

“po. Reducid el inmenso número de variedades del reino animal, á mil,  
 “á ciento, á diez tipos; abarcadlas dentro de un horizonte menos estre-  
 “cho, y conoceréis entonces relaciones, deduciréis consecuencias, funda-  
 “réis teorías, pero teorías, consecuencias y relaciones parciales solamente;  
 “no tendréis sino fragmentos esparcidos de la ciencia, pero no la ciencia  
 “misma. Al revés: remontaos á la idea de la unidad del plan; en la multi-  
 “tud de seres de la serie animal no miréis sino las innumerables partes de  
 “un inmenso todo, las manifestaciones diversificadas hasta lo infinito  
 “de un solo y único tipo; concebid la unidad del efecto visible como de  
 “la causa suprema desconocida; proseguid sobre la marcha hacia la ave-  
 “riguación de esa gran verdad; aplicad á la solución de las dificultades  
 “con que tropeceis la teoría de las desigualdades ó diversidades de forma-  
 “ción y desarrollo, fácil cuanto admirable clave de la zoología y de la te-  
 “ratología, y el horizonte se dilatará inmensamente á vuestra vista; los  
 “obstáculos desaparecerán como por encanto desde luego; las relaciones  
 “se manifestarán entonces, y brillará al fin esta verdad real y positiva-  
 “mente fundamental: Una ó varias metamorfosis en más ó en menos, y  
 “á veces un simple cambio en la manera de evolucionar un órgano, ex-  
 “plican todas esas variaciones que á primera vista parecen acusar dife-  
 “rencias de naturaleza y esencia innumerables.”

México, 16 de Marzo de 1892.

JUAN MARÍA RODRÍGUEZ.

---

## CLINIQUE EXTERNE.

---

Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache par le Docteur Loewenberg  
 (Paris).

 I le sujet du travail qu'on va lire est formé par une matière aussi  
 élémentaire que le cathétérisme de la trompe d'Eustache, c'est  
 qu'il me paraît utile de répandre tout procédé nouveau, suscepti-  
 ble de faciliter l'exécution de cette opération qui présente des dif-  
 ficultés non seulement aux débutants mais quelquefois même aux  
 vétérans de l'otologie.

Quant aux obstacles qui peuvent surgir pendant *le premier temps du cathétérisme*, lorsque le bec de la sonde parcourt la fosse nasale, elles re-

connaissent pour cause principale comme je l'ai démontré en 1883,<sup>1</sup> les déformations du septum que j'appelle "déviations horizontales inférieures" d'après la classification de ces anomalies que j'ai proposée dans le travail que je viens de citer.

J'ai déjà fait connaître dans le même mémoire une méthode d'éviter ces difficultés par l'inspection, pendant l'opération au moyen d'un réflecteur frontal et d'un speculum d'un modèle nouveau. Je ne reviens donc sur ce procédé que pour déclarer que, grâce à son emploi, il n'existe pour ainsi dire plus d'oreille qu'on ne parvienne à sonder par la narine du côté correspondant.

Je ne m'occuperai ici que de la marche à suivre pendant le deuxième temps de l'opération, c'est à dire, lorsque le bec du cathéter est sur le point de sortir de la fosse nasale et de se présenter à l'orifice de la trompe d'Eustache. Comment reconnaître que nous sommes réellement en face de son embouchure pharyngienne?

Je conseillais autrefois de ramener la sonde, lorsqu'on croit son bec arrivé dans le pharynx nasal, vers les choanes en tournant sa pointe en dedans, de continuer ce mouvement jusqu'à ce qu'elle vienne toucher le bord postérieur de la cloison, et de la présenter ensuite au pavillon eustachien au moyen d'une rotation par en bas. Ce procédé a été approuvé par beaucoup de spécialistes et il est enseigné en Allemagne, en Autriche, en Espagne, etc., sous le nom de la méthode de Loewenberg.

Je désire aujourd'hui décrire un autre procédé nouveau destiné à nous guider pendant ce 2<sup>m</sup>e temps du cathétérisme, procédé que je pratique depuis longtemps, et que je crois plus rapide, plus sûr et plus universellement applicable encore, en même temps que moins désagréable aux malades que celui dont je viens de parler.

*Voici la manière de le pratiquer:* On fait cheminer la sonde le long de la fosse nasale, en maintenant le bec de l'instrument en contact avec le plancher de la cavité. Dès qu'on pense être parvenu à l'extrémité du parcours intra-nasal, on ordonne au malade de faire un mouvement de déglutition. Il arrive alors de deux choses l'une: ou bien la main qui tient la sonde ne ressent aucun choc, c'est que l'instrument n'a pas encore franchi la fosse nasale. Ou bien elle éprouve une secousse; on est sûr alors que le bec du cathéter a pénétré dans le pharynx nasal, car le choc ressenti provient de ce que le voile du palais s'est relevé et est venu heurter l'instrument. Dans le premier cas, il faut avancer la sonde jusqu'à ce qu'un nouveau

1 B. Loewenberg, Les déviations de la cloison nasale, etc. Paris (Progrès médical) 1883.

mouvement de déglutition nous prouve que son bec est réellement sorti de la fosse nasale.

Que se passe-t-il dans ces conditions? Nous savons que, lorsqu'on avale, le voile du palais se relève et se tend vivement pendant un moment, qu'il fait "gros dos" comme on dit. Il arrive donc forcément, pendant ce temps de la déglutition, en contact avec la sonde dont il heurte le bec qui, penché en bas, plonge dans le pharynx nasal. Mais les renseignements fournis par ce procédé ne se bornent pas à la constatation du simple fait que la pointe de l'instrument a dépassé le plancher osseux; il nous apprend encore si elle est en face de l'orifice tubaire, ou si elle a progressé plus loin, et même d'une façon approximative de combien elle l'a dépassé; voici comment: Le voile du palais, en se levant, oscille autour de son point d'attache, son bord supérieur; or plus une de ses parties se trouve éloignée de celui-ci plus l'étendue de son déplacement pendant la rotation du voile est considérable, et plus énergique par conséquent le mouvement qu'elle imprime à la sonde en la touchant. On juge donc, avec un peu d'habitude, parfaitement bien à quelle profondeur la sonde a pénétré dans le pharynx, si elle est en face de l'orifice de la trompe ou si elle doit être retirée pour s'y trouver et même de combien. Ce glissement s'opère facilement sur la convexité du voile relevé, et amène, combiné avec la rotation de la sonde son bec dans la trompe d'Eustache.

Quelquefois le seul mouvement de déglutition l'y conduit déjà par la secousse qu'il imprime à l'instrument.

Exécuté avec la légèreté de main et la rapidité indispensables dans le cathétérisme, ce procédé ne cause aucune nausée. Le contact de l'instrument avec le voile du palais n'est que de très courte durée, et il ne faut pas confondre ce qu'on fait sciemment dans cette méthode, avec ce qui peut arriver quand le bec de la sonde erre pendant un certain temps dans le pharynx nasal.

J'ai pour principe d'ordonner au malade de *respirer par le nez* pendant toute la durée du cathétérisme, et ce mode de respiration implique forcément l'abaissement du voile du palais qui n'entre en contact avec la sonde que pendant l'acte de la déglutition, par conséquent seulement d'une façon passagère. D'ailleurs si par hasard il se produisait des contractions réflexes exagérées du côté du pharynx, on n'aurait, ainsi que je l'ai déjà conseillé en 1879<sup>1</sup> qu'à renouveler au malade l'ordre de fermer la bouche et de res-

1 B. Loewenberg, Les Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal etc. Paris 1879, p. 41.

pirer par le nez; instantanément, le voile du palais s'abaissera et les contractions tumultueuses s'apaiseront.

J'ai la conviction que le procédé que je viens de décrire, est appelé à rendre service non seulement au débutant, mais aussi à l'auriste expérimenté. Bien que celui-ci réussisse généralement le cathétérisme dès la première tentative il est quelquefois obligé de tâtonner également, avant de trouver l'orifice tubaire, à cause d'une *anomalie dans la profondeur des fosses nasales*. Celles-ci se trouvent, en effet, chez certains sujets être beaucoup plus longues ou beaucoup plus courtes qu'on ne le supposerait à priori, d'après la conformation de la tête et les dimensions du nez extérieur, désaccord que souvent même la mensuration préalable conseillée par Itard, Gairal et autres, est impuissante à révéler. Par contre, la méthode que j'expose ici nous renseigne immédiatement sur ce point et épargne au malade les sensations fort désagréables qu'il éprouverait à tourner une sonde encore engagé dans la fosse nasale ou qu'au contraire on la promènerait dans la fosse de Rosenmüller à la recherche du pavillon de la trompe.

Ces incertitudes pouvant se répéter à chaque séance, surtout chez un opérateur qui voit beaucoup de malades et ne saurait retenir facilement ces détails opératoires concernant chaque cas, *j'ai l'habitude, afin d'éviter ces tâtonnements aux séances postérieures à la première, de procéder de la façon suivante*: Aussitôt qu'en présence des difficultés que je viens de signaler, j'ai réussi à achever le cathétérisme pour la première fois, je marque la profondeur à laquelle la sonde avait dû pénétrer dans la fosse nasale. Cela peut se faire aisément en lisant simplement cette distance sur des cathéters divisés en centimètres et millimètres, ou bien, sur des sondes ordinaires, au moyen d'un trait à l'encre ou avec un des crayons particuliers de Faber qui écrivent sur le métal, le verre etc., et qu'on emploie quelquefois en bactériologie pour étiqueter des tubes de culture. Je note alors dans mon livre p. e. : M x. sonde no 24, sortie de 3 centm. et  $\frac{1}{2}$ . Aux séances suivantes, on n'a alors qu'à faire avancer le cathéter jusqu'à ce que le point marqué de nouveau arrive contre le bout du nez, pour que le bec de l'instrument se trouve juste en face de l'orifice tubaire.

Un procédé analogue me sert encore dans les cas d'affections auriculaires bilatérales où un seul côté présente des difficultés d'orientation. On prend alors le point de repère en marquant la longueur de sonde trouvée nécessaire pour le côté facile à cathétériser, et on l'utilise pour l'autre.

Je suis persuadé qu'en ayant recours, selon la nature du cas, tantôt aux procédés qui viennent d'être exposés, tantôt à la méthode que j'ai

proposée pour tourner des deviations gênantes de la cloison, on ne rencontrera pour ainsi dire aucun sujet où le cathétérisme soit impossible; quant à l'introduction du bec de la sonde dans l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

---

## OFTALMOLOGIA.

---

### DOS PEQUEÑAS OBSERVACIONES DE CLINICA OFTALMOLOGICA.

---

#### PRIMERA.

##### Un nuevo caso de cisticercos en el cuerpo vítreo.

**C**L caso de cisticercos en el cuerpo vítreo que voy á tener la honra de referir á la Academia, creo que es importante que quede consignado con algunos detalles porque viene á probar que esta afección no es tan rara en nuestro país como hasta ahora se había creído. En efecto, nuestro apreciable compañero el Sr. Dr. Ramos publicó una interesante observación de esta naturaleza en 1888 y ahora se ofrece otro caso más para aumentar nuestra estadística que cuenta cuando menos con seis casos. Y sería en efecto verdaderamente extraño que en un país como en el nuestro donde la Tenia armada es tan común á causa sin duda alguna del poco cuidado que se tiene fuera de la capital con la inspección de las carnes y con su preparación, los cisticercos no fueran observados sino excepcionalmente en el cuerpo vítreo como sucede en otros países. En Francia por ejemplo los casos son tan raros que no se conocen hasta ahora más que diez observaciones, en Rusia, doce, según Natanson, en Austria, Mauthner no ha podido observar ningún caso en 30,000 enfermos y en los Estados Unidos del Norte el Dr. Noyes califica de verdaderamente raros estos casos y apenas hace mención de la enfermedad en su Tratado de enfermedades de los ojos en 1890. Por el contrario, en el Norte de Alemania los casos de esta naturaleza son incontables y Graefe refiere haber