 février; in *Journ. des conn. méd. et prat.*, 29 novembre 1889).

Contribution à l'étude des luxations des vertèbres cervicales, par Aubert (*Thèse de Paris*, décembre 1889).

De l'amygdalite infectieuse et contagieuse, par H. Dauchez (*France méd.*, 7 décembre 1889).

Echeveau de fil pour enlever les corps étrangers de l'œsophage, présenté par Créquy (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 3 décembre 1889).

La bourse pharyngienne ou de Luschka. Recherches anatomiques, par Potiquet (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 décembre 1889).

Nature et traitement de la diphtérie, par Critzman et Thiroloix (*Gaz. des hôp.*, 21 décembre 1889).

Diagnostic précoce et traitement de la coqueluche, par Critzman (*Tribune méd.*, 12 décembre 1889).

Note sur le muguet et les ulcérations ptérygoidiennes des nouveau-nés, par S. Rémy (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} décembre 1889).

De l'acide sulfuricinique et de son emploi comme véhicule dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques, par A. Ruault et A. Bertioz (*Arch. de laryng. et rhinol.*, décembre 1889).

L'eczéma de la langue, par P. de Molènes (*Arch. de laryng. et rhinol.*, décembre 1889).

Du traitement de la diphtérie par le mercure, par Rondot (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 3 janvier 1890).

L'angine glanduleuse dans l'enfance; sa fréquence, ses rapports avec le catarrhe rétro-nasal et les végétations adénoïdes du pharynx, indications causales du traitement, par Aug. Ollivier (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1890).

De l'amygdalite considérée comme maladie infectieuse et contagieuse, par Descoings (*Thèse de Paris*, janvier 1890).

Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage, par L. Le Fort (*Bull. gén. de thérap.*, 15 janvier 1890).

Sur le traitement de la diphtérie, par Clément (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 13 janvier; in *Lyon méd.*, 19 janvier 1890).

Rétrécissement de l'œsophage et gastrotomie, par Terrillon (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 21 janvier 1890).

Notes et observations sur la tuberculose miliaire aiguë du pharynx, par D. Aigre (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 22 janvier 1890).

De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections, par E. Jeanselme (*Gaz. des hôp.*, 25 janvier 1890).

Traitement de l'angine granuleuse, par H. Luc (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 30 janvier et 5 février 1890).

De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphtérie, etc. par A. Leblond et C. Baudier (*Journ. de méd. de Paris*, 1889).

Syphilis héréditaire tardive. Gomme du pharynx, par Cheminade (*Ann. de dermat. et syphil.*, 25 décembre 1889).

De l'hypertrophie des amygdales, par Monteniens (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 20 décembre 1889).

Tumeurs osseuses du cou. La 7^e vertèbre cervicale de l'homme, par Planet (*Thèse de Paris*, février 1890).

Erythème vermillon syphilitique du voile du palais, par Benoist (*Thèse de Paris*, février 1890).

Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou, par A.-F. Plicque (*Gaz. des hôp.*, 8 février 1890).

Pigmentation du corps thyroïde sénile, par A. Pilliet (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, janvier 1890).

Corps étranger de l'œsophage, par P. Delbet (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, janvier 1890).

Traitement de l'angine simple aiguë, par Ch. Eloy (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 13 février 1890).

La diphtérie à Bordeaux, par Gaube (*Thèse de Paris*, février 1890).

Diverticule œsophagien et gangrène pulmonaire, par J. Renault (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, février 1890).

Ulcération sublinguale indépendante de la coqueluche, par J. Comby (*France méd.*, 21 février 1890).

Conditions qui favorisent le développement du muguet, par G. Linsosier et G. Roux (Acad. des sciences, séance du 17 février 1890).

Empoisonnement par ingurgitation d'acide chlorhydrique. Intégrité de la bouche, du pharynx et du tiers supérieur de l'œsophage. Lésion des deux tiers inférieurs de l'œsophage et de la petite courbure. Phénomènes d'inanition. Mort, par Ad. Laffitte (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, février 1890).

Transplantation du corps thyroïde sur l'homme, par Lannelongue (*Bull. méd.*, 9 mars 1890).

Cancer de l'œsophage avec noyaux secondaires dans la rate et dans le rein gauche, par Delorme (Soc. de méd. d'Alger, séance du 27 février; in *Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} mars 1890).

Traitement antiseptique local et antiseptique général de la diphtérie, par A. Faqot (*Thèse de Lyon*, février 1890).

De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par F. Pouy (*Thèse de Lyon*, février 1890).

Note sur le traitement de la diphtérie, par Ch. Tisné (*France méd.*, 14 mars 1890).

Le poulx du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique, par P. Merklen (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 15 mars 1890).

Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie pratiquée pour parer aux accidents d'un cancer de l'œsophage, par F. Terrier et H. Delagenière (*Revue de chirurgie*, 10 mars 1890).

De quelques ulcérations de la muqueuse buccale chez les enfants, par Séjournet (*France méd.*, 21 mars 1890).

Cancer atrophique de la langue (épithélioma pavimenteux lobulé), par Cerné (Soc. de chir. de Paris, séance du 19 mars 1890).

Épithélioma primitif de l'amygdale, par Lacoarret (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Un cas d'accident laryngé de l'hérédosyphilis tardive, par R. Arnaud (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1890).

Les gommés du voile du palais. Leur diagnostic et leur traitement, par A. Fournier (*Revue générale de clin. et thérap.*, 26 mars 1890).

Manifestations buccales de la grippe, par Lecaudey (*L'Odontologie*, février 1890).

Rétrécissement cicatriciel infranchissable de la partie inférieure de

l'œsophage. Gastrostomie. Alimentation par la fistule pendant huit mois. Dilatation consécutive du rétrécissement avec rétablissement de la perméabilité de l'œsophage. Suture et obturation presque complète de la fistule. Le malade retrouve son alimentation normale, par O. Terrillon (*Progrès méd.*, 29 mars 1890).

Carcinome primitif de l'amygdale. Mort subite, par Schmit (Soc. de chir. de Paris, séance du 26 mars 1890).

Arthropathie diphtérique, par Lyonnet (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 29 mars 1890).

De la rubéole, par Juhel-Renoy (Soc. méd. des hôp. de Paris, séances des 21 et 28 mars 1890).

Fausses membranes diphtériques, par Saint-Philippe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 mars 1890).

Papillome du voile du palais, par A. Chipault (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1890).

De l'anesthésie locale par la cocaïne, par P. Reclus (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 29 mars 1890).

Hémiplégie et hémiatrophie linguale d'origine syphilitique, par Ch. Mauriac (Soc. française de dermat. et syphil., séance du 10 avril; in *Progrès méd.*, 13 avril 1890).

Un cas d'ataxie diphtérique, par L. Dor (*Province méd.*, n° 1, 1890).

Erosions hémorragiques de l'œsophage, par Beaumé (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1890).

Double suppuration des glandes sous-maxillaires, par A. Pilliet (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, avril 1890).

Gastrostomie pratiquée dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par P. Berger et Canniot (*France méd.*, 25 avril 1890).

De la non-identité de la diphtérie humaine et de la diphtérie des oiseaux, par Saint-Yves-Ménard (Soc. de méd. publique et d'hygiène prof. de Paris, séance du 23 avril 1890).

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par Dubousquet-Laborde (Soc. de thérap. de Paris, séance du 23 avril 1890).

(Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette, par Ch. Périer (Acad. de méd. de Paris, séance du 23 avril; in *Gaz. des hôp.*, 1^{er} mai 1890).

Des conditions de propagation de la diphtérie. Leçons de Sevestre, recueillies par L. Guinon (*Progrès méd.*, 3 et 24 mai 1890).

Formes graves de la coqueluche et affusions froides, par Ch. Bataille (*Bull. de la Soc. de méd. de Rouen*, année 1889).

Amygdalectomie suivie d'hémorragies chez un enfant. Rapport de E. Schwartz sur une observation de E.-J. Moure (Soc. de chir. de Paris, séance du 30 avril 1890).

La rougeole et la diphtérie aux Enfants-Assistés en 1889, par A. Sevestre (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 mai 1890).

Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale, par de Larabrie (*Arch. gén. de méd.*, mai, juin et juillet 1890).

Pouls amygdalo-carotidien de l'insuffisance aortique. Oatisme héréditaire, par H. Huchard (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 mai 1890).

Trois observations de diphtérie, par Delthil (*Bull. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1^{er} mai 1890).

Maladies de la langue, par E. Maurel (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 20 avril, 1^{er} et 10 mai 1890).

La coqueluche à Paris; sa prophylaxie, par A. Ollivier (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mai et juin 1890).

Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine, par A. Wurtz et H. Bourges (*Arch. de path. expérim.*, 5 mai 1890).

Les manifestations linguales de la syphilis, par A. Fournier (*Union méd.*, 8, 15 et 22 mai 1890).

Du traitement de l'hypertrophie amygdalienne, par Quénu (Soc. de chir. de Paris, séance du 7 mai 1890).

Hydro-buccal pseudo-syphilitique, par G. Baudouin (Soc. de dermat. et syphil., Paris, 8 mai 1890).

De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphthérique, par A. Sevestre (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hop. de Paris*, 15 mai 1890).

Strumectomie et thyroïdectomie, par Siraud (Soc. des Sc. méd. de Lyon, avril 1890; in *Lyon méd.*, 18 mai 1890).

Thyroïdectomie partielle; canules à trachéotomie, par A. Poncet (Soc. des Sc. méd. de Lyon, avril 1890; in *Lyon méd.*, 18 mai 1890).

Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Diagnostic et traitement par l'électricité, par Renault (*Thèse de Paris*, mai 1890).

Traitement de la coqueluche par les vapeurs de soufre, par Boury (Soc. méd. d'Amiens, 2 avril; in *Rev. gén. de clin. et therap.*, 21 mai 1890).

Dilatation de l'œsophage probablement d'origine congénitale chez un tuberculeux. Erosions hémorragiques ayant déterminé la mort, par L. Baumé. Examen histologique, par M. Letulle (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 10, mai 1890).

Traitement des tumeurs du corps thyroïde. Revue générale, par A. Broca (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 24 mai 1890).

Spasmes œsophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale, par Joal (Soc. franç. d'otol. et laryng., Paris, 24 mai; et *Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 août 1890).

Kystes congénitaux du cou, par Tarnier (Acad. de méd. de Paris, séance du 27 mai 1890).

Traitement employé par les médecins chinois contre la diphtérie, par Lecercf (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris* 1890).

La diphtérie à l'hospice de la Charité de Lyon du 1^{er} novembre 1889 au 30 avril 1890, par Vincent (*Lyon méd.*, 1^{er} juin 1890).

Gomme du voile du palais, par Chabrely (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 mai 1890).

Tuberculose miliaire aiguë de l'arrière-gorge (amygdales, piliers, voile du palais, paroi postérieure du pharynx, base de la langue) et du larynx, par E.-J. Moure (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 avril 1890).

Ulcération de l'aorte. Mort par hématoméose, par Vimont (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 11, mai 1890).

La vaporisation d'eucalyptus dans la diphtérie, par Bonamy (Soc. de méd. de Nantes, 2 mai; in *Rev. gén. de clin. et therap.*, 4 juin 1890).

Uranoplastie et staphyloporrhaphie, par Le Dentu (*Médecine moderne*, 5 juin 1890).

Tumeur kystique du corps thyroïde, par M. Doyon (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 8 juin 1890).

Notes sur la luetite; un kyste mucoïde; un angiome, par A. Chipault (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, juin et juillet 1890).

Propagation de la diphtérie d'un pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant, par Bilhaut (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1^{er} juillet 1890).

De la diphtérie, par Jules Simon (*Bull. méd.*, 13 juin 1890).

Gastrotomie pour rétrécissement de l'œsophage. Rapport de Monod sur une observation de Roux (Soc. de chir. de Paris, séance du 11 juin 1890).

Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma, par Hallopeau (Soc. de dermat. et syphil., Paris, 12 juin; in *Bull. méd.*, 15 juin 1890).

Traitement curatif et préservatif du croup et de l'angine couenneuse, par Gallavardin (*Lyon méd.*, 15 juin 1890).

Corps étranger de l'œsophage extrait au moyen de l'œsophagotomie

externe, par Gross (Soc. de méd. de Nancy, séance du 14 mai; in *Revue méd. de l'Est*, 1^{er} juin 1890).

Bec de lièvre gauche complet, intéressant la lèvre, le palais et le voile. Type normal d'Albrecht, par R. Sabouraud (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 12, mai 1890).

Rétrécissement de l'œsophage, action des courants continus et du cathétérisme sur le nerf pneumogastrique de l'homme par J.-A. Fort (*Rev. chirurgicale*, 15 juin 1890).

Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue pileuse, par Wallerand (*Thèse de Paris*, juin 1890).

Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe; phlegmon latéro-pharyngien, par J. Vilcoq (*Union méd. du Nord-Est*, juin 1890).

Lipome du cou, par Céry (Soc. méd. de Reims, séance du 2 avril; in *Union méd. du Nord-Est*, juin 1890).

Diphthérie pendant la grossesse, par Durand (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 22 juin 1890).

Antiseptie médicale dans la diphthérie et la rougeole, par J. Grancher (Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof., séance du 23 juin; in *Progrès méd.*, 28 juin 1890).

Statistique des trois premières années du service des diphthériques à l'hospice de la Charité de Lyon, par Rabot (*Lyon méd.*, 29 juin 1890).

Du traitement de l'angine diphthérique par le sublimé en pulvérisations, par Corneille Saint-Marc (*Poitou méd.*, 1^{er} juin 1890).

Ankyloglosse et lipome lingual congénitaux, par A. Chipault (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 13, mai-juin 1890).

Epithélioma de l'œsophage. Ulcération de l'aorte, mort par hémorrhagie interne, par J. Sottas (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 13, mai-juin 1890).

Ulcère de l'œsophage, par Hulot (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 13, mai-juin 1890).

De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par M. Gangolphe (*Lyon méd.*, 6 et 12 juillet 1890).

Corps étranger de l'œsophage; extraction, par Romniciano (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, juillet 1890).

Etude sur les paralysies glosso-labiales cérébrales à forme pseudo-bulbaires, par Leresche (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphthérie, par Henne (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien, par Pouzin (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Remarques sur quelques corps thyroïdes séniles, par A. Pilliet (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, fasc. 14, juin 1890).

Recherches sur l'étiologie de la diphthérie; relation de l'épidémie lyonnaise des six premiers mois de 1889, par J.-M.-A. Rossignoux (*Thèse de Lyon*, 1890).

De la diphthérie à Nancy, par P. Parisot (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet et 1^{er} août 1890).

De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par Désiré (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow, par Martin (*Thèse de Paris*, juillet 1890).

De la diphthérie au point de vue de son identité avec certaines maladies des oiseaux, des chats et des vaches, par Horand (*Bull. méd. et adm. du disp. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Observations sur la cure des amygdales hypertrophiées par les cautérisations au galvano-cautère, par L. Rougier (*Bull. méd. et adm. du disp. gén. de Lyon*, juillet 1890).

Remèdes nouveaux contre la coqueluche, par C. Talamon (*Médecine moderne*, 24 juillet 1890).

Cancer de l'œsophage à début dyspnéique, accès de suffocation, trachéotomie, compression des récurrents, par E. Gaucher (Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 18 juillet 1890).

Amygdalotomie et ignipuncture, par A. Dufefoy (*Gaz. des hôp.*, 29 juillet 1890).

Un cas de myxœdème traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde d'un mouton, par Bettencourt et Serrano (Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, tenu à Limoges du 7 au 14 août 1890).

Tumeur gazeuse du cou, par J. Lemaistre (Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, tenu à Limoges du 7 au 14 août 1890).

Atrophie thyroïdienne chez les idiots, par Mordret (1^{er} congrès de la Soc. des méd. aliénistes français, tenu à Rouen du 5 au 7 août 1890).

Du traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer, par A. Zinnis (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 30 août 1890).

Phlegmons péri-amygdaliens, par J. Lemaistre (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences; congrès de Limoges, août 1890).

Angine diphtéritique traitée sans succès par les badigeonnages phéniqués, par Le Roy (*France méd.*, 22 août 1890).

De la diphtérie, par Roux et Yersin (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1890).

Origine ornithologique de la diphtérie, par Delhil (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, congrès de Limoges, août 1890).

Déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales, par Phocas (*Ann. d'orthop. et chir. prat.*, 1^{er} août 1890).

Corps étrangers de l'œsophage, par Bilhaut (Soc. de thérap. de Paris, séance du 23 juillet 1890).

Néoplasme œsophagien, par Margery (Soc. des Sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 31 août 1890).

Diphtérie à Nancy, par Parisot (Soc. de méd. de Nancy; in *Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} août 1890).

Ulcération pharyngienne, par H. Henrot (Soc. de méd. de Reims; in *Union méd. du Nord-Est*, août 1890).

La langue noire (mélanotrichie linguale), par H. Surmont (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre 1890).

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par H. Cuvillier (*Bull. méd.* 7 septembre 1890).

A propos du traitement de la diphtérie par la méthode de M. Gaucher par de Crésantignes (*France méd.*, 12 septembre 1890).

ERRATA

A la page 703 des *Annales* (Société d'otologie américaine) au lieu de : le D^r Richards n'a pas observé de tels résultats, lire : le D^r Richards n'a pas fait des recherches sur les résultats.

Dans la *discussion sur la communication de Treitel* (page 783 des *Annales*), le D^r Krakauer nous prie de rectifier ainsi qu'il suit les paroles qu'il a prononcées. Au lieu de l'inflammation de l'oreille moyenne, etc., lire : dans l'otite moyenne consécutive aux opérations intra-nasales, il résulte le plus souvent de l'annamnèse que, après l'opération, le nez est lavé. Messieurs, je vous en avertis. Si l'on opère dans le nez et que l'on craigne l'hémorragie, le nez est alors provisoirement pour moi un *Noli me tangere*.

A la page 784, au lieu de l'ablation d'un éperon osseux du nez fut suivie de méningite, puis de rhumatisme articulaire généralisé ; il s'agit d'un rhumatisme articulaire qui commença accidentellement dans les articulations de la vertèbre cervicale et dégénéra ainsi en méningite.

NOUVELLES

Notre confrère et ami le D^r *E. Ménière*, vient d'être nommé par arrêté du ministre de l'intérieur, médecin-adjoint de l'institution nationale des Sourds-Muets de Paris. Il a été également nommé médecin auriste de la grande Chancellerie de la Légion d'honneur.

Lors de la dernière réunion de la *Société de Laryngologie de Berlin* ont été élus : B. Frænkel, président ; Landgraf, vice-

président ; P. Heymann et A. Rosenberg, secrétaires ; Scholtz, trésorier et Krskauer, bibliothécaire.

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener med. Zeitung* que le Dr J. Habermann, privat-docent à l'Université allemande de Prague, a été nommé professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Gratz.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Faières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Ueber Pachydermia laryngis besonders an der Interarytänoidfalte (De la pachydermie laryngée, particulièrement des replis interaryténoidiens, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener Klin. Woch.*, n° 41 ; 1890).

Du vertige laryngé, par A. d'AGUANNO (Extrait des *Arch. ital. de Laringol.*, fasc. 4 ; 1890).

Hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie, par THORNER (In *Cincinnati Lancet Clinic*, 18 octobre 1890).

Die Behandlung van de Verkromming van hets Tusschenschot van den Neus (Le traitement des déformations de la cloison du nez, par W. SCHUTTER (Extrait du *Nederland Tijdschrift voor Geneeskun* de 1890).

Ueber den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen mit dem Subarachnoidealraum (Sur le rapport des voies lymphatiques nasales de l'espèce sous-arachnoïdien, par T. S. FLATAU (Tirage à part de la *Deuts. Med. Wochens.*, n° 44 ; 1890).

Ueber Taubstummheit, ihre Ursachen und Verhütung (Sur la surdi-mutité, ses causes et les moyens de la prévenir, par A. SCHWENDT (Brochure in-8° de 40 pages, prix : 1 fr. 20, Benno Schwabe, éditeur, Bâle, 1890).

Traité de la diphtérie. Sa nature microbienne. Son origine ornithologique probable. Ses différentes médications et opérations, et plus spécialement son traitement général et local, et sa prophylaxie par les hydrocarbures non toxiques, par DELTHIL, avec préface du professeur Verneuil (Un vol. de 680 pages, avec 19 planches en noir intercalées dans le texte et 5 planches hors texte en couleur, prix 8 francs. O. Doin, éditeur, Paris, 1891).

Traitement méthodique des troubles de la parole causés par les divisions congénitales palatines, par CHERVIN (Extrait du *Congrès français de Chirurgie*, 4^e session, Paris, 1889).

Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang (Un cas de fracture du larynx à issue favorable, par A. SOKOŁOWSKI (Tirage à part de la *Berl. klin. Woch.*, n° 40 ; 1890).

Affections du nerf acoustique dans la néphrite, par G. GRADENIGO (Extrait du *Sordomuto*, n° 5 ; 1890).

Bakteriologische Beobachtungen über den Inhalt der Eustachischen Trompete bei chronischen, katarrhalischen Mittelohrentzündungen (Remarques bactériologiques sur le contenu de la trompe d'Eustache dans les inflammations de l'oreille moyenne chroniques et catarrhales, par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO (Tirage à part du *Centralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde*, n° 19; 1890).

Suppuration de l'attique tympanique et perforation de la membrane de Shrapnell, par B. A. RANDALL (Extrait du *Med. News*, 27 septembre 1890).

Cholestéatome de l'oreille, par B.-A. RANDALL (Extrait de l'*University med. Magazine*, juillet 1890).

Des contre-indications du cathétérisme de la trompe d'Eustache. Nécessité de l'asepsie, par POLO (Tirage à part de la *Revue de Laryng. Otol. et Rhinol.*, n° 18; 1890).

Transactions of the American otological Society (Comptes rendus de la Société d'otologie américaine, 23^e réunion annuelle. Hôtel Kaaterskill Mountains, N.-Y., 15 juillet 1890 (*Mercury publishing Company*, New Bedford, Mass., 1890).

Ueber benigne Pharynx Geschwüre (Sur les ulcérations bénignes du pharynx, par T. HERYNG (Tirage à part de l'*Int. klin. Rundschau*, n° 41 et 42; 1890).

Surgical treatment of cough in diseases of the upper passages, with demonstration of instruments and specimens (Traitement chirurgical de la toux dans les affections des voies aériennes supérieures, avec démonstration d'instruments et de spécimens, par J.-W. GLEITSMANN (Extrait du *Brooklyn med. Journ.*, septembre 1890).

A case of primary tuberculose of the pharynx terminating in cure (Un cas de tuberculose primaire du pharynx terminé par la guérison, par J.-W. GLEITSMANN (Extrait du *New-York med. Journ.*, 11 octobre 1890).

Note sur l'éternuement provoqué par les excitations lumineuses, par CH. FÉRÉ (Extrait des Comptes rendus de la Société de biologie, séance du 18 octobre 1890).

Du diagnostic de l'empyème « latent » de l'antre d'Highmore, par le lavage explorateur, par L. LICHTWITZ (Extrait du *Bulletin méd.*, n° 86; 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1890

(16^e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Ackermann, 190.
Andeer, 494.
Annandale, 200.
Argumosa, 560.
Audry (Ch.), 60, 62.
Audubert, 41.
Ayros, 859.

B

Bacon (Gorham), 856, 859.
Baden (G.), 573.
Bard (L.), 67.
Bardenheuer, 866.
Bark (J.), 571.
Barlow (Th.), 265.
Barr (T.), 120.
Barracrough (Sutton), 716.
Barth (Ad.), 853, 855.
Baumgarten (E.), 489, 868.
Bayer (L.), 404.
Becker, 565.
Behr, 481.
Belde, 491.
Bennet, 189.
Berdez, 191.
Berger (Emile), 182.
Berger (Paul), 44.
Bernhardt (M.), 715.
Berthold (E.), 849, 852.
Beschoner (O.), 136.
Besser (L. von), 479.
Bezold (F.), 840.

Bischof, 714.
Bischoffswerder, 344.
Bischof (S.), 847.
Blau (L.), 411.
Bloch (Emil), 489.
Blumenau, 134.
Boinet (E.), 767.
Bojew (G.), 197.
Bokai (J.), 872.
Botey (R.), 46, 545, 850.
Boucheron, 35, 636, 637.
Bouchut (E.), 29, 68.
Bramann (F.), 867.
Brandt (Ed.), 135.
Broisacher (L.), 473.
Bresgen (M.), 711.
Bronner (A.), 350.
Brosset, 66.
Browne (Lennox), 558, 570.
Brucke, 788.
Bruckner (C.), 338.
Bryant, 342.
Buck (A.-H.), 182, 699, 700.
Bull (Ole), 134.
Bürkner (K.), 846.
Burnett (C.-H.), 700.
Butlin (H.), 716.

C

Candwell, 576.
Cane (L.), 265.
Capart (A.), 261, 401.
Cartaz (A.), 47, 647.
Caussade (G.), 66.
Chantemesse (A.), 68.
Charazac (J.), 639.
Châtellier (H.), 35, 164.

Chevallet (E.), 27.
 Chiari (O.), 18, 485, 491.
 Corradi (Corrado), 652.
 Coste (M.), 63.
 Couëtoux (L.), 251.
 Cozzolino (V.), 107, 696.
 Cuvillier (H.), 317.

D

Dabney (G.), 856.
 Dana (C.), 199.
 Delepine, 263.
 Delstanche (Ch.), 398.
 Demons, 45.
 Désiré (P.-E.), 632.
 Desvernine-Galdos (C.-M.), 240, 672.
 Dinkler, 788.
 Dodd (C.-W.), 574.
 Dor (L.), 209, 310.
 Dreyfuss (R.), 185, 865.
 Du Mesnil, 189.
 Dunlop, 714.
 Duplay (S.), 183.

E

Eeman (E.), 42.
 Ehrmann (A.-H.), 868.
 Eiselsberg (von), 495.
 Eitelberg (A.), 705, 858.
 Ellis (Havelock), 341.
 Ewald (R.), 338.

F

Fabre (P.), 48.
 Favitzky (F.), 196.
 Fére (Ch.), 32.
 Fernet (C.), 62.
 Ferrer (H.), 857.
 Field, 230.
 Flesch, 342.
 Fort (J.-A.), 64, 65.
 Fowler (G.-R.), 205.
 Fraenkel (B.), 192, 478, 487, 491,
 775, 862.
 Fraenkel (Eug.), 469.
 François-Franck, 52.
 Friedländer (A.), 484.
 Fuller, 206.

G

Gabbi (U.), 492.
 Garel (J.), 47, 209, 310.
 Garré (C.), 475.
 Gastou (P.), 632.
 Gautier, 205.
 Gella, 302, 589, 760, 767, 845, 851.
 Gerber, (P.), 713, 784.
 Giampietro, 850.
 Gleitsmann (J.), 204.
 Glover (J.), 81, 327, 509, 630.
 Goguillet (L.), 251.
 Golynetz, 564.
 Gomperz (B.), 188, 198, 339.
 Gordon, 712.
 Goris (Ch.), 58, 398, 405.
 Gottstein (J.), 100.
 Gouguenheim (A.), 509, 604, 630.
 Gradenigo (G.), 382, 555, 611, 613,
 614, 824.
 Gray, 350.
 Grœnouw, 861.
 Gruber (J.), 464.
 Gruening, 858.
 Grünwald, 565.
 Guye, 844.

H

Habermann (J.), 118, 466.
 Hagen, 204.
 Hahn, 343.
 Hajek, 137.
 Hamon du Fougeray, 181, 236.
 Handford (H.), 262.
 Hartmann (A.), 258, 485, 832, 853,
 854.
 Hang, (R.), 186, 706.
 Hayward (C.), 195.
 Hecke, 854.
 Hennebert (C.), 261.
 Henoch, 346.
 Hepburn (N.-J.), 702.
 Heryng (Th.), 1.
 Herzog (J.), 188.
 Hessler, 128, 128, 842.
 Heurtaux, 36, 50.
 Heymann (P.), 479, 497.
 Heymann (R.), 776.
 Higuet, 400, 402.
 Hildebrandt, 564.

Hill (W.), 344.
 Hobbs (A.-G.), 201.
 Hoffmann, 341, 579.
 Holste (A.), 487.
 Hood (Donald), 712.
 Hooper (F.-H.), 21, 811.
 Horsley (V.), 305, 387, 781.
 Howe (L.), 700.
 Huber, 559.

J

Jacobson (L.), 415.
 Jacquemart, 33.
 Jacques, 44.
 Jalaguier (A.), 43.
 Jankau (L.), 704.
 Jirmunsky, 670.
 Joal (J.), 652.
 Joël (E.), 134.
 Johannessen (A.), 576.
 Joly (A.), 696.
 Juffinger (G.), 197, 344, 477.
 Jubel-Rénoy (E.), 58.
 Jullien (Louis), 30.
 Jurgensmeyer (D.-J.), 474.

K

Kafemann (R.), 482, 490, 772, 786.
 Kanthack (A.-A.), 195, 775, 776, 859.
 Kayser, 190, 847.
 Keating (J.), 253.
 Keimer, 469.
 Kersing (G.), 787.
 Kessel, 846.
 Kiesselbach, 134.
 Kirchner (W.), 110.
 Kirmisson (E.), 31.
 Koch (Paul), 313, 682.
 Koch (P.-D.), 72.
 Koerner (O.), 115, 416.
 Kolisko, 563.
 Kosegarten, 133.
 Krajewsky, 565.
 Krakauer (A.), 488.
 Krause (H.), 343, 781.
 Krauss, 577.
 Kretschmann (de Halle), 407.
 Kretschmann (de Magdebourg), 842.
 Krieg, 199, 486.
 Kuhn, 409, 465, 490, 830.

L

Labit (G.), 55.
 Lacoarret (L.), 36, 40, 41, 55.
 Laker (C.), 116, 870.
 Lamy (H.), 32.
 Landgraf, 470, 471.
 Lane (Arbuthnot), 261.
 Lange (V.), 349.
 Langreuter, 470.
 Lannois (M.), 26, 649.
 Laurent (O.), 397, 439, 834.
 Le Fort (Léon), 45.
 Le Noir (P.), 175.
 Lépine (R.), 62.
 Leudet (R.), 669.
 Lewy (B.), 191.
 Leyden, 479.
 Lingard (A.), 206.
 Linossier (G.), 59.
 Lippincott, 702.
 Løwe (L.), 188.
 Løwenberg (B.), 29.
 Løwenstein, 869.
 Lublinski (W.), 787.
 Luc (H.), 43, 50, 52.
 Ludewig, 123, 148, 850.

M

Mac Bride (P.), 192, 848.
 Macdonald (Greville), 262.
 Macewen (W.), 131.
 Mackenzie (J.-N.), 575.
 Mac-Mahon, 858.
 Malinowski, 560.
 Manouvrier, 32.
 Marano (S.), 462.
 Marchand, 494.
 Marchant (Gérard), 52.
 Marie (Pierre), 72.
 Martel (E.), 41.
 Massei (F.), 192, 461, 462.
 Mauriac (Ch.), 39.
 Maurin (E.), 63.
 Medernach (W.), 834.
 Ménière (E.), 37, 638.
 Meyer (A.), 710.
 Michael (J.), 187, 686, 689, 689.
 Michelson (P.), 343, 476, 486, 778.
 Mickulicz, 778.
 Middlemass-Hunt (J.), 567.

Minos, 36.
 Mitskouner, 341.
 Mokée, 715.
 Moncorgé (R.), 48.
 Montaz, 49.
 Moos (S.), 466, 838, 859.
 Morell-Mackenzie (Sir), 569.
 Mosez (H.), 467, 788.
 Mosler, 349.
 Moure (E.-J.), 36, 649, 690.
 Muller (D.), 497.
 Muller (Fr.), 496.

N

Natier (M.), 27, 41, 59.
 Netchaieff, 201.
 Netter (A.), 32.
 Nicaise, 42, 65.
 Nimier, 31.
 Noquet, 34, 632.
 Nykamp, 711.

O

Olivier, 28.
 Ollier (L.), 49, 50.
 Oltuszewski, 560.
 Onodi (A.), 195, 487, 871, 873.
 Orwin, 189.
 Osler, 193.
 Ossendowsky, 564.

P

Paltauf, 563.
 Penzo (R.), 555.
 Périer (Ch.), 357.
 Petit (L.-H.), 71.
 Peyer (A.), 871.
 Peyler, 200.
 Peyrissac, 40.
 Photiadès, 264.
 Picqué (L.), 61, 437, 439.
 Piniaczek, 563.
 Pleskoff, 193.
 Plicque (A.-F.), 141, 797.
 Polchen (R.), 785.
 Poisson (L.), 50.

Pokrasoff, 135.
 Politzer (A.), 406, 835, 851.
 Polo, 53.
 Pomeroy (O.-D.), 708.
 Poucet (A.), 60.
 Portchinsky, 135.
 Potiquet, 54, 832.
 Proust (A.), 289.
 Przedborski, 559.
 Putelli (F.), 476.

R

Radzich, 861.
 Randall (B.-A.), 697, 701.
 Raugé (P.), 56, 57.
 Raulin (V.), 641.
 Raymond (Paul), 37.
 Razumowsky (V.), 193.
 Reinhardt, 123.
 Rendu (H.), 33.
 Réthi (L.), 478, 489, 778.
 Ricard (A.), 28.
 Richard (O.), 348.
 Richards (Huntington), 698, 700.
 Rohrer (F.), 414, 712, 715.
 Rolland (A.-J.-B.), 138, 345.
 Rosenberg (A.), 466.
 Rosenthal (I.), 55.
 Roser (K.), 466.
 Rossbach, 779.
 Roth, 579.
 Roukowitz, 342.
 Roux (E.), 70.
 Roux (G.), 59.
 Ruault (A.), 41, 53, 54, 58, 63, 633.
 Rutten, 404, 405.
 Rydigier, 345.

S

Sajous (C.-E.), 832.
 Saint-John-Roosa (D.-B.), 96.
 Sandmann, 490.
 Savill (T.-D.), 194.
 Schede, 190.
 Scheinmann (J.), 482, 493, 777.
 Schiffers (F.), 340, 403.
 Schilling (F.), 494.
 Schirmunsky, 850.
 Schleicher (W.), 443.
 Schmidt (M.), 493.

Schmiegelow (E.), 395.
 Schneider, 484.
 Schnitzler (A.), 564.
 Schnitzler (J.), 346.
 Schoetz, 493.
 Schubert, (P.), 488.
 Schuchardt, 481.
 Schwabach, 185, 704, 849.
 Schwendt (A.), 781.
 Secchi (C.), 845.
 Sedziuk (J.), 561.
 Seifert (O.), 59, 467.
 Seiler (C.), 105.
 Semon (F.), 92, 264, 305, 387, 781.
 Sénac-Lagrange, 331, 388, 453, 616.
 Sevestre (A.), 38, 67.
 Sexton (S.), 836.
 Siebenmann, 132, 202, 482.
 Silk (F.-W.), 573, 575.
 Simon (Jules), 69.
 Socin, 779.
 Sokolowski (A.), 560, 568, 863.
 Solis-Cohen (J.), 42, 204.
 Sota y Lastra (R. de la), 45.
 Spicer (Scanes), 264, 578.
 Srebrny, 560.
 Stacke, 843.
 Steinbrügge, 131, 847.
 Stepanow (E.), 198.
 Stepp, 494.
 Sterck (J.), 869.
 Stern, 345.
 Stewart (W.-R.-H.), 194.
 Stoker (G.), 261.
 Strahan (S.-A.-K.), 200.
 Stroem, 194.
 Suarez de Mendoza (F.), 643, 654.
 Suchanek, 190.
 Symonds (Charters), 262.
 Szenes (S.), 465.

T

Tachard, 81.
 Tauber (B.), 189, 202.
 Tcherniaeff, 563.
 Terrier (F.), 365.
 Theobald (S.), 698.
 Thomas, 251.
 Thost (A.), 473, 779.
 Tissier (P.), 239, 370.
 Treitel (L.), 782.
 Trendelenburg, 344.
 Trousseau (A.), 53.
 Truckenbrod, 851.
 Tsakyrogious, 195.

U

Urbantschitch, 33

V

Valette, 37.
 Vincent, 72.
 Vohsen (K.), 197, 846.
 Volynetz, 136.
 Voss, 114.

W

Wagenhäuser, 129.
 Wagner, 35, 635.
 Walb, 412.
 Warner, 710.
 Wegener, 845.
 Weinlechner, 574.
 Weiss (L.), 96.
 Weiss (T.), 47.
 Widal (F.), 68.
 Williams (A.-D.), 861.
 Wipham, 263.
 Wolf (J.), 575.
 Wolfenden (R. Norris), 571.
 Wolkowitch, 572.
 Wright (E.-A.), 194.
 Wright (J.), 198, 202.

X

X..., 579.

Y

Yersin (A.), 70.

Z

Zaufal (E.), 463, 707, 837.
 Ziem, 1:9, 206, 713.
 Zwillinge, 480, 873.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

	Pages.
Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée, par L. Picqué	437
Abcès sous-dure-mérien consécutif à une otite moyenne. Trépanation. Guérison, par L. Picqué.....	439
Abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale concomitante et définitive (Des), par A. Gouguenheim.....	604
Affections de l'organe de l'ouïe dans l'influenza. Contribution clinique et bactériologique (Les), par G. Gradenigo.....	382
Anthélix dans le pavillon humain (Contribution à l'étude morphologique de l'), par G. Gradenigo.....	614
Audition et paralysie faciale. Innervation des muscles tympaniques, par Gellé.....	760
Bourse de Luschka. Examen histologique de Retterer, par Gellé.	302
Cancer épithélial du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, par Ch. Périer.....	357
Centre cortical moteur laryngé et trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par J. Garel et L. Dor.....	209
Centre cortical moteur laryngé et trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par F. Semon et V. Horsley.....	305 et 387
Centre cortical moteur du larynx (A propos du). Réponse à MM. Semon et Horsley, par J. Garel et L. Dor.....	310
Clinique de laryngologie et d'otologie d'Anvers, du 1 ^{er} janvier 1889 au 31 mars 1890 (Aperçu sur les travaux de ma), par W. Schleicher.....	443
Eclairage électrique de l'antre d'Highmore dans le cas d'empyème, par T. Heryng.....	1
Epithélioma du pavillon de l'oreille (Deux cas d'), par Hamon du Fougeray.....	236
Epithélioma pavimenteux lobulé et corné du larynx. Trachéotomie. Ablation ultérieure du larynx. Guérison. Récidive ganglionnaire quatre mois environ après l'extirpation du larynx. Ablation d'un ganglion dégénéré. Guérison. Mort d'influenza, par F. Terrier.....	365
Fracture laryngo-trachéale. Fusion des cordes vocales. Glotte supplémentaire, par C.-M. Desvernine-Galdos.....	672
Injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments (Possibilité des), par R. Botey.....	545
Laryngite polypeuse congénitale, par C.-M. Desvernine-Galdos.	240
Laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante (De la), par A. Gouguenheim et J. Glover.....	509 et 630
Manifestations laryngiennes et pharyngiennes de l'influenza, par P. Koch.....	313

TABLE ALPHABÉTIQUE

891

	Pages.
Mélanosarcomes du nez, par J. Michael	668
Microorganismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications (Les), par G. Gradenigo.....	611
Mouvements laryngiens (Méthodes de démonstration des), par F.-H. Hooper.....	811
Névrites de l'acoustique provenant de méningite (Les), par G. Gradenigo.....	613
Névroses réflexes, leur développement et leur exagération par le traitement intra-nasal, par O. Laurent.....	439
Observations bactériologiques sur le contenu de la caisse tympanique dans les cadavres de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle, par G. Gradenigo et R. Penzo.....	555
Otites moyennes et suppurées graves consécutives à la grippe. Ouverture de l'apophyse (Cinq observations d'), par H. Châtelhier.....	164
Otite et paralysie faciale, par Gellé.....	729
Otorrhagie dans la cirrhose hypertrophique (De l'), par R. Leudet.....	669
Paralysies du muscle ary-aryténoïdien (Des), par A. Proust et P. Tissier.....	289
Paralysies laryngées syphilitiques (Des), par P. Tissier.....	370
Polype nasal contenant de l'air (Un cas de), par J. Michael....	689
Polypes sus-glottiques (Rôle des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois), par E. Boinet.....	767
Rhinites et surdités, par Sénac-Lagrange.....	331, 388, 453 et 616
Rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie (Deux cas de), par O. Chiari.....	18
Salol camphré contre les suppurations de l'oreille (De l'emploi du), par H. Cuveillier.....	317
Séméiotique. Signes tirés de la comparaison des résultats de l'audition et de l'auscultation du diapason-vertex pendant la déglutition, et les divers autres modes de mobiliser l'appareil auriculaire, par Gellé.....	589
Serre-nœud nasal et écraseur combinés, par F.-H. Hooper....	21
Surdité progressive dans les otites moyennes chroniques non purulentes (Diagnostic, pronostic et traitement de la), par G. Gradenigo.....	824
Trachéotomie chez l'adulte (Contribution à l'étude du manuel opératoire de la), par J. Glover.....	327
Trachéotomie chez les vieillards (Complication extraordinaire de la), par J. Michael.....	686
Troubles et lésions de l'oreille dans l'épidémie de grippe 1889-1890, par J. Glover.....	81
Tuberculose des fosses nasales (La), par A.-F. Plicque.....	97
Tumeurs malignes des fosses nasales (Etude sur le diagnostic et le traitement des), par A.-F. Plicque.....	141
Tumeurs de la trachée (Sur les), par P. Koch.....	682
Ulcérations des cordes vocales dans le cours de la grippe, par P. Le Noir.....	175

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

	Pages.
Abcès cérébelleux consécutif à une otite suppurée. Trépanation. Guérison, par W. Macewon	131
Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée, par L. Picqué.....	437
Abcès sous-dure-mérien consécutif à une otite moyenne. Trépanation. Guérison, par L. Picqué.....	439
Abcès cérébelleux (Technique de l'opération des), par Vohsen..	846
Affections de l'oreille moyenne compliquées de suppurations voisines (Cinq cas d'), par Arbuthnot Lane.....	261
Affections de l'organe de l'ouïe dans l'influenza (Les), par G. Gradenigo.....	382
Affections des cellules mastoïdiennes avec ouverture fistuleuse guéries sans employer le forêt ni le ciseau (Quelques cas d'), par O.-D. Pomeroy.....	703
Affections auriculaires dans l'influenza, par A. Eitelberg.....	705
Affections les plus fréquentes de l'organe de l'ouïe dans l'influenza, par R. Haug.....	706
Anatomie pathologique de la tuberculose de l'oreille, par Habermann.....	466
Anatomie pathologique de la caisse du tympan (Contribution à l'étude de l'), par A. Politzer.....	835
Anatomie pathologique du labyrinthe, par Steinbrügge.....	847
Anatomie du plancher de la caisse du tympan (Contribution à l'étude de l'), par Muller.....	855
Anthélix dans le pavillon humain (Contribution à l'étude morphologique de l'), par G. Gradenigo.....	614
Appareil pour introduire les médicaments dans la trompe; son utilité dans les maladies d'oreilles, par C. Laker.....	116
Association médicale britannique. Congrès de Glasgow, août 1888. Compte rendu des travaux de la section otologique, par T. Barr.	120
Atrésie congénitale de l'oreille, par E. Joel.....	134
Atrésie du conduit auditif externe, par Bishop.....	847
Atropine dans les douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants, par Williams.....	861
Audition colorée (Une observation d'), par Paul Raymond.....	37
Audition améliorée par les bruits intenses dans le cas de bouchons cérumineux, par Kosegarten.....	133
Audition et paralysie faciale. Innervation des muscles tympaniques, par Gellé.....	760
Audition et détermination uniforme de la surdité (Examen de l'), par Schwabach.....	849
Avulsion de l'étrier chez les animaux (Expériences d'), par R. Boley.....	850
Balle extraite de l'oreille au moyen du galvano-cautère, par Howe.	700
Bactéries du cérumen (Les), par F. Rohrer.....	414
Bactériologie de l'otite moyenne, par Kuhn.....	465

TABLE DES MATIÈRES.

303

Pages.

Bactériologie des inflammations de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, par A.-A. Kanthack.....	859
Carie de l'oreille moyenne avec présentation du sinus transverse en avant de l'antre mastoïdien (Quatre cas de), par Hessler....	128
Carie et extraction de l'enclume : contribution à l'étiologie et au traitement de l'otite moyenne purulente, par Ludewig.....	418
Carie de la paroi osseuse du sinus latéral, par Hecke.....	854
Cautérisations de l'apophyse mastoïde (Action des), par Hicquet.....	400
Cholestéatomes (Etude sur la genèse des), par A. Politzer.....	835
Cholestéatome, par Kuhn et Bezold.....	838 et 839
Cholestéatomes (La méthode de Schwartz pour l'extraction des), par Wegener.....	845
Clinique universitaire des maladies de l'oreille de Halle, du 1 ^{er} janvier au 31 mars 1888. Compte rendu, par Reinhardt et-Ludewig.....	123
Cocaine sur l'oreille (Effets du chlorhydrate de), par Kiesselbach.....	184
Cocaine dans la caisse du tympan (Accidents toxiques consécutifs à l'instillation de chlorhydrate de), par Schwabach.....	704
Complications auriculaires dans les fièvres spécifiques aiguës, par Hill.....	341
Conduit auditif communiquant, d'une part, avec l'antre mastoïdien et, de l'autre, avec la voûte de la caisse tympanique, par A. Hartmann.....	854
Congrès international de médecine de Berlin. Compte rendu de la section otologique, par O. Laurent.....	834
Congrès des otologistes de l'Allemagne du Nord, tenu à Berlin le 7 avril 1890 (Compte rendu du).....	851
Corps étrangers de la caisse du tympan, par E. Zaufal.....	463
Corps étranger de la bouche sorti dans la région cervicale postérieure, par Wagner.....	635
Déhiscences dites spontanées du toit de la caisse du tympan (Contribution à l'étude des), par O. Kærner.....	115
Dilatation de la trompe d'Eustache, par E. Ménière.....	37
Diplacousie (De la), par Kayser.....	847
Élimination partielle du tympan à la suite d'un traumatisme; guérison en huit semaines, par A. Eitelberg.....	858
Epilepsie guérie pendant cinq mois par la raréfaction (Un cas d'), par C. Goris.....	308
Epithélioma du pavillon de l'oreille, par Heurtaux.....	36
Epithélioma du pavillon de l'oreille (Deux cas d'), par Hamon du Fougeray.....	236
Epreuve de l'ouïe (Contribution à l'), par L. Jacobson.....	415
Excision de la membrane du tympan et du marteau dans un cas de vertige auriculaire et dans un cas de suppuration chronique de l'attique (Bons résultats permanents de l'), par C.-H. Burnett.....	700
Excision du marteau et de l'enclume (Indications de l'), par Stacke.....	843
Exostose du conduit auditif externe (Communication à propos de deux cas d'), par Jacquemart.....	33
Fracture du manche du marteau (Un cas de), par N.-J. Hepburn.....	702
Gliôme de la protubérance intéressant les orifices du nerf facial, auditif, glosso-pharyngien et hypoglosse, par H. Rendu.....	33
Hématome de l'oreille (De l'), par S.-A.-K. Strahan.....	260
Histologie et bactériologie des affections diphtéritiques de l'oreille moyenne, par S. Moos.....	466
Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino.....	107
Même ouvrage (traduction française de A. Joly).....	696

	Pages.
Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par Hamon du Fougeray.....	181
Inflammations de la caisse du tympan provoquées par l'injection de liquides dans le nez (Étiologie des), par Guye.....	844
Inflammation phlegmoneuse diffuse du pavillon, par Gruening..	858
Influenza, surtout au point de vue des symptômes auriculaires (L'entité de l'), par J. Michael.....	187
Instruments présentés à la section d'otologie du congrès international de médecine de Berlin, par Gellé et A. Politzer..	851
Labyrinthe (Fonction du), par C. Bruckner.....	338
Maladies de l'oreille (Traité des), par A.-H. Buck.....	182
Maladies des oreilles et des fosses nasales (Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des), par S. Duplay.....	183
Maladies de l'oreille et leur traitement (Les), par A. Hartmann..	258
Même ouvrage (traduction française de Potiquet).....	832
Maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies générales, par F. Schiffers.....	340
Malformation du pavillon guérie par une opération plastique, par Gorham Bacon.....	859
Mastoidites guéries par les cautérisations au thermo-cautère (Deux cas de), par L. Lecoarret.....	36
Mastoidites comme complication auriculaire de la grippe, par E.-J. Moure.....	649
Mastoidite interne consécutive à l'érysipèle, par Lippincott.....	702
Mastoidite décrite par Bezold et thrombose du sinus latéral (Sur la forme de la), par S. Moos.....	859
Membrane du tympan (Représentation optique des mouvements de la), par Berthold.....	852
Méningite d'origine auriculaire (Un symptôme non signalé de la), par Truckenbrod.....	851
Métastases consécutives à l'otite moyenne (Sur les), par S. Szenes.	465
Microorganismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications (Les), par G. Gradenigo.....	611
Microorganismes dans les affections de l'oreille (Des), par E. Zaufal et S. Moos.....	836 et 837
Moules en plâtre du conduit auditif et du tympan (Moyen d'obtenir sur le vivant des), par L. Læwe.....	182
Myringoplastie (De la), par Berthold.....	849
Nécrose et carie du temporal, par Ole Bull.....	134
Nerf auditif: influence de son excitation sur la perception du diapason-vertex, par C. Corradi.....	652
Névrites de l'acoustique provenant de méningite (Les), par G. Gradenigo.....	613
Névro-réinite dans ses rapports avec le vertige auriculaire et certaines maladies de l'oreille interne (De la), par E. Bouchut.	29
Observations bactériologiques sur le contenu de la caisse tympanique dans les cadavres de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle, par G. Gradenigo et R. Penzo.....	555
Oreille dans les cas de détonations d'armes à feu (Effets produits sur l'), par Nimier.....	31
Oreille moyenne chez les enfants en bas âge (Altérations de l'), par A. Netter.....	32
Oreille dans l'épidémie de grippe 1889-90 (Troubles et lésions de l'), par J. Glover.....	81
Oreille dans l'influenza (Note sur les affections de l'), par R. Dreyfuss.....	185
Oreille pendant l'épidémie d'influenza (Des caractères particuliers	

	Pages.
présentés par les lésions inflammatoires de l'), par C. Hennebert.....	281
Oreille chez les criminels (L'), par Havelock Ellis.....	341
Oreille pendant la dernière épidémie d'influenza, par A. Politzer.	406
Oreille chez les diabétiques (Des maladies d'), par Kuhn.....	409
Oreille dans la rougeole (Des maladies d'), par L. Blau.....	411
Oreille de l'éléphant (Nouvelles études sur l'), par H. Richards et Buck.....	700
Oreille comme signe d'un développement défectueux (La forme de l'), par Warner.....	710
Ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde avec remarques sur l'influence d'opérations graves sur la marche du diabète (Un cas d'), par O. Kørner.....	416
Otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques, par Noquet.....	34
Otite moyenne aiguë observée chez un lépreux; examen du nez, du pharynx et du larynx, par Wagnier.....	35
Otite moyenne aiguë avec exsudat, paracentèse, examen microbiologique, par H. Châtellier.....	35
Otite moyenne scarlatineuse (Contribution à l'étude de l'), par Voss.....	114
Otite moyenne purulente (Contribution à l'étude des éléments pathogènes de l'), par J. Habermann.....	118
Otite moyenne suppurée traitée par l'essence de menthe poivrée, par Blumenau.....	134
Otités moyennes suppurées consécutives à la grippe. Ouverture de l'apophyse (Cinq observations d'), par H. Châtellier.....	164
Otite moyenne aiguë dans l'influenza (De l'), par Schwabach....	185
Otite moyenne aiguë hémorragique comme complication de l'influenza, par R. Haug.....	186
Otités moyennes aiguës primitives, produites par le pneumocoque et compliquées d'abcès de l'apophyse mastoïde (Cas d'), par E. Zaufal.....	463
Otités moyennes suppurées comme complications auriculaires de la grippe, par E. Ménière.....	638
Otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza (De l'), par L. Jankau.....	704
Otite due à l'influenza (Recherches bactériologiques dans l'), par E. Zaufal.....	707
Otite moyenne aiguë; son traitement basé sur les résultats des expériences bactériologiques, par E. Zaufal.....	707
Otite et paralysie faciale, par Gellé.....	729
Otite de l'influenza, par Ludewig.....	850
Otite moyenne aiguë, accompagnée de phénomènes cérébraux insolites, par A. Barth.....	855
Otite externe hémorragique, par Gorham Bacon.....	856
Otologie pratique (Traité d'), par D. B. Saint-John Roosa (traduction allemande de L. Weiss).....	96
Otomycose (Nouvelle contribution botanique et clinique à l'), par Siebenmann.....	132
Otorrhagie dans la cirrhose hypertrophique (De l'), par R. Leudet.....	669
Otorrhée (Diagnostic et traitement de l'), par Giampietro.....	850
Ouïe (Remarques sur l'examen de l'), par A. Barth.....	853
Ouvertures fistuleuses du pôle supérieur de la membrane du tympan, par Walb.....	412
Ouverture de l'apophyse mastoïde pour le conduit auditif externe	

	Pages.
peut-elle être mise en parallèle avec les autres méthodes usitées? (L'), par Hessler.....	842
Ouverture de l'apophyse mastoïde (Traitement consécutif à l'), par Kretschmann (de Magdebourg).....	842
Perceptions sensorielles (De l'influence des excitations du trijumeau et des sens sur les), par Urbantschitch.....	33
Perceptions sensorielles secondaires, et particulièrement sur les fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons (Sur les fausses), par F. Suarez de Mendoza.	654
Perforation traumatique de la fenêtre ovale, par C. Delstanche.	398
Perforation de la membrane de Shrapnell (Notes complémentaires sur la), par B.-A. Randall.....	701
Perforation artificielle du tympan (Nouveau moyen de maintenir ouverte la), par Schirmunsky.....	850
Périchondrite idiopathique du pavillon gauche, par H. Ferrer..	857
Périchondrite du pavillon (Deux cas de), par Mac Mahon.....	858
Périostite mastoïde (Du thermo-cautère dans la), par E. Ménière.	37
Périostite primitive de l'apophyse mastoïde, par Ayres.....	859
Physiologie du pavillon de l'oreille, par C. Féré et H. Lamy..	32
Physiologie des canaux semi-circulaires. Mouvements de la périlymphe (Contribution à la), par R. Ewald.....	338
Physiologie de l'oreille moyenne (Recherches expérimentales sur la), par Secchi.....	845
Plaies de l'oreille par armes à feu, par Tachard.....	31
Polyclinique universitaire des maladies d'oreilles de Tubingue, du 1 ^{er} avril 1884 au 1 ^{er} avril 1888 (Compte rendu de la), par Wagenhäuser.....	129
Polypes de l'oreille (Trois cas d'atrophie spontanée des), par Gomperz.....	188
Polypes des cellules mastoïdiennes du temporal (Des), par J. Gruber.....	464
Projectile inclus dans le rocher (Extraction d'un), par E. Kirmisson.....	31
Réflexes auditifs (Un cas rare de), par Steinbrügge.....	131
Réflexes provoqués par l'accumulation du cérumen dans le conduit auditif, par J. Herzog.....	188
Remèdes nouveaux dans les maladies d'oreille (De l'emploi de quelques), par F. Kretschmann (de Halle-s.-S.).....	407
Salol camphré pour les suppurations de l'oreille (De l'emploi du), par H. Cuveillier.....	317
Sclérose de la caisse traitée par la raréfaction et la condensation progressives et manométriquement évaluées de l'air du conduit auditif externe, par F. Suarez de Mendoza.....	643
Sclérose mastoïdienne (Observation d'un cas typique et mortel de), par Huntington Richards.....	698
Séméiotique. Signes tirés de la comparaison des résultats de l'audition et de l'auscultation du diapason-vertex pendant la déglutition et les divers autres modes de mobiliser l'appareil auriculaire, par Gellé.....	589
Sensations auditives (Localisations des), par Manouvrier.....	32
Septum ressemblant exactement à la membrane du tympan s'étant formé dans le tiers moyen du conduit auditif externe; son extraction suivie d'une amélioration de l'ouïe, par S. Theobald.....	698
Société d'otologie et laryngologie belge. Compte rendu, par O. Laurent.....	397
Société française d'otologie et laryngologie. Compte rendu, par P. Gastou.....	263

TABLE DES MATIÈRES.

	897
	Pages.
Société d'otologie américaine. Compte rendu, par B.-A. Randall.	897
Statistique des affections de l'oreille, par K. Burkner.....	846
Suppuration et inflammation aiguë des cellules mastoïdiennes.	
Guérison par l'excision des cellules sans ouverture de l'antre mastoïdien, par Hessler.....	128
Suppurations chroniques de la partie supérieure de la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes (Traitement des), par Gomperz.....	339
Surdi-mutité et sourds-muets devant la loi, par M. Lannois...	26
Surdités héréditaires, par Boucheron.....	35
Surdité unilatérale incomplète consécutive aux oreillons, par E.-J. Moure.....	36
Surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive, par Minos..	36
Surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue pédagogique, légal et tutélaire (De la), par L. Couëtoux, M. Thomas et L. Goguillot.....	251
Surdité d'origine labyrinthique traitée par la pilocarpine, par Field.....	260
Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par M. Lannois..	649
Surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente (Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la), par G. Gradenigo.....	824
Surdité, bourdonnements et otorrhée traités par l'excision de la tête du tympan et des osselets, par S. Sexton.....	836
Surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente (Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la), par P. Mac Bride.....	848
Syphilis de la caisse, par W. Kirchner.....	110
Syphilôme lympho-chondrique du pavillon de l'oreille, par Louis Jullien.....	30
Ténotomie du tenseur tympanique (Indications de la), par Kessel..	846
Trépanation de l'apophyse mastoïde (De la), par A. Ricard....	28
Trépanation (Trois cas heureux de), par Hoffmann.....	341
Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Mitskouner.....	341
Toux auriculaire (De la), par F. Schiffers.....	340
Voyelles nasales (Recherches acoustiques sur les), par B. Lewenberg.....	29

Larynx et Trachée.

Abcès tuberculeux du cartilage cricoïde, par Grünwald.....	565
Affections laryngées en rapport avec les lésions nerveuses centrales, par J. Gottstein.....	100
Affections laryngées en rapport avec la menstruation, par L. Boyer.....	404
Affections syphilitiques du larynx (Contribution au diagnostic et au traitement des), par Oltuszewski.....	560
Affections des voies aériennes supérieures à la suite de l'influenza (De quelques), par B. Fraenkel.....	862
Anatomie des cordes vocales, par B. Fraenkel.....	192
Angiome de l'épiglotte, par B. Tauber.....	189
Aphonie nerveuse a frigore chez un enfant, par Peyrissac.....	40
Aphonie hystérique chez une femme de 70 ans. Guérison, par T.-D. Savill.....	194
Aphonie fonctionnelle. Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par A. Schnitzler.....	564
Auto-opération laryngoscopique, par G. Stoker.....	281

	Pages.
Bactéries des voies aériennes à l'état normal (Sur les), par L. von Besser.....	479
Blessure du nerf récurrent, par Kuiten.....	405
Cancer du larynx, par Demons.....	45
Cancer du larynx et argyrisme généralisé, par A. Onodi.....	195
Cancer du larynx (Diagnostic du), par O. Beschorner.....	196
Cancer du larynx, par E. Hahn.....	343
Cancer épithélial du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, par C. Périet.....	357
Cancer du larynx. Extirpation de la moitié supérieure du larynx, par K. Roser.....	466
Cancer du larynx, par A. Rosenberg.....	466
Canules à trachéotomie tombées dans le larynx (Extraction de deux), par V. Razumowsky.....	193
Carcinôme du larynx. Ablation de la moitié. Mort, par Kayser..	190
Centre cortical moteur laryngé et trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par J. Garel et L. Dor.....	209
Centre cortical moteur laryngé et trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par F. Semon et V. Horsley.....	305
Centre cortical moteur du larynx (A propos du). Réponse à F. Semon et V. Horsley, par J. Garel et L. Dor.....	310
Centre de la voix chez l'homme (Contribution à la localisation corticale du), par Rossbach.....	779
Chéloïde trachéale (Extraction d'une), par C. Goris.....	405
Clinique de laryngologie et d'otologie d'Anvers, du 1 ^{er} janvier 1889 au 31 mars 1890 (Aperçu sur les travaux de ma), par W. Schleicher.....	443
Corde vocale gauche fixée sur la ligne médiane avec mouvement dû à un petit néoplasme, par J. Solis Cohen.....	42
Corde vocale vraie (Que faut-il entendre sous le nom de), par P. Heymann.....	479
Corps étranger des voies aériennes, par A. Jalaguier.....	43
Corps étranger (pépin de melon) logé dans la bronche droite. Opération. Guérison, par Ackermann.....	190
Corps étranger du larynx, par Stroem.....	194
Corps étrangers des voies respiratoires (Note sur les), par G. Juffinger.....	197
Corps étranger du larynx, par A. Capart.....	261
Corps étrangers des voies aériennes, par E. Leyden.....	479
Corps étrangers de la trachée, par Argumosa.....	561
Croup (Du faux), par E. Martel.....	41
Croup et diphtérie, leur nature, par Kolisko et Paltauf.....	563
Croup (L'image laryngoscopique dans le), par Piniaczek.....	563
Emphysème cutané de la face, du cou et de la poitrine dans un cas de diphtérie grave, par P. Fabre.....	48
Épiglottées normales vues au laryngoscope (Différents aspects d'), par Audubert.....	41
Épithélioma pavimenteux, lobulé et corné du larynx. Trachéotomie. Ablation ultérieure du larynx. Guérison. Récidive ganglionnaire quatre mois environ après l'extirpation du larynx. Ablation d'un ganglion dégénéré. Guérison. Mort d'influenza, par F. Terrier.....	365
Épithélium et glandes du larynx chez l'homme sain et malade, par R. Heymann.....	776
Erythème noueux du larynx (Un cas d'), par Du Mesnil.....	189
Extirpation du larynx, par L. Le Fort.....	45
Extirpation du larynx, par Schede.....	190
Extirpation totale du larynx pour un épithélioma. Guérison.	

TABLE DES MATIÈRES.

893

	Pages.
Rétablissement de la voix (Un cas d'), par Greville Macdonald et Charters Symonds.....	262
Extirpation totale des larynx carcinomateux (Corrections et additions aux statistiques de Sir Morell Mackenzie sur l'), par Kragewsky.....	565
Extirpation partielle d'un larynx cancéreux, par Socin.....	779
Extirpation du larynx, par Bardenheuer.....	866
Fistule trachéale. Occlusion par un procédé spécial, par P. Berger.....	44
Fracture du larynx terminée heureusement (Un cas de), par A. Sokolowski.....	568
Fracture laryngo-trachéale. Fusion des cordes vocales. Glotte supplémentaire, par C.-M. Desvernine Galdos.....	672
Glandes des cordes vocales (Importance pathologique des), par B. Fraenkel.....	478
Goutte dans la gorge, par Sir Morell Mackenzie.....	569
Hémiatrophie laryngée avec paralysie motrice appréciable chez une syphilitique atteinte d'hémiatrophie de la langue du même côté, par A. Ruault.....	41
Hémorrhagie de la muqueuse atteinte du catarrhe chronique, par Pleskoff.....	193
Hernies du ventricule de Morgagni (Contribution à l'étude des), par Przedborski.....	559
Histologie des cordes vocales (Contribution à l'étude de l'), par A.-A. Kanthack et B. Fraenkel.....	775
Histologie de la muqueuse du larynx. La muqueuse chez le fœtus, par A.-A. Kanthack.....	776
Hypertrophie diffuse fibreuse de la muqueuse laryngée, nature des végétations préaryténoïdiennes observées chez les phthisiques, par H. Luc.....	43
Ictus laryngé (Un cas d'), par J. Garel.....	47
Infiltration gommeuse de la bande ventriculaire droite, par L. Lacoarret.....	41
Injectons trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments (Possibilité des), par R. Botey.....	545
Influenza (Manifestations laryngiennes et pharyngiennes de l'), par Paul Koch.....	313
Innervation centrale du larynx (Sur l'), par H. Krause, F. Semon et V. Horsley.....	781
Intubation du larynx (Trois cas de diphtérie laryngée guéris par l'), par Jacques.....	44
Intubation (Observations récentes relatives à l'), par Huber....	559
Kyste de la corde vocale supérieure, par C. Hayward.....	195
Laryngite traumatique, rupture probable de quelques fibres musculaires du thyro-aryténoïdien interne. Voix cassée, par L. Lacoarret.....	40
Laryngite sous-glottique aiguë, par Suchannek.....	190
Laryngite typhoïdique chez un enfant d'un an, par Bennon-Lewy.....	491
Laryngite hémorrhagique, par Favitzky.....	196
Laryngite polypeuse congénitale, par C.-M. Desvernine-Galdos.....	240
Laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante (De la), par A. Gouguenheim et J. Glover.....	509
Laryngite hémorrhagique, par Srebrny.....	560
Laryngite phlegmoneuse ou sous-muqueuse idiopathique, par A. Sokolowski.....	560
Laryngite hémorrhagique, par L. Réthi.....	778
Laryngite hypertrophique sous-glottique (Contribution à la pathologie et au traitement de la), par A. Sokolowski.....	863

	Pages.
Laryngo-fissure (Statistique de la), par Becker.....	565
Laryngo-sténose consécutive à une péri-chondrite dans le cours de la fièvre typhoïde, par Roukowitz.....	342
Larynx et pharynx (Nouvelle méthode d'examen des), par K. Vohsen.....	197
Larynx dans la scarlatine et dans la diphtérie (Altérations des piliers et du), par Tchernaeff.....	563
Lésions laryngées au cours de la fièvre typhoïde, par Landgraf.....	470
Lésions sous-muqueuses du larynx, par D.-J. Jurgensmeyer....	474
Lipômes du larynx (Notes cliniques sur les), par P. Mac Bride.....	192
Lupus du larynx, du pharynx et du voile du palais, par M. Natier.....	41
Lupus du larynx, du pharynx et de la bouche, par Orwiu.....	189
Lupus tuberculeux du larynx, de la trachée et des bronches ayant amené la sténose de la trachée et des bronches, par Wipham et Delepine.....	263
Lupus de l'entrée du larynx. Ablation par la pharyngotomie sous-hyoidienne, par C. Garré.....	475
Lupus du larynx (Deux cas de), par P. Michelson.....	476
Lupus de la gorge et du nez, par J. Middlemass-Hunt.....	567
Maladies du larynx, du nez et du naso-pharynx, par C. Seiler..	105
Maladies des premières voies respiratoires (année 1888-89). Leçons cliniques, par F. Massei, recueillies par S. Marano....	462
Maladies du larynx (Leçons sur les), par E.-J. Moure.....	690
Mort subite dans les maladies graves du larynx, par R. Botey.....	46
Mouvements laryngiens (Méthodes de démonstration des), par F.-H. Hooper.....	811
Mutisme hystérique guéri par une suggestion pendant le sommeil hypnotique (Note sur un cas de), par J. Charazac.....	639
Myxome hyalin de la corde vocale droite, par E. Eeman.....	42
Nerf laryngé supérieur (Recherches sur le), par L. Breisacher .	473
Obstruction partielle des bronches par des corps étrangers, par Bryant.....	342
Occlusion cicatricielle complète du larynx. Guérison par voie intra-laryngée, par G. Juffinger.....	477
Œdème neuro-vasculaire héréditaire du larynx, par Osler.....	193
Œdème aigu de la glotte causé par l'administration de l'iodure de potassium, par A. Grœnouw.....	861
Organes respiratoires pendant l'influenza (Des accidents et complications du côté des), par A. Sekolowski.....	863
Pachydermie du larynx (De la), par L. Réthi.....	478
Pachydermie laryngée (Un cas de la forme lisse de la), par P. Michelson.....	778
Papillomes du larynx traités par la curette, par F. Massei.....	192
Paralysie des deux récurrents et tétanie à la suite d'une opération de goître, par Berdez.....	191
Paralysie unilatérale de l'abducteur de la glotte, due à un réflexe par irritation nasale (Deux cas de), par D.-R.-H. Stewart...	194
Paralysies du muscle ary-aryténoidien (Des), par A. Proust et P. Tissier.....	289
Paralysies laryngées syphilitiques (Des), par P. Tissier.....	370
Paralysie des muscles du larynx dans le courant du tabes dorsalis (La), par R. Dreyfuss.....	865
Pathologie et thérapeutique du pharynx, des fosses nasales et du larynx (2 ^e volume, <i>Larynx</i>), par F. Massei.....	461
Pemphigus de la partie supérieure des voies aériennes (Quelques mots sur le), par Zwillinger.....	480
Péri-chondrite primitive du larynx (De la), par Behr.....	481

	Pages.
Phthisie laryngée (Traitement de ce que l'on appelle la), par J. Sedziak.....	561
Physiologie de la trachée et des bronches. Déductions pathologiques et pathogéniques, par Nicaise.....	42
Polype du larynx du volume d'une grosse noix. Extirpation endo-laryngée, par R. Botey.....	46
Polypes des cordes vocales (Etude sur l'histologie des), par A.-A. Kanthack.....	195
Polype extra-laryngé (Un cas de), par Tsakyrogious.....	195
Polypes sus-glottiques (Rôle des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois gros), par E. Boinet.....	787
Réséction partielle d'un larynx cancéreux, par Mickulicz.....	778
Rupture de la trachée avec fractures sternale et costale, par Bennet.....	189
Spasme de la glotte (Du traitement du), par Fleisch.....	342
Spasme coordinateur de la glotte (Contribution à l'étude du), par A. Meyer.....	710
Sténose laryngée, par Landgraf.....	471
Sténoses laryngées et bronchiques (Sur la pathologie des), par Landgraf.....	471
Sténoses du larynx traitées par la méthode de Schroetter, par A. Thost.....	473
Sténose syphilitique du larynx et de la trachée chez un enfant de 3 ans, par Malinowski.....	560
Sténose laryngée consécutive à la trachéotomie chez un enfant de 7 ans, traitée par le cathétérisme ascendant, par A. Thost.....	779
Syphilis héréditaire précoce (Manifestations laryngées de la), par A. Sevestre.....	38
Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches), par C. Mauriac.....	39
Trachéotomie pratiquée chez les enfants (De la chloroformisation dans la), par T. Weiss.....	47
Trachéotomie dans un cas d'entrave à la respiration. Guérison, par E.-A. Wright.....	194
Trachéotomie chez l'adulte (Contribution à l'étude du manuel opératoire de la), par J. Glover.....	327
Trachéotomie dans la tuberculose du larynx, par Seifert.....	467
Trachéotomie précoce et tardive dans les affections chroniques du larynx (Des avantages réciproques de la), par Lennox Brown.....	558
Trachéotomie (Contribution à la), par Hildebrandt.....	564
Tubage du larynx (Deux cas de), par R. de la Sota y Lastra.....	45
Tuberculose laryngée avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par H. Handford.....	262
Tuberculose laryngée traitée par le curettage, par H. Krause.....	343
Tuberculose des poumons et du larynx traitée par l'appareil à air chaud de Weigert, par H. Møser.....	467
Tuberculose laryngée (Traitement et guérison de la), par Keimer.....	469
Tuberculose laryngée comme substratum anatomique de la boucle hystérique, par Langreuter.....	470
Tuberculose laryngée traitée par l'acide lactique, par Golynetz.....	564
Tuberculose laryngée traitée par le menthol, par Ossendowsky.....	564
Tuberculose laryngée traitée par l'action de l'air chaud employé d'après la méthode de Weigert (Expériences sur la), par Nykamp.....	711
Tumeurs tuberculeuses du larynx (Des), par A. Cartaz.....	47
Tumeur des replis aryéno-épiglottiques, par Moncorgé.....	48
Tumeurs laryngées bénignes se transformant en tumeurs malignes à la suite d'opérations intra-laryngées, par F. Semon.....	39

	Pages.
Tumeurs du larynx (Traitement endo-laryngé des), par P. Michelson.....	476
Tumeurs cartilagineuses du larynx (Des), par F. Putelli.....	476
Tumeurs de la trachée (Sur les), par Paul Koch.....	682
Tumeurs sous-glottiques (Instrument pour l'ablation des), par J. Scheinmann.....	777
Ulcération non traumatiques de la trachée (Des), par Valette...	37
Ulcération des cordes vocales dans le cours de la grippe, par P. Le Noir.....	175
Ulcération tuberculeuses du larynx (A propos de l'étiologie des), par E. Fraenkel.....	469
Ulcération de larynx traitées par la résorcine, par Tymowsky.	655

Nez.

Abcès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiés sur la question, par H. Luc.....	51
Abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale concomitante et définitive (Des), par A. Gouguenheim.....	604
Acide trichloracétique dans les affections du nez et de la gorge, par A.-H. Ehrmann.....	868
Affections réflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs avec sommeil hypnotique. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux du nez, par Polo.....	53
Affections oculaires dans les affections nasales, par Ziem.....	199
Aluminium acéto-tartrique et son emploi dans les maladies du nez, par A. Holste.....	487
Anatomie, physiologie et pathologie du nerf olfactif (Etudes sur l'), par Dana.....	199
Anesthésie dans les opérations naso-pharyngiennes (Sur la position et les méthodes d'), par F.-W. Silk.....	575
Aristol dans l'ozène, par Lœwenstein.....	869
Asthme considéré spécialement dans ses rapports avec les maladies du nez, par E. Schmiegelow.....	395
Asthme bronchique (Forme nasale de l'), par E. Bloch.....	489
Catarrhe purulent des sinus frontaux consécutif, à l'ablation de polypes (Un cas de), par G. Labit.....	55
Catarrhe chronique du pharynx nasal et la bourse pharyngée (Le), par F. Siebenmann.....	482
Catarrhe naso-pharyngien (Traitement du), par Gordon.....	712
Catarrhe chronique du nez et du pharynx causé par l'usage d'une eau pour les cheveux contenant de l'arsenic (Un cas de), par D. Hood.....	712
Catarrhe rétro-nasal et son traitement en insistant surtout sur le « morbus Tornwaldtii », par P. Gerber.....	713
Catarrhe rétro-nasal. Observations sur l'article de Gerber, par Ziem.....	713
Chirurgie du sinus sphénoïdal (La), par E. Berger.....	182
Corps étranger des fosses nasales, par Phodiades.....	264
Corps étrangers du nez (Enlèvement des), par C.-W. Dodd.....	574
Coryza caséeux, par Potiquet.....	54
Coryza nerveux et salivation; leur relation étiologique avec les maladies des organes sexuels, par Peyler.....	200
Crêtes et épines de la cloison nasale, par A. Hartmann.....	365
Déformations de la cloison du nez (Etude sur les), par J. Rosenthal.	55
Dégénérescence fibreuse des cavités nasales et du pharynx d'origine syphilitique, par J.-N. Mackenzie.....	575

	Pages.
Dermoïde du nez, par F. Bramann.....	867
Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention du liquide; obstruction des arrière-fosses nasales, par A.-J.-B. Rolland.....	136
Douche nasale et autres procédés semblables (Emploi répété de la), par A.-H. Buck.....	690
Ectasié frontale, par Weinlechner.....	574
Empyème de l'antre d'Highmore (De l'éclairage électrique dans les cas d'), par T. Heryng.....	1
Empyème de l'antre d'Highmore, par Krieg.....	199
Empyème de l'antre d'Highmore (Traitement de l'), par A. Friedlaender.....	484
Empyème de l'antre d'Highmore (Contribution à la casuistique de l'), par A. Hartmann.....	485
Empyème de l'antre d'Highmore (De l'), par O. Chiari.....	485
Empyème de l'antre d'Highmore (Diagnostic et traitement de l'), par P. Michelson.....	486
Epilepsie réflexe d'origine nasale (Quelques cas d'), par Schneider.	484
Epistaxis (Hémostase rapide et définitive obtenue au moyen d'irrigations chaudes dans plusieurs cas d'), par A. Barth.....	853
Epistaxis compliquée d'œdème pulmonaire aigu, par J. Sterck..	869
Fièvre des foins (Pathogénie et traitement de la), par M. Natier.	27
Fièvre des foins (Pathogénie et traitement de la), par A. Ruault.	53
Fractures du nez traitées par l'appareil plâtré, par E. Chevallet.	27
Gommes des fausses nasales, par Baumgarten.....	868
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (Contribution à l'opération de l'), par Kuhn.....	490
Inflammation rétro-nasale aiguë avec phénomènes typiques, par C. Laker.....	870
Kyste suppuré du sinus ethmoïdal, ostéotomie bilatérale du nez, ablation, guérison, par L. Ollier.....	50
Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection, par Gérard Marchant.....	52
Kyste de la cloison nasale, par Baumgarten.....	868
Maladies du nez et du larynx chez l'enfant. Revue encyclopédique, par J. Keating.....	253
Malformation congénitale de la face (Un cas de), par J. Wolf...	575
Mélanosarcome du nez, par Michael.....	688
Menthol dans le coryza de la grippe épidémique et d'autres affections du nez et de la gorge, par Lennox Browne.....	570
Mycose nasale, par P. Schubert.....	488
Mycosis des fosses nasales en Russie, par Pokrasoff, Portchinsky, Ed. Brandt et Volynetz.....	135
Névroses réflexes d'origine nasale (Contribution à l'étude des), par François Franck.....	52
Névroses réflexes dues à une affection naso-pharyngienne, par Netchaieff.....	201
Névroses réflexes développées et exagérées par le traitement intra-nasal, par O. Laurent.....	439
Névroses nasales (Diagnostic et traitement des), par J. Scheinmann.....	482
Nez et larynx chez 2,238 enfants des écoles (Examen des), par R. Kafemann.....	772
Oblitération congénitale des choanes, par A. Onodi.....	487
Oblitération congénitale des choanes. Traitement opératoire, par A. Schwendt.....	781
Obstruction nasale (Traitement de l'), par Scanes Spicer.....	261

	Pages.
Obstruction osseuse congénitale de l'arrière-fosse nasale gauche, par A.-J.-B. Rolland.....	345
Obstruction osseuse des deux choanes, par B. Fraenkel.....	487
Obstruction du nez dans ses rapports avec l'administration des anesthésiques, par F.-W. Silk.....	573
Œdème lymphatique chronique de la lèvre supérieure produit par des lésions nasales, par J. Wright.....	196
Opérations nasales (Phénomènes réactionnels à la suite des), par L. Treitel.....	782
Ostéome des fosses nasales, par Montaz.....	49
Ozène, sa nature, avec quelques considérations sur la transformation des épithéliums, par Schuchardt.....	481
Ozène traité par l'électrolyse, par R. Kafemann.....	482
Papillomes des fosses nasales (Contribution à l'étude des), par L. Lacoarret.....	55
Papillome mou du cornet inférieur, par B. Gomperz.....	198
Parosmie (Un cas de), par A. Onodi.....	871
Physiologie des cavités aériennes de la tête, par Sandmann....	490
Polypes naso-pharyngiens (Des), par Heurtaux.....	50
Polype fibreux naso-pharyngien. Extirpation. Guérison. (Un cas de), par L. Poisson.....	50
Polypes du nez (Exophtalmie consécutive à l'ablation de), par F. Semon.....	264
Polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse (Un cas de), par A. Capart.....	401
Polype muqueux de l'antré d'Highmore (Observation d'un cas de), par Rutten.....	404
Polype naso-pharyngien, avec la déformation dite « frog face » (face de crapaud), par J. Bark.....	571
Polype nasal contenant de l'air (Un cas de), par J. Michael.....	689
Polypotome nouveau pour polypes naso-pharyngiens, par L. Réthi.....	489
Pyocétanine dans le nez et la gorge (Emploi de la), par M. Bresgen.	711
Redressement du nez (Opération de), par Trendelenburg.....	344
Réséction du cartilago triangulaire pour la guérison de la scoliose du nez, par Krieg.....	486
Rhinite atrophique (Nouvelle méthode de traitement de la), par A. Ruault.....	54
Rhinites et surdité, par Sénac-Lagrange.....	331, 388, 453 et 616
Rhinite pseudo-membraneuse primitive, par Bischoffswerder....	344
Rhinite atrophique chronique (Étiologie et curabilité de la), par Jirmunsky.....	570
Rhinolithe et deux cas de dents nasales (Un cas de), par J. Wright.....	202
Rhinolithe, par F. Schiffers.....	403
Rhinolithe (Un cas de), par Baden.....	573
Rhinolithes (Des), par Noquet.....	632
Rhinolithe (Un cas de formation de), par F. Rohrer.....	712
Rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie (Deux cas de), par O. Chari.....	18
Rhinolithiase (Quatre cas de), par A. Ruault.....	633
Rhinosclérome (Un cas de), par G. Bojew.....	197
Rhinosclérome (Inoculation aux animaux du), par E. Stepanow.	198
Rhinosclérome (Un cas de), par Rydigier.....	345
Rhinosclérome (Du), par Wolkowitsch.....	572
Serre-nœud et écraseur nasal combiné, par F.-H. Hooper.....	21
Sozoiodol en rhinologie et en laryngologie, par Stern.....	345
Synéchies intra-nasales (Traitement des), par A. Krakauer.....	488

TABLE DES MATIÈRES.

805

	Pages.
Syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, par Olivier.....	28
Syphilis nasale, par P. Michelson.....	343
Syphilis imitant le lupus (Sur un cas de), par R. Norris-Wolfenden.....	571
Syphilis pharyngo-nasale (Contribution à l'étude de la), par P. Gerber.....	784
Troubles oculaires d'origine nasale, par A. Trousseau.....	53
Troubles de l'odorat et du goût (Quelques cas de), par Baumgarten.....	489
Troubles sécrétoires du nez et des glandes salivaires dans leurs rapports avec les affections des organes génitaux, par E. Peyer.....	871
Tuberculose de la muqueuse nasale, par Hajek.....	157
Tuberculose de la muqueuse nasale, par Juffinger.....	344
Tuberculose des fosses nasales (La), par A.-F. Plicque.....	797
Tumeurs naso-pharyngiennes. Ablation par l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez et son renversement de bas en haut, par L. Ollier.....	49
Tumeurs malignes des fosses nasales (Ablation des), par L. Ollier.....	46
Tumeurs malignes des fosses nasales (Etude sur le diagnostic et le traitement de), par A.-F. Plicque.....	141
Tumeurs naso-pharyngiennes (Ablation des), par Annandale. ..	200
Tumeurs nasales tuberculeuses, par Hicquet.....	402
Tumeurs adénoïdes avec coexistence de la fente palatine, par Boucheron.....	688
Végétations adénoïdes (Les opérations incomplètes de), par H. Luc.....	52
Végétations adénoïdes chez l'adulte, par V. Raulin.....	641
Végétations adénoïdes (Complications consécutives à l'ablation des), par A. Cartaz.....	647

Pharynx et varia.

Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome, par M. Natier.....	59
Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques (Comment doit-on ouvrir les), par J. Bokai.....	872
Adéno-chondrome du voile du palais, par A. Poncet.....	60
Amygdale du pharynx chez les vieillards (Hypertrophie de l'), par J. Solis-Cohen.....	204
Amygdale linguale (Des affections de l'), par Hagen.....	204
Amygdales (Concrétions caséuses des), par Gautier.....	205
Amygdale (De l'ouverture des lacunes de l'), par M. Schmidt....	493
Amygdales de l'isthme de la langue et du pharynx (Fonctions et rapports avec les affections de la gorge et du nez des), par Scanes Spicer.....	578
Amygdale linguale (Contribution à la pathologie de l'), par G. Kersting.....	787
Amygdalites et angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales, par A. Ruault.....	58
Amygdalite folliculaire aiguë (Pneumocoque dans l'), par U. Gabbi.....	492
Amygdalite folliculaire, par Dunlop.....	714
Amygdalotomie (Hémorrhagie alarmante consécutive à l'), par Fuller.....	203
Amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire, par P.-E. Désiré.....	822
Angine cholérique, par M. Coste.....	83

	Pages.
Angine granuleuse traitée par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale, par A. Ruault.....	63
Angine gangtèneuse primitive, par E. Maurin.....	63
Angine phlegmoneuse (De la localisation de l'), par O. Chiari...	491
Anatomie du rétro-pharynx (Sur l'), par R. Pœlchen.....	785
Annual of the Universal Medical Sciences, par E.-E. Sajous....	832
Asthme (L'), par Mokée.....	715
Bourse pharyngée et maladie de Tornwald, par P. Raugé.....	57
Bourse de Luschka. Examen histologique de Retterer, par Gellé.	302
Bourse pharyngée (De quelques affections de la), par A. Bronner.	350
Bourse pharyngée (Inflammation de la), par Zwillinger.....	873
Cancer du corps thyroïde (Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le), par A. Poncet.....	60
Cancer de l'œsophage : début avec brusque compression du nerf récurrent gauche le long de la trachée ; voix bitonale, mort et autopsie, par Caussade.....	66
Cancer de l'œsophage; paralysie du récurrent gauche, parésie du récurrent droit, par Marchand.....	494
Cancer de l'œsophage, par Bishof.....	714
Cancer du pharynx. Paralysie d'un abducteur par lésion directe du muscle (Cas rare de), par W. Lublinski.....	787
Carcinome primitif de l'amygdale. Pharyngectomie externe. Guérison, par G.-R. Fowler.....	205
Carcinome du corps thyroïde (Cas de), par Scheinmann.....	493
Catarrhe chronique du pharynx (Thérapeutique actuelle du), par R. Kafemann.....	490
Catarrhe du recessus pharyngé médian, par R. Kafemann.....	786
Coqueluche traitée par la résorcine, par Andeer.....	494
Coqueluche traitée par le bromoforme, par Stepp.....	494
Coqueluche (Traitement de la), par Schilling.....	494
Diphthérie et rougeole : leur mode de transmission, par A. Sevestre.....	67
Diphthérie (Propagation de la), par L. Bard.....	67
Diphthérie (Traitement de la), par E. Bouchut.....	68
Diphthérie (Traitement de la), par A. Chantemesse et F. Widal..	68
Diphthérie (Traitement de la), par Jules Simon.....	69
Diphthérie (Etudes sur la), par E. Roux et A. Yersin.....	70
Diphthérie traitée par l'acide salicylique, par L. Lane.....	265
Diphthérie à l'hôpital de la Charité de Berlin (La), par Henoch..	346
Diphthérie en Norwège (Tableau de la), par A. Johannessen....	576
Diphthérie à Londres (Marche ascendante de la mortalité)....	579
Erythème exsudatif du pharynx, du larynx et du nez, par Schetz.	495
Gastrostomie pour rétrécissement oncéreux de l'œsophage, par Nicaise.....	65
Goître kystique énorme à développement rapide. Thyroïdectomie. Guérison, par L. Picqué.....	61
Goître exophthalmique (Traitement chirurgical du), par C. Audry..	62
Gommes syphilitiques de l'amygdale, par E. Juhel-Rényon....	58
Hémiatrophie de la langue avec autopsie (Contribution à l'étude de l'), par P.-D. Koch et Pierre Marie.....	72
Hémiatrophie de la langue, par T. Barlow.....	265
Idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement (Un cas rare d'), par V. Lange.....	349
Intoxication par la cocaïne (Des accidents aigus d'), par R. Lépine.....	62
Kystes du pharynx, par P. Raugé.....	56
Kystes du corps thyroïde (Traitement des), par E. Schwartz....	60
Langue pileuse, par Dinkler.....	788
Lésions pharyngées dans la fièvre typhoïde, par Belde.....	491

TABLE DES MATIÈRES.

	907
	Pages.
Lupus de la bouche, par Gray.....	305
Lympho-sarcome de l'amygdale, par J. Schnitzler.....	346
Microorganismes de la bouche (Action locale et à distance des), par D. Muller.....	497
Mycose du champignon du muguet, par G. Roux et G. Linossier.	59
Mycose du pharynx (Un second cas de), par F. Siebenmann..	202
Mycosis pharyngien (Note sur la morphologie et le traitement du), par C. Goris.....	58
Myxœdème, par Mosler.....	349
Muguet chez les individus sains, par O. Seifert.....	59
Névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale, par Bernhardt.....	715
Œsophage (Vices de conformation de l'), par Brosset.....	66
Papillome fibreux de la langue, par Vincent.....	72
Paralysie dyptérique (Sur l'anatomie pathologique de la), par Krauss.....	577
Parotidites (Contribution à l'étude des), par Ziem.....	206
Périostite du maxillaire supérieur en relation directe avec l'in- fluenza (Deux cas de), par H. Mœser.....	788
Pièces microscopiques présentées à la Société française d'oto- logie et laryngologie, par Boucheron.....	637
Pharyngite fibrineuse chronique, par A. Onodi.....	873
Phlegmons sous-maxillaires infectieux (angine de Ludwig) (Con- tribution à l'étude des), par E. Schwartz.....	61
Polype congénital chevelu du pharynx, par O. Richard.....	348
Ptyolithe dans le canal de Wharton, par Rohrer.....	715
Rétrécissements de l'œsophage traités avec succès par l'électro- lyse linéaire, par J.-A. Fort.....	65
Rétrécissement du pharynx, par B. Fränkel.....	491
Spasmes œsophagiens par hypertrophie de la quatrième amyg- dale, par J. Joal.....	652
Stomatite ulcérateuse ou « cancrum oris » (Quelques observations nouvelles sur l'étiologie de la), par A. Lingard.....	206
Stomatite gangréneuse idiopathique (Sur la), par Brucke.....	788
Tétanie consécutive à l'extirpation du goître, par Eiselsberg....	495
Thyroïdectomie partielle, par C. Audry.....	60
Tuberculose du pharynx, par B. Tauber.....	202
Tuberculose primitive de la bouche (Un cas de), par Gleitsmann.	204
Tuberculose de la base de la langue, par P. Heymann.....	497
Tuberculose du pharynx, par Roth.....	579
Tumeurs gazeuses du cou (aérocèles, laryngocèles, broncho- cèles, trachéocèles des auteurs), par L.-H. Petit.....	71
Tumeur du pharynx. Mort dans la chloroformisation, par Cand- well.....	576
Tumeur mixte du voile du palais, par Hoffmann.....	579
Tumeur glandulaire de la langue, par Butlin.....	716
Ulcération tuberculeuses traitées par le naphthol camphré, par Fernet.....	62
Voile du palais (Sur la pathologie du), par F. Muller.....	496

Indications bibliographiques.

Oreille : Pages. 265, 275, 276, 277, 278, 420, 580 et 717.
 Larynx. — 267, 274, 275, 277, 278, 425, 583 et 720.
 Nez. — 270, 274, 275, 276, 277, 278, 498, 657 et 789.
 Pharynx et Varia. — 272, 274, 275, 276, 277, 278, 501, 660 et 873.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.), 53.1.91.

JUL 17 1911

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07026 1352



