

Titre : Congrès international d'otologie et de laryngologie tenu à Paris du 16 au 21 septembre

1889. Procès-verbaux sommaires

Auteur : Exposition universelle. 1889. Paris

Mots-clés : Exposition universelle (1889 ; Paris) ; Otorhinolaryngologie*Europe*19e siècle*Congrès

Description : 1 vol. (36 p.) ; 24 cm

Adresse : Paris : Imprimerie nationale, 1889

Cote de l'exemplaire : CNAM 8 Xae 331-25

URL permanente : <http://cnum.cnam.fr/redir?8XAE331.25>



La reproduction de tout ou partie des documents pour un usage personnel ou d'enseignement est autorisée, à condition que la mention complète de la source (*Conservatoire national des arts et métiers, Conservatoire numérique <http://cnum.cnam.fr>*) soit indiquée clairement. Toutes les utilisations à d'autres fins, notamment commerciales, sont soumises à autorisation, et/ou au règlement d'un droit de reproduction.

You may make digital or hard copies of this document for personal or classroom use, as long as the copies indicate *Conservatoire national des arts et métiers, Conservatoire numérique <http://cnum.cnam.fr>*. You may assemble and distribute links that point to other CNUM documents. Please do not republish these PDFs, or post them on other servers, or redistribute them to lists, without first getting explicit permission from CNUM.

n° 25.

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE
ET DES COLONIES. *8° Xav 32-25*

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EXPLOITATION.

CONGRÈS INTERNATIONAL
D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE,

TENU À PARIS DU 16 AU 21 SEPTEMBRE 1889.

PROCÈS-VERBAUX SOMMAIRES

PAR M. LE DOCTEUR A. CARTAZ,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, SECRÉTAIRE DU CONGRÈS.



PARIS.
IMPRIMERIE NATIONALE.

M DCCC LXXXIX.

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE
ET DES COLONIES.

8° Xar 331-25

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EXPLOITATION.

CONGRÈS INTERNATIONAL
D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE,

TENU À PARIS DU 16 AU 21 SEPTEMBRE 1889.

PROCÈS-VERBAUX SOMMAIRES

PAR M. LE DOCTEUR A. CARTAZ,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, SECRÉTAIRE DU CONGRÈS.



PARIS.
IMPRIMERIE NATIONALE.

M DCCC LXXXIX.

Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié prochainement.

COMITÉ D'ORGANISATION⁽¹⁾.

PRÉSIDENT.

M. DUPLAY (le professeur).

VICE-PRÉSIDENTS.

M. LADREIT DE LACHARRIERE (le docteur). | M. GOUGUENHEIM (le docteur).

SECRÉTAIRE.

M. LOEWENBERG (le docteur).

TRÉSORIER.

M. MÉNIÈRE (le docteur).

MEMBRES DU COMITÉ.

MM. BOUCHERON (le docteur).
CALMETTES (le docteur).
GAREL (le docteur), de Lyon.
GELLÉ (le docteur).
JOAL (le docteur).
LANNOIS (le docteur), de Lyon.

MM. MIOT (le docteur).
MOURE (le docteur), de Bordeaux.
NOQUET (le docteur), de Lille.
RUAULT (le docteur).
TERRIER (le docteur).
TILLAUX (le docteur).

⁽¹⁾ Le Comité d'organisation a été nommé par arrêté ministériel en date du 9 novembre 1888; il a constitué son bureau dans sa première séance, le 17 novembre 1888.

**CONGRÈS INTERNATIONAL
D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE,**

TENU À PARIS DU 16 AU 21 SEPTEMBRE 1889.

Séance d'ouverture, 16 septembre.

PRÉSIDENCE DE M. GARIEL, puis de M. GELLÉ.

M. le professeur GARIEL, au nom du Gouvernement, et M. le docteur LADREIT DE LA CHARRIÈRE, au nom du Comité d'organisation et en l'absence de M. le professeur Duplay, président, empêché, souhaitent la bienvenue aux membres du Congrès.

On procède à la constitution du bureau.

Président :

M. GELLÉ.

Vice-Présidents :

MM. GOUGUENHEIM.
LOEWENBERG.

| MM. MéNIÈRE.
MOURE.

Secrétaire-Trésorier :

M. RUAULT.

Secrétaires :

M. CARTAZ.

| M. LANNOIS.

Secrétaires adjoints :

M. POTIQUET.

| M. WAGNIER.

Sont nommés par acclamation.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

Pour la France :

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE.

Pour l'Angleterre :

M. SPICER, de Londres.

Pour l'Autriche :

M. POLITZER, de Vienne.

| M. SCHNITZLER, de Vienne.

Pour la Belgique :

M. DELSTANCHE, de Bruxelles. | M. SCHIFFERS, de Liège.

Pour le Brésil :

M. DE BULHOES RIBEIRA.

Pour l'Espagne :

M. ROQUER Y CASADESUS, de Barcelone. | M. SUNÈ Y MOLIST, de Barcelone.

Pour la Hollande :

M. KOCH, de Luxembourg.

Pour l'Italie :

M. COZZOLINO, de Naples. | M. MASSEI, de Naples.

Pour la Russie :

M. HERYNG, de Varsovie.

Pour la Suisse :

M. ROHRER, de Zurich.

1. M. le docteur SUNÈ Y MOLIST (de Barcelone). — *De la trépanation de l'apophyse mastoïde pour calmer la douleur dans les otites moyennes avec carie du temporal.*

M. SUNÈ Y MOLIST a obtenu de très bons résultats de la trépanation de l'apophyse mastoïde pour modifier les symptômes aigus et douloureux dans les otites moyennes, avec carie ancienne du rocher. L'intervention calme rapidement les douleurs et prévient les complications graves.

Discussion. — M. le docteur SUAREZ DE MENDOZA a eu recours à ce procédé en dehors de toute suppuration; mais il fait observer qu'il a été employé déjà depuis longtemps par Hartmann, Green, Knapp.

M. le docteur SUNÈ Y MOLIST ne donne pas ce procédé comme nouveau; il a tenu seulement à apporter quelques faits cliniques.

2. M. le professeur SCHNITZLER (de Vienne). — *Aphorismes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose laryngée.*

L'existence des ulcérations catarrhales simples du larynx, contestée par nombre d'auteurs, est absolument certaine; le diagnostic, quoique délicat, peut être bien établi et les ulcérations guérissent sans laisser de cicatrices ni de pertes de substance.

L'existence des nodules tuberculeux miliaires du larynx est moins contestée; ils sont souvent un des premiers signes apparents de la tuberculose laryngée et sont moins rares qu'on le croit.

M. Schnitzler établit ensuite la curabilité de la tuberculose laryngée, mais s'élève contre l'optimisme des partisans du traitement chirurgical. Il préconise

entre autres moyens médicamenteux l'emploi local du baume du Pérou associé à l'alcool et à l'essence de menthe et, mieux encore, au collodion élastique.

Discussion. — M. le docteur HERYNG (de Varsovie) est d'accord avec M. Schnitzler sur l'existence des ulcérations catarrhales dont il a observé une quinzaine de cas. Il a été lui-même atteint d'une lésion de ce genre, dont il s'est bien guéri. Relativement à la question du traitement de la tuberculose laryngée, il ne partage absolument pas les idées de M. Schnitzler. Aucun des médicaments qu'il a énumérés ne peut être comparé à l'acide lactique qui a donné des succès fort remarquables (43 cas de guérison ou amélioration sur 71, Krause).

Il a droit de s'étonner des critiques dirigées contre le traitement chirurgical, critiques fondées sur des tentatives mal faites, chez des malades qui n'auraient pas dû être traités par cette méthode, sans aucune notion de la technique et avec de mauvais instruments. Depuis trois ans il a employé le curetage sur 200 malades, et plus de cinquante fois il a obtenu la cicatrisation des ulcères. Il ne saurait donc être question, comme le dit M. Schnitzler, de s'élever contre un optimisme qui va trop loin.

M. ROHRER (de Zurich) dit que les insufflations d'antipyrine et de cocaïne lui ont donné de bons résultats.

M. MOURE (de Bordeaux) admet, comme Schnitzler, Heryng et d'autres auteurs français, l'existence des ulcérations catarrhales non tuberculeuses; mais, dans ce cas, il s'agit toujours d'ulcérations superficielles. Il ne croit pas qu'il existe de traitement spécifique de la tuberculose laryngée et, dans bien des cas, un traitement simple ou l'abstention lui semblent préférables au traitement chirurgical.

M. RUAULT (de Paris) a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des granulations tuberculeuses du larynx à l'examen laryngoscopique et, en pareil cas, il s'agissait toujours de tuberculoses à marche rapide. Il pense que ces granulations disséminées sont, dans la grande majorité des cas, une manifestation secondaire de la tuberculose du nez et surtout du pharynx.

M. SCHNITZLER ne conteste pas les résultats obtenus par M. Heryng; il pense seulement qu'on peut obtenir la guérison avec d'autres traitements.

3. M. le docteur Lévi (de Paris). — *L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente des cellules mastoïdiennes.*

L'ostéopériostite externe primitive est rare; elle s'annonce brusquement par un gonflement énorme et des douleurs violentes; les troubles de l'audition sont nuls. L'inflammation progresse rapidement et peut s'étendre en fusées purulentes le long du sterno-mastoïdien, amener la carie ou la nécrose de l'apophyse mastoïde. Un seul traitement doit être mis en pratique, l'incision profonde jusqu'à l'os.

M. Lévi rapporte un cas d'inflammation primitive purulente des cellules mastoïdiennes ayant amené la mort, probablement par extension aux méninges et pénétration du pus dans la cavité crânienne.

Séance du 16 septembre (soir).

PRÉSIDENCE DE M. GOUGUENHEIM.

4. M. le docteur CHERVIN. — *Classification des troubles de la parole.*

M. CHERVIN présente une classification des troubles de la parole basée sur l'étude des actes psycho-physiologiques que nécessite cette fonction.

D'après M. Chervin, parler comprend trois actes : 1° élaboration des idées et des mots; 2° transmission de ces idées aux organes chargés de les matérialiser et coordination des mouvements propres au langage articulé; 3° fonctionnement des organes phonato-articulateurs. Dès qu'une perturbation quelconque se produit dans l'accomplissement de l'un ou l'autre de ces actes, la parole s'en ressent. Il y a donc trois groupes de troubles correspondant aux trois actes principaux de la parole que M. Chervin classe de la manière suivante : Troubles de la parole causés par : 1° des troubles de la pensée, en distinguant les troubles passagers, résultant de la timidité, de la colère, des troubles permanents provoqués par des affections mentales, folie, idiotie, etc.; 2° des troubles dans la transmission de la pensée aux organes et coordination de leurs mouvements, en distinguant les troubles accompagnés de lésions organiques, c'est-à-dire les quatre formes de l'aphasie, des troubles sans lésion organique, c'est-à-dire le bégaiement; 3° des troubles dans l'articulation des mots : troubles d'origine fonctionnelle causés par des manœuvres anormales de la langue ou des lèvres, comme la blésitè et ses variétés; troubles d'origine organique causés par des malformations buccales ou des paralysies.

5. M. le docteur EGIDI (de Rome). — *Tubage et trachéotomie.*

M. Fr. EGIDI compare ces deux procédés opératoires. Il établit des statistiques se rapportant à l'un et à l'autre. Pour lui, la trachéotomie est bien supérieure, comme résultats et comme commodité, au tubage.

Voici les conclusions qu'il donne à ce sujet :

- 1° Le tubage, grâce à nos moyens actuels, est inférieur à la trachéotomie.
- 2° On ne doit l'employer que si la trachéotomie est énergiquement refusée par le malade ou les parents;
- 3° Il doit remplacer la trachéotomie dans les sténoses laryngées;
- 4° Cependant il peut rendre des services si les moyens pratiques deviennent meilleurs.

Discussion.— M. LUBET-BARBON (de Paris) se rallie d'autant mieux aux conclusions de M. Egidi qu'il a pratiqué et vu pratiquer plusieurs fois le tubage avec des résultats peu encourageants : tous les malades ont succombé sauf un, qui, dans un accès de toux, expulsa le tube et ne présenta plus d'accès. Ce fait prouve que le tubage peut présenter quelques indications, notamment dans les cas où la canule mise en place peut, sans inconvénient, être retirée après 24 heures. Evidemment, dans ce cas, difficile d'ailleurs à préjuger, il vaudrait mieux ne pas exposer le malade aux accidents possibles de toute trachéotomie. Et encore le tubage est-il lui-même grave comme suites, et les soins à donner aux enfants tubés sont plus considérables que ceux à donner aux trachéotomisés :

(éviter l'introduction des aliments dans les bronches, d'où nécessité de nourrir à la sonde œsophagienne).

6. M. le docteur EGIDI présente un *dilatateur bivalve permanent de la trachée*.

Discussion. — M. MOURE trouve que la canule avec mandrin de Krishaber-Péan supprime toutes difficultés d'introduction. L'appareil de M. Egidi lui semble compliqué et, après deux ou trois jours, le passage peut être obstrué par les parties enflammées. En cas de corps étrangers, il préfère l'écartement des lèvres de la trachée avec deux épingle à cheveux.

M. CHARAZAC se sert du porte-canules et, dans dix opérations faites depuis un an, n'a jamais éprouvé de difficultés pour l'introduction.

7. M. le docteur CARTAZ (de Paris). — *De l'ictus laryngé*.

M. CARTAZ, après avoir rappelé les observations antérieures, au nombre de vingt et une, publiées depuis les premiers faits du professeur Charcot, relate quatre cas d'ictus laryngé.

Les deux premiers sont des faits classiques survenus chez des arthritiques goutteux, à l'occasion d'une laryngo-bronchite légère. Au milieu d'une quinte de toux, les malades ont été pris de sensation de vertige, puis ont eu une perte de connaissance d'une durée de quelques secondes. Dans un de ces cas, le point de départ de l'irritation laryngée était une hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, venant frotter contre l'épiglotte. La cautérisation de ce tissu fit disparaître les quintes de toux et les accidents de vertige syncopal. Chez un troisième malade, la syphilis était la cause directe des accès.

Enfin le quatrième cas a été observé chez un tabétique avéré; avec de petites crises de spasme, le malade a eu, en quelques mois, huit grandes crises d'ictus. Chez tous ces malades, il existait une hyperesthésie de la muqueuse du larynx.

M. Cartaz discute les opinions émises sur la pathogénie de ces accidents et pense que dans la majorité des cas il s'agit de troubles réflexes causés par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures, excitation transmise aux centres bulbaires par les filets du pneumogastrique et déterminant tantôt de simples troubles passagers, vertigineux, spastiques, tantôt une véritable syncope, un ictus complet. Ce n'est que dans une catégorie restreinte de cas que l'on peut invoquer (observations de Charcot, Garel), comme cause déterminante, les troubles asphyxiques causés par la violence des quintes de toux.

Discussion. — M. GELLÉ (de Paris) a observé un cas d'ictus chez un vieillard de 70 ans, atteint de catarrhe pharyngien et d'une légère surdité avec vertige. Étant à table, il fut pris d'une quinte de toux et tomba sans connaissance. Il pense que le larynx était l'origine de l'excitation, mais que l'oreille était la vraie cause de l'ictus.

M. le docteur BRÉBION (de Lyon) pense que quelques cas d'ictus laryngés peuvent être regardés comme d'origine nasale. Il se base sur ce que dans un cas il a produit l'ictus par un attouchement sur un cornet sain. Il croit que la pharyngite qui se remarque dans la plupart des cas avant la crise est toujours accompagnée d'un gonflement et d'une inflammation, légère si on

veut et passagère, mais congestive, qui doit être incriminée plutôt que la légère hypertrophie laryngée remarquée dans ces cas. De légers attouchements avec des caustiques produisent bien vite l'amélioration et la guérison de cet état d'ictus. Ce qui l'a frappé, c'est que ces cas d'ictus sont pour la plupart rencontrés chez des goutteux, des arthritiques et dyspeptiques. Il est bien entendu qu'il abandonne son opinion pour les ictus des tabétiques.

M. LICHTWITZ (de Bordeaux) a vu un cas de spasme laryngé des plus violents chez un tabétique dans le service du professeur Pitres. Les attaques survinrent spontanément ou pouvaient être provoquées par l'attouchement de la muqueuse de l'entrée du larynx. Des pulvérisations faites avec une solution faible de cocaïne diminuèrent sensiblement la fréquence des attaques spontanées.

8. M. le docteur MOURA (de Paris). — *Voice et registres.*

Après une étude critique des interprétations diverses données à ces mots, M. MOURA les définit ainsi :

La voix est l'ensemble des sons qui, engendrés dans le larynx, sont transformés par la volonté au moyen de la bouche, de la langue et des lèvres, en paroles ou en notes musicales.

Le registre est toute série de sons ayant un caractère uniforme d'émission, de sonorité et de timbre, qui permet de les distinguer de tous les autres.

9. M. le docteur NUVOLO (de Rome). — *Le chant peut se définir physiologiquement : une action harmonique, coordonnée, artistique des organes vocaux.*

Discussion. — MM. MOURA et CHERVIN insistent sur la question de l'éducation du larynx et approuvent les conclusions de M. Nuvoli.

Séance du 17 septembre (matin).

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

10. M. POLITZER (de Vienne) étudie les modifications pathologiques de l'attique externe du tympan, ainsi que de leur traitement, et fait passer sous les yeux de l'assemblée une nombreuse série de préparations à la loupe, reproduites, du reste, sur de grands dessins explicatifs.

Il montre d'abord plusieurs préparations normales qui servent à bien préciser les limites de l'attique externe, c'est-à-dire de l'espace situé entre le marteau et l'enclume d'un côté, et la paroi externe de la caisse de l'autre côté, espace borné en haut par le ligament suspenseur du marteau, et en bas par la courte apophyse du marteau et la membrane du tympan.

L'importance pratique de l'attique externe ressort de ce fait que dans cet espace se développent souvent des inflammations qui amènent la perforation de la membrane de Shirapnell avec des suppurations opiniâtres.

Comme modifications pathologiques survenant dans l'attique externe, M. Politzer cite les plaques d'exsudat dans les processus aigus de la caisse, la

formation de tissu conjonctif, l'adhérence de la membrane de Shrapnell au col du marteau, la production de granulations et de polypes qui poussent à travers la membrane de Shrapnell perforée, les masses cholestéatomateuses et la carie de la margelle tympanique.

Dans la partie pratique de son intéressante communication, M. Politzer parle en première ligne du traitement des suppurations compliquées de perforation de la membrane de Shrapnell. Les lavages réitérés au moyen de la canule de Hartmann et du tuyau élastique avec des solutions de résorcine, de sublimé, l'application d'acide borique, iodol, iodoforme, nitrate d'argent dissous, sont les médicaments recommandés par M. Politzer.

Dans le cas de suppuration résistant à tout traitement, l'auteur recommande un examen minutieux au moyen d'un stylet qu'il a imaginé, et au manche duquel on peut ajouter un instrument tranchant pour couper les adhérences dans l'attique externe.

Quand la carie des osselets est la cause de la suppuration persistante, M. Politzer propose l'extraction du marteau, mais seulement dans les cas où la carie est constatée par le stylet et quand l'audition est très diminuée. Lorsqu'il y a carie de la margelle tympanique, l'enlèvement de l'os malade au moyen de cuillers tranchantes est indiqué.

L'enlèvement des polypes et des masses cholestéatomateuses doit être pratiqué par une série de petits instruments que présente l'auteur.

11. M. le docteur ROHRER (de Zurich). — *Sur le labyrinthe des oiseaux.*

M. ROHRER montre des préparations anatomiques et histologiques du labyrinthe des oiseaux et insiste sur un système particulier de vascularisation qui doit jouer un rôle important dans l'acte de l'audition. Les centres vaso-moteurs règlent, par cet appareil, l'équilibre de l'organe principal sensoriel et de locomotion.

12. M. le docteur DELSTANCHE (de Bruxelles) présente divers instruments :

- 1° Explorateur latéral;
- 2° Sécateur des osselets et de l'ouïe;
- 3° Étrangleur électrique;
- 4° Appareil pour le redressement des déviations de la cloison nasale;
- 5° Rarefacteur;
- 6° Masseur du tympan;
- 7° Adénotome à curette.

Discussion. — M. COZZOLINO (de Naples) rappelle que, en 1874, Spencer Watson a proposé des plaques d'ivoire, au lieu de plaques métalliques, pour le redressement des déviations de la cloison. Lui-même a, dans un travail publié en 1884 (*Il Morgagni*), donné à cette opération le nom d'orthorhinie et indiqué l'emploi de plaques de caoutchouc.

M. POLITZER se sert avec grands avantages du masseur du tympan pour les catarrhes de l'oreille moyenne. Il recommande de s'en servir avec précaution et de ne pas le confier aux malades.

M. NOQUET a employé la curette de Gottstein modifiée, et elle lui a paru ne

pas valoir la pince de Loewenberg modifiée par Woakes. L'application de la curette est peut-être un peu plus douloureuse que celle de la pince. Mais, cette curette a surtout, selon lui, un grand défaut; le plus souvent, le morceau de tissu adénoïde ne reste pas accroché et n'est pas ramené au dehors. Quant au raréfacteur à double effet, il s'en sert depuis plusieurs années, en le combinant avec le cathétérisme, et il le considère comme un instrument très utile.

M. SUAREZ DE MENDOZA n'a eu qu'à se louer du résultat obtenu soit par l'usage qu'il fait du raréfacteur pendant le traitement, soit par celui que ses malades ont fait du masseur pour maintenir le mieux obtenu.

Il a cru cependant utile de faire modifier l'instrument en y ajoutant un manomètre, ce qui lui a permis d'obtenir des indications précises sur la mobilité du tympan et, en outre, de pouvoir apprécier par les observations faites pendant le traitement le degré d'aspiration ou de condensation (mesurée en centièmes d'atmosphère) qu'on peut conseiller au malade qui doit se servir du masseur.

Chez bien des malades il est allé, pendant le traitement, jusqu'à 0,08 et 0,12 d'atmosphère. Mais avec l'appareil qu'il leur confie il ne leur permet pas d'aller au delà de 0,03 à 0,04 d'atmosphère.

M. GELLÉ regarde le masseur comme un instrument très bon et qui permet, dans certains cas, de faire disparaître les sensations vertigineuses.

M. CHATELLIER croit que les redresseurs de la cloison ne donnent souvent que des guérisons temporaires, il faut dans bien des cas avoir recours à des opérations chirurgicales proprement dites.

M. DELSTANCHE est d'avis que dans quelques cas il faut pratiquer la résection de la cloison; il n'a visé que ceux où le redresseur est applicable.

13. M. le docteur BRONNER (de Bradford). — *Des injections dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache.*

M. BRONNER a imaginé un cathéter à double orifice, l'un en communication avec le ballon de Politzer, l'autre avec un pulvérisateur, de façon à permettre indifféremment la douche d'air ou l'envoi d'air saturé du liquide médicamenteux (solution boriquée).

14. M. le docteur ROHRER. — *Morphologie des bactéries du cérumen.*

M. ROHRER a trouvé dans le cérumen seize variétés de bactéries différentes; il donne le résultat détaillé des cultures et des expériences d'inoculation qu'il a faites.

15. M. le docteur LOEWENBERG (de Paris). — *Méthode pour mesurer la mobilité et l'élasticité de l'appareil tympanique.*

Pour pouvoir fonctionner d'une façon normale, l'appareil qui, dans l'oreille, transmet les sons et les bruits au labyrinthe (tympan et osselets), doit être élastique et suffisamment mobile. Il serait donc du plus haut intérêt de pouvoir mesurer ces deux propriétés à l'état normal et dans les différentes affections de l'oreille moyenne.

L'appareil imaginé par l'auteur et présenté par lui au Congrès réalise ces desiderata, ce qui n'avait pas été obtenu jusqu'ici.

L'instrument consiste en un corps de pompe gradué, dont trois robinets règlent la communication avec l'atmosphère, le conduit auditif et un manomètre.

A l'aide de cet appareil on peut :

- 1° Exercer sur la face extérieure de la membrane du tympan une pression ou traction connue;
- 2° Mesurer de combien l'appareil tympanique cède sous cette pression (mobilité);
- 3° Constater si, et dans quelle mesure, les organes ainsi influencés reprennent leur position antérieure dès que la force a cessé d'agir (élasticité).

L'appareil peut servir également d'instrument de thérapeutique; on peut l'employer comme compresseur ou aspirateur de l'appareil tympanique pour agir sur des adhérences dans la caisse et des processus ankylosiques.

16. M. le docteur DELIE (d'Ypres). — *Le salicylate de bismuth dans l'otorrhée.*

M. DELIE recommande ce sel comme un désinfectant efficace dans les affections purulentes chroniques de l'oreille.

Séance du 17 septembre (soir).

PRÉSÉDENCE DE M. LOEWENBERG.

17. M. le docteur LICHTWITZ (de Bordeaux). — *De l'emploi du nouveau phonographe d'Edison comme acoumêtre universel.*

M. LICHTWITZ démontre que le nouveau phonographe d'Edison remplit toutes les conditions d'un bon acoumêtre :

- 1° Le phonographe émet tous les sons et bruits perceptibles pour une oreille normale, et surtout la parole, avec toutes ses inflexions.
- 2° Il est une source sonore constante, puisqu'il est capable de reproduire un nombre presque illimité de fois la parole inscrite.
- 3° Les phonographes étant des appareils d'une construction identique reproduiront avec la même intensité et le même timbre les phonogrammes adoptés comme échelles acoumétriques.
- 4° L'emploi du phonographe est facile, sans exiger trop de temps, ni de vastes espaces.

L'auteur ajoute qu'on pourra se servir utilement du phonographe pour inscrire la voix articulée dans les différents troubles du langage.

A la fin de sa communication, l'auteur présente le phonographe et fait entendre aux membres du Congrès une échelle acoumétrique qu'il avait préalablement composée.

Discussion. — M. GELLÉ a fait jadis avec M. d'Arsonval des expériences avec le phonographe, mais les sons nasillards donnés par le premier instrument n'ont pas permis de poursuivre ces recherches. Avec les phonographes perfec-

tionnés de M. Edison, on pourra maintenant utiliser la parole d'une façon efficace pour la mesure de l'acuité auditive.

M. LICHTWITZ fait remarquer qu'il n'y a plus, avec l'instrument actuel, de voix chevrotante.

M. LOEWENBERG. La difficulté pratique réside dans ce fait qu'il faudrait que tous les phonographes puissent reproduire les bruits avec la même intensité. D'autre part, la différence des langues constituera un obstacle sérieux. Et puis les malades pourront, comme les malades atteints de lésions oculaires avec les échelles optométriques, s'habituer aux phonogrammes et dérouter les investigations précises.

M. LICHTWITZ fait remarquer que le son reproduit est uniforme avec tous les phonographes d'Edison.

18. M. le docteur GRADENIGO (de Turin). — *Étude bactériologique des otites moyennes purulentes.*

M. le docteur GRADENIGO a fait des recherches sur les microorganismes des otites moyennes purulentes. Il a examiné 8 cas d'otites moyennes primitives, 4 cas d'otites moyennes purulentes aiguës, 4 cas d'otites moyennes purulentes chroniques.

Dans les otites aiguës, il a trouvé :

Le pneumocoque de Fraenkel dans 3 cas; seul, deux fois; dans le 3^e cas, il était accompagné du *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans le 4^e cas, il n'a trouvé que les *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*.

Dans les otites chroniques, il a trouvé le *proteus vulgaris* Hauser une fois seul, deux fois accompagné des *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*. Dans le 4^e cas, les *pyogènes aureus* et *albus* étaient seuls. Dans tous les cas où se trouvait le *proteus vulgaris* Hauser, il y avait de la fétidité. Elle était absente dans le 4^e cas.

19. M. le docteur GRADENIGO. — *Les lésions anatomiques de l'ouïe dans les affections endocrâniennes en général et dans les diverses formes de la méningite.*

M. GRADENIGO a entrepris, avec M. Foa, de Turin, des recherches anatomiques sur les altérations de l'organe de l'ouïe dans les maladies endocrâniennes (méningites tuberculeuses, purulentes, cérébro-spinales, épidémiques et tumeurs cérébrales). Ses observations portent sur de nombreux cas. L'auteur en conclut que, dans les diverses formes de méningites, il se produit fréquemment des altérations inflammatoires des troncs nerveux de la septième et huitième paires dans le conduit auditif interne dues à la propagation de l'agent infectieux le long des gaines des nerfs. Il s'agit essentiellement d'une névrise très aiguë de l'acoustique. Ces lésions sont analogues à celles décrites pour d'autres nerfs par Eichhorst, Rosenheim, dans certaines maladies infectieuses, et par Moos, pour l'acoustique dans la diphtérie.

20. M. le docteur GRADENIGO. — *Résultats d'une étude statistique sur la fréquence et la gravité des maladies de l'oreille.*

De l'examen des chiffres recueillis dans cette étude statistique, il résulte que les affections de l'organe de l'ouïe sont beaucoup plus fréquentes chez les

hommes que chez les femmes, et que leur nombre croît, en général, avec l'âge.

21. M. le docteur GRADENIGO. — *Le pavillon de l'oreille au point de vue anthropologique.*

Les oreilles à anses se rencontrent moitié moins fréquemment chez les femmes que chez les hommes; les oreilles de Wildermuth, au contraire, sont plus fréquentes chez les femmes.

La proportion pour 100 des anomalies du pavillon varie sensiblement, même en faisant abstraction du sexe, selon la région, la ville, la classe sociale et même, pour certaines anomalies, selon l'âge.

Discussion. — M. ROHRER dit que toutes les bactéries qu'on trouve après culture des produits de suppuration de la caisse ne sont pas pathogènes. Il est possible que ces germes pénètrent par l'oreille externe et gagnent de là la caisse, quand il y a perforation du tympan, aussi bien que par la trompe, en venant du pharynx ou du nez.

M. BOUCHERON se demande si ces microbes sont les agents de la suppuration, ou s'ils se sont développés ultérieurement dans la caisse, après l'inflammation. Il cite une expérience en faveur de cette dernière hypothèse.

M. COZZOLINO rappelle qu'au Congrès de Bâle, il avait signalé la production des otites purulentes par les bacilles pénétrant par la trompe d'Eustache, sans que ces bacilles arrivent à déterminer des infections générales. Il en est autrement quand on a affaire à des otites dans le cours d'affections infectieuses (scarlatine, fièvre typhoïde, etc.); mais au point de vue pratique, la question est une : il faut faire de l'antisepsie.

M. DELSTANCHE signale la collaboration du père de M. Gradenigo, à ce travail important de statistique.

M. LANNOIS. Les résultats obtenus par M. Gradenigo sont très intéressants, mais viennent à l'encontre de ce que soutient l'école italienne au point de vue criminel. On sait, en effet, que pour Lombroso et ses élèves, les déficiences physiques sont des signes qui caractérisent le criminel né : au premier rang il faudrait placer les déformations de l'oreille. Or les recherches de M. Gradenigo montrent que les difformités de l'oreille sont très fréquentes. Pour l'oreille en anse, notamment, si Lombroso en trouve 37 p. 100 chez les criminels, son élève Frigerio en trouve 32 p. 100 chez des sujets réputés sains. Marro ne trouve l'oreille en anse que chez 7 à 8 p. 100 des criminels et M. Gradenigo chez 13 p. 100 des sujets sains! D'ailleurs l'oreille en anse varie avec l'âge, puisque de 25 p. 100 chez l'enfant, elle passe à 13 p. 100 chez l'adulte (Gradenigo). L'oreille en anse n'a donc qu'une importance très restreinte au point de vue anthropologique.

M. GRADENIGO a cité ses résultats statistiques, mais il fait des réserves en ce qui concerne les conclusions, au point de vue de la criminalité.

22. M. le docteur MOURRE (de Bordeaux). — *La mobilisation de l'étrier.*

M. MOURRE (de Bordeaux) rappelle que cette opération proposée déjà depuis longtemps vient d'être remise en honneur en France. Il faut distinguer deux

sortes de cas dans lesquels la mobilisation peut être faite avec des succès absolument différents. Chez une première catégorie de malades (otites sèches, otites chroniques adhésives), cette opération améliore l'audition d'une manière absolument momentanée; mais elle ne saurait guérir le processus morbide primitif, elle constitue un procédé incomplet et offrant même des inconvénients; elle peut amener de l'aggravation, de la surdité et des bruits subjectifs. Dans le deuxième groupe (adhérences cicatricielles consécutives à une otorrhée), la mobilisation doit, au contraire, être faite, et le résultat sera souvent suivi d'amélioration de l'ouïe, cessation des bruits; mais souvent aussi on aura des échecs complets. Cette opération sera sans inconvénients si elle est faite suivant les règles antiseptiques.

23. M. le docteur Miot (de Paris). — *La mobilisation de l'étrier.*

La mobilisation de l'étrier est particulièrement indiquée dans la plupart des cas de surdités consécutives à une otite moyenne purulente avec persistance d'une perforation tympanique et non améliorées avec le tympan artificiel. Il en est de même :

1° Pour les surdités non paradoxales sans épaissement notable du tympan, avec ou sans intégrité de la perception crânienne à la montre, avec ou sans bourdonnements;

2° Pour les surdités paradoxales avec diminution de perception crânienne, bourdonnements et étourdissements;

3° Pour les surdités avec épaissement ou relâchement du tympan, paradoxales, avec diminution de perception crânienne, bourdonnements et étourdissements.

L'opération est surtout contre-indiquée :

1° Dans tous les cas de perforation persistante du tympan avec suppression de la perception crânienne sans bruits subjectifs;

2° Pour tous les cas de surdités nerveuses essentielles;

3° Dans les cas d'ankylose osseuse complète de l'étrier.

Le procédé de l'auteur est composé de deux temps. Le premier consiste à inciser la membrane du tympan, le long du cadre osseux dans ses deux tiers postéro-supérieurs ou dans toute la moitié. Le second consiste à introduire un stylet à palette sous l'articulation incudo-stapédale ou en avant du bord antérieur de la grande branche de l'enclume, immédiatement au-dessus de l'articulation incudo-stapédale, à arc-bouter ce stylet contre le spéculum de manière à faire levier et à exercer des pressions d'une main sûre. On cesse toute manœuvre dès que le malade accuse un bruit subjectif généralement comparé à un bouillonnement.

Après l'opération on prend comme avant des précautions antiseptiques minutieuses. Tel est le procédé ordinaire, mais il en est d'autres qui varient suivant les cas et dont M. Miot donne les indications. Cette opération n'entraîne aucune complication suppurative des oreilles moyenne et interne quand l'antisepsie a été bien faite.

Après avoir indiqué les diverses lésions que l'on peut produire pendant une opération mal faite, M. Miot insiste sur la nécessité fréquente de remobiliser l'étrier à deux ou trois reprises différentes et indique l'influence exercée par

l'opération sur la perception crânienne, l'acuité auditive et les bourdonnements :

1° La perception crânienne, affaiblie ou nulle avant l'opération, devient bonne ou bien meilleure après, comme le prouvent plusieurs observations annexées au travail;

2° L'acuité auditive est modifiée avantageusement dans les cas bien indiqués. Mais cette amélioration n'est sensible qu'au bout de quelques jours, dans un certain nombre de cas;

3° Les bourdonnements sont moins souvent diminués que la surdité.

La discussion est renvoyée à la séance de mercredi soir.

Séance du 18 septembre 1889 (matin).

PRÉSIDENCE DE M. MOURE.

24. M. le docteur MASSEI (de Naples). — *Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du récurrent.*

M. MASSEI est d'avis qu'un certain nombre de troubles de motilité du larynx doivent être considérés comme dus à des lésions idiopathiques primaires du tronc du récurrent. La possibilité des névrites de ce nerf est hors de doute depuis les travaux de Charcot, Friedreich, Leyden, etc. Les faits essentiels de ces névrites sont :

1° La constatation de certains troubles de motilité des cordes vocales;

2° L'absence de toute cause capable d'intéresser les centres nerveux, ou de comprimer le nerf.

Comme dans toute lésion des centres ou des nerfs, on peut observer le spasme, la contracture spasmique ou la paralysie complète de la corde.

Pour le diagnostic différentiel, avec une paralysie du cricô-aryténoïdien postérieur, on voit, dans cette dernière, pendant l'inspiration, la corde vocale s'éloigner un peu de la ligne médiane, tandis que dans la contracture, elle reste toujours sur la ligne médiane.

L'auteur cite trois cas de névrites du récurrent.

Discussion. — M. Moura dit que ces faits ne sont pas très rares, mais qu'il est quelquefois difficile de distinguer entre les névroses et les névrites proprement dites.

M. Moura rapporte deux cas de spasmes des constricteurs de la glotte où la guérison a été obtenue par des boissons très chaudes. Dans ces cas il ne s'agissait probablement pas de névrise.

M. MASSEI est convaincu que souvent on a confondu les névroses et les névrites; les cas de M. Moura appartiennent à la première catégorie. Il faut aussi distinguer, dans l'interprétation de certains faits, l'ankylose et la pseudo-ankylose aryténoïdienne.

M. CARTAZ dit que dans les formes de névrite descendante, par altération

progressive, partie des centres nerveux (sclérose, paralysie bulbaire ou pseudo-bulbaire), on observe une véritable paralysie de la corde, paralysie dont on peut suivre la marche graduelle suivant les progrès de la maladie. Simple parésie au début, la corde ou les cordes arrivent à la paralysie plus ou moins complète, soit par dégénérescence du tronc nerveux, soit par atrophie concomitante et consécutive des muscles laryngés. Si on électrise les cordes, on voit les mouvements d'adduction et d'abduction singulièrement amplifiés.

M. HOOPER accepte l'interprétation de M. Massei pour les paralysies du genre de celles que cet auteur a observées. Il discute la théorie de Semon sur la plus grande facilité des fibres abductrices à être atteintes. Il n'a jamais vu de paralysie unilatérale de la corde vocale, sans altération de la voix; c'est même souvent le seul signe qui attire l'attention. Il cite quatre cas de guérison d'affections de ce genre. Quant au diagnostic de la contracture et de la paralysie, il faut être très réservé à cet égard.

M. MASSEI tient à isoler les paralysies par compression des paralysies par dégénérescence. Dans la compression, il y a d'abord contracture, puis paralysie; on observe des transformations successives. Comme le docteur Hooper, il pense qu'il faut établir avec réserve le diagnostic de contracture ou de paralysie; il se base, pour cela, sur la position de la corde. Du reste, il faut dire que dans certains cas de paralysie il est fort difficile de trouver la cause.

M. GOUGUENHEIM dit que le signe initial de la compression simple est une paralysie flasque du nerf. Quand la névrite se produit, la contracture ou le spasme apparaissent; cet état de spasme se prolonge très longtemps, même après la trachéotomie et il n'a jamais vu se produire la paralysie terminale que M. Cartaz a signalée à une période avancée, et pourtant il a suivi les malades jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la mort. Il est vrai que la dégénérescence consécutive à la névrite n'a pas été complète comme dans les cas signalés par M. Cartaz.

M. MOURE signale, au point de vue du diagnostic différentiel de la paralysie et de la contracture, ce fait, c'est que dans la contracture, la corde dépasse même la ligne médiane et paraît plus courte que sa congénère. Dans les faits de M. Gouguenheim, la paralysie n'a pas été observée, parce que le nerf n'était pas complètement dégénéré.

25. M. le docteur MASSEI. — *Considérations sur quelques cas de corps étrangers de la trachée.*

M. MASSEI cite trois cas de corps étrangers des voies aériennes dans lesquels les malades ne s'étaient pas aperçus de l'accident et où la présence du corps étranger n'avait pas produit au début de phénomènes tapageurs, ce qui avait rendu le diagnostic difficile.

Discussion. — M. EGIDI confirme les faits de M. Massei, car il a pu suivre un de ces malades qui n'avait pas le moindre souvenir de l'introduction du corps étranger. Le gonflement de la muqueuse trachéale était tel, qu'on ne put introduire une canule, et qu'il fallut y substituer un tube à drainage.

26. M. le docteur ROQUER Y CASADESUS (de Barcelone). — *Traitemennt du cancer laryngé.*

Tant que le cancer ne produira d'autre symptôme que des troubles fonc-

tionnels de phonation, il ne doit pas être l'objet de manœuvres chirurgicales.

Dans le seul cas d'épithélioma végétant, qui rend la respiration difficile, on devra extirper la masse végétante, en se bornant à cette masse, sans léser les tissus sains voisins de la partie malade.

Dans les cas de maladie plus avancée on devra se borner à un traitement symptomatique. La trachéotomie, qui procure le repos de l'organe et facilite la respiration, constitue un excellent moyen pour empêcher les progrès de la maladie locale.

Dans l'état actuel de la science, on ne doit pas procéder à l'extirpation du larynx pour le traitement du cancer.

Discussion. — M. RUAULT pense que le traitement du cancer du larynx doit varier suivant les cas. Forcément palliatif lorsque la maladie est déjà avancée, il peut être radical lorsque la maladie est récente et limitée, ainsi qu'on le voit dans l'épithélioma lobulé corné de la corde vocale inférieure.

M. GOUGUENHEIM est partisan de l'ablation du larynx; d'abord la survie du malade n'est pas une survie, c'est un martyre; ensuite le trajet de la trachéotomie peut s'infecter; aussi croit-il qu'il est préférable d'opérer. Il a fait opérer à l'hôpital Bichat par le docteur Terrier, un cas de cancer unilatéral, la trachéotomie avait été faite d'urgence, l'opération eut lieu deux ou trois mois après; la trachée était infectée, et on fut obligé de réséquer la trachée bien bas et de suturer le conduit à la peau. Le malade actuellement va bien.

M. MASSEI. La question du traitement du cancer laryngé se confond avec le diagnostic : les vrais cas d'ablation sont les cas de cancer limité et la statistique apprend que la laryngectomie partielle donne de bien meilleurs résultats que l'ablation totale. Le microscope ne donne pas d'indications complètes, car on n'enlève que des parcelles insuffisantes pour un examen complet et un diagnostic précis. Il faut être d'accord pour donner à certains symptômes du début la valeur qu'ils comportent; la question du diagnostic prime tout.

M. Luc dit que l'examen histologique peut quelquefois induire en erreur; il cite un cas à l'appui. Il signale les difficultés qu'on a à vaincre : la résistance du malade et de son entourage.

M. HERYNG confirme les idées de M. Massei au point de vue de la valeur relative de l'examen histologique. Chez un malade pour lequel on avait diagnostiqué (examen microscopique) d'abord un papillome, puis un cancer, il a vu survenir une infiltration tuberculeuse du larynx. Quand les parcelles extraites sont trop petites, l'examen vrai, précis, est fort difficile.

M. HOOPER dit que les cas diffèrent suivant le siège de la lésion, suivant l'âge, les antécédents du malade. Il a plus de confiance, pour établir le diagnostic, sur une étude clinique attentive, prolongée, que sur l'examen histologique d'un fragment.

M. MOURE a vu dans le courant de l'année cinq cas de cancer laryngé: deux ont subi la trachéotomie, à deux on a fait la thyrotomie et la laryngectomie, le cinquième n'a pu être opéré, à cause de son grand âge.

27. M. le docteur HERYNG (de Varsovie). — *Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.*

M. HERYNG. L'empyème de l'antre d'Highmore est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Il passe souvent inaperçu. L'auteur s'est servi du procédé de Voltolini, qui place dans la bouche du malade une lampe Edison et observe la transparence des pommettes. A l'état normal, la transparence est complète. S'il y a du pus ou du liquide dans l'antre d'Highmore, la lumière n'est plus perçue. C'est là un procédé très commode et très simple de diagnostic. L'auteur a apporté une petite modification à l'instrument de Voltolini, ce qui en rend le prix plus abordable. M. Heryng décrit la symptomatologie de cette affection et donne des indications thérapeutiques. Il résume l'histoire des dix malades qu'il a observés.

Discussion. — M. COZZOLINO revendique la priorité de l'idée d'illuminer à l'aide de l'électricité les cavités pharyngo-nasales. Il a décrit son procédé qu'il appelle rhino-tubo-pharyngoscopie antérieure.

Séance du 18 septembre (soir).

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

Discussion sur la mobilisation de l'étrier. — M. BOUCHERON. Les résultats obtenus par MM. Miot et Moure sont en somme des préliminaires et ne représentent pas à beaucoup près les résultats définitifs que l'on doit espérer de la mobilisation de l'étrier.

Trop souvent la mobilisation de l'étrier est beaucoup trop tardive, et l'on n'obtient que des résultats relativement médiocres.

A l'avenir la mobilisation de l'étrier devra être appliquée aussitôt que les moyens thérapeutiques ordinaires seront devenus insuffisants. Dans ces conditions favorables, la mobilisation double l'audition du patient, en général, et assez souvent la triple et quelquefois la quadruple.

L'opération est applicable plus particulièrement aux maladies de l'oreille, où se produit une augmentation de pression dans le labyrinthe. Ce mécanisme otopiésique ou compressif ne tarde pas à produire l'écrasement du nerf acoustique, sa dégénérescence et des troubles trophiques consécutifs dans l'appareil névro-sensoriel du labyrinthe.

La mobilisation de l'étrier, qui décomprime le labyrinthe, fournit en général des résultats pour ainsi dire à peu près conformes à la théorie : si le nerf acoustique comprimé récemment est relativement intact, la mobilisation donne le maximum des résultats ; si le nerf et ses terminaisons sont à demi détruits, les résultats opératoires deviennent médiocres, et si le nerf est très fortement altéré, l'effet opératoire est nul.

Les résultats sont ceux que M. Boucheron avait annoncés dans ses premières communications : deux tiers des cas favorables sur environ deux cents opérations faites jusqu'ici.

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE s'est abstenu de pratiquer cette opération par crainte des complications labyrinthiques qu'il a observées chez des malades opérés par ses confrères et il partage les conclusions de M. Moure qui recommande de ne pratiquer la mobilisation que dans les cas où il existe une ouverture ou une perte de substance du tympan.

M. Miot répond que toute opération peut être suivie d'accidents graves : ce n'est pas une raison pour n'y avoir pas recours quand elle est utile ou nécessaire. Il n'a eu que quatre cas d'otite suppurée et jamais de labyrinthite. Quant à la durée des résultats, il peut citer des observations dans lesquelles l'opération remonte à seize mois et les malades ont conservé le bénéfice de l'intervention.

M. LOEWENBERG demande quelles sont les précautions antiseptiques prises par M. Miot.

M. GILLES désirerait savoir comment procède M. Miot quand la membrane du tympan est enfoncée et le manche du marteau reporté en arrière et en dedans.

M. Miot fait la veille un lavage antiseptique de l'oreille, et la ferme pour la nuit avec un bourdonnet de coton borqué. Les instruments sont lavés à l'alcool phéniqué et flambés, les mains de l'opérateur lavées au sublimé. Après l'opération, pansement antiseptique.

M. HERMET s'étonne qu'avec des précautions antiseptiques aussi sommaires, M. Miot n'ait eu que quatre cas d'inflammation. Il n'a fait qu'une fois cette opération et a eu une otite intense. Il l'a abandonnée en raison des résultats peu sûrs que l'on obtient.

M. Miot ne peut que s'en tenir aux résultats qu'il a énoncés.

M. GELLÉ voudrait savoir quelles sont les indications précises de l'opération.

M. Miot dit qu'il n'a pu dans cette note, établir toutes les indications ; il a énuméré les cas où l'intervention lui paraît être justifiée.

28. M. le docteur LADREIT DE LA CHARRIÈRE (de Paris). — *Des modifications et des altérations des chaînes des osselets, leur étiologie et leur traitement.*

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE étudie les signes fournis par le déplacement des osselets et ceux des altérations vasculaires fibreuses et scléreuses qu'ils subissent. Il cherche à établir les rapports qui peuvent exister entre les lésions de la chaîne et les affections constitutionnelles. Les changements appréciables apparaissent sous la forme de déviations dans l'attitude du manche du marteau, dans les modifications de volume ; dans une vascularisation anormale et, enfin, dans les hyperplasies fibreuses et scléreuses.

La déviation en arrière du manche du marteau est le signe de l'occlusion plus ou moins complète de la trompe ; sa déviation en dedans indique la rétraction du tympan et l'otite catarrhale chronique de la caisse.

L'augmentation de volume de la chaîne des osselets caractérise une lésion presque toujours héréditaire, d'origine goutteuse, elle peut aussi avoir pour cause une otite chronique de la caisse, une otorrhée guérie et même une simple affection catarrhale non soignée.

Les altérations vasculaires se présentent sur le manche du marteau sous la forme d'une traînée rouge comparable au pannus; elles surviennent sous l'influence de la goutte, du rhumatisme et de l'ingestion de certains médicaments, tels que quinine, salicylate de soude, de certaines professions bruyantes.

Le traitement a pour objet de mobiliser les osselets par des insufflations de la trompe, par des aspirations du tympan; l'iode de potassium et la pilo-carpine sont employés aussi avec profit.

Discussion. — M. LOEWENBERG doute qu'on puisse faire du bourdonnement en bruit de conque un signe diagnostique de l'occlusion de la trompe aussi fidèle que l'indique M. Ladreit de la Charrière.

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE, en attribuant au bruit de conque cette importance diagnostique, n'a fait que consigner ce que lui a appris une longue expérience. Le bruit de conque est pour lui le signe de l'occlusion de ces deux voies, le conduit auditif et la trompe.

29. M. le docteur GELLÉ (de Paris). — *Des lésions du mur de la logette des osselets.*

Séance du 19 septembre (matin).

PRÉSIDENCE DE M. MOURE.

30. M. le docteur CHARAZAC (de Toulouse). — *Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.*

M. CHARAZAC. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est plus facile à exécuter et moins dangereuse que la trachéotomie chez l'adulte. On doit donc lui donner la préférence toutes les fois que l'affection laryngée est limitée à la portion sous-glottique du larynx et ne doit pas se développer ultérieurement dans la trachée.

Les faits de sa pratique lui permettent de poser à cet égard les conclusions suivantes :

1° La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, d'une façon générale, doit être préférée quand la région sous-glottique est libre;

2° Dans le cancer primitif du larynx (intrinsèque), on doit faire la trachéotomie, et la laryngotomie dans le cancer extrinsèque ou secondaire;

3° Dans les rétrécissements cicatriciels, la dilatation est plus facile à faire après la trachéotomie; la canule dans le larynx gêne l'opérateur.

31. M. le docteur BOTTEY (de Barcelone). — *Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx.*

La présence du bacille de Koch dans les sécrétions déposées sur le larynx n'indique pas nécessairement l'existence de la tuberculose de cet organe, car ils peuvent être le fait de la phthisie pulmonaire.

L'absence de ce bacille dans les sécrétions n'implique pas la négation de la tuberculose du larynx dans les cas douteux.

On ne trouve presque jamais de bacille de Koch sur les larynx tuberculeux quand il n'existe pas encore d'altérations pulmonaires graves, malgré qu'on trouve presque toujours ce microbe dans les crachats tuberculeux venant du poumon.

Le bacille de Koch est donc d'une très faible ressource comme élément de diagnostic dans la phthisie du larynx chronique et ne peut probablement être de quelque utilité que dans la tuberculose miliaire aigue de la gorge et du larynx.

L'inoculation des sécrétions du larynx tuberculeux aux cobayes serait le meilleur moyen de contrôle dans le cas d'un diagnostic difficile.

32. M. le docteur Koch (de Luxembourg). — *La pratique de la trachéotomie chez les phthisiques; indications et contre-indications.*

M. Koch établit les indications et les contre-indications de la trachéotomie chez les phthisiques. Il ne faut pratiquer cette opération que si l'obstacle siège au larynx ou à la trachée. Il ne faut pas opérer dans les cas de dyspnée dus à la diminution de la surface respiratoire des poumons, à l'insuffisance des muscles respiratoires, à la présence de caillots dans le poumon, en un mot dans les cas de dyspnée pulmonaire.

Dans l'opération, il faut toujours ménager le cartilage cricoïde qui est le plus souvent malade. Il faut la pratiquer comme dans les cas de cancer laryngé.

L'auteur fait l'histoire de cinq cas types de phthisie laryngée et tire les conclusions suivantes :

1° Lorsque, dans la phthisie laryngée, la vie est compromise par un obstacle laryngé, il faut faire la trachéotomie.

2° Il faut pratiquer la trachéotomie profonde en ménageant le cricoïde.

3° La trachéotomie est purement symptomatique, elle peut être curative dans les cas de polypes tuberculeux du larynx.

4° Si la trachéotomie est refusée, il faut prescrire le repos absolu et le traitement topique.

5° Si les signes de sténose laryngée se présentent chez une femme enceinte, il faut pratiquer l'opération avant le terme de l'accouchement.

6° La trachéotomie, pratiquée selon les indications précitées, procure une survie de plusieurs années; elle évite le plus souvent des accidents imprévus (mort par suffocation, etc.).

33. M. le docteur Luc (de Paris). — *Sur un cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse.*

M. Luc rapporte l'observation d'une femme présentant des masses fibreuses hypertrophiques implantées sur la région arytenoïdienne et occasionnant de la dyspnée et du cornage. Des tentatives d'extraction directe ayant été suivies d'accès de suffocation, la trachéotomie fut faite et la malade put être ensuite débarrassée de sa tumeur.

L'orateur conclut de ce fait et d'autres rappelés par lui, qu'il existe dans le larynx une région spéciale caractérisée anatomiquement par sa structure dermopapillaire et qui est le siège fréquent d'hypertrophies de même nature, sous l'influence soit d'irritations simples (alcool, tabac, abus vocal), soit de processus syphilitiques ou tuberculeux. Dans le cas particulier de tuberculose,

les éléments tuberculeux peuvent être tellement en minorité par rapport au tissu fibreux qu'ils passent inaperçus pour l'histologiste qui les recherche sur les fragments excisés.

34. M. le docteur GOUGUENHEIM (de Paris). — *Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx.*

M. GOUGUENHEIM a observé cinq cas de prolapsus ventriculaire, trois fois chez des tuberculeux, une fois dans un cas suspect de tuberculose, une cinquième fois chez un malade non phthisique. La guérison eut lieu soit par le refoulement direct, soit par l'application galvano-caustique. Chez deux malades tout traitement échoua.

Le prolapsus siégeait dans tous ces cas à droite et il a été probablement causé par la violence des accès de toux; il faut admettre toutefois que le mouvement d'expulsion ait été favorisé au préalable par une altération morbide.

35. M. le docteur GOUGUENHEIM. — *Papillome et tuberculose du larynx.*

La laryngite tuberculeuse peut affecter la forme de tumeurs circonscrites non ulcérées; cette variété peut être primitive ou secondaire.

Ces tumeurs sont de deux sortes, elles peuvent avoir une structure indubitablement tuberculeuse; elles peuvent être constituées par des papillomes typiques.

Le papillome de la laryngite tuberculeuse inoculé peut créer la tuberculose; il affecte deux aspects: multiple, énorme, confluent ou de petit volume et sans confluence. La récidive est un caractère constant et commun aux deux formes.

La laryngite tuberculeuse primitive à forme de tumeur peut durer longtemps et l'échéance pulmonaire être très tardive.

Le traitement des tumeurs tuberculeuses et papillomes de cette forme de phthisie laryngée est très long et la guérison le plus souvent très difficile à obtenir, mais elle est possible.

36. M. le docteur HERING (de Varsovie). — *Traitemennt des infiltrations tuberculeuses chroniques à l'aide de l'électrolyse.*

M. HERING a employé ce traitement, dernièrement recommandé par Voltolini, chez cinq malades, et dans deux cas le succès a été surprenant.

Un de ces malades a été complètement débarrassé d'infiltrations tuberculeuses des replis de l'épiglotte.

Le second souffrait d'une épiglottite tuberculeuse chronique avec ulcération, le mal avait résisté à l'emploi de l'acide lactique et de la curette. En deux séances d'électrolyse, l'infiltration de l'épiglotte, qui avait un centimètre d'épaisseur, a disparu sans douleurs, ni réaction inflammatoire; l'ulcération a été cicatrisée en trois semaines. Le malade ayant succombé à une dysenterie, l'autopsie a été faite, et des préparations microscopiques ont montré que les parties traitées par l'électrolyse étaient complètement guéries: une couche épaisse d'épithélium pavimenteux recouvrait la surface autrefois ulcérée.

Discussion. — M. HERING, à propos de l'observation de M. Luc, dit qu'avant de commencer le traitement chirurgical, il habite le malade au contact des instruments. Quant au résultat négatif pour la recherche des bacilles, il faut

être sur ses gardes. Dix examens sur trente cas ne présentaient que les caractères du tissu enflammé, les bacilles ne se rencontraient pas et il s'agissait bien de tuberculeux. Alors qu'on ne trouve pas de bacilles dans les parties superficielles, on en rencontre dans les parties profondes. Il faut faire des examens répétés et examiner en même temps les crachats.

M. Heryng demande si, dans les examens de M. Gouguenheim, on a constaté la présence de vaisseaux. Pour son compte il n'a jamais vu de papillome vrai dans des cas analogues; c'est un aspect papillomateux pris par les bourgeois autour des ulcères.

M. Heryng revient en quelques mots sur le traitement de la tuberculose laryngée par le curetage du larynx.

M. RUAULT dit que puisque dans ces communications on a soulevé incidemment la question des spasmes de la glotte, il pense que ces spasmes sont presque toujours sous la dépendance d'irritations intra-laryngées ou intra-nasales. Dans bien des cas, le badigeonnage du nez avec la cocaïne diminue le spasme.

M. Ruault pense que le papillome peut survenir à l'occasion de toute irritation inflammatoire. Quant au prolapsus, il ne l'a vu que cinq fois sur cent soixante-sept tuberculeux; encore ne peut-il guère compter que trois cas bien certains. On prend souvent pour de l'infiltration tuberculeuse un gonflement avec saillie de la muqueuse du ventricule. Jamais il n'a pu effectuer la rentrée de l'éversion de la muqueuse. Il insiste sur l'importance du traitement général dans la tuberculose par la créosote à hautes doses.

M. GOUGUENHEIM répond qu'il n'y avait pas de doutes, au point de vue histologique, sur la nature des tumeurs enlevées. Il possède des préparations absolument démonstratives.

Pour le prolapsus, comme M. Ruault, il le croit très rare dans la tuberculose, mais il serait bien possible que les cas de monocordites tuberculeuses fussent constitués par des prolapsus de la muqueuse ventriculaire. Quant au mode de production, il pense que le prolapsus se produit surtout quand la lésion laryngienne est considérable, mais lorsque l'infiltration est étendue, l'ouverture du ventricule s'oblitére et le prolapsus ne se produit pas.

M. Luc partage les idées de M. Heryng sur la valeur du râclage dans la tuberculose. Il cite un cas de tuberculose naso-pharyngienne où depuis un an il n'y a pas eu la moindre récidive; l'état général s'est même notablement amendé. Il croit que si on pouvait pratiquer la laryngofissure et râcler les parties malades, quand l'appareil pulmonaire n'est pas trop atteint, la guérison cesserait d'être l'exception.

M. GAREL a vu deux cas de polype simple et de kyste du larynx dont l'ablation a été suivie à courte échéance de l'invasion tuberculeuse. Ce que M. Gouguenheim a dit de la tuberculose et du papillome peut s'appliquer à d'autres tumeurs.

M. CARTAZ demande à M. Heryng à combien de milliampères est porté le courant de sa pile dans l'électrolyse pour la tuberculose laryngée. Il fait remarquer que le traitement employé par M. Heryng se rapproche bien plus de la galvanocaustie que de l'électrolyse chimique.

M. HERYNG n'a pas mesuré le courant.

M. RUAULT revendique pour Boudet de Paris l'idée première d'appliquer l'électrolyse à l'hypertrophie des amygdales.

Séance du 19 septembre (soir).

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

37. M. le docteur LANNOIS (de Lyon). — *Le téléphone et les affections de l'oreille.*

M. LANNOIS a observé trois personnes atteintes de troubles de l'ouïe après l'usage plus ou moins prolongé du téléphone. Il a ensuite examiné quatorze jeunes filles employées au bureau central de Lyon, et de cet examen, il ressort :

1° Que l'emploi fréquemment répété du téléphone ne semble pas avoir d'inconvénients graves pour les oreilles saines, mais qu'il est nuisible pour les oreilles déjà malades;

2° Que les troubles consistent surtout en diminution de l'ouïe par fatigue de l'attention auditive (bourdonnements, céphalalgie, vertiges, hyperexcitabilité nerveuse et même troubles psychiques passagers);

3° Que ces accidents sont souvent passagers et disparaissent avec l'accoutumance de l'appareil; qu'en tout cas, ils cessent presque constamment dès que le téléphone est mis de côté.

Discussion. — M. DE STEIN a étudié les cataractes produites par le diapason; or il a constaté qu'en se tenant très près du diapason, pour étudier les vibrations il ressentait une diminution de l'ouïe, une faiblesse de la vue.

M. ROHRER. Toute occupation dans une maison où il se fait un bruit fort ou constant retentit d'une façon fâcheuse sur l'ouïe. On connaît les lésions graves de l'oreille qui surviennent chez les ouvriers des forges, des fabriques.

M. GELLÉ a pu constater de la dynamogénie générale sous l'influence des bruits. Une personne parle doucement dans une voiture au milieu du bruit, on ne l'entend pas; si on presse violemment sur les deux oreilles, on peut entendre.

M. GRADENIGO dit qu'il faut distinguer entre le son de la voix et le son des bruits; ceux-ci ne se transmettent pas dans cette expérience.

38. M. le docteur LOEWENBERG. — *Traitemennt de la sclérose auriculaire.*

M. LOEWENBERG considère l'emploi irréfléchi des insufflations comme dangereux pour l'oreille sclérosée, et propose plusieurs mesures de précaution dans le but de la préserver des pressions exagérées ou des chocs auxquels ces manœuvres thérapeutiques l'exposent. Il faut surtout obturer, à l'aide du doigt, l'oreille pendant l'insufflation. Le malade manque-t-il d'assistance, il faudra employer, pour boucher l'oreille, une modification de la méthode proposée

par l'auteur pour localiser l'action du procédé de Politzer à une seule oreille, etc.

D'après M. Loewenberg, l'emploi si commun des vapeurs d'iode dégagées à chaud peut nuire à l'oreille par leur haute température, ses expériences lui ayant démontré que ces vapeurs atteignent rapidement 175 degrés. Il conseille donc de les employer à froid; comme l'iode émet déjà des vapeurs à la température ordinaire, on les recueille facilement en aspirant, avec un ballon en caoutchouc, l'air du flacon qui contient l'iode.

Les bourdonnements, parfois intolérables dans la sclérose, sont souvent atténus par l'emploi des vapeurs froides de bromure d'éthyle.

En terminant, l'auteur fait connaître un signe inconnu jusqu'ici et important surtout au point de vue du pronostic. L'insufflation de vapeurs de chloroforme, d'éther sulfurique, etc., par la trompe d'Eustache, détermine dans la caisse du tympan une sensation de froid chez les personnes saines d'oreille ou atteintes d'autres affections auriculaires que de sclérose. Dans celle-ci, elle provoque au contraire une sensation de chaleur. Ce signe indique donc une affection sérieuse et entraîne, par conséquent, un pronostic extrêmement réservé pour l'ouïe.

Discussion. — M. Lévy a employé, sans avantages bien marqués, le bromure et l'iodure d'éthyle contre les bourdonnements d'oreille.

M. DE STEIN fait remarquer qu'au début de la sclérose, toute injection peut améliorer l'ouïe, mais au fur et à mesure que progresse la sclérose, les résultats deviennent nuls.

M. COZZOLINO a noté la diminution de l'audition après les douches d'air; il pense que dans ces cas le labyrinthe était atteint.

39. M. le docteur LONGHI (de Milan). — *De la nécessité des instituts otothérapiques et de l'institut otothérapeutique de Milan.*

M. LONGHI fait connaître les résultats obtenus à l'Institut de Milan depuis le 15 juillet. Ces résultats, très satisfaisants, donnent l'espoir qu'on pourra améliorer sensiblement le sort d'enfants voués, sans traitement, à une surdité irrémédiable.

M. COZZOLINO qui a visité, en passant à Milan, l'institut dirigé par M. Longhi, a été surpris des résultats obtenus, et ne peut que féliciter son collègue de l'idée généreuse, scientifique et humanitaire qu'il a menée à si bonne fin.

40. M. le docteur SUAREZ DE MENDOZA. — *Diagnostic et traitement des obstructions de la trompe d'Eustache.*

M. Ferdinand SUAREZ DE MENDOZA distingue : 1° les obstructions catarrhales, passagères ou permanentes, sur lesquelles il passe rapidement; 2° les obstructions organiques ou rétrécissements proprement dits.

Ces rétrécissements vrais sont beaucoup plus communs qu'on ne le croit généralement.

Pour diagnostiquer les rétrécissements, M. Suarez se sert de bougies olivaires en baleine, fabriquées suivant une gradation très douce d'un dixième de millimètre. La bougie olivaire n'étant, grâce à la saillie de son olive, en contact intime qu'avec un point de la trompe, transmet des sensations très

exactes des actions qui s'y produisent, et on perçoit très bien soit la simple résistance, soit l'obstacle invincible, soit le franchissement de la portion rétrécie du canal.

Depuis trois ans, le docteur Suarez a eu à soigner cinquante cas de rétrécissements vrais. Sur ces cinquante cas, deux sont restés infranchissables malgré l'usage des différents moyens thérapeutiques. Quarante-huit ont été franchis, soit avec la simple bougie exploratrice, soit par l'emploi combiné de la bougie et du courant continu. De ces quarante-huit cas, deux sont restés indilatables, ou plutôt infranchissables pour les numéros supérieurs au calibre 5.

Discussion. — M. Moure ne croit pas que les cas où il est nécessaire de dilater la trompe avec des bougies, soient bien fréquents. Peu de malades, à son avis, ont besoin de cette intervention.

M. GELLÉ. C'est surtout une question de siège; quand le rétrécissement est situé loin, vers l'isthme, il est bon d'avoir ces bougies pour dilater.

M. LOEWENBERG. Les cas qui réclament la dilatation avec la bougie sont des rétrécissements fermes, élastiques.

M. SUAREZ DE MENDOZA croit que si le rétrécissement n'est pas constaté plus souvent, c'est qu'on ne le recherche pas méthodiquement. La dilatation avec les bougies est utile pour prévenir ces rechutes si fréquentes qu'on observe dans certaines obstructions de la trompe.

M. POLITZER dit qu'il faut distinguer entre un rétrécissement vrai et un passage simplement amoindri. Les rétrécissements par véritable stricture sont moins rares cependant que ne le croyait Toynbee.

41. M. le docteur BOUCHERON (de Paris). — *Des épithéliums sécrétors de l'oreille.*

D'après M. BOUCHERON, les organes des sens sont construits sur ce plan : l'épithélium primitif de l'embryon se différencie peu à peu en épithélium névro-sensoriel, en épithélium sécréteur et en épithélium indifférent de recouvrement.

Pour l'oreille, l'épithélium primitif de la cochlée embryonnaire se différencie, d'une part, en névro-épithélium cilié sensoriel muni de ses cellules de soutienement; en épithélium sécréteur de l'endolymphe ou épithélium trouvé de vaisseaux dans la *stria vascularis*, et en épithélium de recouvrement très aminci, épithélium de la membrane de Reissner.

Dans la partie supérieure, l'épithélium embryonnaire sert à construire les cellules ciliées des macules et des crêtes, épithélium sensoriel; d'autre part, l'épithélium sécréteur péri-maculaire dans le saccule et l'utricle; puis l'épithélium sécréteur dans les ampoules, épithélium du *planum semi lunatum*; enfin dans le canal semi-circulaire, l'épithélium sécréteur du raphé, qui serait l'analogie de la *stria vascularis*; en dernier lieu, l'épithélium embryonnaire fournit aussi l'épithélium plat qui tapisse les canaux semi-circulaires et les parties minces du saccule et de l'utricle, lesquelles parties sont les analogues de la membrane de Reissner.

En un mot, un certain nombre de cellules épithéliales différencieront en

cellules sécrétantes président dans le labyrinthe membraneux à la sécrétion de l'endolymph avec l'aide des vaisseaux qui fournissent les matériaux de toute sécrétion. Cette endolymph passe par exosmose dans les voies de la périlymph aux points où se trouvent les fines membranes comme celles de Reissner.

La périlymph, à son tour, s'échappe par l'aqueduc de la périlymph dans le liquide céphalo-rachidien.

42. M. DUNDAS GRANT (de Londres). — *La compression de l'artère vertébrale a-t-elle une influence sur les bruits pulsatiles de l'oreille?*

Discussion. — M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE. Les bruits pulsatiles lui ont paru souvent liés à des dilatations des artères; la compression des carotides donne, pour plus ou moins de temps, de bons résultats.

M. LOEWENBERG n'a jamais vu que des résultats passagers par la compression des carotides; il demande à M. Grant s'il a observé des résultats durables.

M. GELLÉ. La sclérose auriculaire doit produire une augmentation de tension vasculaire et faciliter la production de certains battements.

M. DUNDAS GRANT a eu des soulagements d'assez longue durée; la compression n'est pas très douloureuse et doit être maintenue quelques heures.

43. M. LAVRAND (de Lille). — *Végétations adénoïdes et surdi-mutité.*

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal causent des troubles que l'on range habituellement sous deux chefs principaux, respiratoires et auditifs. Entre eux on peut placer les troubles de la prononciation dépendant de la conformation vicieuse des organes et aussi de l'audition souvent incomplète, quelquefois même abolie. L'ouïe est abolie le plus ordinairement d'une façon temporaire, mais il arrive des cas où elle l'est pour un temps indéterminé : un an pour un de ses cas, quatre ans pour un autre. Dans ces conditions, il s'agit de jeunes enfants rendus sourds totalement, ils peuvent devenir des sourds-muets. Trois fois sur cinq, l'ablation des végétations a rendu l'ouïe à des enfants sourds âgés de trois à cinq ans et, par suite, l'usage de la parole qu'ils n'avaient jamais eu. Les végétations adénoïdes sont donc parfois une cause de surdité permanente et, par suite, de surdi-mutité chez l'enfant, et l'ablation peut faire disparaître la surdité et la mutité.

Discussion. — M. LOEWENBERG. La surdité est une complication très fréquente des végétations adénoïdes. Lorsqu'on ne peut, par refus d'opération ou pour une autre cause, toucher aux végétations, on diminue la surdité avec les douches de Politzer.

M. NOQUET. Il y a des cas où on n'obtient aucun succès, avec ou sans l'ablation des végétations; il y a certainement dans ces cas des lésions labyrinthiques, survenues après des convulsions, des accidents méningitiques.

M. BOUCHERON n'admet pas la lésion du nerf acoustique dans la méningite, sans paralysie faciale.

M. GRADENIGO rappelle son travail sur les névrites méningitiques.

Séance du 20 septembre (matin).

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

44. M. le docteur HERMET (de Paris). — *Syphilis et surdité.*

M. HERMET communique une observation de surdité grave et rapide survenue, au cinquième mois de la syphilis, chez une jeune femme. Il pense qu'il s'agit dans ce cas d'une altération du labyrinthe avec intégrité du nerf auditif.

Discussion. — M. Miot demande quel était l'état de la trompe.

M. LOZENBERG demande si on a essayé toute l'échelle des sondes.

M. HERMET répond que toutes ces explorations ont été faites avec soin et que la trompe était perméable.

45. M. le docteur SCHIFFERS (de Liège). — *Des fistules branchiales.*

M. SCHIFFERS fait une communication sur les fistules branchiales, à l'occasion d'un cas qu'il a observé chez un homme de trente ans. L'affection était héréditaire; par la fistule qui était borgne externe, il s'écoulait au côté droit du cou, en dedans du sterno-cléido-mastoïdien, un écoulement purulent, dont le début remontait à plus de quatorze ans. Il existait un kyste dont la surface interne produisait le pus; après son enlèvement, la guérison fut complète au bout de quelques jours. M. Schiffers entre dans diverses considérations sur la pathogénie et la thérapeutique de cette intéressante affection. Il faut bien reconnaître la nature de la fistule par le cathétérisme, qui est sous ce rapport le meilleur moyen de diagnostic.

L'incision du kyste sera à préférer à toute autre méthode opératoire.

46. M. le docteur SCHIFFERS. — *Des transformations anatomo-pathologiques des myxomes du nez.*

M. SCHIFFERS fait une communication sur les transformations anatomo-pathologiques que peuvent subir les myxomes du nez dans certaines conditions données. Sans examiner si elles sont dues à une invasion microbienne du néoplasme à un moment donné, question qui ne peut être actuellement résolue, il admet qu'elles existent et que les preuves en sont fournies par l'histologie et la clinique.

Ces transformations de tumeurs bénignes en tumeurs malignes ou d'une nature intermédiaire s'observent surtout et presque exclusivement chez des sujets qui ont dépassé la cinquantaine.

Le siège est important à considérer : il faut toujours être mis en garde quand ces néoplasmes se rencontrent dans une seule fosse nasale, à la cloison, à la voûte ou sur le plancher. Les phénomènes subjectifs peuvent être presque nuls; l'état général semble ou est en réalité souvent des meilleurs jusque dans la toute dernière période de la vie. La marche de la maladie éclairera beaucoup le diagnostic; mais celui-ci doit être porté aussi vite que possible pour que la thérapeutique à instituer ait des chances de succès.

L'examen histologique aidé des renseignements cliniques tranchera la question.

M. Schiffers montre une préparation microscopique de myxome vrai et absolument pur provenant d'une enfant de treize ans et demi. Elle servira à établir la comparaison et à juger de la marche successive de la transformation de tumeurs myxomateuses ayant dégénéré en tumeurs malignes et provenant de deux vieillards âgés de soixante-sept et soixante et onze ans.

Discussion. — M. Cozzolino cite un cas de transformation analogue.

M. LOEWENBERG dit que le diagnostic peut s'aider du siège insolite de la tumeur, de quelques particularités d'aspect.

M. Noquet rappelle un cas de papillome vrai du nez, dont le diagnostic a été assez délicat.

47. M. le docteur BOTTEY. — *De la structure des polypes muqueux des fosses nasales.*

48. M. le docteur FELICI (de Rome). — *Une complication rare des végétations adénoïdes.*

M. FELICI communique l'observation d'un malade chez lequel existait une constriction des mâchoires causée par la présence de végétations adénoïdes; de plus, ces végétations adhéraient à la luette. Ces diverses complications rendirent le traitement plus difficile et plus long.

49. M. le docteur LICHTWITZ. — *Des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée.*

M. LICHTWITZ rapporte cinq observations : un cas de névralgie des trois branches sensitives du trijumeau guéri par des cautérisations nasales; un cas de tic convulsif de la face, considérablement amélioré par le même traitement; deux cas de toux spasmodique datant de l'enfance, dont un fut guéri par l'ablation des extrémités postérieures des cornets inférieurs, et l'autre par l'ablation de l'amygdale gauche hypertrophiée; un cas de toux et de vomissement matinal guéri par la cautérisation des bourrelets hypertrophiques du pharynx.

Ces observations sont le point de départ de réflexions sur l'étiologie et la pathogénie des névroses réflexes nasales et pharyngées.

Il existe, d'après l'auteur, deux catégories d'affections névropathiques qui, toutes les deux, peuvent être favorablement influencées par des opérations nasales et pharyngées :

1° Les névroses réflexes proprement dites, qui dépendent d'une lésion des fosses nasales ou du pharynx (adhérences congénitales ou cicatricielles, polypes muqueux, crêtes osseuses, etc.);

2° Les névroses d'origine centrale, qui s'accompagnent de l'hyperémie, de la turgescence et de l'hyperesthésie surtout, de la muqueuse nasale.

Les cautérisations nasales pratiquées dans ces derniers cas agissent comme révulsifs sur un point d'élection.

50. M. le docteur GORIS (de Bruxelles). — *Quelques névropathies réflexes d'affections nasales.*

M. Goris relate un certain nombre d'observations et conclut de ces faits :

- 1° Que les lésions nasales originelles d'un même réflexe peuvent être de nature diverse;
- 2° Que la lésion peut occuper des régions diverses des cavités nasale et naso-pharyngienne;
- 3° Que la pathogénie des troubles réflexes d'origine nasale s'explique exclusivement par les rapports du trijumeau avec d'autres centres d'innervation.

51. M. le docteur JOAL (du Mont-Dore). — *De certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale.*

M. JOAL. Les femmes présentent à l'âge critique certains phénomènes : bouffées de chaleur au visage, rougeurs subites de la face, céphalalgies, migraines, insomnies, étouffements, vertiges, épistaxis, poussées éruptives aux lèvres, à la joue, phénomènes qui sont ordinairement mis sur le compte de mouvements congestifs vers l'extrémité céphalique, de troubles circulatoires d'ordre mécanique, de fluxions supplémentaires.

Il a soigné quatre malades présentant des migraines, des vertiges, de l'asthme, des cauchemars, des éruptions de la face au moment de la ménopause, malades qui ont été guéries par un traitement nasal.

Dans les cas semblables, les poussées nasales sont secondaires ; elles se produisent par l'intervention du facteur génital, dont il a déjà montré l'influence sur le nez dans des travaux antérieurs. À la puberté et à la ménopause, l'excitation physiologique ou pathologique des organes génitaux retentit sur la muqueuse nasale, le tissu érectile du nez se tuméfie et les névropathies nasales se développent.

Discussion. — M. LOEWENBERG demande ce que M. Lichtwitz entend par coryza nerveux.

M. LICHTWITZ. Ce terme s'applique à la turgescence des tissus érectiles du nez, s'accompagnant de phénomènes neurasthéniques.

M. CHARAZAC. Quand il n'y a aucune lésion interne des fosses nasales, ce sont de véritables névroses. Il pense que dans certains cas le malade est soumis à une sorte de suggestion involontaire qui explique le résultat du traitement.

M. LICHTWITZ ne fait pas rentrer ces cas dans les névroses réflexes, car la cautérisation n'a alors qu'une simple action révulsive.

M. GORIS n'est pas aussi absolu que M. Charazac ; il ne conclut pas de l'absence de lésions du nez à une névrose d'origine centrale ; dans l'anosmie, on ne trouve rien ; il s'agit bien pourtant d'une affection nasale.

M. CHARAZAC dit que le nerf olfactif est alors malade.

M. MOURE. Le cas cité par M. Goris ne peut se comparer aux névroses réflexes : le nerf olfactif est un nerf de sensibilité spéciale. Du reste, pour revenir aux névroses réflexes, on ne doit pas cautériser la muqueuse quand elle est saine, quand il n'y a pas de lésion.

M. LOEWENBERG dit qu'il faut distinguer entre l'anosmie nasale et l'anosmie d'origine centrale.

52. M. le docteur SUAREZ DE MENDOZA. — *Des applications du courant galvanique au traitement des affections nasales.*

M. SUAREZ DE MENDOZA dit qu'avec les électrodes de Desarènes et des courants de 15 à 25 milliampères, on obtient des escharres à peine perceptibles; l'amélioration produite est due à une action trophique, plutôt qu'à la galvano-caustique chimique. Aussi propose-t-il d'employer un électrode à pression, assurant le contact intime de la plaque métallique avec la muqueuse, qui permet à un courant de 25 milliampères de produire une escharre de même dimension que la plaque, s'éliminant du sixième au douzième jour.

Si l'électrode est rendu indifférent par une doublure de coton hydrophile, le malade supporte bien des courants de 40 milliampères, qui décongestionnent rapidement la muqueuse nasale et peuvent temporairement guérir l'ozène.

53. M. le docteur GAREL (de Lyon). — *De l'électrolyse dans les obstructions nasales par épaississement ou déviation de la cloison.*

M. GAREL, après avoir indiqué sommairement les causes de la déviation nasale simple ou compliquée d'un degré plus ou moins prononcé d'épaississement du cartilage, indique les résultats qu'il a obtenus dans trente cas traités par l'électrolyse. Il emploie des aiguilles formées de 3 à 4 centimètres de platine, effilées en pointes et reliées aux fils de la batterie.

Il place jusqu'à trois aiguilles à la fois reliées au pôle négatif, tandis que le pôle positif est placé sur l'avant-bras. La pile est le modèle Chardin de vingt-quatre éléments. Chaque séance dure environ quinze minutes et l'on doit attendre, pour une nouvelle séance, la chute complète des escharres.

La méthode est simple et pratique et semble bien préférable à tous les autres procédés de traitement.

Discussion. — M. NOQUET se sert de l'appareil de Chardin et ne dépasse jamais 20 à 25 milliampères. Dans ces conditions, l'opération est bien supportée.

M. MOURE se loue de ce procédé; il se contente d'appliquer des aiguilles d'acier, et laisse à son confrère, le docteur Bergonié, le soin de diriger le courant. On arrive souvent à 30 ou 40 milliampères. La douleur est un peu vive, mais elle se calme en général rapidement. Les résultats sont excellents et on n'a jamais de perforation de la cloison.

M. SUAREZ DE MENDOZA dit que la force du courant est graduée d'une façon différente suivant les appareils; 30 milliampères de l'appareil de Chardin ne représentent guère que 20 milliampères de celui de Gaiffe.

M. GAREL emploie de préférence les aiguilles de platine.

54. M. le docteur RUAULT (de Paris). — *Présentation d'instruments.*

Séance du 20 septembre (soir).

PRÉSIDENCE DE M. LOEWENBERG.

55. M. le docteur LUBET-BARBON (de Paris). — *De l'hypertrophie des cornets comme cause de larmoiement.*

M. LUBET-BARBON. Il résulte de recherches faites en commun avec le docteur Despagnet, qu'il existe des larmoiements qui ne sont pas curables par le traitement direct de l'œil et de ses annexes. C'est parce que la cause de ces larmoiements ne siège pas dans ces points, mais dans la muqueuse nasale. La caractéristique de ces larmoiements est d'être rebelles à tout traitement oculaire, intermittents, de se produire sans cause appréciable (froid, travail prolongé), de s'accompagner de photophobie, de sensation de cuisson des paupières. Objectivement on ne trouve pas de lésions de la muqueuse, des canaux lacrymaux qui sont perméables, ni du sac lacrymal; et cependant les injections poussées dans les points lacrymaux ne passent pas par le nez, c'est-à-dire que l'obstacle siège plus bas, dans les parties inférieures du canal nasal. En effet, les cornets inférieurs sont augmentés de volume, rouges, tantôt se rétractent par la cocaïne, tantôt ne se rétractent pas. Cette rétraction partielle atténue les symptômes oculaires, d'où l'indication thérapeutique de détruire par des cautérisations galvaniques le tissu érectile dont l'augmentation de volume gêne le cours des larmes.

56. M. le docteur POTIQUET (de Paris). — *Sur la forme du nez dans l'ozène vrai.*

M. POTIQUET. La forme ensellée et épataée du nez, au lieu d'être antérieure, est consécutive à l'ozène; l'amoindrissement du relief nasal résulte du processus pathologique à marche chronique, de la rhinite atrophiante qui n'épargne pas la paroi externe des fosses nasales au niveau des os propres du nez. L'examen rhinoscopique montre du reste qu'il existe là comme ailleurs des lésions de la muqueuse et du tissu osseux.

L'aplatissement du nez tient à des circonstances diverses : héritéité, durée et intensité du processus atrophiant, jeune âge du sujet.

57. M. le docteur COZZOLINO (de Naples). — *De la rhinite caséeuse.*

M. COZZOLINO rappelle qu'il a déjà étudié la rhinite caséeuse dès 1884. Il relate un troisième fait qu'il a observé il y a quelques mois. Il soutient l'entité morbide de cette maladie; contrairement à l'opinion de M. le docteur Potiquet, ce n'est pas une complication d'autres affections nasales. Aux cas de masse caséeuse résultant de pus, sécrétions, desquamations arrêtées dans les méats, M. Cozzolino donne le nom de « fausse rhinite caséeuse ».

La rhinite caséeuse doit être étudiée dans ses deux périodes; dans la première, la muqueuse est seule atteinte; dans la seconde, il y a des lésions du squelette, carie, fistules, et alors l'affection peut être confondue avec une tumeur maligne.

Discussion. — M. NOQUET a rarement rencontré la forme en selle; il a remarqué, dans la plupart des cas d'ozène un stade hypertrophique.

M. BOUCHERON a vu des cas analogues aux faits de M. Cozzolino sans lésion de l'antrum d'Highmore.

M. POTIQUET ne croit pas à l'existence de la rhinite caséuse en tant que maladie distincte.

M. COZZOLINO considère l'ozène comme une scrofulide parasitaire; ce n'est pas une rhinite dans le sens propre du mot. Quant à la rhinite caséuse, elle existe réellement.

M. POTIQUET fait remarquer que la scrofule n'existe plus guère à l'état d'entité diahésique; la plupart des cas de scrofulides sont rangés aujourd'hui dans la classe des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

M. FELICI fait connaître, à propos de cette discussion, le résultat de recherches bactériologiques sur les sécrétions de l'ozène. Il a toujours rencontré un diplococcus semblable à celui décrit par Lœwenberg, mais en même temps d'autres microorganismes.

M. FICANO a observé un cas de rhinite caséuse après l'extirpation de polypes.

58. M. le docteur WAGNIER (de Lille). — *Lupus de la membrane pituitaire.*

M. WAGNIER cite l'observation d'un lupus sur la muqueuse des cornets et de la cloison; la lésion se présentait sous la forme de saillies molles blanchâtres, sans ulcération.

Malgré la coïncidence d'un lupus cutané, il semble, d'après l'étude des symptômes, que le lupus ait été primitivement localisé sur la muqueuse.

La nature de l'affection fut démontrée par l'examen microscopique et l'inoculation expérimentale. La lésion a guéri d'une façon qui paraît complète par le galvano-cautère et l'acide lactique.

59. M. le docteur FICANO (de Palerme). — *Un cas, à marche irrégulière, de syphilis du larynx.*

60. M. le docteur DE STEIN (de Moscou). — *De l'acide trichloracétique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles.*

M. DE STEIN préfère aux autres agents l'acide trichloracétique qu'il emploie en solution à des titres divers, 1 à 1 1/2 p. 100, pour modifier les tissus. Il le trouve bien supérieur à l'acide chromique et même dans bien des cas au galvano-cautère. Il publie le résultat de ses observations dans les rhinites aigues et chroniques, les laryngites, les otites.

Séance du 21 septembre.

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

61. M. le docteur Brébion (de Lyon). — *De la paresthésie du pharynx.*

M. BRÉBION décrit sous ce nom l'état douloureux du pharynx limité par le malade à la partie supérieure des amygdales, sans aucune lésion du pharynx ni de l'arrière-cavité. Cet état se rencontre chez des sujets atteints de gonflement des cornets moyen et inférieur, lorsque le cornet moyen est en contact avec la cloison. La galvano-caustie, l'électrolyse et surtout l'acide chromique, guérissent très vite cet état, sans qu'il soit nécessaire de toucher au pharynx.

Discussion. — M. HICQUET dit que bien des cas, analogues à ceux de M. Brébion, doivent être rapportés à la pharyngite latérale.

M. NOQUET. L'hypertrophie du tissu de la base de la langue produit aussi les mêmes phénomènes.

62. M. le docteur MOURA. — *Genèse et ordre de succession des vibrations de la glotte.*

Les vibrations glottiques sont de deux sortes :

1° Elles sont sous-glottiques, inférieures, descendantes. Elles engendrent les ondulations de la colonne d'air, du conduit de la respiration et, par suite, les frémissements des vibrations de la trachée, des bronches, du thorax, c'est-à-dire de la poitrine;

2° Elles sont sus-glottiques, supérieures, ascendantes. Elles engendrent les ondes sonores, pharygiennes que la bouche, la langue et les lèvres transforment en voix parlée ou chantée.

Les vibrations sous-glottiques sont produites par l'élasticité des ligaments vocaux. Elles se reproduisent suivant la progression 1, 3, 5, 7, 9, et constituent la série impaire.

Les vibrations sus-glottiques sont dues à l'élasticité des ligaments et surtout à la compression de l'air expiré. Elles se reproduisent suivant la progression 2, 4, 6, 8, et forment la série paire.

Les vibrations de la trachée, des bronches ne sont ni des vibrations directes, ni des vibrations par continuité de tissu. Leur cause première réside dans le genre et l'ordre de succession impaire des vibrations de la glotte.

63. M. le docteur Noquet (de Lille). — *Polyte muqueux de l'oreille gangrené à sa surface et ayant donné lieu à une hémorragie abondante.*

Présentation de la pièce.

64. M. le docteur NICOLAI (de Milan). — *L'électrostatique appliquée à la laryngopathologie.*

M. NICOLAI signale les bons effets obtenus, dans les cas de paralysie laryngée, par l'emploi de l'électrostatique, alors que les courants faradiques n'avaient donné aucun résultat. Il se sert des petites machines de Bonnet.

---♦---(36)---♦---

65. M. le docteur BRYSON DELAVAN (de New-York). — *Trachéotomie modifiée.*

La modification proposée consiste, au lieu de faire une incision simple, d'enlever un petit fragment circulaire de la trachée, assez large pour laisser passer la canule. M. Delavan trouye à ce procédé l'avantage d'une introduction facile de la canule, de n'avoir pas besoin de dilatateur, de supprimer la douleur causée par la pression de la canule, de diminuer au maximum les chances de production d'un tissu bourgeonnant autour de la plaie trachéale.

66. M. le docteur ABATE (de Catane). — *Chorée vocale d'origine corticale.*

67. M. le docteur TURNBULL (de Philadelphie). — *Emploi de la pilocarpine dans les maladies d'oreille.*

68. M. le docteur POLITZER. — *Présentation d'instruments.*

69. M. le docteur GELLÉ. — *Présentation d'instruments.*

M. le PRÉSIDENT clôt la session et adresse des remerciements aux membres étrangers pour leur concours empressé.

