

Bibliothèque numérique

medic@

**Revue mensuelle de laryngologie,  
d'otologie et de rhinologie**

Vol 2, n° 3, p. 65 à 96. - Paris : Doin, 1882.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1882x03>

REVUE MENSUELLE  
DE  
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE : **Travaux originaux.** — CLINIQUE DU Dr E.-J. MOURE : Des paralysies unilatérales dans le larynx, par A. DUCAU. — **Otologie :** Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic (*suite*), par J. BARATOUX. — **Revue Bibliographique :** Considérations anatomiques et physiologiques sur la trompe d'Eustache, par les Drs C. MIOT et J. BARATOUX. — Clinique des maladies des voies respiratoires, par le Dr F. MASSEI — Étude sur les bourdonnements d'oreille, par le Dr P. HERMET. **Revue de la Presse Allemande.** — **Index Bibliographique :** Pharynx et Nez, Larynx et Trachée, Oreilles, Varia. — **Erratum.**

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU Dr E.-J. MOURE

Des paralysies unilatérales dans le larynx.

Par A. DUCAU, chef de clinique. (1)

**Siège.** — Le siège de la paralysie laryngée est extrêmement variable, et l'on constate son existence tantôt à droite et tantôt à gauche, suivant la cause qui l'a produite. Les paralysies du côté gauche sont cependant plus fréquentes que celles du côté droit, car les causes de compression (anévrismes, hypertrophies ganglionnaires, tumeurs du médiastin, etc.), sont plus nombreuses de ce côté que de l'autre. Le Dr Bosworth (2) dit n'avoir rencontré qu'une fois la paralysie du récurrent droit et 25 fois celle du gauche.

(1) Voir le n<sup>o</sup> du 1<sup>er</sup> février, n<sup>o</sup> 2, 1882.

(2) Loc. cit., p. 329.

Il est intéressant de remarquer à ce sujet que la paralysie unilatérale droite, observée par l'auteur Américain, tenait à une compression du nerf récurrent par le sommet du poumon induré au début d'une tuberculose. La prédisposition plus grande du poumon droit aux inflammations aiguës ou chroniques, jointe aux relations déjà connues qu'il affecte avec le récurrent, donne sans doute la vraie raison pour laquelle, en cas d'induration pulmonaire, ce nerf est plus souvent comprimé que son congénère, ainsi qu'on a eu soin de le signaler.

Mandl (1) fait remarquer que sur 52 malades atteints de tuberculose pulmonaire du côté droit, 50 malades avaient la voix enrouée, tandis que sur 32 sujets porteurs de lésions pulmonaires du côté gauche, un seul malade avait la voix altérée. L'expérience ne confirme cependant pas cette énorme prépondérance de paralysies du côté droit dans la tuberculose pulmonaire, le récurrent gauche étant, lui aussi, susceptible d'être atteint dans le cours et même au début de la même affection. Voici, du reste, un exemple bien net à l'appui de cette opinion, aujourd'hui admise presque sans conteste :

#### OBSERVATION IV.

M. X... vient consulter le docteur Moure pour un enrouement qui datait de quelques mois seulement et était survenu à la suite d'un rhume.

Un frère et une sœur du malade ont succombé à l'âge de vingt-deux et vingt-sept ans, emportés par une phthisie pulmonaire.

Le malade, marin de son état, a l'aspect assez vigoureux, il n'a pas eu d'hémoptysie, mais il se plaint néanmoins d'être un peu affaibli, de s'essouffler facilement et d'avoir un appétit médiocre. La voix est enrouée, parfois même presque éteinte.

A l'examen laryngoscopique il existe une paralysie évidente de la corde vocale gauche qui, pendant la phonation, reste éloignée de sa congénère et décrit une courbe à concavité en dedans.

L'examen de la poitrine révèle une sub-matité bien nette au-dessous de la clavicule du côté gauche et au niveau de la fosse sus-épineuse. L'auscultation révèle l'existence de petits craquements dans ces mêmes points de la poitrine.

M. Moure institue un traitement tonique (arsenic. H. F. M.) et

(1) *Gaz. des hôpital.* 1862, p. 435.

fait localement des séances d'électrisation externe d'abord et directe ensuite.

Le malade est ensuite obligé de s'absenter pendant quelque temps, et à son retour, huit mois après, il est à peine reconnaissable, tellement il a maigri; la tuberculose pulmonaire a fait des progrès rapides des deux côtés, et le malade succombe peu de temps après des suites de la terrible maladie.

Nous croyons inutile d'insister sur le cas précédent qui rentre dans l'ordre des faits classiques, bien quela compression du récurrent gauche soit moins fréquente que celle du côté droit, lorsque la compression est due à la présence de tubercules dans le sommet d'un poumon engorgé.

M. Morell-Mackensie (1) rapporte trois observations de paralysie de la corde vocale droite, l'une survenue après une affection de la moëlle allongée, les deux autres (2) occasionnées par un ganglion hypertrophié qui comprimait le nerf pneumogastrique du même côté.

Il est à remarquer que dans les cas où la syphilis est la cause de la paralysie, cette dernière semble avoir une préférence marquée pour la corde vocale gauche.

Enfin, lorsque l'affection est le résultat d'une blessure ou d'un traumatisme, il n'existe dans ces cas aucun siège de prédilection, et l'un des rubans vocaux peut être indifféremment atteint.

Enfin, non-seulement la paralysie peut être unilatérale, mais elle peut encore être générale ou partielle, c'est-à-dire limitée à un seul groupe de muscles (constricteurs, tenseurs, ou dilatateurs), ou englober en même temps tous les muscles moteurs de la moitié de l'organe vocal.

Dans un mémoire fort intéressant, M. le docteur Semon (3) démontrait l'an passé, sans cependant expliquer ce phénomène d'une manière définitive, que dans les cas de paralysies bilatérales, les muscles abducteurs étaient toujours les seuls ou les premiers atteints; de même le docteur Elsberg (4),

(1) *Traité de mal. du larynx.*, etc., traduit par les D<sup>rs</sup> Moure et Bertier; Paris, 1882, p. 586.

(2) loc. cit., p. 593.

(3) *Clinic. remark on proclivity of the abductors fibres of the recurrent, etc.* (Arch. of laryng. N. Y. Juillet, n<sup>o</sup> 3, 1881).

(4) *Are the abductors fibres of the inferior laryngeal nerve, etc.* (Philadelphia méd. Times. 30 juillet 1881).

après avoir lu le travail précédent, faisait remarquer que lorsque dans les paralysies bilatérales l'affection s'améliorait, les muscles abducteurs reprenaient les derniers leurs fonctions. Ces conclusions, confirmées par des faits bien nets et savamment observés, ne sauraient cependant s'appliquer *strictement* aux paralysies unilatérales des cordes vocales, et il faut même avouer que quelques-unes des théories émises pour expliquer le phénomène précédent perdent singulièrement de leur valeur, si l'on considère que lorsque la compression s'exerce sur un seul récurrent, la corde vocale correspondante est ou entièrement paralysée et occupe la position cadavérique, ou bien souvent encore elle reste éloignée de la ligne médiane et ce sont, par conséquent *les muscles constricteurs* qui sont *atteints*. La paralysie peut également *n'atteindre* que le muscle dilatateur (crico-aryténoïdien postérieur), mais les paralysies de ce muscle sont moins fréquentes que celles des constricteurs, aussi croyons-nous qu'il serait difficile d'admettre que les filets nerveux du nerf récurrent soient disposés concentriquement, les filets constricteurs étant au centre et les abducteurs à la périphérie, ces derniers se trouvant ainsi plus exposés aux causes de compression que les fibres nerveuses antagonistes.

Quant à la névrose unilatérale des thyro-aryténoïdiens et des crico-thyroïdiens, elle n'a guère encore été constatée isolément, tandis que la paralysie localisée aux muscles tenseurs des cordes vocales se rencontre quelques fois. (Mackensie; *loc. cit.*, p. 595).

*Anatomie pathologique.* — La paralysie n'offre, à vrai dire, aucune lésion qui lui soit propre, puisque dans tous les cas on constate l'intégrité de la muqueuse du larynx; cependant, lorsque la paralysie aura duré un certain temps, on pourra trouver une altération musculaire plus ou moins prononcée (pâleur, dégénérescence graisseuse, etc.); mais les principales lésions ne sont autres, en général, que les modifications (ganglions dégénérés, tumeurs diverses, etc.) apportées par la cause elle-même aux organes sur lesquels elle exerce son influence.

Les récurrents peuvent être intacts, surtout au début, lorsqu'ils sont simplement comprimés; mais la compression persistant et devenant plus complète, entraîne leur atrophie

et parfois même leur destruction (anévrisme). Le résultat est le même lorsque les nerfs sont envahis par le processus morbide lui-même (cancer). Nous savons d'autre part, qu'ils peuvent être intéressés dans la ligature des carotides, ou même sectionnés. Telles sont les quelques lésions que l'on est susceptible d'observer dans cette forme de laryngopathies.

*Symptomatologie.* — Les symptômes ont été assez fidèlement décrits par les auteurs pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister. Nous allons nous borner à les esquisser à grands traits.

On en reconnaît de trois sortes : les symptômes généraux, fonctionnels et objectifs.

*A.* — Les SYMPTOMES GÉNÉRAUX, variant et se confondant avec ceux du processus morbide (anévrisme, diphthérie, cancer, etc.), dont la paralysie n'est qu'une complication, méritent d'être étudiés avec ce processus ; aussi ne trouvera-t-on pas étonnant qu'il n'en soit pas question ici. Nous ferons simplement remarquer qu'ils ont pu, dans quelques cas, faire défaut, et qu'il faudra toujours faire un examen attentif pour reconnaître leur présence. C'est ainsi que la paralysie pourra faire découvrir une tumeur du médiastin, anévrisme ou autre, passée jusqu'alors inaperçue.

*B.* — Les TROUBLES FONCTIONNELS, quoique assez nombreux et en général constants, sont loin d'avoir un caractère pathognomonique, parce qu'on les retrouve à peu près dans toutes les autres laryngopathies du même genre. Ils sont plus ou moins marqués suivant que la paralysie est complète ou incomplète, de date récente ou ancienne.

L'altération de la voix semble devoir entrer l'une des premières en ligne de compte. En effet, tous les malades atteints de paralysie racontent que leur voix a commencé par devenir voilée, rauque ou enrouée, soit peu à peu, soit subitement. La voix chantée est impossible, un mot commencé ne se finit pas, la voix est fausse et prend le caractère bitonal. Il est encore bon d'être prévenu de l'existence possible d'un phénomène que signalait dernièrement le Dr G. Couvard (1) et qui n'a sans doute été observé aussi rarement

(1) *Rev. de Laryng.* n° 17, 1<sup>er</sup> décembre 1881.

que parce qu'on ne l'avait pas recherché. Il s'agit des différents caractères que peut présenter le timbre de la voix, selon la position de la tête et du cou, lorsque la paralysie est le résultat d'une compression nerveuse. La tête étant fixe, la voix est fortement voilée, mais peut encore être entendue à une certaine distance. Si elle est tournée à droite, le timbre augmente un peu; tournée à gauche, l'aphonie est presque complète. Cette modification du timbre tient vraisemblablement à ce que la compression est accrue ou diminuée par les positions successives occupées par la tête. Ce n'est pas là une explication gratuite, car M. Poyet (1) cite le cas d'un malade qui avait des accès de dyspnée survenant surtout la nuit lorsqu'il était couché sur le côté gauche. lorsqu'il changeait de côté, l'accès disparaissait peu à peu. Evidemment la compression du nerf diminuait dans ce dernier cas.

Cependant, la voix a pu être conservée; mais en général l'aphonie succède à l'enrouement; parfois, elle peut s'établir d'emblée, lorsque tous les muscles d'un même côté sont paralysés.

On a signalé des accès, des quintes de toux qui surviennent tantôt le jour, tantôt la nuit; parfois même, c'est une véritable toux coqueluchoise (N. Gueneau de Mussy) qui s'accompagne de vomissements muqueux ou alimentaires, si elle éclate après le repas. Ce signe n'est pas constant et ne semble se produire qu'en cas d'irritation du pneumogastrique par la cause elle-même.

Un autre symptôme spécial à la paralysie du muscle abducteur est une dyspnée en général peu marquée, fait qui n'aura pas lieu de surprendre, si l'on songe que la corde vocale n'étant plus en état de fonctionner ou fonctionnant mal, devient une cause de sténose laryngée en réduisant la lumière de l'orifice glottique. Il est évident que tout effort aura pour résultat d'accroître la dyspnée qu'il n'est pas rare de voir se montrer sous forme d'accès. Il peut arriver, même, qu'elle se complique de cornage, et lorsque les tenseurs du ruban vocal participent à la paralysie, on peut entendre un bruit de drapeau que l'on a également signalé pour reconnaître les polypes du larynx; symptôme fugace, inconstant, et inutile dans ce dernier cas.

(1) Poyet, loc. cit. *Obs. XV.*

Les accès de suffocation peuvent déterminer le spasme de la glotte et entraîner rapidement la mort (Obs. II), surtout chez les petits malades dont la glotte respiratoire est physiologiquement déjà si étroite; d'où il résulte, chez ces derniers, une indication urgente, la trachéotomie, lors des premiers accès pouvant mettre leur vie en danger.

Il est digne de remarque que ni l'aphonie, ni la dyspnée n'ont une durée indéfinie, et l'explication de ce phénomène est des plus simples. La corde saine, pour suppléer à sa congénère, amplifie sa course ou s'efface plus complètement, et peut ainsi rétablir le calibre de la glotte.

Bien plus, lorsque la paralysie a duré pendant un certain temps, la voix enrouée au début, peut reprendre peu à peu son timbre presque normal et faire croire à la disparition de l'affection. Mais la plupart du temps il n'en est rien et ce fait est dû à ce que la corde vocale arrive à dépasser, pendant la phonation, la ligne médiane et à se rapprocher de la corde vocale opposée, avec laquelle elle arrive à se mettre en contact presque immédiat (Mackensie, *loc. cit.*, p. 612).

Habituellement il existe de la douleur qui se traduit au niveau du larynx ou derrière la poignée sternale, par une sensation de picotement ou de constriction, ou qui n'est pas quelquefois bien définie; elle est un effet de la compression nerveuse. Mais si cette sensation s'explique facilement, il n'en est pas de même de la dysphagie qui se rencontre quelquefois dans la paralysie, par suite de diphthérie (1) ou de cancer de l'œsophage. Toutefois, elle nous paraît bien plutôt imputable au processus dont la paralysie n'est qu'un épiphénomène qu'à la paralysie elle-même.

Comme on a pu facilement s'en convaincre, tous ces symptômes n'ont rien de caractéristique et ne sauraient servir de base à un diagnostic bien étayé. Ici, encore, l'examen laryngoscopique s'impose, devient nécessaire; c'est lui qui, en dernière analyse, nous dévoilant l'état du ruban vocal lui-même, doit nous permettre de nous prononcer en parfaite connaissance de cause et d'affirmer, d'une manière certaine, qu'il est ou n'est pas le siège d'une paralysie. Aussi devra-

(1) Dans les paralysies diphthériques la dysphagie peut quelquefois s'expliquer par la présence d'une paralysie concomitante du voile du palais, et l'anesthésie de la muqueuse de l'arrière-gorge.

t-on compter à peu près exclusivement sur les signes qu'il nous fournit et qu'il y a tout avantage à bien connaître.

*C. — SYMPTÔMES OBJECTIFS.* — Ces signes varient selon que la paralysie est complète et selon qu'elle occupe les muscles constricteurs ou les dilatateurs.

Dans le premier cas, au moment de la phonation, la corde vocale paralysée, au lieu de se rapprocher de la ligne médiane et de venir se mettre en contact avec sa congénère, reste immobile sur l'un des côtés du larynx, décrivant en général une courbe à concavité en dedans.

Lorsqu'au contraire le muscle crico-aryténoïdien postérieur est paralysé, les deux rubans vocaux sont parfaitement accolés au moment de la phonation, qui peut ne pas être altérée, mais lors de l'inspiration, tandis que la corde vocale saine se porte sur le côté du larynx, la corde paralysée reste sur la ligne médiane, ne subissant aucune oscillation.

Enfin, si la paralysie est complète, c'est-à-dire si elle envahit tous les muscles de l'organe vocal, la corde correspondante coupe une position intermédiaire à la phonation et à l'inspiration, position cadavérique ne se rapprochant pas de la ligne médiane au moment de la phonation et obstruant en partie l'orifice glottique pendant l'inspiration profonde.

*Diagnostic.* — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la paralysie laryngée qui est en général des plus faciles à établir, nous ferons simplement observer qu'une fois la paralysie reconnue, il ne faudra point s'arrêter là, mais rechercher attentivement la cause qui l'a produite et combattre cette dernière lorsqu'il aura été possible de la découvrir.

Non-seulement on devra examiner avec soin le cou et la poitrine (organes thoraciques) du malade, mais on l'interrogera avec soin sur ses antécédents héréditaires ou personnels; si l'on pense que la paralysie est d'origine centrale, on examinera l'état du voile du palais, de la langue, de la face, en un mot on recherchera l'existence des paralysies d'autres muscles que ceux du larynx.

*Pronostic.* — Il dépend entièrement de la cause de la paralysie. Il est absolument exceptionnel que les paralysies *unilatérales* puissent avoir de graves conséquences, cepen-

dant on a pu voir, chez les enfants surtout, la compression de l'un des récurrents occasionner la mort (voir Observ. II), par suite de spasme de la glotte; et l'on a également cité (G. Johnson, Bäumler) des faits de compression de l'un des récurrents ayant déterminé d'abord la paralysie du muscle abducteur d'un côté et ensuite, par action réflexe sans nul doute (1), la paralysie du muscle opposé et les graves conséquences qui peuvent être le résultat d'un défaut d'action des deux muscles crico-aryténoidiens postérieurs. Lorsque la paralysie sera de date trop ancienne l'on ne pourra guère espérer une guérison absolue, mais dans ces cas la corde saine arrive à comprimer la lésion qui peut alors passer inaperçue. Si la paralysie est occasionnée par la section ou ou la compression de l'un des nerfs récurrents, on comprend aisément que cette dernière sera définitive dans le premier cas et ne disparaîtra dans le second que si la compression ne s'exerce pas assez longtemps pour occasionner l'atrophie des muscles privés de l'influx nerveux, ou des filets nerveux eux-mêmes.

*Traitemen.* — On devra d'abord le diriger contre la cause de la paralysie. Si la respiration est trop gênée on pratiquera la trachéotomie, et dans tous les cas où il aura été impossible de découvrir la cause première de la maladie, on essaiera alors de combattre cette dernière par les moyens généralement employés. Après avoir institué une médication générale en rapport avec l'état du sujet, on devra, si les cordes sont un peu rouges et congestionnées, faire disparaître d'abord toute trace d'inflammation de l'organe vocal à l'aide d'applications locales astringentes (chlorure de zinc, nitrate d'argent, perchlorure de fer, tannin, etc., au 1/50 ou au 1/30); on fera ensuite des applications des courants électriques sur les cordes vocales elles-mêmes, s'il est possible

(1) Les docteurs G. Johnson et Bäumler ont tous deux rapporté un fait dans lequel il existait une compression de l'un des nerfs pneumogastriques compliquée de paralysie non seulement du côté où existait la compression, mais aussi du côté opposé. (G. Johnson, *Trans. of the Royal méd. chir. soc.*, vol. VIII, p. 29, et Baumler, *Transact. of Pathol. soc.*, vol. XXIII, p. 66). Morell Mackenzie pense que dans les cas de ce genre, il existe une affection des centres nerveux et que les noyaux du nerf spinal sont également atteints (*Traité des mal. du larynx*, etc., Traduct. Paris, 1882, p. 604).

de le faire, ce dernier mode donnant des résultats bien plus rapides et plus sûrs que les applications faites sur la peau.

Enfin, on pourra également adjoindre à cette médication l'administration de sulfate de strychnine employée de préférence en injections hypodermiques au niveau du cou.

Si la syphilis est la cause de la paralysie on administrera soit de l'iodure de potassium seul en solution, soit associée avec du mercure sous la forme de sirop de Gibert, suivant la période de la maladie.

En terminant ces quelques considérations, nous allons rapporter un dernier fait de paralysie de la corde gauche dont la cause nous a également paru difficile à déterminer, bien que la malade soit aujourd'hui complètement guérie de sa paralysie :

#### OBSERVATION V.

Au mois de juin 1881, Madame X., âgée de vingt-huit ans, vint consulter le Dr Moure, pour un enrouement qui datait depuis bientôt un an et était survenu peu à peu.

La malade, mère de six enfants, raconte que l'enrouement lui est survenu à la suite de ses dernières couches qui l'ont extrêmement fatiguée, au point que vers la fin de sa grossesse l'œdème des jambes et des cuisses l'avaient forcée à garder assez longtemps la position horizontale ; ayant mis au monde deux jumeaux, elle eut une hémorragie assez abondante et mit quelques temps à se rétablir complètement et à reprendre sa belle santé d'autrefois.

Jusqu'au moment de sa dernière grossesse, non seulement sa voix n'avait jamais été altérée, mais elle pouvait chanter d'une manière agréable et avec une jolie voix bien timbrée.

Par intervalles, surtout le soir, l'enrouement augmentait à un tel point qu'elle était souvent obligée de parler à voix basse. En dehors de l'enrouement, il n'existant aucun autre symptôme pouvant mettre sur la voie du diagnostic.

Le médecin traitant avait songé à une laryngite chronique avec congestions passagères des cordes vocales déterminées par la fatigue de la journée, et les cris continuels de la mère après ses enfants dont l'aînée avait six ans et demi ; mais l'examen laryngoscopique devait démontrer l'erreur d'une pareille supposition, basée sur le seul symptôme appréciable : l'enrouement.

En effet, à l'examen du pharynx, le voile du palais, et les amygdales (qui ont du reste été excisées pendant son enfance)

sont absolument saines, la muqueuse de l'épiglotte et du larynx elle-même offrent leur coloration normale, mais pendant la phonation, au moment où la malade émet la voyelle E, il est facile de voir que la corde vocale inférieure gauche n'obéit pas à la volonté et qu'elle reste sur le côté du larynx, pendant que la corde droite vient dépasser la ligne médiane en essayant de compenser le défaut d'action de sa congénère. De plus, les cordes sont un peu ternes, et la muqueuse trachéale très visible pendant l'inspiration paraît absolument normale.

M. Moure recherche alors la cause de cette paralysie, la malade se plaint de quelques palpitations de cœur, mais plusieurs examens attentifs révèlent l'intégrité de cet organe; ni la percussion, ni l'auscultation ne démontrent l'existence de lésions pulmonaires; on ne trouve aucun ganglion hypertrophié. La malade était encore un peu faible et anémie, on institue comme traitement de l'arsénic à l'intérieur, du vin de quinquina, et localement des badigeonnages iodés sur le trajet du récurrent gauche jusque au-dessous de la clavicule et l'application externe d'abord et directe ensuite de l'électricité. Malheureusement la malade, qui habite les environs de Bordeaux se résigne difficilement à subir pendant plusieurs jours les séances d'électrisations, elle est obligé de laisser à plusieurs reprises le traitement, malgré l'amélioration notable qui se produit après chaque application directe du courant électrique; enfin, dans les premiers jours du mois d'août, décidée à en finir, elle reste quelques jours dans notre ville, et sous l'influence d'un traitement assez bien suivi, la corde vocale gauche reprend peu à peu sa motilité habituelle, et c'est à peine, si pendant la phonation, il existe entre les deux cordes vocales un espace d'environ un demi-millimètre, dans le quart postérieur. La voix est bien meilleure, et la malade se décide à quitter Bordeaux, à son arrivée chez elle, à la campagne, elle prend froid, et de nouveau la voix devient enrouée, mais un examen ultérieur, fait quelques jours après, permet de reconnaître que l'enrouement est dû, cette fois non à la paralysie, mais à la rougeur des deux cordes vocales.

Nous pourrions encore multiplier les cas de ce genre, car il arrive assez souvent que l'on ne puisse trouver la véritable cause de la paralysie constatée dans le miroir laryngien; mais il faut savoir aussi que même dans ces cas, le pronostic n'est pas toujours fâcheux, et qu'à l'aide d'un traitement approprié, on pourra, la plupart du temps, faire disparaître cette lésion. Peut-être même le pronostic est-il plus bénin lorsque la cause de la paralysie est assez minime pour

échapper à des recherches minutieuses que lorsque cette affection est la conséquence d'une lésion visible, il est vrai (tumeurs diverses, anévrismes, goîtres, cancers, etc., sommet du poumon infiltré de tubercules, blessures, affection centrale, etc., etc.), mais le plus souvent incurable, ou tout au moins fort grave par elle-même.

En résumé, lorsqu'il aura été impossible de reconnaître la cause première de la paralysie, l'on pourra instituer un traitement général tonique qui consistera, suivant le cas, en administration de solution arsenicale, d'huile de foie de morue, de fer et de quinquina, et une médication locale dans laquelle les applications *directes* d'électricité joueront le rôle le plus important et les révulsifs cutanés, surtout les badigeonnages iodés, pourront favoriser la diminution ou même la disparition de petits engorgements ganglionnaires passés inaperçus.

A. DUCAU.

## Otologie

*Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille,  
Diagnostic,*

Par le Dr J. BARATOUX (1).

### ACOUMÈTRES AVEC TÉLÉPHONES

De tous les appareils nouveaux que l'on emploie pour mesurer l'acuité auditive le plus simple est celui qui consiste à se servir du téléphone combiné à une bobine d'induction, dans le genre de celle de Dubois-Reymond.

Les deux bobines étant en contact, un son assez fort arrive jusqu'à l'oreille au moyen du téléphone qui est relié par deux fils à la bobine mobile. Plus on écarte celle-ci de la bobine fixe, plus le son va en diminuant pour arriver à s'éteindre complètement. Pour avoir la mesure de l'acuité auditive de la personne que l'on examine, il suffit de lire le chiffre marqué à l'endroit où l'extrémité du chariot s'est arrêtée.

(1) Voir le n° 2, 1882.

L'appareil suivant, plus compliqué, n'offre aucun avantage sur celui que nous venons de décrire :

Il se compose d'un diapason compteur ordinaire que l'on introduit dans un circuit renfermant une grosse bobine d'induction. Le son de ce diapason est bas et ronflant; deux fils le conduisent de la bobine au téléphone que l'on met près de l'oreille.

Pendant toute la durée du courant, le son persiste avec une tonalité égale; mais à ce bruit se joint parfois à celui de la membrane métallique du téléphone; on évite cet accident en appuyant légèrement sur la plaque et le son devient plein, pur et égal.

Cet appareil a l'inconvénient de ne donner qu'un son dont l'intensité est toujours la même.

*Audiomètre de M. Gellé.* — En remplaçant la bobine fixe à chariot, le trembleur ordinaire remplira le rôle de diapason. On obtiendra ainsi dans le téléphone un son bas et égal, dont l'intensité variera quand on éloignera ou on rapprochera la bobine. En lisant sur la règle graduée que parcourt le chariot, le chiffre auquel celui-ci s'est arrêté, on pourra avoir une mesure de l'ouïe, mesure toute relative, mais qui aura l'avantage de pouvoir toujours être comparable à celle que le même instrument donnera dans une autre séance.

C'est cette méthode que M. Gellé emploie pour interroger la sensibilité de l'oreille aux sons graves.

Il est préférable de se servir du diapason, comme interrupteur, car avec une série de diapason on peut avoir l'échelle des sons les plus graves aux sons les plus aigus.

Ce dernier appareil est donc une combinaison du diapason électro-magnétique de Helmholtz avec le chariot de Dubois-Reymond duquel partent deux fils téléphoniques qui vont à chaque oreille du patient.

*Audiomètre de G. Bell.* — G. Bell a proposé l'appareil suivant pour apprécier la puissance relative des oreilles d'une même personne :

Deux bobines plates sont embrochées sur une même tige de bois. L'une d'elles est fixée à cette tige, tandis que l'autre est mobile et peut parcourir un certain espace que l'on a divisé en centimètres. Ces deux circuits forment de véri-

tables circuits primaires et secondaires analogues à ceux d'une bobine d'induction de Dubois-Reymond.

La bobine fixe est en communication avec un interrupteur, situé à une certaine distance de l'appareil de la bobine. De la bobine mobile partent deux fils qui vont au téléphone que le malade place près de l'oreille.

Quand les deux bobines sont en contact, le téléphone donne un son très intense qui va en diminuant à mesure que l'on écarte la bobine mobile de celle qui est fixe, et à un moment donné, le bruit cesse complètement. C'est alors qu'on lit sur la tige graduée le chiffre qui donne la mesure de l'acuité auditive.

*Audiomètre de Hughes.* — Ce qui fait l'originalité de cet appareil, c'est que parmi les divers objets qui le composent, il y a un microphone et une bobine mobile entre deux autres fixes.

Les courants électriques sont fournis par trois éléments Daniel reliés à un microphone placé sur le socle d'une pendule dont le tic-tac régulier produit dans le fil des courants interrompus qui traversent les deux bobines fixes placées à 30 centimètres de distance. Sur l'une de ces bobines sont enroulés 9 mètres de fil sur, l'autre, 100. Ces deux dernières sont enroulées de telle sorte que les courants qu'elles induisent sur la bobine médiane mobile, contenant aussi 100 mètres de fil et reliée à un téléphone soient de sens inverse. En faisant glisser la bobine mobile sur une règle graduée qui embroche les trois bobines, on trouvera un point zéro où les courants d'induction de sens inverse induits dans la bobine mobile se feront équilibrés. On n'entendra alors aucun son dans le téléphone. Mais en rapprochant la bobine mobile de l'une des deux autres fixes, il se produira un son qui de faible ira en augmentant. La bobine fixe qui a 100 mètres de fils aura une plus grande influence, de sorte que le zéro de l'échelle se rapprochera plus de l'autre bobine, c'est-à-dire de celle qui porte 9 mètres de fil; cette inégalité a l'avantage de donner un plus grand développement à la graduation de l'échelle, graduation faite en millimètres.

Le microphone peut être supprimé et remplacé par un interrupteur, comme dans l'appareil que nous avons décrit dans le compte-rendu des expériences qui ont été faites à

l'établissement national des Sourds-Muets à Paris, lorsqu'on a essayé l'audiphone de M. Rhodes, chez un certain nombre d'élèves (1).

M. Bichat, de la Faculté des sciences de Nancy a aussi remplacé la pendule et le microphone de l'audiomètre de Hughes par un interrupteur à mouvement d'horlogerie qui transforme les courants ordinaires en courants intermittents.

On peut encore se servir du petit appareil de Gaiffe, comme nous le faisons, car nous avons ainsi un instrument peu volumineux qui renferme une pile à chlorure d'argent et une bobine d'induction sur laquelle sont enroulés les fils inducteurs et induits, que l'on relie alors à l'audiomètre.

*Audiomètre de M. Boudet de Paris.* — Récemment, M. Boudet de Paris, a proposé un nouvel appareil, basé toujours sur les mêmes moyens ; il offre l'avantage d'évaluer en unités absolues, des variations très minimes de l'intensité d'un courant inducteur, par suite d'apprécier la sensibilité de l'oreille, sur laquelle on fait agir les courants induits engendrés par ces variations d'intensité.

La pièce originale que M. Boudet de Paris a introduite dans son appareil consiste en une bobine plate sur laquelle on enroule côté à côté trois fils ayant exactement la même longueur et le même diamètre. De trois spires ainsi formées, l'une sert de bobine induite C ses deux extrémités sont en rapport avec un téléphone indicateur; les deux autres spires, B à B', ont leurs extrémités disposées de telle sorte que le courant de la pile les traverse en sens contraire; en outre, l'appareil est construit de manière à permettre l'interposition d'une résistance additionnelle comme dans le circuit de l'une ou de l'autre. Lorsque les deux bobines ainsi constituées ont exactement la même résistance, le courant de la pile se divise en deux portions égales qui se font équilibre et lors des ouvertures ou des fermetures de ce courant, aucune induction, ne peut avoir lieu sur la troisième bobine.

Si au moyen d'un rheostat, une résistance est intercalée dans le circuit de l'une des spires inductrices, l'équilibre des potentiels est rompu, une induction peut avoir lieu, et cette induction toutes choses égales d'ailleurs est proportionnelle

(1) *Annales des maladies des oreilles.* 1881 n° 2.

à la différence des intensités des courants qui traversent les deux bobines; et d'après la loi de Ohm, cette dernière résistance est elle-même proportionnelle à la différence des résistances des deux circuits.

D'où il résulte que, par des appareils construits dans les mêmes conditions, l'évaluation du courant induit peut toujours se faire d'après la lecture de la résistance intercalée dans le circuit de l'une des bobines inductives, pourvu que les constantes de la pile employée soient toujours les mêmes.

Ce principe établi, voici comment on dispose l'expérience pour mesurer l'acuité auditive.

Dans le circuit d'une pile composée de deux petits éléments au chlorure d'argent de Gaiffe, dont nous représenterons la force électro-motrice par  $E$ , et la résistance intérieure par  $R$ , on introduit soit un interrupteur du courant, soit un modificateur de l'intensité par exemple, un microphone sur lequel on place une montre ou un réveil. Nous désignerons par  $M$ , la résistance de ce microphone.

Le courant de la pile, en entrant dans la bobine plate, se divise dans les deux bobines  $B$  et  $B'$ , pour revenir ensuite à la pile. Dans le circuit de l'une de ces bobines  $B$  est intercalé un rheostat. Un téléphone, en rapport avec les extrémités de la bobine induite  $C$ , est appliqué sur l'oreille du sujet en expérience. Les deux bobines  $B$  et  $B'$  étant traversées en sens inverse par le courant inducteur, le téléphone reste muet tant que les résistances de  $B$  et  $B'$ , sont égales, c'est-à-dire tant que le rheostat est fermé. Dès que celui-ci est ouvert, l'intensité du courant change dans la bobine correspondante, l'équilibre est rompu et le téléphone est induit par un courant d'autant plus énergique que la résistance intercalée est plus grande. Or, la valeur de la résistance qu'il est nécessaire d'intercaler dans le circuit de la bobine  $B$ , pour que le nerf auditif du sujet perçoive le bruit de la montre ou du réveil, indique précisément son degré de sensibilité, et cette valeur étant représentée par *les unités absolues*, l'estimation de l'acuité auditive devient facilement appréciable pour tous les cas, à condition que la source du bruit soit toujours la même. Cette nécessité d'avoir une source sonore toujours semblable a fait rejeter l'emploi de la montre par les évaluations précises, comme le dit M. Boudet, dans la *Revue de médecine* d'octobre 1880, à laquelle nous empruntons en partie cette

description. L'auteur préfère employer un diapason musical ordinaire, le *la* normal. Il suffit de mettre ce diapason en vibration sur le microphone pour avoir une tonalité invariable, servant d'étalon. Quant à l'intensité même du bruit, elle dépend forcément de l'énergie de la pile employée, et rien n'est plus facile que d'avoir une pile constante en faisant usage des éléments au chlorure d'argent. La résistance des fils qui imposent la triple bobine est également très facilement réglée.

Le rhéostat ayant toutes ses clefs fermées et un gros fil de cuivre réunissant les bornes de la bobine B', le diapason est mis en vibration, puis posé sur le microphone. Le téléphone, dans ces conditions, doit rester muet. Si un bruit est perçu, cela indique que les bobines B et B' n'ont pas exactement la même résistance; il est facile de remédier à ce défaut de construction en intercalant entre les bornes de B' des fils de grosseurs et de longueurs différentes, jusqu'à ce que l'équilibre soit bien établi. Cette recherche doit d'ailleurs être faite par le constructeur lui-même avant la livraison de l'appareil. Une fois l'équilibre, les résistances constituées, on ouvre un certain nombre de clefs du rheostat, de façon à intercaler une assez grande résistance; 500 ohms, par exemple, dans la bobine B; le téléphone reproduit alors fortement le son du diapason. On diminue ensuite la résistance jusqu'à ce que l'oreille du sujet ne perçoive plus aucun son. Le chiffre indiqué par le rheostat pour la limite de perception désigne le degré d'acuité de l'oreille explorée. Cela est suffisant pour la pratique.

La limite moyenne de l'acuité est atteinte avec une résistance de deux ou trois ohms. L'acuité la plus grande se reconnaît lorsqu'il suffit d'intercaler seulement un ohm en B; dans d'autres cas, il faut introduire 90 ou 100 ohms dans la bobine B pour que la perception ait lieu.

Si l'on veut calculer exactement en ohms la mesure de l'acuité, l'équation suivante nous donne l'intensité du courant total, I.

$$I = \frac{E(a+b)}{R + M(a+b) + a \times b}$$

E, représentant la force électro-motrice de la pile, R, sa

résistance intérieure, *M*, celle du microphone ou diapason *a*, celle de la bobine *B*, et *b* celle de la bobine *B'*.

Tel est l'appareil imaginé par le Dr Boudet de Paris, auquel on doit de pouvoir mesurer scientifiquement l'acuité auditive.

Si l'on remplace, dans le courant de la pile, le microphone par une série de diapasons électriques, on aura ainsi un acoumêtre qui, certes, présentera tous les avantages que l'on n'a pu obtenir jusqu'à ce jour.

Nous croyons avoir suffisamment démontré les progrès accomplis en ces dernières années dans les appareils destinés à la mesure de la fonction de l'ouïe pour que nous puissions passer sous silence certaines modifications peu importantes apportées aux divers instruments que nous venons de décrire.

Ce serait peut-être aussi le moment de parler de quelques autres méthodes employées pour l'examen fonctionnel de l'appareil d'accommodation de l'oreille; mais nous préférerons les étudier plus tard, après la perception de l'ouïe par les os du crâne.

(*A suivre.*)

J. BARATOUX.

## Revue Bibliographique.

### Considérations anatomiques et physiologiques sur la trompe d'Eustache

Par les Drs C. MIOT et J. BARATOUX (1).

MM. les docteurs Miot et Baratoux, jugeant insuffisante l'étude faite jusqu'à ce jour de la structure et des fonctions dévolues à la trompe d'Eustache, se sont mis en mesure d'y remédier par des recherches anatomiques et physiologiques dont ils publient aujourd'hui les heureux résultats.

La trompe d'Eustache, ou conduit guttural de l'oreille (Chaussier), est ostéo-fibro-cartilagineuse.

Deux portions bien distinctes la constituent : l'une osseuse,

(1) Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1881.

dont il n'est pas question ici ; l'autre, fibro-cartilagineuse, divisée elle-même en deux parties : la première, fibro-cartilagineuse ; la seconde, fibreuse.

Le fibro-cartilage, si diversement décrit par les auteurs, est composé de quatre ou six pièces cartilagineuses imbriquées comme les tuiles d'un toit.

La paroi fibreuse est formée par du tissu fibreux et élastique, renforcé par l'aponévrose salpingo-pharyngée et par les muscles péristaphylins.

Les auteurs, abordant alors chacune de ces parties en particulier, en font une étude détaillée et approfondie au triple point de vue anatomique, histologique et physiologique. Aussi engageons-nous ardemment nos lecteurs désireux de connaître enfin le vrai rôle de la trompe d'Eustache, de se reporter à l'ouvrage lui-même, dont une simple analyse, en pareil cas, ne peut donner qu'une idée incomplète, car nous devons nous borner à rapporter l'action d'ensemble des muscles qui agissent sur la trompe.

Quand tous ces muscles se contractent énergiquement, la paroi fibreuse est tendue et s'écarte de la paroi cartilagineuse qui est un peu soulevée. Pendant ce mouvement d'élévation de la trompe, la paroi postérieure de ce tube tend à devenir supérieure.

MM. Miot et Baratoux ont pu contrôler l'action de ces muscles en expérimentant directement sur une malade afflégée d'un bec de lièvre opéré avec succès, mais compliqué d'une division congénitale de la voûte palatine et du palais. Ils ont constaté que l'orifice pharyngien de la trompe a la forme d'un ovale et constitue un infundibulum au fond duquel on voit les parois tubaires se toucher.

Pendant la déglutition, l'orifice, d'allongé qu'il était, s'arrondit ; il augmente de profondeur, et on ne voit plus les parois au contact.

En électrisant la trompe près de son orifice pharyngien, ils ont vu s'y accumuler des mucosités qui, pendant la déglutition, étaient d'abord aspirées par la trompe, y pénétraient et en sortaient au moment où se terminait le mouvement de déglutition.

De plus, le sphygmographe de Marey, légèrement modifié, auquel on ajoute un manomètre de Politzer, permet de constater que les muscles de la trompe sont bien des dilatateurs et non des constricteurs.

On arrive au même résultat en étudiant l'action de ces muscles par l'électricité sur des chiens tués par le chloroforme.

Voici enfin les preuves qui ont permis à MM. Miot et Baratoux de croire que la trompe est fermée à l'état de repos :

1<sup>o</sup> En entrant dans un appareil à air comprimé, on n'éprouverait aucune sensation dans les oreilles si les trompes étaient ouvertes, puisque, la compression de l'air étant faite lentement, celle-ci pénétrerait dans ce tube avec la plus grande facilité.

Il en est autrement.

2<sup>o</sup> Lorsqu'on introduit dans la bouche un diapason mis en vibration, les méats auditifs externes étant hermétiquement fermés, on ne perçoit les vibrations qu'au moment où l'on fait un mouvement de déglutition.

3<sup>o</sup> Lorsque la sonde est introduite dans la trompe et que l'air passe mal ou ne passe pas dans la caisse, un mouvement de déglutition fait passer l'air facilement et d'une manière continue, tant que dure le mouvement.

Les procédés de Valsava, de Toynbee et de Politzer servent encore à mettre ces faits en lumière.

4<sup>o</sup> Si on fait macérer des rochers munis de leur trompe, on ne trouve pas de liquide dans les caisses, quand on ouvre ces cavités.

5<sup>o</sup> Si la trompe était ouverte à l'état de repos, les ondes sonores frapperait les deux faces du tympan, ce qui annullerait toute vibration de cette membrane par le fait de l'interférence des mouvements ondulatoires (Loewenberg).

Tels sont les faits concluants et précis dont la juste interprétation a permis aux docteurs Miot et Baratoux de déterminer d'une manière définitive le vrai fonctionnement de la trompe d'Eustache. Souhaitons qu'en présence d'arguments aussi décisifs, tous les partisans de la théorie opposée se rendront à l'évidence de la vérité !

---

### Clinique des maladies des voies respiratoires.

(*Clinica delle malattie del tratto respiratorio*)

par le Dr F. MASSEI (1).

M. le Dr Massei (de Naples) vient de réunir en un même volume tous les articles publiés par lui dans différentes feuilles médicales.

(1) Enrico Detken, Édit., Naples, 1881.

Après avoir démontré la fréquence des affections laryngiennes et insisté d'une manière toute spéciale sur la nécessité de leur opposer un traitement direct, seul moyen que nous ayons de guérir bien souvent et de soulager presque toujours, l'auteur consacre deux leçons à la laryngite pseudo-membraneuse, étudiant dans la première la pathologie de l'affection et la thérapeutique à employer dans les cas de genre, et comparant dans la deuxième les divers procédés de trachéotomie et l'utilité de cette opération dans le croup ; quelques réflexions sur un cas de croup terminé par la guérison accompagnent ces deux intéressants articles.

M. Masséï rapporte ensuite deux exemples de *Muguet du larynx*, le premier observé chez une femme dont toute la cavité buccale offrait les signes de la même affection. L'examen laryngoscopique révéla l'existence du muguet sur l'épiglotte et la région arytenoïdienne, où il était en couches si épaisses que l'on aurait pu songer à des plaques diphthéritiques.

Dans le deuxième fait, il s'agissait d'un enfant de neuf mois environ atteint de muguet labio-gengival bien net; en déprimant fortement la langue on pouvait apercevoir l'épiglotte également recouverte de plaques blanches, analogues à celle du croup. L'auteur fit alors le tubage de larynx avec un cathéter n° 11, pour calmer un peu la dyspnée qui menaçait la vie de l'enfant, et en retirant l'instrument, il put constater que ce dernier était recouvert d'xsudat blanchâtre, d'aspect caséux, se détachant avec facilité et n'ayant point l'aspect de la fausse membrane diphthéritique, mais ressemblant de tous points à l'*oïdium albicans*; l'enfant guérit du reste parfaitement. Après cette dernière observation, l'auteur se demande si l'immunité contre le muguet, accordée à la présence de l'épithélium à cils vibratifs, n'est pas problématique ; il insiste en outre sur les bons effets du tubage du larynx dans le cas de cet enfant.

A cet intéressant article font suite quelques remarques sur l'œdème, les névroses et la chorée du larynx, et comme conséquence presque naturelle de l'étude de cette dernière classe de maladies, un chapitre dans lequel l'auteur établit un parallèle entre les courants faradiques et les courants continus dans le traitement des paralysies des cordes vocales, ce dernier mode lui ayant paru mériter dans bien des cas la préférence.

Nous signalerons encore : un cas de sténose laryngienne de nature paralytique, traité par les voies naturelles et guéri; un exemple de sténose pharyngo-laryngienne, un fait de gomme des cordes vocales, et un de laryngite ulcéruse accompagnée de tuberculose pulmonaire au début et terminée par la guérison.

L'auteur consacre ensuite un article à l'étude des différentes formes de la phtisie laryngée, qu'il classe de la manière suivante : 1<sup>o</sup> la forme ulcéruse; 2<sup>o</sup> la périchondrite tuberculeuse; 3<sup>o</sup> l'infiltration, et 4<sup>o</sup> le dépôt de tubercules miliaires sur les cordes vocales.

Viennent ensuite plusieurs observations de tumeurs du larynx, puis le cas d'une épingle trouvée dans la gouttière pharyngo-laryngienne droite, et le fait bien connu d'une sangsue introduite dans le larynx et extraite par les voies naturelles. D'importantes leçons sur les maladies des ventricules de Morgagni, la trachéospie par transparence, un nouveau mode de traitement de l'ozène, trois cas d'asthme guéris par le traitement pneumatique, un cas d'hémoptysie guérie par l'emploi de l'air comprimé, et un exemple de corps étrangers de la bronche droite, rejeté, viennent compléter ce volume, qui forme presque un véritable traité des maladies du larynx, tant à cause du nombre et de la variété des articles qu'il contient que de la manière sérieuse avec laquelle sont traitées toutes les questions soulevées par l'auteur.

---

### Étude sur les bourdonnements d'oreille.

Par le Dr P. HERMET (1).

---

Dans une brochure fort intéressante, M. le docteur Hermet étudie successivement les bourdonnements produits par les affections de l'oreille externe, de la trompe d'Eustache, de la caisse du tympan (tympan et chaîne des osselets) et de l'oreille interne. Après avoir passé en revue et discuté, dans chacun de ces chapitres, les différentes causes susceptibles de déterminer les bourdonnements d'oreille, il arrive aux conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Les bourdonnements comparés par les malades à un

(1) E. Lafosse, 67, rue Rochechouart, Paris, 1882.

bruit de conque, au bruit du vent, au bruit des vagues, sont le symptôme d'un manque d'équilibre entre la pression atmosphérique et celle de l'air contenu dans la caisse; on les rencontre dans les cas d'obstruction de la trompe d'Eustache et de corps étrangers de l'oreille.

2<sup>o</sup> Ceux dont le timbre peut être rendu par le mot *djiii*, et que les malades comparent au bruit d'un jet de vapeur, au bruissement d'un feu de bois vert, au sifflement d'un bec de gaz ouvert et non allumé, etc., sont des bruits de compression qu'on rencontre chaque fois que, par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, le liquide de Cotugno se trouve comprimé.

On les observe quelquefois, et passagèrement, dans le cas de corps étranger du conduit; le plus souvent, et d'une façon continue, dans l'ankylose de la chaîne, les adhérences, entre le tympan et le rocher, la contracture, et la rétraction du muscle tenseur du tympan.

3<sup>o</sup> Les bruits musicaux sont toujours liés à une affection de l'oreille interne, et peuvent s'accompagner de titubations, de vertiges, etc.

4<sup>o</sup> Les bourdonnements isochrones au pouls, et simulant un bruit de souffle, sont constatés dans la congestion des artéries du manche du marteau, et dans les altérations vasculaires autres que celles de l'oreille.

A. D.

---

### *Revue de la Presse Allemande.*

---

**Contribution à l'étude des bourdonnements d'oreille.** — Le docteur WEIL, de Stuttgart, complète ses études antérieures sur ce sujet, par les conclusions suivantes :

Les bruits que l'on peut calmer à l'aide d'insufflations d'air dans la caisse ont leur origine dans la circulation du sang, tandis que ceux qui sont dus à la présence de corps étrangers dans le conduit auditif ne cèdent point dans ces cas; de même certains bruits provoqués par une commotion du labyrinthe résistent à toutes sortes de traitement. (*Monatssch. f. ohrenh.* n° 11, 1881.)

**Nœvus de la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx.** — Le docteur MAX SCHÖFFER, de Brême, rapporte le

cas d'une jeune fille de neuf ans atteinte de nœvus au niveau de la moitié inférieure droite de la joue et du cou, et chez laquelle la muqueuse du palais, du pharynx et du larynx du même côté offraient, jusqu'au niveau de la ligne médiane, une coloration rouge intense. De plus, ces parties étaient épaissies et la moitié droite de l'épiglotte avait doublé de volume la moitié opposée, la bande ventriculaire droite était également d'un rouge foncé, et la corde vocale correspondante un peu injectée. La muqueuse de la trachée était intacte. (*Monatssch. f. ohrenh.*, n° 11, 1881.)

**Des goitres rétro-pharyngiens.** — Le docteur O. CHIARI rapporte deux observations de ce genre observées récemment. Après avoir établi le diagnostic à l'aide de plusieurs ponctions exploratrices, il avait résolu d'enlever la tumeur lorsque le malade succomba de pyohémie, à la suite d'un abcès qui fut la conséquence de la ponction.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un jeune homme de seize ans, également atteint d'une tumeur molle, située au niveau de la paroi postérieure du pharynx, et qui cessa tout traitement parce qu'il n'éprouvait aucune gêne. Chez ce dernier malade, on reconnut parfaitement que la tumeur communiquait avec le lobe droit de la glande thyroïde.

Dans un cas analogue, observé il y a quatre ans, le docteur Chiari fit une ponction par laquelle il ne s'écoula qu'un peu de sang; le malade ne se trouvant plus incommodé, on ne fit pas d'autre traitement. Dans ce cas, les deux lobes de la glande thyroïde étaient hypertrophiés et l'on institua un traitement iodé. Le malade est encore bien portant. (*Monatssch. f. ohrenh.*, n° 11, 1881.)

**Deux cas de kystes du larynx**, par le docteur O. CHIARI (de Vienne). — A ceux qui veulent se livrer à l'étude de cette affection, l'auteur recommande avant tout les ouvrages de MM. Cervesato et E.-J. Moure. Pour lui, sur 1,300 malades du larynx, il ne compte qu'un cas de kyste.

Il décrit alors les deux nouveaux cas qu'il a observés : l'un a le volume d'un gros pois et siège dans le ventricule de Morgagni ; l'autre est un adénome, gros comme une noisette, dont la base large, mais offrant un assez long pédicule s'insérait à gauche, en haut de l'épiglotte, dans la fossette glosso-épiglottique.

Tous les deux ont été opérés avec succès et sans difficulté.  
(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 12, 1882.)

**De l'introduction involontaire des sondes œsophagiennes dans le larynx**, par le docteur O. CHIARI. — L'auteur donne la description de trois cas où il lui est arrivé d'introduire la sonde œsophagienne dans le larynx, au lieu de passer dans l'œsophage. Il pense que la difficulté du sondage du larynx dans les cas ordinaires peut tenir à quatre causes susceptibles de favoriser cet accident :

Le rétrécissement à un très haut degré de la voie alimentaire au niveau de l'entrée du larynx ou immédiatement au-dessous;

La proéminence de la paroi postérieure du pharynx;

Un vice de conformation de l'épiglotte;

L'anesthésie du larynx.

Le rapporteur a un malade en traitement, atteint d'un rétrécissement syphilitique du pharynx à un degré tel, qu'il n'y avait moyen de passer qu'avec une sonde urinaire moyenne, et cela directement dans le larynx; la langue, le pharynx et les piliers du malade sont reliés ensemble par un tissu cicatriciel formant un diaphragme percé au milieu (vers la base de la langue) d'un trou mesurant environ 3 centimètres au-dessus du larynx. Pendant la phonation, on aperçoit au laryngoscope le milieu de deux cordes vocales blanches. L'épiglotte qui existe est fixée immobile. De la même façon, le voile du palais est relié au pharynx, perforé seulement par une ouverture un peu plus large, par où se fait la communication avec le nez.

L'auteur réserve une description détaillée de l'opération pour une autre occasion, ainsi que l'observation d'un cas de cancer de l'œsophage. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, n° 48, 1881.)

**Herpès du larynx.** — Le docteur GETTFIED SCHEFF définit d'abord l'herpès d'après William et Hébra, rappelant que dans l'herpès des muqueuses, la cicatrisation n'est pas précédée de la formation de croutes. De plus, les vésicules ne sont pas confluentes sur certains points de la muqueuse mais isolées. Quant à la cause de l'affection, l'auteur pense que l'éruption des vésicules herpétiques est précédée d'un trouble de l'innervation de la partie atteinte.

Il envisage ensuite l'herpès du larynx, encore passé sous silence dans les principaux traités de laryngologie, et auquel Gigot-Suard et Waldenburg ont déjà fait allusion. Maier, de Zurich, a également parlé d'une inflammation phlycténulaire des cordes vocales (1879), mais c'est Berégszaski, qui le premier lui a donné le nom d'herpès du larynx (*Méd. Pres.*, n° 44, 1879) en publiant trois cas de ce genre.

L'auteur rapporte ensuite un nouveau fait qu'il attribue à un trouble de l'innervation du nerf vague, survenu à la suite d'une indigestion.

On reconnaîtra l'herpès du larynx : 1<sup>o</sup> à la rougeur et au gonflement de la muqueuse, précédés de fièvre et accompagnés d'une sensation de brûlure et de dysphagie, d'une toux sèche et de dyspnée même si la tuméfaction est intense. Après quatre ou cinq jours apparaissent enfin les vésicules caractéristiques, ayant environ le volume d'un grain de mil. (*Ally. Wien. Méd. Zeit.* n° 47, 1881.)

**Des indications de l'arrachement des polypes du nez**, par le Dr Arthur HARTMANN (de Berlin). — L'auteur recommande les deux moyens suivants : 1<sup>o</sup> le serre-nœud ou l'anse froide que l'on introduit par les fosses nasales antérieures, dans les cas de polypes mous, nombreux, qu'il s'agit d'opérer vite ;

2<sup>o</sup> La pince que l'on introduit par la bouche pour les cas de polypes rétro-nasaux. Ce moyen, parfois infidèle, devra être essayé avant de recourir à l'anse. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 1, 1882).

**De l'entrecroisement des cartilages arytenoïdes**, par le Dr P. HEGMANN (de Berlin). — Aux yeux de cet auteur, le croisement des arytenoïdes est symptomatique d'une difficulté à l'occlusion de la glotte. Pour lui, les « muventi arycomicutati et thyreo-arytenoïdei obliqui », décrits par Luschka, sont des muscles phonétiques accessoires.

Mais comme ces muscles ne se développent pas également des deux côtés, il arrive qu'un cartilage arytenoïde vient croiser son congénère. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 2, 1882).

**Traitemennt de la phthisie laryngée**, par le Dr BUTZ (de Mayence). — Dans la phthisie laryngée avec ulcérasions, Butz préconise les insufflations d'iodoforme de façon à tenir les ulcérasions sous une couche permanente de cette poudre,

et à réaliser ainsi un pansement antiseptique plus ou moins complet. Il fait précéder chaque insufflation d'une inhalation phéniquée de solution faible.

Ce traitement lui a donné de beaux résultats, et il le recommande aux expériences de ses confrères. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 2, 1882).

**Clinique otologique** du professeur GRUBER (de Vienne). — Gruber présente deux cas d'hématome de l'oreille qu'il a guéris au moyen de badigeonnages systématiques à la teinture d'iode et d'opium à parties égales.

Il résume en même temps l'histoire de cette affection. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, n° 52, 1882.)

**Des sténoses de la trachée et de leur traitement, d'après la méthode de Schrotter**, par le Dr O. CHIARI (de Vienne).

— L'auteur relate l'histoire de trois malades atteints des rétrécissements de la trachée et traités au moyen des sondes en caoutchouc durci de Schrötter. Le premier, dont il fallait encore cautériser le tissu cicatriciel avec la potasse caustique, finit par guérir. Le second succomba très certainement par suite d'une perforation de la trachée, conséquence du cathétérisme. Le troisième, dont le rétrécissement était la conséquence d'une blennorrhée chronique, fut amélioré.

D'où cette conclusion : Admissibilité de la méthode de sondage systématique dans les sténoses de la trachée, mais avec une grande prudence. (*Monatsschrift für Ohrenheilk.*, n° 12, 1882).

L. B.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### Pharynx et nez.

BASTIN. — Eternuements spasmodiques dus à la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales, guérison par l'ablation de ces polypes (*Le Conseiller méd.*, 1<sup>er</sup> févr. 1882).

BAZY. — Sarcome de la fosse nasale droite opéré par la méthode nasale. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1881).

BOSWORTH (F.-H.). Adénome de la voute du pharynx. (*Amér. Journ. of Otol.*, n° 4, janvier 1882).

GLASCO. — Opération pour redresser une déviation de la cloison du nez. (*Arch. of Laryng. N. Y.*, n° 4, janvier 1882).

HERZOG. — Du catarrhe chronique du nez fétide (Ozène) (*Wien. méd. Presse*, n° 29 et 34, 1881).

KUSSNER. — Tuberculose primitive du palais. (*Deutsch. méd. Woch.* 1881. n° 20 et 21. *Le Scalpel* n° 25, 18 décembre 1881).

- LAGRANGE. — Sarcome primitif des ganglions latéraux gauches du pharynx. (*Soc. d'anat.*, Séance du 3 juin 1881, et *Progr. Méd.*, 21 janvier 1882).
- LEFFERTS. — Sur la question de l'hémorragie après l'amygdalotomie. (*Arch. of. Laryng. N. Y.*, janvier n° 4, 1882).
- MARTIN (Stanislas). — De l'emploi du tannin dans les polypes du nez. (*Bullet. gén. de thérapeut.*, 15 décembre 1881).
- PETIT. — De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens. (*Thèse*, Paris, 1881, n° 376).
- RICHET. (Clinique du prof.) — Tumeur des fosses nasales et de l'orbite. (*Rev. med. franç. et étrang.*, 18 février 1882).
- SEILER. — De l'effet produit par les cavités nasales sur la voix et la parole articulée. (*Arch. of. Laryng. N. Y.*, n° 4, janvier 1882).
- SERGENT (H.) — Contribution à l'étude du traitement de certaines tumeurs nasales. (*Thèse*, Paris, 1881).
- VAISSON. — Du début de la fièvre typhoïde par angine. (*Thèse*, Paris, 24 février 1882).
- WEICHSELBAUM. — De l'inflammation sous-muqueuse phlegmoneuse des sinus maxillaires, frontaux, éthmoïdaux et sphénoïdaux (*Centralb. f. med. Wissensch.* 1881, n° 25, p. 453).
- WIESENER. — Des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et des états inflammatoires qu'elles déterminent. (*Nord. méd. Arch.*, Band. XIII n° 4, 1881).

### Larynx et Trachée.

- ALBERT. — De la sténose des voies respiratoires (*Allg. Wien. méd. Zeit.*, n° 54, 1881).
- ARNISON (W.-C.). — Respirateur pour Trachéotomie (*Brit. méd. journ.*, 31 Décembre 1881).
- BRIEGER. — Sur un cas de périchondrite laryngée (*Zeitsch. f. Klin. méd.*, Band. 8, p. 217).
- CHAS (E.) SAJOUS. — Un cas de paralysie des muscles abducteurs due à une intoxication plombique. (*Arch. of laryng. N. Y.*, n° 4, janvier 1882).
- CHAUFFARD. — Phlegmon laryngé rétro-thyroïdien. Oedème de la glotte, mort en cinq jours. (*Soc. anat.*, 17 juin 1881, et *Prog. méd.*, 14 février 1882).
- DUPONT. — Essai sur la syphilis laryngée. (*Thèse*, Paris, Janvier 1882).
- ELSBERG (Louis). — Contribution à l'étude de l'histologie normale et pathologique des cartilages du larynx. (*Arch. of laryng.*, New-York, n° 1, janvier 1882).
- ELSBERG (Louis). — Un cas d'éversion et de prolapsus des deux ventricules du larynx. Extirpation intra-laryngienne de l'un et réduction presque complète de l'autre. (*Arch. of. Laryng. N. Y.* n° 4, janv. 1882).
- ETHELBER-MORGAN. — Double voix. (Diphthongia.) (*Arch. of laryng. N. Y.*, janvier 1882, n° 1).
- FRANKENKAUSER. — Recherches sur la structure de la muqueuse trachéobronchique. (*Saint-Pétersbourg, med. Wochensch.*, 1880, p. 146).
- GLEITSMANN. — Un cas de sténose membraneuse de la trachée d'origine syphilitique; guérison (*Arch. of. Laryng. N. Y.* n° 4, janv. 1882).
- GLASCO. — Paralysie des muscles crico-aryténoidiens postérieurs. (*Arch. of laryng. N. Y.*, n° 4, janvier 1882).
- GOIX. — Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse aiguë. (*Thèse*, Paris, Janvier 1882).
- HAYES. — De la fonction du muscle crico-aryténoidien postérieur. (*Journ. of med. sc.*, mars 1881).

- LANCEREAUX. — Tuberculose primitive du larynx, tuberculose secondaire des poumons; fusion congénitale des deux reins. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, Décembre 1881).
- LANGMAID. — Tumeur de la trachée à la suite de la trachéotomie (*Arch. of. Laryng. N. Y.* n° 1, janv. 1882).
- MADER. — Sténose laryngienne et glandes scrofuleuses. (*Wien. med. Press.*, n° 47 1880).
- MAJOR (George W.). — Phonation pendant l'inspiration cause d'aphonie hystérique (*Arch. of. Laryng. N. Y.* n° 4, janvier, 1882).
- MARTEL. — Corps étrangers du larynx. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1881, n° 6).
- MÉGNIN. — Sur le développement du *syngamus trachéal*. (V. Siebod) (*Gaz. Méd. de Paris*, n° 53, 31 décembre 1881).
- MILLARD. — Un malade atteint de tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngienne (*Union méd.*, 8 janv. 1882).
- MORGAN (John, H.). — Tumeur fibreuse du larynx enlevée à l'aide du laryngoscope. (*Brit. med. journ.*, 7 janvier 1882).
- NOTHAGEL. — Spasme de la glotte à la suite des troubles de coordination musculaire. (*Deust. arch., f. Klin. med.*., Band 28, p. 304).
- OTT. — Observation relative à l'anesthésie du larynx. (*Prag. med. Wochensch.*, 1881 n° 4).
- PINNER. — Diphthérie et trachéotomie. (*Deuts. Zeitsch. f. chir.* Band 14 p. 289).
- ROE. — Sifflement laryngien. (*Arch. of laryng. N. Y.*, n° 1, janvier 1882).
- SOLIS COHEN. — Un cas de prolapsus du ventricule de Morgagni. (*Arch. of. Laryng. N. Y.* n° 1, janv. 1882).
- WEISE. — Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie. (*Berlin. Kl., Wochens.*, n° 4, 1881).
- WHITFIELD WARD. — Polypes du larynx. (Observations; *N. Y. med. Rec.*, 17 décembre 1881).

### Oreilles.

- ALAN REEVE MANBY. — Sur un cas de vertige auriculaire aigu. (*The Lancet*, 4 février 1882.)
- BEZOLD. — Brûlure du tympan (*Arch. f. Ohr.*, novembre 1881).
- CALMETTES (R.). — De l'ophtalmoscopie dans les maladies de l'oreille. (*Progrès méd.*, 21 janvier 1882.)
- COUSINS JOHN WARD. — Nouveau protecteur de l'oreille pour prévenir contre les mauvais effets du froid et du bruit *Brit. med. journ.*, 31 décembre 1881.
- COZZOLINO. — L'iodoforme et l'otorrhée. (*Giornale di clinic. e térap.*, 1<sup>re</sup> année, fasc. II, février 1882).
- ELLIOTT COUES. — Nature de l'os temporal de l'homme, (*Amér. Journ. of Otol.*, Boston n° 1, janvier 1882.)
- FLESH. — Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de l'organe de l'ouïe (*Arch. f. Ohr.*, Novembre 1881).
- FRANKEL. — Un cas de surdité pour la parole (*Berlin, Klin. Wochens.* août 1881).
- FRANKEL (de Hambourg). — Remarques anatomiques et cliniques relatives à l'étude des maladies des cavités rétro-nasales et de l'oreille, dans la plèvre pulmonaire (*Zeitsch. f. Ohrenh.* Band X, Heft II.)
- FRANTMANN. — Polype fibreux de l'apophyse mastoïde ayant perforé le conduit auditif externe et venant faire saillie au dehors. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XVII. Heft 3).

- FUCZEK. — Un cas de bourdonnement d'oreille comme cause de mélancolie. (*Berlin, Klin. Wochensch.*, n° 30, 1881).
- GARDINER-BROWN. — Notes sur l'oreille. — Du pouvoir acoustique de l'oreille humaine. (*The Lancet*, 24 décembre 1881).
- GARRIGOU-DÉSARÈNES. — Observations pathologiques et traumatiques du tympan. (*Le Conseiller méd.* 1<sup>er</sup> février 1882.)
- GOTTSTEIN et KAYSER. — De la diminution de l'ouïe chez les serruriers et les maréchaux. (*Bresl. Aertzl. Zeitsch.* n° 18, 1881).
- GRUBER. — Compte-rendu des malades ambulants, traité à la clinique du Prof. Gruber, pendant l'année 1880. (*Allg. Wien. med. Zeit*, n°s 40, 44, 46 et 48, 1881).
- GRUBER. — Deux cas d'hématome de l'oreille. (*Allg. Wien. med. Zeit*. n° 52, 1881).
- HABERMANN. — Résumé sommaire des leçons cliniques sur l'oreille, professé par le Dr Zaufal. (*Arch. f. Ohr.*, novembre 1881).
- HESSLER. — De l'érosion de la carotide interne à la suite d'une carie du rocher. (*Arch. f. Ohrenh.*, 8 Novembre 1881.)
- HOTZ (de Chicago). — Contribution à l'étude des affections paludéennes de l'oreille moyenne (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band IX, Heft 4).
- JORDAN LLOYD. — Deux cas de fracture du conduit auditif par violence indirecte. (*Brit. med. Journ.*, 11 février 1882).
- KNAPP. — Un cas de pavillon rudimentaire avec absence de conduit auditif. (*Zeitsch. f. Ohr.* Band XI Heft 1, 1881).
- KNAPP. — Des affections syphilitiques de l'oreille transmises par l'hérédité. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band. IX, Heft 4).
- LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Du bourdonnement. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1881, n° 6.)
- MACNAUGHTON (Jones). — Quelques remarques sur la thérapeutique des oreilles (*Dublin, Journ. of méd. sc.*, janv. 1882).
- MOLDENHAUER. — Extraction d'un corps étranger du conduit auditif par le décollement d'une partie du pavillon de l'oreille (*Arch. f. Ohr.*, Nov. 1881).
- Moos. — Sur un cas d'affection labyrinthique double, avec marche chancelante et perte inguérissable de l'ouïe à la suite d'une attaque d'oreillons. (*Zeitsch. f. Ohr.* Band XI Heft 1, 1881).
- Moos. — Audition double à la suite d'administration d'iodure de potassium (*Zeitsch. f. Ohr.* Band XI, Heft 1, 1881).
- Moos et STEINBRUGE. — De l'existence de troubles simultanés dans le développement et des altérations rachitiques de l'oreille d'un crétin (*Zeitsch. f. Ohrenh.* T. XI, Heft 1, 12 Décembre 1881).
- Moos et STEINBRUGE. — Hyperostose, exostose, ankylose du marteau, obstruction osseuse de la fenêtre ronde, dégénérescence colloïde des nerfs de l'oreille dans le rocher d'un fou halluciné, âgé de quatre-vingts ans. (*Zeitsch. f. Orenh.* Band XI, Heft 1, 1881).
- OUPENSKY. — Surdité compliquée d'une névrose et d'une surdité hystériques (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, Décembre 1881).
- ROOSA (John). — De l'extraction des corps étrangers de l'oreille. (*N. Y. med. Rec.*, 11 décembre 1881).
- SAMUEL SEXTON. — Occlusion du conduit auditif externe. (*Amér. Journ. of Otol.*, Boston n° 1, janv. 1882.)
- SAMUEL SEXTON. — Du traitement des affections de l'oreille moyenne et des parties contiguës, par des moyens moins énergiques que ceux habituellement employés. (*N. Y. med. Rec.*, 21 janvier 1882.)
- STEINBRUGE. — Un cas d'ouïe double. (*Zeitsc. f. Ohr.*, Band XI, H. I, 1881.)

SEDWICK-MINOT (Charles). — Morphologie comparée de l'oreille, 3<sup>e</sup> article., (Amér. *Journ. of. otol.*, Boston n° 4, janvier 1882.)

ZAUFAL. — De l'importance de l'examen du fond de l'œil pour établir le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de l'organe de l'ouïe. (*Prager med. Wochensch.*, n° 45, 1881).

WALB. — Du traitement du catarrhe purulent de l'oreille moyenne. (*Deuts. Med. Wochensch.* 1881, n°s 31 et 32).

### Varia.

BONSDORFF. — Du traitement de la diphthérie. (*Hygica*, Band, 41, p. 248)

BRUCE LOW. — De l'étiologie du goitre endémique. (*Brit. med. journ.*, 14 janvier 1882).

BUTHIN (Henri). — Du diagnostic de l'épithélioma de la langue. (*Brit. med. journ.*, 18 février 1882).

COZZOLINO. — De la transmission de la diphthérie des poules à l'homme. (*Giorn. de clin. e térap.*, févr. 1882, fasc. 2.)

CYRNO. — De l'hérédité de la parole. (*Journ. d'hygiène*, 22 novembre 1881).

GUTERBOCK. — Des corps étrangers des voies respiratoires. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Band 26).

KANDARAZKI. — De la toux, avec quelques remarques sur l'influence du chloroforme sur la respiration des animaux. (*Plügers Arch. d. ges. Physiol.* XXVI, p. 470).

KORN. — De l'hydrate de choral dans le traitement de la diphthérie. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 21, 1881).

MARSC. — Rapports entre la diphthérie catarrhale et les formes de diphthérie graves. (*Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Band 27, p. 151).

MERLA. — Deux cas de diphthérie guéris par la pilocarpine. (*Giorn. de clin. de térap.*, févr. 1882, fasc. 2.)

NARBONNE. — Des corps étrangers des voies salivaires. (*Thèse*, Montpellier, 1881, n° 34.)

POLAILLON. — Sur un goitre cancéreux consécutif à une tumeur thyroïdienne qui paraissait de nature simplement hypertrophique. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Décembre 1881, n° 6.)

PIOGEY. — Troubles nutritifs secondaires à des lésions expérimentales des bronches et des poumons. (*Soc. de Biologie*, 11 février 1882, *Gaz. des Hôp.* 18 février 1882).

POULET. — Observation de névrose du nerf pneumogastrique, ou catarrhe suffocant à répétition. — Guérison par le traitement anti-épileptique, (Bromure de potassium, associé à la Picrotoxine) (*Conc. med.*, 17 décembre 1881).

RICHELOT (Gustave). — De la thyroïdectomie. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 3, 21 janvier 1882).

RODET. — De la sonde œsophagienne, à demeure. (*Thèse*, Paris, n° 375. 1881).

SMITH (Thomas). — Epithélioma de la langue, simulant une affection syphilitique. — Report *St Bartholomew's hospital*. (*Brit. méd. Journ.*, 24 décembre 1881).

TAYAC. — De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie. (*Thèse*, Paris, 24 févr. 1882).

TRÉLAT. — Division congénitale de la voute palatine, palatoplastie. (*Revue mé. franç. et étrang.*, 21 janvier 1882).

WHITSON (James). — Un cas de kyste du cou (*The lancet*, 18 février 1882).

WYETH (John). — Quelques cas de goitres traités récemment par l'excision (*N. Y. méd. Rec.*, 28 janvier 1882).

ERRATUM

N° 2, page 34, lignes 23 et 24, au lieu de « comme le récurrent droit passe sous la sous-clavière de ce côté se trouvant sur un plan inférieur à celui de la crosse aortique », lire : « comme le récurrent droit passe sous la sous-clavière de ce côté, il se trouve, etc. »

Ouvrages déposés au bureau du journal.

Étude sur le mécanisme de la fermeture de l'arrière-cavité des fosses nasales dans la douche de Weber, par le Dr MARGOUPES RÉSÉNS. — Bordeaux, 1882. (Sera analysé.)

Dés affections de l'oreille moyenne (mittelohrraffectionen), par le Dr WEBER-LIEL, Wien und Leipzig, 1881. (Sera analysé.)

Sur l'emploi de la méthode galvano-caustique dans le nez et le pharynx, par VICTOR LANGE. — Copenhague, 1881. (Sera analysé.)

De la surdi-mutité, par le Dr A. LESUR. — Paris, 1881. (Sera analysé.)

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabriol, 46. — Bordeaux. — Il y a des éditions étrangères de ce livre, mais elles sont toutes identiques.

**COALTAR SAPONINÉ LE BEUF**  
DÉSINFECTANT, NULLEMENT CAUSTIQUE, CICATRISANT LES PLAIES  
Adopté par les Hôpitaux de Paris et la Marine militaire

On l'emploi en compresses, gargarisme, lotions, injections, pour le pansement anti-septique des plaies et dans un grand nombre d'affections de la bouche, du larynx, du nez, des oreilles, des organes génitaux, de la peau, etc.

Il rend en un mot de réels services lorsqu'il sagit de détrger et de modifier promptement les surfaces, ou muqueuses malades et de désinfecter les sécrétions fétides.

Le flacon: 2 fr. Les 6 flacons: 10 fr.

Se méfier des contrefaçons. — Exiger la signature de l'inventeur.

DÉPOT DANS TOUTES LES PHARMACIES

**ÉLIXIR DEFRESNE à la PEPTONE**

*Nutriment reconstituant et agréable*

Dose: après le repas, deux cuillerées à bouche contenant:



40 gr. Viande assimilable,

0,45 Lactophosphate de Chaux organisé,

0,04 Phosphate de Fer hématique.



La **PEPTONE DEFRESNE** contient le double de son poids de viande toute préparée pour l'absorption.

DOSE: Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux. — Le flacon: 5 fr.

Le **VIN DEFRESNE A LA PEPTONE** Dose: un demi-verre madère après le repas.

La bouteille: 4 fr. 50

Inappétence, Convalescence, Maladies de Poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, AUTEUR de la PANCRÉATINE, Fournisseur des Hôpitaux.