

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 6, n° 2, p. 57 à 120. - Paris : Doin, 1886.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91487x1886x02>

DES TROUBLES DE LA VOIX ARTICULÉE (PAROLE)
DANS LES AFFECTIONS DU VOILE DU PALAIS,
DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE ET DES
FOSSES NASALES (*Suite*) (1)

Par le Dr L. LICHTWITZ,

Chef de la Clinique otologique et laryngologique du Dr E. J. Moure.

II. — PATHOLOGIE DE L'ARTICULATION.

Si les différentes parties dont l'appareil de l'articulation est composé sont défectueuses, il en résulte des troubles de la parole, que nous désignerons, avec Kussmaul (2), sous le nom de Dyslalie : (δύς difficile, λαλία, parole). Cet auteur distingue d'après les différents organes affectés (3), une dyslalie linguale, dentale, labiale et naso-palatine. Il donne aussi à cette dernière le nom de *rhinolalie*. C'est la forme la plus importante de ces troubles de la parole. C'est elle qui va être l'objet de cette étude.

D'après le même auteur, il convient de diviser la rhinolalie en deux formes différentes. Une première que nous pourrions appeler : forme close (*clausa*); une deuxième : forme ouverte (*aperta*). Il existe en effet une différence marquée entre les deux et chacune d'elles est caractéristique des affections de certaines parties du pharynx et du nez.

La *rhinolalie close* (*rhinolalia clausa*) résulte de ce fait que les fosses nasales, ou la cavité naso-pharyngienne, ou les deux en même temps, sont séparées de la partie inférieure du pharynx, alors qu'elles devraient être en communication avec elle.

La *rhinolalie ouverte* (*Rhinolalia aperta*) par contre,

(1) Voir *Revue* n° 1, p. 16.

(2) *Loc. cit.*, p. 249-253.

(3) Kussmaul parle aussi d'une dyslalie laryngée à cause des différents « h » produits par le larynx.

apparaît quand les fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne restent en libre communication avec le pharynx buccal, alors qu'elles devraient être isolées de ce dernier. Dans ces deux formes on peut ranger tous les troubles de la parole qui résultent de n'importe quelle affection du nez, de la cavité naso-pharyngienne et du voile du palais.

Ce que nous appelons ici rhinolalie, est désigné dans le langage ordinaire par les mots : nasillement, nasonnement, voix ou timbre nasillard, parler du nez, etc. Mais lorsqu'on recherche ce que les différents auteurs veulent désigner sous ces diverses appellations, on s'aperçoit qu'ils ne s'accordent guère entre eux pour ce qui est de l'étiologie et de la nature de ces altérations. C'est ainsi que Biot (1) dit qu'on ne parle du nez que quand le son sort par le nez et la bouche à la fois. J. Müller (2) combat cette explication et prétend que dans le mode ordinaire de la voix, les orifices postérieurs des fosses nasales sont ouverts et la voix retentit à la fois dans le canal oral et dans le canal nasal.

Lorsqu'on veut nasonner, ajoute-t-il, il faut que les piliers du voile palatin se rapprochent l'un de l'autre.

L'obstruction du nez à elle seule ne pourrait pas produire le nasonnement. Ségon, dans une annotation, admet que le phénomène de nasillement se produit seulement quand la voix retentit dans le nez et non quand elle le traverse.

Fournié (3) et Béclard (4) distinguent trois formes : 1^o le timbre nasal, « grognement » d'après Béclard ; produit par la résonnance exclusive du son dans les fosses nasales ; 2^o le nasonnement, qui est l'effet d'un obstacle apporté à

(1) Biot, *Précis élémentaire de physique*, 1^{er} vol. 1817.

(2) Müller, *Manuel de physique*, traduit de l'allemand, par Jourdan et revu par Littré, 1851, II, p. 201.

(3) E. Fournié, *Physiologie de la voix et de la parole* (Paris, 1866, p. 479-482).

(4) J. Béclard, *loc. cit.*, p. 184 et 185.

l'écoulement facile du son par les fosses-nasales pendant la formation de certaines lettres, et 3° le nasillement ou timbre nasillard, provenant de la juxtaposition, ou, comme dit Béclard, d'une exagération des mouvements de la base de la langue contre le voile du palais.

Mandl (1), par contre, ne fait pas de différence entre le timbre nasal dans la paralysie du voile du palais et entre le timbre dû, par exemple, à une obstruction des fosses nasales.

Voltolini (*l. c.*, p. 212) dit que l'on observe le même « timbre nasal », que le tuyau naso-pharyngien soit ouvert ou fermé, et il croit pouvoir expliquer ces phénomènes contradictoires par ce fait que l'occlusion palatine ne se produirait jamais pendant la phonation. Nous voyons donc qu'il ne fait pas de différence entre les deux formes de rhinolalie.

Krishaber(2) fait déjà la différence entre le nasillement, ou rhinophonie, produit par fermeture défectueuse du voile du palais d'une part, et celui produit par obstruction des fosses nasales. Mais à la fin de son article, il parle brièvement d'une troisième forme qu'il appelle « pharyngophonie », qui serait due à certaines affections qui viennent obstruer complètement les fosses nasales. Il en serait ainsi dans les adhérences du voile du palais au pharynx, dans les vastes tumeurs naso-pharyngiennes.

Wagner (3), dans le *Traité des maladies du voile du palais*, Wendt et Wagner (4) dans le *Traité des maladies de la cavité naso-pharyngienne et du pharynx*, consacrent quel-

(1) Mandl, *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, 1872, p. 338.

(2) Krishaber, Du nasillement (*Dictionnaire encyclop. de Dechambre et Annal. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876, p. 499).

Il repousse les expressions de nasonnement et de voix nasonnée qui, très usitées en médecine, ne figurent pas dans le *Dictionnaire de la langue française* de Littré.

(3) Wagner, *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie*, Bd VII, 2^e édit., 1878, p. 130.

(4) Wendt et Wagner, *ibidem*, p. 247 et 250.

ques pages aux troubles de la parole, et Kussmaul (1) comme nous l'avons déjà fait observer, donne un abrégé méthodique des deux formes de rhinolalie. W. Mayer (2), dans son travail magistral sur les végétations adénoïdes, décrit les troubles de la parole occasionnés par elles.

La plupart des autres auteurs traitant la symptomatologie des affections du voile, des fosses et des arrièrefosses nasales ne font aucune mention des troubles qui en sont la conséquence. On rencontre simplement les termes vagues de timbre nasal, etc., sans que le caractère en soit plus distinctement indiqué. Et cependant, ainsi que nous nous proposons de le démontrer, les troubles de la parole constituent, au point de vue du diagnostic, un symptôme important qui nous permet, avant tout examen objectif, d'exclure les affections d'une des parties de l'appareil de l'articulation de la voix et de diriger notre attention vers un point déterminé du canal vocal. Parfois même, alors qu'il n'existe pas de lésions anatomiques apparentes, les troubles du langage sont les seuls symptômes qui nous font reconnaître le siège du mal.

A. — *Rhinolalie close (Rhinolalia clausa).*

Elle consiste, comme nous l'avons dit plus haut, en ce que les fosses nasales ou les arrièrefosses nasales, ou les deux à la fois, restent fermées alors qu'elles devraient être ouvertes.

Il est important de distinguer ici : 1° s'il existe simplement un obstacle à l'écoulement des ondes sonores sans diminution du calibre de ces cavités, ou 2° si ces dernières sont, en même temps, obstruées et rétrécies, ce qui occasionnerait une diminution de la colonne d'air qui les traverse et vibre avec tout son, venant de la glotte.

1° *L'occlusion sans diminution du calibre* survient si l'obstacle siège soit dans les parties antérieures du nez

(1) Kussmaul, l. c.

(2) W. Mayer, Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenrachenhöhle (*Archiv für Ohrenheilk.* Bd 8, 1874).

(oblitération cicatricielle des orifices externes, tumeurs, exostoses, déviation de la cloison siégeant tout à fait en avant, etc.) ou s'il se trouve au niveau du voile du palais (adhérence à la paroi postérieure du pharynx). Dans ces cas, la colonne d'air restant à peu près la même, c'est seulement la prononciation des sons nasaux (*m* et *n*) qui va être gênée, tandis que la résonnance des autres lettres ne subira aucune modification appréciable. On peut du reste facilement se rendre compte de ce fait en se comprimant les deux ailes du nez contre la cloison, tout à fait en avant, et en épelant ainsi l'alphabet. On verra alors que les nasales *m* et *n* seules ne sont pas prononcées distinctement. Le cas suivant, cité par Czermak (1), offre un exemple que le même trouble survient si l'obstacle à l'écoulement des ondes sonores siège au niveau du voile du palais. Il s'agit d'un enfant dont le voile adhéraît à la paroi postérieure du pharynx, et qui pouvait prononcer *a, e, o, ou* (*i* lui-même était bien articulé s'il n'était pas prononcé seul) sans qu'aucune de ces voyelles eût de résonnance nasale. Mais au lieu de *mein* (mon), le malade disait *bein* et au lieu de *nein* (non) il disait *dein* (2).

2° *L'occlusion avec diminution du calibre* existe si les arrière-fosses nasales ou les parties moyenne et postérieure des fosses nasales proprement dites sont obstruées. Alors non seulement l'émission des nasales est impossible, mais la résonnance de toutes les lettres de l'alphabet est aussi abolie ou tout au moins notablement diminuée.

Ces troubles sont surtout accentués lorsque la cavité naso-pharyngienne elle-même est obstruée, et M. Meyer

(1) Czermak : Einige Beobachtungen über die Sprache bei vollständiger Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Schlundwand (*Sitzungsbericht der Wiener Academie* 1858, p. 173-77, d'après Cannstadt's Jahreshb. über das Jahr 1858.)

(2) Il faut ici exclure bien entendu les cas dans lesquels ces adhérences du voile avec les parois du pharynx sont telles, qu'elles obstruent les orifices postérieurs des fosses nasales, ou qu'elles diminuent le volume de la cavité naso-pharyngienne, comme il advient par exemple dans le cas cité par Kuhn (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, Bd 14, p. 163).

(*loc. cit.*), en décrivant les troubles de langage chez des malades atteints de végétations adénoïdes, dit qu'ils ont le langage mort; ils ne peuvent prononcer *m, n, ng, an, in, on, un* (1). Comme deuxième élément de ce langage mort, la résonance pour tout autre lettre fait absolument défaut chez eux, ce qui donne à la voix le timbre sourd et éteint (2). De ces deux éléments qui engendrent le langage mort, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui prédomine suivant l'abondance et le point d'implantation du tissu adénoïde. Quand les tumeurs font une saillie notable au niveau du point où le voile du palais se relève et que même au moment où ce dernier est détendu il ne puisse s'établir de communication entre le pharynx nasal et buccal, la prononciation des sons nasaux est alors impossible. Au contraire, si les végétations remplissent surtout la partie supérieure de la cavité naso-pharyngienne, ce sera la résonance des sons qui fera défaut.

Il est à peine besoin de faire observer que non seulement les végétations adénoïdes, mais encore les autres tumeurs (polypes naso-pharyngiens, kystes de la bourse pharyngienne (3), polypes du nez faisant saillie dans les arrières-fosses nasales, hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs) peuvent occasionner des troubles analogues de la parole.

Si c'est la partie postérieure et moyenne des cavités nasales, proprement dites, qui est obstruée (hypertrophie des cornets, polypes, exostose, déviation de la cloison, formation de cal de la charpente osseuse du nez, obs-

(1) Les malades de Meyer disaient *Dase* au lieu de *Nase* (nez); au lieu de *Zimmermann* (charpentier), *Zibberbad*; au lieu de *Gesang* (chant), *Gesagk*.

(2) Pramberger : Bemerkungen zur Hyperplasie des adenoiden Gewebes im Nasenrachen- und Rachenraum. (*Wiener med. Presse*, n° 31, 2 août 1885.) observe que, dans les cas de végétations adénoïdes, les sons sifflants remplacent souvent les sons nasaux, l'air s'échappant entièrement par la bouche. Ces sons accompagneraient aussi les autres lettres et en rendraient la prononciation encore plus inintelligible.

(3) Tornwaldt : Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea. (Wiesbaden, chez F. Bergmann, 1885.)

truction membraneuse ou osseuse des choanes, etc.), le timbre sourd ne sera pas aussi accusé, puisque la cavité naso-pharyngienne permettra encore une certaine résonnance du son. Les ondes sonores sont réfléchies par les parois de cette cavité résonnant plus fortement que d'habitude dans la tête des malades. Ceux-ci se plaignent en effet de trop entendre leur propre voix. Mais au dehors la voix prend un timbre étouffé. Le son, dit Michel, dans son traité des maladies des fosses nasales (*l. c.*, p. 148), paraît être comme dans une impasse et il lui est impossible de sortir par le nez.

Plus l'obstacle siège en arrière des fosses nasales, plus la parole est étouffée.

On peut facilement se rendre compte des différents degrés de la résonnance depuis le timbre légèrement sourd jusqu'au langage mort et de l'impossibilité d'émission des nasales si l'on a affaire à des individus auxquels on soit obligé de faire le tamponnement antérieur ou postérieur des fosses nasales.

Ajoutons aussi que la partie antéro-supérieure des fosses nasales n'influe en rien ni sur la formation des nasales, ni sur la résonnance. C'est ainsi que nous avons pu observer à la clinique du Dr Moure un garçon, âgé de 10 ans, dont la partie antéro-supérieure de la charpente osseuse du nez avait été traversée par une balle. Cette dernière était entrée dans l'apophyse nasale du maxillaire gauche et prenant une direction exactement horizontale était sortie en un point symétrique de l'apophyse nasale du maxillaire droit. Elle avait brisé les cellules antérieures de l'ethmoïde et la cloison et il en était résulté la formation d'un cal volumineux qui remplissait toute la partie antérieure des méats supérieurs et moyens. L'altération de la parole était alors à peine sensible. Ce n'est que plus tard, lorsque l'obstruction commença à occuper aussi les méats inférieurs et surtout lorsque l'introduction réitérée des sondes à demeure (Charrière 10) eût déterminé un gonflement de la muqueuse de ces

méats, que l'on vit survenir des troubles de la parole.

Nous devons encore mentionner la rhinolalie close que l'on observe, mais à un faible degré, dans les hypertrophies de la muqueuse du nez qui, sans obstruer complètement les fosses nasales, apportent une gêne à l'écoulement libre et à la vibration normale des ondes sonores.

Les granulations de la muqueuse du pharynx peuvent aussi engendrer une rhinolalie close peu marquée. Michel, dans son traité des fosses nasales (*l. c.*, p. 142), dit que, dans ces cas, l'émission des nasales est amoindrie et étouffée car, au lieu de rencontrer des parois lisses et polies, l'air vient frapper des masses charnues. Moins leur prononciation sera forte, moins on les percevra, puisque la suppression des vibrations atteint alors son maximum. L'éclat des autres lettres de l'alphabet sera également affaibli, les vibrations du voile du palais ne pouvant pas se transmettre normalement sur les parois de la cavité naso-pharyngienne. La résonnance est considérablement amoindrie, comme le fait se produirait dans un violon dont on recouvrirait la plus grande partie avec une étoffe.

B. — Rhinolalie ouverte (Rhinolalia aperta).

La rhinolalie ouverte consiste en ce que les fosses et les arrière-fosses nasales restent en communication avec la cavité pharyngienne au moment où elles devraient en être, plus ou moins, séparées par l'action du voile du palais. Ainsi que nous avons déjà vu habituellement, il se produit une occlusion de cet organe pour l'émission de toutes les lettres (les nasales exceptées).

Les affections du voile du palais influant sur sa motilité et s'opposant, par suite, à la séparation normale de la cavité naso-pharyngienne du pharynx buccal, nuisent donc à la formation de la voix articulée.

Nous nous proposons d'étudier les troubles qui sont la

conséquence des affections du voile palatin en énumérant ses maladies, dont le plus grand nombre, pour ne pas dire toutes, amènent une gêne plus ou moins marquée dans ses mouvements.

Ce sont : 1° *Les pertes de substances* : a) Congénitales (avec ou sans fissure de la voûte palatine) ; b) acquises (traumatismes, syphilis, tuberculose, diphtérie).

2° *Paralysies et parésies du voile palatin* : a) D'origine centrale, accompagnées de paralysies d'autres centres nerveux (hémorragie et tumeur cérébrales, encéphalite, paralysie glosso-labio-laryngée, paralysie ascendante aiguë) ; b) d'origine périphérique ; paralysie faciale avant l'anastomose avec le grand pétreux superficiel (carie du rocher) ; c) d'origine diphtéritique (paralysies toujours bilatérales) (1).

3° *Les œdèmes et infiltrations* dans les cas d'affections aiguës et chroniques de la muqueuse (catarrhe, syphilis, tuberculose, lupus, etc.)

4° *Les troubles mécaniques de la motilité* dans les cas où des tumeurs (adénomes, polypes), des concrétions croûteuses (pharyngo-rhinite atrophique), sans obstruer toutefois les orifices postérieurs des fosses nasales, reposent sur la face supérieure du voile dont elles gênent les mouvements.

5° Citons encore *l'atrophie congénitale du voile et la disproportion de la cavité naso-pharyngienne* (voile du palais trop court coïncidant avec une largeur relativement exagérée de la cavité naso-pharyngienne).

(1) Nous classons les paralysies diphtéritiques à part sans vouloir rechercher ici si ces troubles de la motilité sont dus à une névrite (Charcot et Vulpian, 1862, Leyden, P. Meyer, etc.), à des maladies des centres nutritifs des nerfs du voile, dans le cerveau et la moelle épinière (Déjérine), à une affection du système circulatoire (Buhl 1867 et Oertel), ou bien à une affection simultanée du système circulatoire et des nerfs périphériques (Mendel, *Ueber diphteritische Lähmungen*, *Berliner med. Gesellschaft*, 11 février 1885). Ce dernier auteur s'est basé sur les recherches anatomo-pathologiques faites sur un malade observé par lui.

1° *Pertes de substance congénitales et acquises.* — Nous devons quelques observations générales à Langenbeck (1) sur les troubles de la parole dans les fissures palatines.

Ces troubles, dit-il, sont encore peu connus et difficiles à déterminer. Dans les fissures acquises, le langage est plus nasal, ronflant et sifflant, tandis que dans les fissures congénitales il est plutôt guttural ; mais dans les deux cas il est également mauvais et inintelligible. La formation des consonnes est plus difficile que celle des voyelles. L'exercice peut modifier ces défauts du langage, aussi les personnes intelligentes arrivent-elles à de meilleurs résultats que les autres.

L'uranoplastie et la staphylorrhaphie modifient, dans la plupart des cas, ces troubles de la parole, mais ne les font disparaître que partiellement.

Trélat (2) met le succès des opérations sous la dépendance de l'éducation préalable de l'enfant.

Au point de vue de l'articulation de la voix, il est certainement de la plus haute importance que le voile du palais retrouve la mobilité normale, soit que l'opération ait été faite sur le voile seul, ou à la fois sur le voile et la voûte palatine.

Si le voile est court, rigide, s'il contient beaucoup de tissu cicatriciel et de mucles, l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne se fera d'une manière incomplète et il ne se produira qu'une très légère amélioration du langage.

Pour mieux apprécier les altérations du langage dans les cas de perte de substance du voile du palais, nous allons citer ici trois observations prises à la clinique du Dr Moure, dans lesquelles nous tâcherons de reproduire l'alphabet particulier à chacun des malades.

(1) Langenbeck, *Arch. f. Klin. Chirurgie* 1863, Bd. I, p. 1-170.

(2) Trélat : De la valeur des opérations plastiques sur le palais et de la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer (*Académie de méd.* 16 et 23 déc. 1884).

OBS. I. — **Fissure partielle congénitale du voile du palais.**

L'enfant, âgé de sept ans, fut amené à la clinique pour des troubles de l'ouïe et de la parole. La mère de cet enfant est chétive, anémique et enrhumée depuis huit ans. Elle est actuellement en traitement pour une paralysie des thyro-aryténoïdiens internes combinée avec de la parésie des ary-aryténoïdiens. Le père et les autres cinq enfants se portent bien. La petite fille n'a pu être élevée que très difficilement; on a dû la nourrir au biberon. Jusqu'à l'âge de dix-huit mois, elle rejeta par le nez une partie de la nourriture qui lui était donnée. A partir de cette époque, la déglutition s'effectua bien. L'enfant commença très tard à parler, le langage a toujours été peu intelligible. La mère ne s'inquiéta de cet état de langage que lorsque l'enfant dut aller à l'école.

A l'examen, on trouve une division du voile du palais comprenant sa moitié postérieure et mesurant un centimètre et demi environ.

En faisant prononcer la voyelle *a*, les deux moitiés s'écartent et l'angle aigu qu'elles forment au moment du repos devient plus obtus. En même temps, le voile dans sa totalité remonte en haut et en arrière. A l'examen de l'oreille on constate que les tympans sont déprimés et offrent, tous les deux, des cicatrices dans leur segment postéro-supérieur. La caisse paraît rouge par transparence (1). L'examen fonctionnel de l'oreille ne donne pas des résultats exacts, l'enfant était craintive et manquait absolument d'intelligence. A l'auscultation, on n'entend aucun bruit pendant l'exécution du procédé de Politzer.

Ce procédé plusieurs fois répété provoque chez l'enfant

(1) Dieffenbach, le premier, a constaté le fait que presque tous les individus porteurs de division du voile du palais sont durs d'oreille. Les muscles n'ayant pas de point de fixation pour agir sur la trompe, l'aération de celle-ci et de la caisse ne s'effectue pas.

Semeleder a appelé l'attention sur la forme bizarre de l'orifice de la trompe dans les cas de bifidité du voile.

Cité dans Troeltsch : *Lehrbuch der Ohrenheilk.*

des renvois gazeux. Il est difficile de déterminer si ce symptôme était dû à ce que l'enfant peu docile n'avalait pas au moment voulu, ou bien s'il provenait d'une fermeture de la soupape palatine peu solide et facile à rompre. Quant au trouble du langage, il ressortira mieux de l'alphabet de l'enfant, que nous avons noté à plusieurs reprises, et que nous reproduisons de la manière suivante (1) :

<i>a</i> ,	<i>mbe</i> ,	<i>ne</i> ,	<i>ne</i> ,	<i>e</i> ,	<i>e(tn)e</i> ,	<i>ne</i> ,
<i>a</i> ,	<i>be</i> ,	<i>ce</i> ,	<i>de</i> ,	<i>e</i> ,	<i>ef</i> ,	<i>gue</i> ,
<i>a(tn)e</i> ,	<i>ni</i> ,	<i>nji</i> ,	<i>na</i> ,	<i>el</i> ,	<i>em</i> ,	<i>en</i> ,
<i>ach</i> ,	<i>i</i> ,	<i>ji</i> ,	<i>ka</i> ,	<i>el</i> ,	<i>em</i> ,	<i>en</i> ,
<i>o</i> ,	<i>me</i> ,	<i>cnu</i> ,	<i>er</i> ,	<i>e(tn)e</i> ,	<i>ne</i> ,	<i>u</i> ,
<i>o</i> ,	<i>pe</i> ,	<i>qu</i> ,	<i>er</i> ,	<i>es</i> ,	<i>te</i> ,	<i>u</i> ,
<i>ou</i> ,	<i>nve</i> ,	<i>i(tn)e</i> ,	<i>igre(tn)e</i> ,	<i>njet</i> ,		
<i>ou</i> ,	<i>ve</i> ,	<i>ix</i> ,	<i>igrec</i> ,	<i>zed</i> ,		

OBS. II. — Destruction du voile du palais d'origine syphilitique.

M^{me} C. L., vingt-six ans, chanteuse de théâtre-concert, nie tout antécédent spécifique. Son mal de gorge a débuté il y a sept ans. Depuis lors, elle éprouva de temps à autre une sensation de gêne à la gorge. Il y a trois ans, elle vint à la clinique pour la première fois, et M. Moure constata alors une destruction de la luette.

Le traitement antisiphilitique ne fut suivi que pendant huit jours.

Elle revint à la clinique, le 28 juillet 1885. Son mal de gorge a augmenté et depuis deux mois elle parle du nez. Elle est moins gênée pour le chant que pour la parole. Elle est en outre sourde par instants et mouche des croûtes. Lorsqu'elle parle, elle est souvent obligée de s'interrompre pour reprendre haleine.

A l'examen, on constate que le voile du palais est en grande

(1) Les lettres en italiques sont indiquées telles que la malade les prononçait. Notre (tn) doit imiter une expiration bruyante et explosive, qui se faisait entendre pendant la prononciation : *f*, *h*, *x*, *y*, et qui probablement a été produite par les lambeaux du voile palatin.

partie détruit. La destruction porte sur le milieu de l'organe, s'étendant un peu plus du côté gauche. Le moitié du voile environ a disparu. Le pilier postérieur gauche est adhérent à la paroi postérieure du pharynx sur laquelle on aperçoit des ulcérations profondes. Un peu au-dessus du niveau de la base de la langue et 1/2 cent. à gauche de la ligne médiane, on voit une masse charnue, irrégulière qui, selon toute probabilité, est le reste de la luvette. Les bords du voile du palais mutilé sont rouges, tuméfiés, ulcérés. Ce qui en reste forme un plan oblique, le pilier postérieur droit étant à sa place tandis que le pilier postérieur gauche est soudé à la paroi postérieure du pharynx.

Du côté des fosses nasales à gauche existe une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur; à droite, une atrophie de toute la muqueuse qui est recouverte des croûtes sèches.

A l'examen de l'oreille on trouve les deux tympans déprimés, surtout le tympan droit. La muqueuse de la caisse paraît congestionnée. Les trompes peu libres.

On propose un traitement antisiphilitique, mais la malade ne revient plus. L'alphabet de cette femme pourrait se traduire de la manière suivante :

a, me, ce, nde, e, ef, ngue, ach, i, ji, ka, el, em, en, o, (n)pe, qu, er, es, (n)te, u, ou, nve, ix, igrec, zend.

Brücke (1) qui étudia les troubles dans la formation des lettres chez une personne dont le voile également était détruit par la syphilis, trouva qu'elle ne prononçait mal que *b, d, g*, mais qu'elle pronçait distinctement les *p, t, k*, ce qui n'est pas tout à fait en rapport avec notre observation. Dans notre cas, en effet, le *p* et le *t* étaient accompagnés d'un timbre particulier que nous exprimons dans ce cas comme dans les cas suivants avec : (n).

OBS. III. — Cicatrice sur le voile du palais.

M^{lle} A. D., trente-deux ans, tailleuse, père mort d'une fièvre pernicieuse, sa mère, trois frères et trois sœurs bien

(1) Brücke, *Sitzungsbericht der K. Acad. d. Wissenschaften*, 1858, Bd 28, page 63, cité par Kussmaul (*l. c.* page 253).

portants; elle nie tout antécédent spécifique, mais fait observer que son mal de gorge, qui remonte à neuf ans, était accompagné de mal aux yeux. Elle se rappelle avoir eu des taches sur la cornée et comme une toile devant les yeux. Le mal de gorge la gênait pour parler et pour avaler. Les liquides refluaient par le nez. Tout, excepté la voix, était rentré dans l'ordre au bout d'un an.

Etat actuel. — Sur le voile du palais on voit à un centimètre de la ligne médiane sur le côté gauche et 1 centimètre au-dessus du pilier postérieur gauche, une cicatrice blanchâtre, longue de 5 millimètres environ, et formant une petite poche. Le voile du côté gauche paraît plus court que du côté droit. Lors de la prononciation de la voyelle *a* ou *e*, on constate que les mouvements sont plus accentués à droite qu'à gauche. Entre l'amygdale et le pilier postérieur gauche, on aperçoit des bourgeons charnus.

L'alphabet de la malade était le suivant :

a, (n)be, ce, (n)de, e, ef, ngue, ach, i, ji, (n)ka, el, em, en, o, pe, qu, er, es, (n)te, u, ou, ve, i(n)x, y(n)grec, zet.

Comme nous venons de le voir dans notre cas de fissure incomplète congénitale du voile, l'articulation de toutes les consonnes, excepté *m, n, l*, et *r*, était défectueuse, tandis que dans les cas de destruction considérable et de rétraction cicatricielle du voile, les troubles de langage étaient moins prononcés, l'articulation des consonnes explosives étant seule altérée.

2° Paralysies et parésies du voile du palais. — Nous nous bornerons à donner ici deux observations, l'une de paralysie et l'autre de parésie diphtéritiques du voile palatin, avec leurs alphabets.

OBS. IV. — **Paralysie diphtéritique du voile du palais.**

M. P..., laboureur, se présente le 19 juin 1885, à la clinique. Les malades auxquels, avant notre arrivée, il cherche à expliquer son mal avec une voix inintelligible, criarde et

accompagnée de gestes, le prennent pour un fou. Il est, en effet, difficile de le comprendre. Enfin nous apprenons qu'il a eu, il y a deux mois, une angine pseudo-membraneuse. Pendant la maladie, qui dura un mois environ, survinrent des troubles de la déglutition et de la phonation qui augmentèrent peu à peu et persistèrent jusqu'à aujourd'hui. Les liquides sortent par le nez, et lorsqu'il veut boire il est obligé de boucher ses narines. Quand il parle il est obligé de prendre haleine à chaque instant.

Il parle à voix haute, croyant se faire mieux comprendre. Il lui est impossible de siffler. Il se plaint aussi de ne pas voir très clair à de courtes distances.

A l'examen du pharynx, on ne constate aucune lésion anatomique, mais en faisant prononcer les voyelles *a* ou *e*, le voile du palais reste tout à fait immobile et détendu. Il est aussi moins sensible au toucher et il ne réagit pas sous l'influence des courants interrompus. Ce phénomène est principalement accusé sur la partie médiane et un peu moins sur les parties latérales.

L'examen de l'œil montra une diminution bilatérale de l'amplitude de l'accommodation jusqu'à 1 dioptrie. Hypermétropie absolue + 0,50 dioptrie. Le fond de l'œil était normal. L'instillation d'ésérine fit diminuer cette parésie des muscles ciliaires. La réflexe rotulienne n'a pas été examinée.

L'alphabet de cet homme est le suivant :

'ha, me, (n)ce, ne, 'he, ef, ne, ach, (n)i, nji, (n)ha, el, em, en, o, fe, er, es, nhe, u, ou, nfe, in, ynregn, nzet.

Trois jours après la première application du courant faradique, on constate une amélioration considérable. Les liquides ne sortent plus par le nez et la parole devient plus intelligible. Les troubles de l'accommodation ont disparu. Après quatre autres séances d'électrisation, la parole reprend tout à fait son timbre habituel et le malade n'éprouve aucun symptôme anormal en dehors d'un léger picotement au bout des doigts et des orteils.

OBS. V. — Parésie diphtéritique du voile du palais, pneumonie lobulaire, consécutives à la rougeole.

Un garçon de huit ans est envoyé par son médecin à la clinique pour un trouble de la parole. Le médecin nous apprend dans sa lettre que, il y a trois mois, l'enfant a été atteint de la rougeole. La maladie dura trois semaines. Puis, pendant quinze jours, le garçon parut bien portant et il commença à aller en classe lorsqu'il fut pris d'une toux aboyante. En même temps des fausses membranes apparurent dans le pharynx et on les cautérisa. Bientôt après la voix devint nasonnée, l'enfant vit trouble et éprouva une faiblesse générale, la marche devint indécise et la tête s'inclina en avant. Tous les symptômes ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Il n'a, paraît-il, jamais rejeté de liquide par le nez.

Le langage du malade, lorsqu'il répond aux questions qu'on lui adresse, fait tout de suite songer à une affection du voile palatin, mais à l'examen on ne voit aucune lésion anatomique et les mouvements eux-mêmes paraissent s'effectuer régulièrement. Ce n'est qu'en regardant plus attentivement et en faisant prononcer la diphthongue *ae* qu'on s'aperçoit que les mouvements sont moins étendus qu'à l'état normal. Au sommet droit, respiration sifflante et craquement.

L'alphabet : *a, me, (n)ce, ne, e, ef, (n)gue, ach, i, (n)je, (n)ka, el, em, en, o, npe, er, aes, nte, u, ou, nve, i(n)x, y(n)grec, (n)zet.*

Le malade fut renvoyé à son médecin avec le diagnostic : parésie du voile du palais.

OBS. VI. — Paralysie du voile du palais consécutive à une angine simple (?)

Nous ajoutons ici cette observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Moure. Cette paralysie aurait été due, au dire des parents de la malade, à une simple angine. Tel fut du moins le diagnostic porté par le médecin qui donna ses soins à cet enfant durant sa courte maladie (8 jours environ). La malade, âgée de dix ans, aurait souffert de

cette angine il y a vingt jours et de cette époque daterait sa voix nasonnée et le renvoi des liquides par le nez.

L'alphabet était le suivant : *ha, me, ce, ne, e, ef, me, ach, ni, ni, a, el, em, en, ho, ne, (n)u, er, es, ne, u, ou, ue, i(n)e, y(n)rec, (n)zet.*

Après l'électrisation faradique, les liquides ne passent plus par le nez, et la voix redevient plus intelligible, mais elle dit encore *me* au lieu de *be* et *ne* au lieu de *de*. On continue les électrisations.

Il résulte des observations précédentes, que dans les cas de paralysie et de parésie du voile du palais, comme pour les pertes des substances acquises, ce sont les consonnes explosives qui sont altérées dans leur prononciation. Ce fait s'explique par la nécessité où l'on est pour prononcer ces lettres de condenser l'air derrière le point où la cavité buccale doit se fermer (lèvres, dents, palais). De cette manière, grâce à l'ouverture spontanée de cette sorte de réservoir d'air, se produit le bruit spécial qui a valu à ces consonnes la dénomination d'explosives.

Mais si une partie de cet air s'est échappé par le nez avant que l'ouverture ait eu lieu, autrement dit, si cette condensation de l'air ne peut pas s'effectuer, le courant n'a plus assez d'intensité pour y produire les bruit nécessaires pour la prononciation. Ces mêmes individus ne pourront pas non plus siffler ou jouer d'instruments à vent. Quant aux autres consonnes, *f, l, r, s*, elles sont prononcées d'une manière satisfaisante. Inutile de dire qu'il en est de même pour *m* et *n*.

Les voyelles sont, en somme, prononcées assez distinctement, mais elles sont accompagnées d'un timbre spécial qui provient de l'augmentation de résonnance dans les fosses et les arrière-fosses nasales, et qu'il nous est difficile d'imiter par des signes phonétiques.

Lorsqu'il s'agit des paralysies dans lesquelles le voile du palais détendu barre en quelque sorte le chemin au

courant d'air destiné à s'échapper par la bouche et le force à prendre, en très grande partie, la voie nasale, ce timbre est alors plus accentué et la prononciation des voyelles moins distincte.

Par suite du défaut de fermeture de la soupape palatine, la consommation de l'air chez ces individus est très grande, parce que d'une part il existe pour l'air deux portes de sortie au lieu d'une et parce que d'un autre côté les malades cherchent à expulser une plus grande quantité d'air par la fente glottique, afin que celui qui s'échappe par la bouche devienne suffisant pour y produire les bruits qui constituent les consonnes.

En raison de cette grande consommation d'air, les sujets atteints se voient obligés de prendre haleine à chaque instant. Krishaber(1) a fait des expériences sur lui-même, au sujet de la quantité d'air débitée dans la production de la voix normale et de la voix nasillarde; il produisait cette dernière en faisant volontairement tomber le voile du palais. En lisant d'abord un livre couramment et à voix médiocrement élevée il pouvait se faire entendre, sans reprendre haleine, pendant un laps de temps qui variait, suivant la hauteur du ton, de 22 à 27 secondes. S'il lisait ensuite en nasillant, il était obligé de faire une nouvelle inspiration toutes les 4 à 7 secondes.

3° *Œdème et infiltration du voile du palais.* — Dans les cas prononcés, les troubles de la parole seront les mêmes que ceux que nous venons de décrire.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas d'infiltration légère chez un tuberculeux porteur de lésions miliaires du voile, des amygdales et du pharynx, et dans un cas d'angine pultacée. Ici la formation des lettres n'était pas précisément entravée, mais elles étaient accompagnées d'une résonnance exagérée formant un timbre spécial qu'il faut avoir entendu une fois pour le reconnaître toujours et pour l'attribuer à des affections du voile du palais.

(1) *Loc. cit.*, page 202.

4° *Troubles mécaniques de la motilité du voile du palais.* — Lorsqu'il s'agit de tumeurs reposant sur le voile et entravant sa motilité, la rhinolalie sera parfois mixte, car non seulement les mouvements du voile seront gênés, mais les orifices postérieurs du nez et de la cavité nasopharyngienne seront aussi plus ou moins obstrués selon le siège et le volume de ces néoplasmes. Il serait intéressant d'étudier, dans les différents cas, quelle est la forme de rhinolalie qui domine.

Nous devons encore ajouter qu'il est des cas où, après l'extirpation des tumeurs remplissant les arrières-fosses nasales et ayant empêché toute motilité du voile du palais, ce dernier reste pendant quelque temps dans un état parétique, dû à cette inertie prolongée. Alors les signes de la rhinolalie ouverte viennent remplacer ceux de la rhinolalie close. Un bel exemple de ce genre est le fait suivant, rapporté par W. Meyer (1). C'était un de ses malades auxquels il avait enlevé des végétations adénoïdes. Il se produisit, après que le passage par le nez fut rétabli, au lieu du langage mort (rhinolalie close), habituel dans ces cas, une voix nasillarde d'un autre genre que nous désignons dans notre article sous le nom de rhinolalie ouverte. Cette dernière était due à un état parétique du voile qui disparut un an plus tard.

5° *Atrophie congénitale du voile palatin et disproportion de la cavité naso-pharyngienne.* — Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de faits de cette nature. Mais comme exemple d'atrophie des muscles du voile, nous croyons pouvoir citer le fait curieux raconté par Billroth (2), dans une leçon sur l'opération de la fissure de la voûte palatine. Il s'agissait du frère d'une fille opérée de fissure palatine congénitale, qui avait la même altération du langage que sa sœur. Il n'était point atteint de fissure, mais au toucher on pouvait constater que, au-

(1) *L. c.*, pages 248 et 249.

(2) *Allgem. Wiener mediz. Ztg*, n° 50, 1883.

dessous de la muqueuse intacte, une partie de la voûte et probablement aussi les muscles insérés sur cette dernière faisaient défaut.

Si, maintenant, nous résumons ce que nous avons dit de ces deux formes de rhinolalie, nous voyons qu'on peut établir une séparation bien nette entre ces deux espèces de troubles de langage si différents quant à leur étiologie et quant à leur symptomatologie. Ces modifications de la voix articulée offrent en effet non seulement un intérêt théorique, mais aussi une grande importance pratique. Et l'on peut dire que, toutes les fois que la prononciation des nasales *m* et *n* sera défectueuse ou abolie, c'est qu'il existera une séparation anormale antérieure ou postérieure des fosses nasales d'avec le pharynx buccal. Si, en même temps, le timbre de la voix est étouffé ou sourd, si la résonnance au dehors est diminuée, on peut en conclure que ces cavités sont obstruées.

Si, par contre, la prononciation des consonnes explosives (*b, d, g, k*, etc.) est défectueuse, et si l'émission des voyelles est accompagnée d'une résonnance exagérée, le voile du palais est sûrement atteint.

Dans les cas moins graves où la prononciation des lettres n'est pas complètement entravée, le timbre spécial fera reconnaître si l'altération phonétique est le résultat d'une diminution ou d'une exagération de la résonnance dans ces cavités. C'est surtout dans ces cas légers que les modifications de la voix parlée viennent en aide au médecin pour établir un diagnostic exact.

C'est ainsi qu'elles appelleront, par exemple, notre attention vers de petites tumeurs du pharynx nasal et un gonflement de la partie postérieure des cornets d'une part, ou vers des légers degrés de parésie du voile du palais.

Etudier la nature des troubles de la parole dans les affections des diverses parties du canal vocal si importantes pour l'articulation de la voix ; noter l'insuffisance

des termes vagues ordinairement employés tels que nasillement, nasonnement, etc., lorsqu'on veut désigner les troubles de la parole dans ces diverses affections; diriger enfin l'attention sur l'importance diagnostique et la nécessité d'établir une différence nette entre ces deux formes de rhinolalie, tel était le but de notre travail.

SYPHILOME DES DEUX CORDES VOCALES INFÉRIEURES

Observation publiée par le Dr Eugène EEMAN, de Gand.

Dans son travail sur le syphilome du larynx (Syphilom des Larynx. *Deutsche Archiv für Klin. med.*, von Dr von Ziemsssem. XX Bd, 1 und 2 Heft) Schech s'exprime ainsi : « Des diverses affections qui atteignent le larynx à la suite de syphilis, le syphilome ou gomme est incontestablement la plus rare. L'insuffisance de nos connaissances actuelles sur ce sujet est d'autant plus excusable, que les cas observés au laryngoscope sont encore extrêmement rares, et que même dans le nombre, il s'en trouve plusieurs qui, au point de vue du diagnostic, ne semblent pas établis avec toute la rigueur désirable. »

D'autre part, Massei affirme, dans son intéressante étude (Sifilide gommosa delle corde vocali, *Giornale Internazionale delle scienze mediche*. Nuova serie. Anno I, fascicolo 8), que la gomme est, de toutes les manifestations spécifiques, celle que l'on rencontre le plus souvent dans le larynx.

Cette divergence d'opinions s'explique par ce fait que le syphilome laryngé parcourt très rapidement les diverses phases de son évolution. Quelque fréquente que soit l'infiltration gommeuse diffuse ou circonscrite, nous avons très rarement l'occasion de l'observer à la période d'état.

Lorsque le malade nous arrive, la fonte du syphilome est accomplie. Nous reconnaissons l'existence d'ulcérations spécifiques plus ou moins profondes; souvent

même, la rétraction cicatricielle a déjà amené une sténose de degré variable.

Le plus ou moins de fréquence du syphilome laryngé, n'est d'ailleurs pas le seul point du problème, sur lequel l'obscurité règne encore; après avoir parcouru la littérature laryngologique à ce sujet, force nous est de reconnaître avec Semon (On some rare manifestations of syphilis in the Larynx and Trachea. *Lancet*, April 1, 8, 15, etc., 1882) que la question est encore à l'heure actuelle « *dans un état de grande confusion.* »

Il est donc désirable que tous ceux qui ont l'occasion d'observer des cas de cette nature, fassent connaître le résultat de leurs études; c'est au prix d'un effort commun seulement, que la lumière se fera sur ce chapitre intéressant de pathologie laryngée.

La femme D... C..., Thérèse, de Gand, 55 ans, marchande ambulante, mariée, mère de six enfants tous en bonne santé, m'est adressée par un confrère le 18 janvier 1883.

Comme antécédent morbide, laryngite aiguë, a frigore, dont la malade fut atteinte à l'âge de vingt ans; à défaut de soins médicaux et sous l'influence de l'abus de la parole, du froid, de l'humidité, le catarrhe passa bientôt à l'état chronique, sans déterminer d'ailleurs d'autres symptômes qu'une raucité de la voix, tantôt plus, tantôt moins accusée.

Six mois avant la date à laquelle je vis la malade pour la première fois, apparut un symptôme nouveau : la *dyspnée*; d'abord insignifiante, elle augmenta de jour en jour. La malade ne peut faire vingt pas sans s'arrêter pour reprendre haleine; il lui est devenu très difficile de gravir quelques marches d'escalier. La raucité a fait place à l'aphonie. Jamais de douleurs au niveau du larynx, ni toux, ni expectoration.

Avec l'apparition de la dyspnée a coïncidé le début de troubles généraux graves; plus de sommeil; les forces déclinent rapidement; les fonctions digestives languissent; la malade maigrit et présente tous les signes d'une anémie profonde.

Pâleur extrême de la muqueuse du pharynx et du voile du palais. Malgré la dyspnée, l'examen laryngoscopique est parfaitement supporté et je puis analyser l'image dans tous ses détails dès la première application du miroir.

La muqueuse laryngienne est extraordinairement anémiée; à part ce défaut de coloration, le larynx est normal dans toutes ses parties, à l'exception des *cordes vocales inférieures*.

Elles se détachent avec une netteté extrême sur le fond pâle du larynx, sous forme de deux bourrelets épais, arrondis, à surface lisse, *d'un rouge sombre*. La corde vocale inférieure droite recouvre la moitié environ de la largeur de la corde vocale inférieure gauche.

La coloration du bourrelet droit, le seul par conséquent visible dans toute son étendue, n'est pas uniforme en tous ses points. Elle a son maximum d'intensité à la partie moyenne de la corde et au voisinage immédiat du bord libre; elle pâlit assez régulièrement du milieu de la corde vers les extrémités et du bord vers le ventricule d'autre part. La partie tout à fait antérieure des cordes est normale au point de vue de la forme, du volume, mais légèrement rosée; il en est de même de leur partie postérieure dans toute l'étendue de la glotte intercartilagineuse.

La fente glottique se trouve ainsi réduite à un petit triangle à sommet antérieur répondant au point où les deux bourrelets se rencontrent, à base postérieure (région interaryténoïdienne).

La hauteur de ce triangle est très exactement mesurée par la longueur de la glotte intercartilagineuse. Les efforts de phonation, d'inspiration les plus énergiques ne modifient guère l'image laryngoscopique. Il s'opère un glissement très limité du bourrelet droit sur le gauche,

Au niveau de l'attache du chef externe du sterno-cléido-mastoïdien gauche sur la clavicule, la peau présente une ulcération arrondie de 1 1/2 centimètre de diamètre, à bord taillé à pic; cette ulcération, au dire de la malade, s'est développée, sans cause connue, il y a quelques semaines, et ne provoque aucune douleur. A la partie tout à fait infé-

rieure du chef interne du sterno-cléido-mastoïdien droit, près de l'attache au sternum, se trouve dans le corps du tendon, une tumeur arrondie, nettement limitée, de la grosseur d'une bille à jouer, dure, absolument indolente, très légèrement mobile, indépendante de la peau, d'ailleurs normale en ce point; je découvre une tumeur analogue mais un peu moins volumineuse à la mandibule, à la partie inférieure du bord postérieur de la branche montante droite. Cette tumeur est dépendante du périoste.

L'examen du cœur, des poumons, des autres viscères ne fait découvrir aucune anomalie. Engorgement peu marqué des ganglions cervicaux postérieurs.

Diagnostic. — Sténose laryngée par développement d'un syphilome dans les deux cordes vocales inférieures.

Traitement. — La malade n'ayant jamais présenté de manifestations syphilitiques, tout au moins n'ayant jamais souffert d'accidents assez importants pour fixer son attention, n'a pas encore été soumise à la médication spécifique.

J'institue le traitement mixte : frictions mercurielles quotidiennes (deux grammes d'onguent mercuriel double); à l'intérieur : iodure de potassium, à la dose de deux grammes. Pansement de l'ulcère cutané à l'iodoforme. Quelques notes extraites de mon registre d'observations permettront d'apprécier les effets du traitement.

23 janvier 1883. — Cinq jours après le début du traitement, diminution notable de la dyspnée; volume des bourrelets légèrement réduit; ils ont un peu pâli; les mouvements des cordes sont plus étendus. Deux frictions par jour avec deux grammes d'onguent chaque fois. Même dose d'iodure.

30 janvier. — Dyspnée beaucoup moindre; sommeil excellent; l'appétit se réveille; l'ulcère cutané est en voie de cicatrisation. Modifications frappantes dans l'état du larynx; le bourrelet droit n'a plus que la moitié du volume qu'il présentait le 18; la corde gauche est presque revenue au volume normal. Continuer les frictions; 3 grammes d'iodure par jour.

3 février. — La dyspnée a disparu; la gomme du sterno-

cléido-mastoïdien est très réduite; celle du maxillaire inférieur n'a plus guère que $\frac{1}{5}$ du volume primitif; les gommès du larynx offrent des modifications analogues; la corde droite ne recouvre plus la gauche; leurs bords libres se touchent dans toute leur longueur pendant la phonation. Mouvements d'adduction et d'abduction normaux. Le travail de résorption des gommès laryngées s'opère du bord libre vers le ventricule. C'est la partie la plus voisine de l'entrée du ventricule qui revient en dernier lieu à l'état normal.

Voix forte, mais rauque.

13 février. — Plus aucune trace du syphilome de la corde gauche; à droite un dernier reste d'infiltration gommeuse à la partie moyenne de la corde.

Les autres gommès ont entièrement disparu. L'ulcération cutanée est cicatrisée. Je supprime les frictions mercurielles et fais continuer l'usage de l'iodure de potassium.

3 mars. — Cordes presque blanches nacrées, mais mal tendues.

10 mars. — Image laryngoscopique absolument normale; voix forte, bien timbrée; la malade me déclare que depuis la laryngite aiguë contractée à l'âge de vingt ans, elle n'a jamais eu la voix aussi claire ni aussi forte.

L'état général est excellent.

J'ai revu la malade le 24 novembre 1883; elle a repris l'iodure à intervalles réguliers. La guérison s'est maintenue; voix normale; teint frais, embonpoint.

La femme D... C... ne m'a plus consulté depuis cette époque et, j'ai lieu de croire qu'il ne s'est pas produit de nouvelles manifestations syphilitiques.

Au point de vue étiologique, cette observation confirme l'opinion de Ziemssen (Handuch IV, 376): « Les syphilitiques qui, par la nature de leurs occupations ou par habitude, soumettent leur organe vocal à de grandes fatigues ou à des refroidissements fréquents ou d'autres influences nuisibles, sont bien plus exposés, *ceteris paribus*, que les syphilitiques placés dans des conditions oppo-

sées, à souffrir d'une affection syphilitique du larynx. »

Les cas de Schech viennent appuyer cette manière de voir, déjà mise en avant d'ailleurs par Gerhardt et Roth (*Ueber Syphilitischen Krankheiten des Kehlkopfes. Virchow's Archiv.*, B. XXI, p. 21 et 42).

La femme D... C., atteinte de laryngite aiguë à l'âge de vingt ans, avait toujours continué à exercer le métier de marchande ambulante, criant sa marchandise sur les places publiques, exposée à toutes les intempéries de l'atmosphère. Il n'est donc pas étonnant qu'au cours d'une syphilis constitutionnelle, il se soit produit une détermination de la diathèse, sur un organe malade et affaibli depuis longtemps.

Quant au siège des syphilomes, mon observation démontre que la bilatéralité, la symétrie des tumeurs syphilitiques du larynx, n'est pas aussi absolument que le croyait Jonathan Hutchinson (Semon, *loc. cit.*, p. 11) un caractère propre aux manifestations de la période secondaire.

La bilatéralité des gommes laryngées se retrouve d'ailleurs dans plusieurs observations connues, parmi lesquelles je me contente de citer celles de Massei. Elle constitue un fait de la plus haute importance, car elle communique à l'affection un caractère tout particulier de gravité.

Les gommes *bilatérales*, parcourant leurs diverses phases d'évolution, à défaut d'un traitement approprié, amènent en effet une sténose cicatricielle de forme redoutable.

N'ayant observé qu'un seul cas de syphilome laryngé à la période d'infiltration, je ne puis émettre une opinion absolue sur la difficulté plus ou moins grande que présente le *diagnostic* de cette affection. Je suis cependant porté à le considérer avec Schech comme un des plus difficiles que le laryngologiste puisse avoir à poser. Les causes d'erreur ont été très bien décrites par Schech, Massei et d'autres auteurs.

Dans l'observation que j'ai relatée, le diagnostic était exceptionnellement facile. L'image laryngoscopique si absolument inusitée, la nature des signes objectifs avec leur localisation parfaite, la coexistence d'une ulcération cutanée syphilitique, de deux tumeurs nettement de nature gommeuse, ne m'ont pas paru permettre un instant d'hésitation.

L'interrogatoire, plusieurs fois repris, m'a fait reconnaître que la malade ignorait absolument avoir été infectée. La syphilis n'avait antérieurement provoqué chez elle aucune manifestation assez sérieuse pour l'inquiéter. Je n'ai pu retrouver aucune trace d'accidents antérieurs.

En présence des signes manifestes constatés, les aveux étaient d'ailleurs inutiles, et le fait de ces syphilis, latentes pendant un grand nombre d'années et produisant tout à coup des accidents redoutables, est trop familier à tous les médecins, surtout à ceux qui s'occupent de pathologie laryngée, pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Je me suis cru autorisé à attendre du *traitement* un effet rapidement favorable, parce que les syphilomes étaient très certainement à la période d'infiltration; l'examen le plus minutieux ne m'a fait reconnaître en aucun point les signes laryngoscopiques annonçant le début du travail de ramollissement.

Avec la grande majorité des auteurs, je crois qu'en présence d'un syphilome laryngé, il convient de faire marcher de pair le traitement général et le traitement local. Ce ne sont donc pas des vues théoriques qui m'ont déterminé à m'abstenir entièrement, dans l'espèce, de toute intervention locale. A la première visite de la malade, la dyspnée était si prononcée, la fente glottique si réduite que j'ai cru prudent de me borner au traitement général.

Au deuxième examen déjà, le travail de résorption rapide était si bien établi que le traitement local m'a paru superflu. La guérison ne pouvait être plus complète;

eût-elle été plus rapidement obtenue si j'avais joint des applications médicamenteuses locales au traitement mixte? Si j'en juge par les observations publiées, je crois devoir répondre négativement à cette question.

COMPTE RENDU DE LA 58^e RÉUNION
DES
NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A STRASBOURG

TENUE A STRASBOURG DU 18 AU 23 SEPTEMBRE 1885 (1).

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 18 Septembre 1885.

M. BETZ (Mayence) montre les pièces anatomiques d'un cas de **polype de la trachée inséré au niveau de la bifurcation des bronches.**

La malade, âgée de 34 ans, souffrait depuis quelques mois d'accès de suffocation, survenant tout à coup alors que la respiration s'accomplissait d'une manière normale. Ces accès disparaissaient ensuite après quelques instants. L'examen physique donna un résultat négatif et on pensa longtemps qu'on avait affaire à un simple asthme. Les accès devenant plus graves et plus fréquents, on pria M. Betz de pratiquer l'examen laryngoscopique, qui ne permit de trouver aucune affection de la muqueuse du larynx ou de la partie supérieure de la trachée. Pendant cet examen, l'on ne peut apercevoir la bifurcation. Avant que l'on ait pu faire un second examen, la malade mourut pendant un accès de suffocation.

A l'autopsie on trouva sur le côté gauche de la crête de la bifurcation trachéale un énorme polype mesurant 5 centimètres de long, dont la partie plus petite plongeait dans la bronche gauche, tandis que la partie plus grande était située dans la trachée elle-même, ayant probablement amené dans cette position la suffocation et la mort. Pendant les moments de repos, cette dernière partie de la tumeur était certaine-

(1) D'après le *Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg*, 28-23 septembre 1885.

ment couchée dans la bronche droite. Si l'on avait fait à temps le diagnostic on aurait peut-être pu essayer, dit le rapporteur de ce cas, l'extirpation du polype à l'aide de l'anse galvanique en pratiquant d'abord la trachéotomie profonde et en introduisant un miroir qui aurait servi de guide.

L'examen microscopique démontra qu'ils s'agissait d'un fibrome.

M. SCHMITHUISEN rapporte deux cas d'excavations occupant le cornet moyen et provoquant un écoulement fétide.

Dans ces deux cas, la maladie existait depuis 8 à 10 ans occasionnant quelques douleurs dans les maxillaires mais sans gonflement de ces derniers.

Le cornet moyen n'a pu être vu qu'après l'ablation des granulations polypoïdes qui recouvraient la partie antérieure.

On constata alors que le cornet formait une tumeur remplissant toute la partie supérieure des fosses nasales et déviant le cornet inférieur.

Une pression exercée sur le néoplasme fortement tendu, faisait écouler un liquide fétide et jaunâtre, ce qui permit de penser à un abcès.

La tumeur fut incisée avec le galvano-cautère, l'incision fut élargie et il s'écoula une grande quantité de pus fétide. On détruisit la paroi de la cavité et 2 à 3 semaines plus tard les deux malades étaient guéris.

D'après le rapporteur, les sinus accessoires étaient intacts.

JACOBY (Magdebourg) dit avoir observé aussi plusieurs cas de suppuration provenant de la fente qui existe entre le cornet moyen et la paroi latérale; il ajoute avoir guéri ses malades en perforant le cornet à l'aide du galvano-cautère. Mais, d'après cet auteur, il s'agissait toujours dans les cas de ce genre d'une affection des sinus maxillaires ou frontaux. S'il n'y a pas de symptômes des compressions, c'est que l'écoulement des sécrétions n'est pas entièrement aboli.

M. ZIEGELMAYER (Langenbrücken) a guéri un cas de suppuration sanieuse par des pulvérisations d'eaux sulfureuses.

M. GOTTHELF (Heidelberg) rapporte un **cas d'ulcérations dans la trachée et d'abcès périchondrique de la bronche gauche.**

Le malade offrait les mêmes symptômes que celui de M. Betz. Il succomba dans un accès de suffocation après que la trachéotomie eût été faite. Les ulcérations n'avaient rien de caractéristique et ne rappelaient ni la syphilis ni la tuberculose.

L'examen bacillaire n'était pas encore fait. Les poumons étaient intacts; peut-être dans ce cas aussi, dit le rapporteur, on aurait pu, en élargissant la plaie trachéale et en introduisant un miroir, découvrir et inciser l'abcès qui avait amené une sténose de la trachée et une obstruction de la bronche gauche.

M. SCHNITZLER (Vienne) propose de **discuter la question du diagnostic des ulcérations laryngées.**

Il se montre partisan de la théorie des ulcérations catarrhales et rapporte à l'appui de cette théorie plusieurs faits de cette nature.

ROSENFELD (Stuttgart) ne partage pas cette opinion et dit que les ulcérations dans le larynx sont toujours d'origine syphilitique ou tuberculeuse. La guérison des ulcérations laryngées ne parle point contre la nature tuberculeuse ni en faveur de la nature catarrhale de certaines ulcérations, car il est prouvé que les ulcérations tuberculeuses peuvent guérir. Heitler, à Vienne, a démontré qu'on rencontre à l'autopsie des personnes mortes d'autres maladies, des traces d'ancienne tuberculose, et Ewald, à Berlin, a encore pu découvrir des bacilles de la tuberculose dans les foyers encapsulés. Pour assurer le diagnostic, on fera bien de cocaïniser le larynx et de prendre un peu de sécrétion pour rechercher les bacilles.

Séance du matin du 19 septembre 1885.

M. HOPMANN (Cologne). **Des névroses réflexes et des tumeurs nasales** (*Ueber Reflexneurosen und Nasentumoren*).

L'auteur donne d'abord l'historique des névroses réflexes et mentionne les travaux de Voltolini (1871), Herzog (1881), Schadowald, et ceux de Hack (1882) et E. Fraenkel. Il fait suivre cette première partie de sa communication de 10 observations détaillées venant appuyer ses conclusions qui diffèrent des opinions de ces derniers auteurs, surtout en ce qui concerne le rôle dominant que jouerait le tissu érectile des fosses nasales dans la production des névroses réflexes. Voici les conclusions de l'auteur :

Les névroses réflexes sont dues parfois à différents vices de conformation ou à des affections du nez et même à des processus atrophiques avec destruction complète ou partielle de la muqueuse caverneuse (parmi les 10 observations détaillées, il se trouve 3 cas de ce genre).

Le plus souvent ces névroses résultent d'une altération particulière de la muqueuse nasale à marche lente et d'un caractère névro-inflammatoire. Cette altération s'accompagne toujours d'hyperplasie légère caractérisée par une irritabilité excessive des nerfs qui animent le tissu érectile.

On rencontre encore chez des malades atteints de polypes du nez, surtout s'il s'agit d'hypertrophies polypoïdes et de papillomes des cornets inférieurs, des troubles réflexes qui disparaissent généralement une fois ces polypes enlevés. Dans les cas de ces sortes de tumeurs, la cause la plus immédiate des réflexes pathologiques est moins l'irritabilité nerveuse du tissu érectile que la facilité avec laquelle les polypes eux-mêmes augmentent de volume. Des polypes muqueux ainsi que les hypertrophies polypoïdes et les papillomes peuvent en effet grossir ou diminuer de volume en peu de temps, par suite d'une irritation directe ou indirecte.

Ce phénomène est probablement occasionné par une inhibition rapide de sérum, par une sorte d'œdème, ce qui représenterait pour les polypes muqueux une simple augmentation d'un état habituel. Cet œdème se produit par une luxion active qui est probablement encore accompagnée de stase veineuse.

Quoi qu'il en soit, l'aggravation de troubles respiratoires

qui en résultent peut irriter les fibres pulmonaires et cardiaques du pneumogastrique et déterminer par cette voie dans les centres nerveux des irritations anormales.

De plus l'irritation directe des divisions du trijumeau, soit par les polypes eux-mêmes, soit par les points comprimés de la cloison, peut se propager par voie réflexe à d'autres branches de ce nerf.

De même cette excitation est susceptible, par l'intermédiaire des ganglions « rhinicum et ciliaire » sans participation des centres cérébraux, d'engendrer directement une irritation des fibres vaso-motrices et glandulaires.

A la fin de son article, l'auteur prie ses collègues de vouloir bien faire examiner toutes les tumeurs enlevées avec l'anse afin de pouvoir trancher la question des tumeurs polypoïdes du nez dont il a décrit une forme spéciale sous le nom des tumeurs papillaires (1883, *Virchow's Arch.*, 93 Bd.).

M. STEIN (Francfort-sur-le-Mein), **Sur des méthodes nouvelles de l'emploi de la lumière électrique en laryngologie ; et sur la photographie du larynx.** (*Ueber neue Verwendungsweisen des electrischen Lichtes in der Laryngologie und die Photographie des Larynx*).

M. STEIN rappelle les démonstrations qu'il a faites dans la réunion de l'année dernière à Magdebourg et dit avoir modifié les appareils électriques de telle manière qu'ils suffisent maintenant pour l'usage pratique.

Cette amélioration concerne d'abord la batterie électrique et ensuite l'adaptation de lampes incandescentes électriques au miroir laryngien. Il donne les détails et présente les modèles.

Il montre ensuite une lampe électrique appelée à remplacer les lampes à l'huile, au pétrole ou au gaz, qui peut fonctionner, nourrie par une petite batterie, 2 à 3 heures avec une intensité de 5 à 6 bougies sans qu'on ait besoin de changer le liquide de la batterie.

A la fin il présente son nouvel appareil photographique du larynx qui est construit d'après les principes de l'appareil

de French et la méthode de l'appareil de L. Browne et E. Behnke, mais qui réduit la chambre photographique, le miroir laryngien et la source lumineuse à de très petites dimensions. L'auteur montre les photographies faites avec son appareil (1).

Séance de l'après-midi du 19 septembre 1885.

M. SCHNITZLER propose de fonder une société allemande de laryngologie et de rhinologie. Cette proposition est acceptée à l'unanimité et on nomme un comité préparatoire dont font partie MM. Schnitzler (Vienne), B. Fraenkel (Berlin), Gottstein (Breslau), Meyer-Hüni (Zurich), Schmidt (Francfort-sur-le-Mein), Hoppmann (Cologne), P. Meyer (Strasbourg).

M. Schnitzler discute la valeur des remèdes prônés l'année dernière pour traiter les affections des voies aériennes supérieures, tels que la *cocaïne*, le *menthol*, et l'*acide lactique*.

Il reconnaît la valeur de la cocaïne sans vouloir pourtant l'exagérer.

Quant au menthol, il ne le recommande pas. De même il ne croit pas que l'acide lactique, recommandé dans la tuberculose laryngée par Kraus, soit supérieur à l'acétate de plomb, au sous-nitrate de bismuth et à l'iodoforme.

M. GOTTSTEIN (Breslau) approuve, en général, la manière de voir de son confrère. Il n'emploie jamais la cocaïne pour faciliter l'examen laryngoscopique et il permet encore moins à ses élèves de s'en servir. Mais dans les opérations endolaryngées, il apprécie ce remède plus que M. Schnitzler. Il emploie des solutions à 20 0/0, après avoir diminué la sensibilité du larynx à l'aide de l'introduction répétée de la sonde pendant 2 à 3 jours. Il a aussi retiré de bons résultats de son emploi dans la chorée du larynx.

Dans les cautérisations galvaniques des cornets, il ne l'emploie guère, la douleur, dans la plupart des cas, n'étant pas

(1) Tous ces instruments dont nous ne pouvons pas donner ici les détails sont fabriqués dans l'atelier électrotechnique de M. R. Blaensdorf successeur à Francfort-sur-le-Mein.

trop intense. Parfois les muqueuses dégonflent tellement qu'on hésite, au premier moment, à faire la galvanocaustie proposée.

M. GOTTSTEIN a pu observer, dans un cas d'ulcération tuberculeuse de l'épiglotte, une disparition de la dysphagie et de la douleur pour longtemps par suite de l'emploi d'une solution d'acide lactique de 50 0/0.

Ce remède avait agi de même dans un cas d'ulcération gangréneuse du voile du palais. D'autres fois le résultat fut moins net.

M. ROSENFELD (Stuttgart) fait remarquer que l'emploi de la cocaïne diminue, dans les opérations des fosses nasales, l'hémorragie mais occasionne parfois 1/4 ou 1/2 heure après des hémorragies ultérieures très abondantes, ce qui proviendrait de la parésie des muscles vasculaires préalablement mis en contraction par la cocaïne. Si, chez certaines personnes, la cocaïne n'agit pas aussi bien que chez d'autres, c'est qu'il se forme facilement, dans la solution de ce remède, des champignons et des bactéries qui la rendent moins efficace. M. Rosenfeld attribue une grande importance à la cocaïne dans les ulcérations tuberculeuses du pharynx, du voile et de la paroi postérieure du larynx, surtout quand l'alimentation est entravée.

Séance du 21 septembre 1885.

Au début on combine les sections laryngologique et otologique.

M. HEDINGER fait une communication **sur des batteries galvanocaustiques** et M. GOTTSTEIN montre un couteau pour l'**extirpation des végétations adénoïdes** (voir notre compte rendu de la section d'otologie, page 48 de la *Revue*).

M. ROLLER (Trier) fait une communication **sur deux cas rares de nécroses du larynx** (*Über 2 seltene Fälle von Kehlkopfnekrosen*),

Dans le premier cas, il s'agissait d'un néoplasme sarcoma-

teux de la bande ventriculaire gauche et du périchondre du cricoïde, avec nécrose consécutive de ce cartilage. La maladie aurait débuté, après un refroidissement, par une fièvre accompagnée de dyspnée, dysphagie, sécrétion abondante dans la gorge et voix rauque. Huit jours après, ces symptômes auraient diminué, persistant à un degré moindre. Trois mois plus tard auraient apparu sur la colonne vertébrale (région lombaire), sur le mollet droit, sur la tubérosité frontale droite et au niveau du coude droit, des tumeurs augmentant lentement de volume, mais peu sensibles. L'examen laryngoscopique, fait à cette époque, montra un gonflement circonscrit de la grandeur d'une cerise et d'un bleu rouge de la partie antérieure de la bande ventriculaire gauche.

Etant donnée l'existence des autres tumeurs dans lesquelles on fit une ponction explorative, et dont on put reconnaître la nature sarcomateuse, M. Roller diagnostiqua un sarcome de la bande ventriculaire gauche.

Avant la mort survint encore un abcès rétro-pharyngien.

A l'autopsie on constata aussi qu'il y existait une périchondrite du chaton du cartilage cricoïde avec formation d'un séquestre.

Le second cas concerne une dame âgée de 30 ans atteinte d'une adhérence antérieure des cordes vocales et d'une fistule du cou qui permet de toucher, avec la sonde, le cartilage thyroïde dénudé. Cette affection dure depuis plusieurs années et tend à s'améliorer.

M. MEYER-HUNI demande si les assistants à cette réunion ont obtenu quelques effets de l'emploi des pastilles de la résine de gaïac, recommandée par M. Schmidt, dans l'angine amygdalienne. Pour sa part, il n'en a pas vu se produire.

M. BETZ a observé un cas où ces pastilles faisaient du bien.

M. GOTTSTEIN termine la séance en remerciant le comité de la manière dont a été préparée cette réunion laryngo-otiatrice.

D^r L. LICHTWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

De l'érysipèle du larynx (*Sulla erisipela della larynge* (1), par
M. le prof. F. MASSEI, de Naples.

Dans le courant de l'année 1884, l'auteur fut, à diverses reprises, appelé à traiter plusieurs cas d'une affection laryngée qu'il avait eu rarement l'occasion d'observer au cours d'une longue pratique. Avant de tirer de ces faits les déductions qui en découlent et d'établir la nature du processus morbide dont ils dépendent, l'auteur rapporte ces faits eux-mêmes au nombre quatorze. Ne pouvant les reproduire ici, nous allons décrire les principaux symptômes présentés par les malades. Nous pouvons les ranger en deux catégories.

1° *Symptômes subjectifs*. La fièvre en est un des plus remarquables. Dès le début de la maladie on voit la température s'élever à 40° degrés et plus, elle présente des rémissions matinales avec exacerbation vespérale, elle apparaît avec la lésion pour disparaître complètement avec elle. Signalons ensuite la douleur, douleurs à la déglutition ordinairement très vives, quelquefois aussi douleurs à la région pré-laryngée (obs. IV). Une gêne respiratoire considérable accompagne ce symptôme. La dyspnée se manifeste aux deux temps de la respiration, elle est quelquefois plus marquée à l'inspiration, elle peut aller jusqu'à l'orthopnée et aux accès de suffocation, déterminant ainsi, lorsqu'on n'intervient pas, la mort du malade.

2° *Symptômes objectifs*. Lorsqu'on pratique l'examen du malade, on trouve quelquefois, à la gorge, les signes de l'angine folliculaire; d'autres fois, au contraire, rien n'explique la douleur à la déglutition. Il en est tout autrement lorsqu'on pratique l'examen laryngoscopique : on constate alors une tuméfaction plus ou moins considérable, quelquefois énorme, de l'épiglotte et des replis glosso ou ary-épiglottiques. La muqueuse des parties malades est très rouge, tendue, recouverte par places de sécrétions. Dans quelques cas, l'auteur a constaté l'inflammation et le gonflement des ganglions péri-trachéaux.

(1) Naples, Leonardo Vallardi, éditeur.

Dans un des cas publiés par Masseï, la malade présente, alors que tous les symptômes laryngés avaient disparu, des signes très nets (obs. III) de pneumonie. Ce qui semblerait indiquer la propagation aux voies respiratoires inférieures de la maladie du larynx.

Tels sont, en résumé, les principaux symptômes présentés par les malades. A quelle affection les rattacher?

En raison de la fièvre et du type fébrile; de la marche clinique de l'affection; de l'invasion migratoire (invasione migratoria) des muqueuses voisines, les expressions d'*œdème primitif* et de *laryngite phlegmoneuse* ne sauraient satisfaire le clinicien. Si l'on considère, en outre, que les ganglions lymphatiques ont été souvent pris, que, dans un cas (obs. III), la maladie s'est portée au poumon non par propagation, mais a sauté, pour ainsi dire, du larynx qui est redevenu normal au poumon, on devra conclure que le processus morbide est l'érysipèle et que les malades étaient véritablement atteints d'érysipèle primitif du larynx. A ce sujet M. Masseï rapporte les opinions des différents auteurs qui ont parlé de l'érysipèle du larynx (Ziemssen, Mackenzie, Türk, Charazac, etc., etc.) et de la possibilité de voir se manifester cette affection dans l'organe vocal, mais dont aucun, nous devons le dire, ne l'a décrit d'une manière aussi complète, et n'en a aussi bien démontré l'existence.

L'érysipèle peut donc se manifester primitivement dans le larynx : il peut y constituer une affection autonome, et du larynx (obs. III) se porter au poumon.

Le diagnostic sera basé sur les anamnestiques, la marche de la maladie, l'examen objectif, l'existence de la fièvre et ses caractères. De plus l'érysipèle du larynx commence presque constamment sur l'épiglotte, la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques qui possèdent en abondance du tissu lymphatique.

Le cours de la maladie est toujours aigu et rapide, on doit, à ce point de vue, considérer, cependant, deux formes d'érysipèle du larynx, l'une dans laquelle les symptômes généraux l'emportent sur les symptômes locaux, l'autre dans laquelle ces derniers sont les plus importants.

La guérison, sauf dans les cas de gangrène, a lieu sans laisser de trace après elle; cette affection est cependant grave, le malade peut, en effet, être emporté par la laryngo-sténose, par la migration aux voies respiratoires du virus érysipélateux, par des phénomènes infectieux, enfin l'érysipèle laryngé peut être la cause déterminante d'une tuberculose pulmonaire (obs. IV) encore à l'état latent. Nous n'insisterons pas sur le traitement qui doit répondre à deux indications : on doit, en effet, combattre les symptômes généraux et les symptômes locaux. Cette partie, comme toutes les autres du reste, est fort bien traitée par M. Masseï; nous y renvoyons le lecteur.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

- 1° Il existe réellement un érysipèle du larynx;
- 2° La plupart des cas décrits comme étant des cas d'œdème aigu primitif sont des cas d'érysipèle du larynx, ce dernier est donc bien moins rare qu'on ne l'avait cru jusqu'alors;
- 3° Il existe deux formes d'érysipèle du larynx : une dans laquelle les symptômes locaux l'emportent ou contrebalancent les symptômes généraux, une autre dans laquelle l'état général l'emporte sur les conditions locales.
- 4° Le meilleur mode de traitement consiste : a) dans l'emploi du froid aidé de révulsifs intestinaux et de la médication générale réclamée par les circonstances; b) les scarifications; c) la trachéotomie lorsque, malgré le traitement, il y a des dangers de suffocation.

Nous avons essayé, dans ce résumé succinct, de donner une idée, aussi nette que possible, du remarquable travail de M. le prof. Masseï. Si nous ne partageons pas tout à fait une manière de voir aussi catégorique, ne pouvant avec lui admettre que tous les cas d'œdème aigus primitifs étaient des érysipèles, nous ne saurions cependant mieux faire en terminant que d'engager le lecteur à lire cet article lui-même : il y trouvera plaisir et profit.

D^r J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan, par le Dr G. THIBIERGE.

Les lésions de la bouche sont assez fréquentes dans le lichen plan et y offrent des caractères spéciaux méritant une description absolument distincte de celle des stomatites chroniques généralement connues.

Ces caractères, au reste, n'avaient pas passé complètement inaperçus jusqu'à ce jour. Ils avaient été signalés par divers auteurs. E. Wilson, J. Hutchinson, Crocker, Pospelow, Unna avaient rapporté des observations de lichen plan compliqués de lésions de la muqueuse buccale.

Les lésions de la muqueuse peuvent coïncider avec celles de la peau, ou bien les précéder, ou encore les suivre, mais leur époque d'apparition est généralement difficile à déterminer parce que d'ordinaire elle ne donne lieu qu'à des troubles fonctionnels peu marqués. Les malades n'éprouvent ordinairement qu'une rudesse de la muqueuse. Les lésions occupent la langue et la face interne des joues, elles ont sur ces deux régions des caractères distincts.

Sur la langue ce sont des taches blanches tranchant, par leur coloration, sur celles des parties voisines de forme arrondie ou légèrement irrégulière sans aucune saillie : les papilles semblent diminuées d'épaisseur et deviennent plus rudes ; ces taches sont isolées ou réunies et dans ce cas le plus souvent sous forme de lignes parallèles aux bords de la langue.

Sur la muqueuse des joues on voit des papilles de petites dimensions acuminées, arrondies ou étoilées d'un blanc pur et souvent brillant : ces papilles sont isolées ou réunies sous forme de plaques à la surface desquelles elles forment des saillies isolées ou des lignes blanches diversement disposées. La muqueuse est souvent altérée dans l'intervalle des plaques. L'abus du tabac, des mets épicés, le mauvais état des dents en favorisent l'apparition qui est aussi fréquente chez les

femmes que chez les hommes. Au cours de son travail l'auteur donne trois observations du lichen plan avec lésion de la muqueuse buccale. Ces observations ont été du reste le point de départ et forment la base de cette étude. (*Ann. de Dermatologie et de Syph.*, 25 février 1885, t. VI, n° 2.)

D^r J. CHARAZAC.

Etude critique sur l'angine de Ludwig, par le D^r BOEHLER.

L'auteur cite 35 cas d'angine de Ludwig qu'il a pu compiler dans la littérature depuis 1835.

Se basant sur ces faits dont il donne tous les détails, il tâche de combattre l'opinion émise en 1836 par Ludwig, chirurgien à Munich, à savoir qu'il existait une inflammation spéciale infectieuse du tissu cellulaire profond du cou. D'après Bœhler, l'angine de Ludwig n'est pas une entité morbide spéciale, de nature infectieuse, se distinguant par ses caractères cliniques et anatomiques des autres processus inflammatoires de la région du cou. Il s'agit dans tous ces cas de simples phlegmons gangréneux secondaires, dont on peut toujours trouver le foyer d'origine dans la région même. La dénomination « d'angine de Ludwig » doit donc être rejetée, car elle est superflue et elle prête à confusion (*Thèse de Paris*, juillet 1885).

D^r L. L.

Angine infectieuse dans la production de laquelle le rhumatisme entre pour une part principale (*Infections sore-throat in which Rheumatism played a prominent part*), par le D^r Alfred MANTLE).

Bien que l'angine infectieuse soit assez commune, elle est assez imparfaitement traitée dans les ouvrages de médecine. Cette affection, dont l'auteur rapporte plusieurs cas, présente certains caractères qui ne permettent pas de la confondre avec les autres espèces d'angine.

On peut en décrire deux formes principales : l'une dans laquelle il existe sur les amygdales un dépôt blanchâtre qui, dans certains cas, arrive à former une espèce de membrane qui, après avoir été enlevée, laisse au-dessous une surface

saignante. On pourrait l'appeler forme membraneuse. Dans la seconde il n'existe aucun dépôt sur les amygdales, mais une sécrétion épaisse sur les parties enflammées.

La première ressemble assez exactement à l'amygdalite diphtéritique bénigne, la seconde aux formes légères d'angine scarlatineuse. Dans les deux, les symptômes généraux de la maladie sont les mêmes. En général, le malade se plaint de souffrir de toutes ses articulations. Les amygdales sont ordinairement gonflées. Mais il n'existe jamais d'ulcérations profondes. Les glandes sous-maxillaires sont ordinairement douloureuses, parfois augmentées de volume. En somme, d'après l'auteur, la diathèse rhumatismale serait la cause prédominante de cette inflammation de la gorge. Au cours de cet article, il rapporte plusieurs observations de ces deux variétés d'angine infectieuse (*The British Med. Journ.*, 21 nov. 1885).

Dr J. CH.

Un cas rare de fistule du pharynx (*An unusual case of Pharyngeal fistula*), par le Dr HOBART A. HARE.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans qui fit une chute sur la tête à l'âge de trois ans. Il en résulta une affection des vertèbres cervicales et une raideur du cou pour laquelle on dut entreprendre un traitement orthopédique. Bientôt après, sa mère remarqua une tumeur sur le côté droit du cou près du sterno-mastoïdien, et quelques jours après le malade rendit du pus par la bouche. La tumeur extérieure s'ouvrit à son tour et laissa s'échapper une quantité considérable de pus. Quelque temps après, elle remarqua que les aliments sortaient parfois, mais d'une façon intermittente, par la plaie extérieure. L'auteur n'ayant aucun instrument pour examiner la gorge du malade, fit promettre à la mère de lui apporter l'enfant à l'hôpital le lendemain. Celle-ci ne tint pas sa promesse. Le malade a été vu depuis par le Dr Reeves, qui, après un sérieux examen, n'a pu trouver, ni dans le larynx, ni dans le pharynx de trace d'ouverture. Toutefois, comme les symptômes précédemment cités continuent toujours, il en conclut que l'ouverture interne doit avoir son siège dans l'œsophage (*The med. News*, 14 nov. 1885).

Dr J. CH.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des névroses réflexes d'origine nasale, par le Dr A. CARTAZ.

L'auteur mentionne brièvement les travaux de John Mackenzie, Hack, Seiler, Sommerbrodt, Daly sur ce sujet et rapporte cinq nouvelles observations.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme atteinte de véritables quintes d'éternuement, survenant dès que la malade se mouche un peu fort ou respire un parfum pénétrant. Pendant l'examen du nez avec une sonde exploratrice, la malade est prise d'une sorte de spasme avec larmoiement, pâleur de la face, puis d'une contracture des quatre extrémités. A l'aide de la cocaïne, M. Cartaz réussit à pratiquer l'examen sans accident et à toucher une ulcération siégeant sur la partie postérieure du cornet inférieur. Après avoir encore touché, avec le galvanocautère, la muqueuse hypertrophiée, les éternuements et l'enchifrènement disparurent complètement.

Chez le second malade existaient des accès de toux qui cessèrent aussitôt après l'ablation d'un polype du nez.

Dans le troisième cas, il s'agissait de crises d'éternuements et d'un sentiment de suffocation, sans lésion très apparente du côté du nez. Néanmoins des badigeonnages à la cocaïne amenèrent une amélioration passagère.

Les quatrième et cinquième malades offraient les symptômes de l'asthme des foin, sans lésions visibles des fosses nasales.

Pour diagnostiquer une névrose réflexe d'origine nasale, il recommande de faire des badigeonnages à la cocaïne qui, en insensibilisant la muqueuse, doivent aussi enlever la cause des réflexes.

M. Cartaz croit que non seulement les hypertrophies du nez, comme le disent Hack et Sommerbrodt, mais toute affection des fosses nasales — toujours étant donnée une prédisposition du sujet —, peut occasionner des névroses réflexes, opinion déjà émise par W. Roth, de Vienne (*France méd.*, nos 89 et 90, 1^{er} et 4 août 1885).

Dr L. L.

Remarques sur le traitement du coryza des roses et de la fièvre des foins par la cocaïne (*Remarks on the treatment of Rose-Cold and Hay fever by Cocaine*), par le Dr DA COSTA

L'auteur considère la cocaïne comme un excellent remède dans la fièvre des foins. Dans un cas de coryza des roses (rose-cold), une solution de cocaïne d'abord à 2 pour cent, puis à 4 pour cent procura au malade un tel soulagement que l'auteur eut toute la peine du monde à lui faire cesser le traitement. Son emploi non seulement diminue l'irritation locale et arrête les éternuements mais il a encore une influence sédative marquée sur le système nerveux tout entier. Dans un cas de fièvre des foins à forme asthmatique, la cocaïne en attouchements et en injections amena un prompt apaisement de tous les symptômes. Le meilleur moyen de l'administrer, d'après l'auteur, consisterait à injecter dans chaque narine six à huit gouttes d'une solution à 4 pour cent. (*The med. News*, 31 octobre 1835.) Dr J. CHARAZAC.

Des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales, par le Dr DEGAIL.

L'histoire des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales est de date récente : ils sont toutefois fort importants car, tandis que le vrai polype fibreux nécessite une grave opération, l'arrachement suffit pour le traitement des polypes fibro-muqueux. Richet, Labbé, Duménil de Rouen, Legouest, Trélat, Panas, Mackenzie, etc., ont décrit cette variété de tumeur. Il n'en existe toutefois qu'un petit nombre d'observations. Leur volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule ; leur surface est lisse, grisâtre, parfois rouge et vascularisée ; très durs en certains points ils sont, en d'autres parties, mollasses. Ils sont ordinairement pédiculés, n'ont aucune tendance à ronger les os voisins. Ils se composent d'éléments fibreux et muqueux, on y trouve parfois des fibres élastiques.

Le diagnostic se fait d'après le point d'implantation du pédicule, la consistance, la marche de la tumeur et enfin l'absence d'hémorrhagie. Le pronostic est bénin ; toutefois, si on ne les

enlevait pas en temps utile ils pourraient, par leur développement, amener la mort, par asphyxie. L'auteur en rapporte quatre observations. Le traitement, d'après lui, doit être l'arrachement avec la pince. (*Thèse*, Paris 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique,
par le D^r DARBOUET.

L'auteur fait au début l'anatomie du pharynx et insiste sur l'étude des ganglions lymphatiques de cet organe. Il existe sur la paroi postérieure du pharynx, entre les constricteurs et l'aponévrose prévertébrale, deux ganglions lymphatiques, symétriques par rapport à la ligne médiane. Ces ganglions s'atrophient d'ordinaire vers l'âge de trois ans à moins qu'ils n'aient été influencés par la syphilis. Cette affection peut, en effet, les atteindre tout aussi bien que les autres ganglions de l'organisme. L'adénopathie rétro-pharyngienne est alors constituée.

Dans les cas de ce genre le ganglion forme une saillie sur la paroi du pharynx, saillie qui amène la gêne de la déglutition quelquefois aussi de la respiration. Cette saillie est facile à constater à l'inspection. Le toucher montre la tumeur dure à la périphérie, assez molle au centre. La température locale n'est pas modifiée sauf quand le ganglion s'abcède. Les symptômes généraux manquent le plus souvent. La marche en est lente ; par exception ils peuvent suppurer et donner lieu aux phlegmons et aux abcès rétro-pharyngiens avec lesquels il importe de ne pas les confondre. Le pronostic est généralement bénin, surtout si le diagnostic a été fait. L'auteur, en terminant, rapporte neuf observations de cette affection. (*Thèse*, Paris 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

LARYNX ET TRACHÉE.

Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques, par le D^r E. MUNSCHINA

Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'anatomie normale et pathologique. Les faisceaux blancs qui environnent

les noyaux du nerf vague et du spinal peuvent être atteints de sclérose dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. Les cellules d'origine de ces deux nerfs ont, dans quelques cas, subi une atrophie consécutive.

Le travail de M. Cherchewsky, publié dans la *Revue de médecine* en 1881, établit les relations qui existent entre les accidents laryngés et le tabes. Ces troubles sont de deux ordres, les uns convulsifs, les autres d'origine paralytique et atrophique.

M. le professeur Fournier rattache les formes multiples des crises laryngées à quatre types principaux qu'il caractérise par le phénomène dominant. Ces quatre types sont :

- a) Les accès de toux spasmodiques.
- b) Le spasme phonique.
- c) Les accès de suffocation.
- d) La suffocation sidérante apoplectiforme.
- e) *Accès de toux spasmodique, nerveuse, coqueluchoïde.* —

La toux se produit à la suite de sensations laryngées diverses. Cette toux, analogue à celle de la coqueluche, dure de 10 à 90 secondes. Il peut y avoir de 40 à 50 accès par jour, ils disparaissent d'eux-mêmes et aussi souvent qu'ils ont apparu.

b) *Spasmes phoniques.* — Cette forme est plus rare. Le malade ne peut parler ou la voix est fausse, discordante, quelquefois scandée. La respiration normale est troublée par des expirations spasmodiques saccadées qui semblent se rapporter à une convulsion du diaphragme.

c) *Accès de suffocation.* — Ils ont ceci de spécial qu'ils se produisent subitement sans causes, souvent la nuit, au milieu du sommeil. Ils simulent assez bien les accès d'asthme essentiel. Le malade étouffe, suffoque, croit qu'il va asphyxier. Dans quelques cas la crise se termine comme dans les accès d'asthme vrai par une abondante émission d'urine.

d) *Spasme, d'apnée sidérante apoplectiforme.* — La respiration se suspend brusquement et d'une façon absolue. Le malade tombe par terre, absolument sidéré, la face vultueuse, les lèvres violettes, la physionomie bouleversée. On croit à un coup de sang. La mort peut survenir dans le cours de ces crises.

Il y a un groupe spécial à faire des cas dans lesquels la sidération semble due à l'intensité du spasme laryngé et à la congestion cérébro-spinale qu'il détermine. De fait, dans un cas de Krishaber, on a tout lieu de croire que la trachéotomie, en faisant cesser l'asphyxie, rendit la vie au malade.

L'examen laryngoscopique a montré, dans un certain nombre de cas d'ataxie, des paralysies laryngées.

Ces troubles laryngés ont été observés à toutes les périodes du tabes; dans plusieurs cas ils ont marqué le début de la maladie et acquièrent alors une importance spéciale au point de vue du diagnostic et du traitement.

La mort peut être la conséquence des accidents spasmodiques soit très rapidement, durant l'accès de suffocation, soit dans le coma consécutif. Cette terminaison est assez rare. (*Thèse*, Paris 1885.) D. J. C.

Des troubles laryngés d'origine cérébrale,

par le Dr REBILLARD

Voici les conclusions de l'auteur : 1°) Des lésions diverses de l'encéphale peuvent s'accompagner de troubles dans les fonctions de la phonation (raucité de la voix, modification du timbre, voix bitonale, aphonie); 2°) Ces troubles laryngés qui ne paraissent pas très fréquents parce qu'ils ont été rarement recherchés, sont des manifestations de lésions encéphaliques au même titre que l'hémiplégie ou l'aphasie; 3°) Ils indiquent qu'il existe une relation entre le cerveau et les muscles du larynx; 4°) Par analogie avec ce qui se passe pour les autres muscles on peut soupçonner l'existence d'un centre cortical laryngé; 5°) L'expérimentation physiologique semble indiquer qu'il en est bien ainsi; 6°) L'observation clinique, tout en fournissant des résultats moins précis, donne, cependant, quelque probabilité en faveur de cette manière de voir; 7°) C'est la clinique aidée par des recherches anatomo-pathologiques précises qui pourra trancher définitivement la question. (*Thèse*, Paris 1885.) Dr J. CH.

Spasme laryngé causé par des pulvérisations de cocaïne
(*Laryngeal spasm caused by Cocaine spray*), par le Dr DE HAVILLAND-HALL.

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, asthmatique, atteinte de polypes du nez, qui furent enlevés en plusieurs séances. Ayant fait des pulvérisations dans le nez avec une solution de cocaïne à 10 0/0, les vapeurs arrivèrent dans la gorge à travers les fosses nasales. Elle eut alors un violent spasme de la glotte et l'auteur dut anesthésier la malade au chloroforme pour calmer le spasme. Cet accident est très rare et l'auteur a employé des solutions à 20 0/0 sans avoir d'accidents. Les malades se plaignent seulement du goût amer de cette substance (*The Lancet*, 21 nov. 1885). D^r J. CH.

Paralysie myopathique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs
(*Myopathic Paralysis of the posterior crico-arytaenoidæi Muscles*), par le D^r RAMON DE LA SOTA Y LASTRA.

J. P..., âgé de trente-trois ans, à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau très froide pris le matin au lever, étant en sueur, sentit sa respiration devenir de plus en plus difficile. A l'heure actuelle, il éprouve la plus grande peine à respirer, surtout pendant le sommeil. Aussi est-il obligé de passer la plus grande partie de ses nuits dans l'insomnie. La voix est forte, un peu rauque, l'inspiration silencieuse et facile. Au laryngoscope le larynx apparaît intact à l'exception des cordes vocales qui sont rouges, légèrement gonflées, un peu granuleuses et raides. Dans une inspiration profonde, la corde gauche reste sur la ligne médiane, la droite s'en écarte à peine de trois millimètres. Pendant la phonation, elles s'accroissent sur toute leur longueur. En dehors de cela, l'examen le plus minutieux ne révèle d'affection d'aucun organe. La glande thyroïde n'est pas hypertrophiée, les poumons, le cœur, les vaisseaux ne présentent aucun symptôme de maladie. Le patient n'a jamais fait aucune maladie.

L'auteur porte le diagnostic : *paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales*, et par exclusion, *d'origine myopathique*. La trachéotomie proposée une première fois fut repoussée, mais six mois après, l'état du malade ne s'étant pas

amendé, on dut recourir à ce moyen extrême. L'opération fut donc faite, et le malade, respirant librement, l'intermittence du pouls radial qui existait avant l'opération, disparut complètement. Après l'opération, tous les traitements tentés dans le but de rendre aux cordes vocales leur mobilité, stimulants locaux, électricité, injections sous-cutanées de strychnine restèrent sans résultats, et le malade fut obligé de conserver sa canule. L'auteur avait donc affaire à une paralysie d'origine myopathique.

Les paralysies de ce genre ont été étudiées par Koch, Schiffers, et nous-même avons eu l'occasion d'en observer un cas (*Etude sur l'œdème du larynx*, p. 84). Nous devons faire à l'auteur un reproche assez grave. Il est probable qu'il a dirigé ses recherches du côté de la *syphilis*, mais il n'en parle pas, bien qu'il donne dans son travail les raisons, fort bonnes au reste, qui l'ont amené à éliminer toutes les autres affections. Il nous semble que cette maladie aurait dû être signalée, et peut-être aurait-on dû instituer, ne serait-ce qu'à titre d'essai, le traitement spécifique. Nous nous rappelons en effet avoir entendu un jour M. le Dr Coupard nous conter l'histoire d'un cas exactement semblable dans lequel le traitement spécifique rendit au larynx son fonctionnement normal. En dehors de cette lacune, cette observation est des plus intéressantes et les conclusions de l'auteur nous paraissent très raisonnables et fort justes (*Edinburgh Med. Journ.*, décembre 1885).

Dr J. CHARAZAC.

Traitement de la phtisie laryngée (*The treatment of laryngeal phthisis*), par le Dr E. FLETCHER INGALS.

L'auteur se propose, dans ce travail, de faire connaître les méthodes de traitement qui, d'après lui, remplissent le mieux les indications suivantes : 1° calmer la douleur; 2° guérir la maladie; 3° prolonger la vie quand la maladie ne peut être guérie.

Pour calmer la douleur il préconise toutes les 12 ou 24 heures un badigeonnage des parties malades avec la solution suivante : morphine 0,20 centigr., acide phénique 1 gr. 50 c.,

acide tannique 1 gr. 50, glycérine et eau, de chaque 16 gr. On peut aussi conseiller au malade, dans l'intervalle, des attouchements, des pulvérisation à l'aide de cette solution diluée, dans deux ou trois parties d'eau.

On peut espérer la guérison dans les débuts alors qu'il n'existe qu'une simple hyperhémie de la muqueuse ; dans ces cas-là les préparations topiques usitées dans le traitement de la laryngite chronique sont indiquées et rendent des services. La cocaïne pourra rendre de très grands services, mais l'auteur n'a pas, à ce sujet, une expérience assez grande pour en parler avec autorité. (*N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1885.)

D. J. CHARAZAC.

Trachéite ulcéreuse d'origine syphilitique (*Syphilitic ulcerative tracheitis*).

A la Société d'Anatomie pathologique de Londres, le Dr Quarry Silcock présente un spécimen de trachéite syphilitique, enlevé chez un homme de trente-deux ans. On aperçoit de nombreuses ulcérations qui partent au-dessous des cordes vocales et s'étendent par la trachée jusqu'aux plus petites divisions bronchiques des deux poumons. Une pneumonie lobaire fut la cause de la mort. Le malade avait présenté les symptômes de bronchite chronique (*The Lancet*, 19 décembre 1885).

D^r J. CHARAZAC.

Deux cas de corps étrangers solides des voies aériennes,
par M. BARRAUD, interne à l'hôpital des Enfants-Malades (service Saint-Germain).

Dans le premier cas il s'agissait d'une fille de six ans qui, en s'amusant, s'était introduit un grain de maïs dans les voies aériennes. Le lendemain, après une mauvaise nuit pendant laquelle l'enfant avait eu de violents accès de toux, on constate une absence complète du murmure vésiculaire du côté droit et on pense que le corps étranger siège dans la bronche droite.

Bien que la dyspnée ne fût pas trop grande, on pratique la trachéotomie pendant laquelle le sang entrant dans la trachée

détermine une toux très forte qui fait expulser le corps étranger.

Le second fait concerne un enfant de trois ans, qui, au dire des parents, avait avalé un haricot et qui fut porté en pleine période asphyxique à l'hôpital. L'examen objectif permit encore de reconnaître que le corps étranger siégeait dans la bronche droite et on fit aussitôt la trachéotomie. Mais ni le sang pénétrant dans la trachée, ni la pince introduite pour aller à la recherche du corps du délit ne déterminèrent de quintes de toux chez l'enfant mourant. Au moment où l'on parvenait, dans une seconde tentative, à saisir, avec la pince un tiers environ de la pulpe du haricot, l'enfant succomba. A l'autopsie, en introduisant une pince dans la bronche on retirait du premier coup le corps étranger.

L'auteur fait suivre l'exposé de ces deux observations de réflexions sur le procédé à suivre dans les cas de ce genre. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, août 1885.) D^r L. L.

Corps étranger dans les voies aériennes, par le Dr ETIENNE.

L'auteur en rapporte deux cas, l'un concernant un garçon de 8 ans et l'autre une fille de 9 ans. Deux fois, il s'était agi d'un bouton introduit dans les voies aériennes et qui fut spontanément expulsé après l'opération de la trachéotomie. M. le Dr Etienne fait suivre ces deux opérations de quelques réflexions sur la conduite à tenir dans les cas de ce genre. De deux choses l'une, dit-il, ou le diagnostic est incertain, ou le siège du corps étranger est connu. Dans le premier cas, on ne doit pas s'attarder à rechercher le corps du délit, craignant de nuire au malade, et l'attente sera préférable jusqu'au moment où l'on devra intervenir par la trachéotomie. Dans la deuxième hypothèse, on essayera l'extraction par les voies naturelles et si l'on ne peut réussir on ajournera une tentative plus radicale pendant 6 semaines ou 3 mois, c'est-à-dire pendant la période de temps où le corps est généralement expulsé spontanément, soit que les parties tuméfiées reviennent à l'état normal, soit que la suppuration l'entraîne au dehors. (*Revue méd. de l'Est*, 15 octobre 1885.) D^r L. L.

OREILLES.

Fracture du manche du marteau causée par un coup sur l'oreille (*Bruch des Hammersgriffes durch Schlag aufs Ohr*), par le Dr A. EITELBERG, de Vienne.

A la Polyclinique du Dr Urbantschitsch se présenta un homme de 38 ans qui se plaignait d'éprouver de temps en temps des bourdonnements à la suite d'un coup reçu sur l'oreille, il y a quelques jours. Chaque fois qu'il se mouchait, il disait sentir de la vapeur tiède sortir par cette oreille.

Le Dr Eitelberg trouva, sur le tympan, les vaisseaux du manche du marteau très injectés. Son extrémité élargie et très rouge était séparée de l'autre partie du manche et disloquée en avant et en bas. Vers la périphérie postérieure on voyait un pli qui naissait de la partie élargie. Au-dessous de celle-ci une perforation de la grandeur d'une tête d'épingle avec des bords tuméfiés. Peu de temps après on put voir que le bout séparé était déjà réuni avec l'autre partie du marteau, mais le tiers inférieur de cet osselet était rouge et épaissi tandis que les deux tiers supérieurs offraient l'aspect normal. Trois semaines après, le tiers inférieur devint blanc et le point fracturé n'était marqué que par une ligne transversale qui était d'un rouge pâle. Le triangle lumineux qui avait disparu dès le commencement, redevint visible. La perforation avait porté vers la périphérie antéro-inférieure du tympan. Il n'y avait jamais eu d'otite suppurée pendant toute la durée de l'affection.

L'auteur rappelle les cas de fracture observés par Ménière, Troeltsch, E. Fraenkel, Politzer et par d'autres auteurs; il dit que d'ordinaire la fracture du marteau se fait par une action directe et violente. Mais dans le cas observé, si le malade a dit vrai, la fracture était due à un coup appliqué sur l'oreille avec peu de force, et ayant agi indirectement sur le marteau. (*Wien. med. Presse*, n° 43, 25 oct. 1885.) Dr L. L.

Deux cas d'affections de l'oreille négligées ayant amené la mort chez des enfants (*Two cases of neglected ear disease in infants resulting in death*), par le Dr SEXTON.

La mort est plus souvent qu'on ne pense la conséquence d'une affection de l'oreille au premier âge de la vie. L'auteur

rapporte deux cas de suppuration de l'oreille chez de très jeunes enfants et dans lesquels la mort a été le résultat de la négligence et d'un traitement mal dirigé.

Dans le premier il s'agit d'un enfant de 6 mois atteint d'otite moyenne suppurée compliquée d'un polype qui remplissait le conduit auditif tout entier. A droite, paralysie faciale. Le polype est enlevé au serre-nœud de Sexton. Mais le malade ne revint pas et l'auteur apprit qu'il était mort trois mois après, probablement de pachyméningite. La tumeur était un myxo-fibrome.

Le second malade, âgé de 7 mois, était atteint d'otite moyenne purulente compliquée de lymphadénome du cou avec carie du rocher; paralysie faciale. L'enfant amené, à M. Sexton le premier juin, mourut 12 jours après, de méningite suppurée. (*N. Y. med. Journ.*, 10 oct. 1885.) Dr J. CH.

Tumeur fibreuse de l'oreille moyenne, douleurs névralgiques, otorrhée et surdité, ablation de la tumeur suivie du rétablissement de la fonction (*Fibroid tumor of the middle ear, neuralgic pains, otorrhœa and deafness, removed of tumor followed by restoration of function*), par le Dr TRUCHEART.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui souffre, depuis 5 ans, de douleurs et de bourdonnements de l'oreille gauche. Au diapason, audition meilleure à gauche. Otorrhée de ce côté, catarrhe chronique des caisses et des trompes à droite. Catarrhe rétro-nasal. Pour mettre à découvert la tumeur qui remplissait la caisse et faisait saillir le tympan à droite, on dut agrandir l'orifice de la perforation, ce qui permit de l'enlever. C'était une tumeur fibreuse, ayant la dureté du cartilage. L'auteur essaye, mais en vain, de pratiquer l'ablation avec l'anse froide. Il dut faire usage de petites pinces. La tumeur enlevée, sa base fut cautérisée à l'acide nitrique fumant jusqu'à ce que toute trace eut disparut. Par des cautérisations répétées des bords de la perforation avec une solution faible de nitrate d'argent il réussit à la faire cicatriser et la malade partit guérie. L'audition à la voix était redevenue normale et les bourdonnements avaient entièrement disparu. (*The Med. Record*, 10 octobre 1885.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Abraham.** — Sur la tuberculose de la langue (*Trans. of the Ac. of. Med.* Dublin, III, p. 358, 1885).
- Ader.** — Calcul de la glande salivaire (*Courrier méd.*, n° 51, 19 déc. 1885).
- Aigre.** — Observation de carcinome du pharynx. Guérison (*Annal. des mal. de l'or., du lar., etc.*, n° 6, déc. 1885).
- Barling (Gilbert).** — Trois cas d'affections rares de la langue (*British Med. Journ.*, 5 déc. 1885).
- Billroth** (Clinique chirurgicale). — Conférence sur l'opération de la fissure du palais (*Allgemeine Wiener med. Ztg.*, n° 50, 15 déc. 1885).
- Bruch.** — Papillo-adénome de la voûte palatine (*Soc. de chirurgie de Paris*, 16 déc. 1885).
- Butlin.** — Maladies de la langue (Philadelphie, Lea brothers and Co, 1885).
- Carter (J.-M.-G.).** — Rapport sur deux cents cas d'amygdalites (*Chicago Medic. Soc.*, 16 nov. 1885; *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 déc. 1885).
- Castiaux.** — Calcul salivaire (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1885).
- Courtade.** — Du polype papillomateux du voile du palais (*Thèse de Paris*, 5 déc. 1885).
- Craig (James).** — Des angines infectieuses (*The British Med. Journ.*, 16 janv. 1886).
- Dubousquet-Laborderie.** — Empoisonnement par les moules; accès d'asthme, pharyngite très douloureuse, torticolis, urticaire; traitement par le salicylate de soude (*Paris méd.*, n° 48, 28 nov. 1885).
- Dubousquet-Laborderie.** — Des amygdalites infectieuses et de leur traitement (*Bullet. génér. de thérapeut.*, n° 1, 15 janv. 1886).
- Ève (F.-S.).** — Deux cas de sarcome de la langue (*British Medic. Journ.*, 9 janv. 1886, et *Patholog. Soc. of London*, 5 janv. 1886).
- Grimm.** — Cocaïne dans les brûlures des cavités buccale et pharyngienne (*Petersb. med. Wochenschr.*, n° 51, 2 janvier 1886).
- Gross et Vautrain.** — Fente palatine, reste d'une division labio-palatine droite complète (*Revue méd. de l'Est*, n° 24, déc. 1885).
- Gussenbauer.** — Plaie par morsure de la langue (Société des médecins allemands de Prague, 6 nov. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 46, 18 nov. 1885).
- Holl.** — De l'épithélium de la cavité buccale de la « Salamandre maculée » (Wien, chez Gerold et fils).
- Hopmann (E.).** — Triple division du pharynx (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).
- Hare, Hobart (A.).** — Un cas extraordinaire de fistule pharyngée (*Medic. News*, n° 20, 14 nov. 1885).
- Haynes (H.).** — Angiome situé au-dessous de la langue (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).

- Jurist** (Louis). — Mobilité anormale de la langue que l'on pouvait repousser jusque dans la cavité naso-pharyngienne (*The med. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).
- Küster** (Ernst). — Du traitement du carcinome de la muqueuse des joues et de la paroi du pharynx (*Deutsche med. Wochenschr.* Berlin, 10 déc. 1885).
- Landouzy**. — Fièvre amygdalienne (*Journ. des connais. méd.*, n° 52, 24 déc. 1885).
- Lloyd** (Jordan). — Épithélioma de la langue. Extirpation d'après la méthode de Kocher (*Midland Medic. Soc.*, 9 décembre 1885; *The Lancet*, 9 janvier 1886).
- Masse**. — Polype de l'amygdale (*Soc. de chir.*, 30 déc. 1885).
- Meyer** (M.). — Un cas d'ulcération de la langue datant de 9 ans, guéri par l'emploi du pôle positif du courant galvanique (*Soc. de médecine de Berlin*, 25 nov., *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 49, 3 déc. 1885).
- Millet** (E.). — De l'angine arthritique. Traitement par les eaux d'Aix-les-Bains et de Marlioz (Paris, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1885).
- Molènes** (Paul). — Trois cas de desquamation en aires de la langue (*France méd.*, n° 143, 10 déc. 1885).
- Morgan**. — Des procédés opératoires dans les cas de fissure du palais et de leurs effets sur la voix (*Arch. Pediat. Philadelphie*, p. 467, 1885).
- Morison**. — Épithélioma de la langue (*Northumberland and Durham Medic. Soc.*, 12 nov. 1885; *The Lancet*, 9 janv. 1886).
- Morales** (Perez). — Amygdalotomie. Observations (*Anales de Otol. y. Lar.*, n°s 7 et 8 1885).
- Morton** (Charles-A.). — Extirpation de la langue et d'une partie du plancher de la bouche (d'après la méthode de Whitehead) pour un épithélioma (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov. 1885).
- Negel**. — Anosmie et psoriasis buccal (*Spitalul*, Bucharest, nov. 1885).
- Nixon**. — Un cas de calcul de l'amygdale (*Trans. of the Ac. of Med.*, Dublin III, p. 289, 1885).
- Nothnagel**. — Leçon sur la stomatite mercurielle (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 47, 24 nov. 1885).
- Padien**. — Tumeur fibro-kystique volumineuse de la cavité buccale, située sur la face interne de la lèvre supérieure chez une femme de soixante-seize ans. Opération. Guérison. (*Gaz. médic. de Picardie*, Amiens, nov. 1885).
- Piéchaud** (Clinique Lanelongue). — Sur deux cas d'ulcérations de la langue (*Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 déc. 1885).
- Rice** (Clarence). — Adhérence du voile du palais à la paroi du pharynx (*The N.-Y. med. Journ.*, 26 déc. 1885).
- Saint-Germain**. — Sur quelques affections de la bouche chez les enfants (*Journ. de méd. et de chir. de Paris*, n° 1, janv. 1886).
- Santvoord** (Van). — Tuberculose du pharynx (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 23 nov. 1885; *Medic. Times*, 12 déc. 1885).
- Sherry** (Mc Clinton). — Considérations sur la classification des névroses de la gorge et du nez (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).
- Stephanides** (Ed.). — Angine, polyarthrite et purpura rhumatoïde (*Prager med. Wochenschr.*, n° 50, 16 déc. 1885).
- Stimson**. — Épithélioma de la langue, extirpation par la méthode de Kocher. (*New-York Surgical Soc.*, 27 oct. 1885).

- Vineta-Bellaserra.** — Étude clinique de l'anatomo-pathologique de la gomme linguale syphilitique et de l'hybridité cancéro-scléro-gommeuse. Traitement. (*Rev. de scienc. med.*, Barcelone, 25 nov. 1885).
- Vulpian.** — Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg (*Acad. des sciences*, 28 déc. 1885).
- Wertheimer.** — Corps étranger du canal de Wharton (*Bullet. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1885).
- Williamson.** — Difformité de la bouche et son traitement mécanique (*British Medic. Journ.*, 9 janv. 1886).

Nez et Pharynx nasal.

- Bresgen (M.).** — Accidents d'intoxication après l'emploi de la cocaïne dans les fosses nasales (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885).
- Carpenter (J. G.).** — Traitement des néoplasmes de la cavité naso-pharyngienne (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 12 déc. 1885).
- Châtellier.** — Des tumeurs adénoïdes du pharynx (*Thèse Paris*, janvier 1886).
- Chiari et Riehl.** — Le rhino-sclérome de la muqueuse nasale (Tirage à part du *Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd VI, chez F. Tempsky, Prague 1885).
- Clark (Andrew).** — Quelques observations sur la théorie de l'asthme bronchique envisagé au point de vue de la pathologie de la fièvre des foins (*The Americ. Journ. of the Medic. Sc.* janv. 1885).
- Degail.** — Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales (*Thèse de Paris*, 17 déc. 1885).
- Fabre.** — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse de Montpellier* 1885).
- Flint (Austin).** — Considérations sur l'étiologie et le traitement du coryza aigu (*The medic. News*, 24 octobre 1885. *Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, Chicago, 14 nov. 1885, n° 20).
- Fowler (Walter).** — Polype nasal malin, traité par la méthode de Fourneaux-Jordan (*The Lancet* n° 22, 28 nov. 1885).
- Gordon.** — Conjonctivite chronique dépendante des affections des tissus intra-nasaux (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 14 nov. 1885, n° 20).
- Gray.** — Note sur l'atropine dans le coryza aigu (*Medic. News*, n° 23, 5 déc. 1885).
- Guye (A.).** — Un nouveau couteau annulaire pour l'extirpation des tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd. 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Ingals (Fletcher).** — Serre-nœud rétro-nasal (*Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, Chicago, 2 janv. 1886).
- Kirmisson.** — Tumeur néoplasique des fosses nasales (*Gaz. des hôpit.*, n° 3, 7 janv. 1886).
- Knight (F. I.).** — Méthode nouvelle pour la fièvre des foins (*Massachusetts Medic. Society, Suffolk District*, 14 oct. 1885. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 21 nov. 1885).
- Krakaner.** — Atropine dans le coryza aigu (*Deutsche med. Ztg*, n° 96, 30 nov. 1885).

- Mackenzie (John).** — Conjonctivite dépendant des affections des tissus intranasaux (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 26 déc. 1885).
- Mackenzie (John).** — La production du coryza des roses au moyen d'une rose artificielle, remarques et notes historiques (*The Americ. Journ. of the Medic. Sc.* janvier 1886).
- Mackenzie (John).** — De l'ablation du cornet inférieur du côté obstrué pour remplacer, dans certains cas, l'opération de la déviation de la cloison (*New England Medic. Monthly*, mars 1885).
- Mackenzie (Morell).** — La fièvre des foins, étiologie, traitement, suivi d'un appendice sur le coryza des roses (Rose cold) (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).
- Michael.** — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Wiener Klinik*, n° 12, déc. 1885).
- Robertson (J).** — Difformités du nez comme facteur dans le catarrhe nasal (*N.-Y. Medic. Journ.* n° 25, 19 déc. 1885).
- Rosenberg (Albert).** — Les névroses réflexes des fosses nasales guéries par le menthol (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 48, 1885).
- Schech (Ph.).** — La cocaïne et son emploi thérapeutique dans les affections du pharynx, du nez et du larynx (*Aerztl. Intellig. Blatt* Munich n° 51, 22 déc. 1885).
- Schwanebach (A.).** — L'acide chromique comme caustique dans le nez et le pharynx (*Petersburger medic. Wochenschr.* n° 49, 19 déc. 1885).
- Stanley (Théodore).** — Extirpation du maxillaire supérieur, du cornet inférieur, des os nasal et lacrymal (*Medic. and Surgic. Reporter*, 21 nov. 1885).
- Tillaux (H).** — Les polypes naso-pharyngiens (*Tribune méd.*, 20 décembre 1885. *Gaz. des hôpit.*, 3 janv. 1886).
- Trautmann (F).** — Etudes anatomiques, pathologiques et cliniques sur l'hyperplasie de l'amygdale pharyngienne. Traitement chirurgical de l'hyperplasie pour éviter les affections de l'organe de l'ouïe. (Berlin 1886, chez A. Hirschwald).
- Weinlechner et Engel.** — De la pathologie des fosses nasales et de l'antre d'Highmore (*Wiener med. Blätter*, n° 34, 1885).
- Wolff (I).** — Du traitement ultérieur aux opérations du nez, du pharynx et de la bouche (lavage, la tête placée en bas) (*Soc. de médecine de Berlin*, 6 janv. 1886).
- Ziem.** — Un cas de collapsus des narines au moment de l'inspiration (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885).
- Ziem.** — De la blennorrhée des fosses nasales chez les nouveau-nés (*Allg. med. Central Ztg.* Berlin, 19 déc. 1885).
- Ziem.** — Des relations qui existent entre les affections du nez et des dents (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).

Larynx et Trachée.

- Alexander (W).** — Porte caustique laryngée (*Med. News*, 7 nov. 1885).
- Ariza (R.).** — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Enrique Tédora*, édit. Amparo, 102, Madrid 1885).
- Ariza (R.).** — Observations de cancers du larynx (*Extrait du 5^e vol. de l'Institut. de thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).

- Ariza (R.). — De la tuberculose laryngée polypeuse et végétante (*Extrait du 5^e vol. de l'Institut de thérapeut. opérat.*, Madrid 1885).
- Ariza (R.). — De la laryngite hypertrophique bénigne (*Extrait du 5^e vol. de l'Institut de thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).
- Ariza (R.). — Conception rationnelle sur les spécialités (*Extrait du 5^e vol. de l'Institut thérapeut. opératoire*. Madrid, 1885).
- Barette. — Du cancer du larynx et de son traitement (simple revue) (*Congrès méd.*, n° 2, 1886).
- Béal. — Etude sur une complication rare de la trachéotomie. Médiastinite antérieure (*Thèse Paris*, janvier 1886).
- Billroth. — 1° Un cas de carcinome du larynx ; 2° Un cas de tumeur caverneuse de l'épiglotte (*Soc. imp.-royale des méd. de Vienne*, 18 déc. 1885).
- Buchholtz (Max). — Rapport sur 29 cas de trachéotomie dans le croup et la diphtérie observés dans la pratique privée (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1885).
- Chapman (R. F.). — Histoire d'un corps étranger du larynx, extraction par une opération (*The medic. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).
- Charcot. — Crises de mutisme chez des hystériques (*Gaz. des hôpit.*, n° 3, 12 janvier 1886).
- Christian. — Corps étrangers multiples dans le larynx (*Soc. de méd. de Paris et Union Méd.*, 3 juillet 1885).
- Cormac-Mac. — Extraction d'un corps étranger des bronches (*The Lancet*, n° 22, 28 nov. 1885).
- Cormac-Mac. — Extraction d'un lame de pince à dents de la bronche droite (*The Lancet*, 2 janv. 1886).
- Da Costa. — Remarques sur le traitement du coryza des roses et de la fièvre des foins par la cocaïne. (*Medic. News*, 31 octobre.— *The medic. and surgic. Reprt.*, Philadelphie, 7 nov. 1885).
- Dieulafoy. — De la compression du nerf récurrent dans l'anévrysme aortique (*Gazette hebdom.*, 26 juin 1885).
- Donagh. — Un cas d'hypertrophie prononcée des bandes ventriculaires avec adhérence partielle par suite d'une blessure du larynx (*Wien. medic. Press.*, n° 46, 15 nov. 1885).
- O'Dwyer (Joseph). — Deux cas de croup traités par le tubage de la glotte (*N.-Y. medic. Journ.*, n° 22, 28 nov. 1885).
- Dubreuil. — Substitution de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne à la trachéotomie chez l'adulte (*Gaz. méd. de Montpellier.*, 17 oct., 1885).
- Formica-Casi. — Notes anatomiques sur le larynx (*Rivista di lar., otol. y Rhin.*, n° 7, janvier 1886).
- Gordon. — (O. A.) Oedème de la glotte, trachéotomie, mort (*Brooklyn Patholog Soc.*, 24 sept. 1885; *The N.-Y. medic. Journ.*, n° 21, 21 nov., 1885).
- Havilland Hall. — Spasme laryngé causé par une pulvérisation avec la cocaïne (*The Lancet*, n° 24, 24 nov., 1885).
- Havilland Hall. — Anévrysme de l'aorte avec compression de la trachée et des récurrents laryngés et (?) du pneumogastrique (*The Lancet*, n° 23, 19 déc. 1885, *Clinical Soc. of London*).
- Heinemann (Carl). — Sur les maladies paludéennes et quelques maladies infectieuses de la Vera Cruz avec remarque sur l'étiologie du spasme de la glotte (*Virchow's Archiv.*, Bd. 102, 3).
- Hoff. — La cocaïne dans la chirurgie du larynx (*The Australasian Medic. Gazette*, 15 sept. 1885).

- Ingals** (Fletcher). — Traitement de la phtisie laryngée. (*The N.-Y. medic. Journ.*, 7 nov. 1885).
- Ingals** (Fletcher). — Laryngite chronique et obstruction nasale, ou catarrhe habituel (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 5 déc. 1885).
- Jacobson** (S.). — Un cas de papillome très étendu du larynx (*Wratsch*, nos 44 et 45, 1885).
- Jeanselme et Lermoyez**. — Etude sur la contractilité *post mortem* et sur l'action de certains muscles et en particulier de ceux du larynx, d'après des expériences faites sur des cadavres de cholériques (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, n° 6, 13 août 1885).
- Jelinek** (E.). — De l'emploi de l'acide lactique dans le larynx, le pharynx et le nez (*Wien. med. Doctoren-Collegium*, 9 novembre 1885. — *Wien. mediz. Presse*, n° 47, 22 nov. 1885).
- Johnson**. — Des paralysies du larynx, avec 32 observations (*New-York Medic. Journ.*, n° 20, 14 nov. 1885).
- Kohn** (Samuel). — Quelques observations sur la trachéotomie dans le croup et son traitement ultérieur (*The Medic. Record*, 12 déc. 1885).
- Letulle** (Maurice). — Remarques à propos de l'anatomie normale des bronches primitives (*Soc. anatomique de Paris*, 20 février 1885).
- Lublinsky**. — Du carcinome du larynx (*Soc. des médecins de Berlin*, 9 déc. — *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 51, 17 déc. 1885).
- Maissuriansz Samson**. — Deux cas d'extraction d'une sangsue logée dans le sinus Morgagni (*Petersburger med. Wochenschr.*, n° 48, 12 déc. 1885).
- Mantle** (Alfred). — Maladies laryngées infectieuses, dans lesquelles le rhumatisme joue un grand rôle (*British Medic. Journ.*, 21 nov. 1885).
- Moraiz** (Ramon y Otagui). — Polype laryngé amenant l'asphyxie (*El Siglo medico*, 29 nov. 1885).
- Moser** (H.). — De l'étiologie des paralysies des cordes vocales (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XXXVII Bd, 6 Heft).
- Neidert** (C.). — Tuberculose laryngée primitive (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).
- Ost**. — Quelques cas de corps étrangers dans les voies aériennes (*Corresp.-Bl. f. Schwoetz. Aerzte*, 15 nov. 1885).
- Prior**. — De l'emploi de la cocaïne dans les différentes affections des voies respiratoires supérieures (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nos 43 et 46, 27 octobre et 17 novembre 1885).
- Rebillard** (Georges). — Des troubles laryngés d'origine cérébrale (*Thèse de Paris*, 3 déc. 1885).
- Royer** (Francisco). — Laryngite syphilitique, nécrose du cartilage cricoïde, obstacle à la trachéotomie (*Annales de Otol. y Lar.*, nos 7 et 8, 1885).
- Rocchetti**. — Aspiration des corps étrangers des premières voies respiratoires (instruments) (*Bollet. delle mal. dell'orech., etc.*, 1^{er} janvier 1886, n° 1).
- Silcock Quarry**. — Ulcération syphilitique de la trachée (*The Lancet*, n° 25, 19 déc. 1885, *Patholog. Soc.*).
- Simanowsky**. — Observations laryngologiques pendant l'année scolaire 1884-85 (*Wratsch*, nos 44, 47 et 48, 1885).
- Simon** (Jules). — De l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. méd. de Paris*, nos 45, 46, 47, 48, 49, 50 et 52, nov. et déc. 1885).

- Solis Cohen.** — Deux cas d'œdème unilatéral du larynx, dus au traumatisme en avalant un os (*Medical News*, n° 25, 19 déc. 1885).
- Sota (Ramon de la).** — Paralysie myopathique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Edinburgh Medic. Journ.*, déc. 1885).
- Tauber (Bernard).** — Du traitement local de la tuberculose laryngée (*Medic. News.*, n° 22, 28 nov. 1885).
- Waxham.** — Tubage du larynx (*The Polyclinic*, 13 octobre 1885).
- Zacarias Ferdudandez y Ortiz.** — Laryngite pseudo-membraneuse (*Annales de Otol. y Lar.*, nos 7 et 8, 1885).

Oreilles

- Ariza (R.).** — Otite moyenne suppurée tuberculeuse (*Extrait du 5^e vol. de l'Institut thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).
- Ariza (R.).** — De l'autophonie (Madrid. Imprim. de Enrique Amparo, 102, y Rota de Valencia, 1885).
- Baratoux.** — Considérations sur les pharyngites rebelles (*Revue méd.-franç. et étrang.*, n° 50, 12 déc. 1885).
- Barr (Thomas).** — Fracture d'une petite portion de la lame tympanique de l'os temporal à la suite d'essais d'extraction d'une épingle (*Archives of Otology*, vol. XIV, n° 4, déc. 1885).
- Barth (A.).** — De la pression produite dans la caisse par les insufflations de l'air à travers la trompe (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Bartsch (E.).** — Du diagnostic différentiel de l'affection des appareils transmetteur et perceuteur des sons (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Baumgarten (E.).** — Des caustiques et de leur emploi dans les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 11, nov. 1885).
- Baumgarten.** — Contribution à la notion des ruptures du tympan (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).
- Benson (Arthur).** — Exostose éburnée du conduit auditif externe (*Trans. of the Ac. of Med.*, Dublin III, p. 138, 1885).
- Bézold (F.).** — Remarques sur la montre comme acoumètre et sur la désignation uniforme des examens auditifs, d'après Knapp (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Blau.** — Communications au sujet du catarrhe moyen simple et purulent (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).
- Boucheron.** — Du régime azoté dans le diabète et les diabétides oculaires et auriculaires (*Académie des Sciences*, 14 déc. 1885).
- Bréchet.** — Trépanation mastoïdienne dans le traitement de l'otite moyenne suppurée (*Le Courrier méd.*, n° 51, 19 déc. 1885, et n° 2, 9 janv. 1886).
- Brunetti (Faustino).** — Otite moyenne suppurée chronique, datant depuis trente-cinq ans, guérie dans un mois (*Rivist. venet.*, nov. 1885).
- Burnett.** — Altération permanente de l'ouïe par la quinine et l'acide salicylique (*The Polyclinic*, 15 octobre 1885).
- Burnett.** — De l'hydrastine associée à l'acide borique dans l'otorrhée (*The Polyclinic*, Philadelphia, 15 déc. 1885).

- Burnett.** — Hernie de la muqueuse de la caisse à travers la perforation du tympan dans certains cas d'otite moyenne suppurée (*The medic. News*, 24 octobre 1885).
- Clarence, Blake (J.) et Walton (G.-L.).** — Symptômes auriculaires et nerveux de la syphilis secondaire (*Annal. des mal. de l'or., du lar., etc.*, n° 6, déc. 1885).
- Cousins, Ward.** — Nouvel insufflateur, évacuateur et injecteur pour l'oreille. — *Medic. Times and Gaz.*, Londres, 3 déc. 1885).
- Dalby (H.-B.).** — Leçons sur les maladies et les traumatismes de l'oreille observés in *Saint-Georges's hospital* (Londres, J. et A. Churchill, 3^e édit., 1885).
- Ferré (G.).** — Contribution à l'étude du nerf auditif (*Extrait du Bulet. zoologique de France*, Paris, 7, rue des Grands-Augustins, 1885).
- Fussell.** — Un cas d'affection de l'apophyse mastoïde (*Patholog. Soc. of Philadelphia*, 12-nov. 1885. — *Medic. Times*, 12 déc. 1885).
- Gomez de la Mata (G.).** — Notes cliniques otologiques (*Annales de otol. y lar.*, n°s 7 et 8, 1885).
- Gellé.** — De l'audition dans l'école. — De la dysacousie des écoliers. — L'insuffisance de l'ouïe et la faiblesse intellectuelle concordantes (*Annal. des mal. de l'or., du lar., etc.*, n° 6, déc. 1885).
- Grazzi (Vitt.).** — Les maladies du labyrinthe (*Extrait del Giorn. internazion. delle Sc. med.*, année VII, Naples, 1885).
- Gruber (J.).** — Du traitement des fistules purulentes dans le voisinage de l'organe de l'ouïe (*Allg. Wien. mediz. Ztg*, n°s 1 et 2, 5 et 12 janv. 1886).
- Guye (A.).** — Un petit forceps pour enlever les corps étrangers de l'oreille et du nez (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Habermann.** — De l'infection tuberculeuse de l'oreille moyenne (*Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd VI, p. 367).
- Hartmann (A.).** — De la formation de kystes dans le pavillon de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Haupt.** — De la transmission par les os et par l'air (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 98, 7 déc. 1885).
- Hedinger (A.).** — Des corps étrangers de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Herz.** — Un cas d'ascaride lombricoïde de l'oreille (*Soc. império-royale des mēdec. de Vienne*, 6 nov. 1885. *Wien. medic. Presse*, n° 48, 29 novembre 1885).
- Hommel.** — Le traitement mécanique du tympan et des osselets (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).
- Jacobson.** — Nouvel appareil téléphonique pour l'examen et le traitement de l'organe de l'ouïe (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 53, 31 déc. 1885).
- Janney (S.).** — Kyste près de l'oreille (*The Medic. and. Surgic. Report*, Philadelphie, 7 nov. 1885).
- Jakob (Ernest).** — De l'emploi de l'électricité dans les maladies du larynx. (*Leds and West Riding medico-chirur. Soc.*, 20 nov. 1885. — *British. medic. journ.*, 28 nov. 1885).
- Lauret.** — L'audition colorée (*Gaz. hebdomm. de sc. méd. de Montpellier*, n°s 46 et 47, nov. 1885, et *Gaz hebdom. de med. et de chirur.*, n° 52, 23 déc. 1885).

- Moos (S.) et Steinbrugge (H.).** — Résultats de l'examen de six os pétreux provenant de trois sourds-muets (avec quatre figures) (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd., 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Moresco (Enrique).** — Hypersécrétion de cérumen, accumulation (*Annales de Otol. y Lar.*, n°s 7 et 8, 1885).
- Mulot.** — Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe (*Thèse de Paris*, 11 déc. 1885).
- Noquet.** — Polype muqueux de 30 millim. de longueur, s'implantant dans la caisse du tympan, et sortant de cette cavité à travers une petite ouverture de la membrane tympanique (*Bullet. med. du Nord*, n° 40, octobre 1885).
- Rasmussen (A. F.) et Schmiegelow (E.).** — Observation de tumeurs malignes de l'oreille moyenne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd. 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Ravogli (A.).** — Rupture du tympan (*Medic. and Surgic. Reporter*, 5 et 12 déc. 1885).
- Rettig (A.).** — Le phonophore (« Tonbringer ») (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 42, déc. 1885).
- Roller.** — De l'examen fait sur 73 sourds-muets et relatif aux symptômes de l'otopiepsis (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd., 1 Heft, 24 déc. 1885).
- Rothholz (Hermann).** — Diplacousie et perception crânienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd., 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Rothholz (Hermann).** — Occlusion membraneuse du conduit auditif externe (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd., 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Schwabach.** — Des maladies de l'oreille dans le diabète (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 52, 24 déc. 1885).
- Sewaudou-Talon.** — Guérison d'un polype muqueux de l'oreille (*Annales de Otol. y Lar.*, n°s 7 et 8, 1885).
- Sexton (S.).** — Contribution à l'étude de l'inflammation de la portion attique du tympan (*Americ. Journ. of the medic. Sc.*, octobre 1885).
- Sexton (S.).** — Tube à conversation (conversation-tube) bi-auriculaire pour l'éducation de l'oreille de l'enfant sourd (*The med. record*, 31 oct. 1885).
- Steinbrügge (H.).** — De la formation de la cupule dans le labyrinthe humain (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Stepanow (E.).** — Hémorrhagies supplémentaires, et surdité passagère (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, n° 11, nov. 1885).
- Suñé-Molist (L.).** — Ostéome éburné de l'oreille moyenne (*Annales de Otol. y Lar.*, n° 7 et 8, 1885).
- Suñé-Molist (L.).** — Nouvel appareil pour l'insufflation dans la trompe et la caisse (*Rev. y laryng. Otol. etc.*, n° 6, déc. 1885).
- Trélat.** — Plaie de l'oreille par arme à feu (*Soc. de chir.* 11 nov. 1885).
- Truckenbrod (C.).** — Un cas d'abcès cérébral consécutif à une otorrhée et guéri par l'ouverture de l'apophyse mastoïde (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).
- Transactions of the « American Otological Society »** 18th Annual Meeting. Pequot house, New London, Conn. July 14, 1885).
- Verdos.** — 1^o Cliniques otologiques (*Rivista di Lar., Otol., etc.*, n° 7, janvier 1886). 2^o Mobilisateur du tympan (*Rivista di Lar. Otol. etc.*, n° 7, janvier 1886.)

- Wyeth (J.-A.).** Corps cartilagineux congénitaux situés au-devant du tragus (*N.-Y. Pathological Society*, 9 déc. 1885. *N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).
- Wehmer (Richard).** — Des blessures de l'oreille au point de vue de la médecine légale (Francfort-sur-l'Oder, 1885).
- Ziem.** — Un cas de blepharospasme pendant une injection faite dans l'oreille (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 49, 3 déc. 1885).

Croup et Diphtérie.

- Bloebaum.** — Guérison de la diphtérie par la galvanocaustie (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 6, 18 janv. 1886).
- Guillet.** — Diphtérie primitive du larynx propagée aux bronches (*Soc. anat., Progrès méd.*, n° 3, 16 janvier 1886).
- Lord (R.).** — Diphtérie guérie par le baume de Tolu (*British. medic. Journ.*, 12 déc. 1885).
- Matthews.** — Diphtérie compliquant la syphilis (*The Lancet*, 12 déc. 1885).
- Moldenhauer (W.).** — De la pathologie du pseudo-croup (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).
- Morton (Alex. Young).** — La Diphtérie et le Baume de Tolu (*British. Medic. Journ.*, 9 janvier 1886).
- Parker (William).** — Trachéotomie dans la diphtérie laryngée. Traitement ultérieur et complications (*Londres, H. K. Lewis*, 2^e édit. 1885).
- Robin (A.).** — De la syphilis amygdalienne, à forme diphtéritique (*Gaz. méd. de Paris*, n° 1 et 2, 2 et 9 janvier 1886).
- Rothmann.** — Un cas de parésie des muscles respiratoires consécutive à la diphtérie. (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 7 déc. 1885. *Deutsche mediz. Ztg.*, n° 104, 28 déc. 1885.)
- Sax (Berthold).** — Observation de bronchite croupeuse (*Wiener med. Presse*, n° 1, 2, 3, janv. 1886).
- Smith (Samuel).** — Histoire et traitement de trente cas de diphtérie (*N.-Y. State Medic. Association*, 17-20 nov. 1885. — *Medic. News*, 5 décembre 1885).
- Tedeschi.** — D'un traitement rationnel de la diphtérie (traitement galvanocaustique (*Rivista Veneta*, nov. 1885).
- Unterholzner.** — De la diphtérie. Relevé statistique d'après des observations faites dans le « Leopoldstädter » hôpital des enfants, de 1873 à 1883 (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Bd. XXIII, Heft 3, 1885).
- Winters (J.-F.).** — La diphtérie et le croup sont-ils des maladies distinctes? (*The med. Rec.*, N.-Y., 5 déc. 1885).

Varia.

(CORPS THYROÏDE, GLANDE PAROTIDE, COU, ETC.)

- Albarran.** — Carcinome primitif de l'œsophage (*Gaceta med. Catalana*, 13 déc. 1885).
- Allen (Harrison).** — Remarques sur l'emploi du galvano-cautère (*The N.-Y. Med. Journ.*, 7 nov. 1885).

- Annéquit.** — Contribution à l'étude de la gastrotomie (*Thèse de Bordeaux*, déc. 1885).
- Bermann.** — Un cas de goître kystique (*Medic. Soc. of the district of Columbia*, 11 nov. 1885. — *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 12 décembre 1885).
- Bircher** (Heinrich). — Le goître endémique et ses relations avec la surditité et avec le crétinisme (Bâle, chez Schwabe, édit.).
- Bogajewsky.** — Un cas de gastrotomie dans la sténose carcinomateuse de l'œsophage (*Chr. Westn.*, juillet, août, sept. 1885).
- Boldt.** — Effets toxiques de la cocaïne (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 25 nov. 1885. — *Medic. Times*, 12 déc. 1885).
- Bourgeois** (L.). — Note sur le développement du sinus maxillaire et sur les rapports que cette cavité affecte avec les dents chez l'enfant (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, n° 24, 20 déc. 1885).
- Campardon.** — Etude générale sur l'emploi de la cocaïne (*Soc. de méd. pratique*, 19 nov. 1885).
- Dujardin-Beaumetz.** — Des anesthésiques locaux (*Bullet. gén. de thérapeutique*, 30 déc. 1885).
- Fischelis** (Ph.). — Contribution à l'étude de l'étiologie du corps thyroïde et du thymus (*Arch. f. mikroskop. Anatomie*, XXV Bd, 3 Heft, 1885).
- Florkiewicz.** — Deux cas d'actinomycosis (*Gaz. lek.*, n° 45, 1885).
- Le Fort.** — Fistule branchiale thyro-hyôidienne guérie par l'électrolyse (*Bullet. génér. de therap.*, 30 juillet 1885).
- Fry** (H.-D.). — Contribution à l'étude de la diphtérie de l'œsophage, avec le rapport sur un cas (*Americ. Journ. of the medic. Scienc.*, octobre 1885).
- Galippe.** — Note sur un champignon développé dans la salive humaine (*Journ. des conaiss. méd.*, n° 1, janv. 1886).
- Gussenbauer.** — Un cas de fistule congénitale du cou (*Société des méd. allemands de Prague*, 6 nov. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 46, 18 novembre 1885).
- Guttmann** (P.). — Traité des méthodes cliniques pour l'examen des organes thoraciques et abdominaux y compris la laryngoscopie (Berlin, A. Hirschwald, 6^e édit.).
- Heymann** (P.). — De l'intoxication par la cocaïne (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885. — *Soc. de médecine de Berlin*, 4 novembre 1885).
- Horseley.** — Résultats de l'extirpation de la glande thyroïde chez le singe (*Soc. de biologie*, 26 déc. 1885).
- Houzel.** — Kyste thyroïdien à parois calcifiées (*Soc. de chir.*, 30 décembre 1885).
- Hudson.** — Affections de l'antre d'Highmore avec rapport sur deux cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 14 nov. 1885).
- Johnson** (Erik-Gustaf). — Etudes cliniques concernant l'effet de l'acide borique et du borax sur l'organisme et leur élimination (*Nord. med. Ark. Stockholm*, XVII, 2, 1885).
- Lange** (Victor). — Sur mon instrumentarium (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 11, nov. 1885).
- Lediart.** — Périostite du maxillaire inférieur suivi de phlegmon du cou ressemblant à une angine (*Angina Ludovici*) (*The Lancet*, 14 nov. 1885).

- Malassez.** — Sur la pathogénie des kystes dits folliculaires des mâchoires (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 46, 12 nov. 1885).
- Manby (F. E.).** — Fracture du cartilage thyroïde; laryngotomie; guérison. (*The Lancet*, 9 janvier 1886).
- May (Bennett).** — Corps étranger de l'œsophage *Midland Medic. Soc.* 9 déc. 1885. (*The Lancet*, 9 janvier 1886).
- Meyerson.** — Du catarrhe chronique et des symptômes nerveux qui l'accompagnent. (*Med. News*, n° 48, 1885).
- Mikulicz (S.).** — De l'extirpation du goître avec remarques sur les suites de l'extirpation totale de la glande thyroïde (*Centralbl. f. Chirurgie Leipzig*, 19 déc. 1885).
- Murell (William).** — La térébenthine pure dans le traitement de la toux d'hiver. (*British medic. Journ.*, 12 déc. 1885).
- Peyrot.** — Cancer du corps thyroïde, ablation; résection de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumogastrique; guérison; mort par récurrence du cancer. (*Soc. de chir. de Paris*, 18 nov. 1885).
- Preuschen (F.).** — De l'inflammation de la parotide consécutive à l'ovariotomie (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 51, 17 déc. 1885).
- Price (Parry).** — Affection maligne de l'œsophage. (*Patholog. Society of London* 5 janv., et *British med. Journ.*, 9 janv. 1886).
- Sands.** — Rétrécissement de l'œsophage. Œsophagotomie interne (*New-York Surg. Soc.* 27 octobre et *Med. News*, 21 novembre 1885).
- Schilling.** — Intoxication avec la cocaïne et antidote (Amylnitiste) (*Aerztl. Intellig.-Bl.*, n° 52, 29 déc. 1885).
- Schwalbe.** — Traité d'anatomie des organes des sens (Erlangen, chez Besold).
- Spear (I. S.).** — Un cas d'intoxication avec la cocaïne simulant une intoxication par l'opium. (*Th. med. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).
- Smith (Andrew).** — Des principes concernant la construction des tubes employés par la pulvérisation (*N.-Y. medic. Journ.*, n° 22, 28 novembre 1885).
- Soltmann.** — De l'étiologie de l'actinomycosis et des parties où elle s'étend (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIV Bd., Heft 1 et 2).
- Thompson (I. W.).** — Goître exophtalmique (*Jour. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 28 nov. 1885).
- Tillaux.** — Un cas de chondrome de la parotide (*Gaz. des hôpit.*, n° 142, 8 déc. 1885).
- Washington.** — Traitement du goître (*Saint Louis medic. Journ.*, déc. 1885).
- Weil.** — Un cas d'athérome du cou (*Soc. des médecins allemands à Prague*, 28 nov. 1885).
- Weinlechner.** — Quelques cas d'opérations de goître. (*Wien. med. Bl.*, 17 déc. 1885).
- White.** — Communication ultérieure sur les fonctions du nerf récurrent, par rapport au corps thyroïde (*British med. Journ.*, 28 nov. 1885).
- Ziem.** — De l'intoxication par la cocaïne (*Allgem. med. Central Ztg*, n° 90, 1885).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 46, rue Cabirol.