

Bibliothèque numérique



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

Vol 6, n° 4, p. 177 à 240. - Paris : Doin, 1886.
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1886x04>

DES TROUBLES NERVEUX QUI COMPLIQUENT PARFOIS LES AFFECTIONS DU PHARYNX

Par le D^r Th. HERING,
Médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

L'ancienne théorie de l'origine de la toux basée sur les recherches de Kohts, Nothnagel et Stærk, a été sensiblement modifiée dans ces derniers temps.

De nouvelles recherches ont prouvé qu'outre la muqueuse du larynx et des bronches, certaines affections du pharynx peuvent également causer des quintes.

Hack, dans son étude *sur les symptômes névralgiques des affections du pharynx*, a attiré l'attention des médecins sur la toux dite pharyngienne, observée parfois dans la pharyngite latérale, au contact du stylet explorateur.

J'ai eu moi-même occasion d'étudier un fait de ce genre avec le professeur Chatubinski.

Une demoiselle de dix-huit ans, anémique, lymphatique, est, depuis plus de six mois, sujette à des quintes continues d'une toux spasmodique, ne s'interrompant que pendant son sommeil et aussi fatigante pour la malade que pour son entourage. A l'exploration de la malade, je ne trouvai rien de suspect dans les poumons. Le larynx légèrement congestionné; épaississement de la muqueuse de la paroi postérieure (*in rimula*). Le côté gauche du pharynx, derrière le pilier postérieur, laisse apercevoir un épaississement de la muqueuse (pharyngite latérale) rouge, et s'étendant jusqu'à la cavité naso-pharyngienne. Au contact du stylet, les quintes de toux recommençaient.

La cautérisation de l'endroit sensible au nitrate d'argent, associée à l'administration simultanée du bromure et de l'iode de potassium, eut bien vite raison de cet état de choses et amena une guérison pleine et entière.

La deuxième observation de toux pharyngienne concerne

Mme W..., âgée de trente-sept ans, affectée de cette maladie depuis trois semaines. Ses poumons étaient sains. Examinant les sommets des cartilages de Santorini, je constate une vive rougeur ; l'épithélium de la fente (*in rimula*) desquamé et troublé. La voix claire et sonore. La malade se plaint d'une sensation de sécheresse dans la gorge. A droite, au delà du pilier postérieur, un ilot de granulations, qu'il suffit de toucher avec le stylet, pour provoquer immédiatement une violente quinte de toux.

Après la cautérisation par l'acide chromique en substance, la toux cessa et la rougeur des sommets des cartilages de Santorini disparut également.

La troisième observation concerne M^{me} W..., âgée de dix-sept ans, disposée aux rhumes de cerveau. Chez elle, la toux apparaissait au moindre attouchement de la tonsille gauche, tant soit peu hypertrophiée et rougie.

La paroi postérieure du larynx était d'un rouge très vif, comme dans la seconde des observations citées.

Après l'extirpation de la tonsille, la toux cessa complètement et les autres altérations disparurent.

Des observations précédentes il résulte que les altérations du pharynx perceptibles au toucher, étaient la cause de la toux. Nous voyons donc qu'une pharyngite latérale, des granulations de la paroi postérieure et enfin une hypertrophie minime de l'amygdale suffisent, chez des personnes nerveuses, pour provoquer des quintes de toux de nature réflexe, quintes que l'on peut éloigner en détruisant l'endroit qui les produit.

En outre, il est certain que, dans ces conditions, les altérations du larynx, qui paraissaient être primitives, ne sont que secondaires (gonflement de la partie arytenoïdienne, desquamation de l'épithélium, rougeur des cartilages de Santorini) et disparaissent avec l'affection de la gorge.

L'observation qui suit appartient déjà à un autre groupe de phénomènes nerveux :

En 1883, Hack (1) publia une observation de douleurs très opiniâtres localisées entre les deux épaules. Le malade, un sergent de forte constitution, indemne de toute affection nerveuse, ne présentait qu'une légère rougeur disséminée dans la muqueuse de la gorge. Ici encore, une seule application du cautère galvano-caustique sur la paroi postérieure, fit complètement cesser les douleurs.

La seconde observation de Hack est tout aussi instructive. Le malade, dans la force de l'âge, se plaint de douleurs pénétrantes au-dessus des clavicules; douleurs invétérées, associées à une toux opiniâtre et accompagnant chaque inspiration un peu plus profonde.

L'état des poumons ne présente rien d'extraordinaire, mais en abaissant fortement la langue, l'auteur aperçut sur la paroi postérieure du pharynx, une excroissance granuleuse du volume d'une noisette, bordée d'un liseré muqueux fortement congestionné.

Après la destruction de cette tumeur au moyen du galvano-cautère, les douleurs au-dessus des clavicules cessèrent; la toux et l'expectoration diminuèrent, pour reparaître quelque temps après avec une récidive de la granulation, nécessitant le même traitement.

Le même auteur eut occasion d'observer des douleurs sus-claviculaires dans un cas d'hypertrophie des cornets postérieurs qui touchaient presque le pharynx.

La destruction de ces derniers suffit à la guérison.

En dehors de ces trois observations, Hack publie encore la suivante :

Pendant la destruction par le galvano-cautère de quelques granulations siégeant sur la paroi postérieure du pharynx, l'opéré se plaignit de douleurs violentes qu'il ressentit subitement dans les muscles du cou, au point d'empêcher tout mouvement de la tête.

En même temps apparut un gonflement inflammatoire des

(1) *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 42, 1883.

piliers tellement violent qu'il fit craindre la nécessité d'une trachéotomie; le lendemain, heureusement, le gonflement et la gêne dans les mouvements musculaires avaient disparu.

J'ai pu observer un malade tout aussi intéressant avec mes confrères Szymanski et Gruszczynski :

Boleslas Lukomski, collégien, âgé de treize ans, se présenta à ma consultation en novembre 1885, pour une toux violente de caractère nerveux, ou plutôt pharyngien.

Ce jeune homme, très intelligent, d'une constitution scrofuleuse, me dit, qu'après une première apparition, il y a deux ans, la maladie durait déjà depuis quelques semaines. Il était fréquemment enrôlé et éprouvait une irritation et une sécheresse dans la gorge.

A l'exploration, on aperçoit à la partie postérieure de nombreuses granulations d'un volume assez considérable, dont l'attouchement provoque de fortes attaques de toux. La paroi postérieure du pharynx est rouge et un peu gonflée.

Les poumons présentaient une bronchite localisée dans le sommet; le nez était sain.

Après quelque temps de traitement local inefficace, je résolus de détruire les granulations au moyen du galvanocautère.

Cependant, à peine eus-je touché l'excroissance du milieu, la plus grande de toutes, cachée un peu par la luette, que le malade ressentit de très fortes douleurs dans le cou qui l'empêchaient de renverser la tête en arrière. Il permit encore de cautériser quelques-unes des granulations les plus développées; immédiatement après il se produisit un torticolis à droite, accompagné d'une contraction douloureuse des muscles du cou.

La tête se pencha vers l'épaule droite un peu en arrière, et tout mouvement devint très douloureux. Cet état dura neuf jours et cessa avec la chute de l'escharre du pharynx et la cicatrisation des plaies.

La toux diminua, perdit son caractère nerveux, mais revint de temps en temps, comme symptôme de la bronchite.

Le fait étant assez énigmatique par lui-même, l'explication en est difficile à donner.

Il est hors de doute, que le torticolis était causé non par un accident fortuit, mais par la cautérisation du pharynx; ceci est prouvé par la coïncidence de sa guérison avec la chute de l'escharre. Est-il probable, que le galvano-cautère ayant touché quelque filet nerveux de la muqueuse, qu'il a irrité sans le détruire, ait provoqué ainsi une névrise qui, par son action réflexe (vaso-motrice), fut suivie d'une infiltration séreuse d'un groupe musculaire? Autrement il serait difficile d'admettre, qu'une maladie de neuf jours de durée, fut provoquée par un spasme musculaire de nature réflexe causé par l'influence de la cautérisation des bourgeons qui se trouvaient à la paroi postérieure du pharynx.

Bien que cette explication ne soit qu'hypothétique, je crois devoir porter le fait constaté à la connaissance de mes confrères, ne fût-ce que pour leur faire connaître la possibilité de suites fâcheuses produites parfois par l'emploi du galvano-cautère dans le pharynx.

DU MYCOSIS DE L'ARRIÈRE-GORGE,

Par le Dr Henri GUINIER, agrégé libre, consultant à Cauterets.

Voici un fait clinique relativement rare, que j'ai eu récemment l'occasion d'observer. Son caractère principal, malgré sa bénignité, jusqu'ici constante, inquiète toujours les familles.

La production de matières blanches sur la muqueuse de l'arrière-gorge préoccupe d'ordinaire un malade et son entourage, et sollicite la plus active surveillance du praticien. Il n'est pas aisé de dire, dans tous les cas, à un premier examen, à quel genre d'altération on peut avoir affaire ; et, dans une grande ville, dans une certaine clientèle, la menace de la diphtérie, à la première apparition du mal blanc guttural, tient toujours plus ou moins en éveil l'attention du médecin traitant.

Parmi les faits nouveaux et intéressants, sur lesquels les études laryngologiques ont apporté quelque lumière, il faut ranger ceux qui ont trait au *mycosis bénin de l'arrière-gorge*, chez l'adulte.

En voici les caractères microscopiques tels que les ont donnés les différents observateurs. La matière dominante est représentée par des filaments articulés de *leptothrix* en partie isolés et en partie disposés sous forme de groupes nodosiformes. Malgré les variétés de préparations décrites par les auteurs, la parfaite similitude des symptômes observés dans tous les cas publiés, et l'identité du résultat de l'examen histologique, permettent d'affirmer qu'il s'est agi de la même maladie.

B. et E. Frankel (*Zeitschr. f. klin. med. 1882*), L. Bayer, de Bruxelles (*Revue mensuelle de laryngologie, etc., 1882-1883*), J. Gumbiuner, de Berlin (*Inaugural Dissertation, 1883*) ont publié, dans ces dernières années, les six cas connus de *mycosis de l'arrière-gorge*, intéressants par leur mode de production, par leur marche chronique et par leur caractère de bénignité (1).

Ce sont les seuls cas encore publiés, à ma connaissance, dans de telles circonstances.

Moi-même, dans une pratique laryngologique de vingt-cinq ans, et dans une pratique thermale de vingt-deux ans qui fait, tous les étés, passer sous mes yeux, à Cautelets, un très grand nombre de maladies chroniques de la gorge, du larynx et des voies respiratoires, je ne me souviens pas en avoir traité un seul cas. Pourtant, en cherchant bien, ai-je pu en voir un ou deux échantillons, en passant, sans avoir eu à en diriger le traitement, et sans savoir ce qu'ils sont devenus.

Cette rareté provient peut-être de ce que les malades ne s'aperçoivent pas habituellement de la production du microphYTE. Ce sont surtout les chanteurs qui ont fourni les premiers exemples. A l'occasion d'une altération de

(1) B. Frankel : 2 cas. — E. Frankel : 4 cas. — L. Bayer : 2 cas. — J. Gumbiuner : 4 cas.

leur voix, ils vont consulter un spécialiste ; et l'examen laryngologique révèle alors la présence du champignon, peut-être déjà ancien et dont le sujet ne s'était pas douté. Ces faits se multiplieront probablement à mesure que la laryngologie se répandra davantage, et, avec elle, l'examen minutieux et attentif de l'arrière-gorge.

Pour la première fois, en décembre 1881, j'ai eu l'occasion d'observer un cas qui en rappelle les principaux traits et de le suivre jusqu'au bout.

Mais il ne suffit pas, ce me semble, à propos d'une maladie locale, fût-elle parasitaire, de noter exactement la nature du microphYTE, son siège, sa forme, etc. ; il est surtout, je crois, intéressant pour le médecin et utile pour le malade d'en rechercher la *pathogénie* et les *indications thérapeutiques*.

C'est toujours à ce double point de vue que le praticien doit se placer ; et c'est dans ce sens que l'observation suivante pourra contribuer à l'histoire pathologique du *mycosis bénin de l'arrière-gorge*.

M^{me} X..., jolie brume de vingt ans, d'une famille de riches propriétaires, passe une partie de l'année à la campagne, l'autre partie dans une grande ville. Sa santé générale paraît excellente. Elle est grande et forte, bien développée, alerte, vive et intelligente. De plus elle est fort bonne musicienne. Douée d'un très bel organe, elle s'est adonnée au chant ; et elle a pris des leçons d'artistes distingués. Elle fait le charme de soirées intimes, et prête quelquefois sa jolie voix à des concerts religieux, dans des chapelles de couvent.

Quelques accidents d'enrouement en pleine santé, inattendus et restés inexplicables, l'ayant condamnée à l'interruption de ses exercices vocaux, elle vint me trouver le 16 mai 1881, au moment de la saison thermale de Cauterets, pour savoir si elle devait aller aux Pyrénées.

L'examen de la poitrine et du larynx n'indique rien de sérieux. Les cordes vocales sont un peu ternes ; l'ensemble de la muqueuse pharyngo-laryngée a les signes du catarrhe

chronique léger, ce qu'explique d'ailleurs un *enchiffrément nasal* que l'on me dit être habituel : signe évident d'un *fond lymphatique*, dont le père, la mère et une sœur ainée portent eux-mêmes des caractères plus accusés.

Le voyage de Cauterets décidé ne put se réaliser ; et l'été se passa sans trop de traitement autre qu'une bonne hygiène à la campagne.

Le 3 décembre 1881, M^{le} X... vint me retrouver et me demander un traitement destiné à permettre la reprise du chant presque complètement abandonné.

Alors, et *pour la première fois*, je constate, sur les amygdales, sur les piliers du voile, sur les papilles caliciformes de la base de la langue, la présence de points blancs, saillants, de consistance lardacée, d'aspect caséiforme, rappelant le muguet des jennes enfants, la plupart isolés ou réunis par petits groupes de deux ou trois, surtout derrière les amygdales. Si l'on cherche à les enlever, soit avec un pinceau à rude éponge sèche, soit avec un stylet mousse, on constate qu'ils font une légère saillie sur la muqueuse sur laquelle ils semblent comme implantés. Leur adhérence est invincible, et ils résistent à des efforts énergiques d'énucléation. D'ailleurs, aucune rougeur, aucune sensibilité anormales autour de ces productions; et si ce n'étaient les circonstances spéciales de l'altération de la voix chantée, qui, d'abord très étendue, a commencé par devenir impossible dans les notes élevées et reste encore un peu voilée dans les meilleures notes du contre-alto, M^{le} X... *n'aurait probablement pas songé à regarder dans son gosier*, ni à consulter surtout un homme de l'art.

Les conditions de lymphatisme prononcé dont j'ai déjà parlé et quelques irrégularités dysménorrhéiques me firent me préoccuper beaucoup plus du terrain sur lequel s'était développé le parasite que du parasite lui-même; et j'instituai un traitement dépuratif et un traitement local destiné à répondre aux indications suivantes :

1^o Modifier la dyscrasie humorale à l'aide de préparations d'iode, de fer et de soufre;

2^o Favoriser le rétablissement des fonctions naturelles et

régulariser la menstruation par des attractifs méthodiques aux membres pelviens;

3^e Détruire sur place les productions morbides de la muqueuse gutturale par des caustiques appropriés.

Sans chercher, à l'aide d'instruments à griffe, l'arrachement direct des productions parasitaires, opération à laquelle je dus renoncer à cause de la nervosité de la malade et de la difficulté résultant de la grande adhérence des champignons, je dus me contenter d'essayer de les détruire par des attouchements à la teinture d'iode, à la solution concentrée de nitrate d'argent, et avec la poudre au calomel, en y joignant de temps en temps des tentatives d'énucléation, autant que ma cliente me le permettait.

Au cours de ce traitement général et local qui se prolongea, par périodes intermittentes, jusqu'au printemps de 1883, selon la disparition et la réapparition des phénomènes gutturaux, d'ailleurs plus incommodes que vraiment morbides, il survint un léger engorgement de la glante thyroïde qui obligea à l'emploi du collier de Morand, suivi d'un succès complet.

Tout cela ne laissait pas que d'inquiéter la famille; et bien qu'il n'y eut jamais aucune souffrance gutturale, aucune altération alarmante de la santé générale, M^{me} X... n'en restait pas moins dans l'impossibilité de reprendre ses chères études de chant; et elle finissait par se préoccuper elle-même de ces interminables boutons blancs qui pouvaient bien être, disait-elle, le prélude de quelque grave maladie.

Tel n'était cependant pas mon avis, bien que je ne connusse pas, à cette époque, les observations des laryngoscopistes précédés.

Et, en effet, en mars 1883, après un excellent été passé à la campagne, (car il n'a jamais été possible d'effectuer le voyage aux Pyrénées,) les productions gutturales avaient complètement disparu; la santé s'était tout à fait équilibrée, la bouffissoire légère des téguments et leur teinte pâle avaient fait place à une élasticité et à une coloration de bonne nature, et surtout la voix chantée avait enfin repris son étendue, sa souplesse et sa limpidité.

Aujourd'hui, mars 1885, à deux ans de distance, la santé de M^{me} X... est restée parfaite; la voix est ce quelle était avant les accidents relatés plus haut; le mycosis n'a pas reparu.

Le diagnostic de *mycosis bénin de l'arrière-gorge* me paraît incontestable. D'après la description des faits publiés, il y a identité à peu près complète entre tous ces cas et le mien.

Les symptômes sont les mêmes : intégrité d'aspect de la muqueuse ; formation de concrétions blanches sur les amygdales, sur les papilles caliciformes de la base de la langue et sur la région gutturale circonvoisine. Ces concrétions sont indolores, insensibles, fortement adhérentes, à bords dentelés et frangés, à forme irrégulière, isolées comme des papules varioliques, ou agglomérées dans un repli muqueux où elles forment de petits amas de 4 à 8 millimètres de diamètre, avec une saillie très apparente au-dessus de la surface muqueuse. — Même chronicité, même bénignité ; enfin même tendance à la reproduction, puisque ces microphytes détruits d'un côté se reproduisaient de l'autre, sous forme d'une éruption discrète, jamais confluente, sauf dans quelques points très limités; et cela pendant une période de près de deux ans.

Bien que l'examen histologique n'en ait pas été fait, on peut induire de ce qui précède que les mêmes éléments de *leptothrix* se seraient probablement représentés sous le champ de microscope.

Et, à ce propos, il est bon d'observer que les recherches histologiques sont encore et resteront probablement longtemps l'apanage exclusif de quelques spécialistes et de quelques chercheurs.

En attendant que le microscope soit entré, comme le stéthoscope, dans la pratique commune, il importe surtout de vulgariser les signes cliniques qui sont du ressort de l'observation commune. Ce sont eux qui doivent conduire directement à l'action thérapeutique, en permettant au

praticien de se passer provisoirement des investigations du laboratoire, ordinairement trop éloigné du champ des observations pour pouvoir être utilisé.

Voici d'ailleurs les renseignements histologiques fournis par Bayer.

L'examen microscopique des productions observées chez sa seconde malade, démontre une composition de plaques d'épithéliums pavimenteux, jaunâtre, en transformation cornée, des bâtonnets et des fibres longitudinales, parsemés de petit grains ronds isolés en groupe ou en rosaire. Les fibres et les bâtonnets formaient un réseau; mais, pour la plus grande partie, ils se réunissaient longitudinalement en constituant des *faisceaux* qui étaient surtout bien tranchés à leurs extrémités. Il est probable que c'est pour cette raison que le professeur Sadebeck, botaniste, qui a déterminé le microphyte de Frankel, l'a appelé *bacillus fasciculatus*. Dans les petits grains ronds, il reconnaît les spores du *bacillus*; et il considère les fibres et les bâtonnets comme la première étape de leur développement. Mais Gumbiuner, toujours d'après Bayer, a fait des préparations mieux réussies et plus nettes, surtout celles traitées avec une solution d'iode et d'acide sulfurique ($\frac{1}{100}$). Alors, on a pu bien reconnaître les filaments articulés du leptothrix. D'après la description classique du leptothrix par Ch. Robin et celle par Klebs, cette distribution « en faisceaux » est un signe caractéristique du leptothrix, au moins de l'algue bien développée. Il n'y aurait donc aucune raison, ajoute Bayer, de créer le nouveau nom de « *bacillus fasciculatus* », alors qu'il ne s'agit que de filaments du leptothrix. De même, les petites graines, au lieu d'être des spores, ne sont que des grains d'amidon, ainsi que le prouve clairement la réaction iodée.

Quant au traitement, B. Frankel conseille de ne rien faire ; ce que Bayer ne trouve pas admissible, « car, dit-il, le malade se présente chez le médecin pour être débarrassé des inconvenients qu'il éprouve et non pour être renvoyé ».

E. Frankel a recours au galvano-cautère, ce qui me paraît un peu bien violent pour une aussi petite lésion.

Bayer enlève complètement, autant que possible, ces formations une à une. Il s'est servi d'une forte pince droite à bec d'oie, ou de la pince à larynx, et il cherche à obtenir l'arrachement avec un coup sec. Mais il reconnaît qu'une telle opération, nécessitant des séances qui peuvent se prolonger jusqu'à une durée d'une heure et demie, demande de la patience de la part du médecin et de la part du client. Bayer paraît convaincu que l'extirpation radicale du parasite suffit à la guérison.

Assurément, il est excellent de débarrasser un malade de son mycosis ; et le choix de l'instrument arracheur, le tour de main du praticien et la patience même dans une opération minutieuse et longue ne sont pas à dédaigner ; mais, avec cela, il est, ce me semble, tout aussi urgent de rechercher pourquoi le parasite s'est montré dans tel cas déterminé, et d'étudier les circonstances de sa production pour la prévenir en cas de récidive.

Il semble en effet probable qu'une première apparition du mycosis sur une muqueuse gutturale jusqu'alors indemne prédisposera cette muqueuse à de nouvelles proliférations, si ses conditions de vitalité restent les mêmes ; et c'est aussi ce qu'on observe chez certains enfants. Chez ceux-ci, le moindre accident fébrile s'accompagne de muguet ; et il est peu de praticiens qui n'aient eu à observer des cas de ce genre, dans les familles où domine le lymphatisme, sous quelque forme que ce soit.

Ce qui se passe dans la première et la seconde enfance peut tout aussi bien se produire chez l'adulte.

La question qui se présente donc à l'esprit du clinicien est celle-ci : les productions parasitaires de l'arrière-gorge sont-elles une cause ou un résultat ?

Jusqu'ici les faits connus permettent d'affirmer que certains microphytes peuvent exister dans le gosier, sans y provoquer une réaction morbide; leur présence paraît

indifférente aux tissus sous-jacents et circonvoisins.

Mais s'ils ne provoquent aucun trouble apparent, c'est probablement qu'ils ne sont eux-mêmes qu'un résultat. Il leur faut un *terrain favorable* à leur développement ; sans ce terrain favorable, sans des circonstances spéciales, qui sont à étudier, pas de points blancs dans l'arrière-gorge. Mais quelles sont ces circonstances spéciales ?

On connaît des faits où des champignons habitant la cavité buccale ont fait invasion dans l'organisme et se sont retrouvés dans des organes éloignés.

Le *leptothrix buccalis* a été reconnu par Leyden et Jaffé, dans les crachats putrides de la gangrène pulmonaire.

L'oïdium albicans a été aussi trouvé par Rosenstein dans la même maladie.

Virchow a publié, en 1846, un cas de pneumono-mycosis carcinica.

Dans la 2^e observation de Bayer, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, à laquelle on en aurait bien donné 18, héréditairement disposée à la phtisie, depuis 2 mois en traitement, à la campagne, pour une angine diphérique hypothétique, mais présentant, comme ma cliente, un léger *catarrhe* naso-pharyngien, ainsi qu'un peu d'irritation du larynx.

Pour ma part, je n'hésite pas à considérer l'apparition de ces cryptogames dans l'arrière-gorge, comme un signe de *misère physiologique*, dont le lymphatisme paraît être le terrain de prédilection ; et je fais des vœux pour que les observateurs des faits à venir portent surtout leurs investigations sur la part d'influence que pourraient revendiquer dans la production des divers champignons de la muqueuse gutturale, les dyscrasies les plus communes, telles que l'herpétisme, la scrofule, etc.

En tout cas, dans les six observations déjà publiées, comme dans la mienne, le pronostic a été des plus bénins et tous les traitements employés ont réussi, sans trop de peine, à débarrasser les malades.

Resterait enfin à examiner si les altérations de la voix

chantée, dont se plaignent les sujets atteints de microphytes gutturaux, sont dues à la présence de ces parasites ou si elles en sont indépendantes.

D'après les circonstances de mon observation, il paraît évident que les altérations de la voix chantée n'ont eu aucune relation avec la production du champignon. Outre que ces altérations ont longuement précédé l'apparition du microphYTE, elles n'ont paru subir de sa part aucune influence. Les notes élevées ont été surtout impossibles pendant toute la période dysménorrhéique; et les notes de contralto ont eu des alternatives d'amélioration ou d'aggravation qui semblaient bien plus en rapport avec l'état général de catarrhe de la muqueuse pharyngolaryngée, qu'avec l'état prospère ou fortement atténué par le traitement de la prolifération parasitaire. D'où je me crois autorisé à conclure que Mlle X... a dû beaucoup plus à l'action du traitement général qu'à celle du traitement local le retour complet de sa santé et des belles notes de sa voix.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite et fin*)

par le Dr J. BARATOUX (1).

Symptômes. — Les enfants atteints de syphilis héréditaire se reconnaissent à certains caractères bien mis en relief par M. Fournier. Il est à remarquer que la polyléthalité et la polymortalité sont fréquentes dans leurs familles.

Le syphilitique héréditaire a un habitus et un facies spécial; son développement physique est tardif et incomplet. Cet enfant est sujet aux lésions osseuses et aux déformations crâniennes et nasales. Il n'est pas rare de constater, sur sa muqueuse nasale, une ulcération et même une perforation de la cloison avec aplatissement consécutif de la charpente du nez. On peut encore obser-

(1) Voir *Revue*, n° 3, mars 1886.

ver des ulcérations pharyngiennes consécutives à des gommes avec adhérences des piliers à la paroi postérieure du pharynx et perforation ou destruction même du voile du palais. Enfin le malade est encore fréquemment atteint de lésions oculaires, dentaires ou auriculaires. Nous nous limiterons à l'étude de ces dernières.

La lésion est tantôt unique, tantôt double, ce qui est le cas le plus habituel. Comme nous l'avons dit précédemment, les nouveau-nés peuvent déjà avoir une affection de l'oreille qu'il est difficile d'apprécier et qui occasionne une diminution ou même une perte de l'ouïe entraînant par la suite la surdi-mutité.

A un âge plus avancé, lorsque la maladie de l'oreille moyenne se manifeste, on peut remarquer que l'enfant fait répéter et qu'il ne prête pas attention quand on lui parle ; il est rare qu'il s'aperçoive lui-même de sa dureté de l'ouïe. D'autres fois, un écoulement purulent survient sournoisement sans aucun phénomène inflammatoire, sans fièvre, sans douleur : c'est la tache jaunâtre qu'on retrouve le matin sur l'oreiller qui le fait découvrir.

La perception osseuse n'est pas altérée dans ces cas, mais l'acuité auditive est diminuée. Si par hasard on pratique l'examen du tympan au début de l'affection, on voit que les vaisseaux qui vont du pôle supérieur du tympan au manche du marteau sont dilatés ; plus tard, la membrane devient rouge, fait saillie dans le conduit, surtout à sa partie postéro-inférieure ; l'apophyse externe, reconnaissable encore à sa saillie blanchâtre, se détache nettement du tympan : le triangle lumineux et le manche du marteau ont disparu. Le tympan infiltré, ramolli, devient jaune blanchâtre, puis en un point, se détache une petite saillie qui se perfore pour donner issue au pus. L'écoulement dure ainsi quelques semaines et disparaît peu à peu en déterminant assez souvent une cicatrice qui répare alors la perte de substance.

Mais d'autres fois, la perforation s'agrandit en disséquant souvent le manche du marteau dont l'extrémité

inférieure se rapproche du promontoire avec lequel elle contracte facilement des adhérences. L'écoulement persiste ainsi durant des années en produisant des lésions graves. Le tympan est alors plus ou moins complètement détruit, les osselets sont nécrosés et éliminés, le manche du marteau a disparu ; il ne reste plus que l'apophyse externe avec une petite bordure périphérique de la membrane. Dans d'autres cas, le tympan est complètement détruit ainsi que les osselets, mais ordinairement l'étrier seul persiste.

Les conséquences de ces lésions sont graves, car il survient de l'ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde et du rocher, de la thrombose des sinus et même une nécrose du rocher, comme nous l'avons observé, ou mieux encore la chute de tout le temporal (Wreden).

Il est évident qu'avec de telles altérations, l'acuité auditive ainsi que la perception crânienne sont profondément modifiées. La montre n'est plus entendue qu'à quelques centimètres, puis au contact, et enfin l'acuité disparaît complètement. La perception crânienne suit aussi la même marche, les sons ne sont plus perçus qu'en un ou deux points crâniens dans le voisinage de l'oreille, puis la perception diminue insensiblement, pour disparaître tout à fait après une assez longue durée de la maladie.

Mais la syphilis ne détermine pas toujours un catarrhe purulent de l'oreille moyenne. Il est une forme qui se présente souvent avec l'otite interne, vers l'époque de la puberté. Elle est caractérisée par une diminution notable de l'acuité auditive et de la perception crânienne avec des bourdonnements plus ou moins continuels, des sifflements et avec des lésions particulières du tympan. Voici comment se passent les choses le plus habituellement.

Une jeune fille atteinte déjà de divers accidents syphilitiques héréditaires, surtout de manifestations dentaires et de kératite parenchymateuse, commence à entendre un peu moins d'une oreille. L'acuité auditive diminue peu à peu assez lentement, et finalement se perd de ce

côté en même temps que la perception crânienne. Pendant ce temps, l'autre oreille se prend, la surdité augmente progressivement et l'ouïe disparaît totalement. Cette altération de l'ouïe s'accompagne de bourdonnements assez intenses, de sifflements, de roulement de chemin de fer, etc.; la surdité vient sans douleur et offre la particularité de diminuer au milieu du bruit. Souvent le malade ne s'aperçoit de son infirmité que quand la deuxième oreille est déjà profondément atteinte. La surdité alterne parfois avec des troubles de la vue, comme Field en a rapporté un fait chez une enfant qui pendant trois ans présenta une diminution progressive de l'ouïe lorsque l'inflammation de la cornée s'améliorait.

Au début de l'affection, la membrane du tympan offre une vascularité anormale qui s'étend même au loin dans le conduit et dans la trompe, comme l'ont signalé quelques auteurs; puis la membrane prend en quelques points un aspect piqueté, rugueux, qui s'étend vers la périphérie où elle a une coloration terne et blanchâtre; elle perd son élasticité (Dawidson). Le tympan offrirait alors à la vue un degré de sécheresse et de rugosité remarquables (Hinton). Le manche du marteau est rétracté, et la formation du tissu fibreux dans la caisse entraînerait des lésions analogues à celles de la sclérose ordinaire. Au reste, cette forme d'otite que nous venons de décrire ne serait elle-même que l'otite sèche de la caisse. Cette affection se rencontre fréquemment chez les jeunes personnes atteintes de kératite interstitielle; elle semble être de même nature que celle-ci. La surdité augmenterait avec le développement de l'affection et surtout avec le siège des lésions qui amènent des troubles de l'ouïe d'autant plus rapides qu'elles atteignent la fenêtre ovale ou la gaine fibreuse des muscles, etc.

Cette maladie se développe généralement vers l'époque de la puberté, mais on peut la voir apparaître plus tôt.

L'otite interne survient aussi vers le même moment, principalement chez les jeunes filles, quand leurs divers

organes évoluent vers leur forme définitive, c'est-à-dire vers l'âge de dix à dix-huit ans. Elle se montre toutefois plus tard que l'otorrhée, mais ce n'est pas une règle sans exception, puisque Kidd en a vu un cas chez une fillette de six ans.

Comme l'otite moyenne sèche ou purulente, l'affection de l'oreille interne peut être précédée pendant quelques semaines ou quelques mois d'une kératite qui peut s'améliorer même quelquefois, au moment où l'oreille se prend, ou alterner avec la surdité. Ici, la marche de l'affection est beaucoup plus rapide, puisque l'ouïe disparaît en quelques jours ou même subitement en une nuit, comme chez deux de nos malades. La perception crânienne présente la particularité de diminuer sans proportion avec la difficulté que la malade éprouve à entendre la voix. Ni la montre ni le diapason ne sont plus entendus. Cette perte de la perception osseuse a déjà été signalée par un grand nombre d'auteurs : Trœtsch, Hinton, Kipp, Politzer, etc. En même temps le malade entend des sifflements, des bruits musicaux, des chants d'oiseaux ; il est pris de nausées, de vomissements, de vertiges et de troubles de l'équilibre avec tendance à la chute. Le tympan peut être normal ou présenter quelques altérations semblables à celles de l'otite moyenne sèche.

Pathogénie. — Diverses opinions ont été émises sur la nature des lésions de l'oreille développées dans le cours de la syphilis héréditaire. Il ne faut pas cependant rattacher à cette diathèse toutes les affections auriculaires qui peuvent se montrer chez ces malades. Il ne viendra pas à l'idée de regarder comme spécifique une otite moyenne aiguë à frigore, par exemple ; mais les lésions chroniques de l'oreille moyenne ou les altérations subites de l'oreille interne survenues sans cause sont la plupart du temps sous la dépendance de la maladie vénérienne.

Hutchinson attribuait la surdité à une affection du nerf auditif ou de ses branches. Il pensait qu'il se produisait dans ce tissu une lésion analogue à celle qui est

observée dans la rétinite syphilitique avec atrophie blanche du nerf auditif.

Kipp accorde un certain rôle à l'oreille moyenne atteinte de catarrhe, mais cette lésion n'est pas suffisante pour expliquer les troubles de l'audition ; il croit que le labyrinthe ou les nerfs sont atteints et il conclut même que la simultanéité des accidents doit faire penser à une altération du plancher du quatrième ventricule.

Virchow ne met pas en doute la paralysie centrale de l'auditif à la suite d'une tumeur gommeuse du cerveau ou de la base du crâne, ou encore d'une gomme du tronc du nerf auditif.

Telles sont les hypothèses émises relativement à l'otite interne.

Quant à l'otorrhée, elle serait due, d'après Parrot, soit à une éruption dans le conduit, soit à la propagation de l'inflammation des fosses nasales à la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

De notre côté nous croyons que l'otorrhée n'est une maladie de nature ni cachectique, ni scrofuleuse, ni syphilitique, mais bien une lésion de nutrition rappelant les altérations de l'oreille que nous avons obtenues par la section du grand sympathique et surtout du trijumeau, nerfs contenant les vaso-moteurs de l'oreille.

La sclérose paraît être produite de la même façon que la kératite parenchymateuse et l'otite interne qui l'accompagne principalement semblerait avoir les mêmes causes que l'affection labyrinthique qui se montre si fréquemment dans le cours de l'otite moyenne sèche. Mais nous n'avons pas de preuves anatomo-pathologiques à pouvoir fournir à l'appui de notre théorie.

Quant à l'otite interne primitive, elle apparaît subitement. Aussi ne pensons-nous pas qu'on puisse l'attribuer à une lésion nerveuse, mais plutôt à une altération vasculaire. C'est au reste ce que l'autopsie de plusieurs mort-nés nous permet d'affirmer nettement et notre théorie semble être confirmée par les résultats signalés

par Hinton pour la syphilis héréditaire et par Gruber entre autres pour la syphilis acquise.

Nous croyons bon de faire remarquer que nous avons aussi obtenu des lésions analogues par l'expérimentation sur les animaux auxquels nous avions pratiqué des blessures du bulbe entre le noyau de la racine descendante de la cinquième paire et de la première paire dorsale, sur le trajet des cordons restiformes, c'est-à-dire dans le point qui est considéré par Owsyannikow comme le centre vaso-moteur (1).

L'hémorragie du labyrinthe détruirait rapidement tout l'appareil contenu dans l'organe de Corti, comme nous avons pu nous en assurer dans nos expériences : d'où surdité brusque et complète.

Diagnostic. — Il est de toute importance de constater des signes évidents de syphilis héréditaire autres que ceux que l'on peut trouver du côté de l'oreille, car à eux seuls ces derniers ne nous paraissent guère suffisants pour faire le diagnostic de syphilis, à moins toutefois de revêtir le caractère de rapidité dont nous avons parlé à propos de la syphilis du labyrinthe. Il faut donc rechercher les diverses manifestations de la maladie vénérienne sur les autres organes, et connaître l'histoire de la famille.

L'otorrhée se montre toujours sans douleur, sans fièvre, elle est accompagnée de lésions des yeux ou des dents. Il est cependant parfois difficile de savoir si l'affection est due à la scrofule ou à la syphilis, au point que certains auteurs nient l'influence de cette dernière diathèse chez les enfants d'un certain âge. Dans ce cas, si les commémoratifs ne mettent pas sur la voie du diagnostic, le problème ne sera pas facilement résolu, d'autant plus que les deux diathèses peuvent se combiner.

Lorsque la sclérose de l'oreille moyenne se développera parallèlement avec une kératite parenchymateuse, le

(1) Sont-ce des altérations dues à la période asphyxique ?

diagnostic n'offrira aucune difficulté, car la sclérose n'est pas une maladie du jeune âge.

L'otite interne qui accompagne cette lésion ne détermine une surdité prononcée qu'au bout de quelques années; il est rare qu'elle produise un tel trouble en quelques mois. Mais il n'en sera pas de même dans celle qui vient plus rapidement. Cette dernière est caractérisée par une perte brusque de la perception osseuse qui est regardée par un grand nombre d'auteurs comme un signe pathognomonique d'otite labyrinthique par syphilis.

Pronostic. — Le nouveau-né atteint d'une lésion de l'oreille moyenne est exposé à toutes les conséquences de l'inflammation de la caisse, c'est-à-dire qu'il peut perdre l'ouïe. L'on sait que les enfants qui deviennent sourds avant l'âge de sept ans perdent l'usage de la parole; aussi le petit syphilitique est-il prédisposé à la surdi-mutité, comme l'ont fait observé Lombrieu, Guerder, etc. Dalby regarde même la syphilis héréditaire comme une cause très fréquente de surdi-mutité; selon lui, ce serait l'affection qui, après la scarlatine, fournirait le plus d'enfants aux établissements de sourds-muets.

A part la surdi-mutité, nous devons encore noter que ces enfants sont exposés aux conséquences de l'otorrhée dont l'issue est souvent fatale : carie du rocher, etc.

Une lésion de l'oreille interne détermine chez le nouveau-né une surdi-mutité incurable. Dans les cas d'otite labyrinthique primitive, le pronostic est encore grave, car cette affection résiste le plus souvent au traitement. Mais il n'en est pas de même de l'otite interne consécutive à la sclérose : cette dernière forme est après l'otorrhée la maladie qui est le plus susceptible d'être améliorée par le traitement; mais il faut alors que la lésion ne soit pas trop tardive et que des altérations profondes ne se soient pas encore produites.

Traitemennt. — Le traitement de la surdité dans la syphilis héréditaire doit être général et local.

Le traitement général ne diffère nullement de celui qui

est employé pour combattre les diverses manifestations de cette maladie; on emploie le mercure et l'iodure de potassium. Il sera bon de n'user qu'avec réserve des préparations mercurielles, lorsque le traitement devra être appliqué à des enfants prédisposés à des affections nerveuses, comme le fait remarquer M. Besnier.

Les préparations auxquelles nous donnons la préférence sont l'onguent mercuriel, en friction, ou encore le sirop de Vidal :

Sirop de quinquina.....	950 grammes.
Bi-iodure de mercure.....	0, 30
Iodure de potassium.....	30 —
Eau distillée.....	50 —
De 1 à 4 cuillerées par jour.	

Nous recommandons encore les injections sous-cutanées de sublimé :

Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme.
Chlorure de sodium.....	2 —
Eau distillée.....	100 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0, 30 (1)

10 à 20 gouttes en injections dans la région lombaire. Les résultats ne sont guère apparents qu'après une série de 50 à 60 injections que l'on répète tous les deux jours. Nous en avons retiré de grands avantages dans la forme sèche avec otite interne consécutive.

Comme adjutants, il est utile de donner des toniques, du quinquina, des ferrugineux et de conseiller l'hydrothérapie.

Le traitement local de l'otorrhée consiste en lavages avec de l'eau borique à 4 0/0 ou avec une solution de bichlorure de mercure au 1/2000 ou de biiodure au 1/5000 environ que l'on fait suivre d'insufflations d'acide borique, d'alcool borique, etc. Au reste, ce traitement ne présente aucune indication spéciale pour l'otorrhée syphilitique.

(1) Autrefois nous faisions usage de chlorhydrate de morphine.

Dans l'otite moyenne, on emploiera les douches d'air, ou de vapeurs iodées, ou les injections d'iodure de potassium, etc.. les fomentations chaudes sur le tympan, et l'électricité à courants continus, en ayant soin d'appliquer le pôle positif sur la nuque et le pôle négatif dans l'oreille.

A ces courants continus, il faudra ajouter l'usage quotidien de la pilocarpine en injections sous-cutanées, dans les cas d'otite interne :

Nitrate de pilocarpine..... 0, 20 centigrammes.
Eau distillée..... 5 grammes.
De 2 à 5, 6 et même 8 gouttes.

OBS. I. 1883. — M^{me} Ler., née en 1876. Sa mère, dont nous avons communiqué l'observation à M. le professeur Fournier (voir de la période préataxique du tabes), a contracté la syphilis en se mariant. Cette dernière a eu 7 enfants : une fausse couche de six mois, un enfant à terme mort-né, un enfant mort à l'âge de trois mois, un quatrième à treize mois ; le cinquième qui est la malade, le sixième mort-né et le dernier bien portant.

M^{me} Ler... a une double perforation des tympans. Lésions dentaires; kératite intertitielle.

OBS. II. — M^{me} V..., onze ans. Janvier 1885. — Son père a eu un chancre en 1871. Sa mère morte d'accidents syphilitiques (?) a fait sept fausses couches et eu deux enfants vivants, dont l'un est la malade, et l'autre une petite fille âgée de vingt-trois mois.

Il y a 2 ans, surdité des deux oreilles avec écoulements purulents et bourdonnements.

Perforation de la voûte palatine, destruction du pilier antérieur droit, et perforation du pilier postérieur du même côté. Lésions dentaires et oculaires.

Perception crânienne mauvaise.

Acuité auditive O. D. = 0. 20.

0. G. = 0. 10.

Perforation de la moitié antérieure du tympan droit et cicatrices déprimées du côté gauche.

OBS. III.— M. B. G..., huit ans. Père vivant à l'étranger, mère a eu six enfants :

1^o Une fausse couche ; 2^o enfant venu à huit mois, mort-né ; 3^o la malade ; 4^o enfant mort à 3 mois ; 5^o mort-né ; 6^o enfant de vingt-un mois.

La malade a eu une kératite il y a 2 ans et demi, qui est revenue l'an dernier. Dents de Hutchinson aux incisives supérieures. Perforation de la voûte palatine, il y a 2 ans.

Actuellement acuité auditive à d. 0.04 à la montre.

g. 0.03

Perception crânienne, bonne à d.

très mauvaise à g.

Sclérose avec exagération de tissu fibreux dans les parties voisines de la périphérie.

OBS. IV. — R., dix ans, décembre 1884. — Père syphilitique. Sa mère a eu huit enfants. L'aîné a vécu 2 mois, le second six semaines ; quatre fausses couches ; le septième enfant est une fille âgée de douze ans, chétive, pâle ; et le huitième, âgé de dix ans, actuellement atteint d'otorrhée à gauche.

M. Besnier, auquel nous avons demandé un avis au sujet de ces enfants, nous a communiqué les renseignements suivants :

Fille : dents incisives médianes supérieures convergentes ; incisives latérales supérieures atrophiées (caninées). Développement cérébral à peu près suffisant.

Garçon : dents opaques. Erosions des incisives moyennes supérieures. Retard de l'intelligence, a besoin d'un éducateur spécial.

Perforation du tympan gauche et épaisseissement de la moitié inférieure du tympan droit, avec cicatrice de la partie antéro-moyenne. Cette oreille a coulé il y a cinq mois.

L'acuité auditive est de 0, 04 cent, à la montre à d.

de 0.05 = = g.

Perception crânienne bonne.

OBS. V. — Sch..., dix-neuf ans. 1884. — C'est le troisième de cinq enfants dont trois sont mort-nés.

Dents d'Hutchinson.

Bourdonnements continus depuis trois mois, avec vertiges fréquents, puis il y trois semaines surdité subite en une nuit.

Perception crânienne et acuité auditive nulles.

Tympans normaux.

Le malade n'étant pas de Paris et ne pouvant pas s'y faire soigner, part sans traitement.

OBS. VI. — S..., dix-sept ans, 7 octobre 1884.— Sa mère a fait 3 fausses couches : une à six mois, l'autre à trois et la dernière à huit. Il est le quatrième enfant ; à l'âge de dix ans, kératite interstitielle.

Bourdonnements continus depuis 2 ans, surdité très accentuée surtout à droite depuis la même époque. Elle est venue progressivement en 13 mois.

Dents d'Hutchinson. Perforation de la cloison nasale avec affaissement de la charpente osseuse, ozène.

Acuité auditive nulle. Perception crânienne nulle pour la montre. Il entend toutefois le diapason placé sur le crâne, quand les conduits auditifs ne sont pas fermés.

Frictions mercurielles pendant 2 mois. Iodure de potassium de 2 à 4 grammes par jour. Injection de pilocarpine. Insufflations d'air.

Au bout de 2 mois, la voix est entendue à droite. Au commencement d'avril, il peut suivre la conversation à table.

Nous avons revu ce malade il y a un mois environ. Il avait pu se placer dans une maison de commerce, comme commis de magasin.

Ce malade présentait une cicatrice assez grande du tympan droit avec développement fibreux très marqué sur les bords. Le tympan gauche était blanchâtre ; il avait perdu son élasticité (sclérose).

OBS. VII. — Jeanne T... dix-huit ans. 6 mars 1883. — Père syphilitique. Mère bien portante. Quatre enfants :

l'aîné âgé de vingt-huit ans, bien portant ; le deuxième mort à 3 mois et demi à la suite de taches de rougeur sur le corps et de boutons sur la figure ; le troisième mort à l'âge de 2 mois d'accidents analogues, et le quatrième qui est la malade.

A l'âge de 2 mois, cette jeune fille avait eu des taches rouges avec plaies sur le corps ; cette affection aurait duré 3 mois. Dents venues tardivement, au quatorzième mois.

Les incisives supérieures ont les caractères de la dent d'Hutchinson.

Il y a 3 ans, iritis et kératite parenchymateuse, d'après le diagnostic de l'oculiste qui l'a soignée ; il y a un an surdité subite à droite et 15 jours après surdité brusque à gauche.

La malade n'entend ni la montre ni la voix. Elle lit sur les lèvres. Perception crânienne nulle.

Le tympan droit est normal ; à gauche, la membrane est légèrement attirée vers l'oreille interne.

*Traitemen*t : Injections sous-cutanées de bichlorure ou frictions mercurielles et iodure de potassium, alternativement. Injection de pilocarpine pendant 6 semaines. Elect. courants continus.

Au bout d'un mois, la mère nous dit que sa fille entend la voix quand on lui parle le dos tourné, mais ne distingue pas les paroles.

Elle continue son traitement pendant près de cinq mois.

Sa mère nous écrivait, le 24 novembre 1884, qu'elle était mariée et qu'elle entendait actuellement la parole suffisamment pour suivre une conversation avec une personne placée auprès d'elle.

OBS. VIII. — M. G..., seize ans. Il y a quatre ans, à la suite de maux d'yeux (kératite), bourdonnements (sifflements, chants d'oiseaux, musique) aujourd'hui continuels. Vertiges. Surdité venue progressivement en quatre ans, puis en une nuit la surdité augmente tellement qu'à son réveil la malade n'entend plus rien.

Perception crânienne et acuité auditive nulles.

Tympan droit, épaissement par places.

Tympan gauche piqueté, blanchâtre. On dirait un semis de flocons de neige.

Elle est la onzième de 16 enfants : le premier mort à un an, les deux suivants mort-nés, le quatrième bien portant, puis une fausse couche et un mort, un septième a vécu 6 mois, le huitième mort-né, le neuvième bien portant, le suivant mort-né ; la malade est la onzième enfant ; après elle deux fausses couches, puis un garçon vivant, ensuite un enfant qui a vécu 17 mois, mais est mort après avoir eu des taches sur la peau. Le seizième est mort-né à 7 mois.

*Traitemen*t. — Frictions mercurielles, puis injections sous-cutanées de bichlorure et de pilocarpine, électrisation à courants continus.

La malade est encore en traitement. Elle a commencé par entendre le roulement des voitures, puis la voix d'une personne placée derrière elle. Elle est manifestement améliorée.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'oreille et leur traitement (*Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung*), par le Dr ARTHUR HARTMANN, de Berlin.

Troisième édition revue et augmentée de la première parue en 1881. Les faits parlant seuls, je n'ai pas besoin d'en faire l'éloge. Pour donner une opinion de la valeur de ce livre il me suffira, je crois, de reproduire quelques passages que je prendrai presque au hasard.

Les expériences de l'auteur, par exemple, au sujet de l'examen de l'ouïe au moyen des diapasons de différentes hauteurs, pourraient offrir quelque intérêt particulier ! Voici à quel résultat, pour le diagnostic des différents états pathologiques de l'oreille, l'auteur est arrivé :

Il distingue quatre types :

1^o Diminution à peu près égale de la perception des sons du diapason par l'air; bonne perception par le crâne : ce symptôme indique une affection aiguë ou chronique de l'oreille moyenne ;

2^e Mauvaise perception des sons bas, s'améliorant progressivement pour les tons élevés ; meilleure perception surtout des sons bas par le crâne que par l'air : on a alors affaire à des processus pathologiques, faisant supposer une ankylose de l'étrier dans la fenêtre ovale, à la suite d'otite moyenne purulente, ou suite de processus chronique sclérémateux ;

3^e Bonne perception des sons bas, allant en diminuant pour les sons hauts ; perception crânienne diminuée surtout pour les sons élevés : on trouve cette forme chez les chaudronniers, les artilleurs, et dans les affections de l'appareil nerveux ;

4^e Perception irrégulière pour les sons de différente hauteur par l'air et par le crâne ; ici se trouvent des formes de toutes espèces : mauvaise perception des sons élevés et bas, bonne des sons moyens, ou, au contraire, mauvaise perception des sons moyens et bonne des sons élevés et bas, etc., etc. La perception crânienne, pour certains groupes de sons est tantôt augmentée, tantôt diminuée, ou complètement supprimée : cette forme de perception irrégulière existe, quand l'appareil nerveux est atteint d'une façon inégale. Souvent il s'agit en même temps d'une affection de l'appareil conducteur des sons. Le diagnostic d'une affection du labyrinthe peut être posé avec certitude, quand il y a des lacunes dans la perception des sons !

Dans le chapitre sur les complications qui surviennent au cours de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne, l'auteur ne se montre pas seulement partisan de ses propres opinions, mais il a aussi le mérite d'avoir vulgarisé une méthode qui, bien que déjà indiquée par Toynbee, n'en était pas moins inconnue de la plupart des praticiens. C'est ainsi que s'il y a dépôts de matières et formation de cholestéatomes, il faut écarter, en premier lieu, tous les obstacles au libre écoulement des matières sécrétées. On enlève les polypes, on élargit les perforations du tympan qui sont trop petites, on dilate les rétrécissements du méat auditif.

Pour nettoyer l'oreille, la manière ordinaire de faire des injections par le conduit auditif ou par les trompes, en faisant passer les injections à travers la sonde, est insuffisante pour atteindre les sécrétions amassées dans la partie postéro-

supérieure de la cavité tympanique, ainsi que dans l'apophyse mastoïde; on est alors obligé de diriger le jet de liquide directement contre ces masses. A ce propos, on emploie un tube métallique recourbé *ad hoc*. L'auteur donne la description et le mode d'emploi du tube métallique, qu'il a construit à cet usage.

Le lecteur voit, par ce qui précède, qu'il y a avantage à faire plus ample connaissance avec le livre de M. Hartmann et nous l'engageons fort à le faire (3^e édit. 1885, chez Fischer, lib.-édit., Berlin).

L. BAYER.

Du rhinosclérome de la muqueuse (*Das Rhinosklerom der Schleimhaut*), par les Dr^s O. CHIARI, docent de laryngologie, et G. RIEHL, docent de dermatologie et de syphilis à l'Université de Vienne.

Les auteurs, se basant sur 13 observations personnelles, dont 12 inédites, qu'ils rapportent en détail, et sur 24 cas contenus dans la littérature médicale, donnent une description complète du rhino-sclérome de la muqueuse.

Comme celle de la peau, l'affection de la muqueuse est caractérisée par une infiltration dure, survenant sans prodrômes et affectant la forme diffuse ou la forme de tubercules ou de plaques. Le rhino-sclérome de la muqueuse est une maladie excessivement lente, moins lente cependant que celui de la peau. Les tubercules peuvent atteindre le volume d'une noisette et se forment soit par groupe, soit isolément. Ils sont durs comme l'ivoire et gardent très souvent leur épithélium intact, mais ils présentent parfois des érosions superficielles. La masse elle-même du tubercule ne se ramollit jamais, mais la terminaison se fait par résorption et formation d'une cicatrice fibreuse, avec ratatinement des parties voisines. Il en est de même du rhino-sclérome diffus et du rhino-sclérome en plaques.

La partie postérieure du voile du palais et la muqueuse des choanæ paraissent être les premiers atteints. L'affection de là se propagerait d'un côté à la peau du nez et de l'autre au pharynx et au larynx. Quoi qu'il en soit, dans la plupart des cas, le rhino-sclérome de la muqueuse précède celui de la peau, ainsi que l'avait déjà fait observer Kaposi. La forme

tuberculeuse du rhino-sclérome se montre surtout dans les fosses nasales qui sont bientôt complètement obstruées, et sur la face postérieure du voile du palais, tandis que la face antérieure et les piliers présentent surtout la forme diffuse de cette affection. Rarement la paroi postérieure du pharynx est atteinte, elle ne présente alors que des infiltrations diffuses. L'orifice de la trompe paraît, dans quelques cas, avoir été pris. On rencontre rarement des cicatrices sur la base de la langue, et on n'en trouve jamais de trace sur la partie antérieure de cet organe. Les végétations tubéreuses du voile du palais peuvent se propager à la voûte palatine et s'ulcérer alors par le passage des aliments. La muqueuse de la cavité buccale antérieure se trouve aussi fort souvent affectée, surtout à une période avancée de l'affection de la peau.

Dans neuf cas, on a constaté sur la muqueuse du larynx des lésions du rhino-sclérome. Mais étant donné que jamais le pharynx latéral, la base de la langue, et rarement l'épiglotte ne présentaient des traces d'infiltration, on ne peut pas considérer l'affection du larynx comme étant produite par propagation mais comme constituée par des foyers isolés du rhinosclérome.

Dans le larynx, l'affection affectait surtout les cordes vocales qui présentaient l'aspect de chordite vocale inférieure hypertrophique chronique. Dans quelques cas les arytenoïdes et les replis ary-épiglottiques étaient aussi malades. L'affection ne débute jamais avant l'époque de la puberté, et deux malades seulement avaient dépassé 40 ans, lorsqu'ils furent atteints de cette maladie.

Les malades n'éprouvent aucune douleur, c'est pour cette raison que le rhinosclérome de la muqueuse reste inaperçu. Le malade ne s'aperçoit de sa maladie que lorsque la voix devient enrouée, la respiration gênée et quand se produisent les symptômes d'obstruction des fosses nasales. Seuls les tubercules du palais occasionnent des douleurs au passage des aliments

La mort peut se produire par sténose laryngée, mais d'autres complications (érysipèle, etc.) peuvent survenir et

compromettre la vie du malade. L'affection par elle-même n'amène pas la mort.

Le rhinosclérome de la muqueuse, à l'inverse de celui de la peau, guérit parfois par places, mais il ne disparaît jamais totalement. Le traitement du rhinosclérome de la muqueuse est simplement symptomatique et consiste à obvier aux fâcheuses conséquences d'une obstruction des fosses nasales, d'une adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx ou d'une sténose laryngée.

Mais il ne suffit pas d'extirper les végétations soit à l'aide de caustiques, soit par le cautère, elles se reproduisent en effet rapidement. Il faut, par exemple, dans les fosses nasales, maintenir libre la cavité à l'aide de sondes à demeure. Dans le larynx le tubage a donné d'assez bons résultats.

Les injections interstitielles de liquides médicamenteux (liqueur de Fowler, ac. salicylique, ac. phénique, etc.) ont amené dans quelques cas où elles ont été essayées, des gangrènes circonscrites de la voûte palatine et du voile du palais; dans d'autres cas, on a réussi par cette méthode à déterminer l'affaissement des tubercules.

Le diagnostic différentiel entre cette affection et la syphilis et le lupus, n'offre aucune difficulté.

C'est lorsque la muqueuse seule est atteinte par le rhinosclérome que le diagnostic peut être difficile. Au début, les infiltrations du rhinosclérome se présentent sous forme de plaques ou de tubercules nettement circonscrits et durs, tandis que l'infiltration syphilitique présente un gonflement velouté de la muqueuse, avec inflammation des parties voisines. Plus tard, la différence s'accentue, car l'infiltration syphilitique se ramollit et amène des ulcérations caractéristiques, tandis que le rhinosclérome ne se ramollit tout au plus qu'à la surface.

Un symptôme remarquable est la marche lente du rhinosclérome, tandis que la syphilis, en quelques semaines, aboutit à un processus destructif. Le gonflement ganglionnaire est peu prononcé dans le rhinosclérome, il n'en est pas de même dans la syphilis. Enfin, le traitement spécifique est inefficace dans le rhinosclérome.

Le rhinosclérome ressemble fort peu au lupus. La mollesse des petits tubercules du lupus, la profondeur des ulcérations, permettent de distinguer aisément cette affection des infiltrations dures et légèrement ulcéreuses du rhinosclérome.

Les lésions laryngées du rhinosclérome diffèrent des lésions analogues de la syphilis ou de la tuberculose, par ce fait, que ces dernières s'ulcèrent facilement, ce qui n'a pas lieu pour le rhinosclérome. Seule, la chordite inférieure qu'on observe dans la blennorrhée de Stoerk, ressemble au rhinosclérome du larynx, à tel point que Ganghofner ne fait aucune différence entre ces deux affections.

En terminant cette étude, les auteurs admettent l'opinion des écrivains qui voient dans le rhinosclérome, un néoplasme, formé par des tissus embryonnaires (*Granulationsgeschwulst*). Les coupes histologiques du rhinosclérome de la muqueuse, donnent les mêmes résultats que celles du rhinosclérome de la peau. Ce travail contient un tableau statistique et une planche coloriée. (Tirage à part du *Zeitschrift f. Heilkunde*, Band VI, chez F. Tempsky, Prague, 1885.)

D^r L. LICHTWITZ.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De la « Leucoplasie buccale » (*Leucoplasia oris*) (*Über Leukoplakia oris*), par le D^r Ph. SCHECH, Docent à Munich.

Les noms « Psoriasis, Ichthyose, Tylosis, Keratosis buccalis, Glossodynies exfoliatrice, » etc., s'appliquent au même processus pathologique.

Schech préfère l'expression adoptée par Schwimmer de « Leucoplasia oris » et il nous en fait une description intéressante :

La leucoplasie de la bouche est de sa nature un processus inflammatoire chronique, en même temps une néoplasie de l'épithélium, dont les couches supérieures deviennent après un certain temps cornées; mais en dehors de ces chan-

gements morphologiques, on trouve, d'après Schuchard, dans les couches situées au-dessous des épithéliums cornés, une substance chimique, l' « Eleidine », qui est en rapport intime avec la formation de ces derniers.

La leucoplasie choisit comme siège de préférence la muqueuse des lèvres, des joues, des coins de la bouche, les parties supérieures et latérales de la langue, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle atteint la partie inférieure.

On voit d'abord des taches rougeâtres, circonscrites, qui deviennent ensuite opaques, laiteuses, blanc bleuâtre, comme si l'on avait passé avec un crayon de nitrate d'argent sur la muqueuse; plus tard, elles deviennent mates, argentées, ou blanc jaunâtre, s'épaississent et forment ainsi une superficie veloutée, inégale, rugueuse; ou si les papilles sont plus développées, elles produisent des proéminences verruqueuses, épineuses, cuirassées, dures comme du cartilage. A cette période, on trouve très souvent dans les taches des sillons plus ou moins profonds, des rhagades, surtout aux lèvres et sur la langue, parties qui sont le plus en mouvement. Après la guérison de ces fissures restent souvent des cicatrices déprimées au centre et élevées sur leurs bords. Jamais, dans cette affection, on ne trouve d'ulcération.

Quelques malades n'en souffrent aucunement tandis que d'autres accusent une sensation de brûlure désagréable, une grande sensibilité pour la parole, pour le boire et le manger, surtout les mets épices, salés, pour les spiritueux et pour le fumer. Ces souffrances peuvent paraître passagèrement, disparaître et revenir. L'affection devient douloureuse quand il y a rhagades, fissures ou excroissances volumineuses. La durée en est illimitée. La guérison complète est une exception.

Le diagnostic n'offre pas grande difficulté. Le plus souvent on la confond avec les plaques syphilitiques jusqu'à ce que l'inutilité du traitement antisyphilitique ou plutôt son mauvais effet démontre qu'on a fait fausse route. D'ailleurs, les plaques syphilitiques sont d'une durée beaucoup plus courte, tandis que pour la leucoplasie la persistance est caractéristique. Les plaques syphilitiques forment des érosions et ulcé-

rations superficielles, elles sont d'un blanc sale, et se développent fréquemment à la partie inférieure de la langue, sur le plancher buccal et sur le palais.

Le pronostic de la leucoplasie est douteux; d'abord les guérisons complètes sont exceptionnelles, ensuite l'affection prédispose particulièrement au cancer des lèvres, des joues et de la langue.

Quant à l'étiologie, il est certain que le tabac en est une des causes les plus fréquentes; on ne peut cependant exclure les autres irritants tels que l'action de mâcher le tabac, les dents rugueuses, cariées, l'abus des spiritueux. Contrairement à Kaposi et Zeissl, dont l'un attribue l'affection à la syphilis, l'autre au sublimé, l'auteur soutient qu'elle n'est aucunement un produit direct de la syphilis, et encore moins, une plaque muqueuse à l'état permanent; tout au plus pourrait-on admettre que les syphilitiques y sont prédisposés en ce sens, que des traitements mercuriels souvent répétés et prolongés produisent une irritation de la muqueuse buccale, qui atteint un degré plus fort, surtout s'il y existe encore d'autres agents nuisibles.

Le traitement sera dirigé contre les causes. L'état général devra être soigné en même temps que l'affection locale.
(*Aerztl. Intelligenzblatt*, n° 40, 1885. Tirage à part.)

BAYER.

Trois cas d'affections peu communes de la langue (*Three cases of unusual diseases of the tongue*), par le Dr Gilbert BARLING.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-quinze ans qui s'était aperçu vingt ans auparavant que les bords de la langue commençaient à s'hypertrophier. Cette hypertrophie était produite par des tumeurs élastiques non fluctuantes occupant les bords de la langue. Le centre de la langue était sain. En raison de son âge, on ne crut pas devoir opérer le malade.

Dans le second cas il s'agit d'un fibrome congénital chez un enfant de dix-huit mois. Il fut enlevé au bistouri. Dans le troisième, il s'agit d'un cas de division congénitale de la voûte palatine et de la langue, avec un lobe médian (*The Brit. Med. Journ.*, 5 déc. 1885). Dr J. CH.

Mobilité anormale de la langue avec possibilité de la projeter dans la cavité naso-pharyngienne (*Abnormal mobility of the tongue with ability to project into the naso-pharynx*).

Le malade syphilitique atteint de rhino-pharyngite souffrait beaucoup de mucosités accumulées et desséchées sur la paroi postérieure du pharynx. Il parvint, après quelques efforts, à nettoyer lui-même avec la langue la cavité naso-pharyngienne, ce qui le soulageait beaucoup. Le frein de la langue était rompu en plusieurs places. (*The med. Record*, 14 nov. 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

Contribution à l'étude des anomalies des amygdales; communication de deux cas (*Casuistische Beiträge zur Lehre von den Anomalien der Gaumentonsillen*), par le docteur A. JURASZ, professeur à Heidelberg.

Le premier cas concerne une amygdale pendante (*tonsilla pendula*) observée chez un jeune homme de dix-huit ans, qui avait toujours la voix nasillarde. A l'inspection pharyngienne on ne voyait d'abord rien, mais tout à coup apparaissait sans bruit aucun, subitement et d'une manière inattendue, une tumeur, sortant des profondeurs du pharynx et remplissant rapidement toute l'entrée de la gorge. La tumeur, de couleur blanc grisâtre, était molle, globulée, de la grosseur d'un œuf de poule, et provenait des parties profondes du pharynx du côté droit. Elle fut enlevée au moyen de l'écraseur et l'examen détaillé macroscopique et microscopique révéla sa nature tonsillaire.

Dans le second cas d'amygdale accessoire (*tonsilla accessoria*) il s'agissait d'une dame de trente ans, dont les symptômes étaient les mêmes que les précédents; l'auteur découvrit au moyen de l'examen rhinoscopique une tumeur ayant la grosseur d'une noisette; elle avait une superficie homogène rouge et bosselée, et était implantée par une large base au-dessous du bourrelet de la trompe droite à la partie supérieure du repli pharyngien. Elle fut enlevée au moyen de l'anse galvanique et l'examen macroscopique et microscopique démontre qu'il s'agissait de tissus amygdaliens. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885). L. B.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Note sur l'atropine dans le coryza aigu (*A note on Atropia in acute coryza*), par le Dr GRAY.

L'auteur n'a pas la prétention d'émettre une idée nouvelle, mais il veut encourager des praticiens à faire usage de l'atropine dans le coryza aigu. La première fois qu'il en a fait usage, c'était chez un adulte atteint d'un rhume de cerveau très intense. Céphalalgie intense, sensation de brûlure dans le nez, etc. Il prescrivit l'atropine à la dose de trois milligrammes et fit répéter cette dose quatre heures après; le lendemain le malade était guéri. Depuis lors il a employé ce remède à toutes les périodes de cette affection et s'en est fort bien trouvé. On pourrait objecter que ce remède peut amener des troubles de la vision, mais la dose absorbée n'est pas suffisante pour produire la mydriase. (*Med. News*, 5 décembre 1885.)

Dr J. CHARAZAC.

Quelques considérations sur la cause et le traitement du coryza aigu (*Suggestions in regard to the causation and treatment of acute coryza*), par le Dr AUSTIN FLINT.

Le coryza aigu constitué par ce qu'on appelle vulgairement un *rhume de cerveau* (cold in the head) serait le premier stade de développement d'une maladie épidémique connue sous le nom de grippe ou influenza.

Quand une personne est enrhumée du cerveau, les fosses nasales sont tout d'abord malades. Tout peut s'arrêter là, mais le plus souvent l'inflammation se propage aux arrière-fosses nasales, au pharynx, au larynx, aux poumons. Quand cette succession se produit, on ne peut incriminer le froid, et l'auteur croit préférable de rapporter l'affection à un micro-organisme.

Les agents généralement employés pour le combattre viennent à l'appui de cette idée, tous en effet sont antiséptiques, entre autres le remède de Brand si en honneur en Allemagne et qui se compose d'acide phénique 4 gr. 50, alcool 1 gr. 50, ammoniaque liquide 4 gr. 50, eau distillée 10 gr. Imbiber de cette solution une éponge que l'on place

dans un cornet de papier et inhale les vapeurs par le nez.

Au reste, la théorie parasitaire du coryza n'est pas nouvelle. Henry Holland, en 1839, l'a soutenue. Hueter, Biermer, etc., considèrent qu'il est produit par une bactérie. (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 4 novembre 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

Production du soit-disant « coryza des roses » à l'aide d'une rose artificielle (*The production of The so-called « Rose-Cold » by means of an artificial rose*), par le D^r JOHN N. MACKENSIE, de Baltimore.

C'est une curieuse observation que celle rapportée par le D^r Mackensie. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, mère d'un seul enfant, qui depuis l'âge de six à huit ans, est sujette à de nombreuses attaques de coryza. Mais depuis quinze ans les attaques ont été très intenses. C'est en mai ou au commencement de juin qu'elles surviennent. Elles présentent tous les caractères du « Rose Cold » et les paroxysmes sont déterminés par un très grand nombre de causes mais en particulier par les roses, dont la seule vue détermine un accès très aigu. Sous l'influence du traitement institué par le D^r Mackensie, l'état de la malade s'était considérablement amélioré; l'auteur voulant alors démontrer que les roses n'exerçaient sur la malade qu'une action réflexe, fit faire une rose artificielle par un ouvrier fort habile, de telle sorte que l'on pouvait parfaitement s'y méprendre. Pour éviter toute cause d'erreur, chaque pétale avait été soigneusement essuyé afin d'en enlever toute particule étrangère. Quand la malade entra dans le cabinet du D^r Mackensie, elle affirma se trouver beaucoup mieux que d'habitude. Celui-ci alors lui présenta la rose artificielle, aussitôt la malade fut prise d'une attaque très violente. La surprise fut grande quand M. Mackensie lui dit que c'était une rose artificielle. Elle partit de mon cabinet, dit l'auteur, avec un coryza très intense, mais aussi avec l'espérance que sa maladie n'était pas incurable. Quelques jours après, en effet, elle pouvait bourrer ses narines de pétales et de pollen de rose sans déterminer le moindre symptôme réflexe (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, Janv. 1886).

D^r J. CH.

Observations rhinologiques (Rhinologische Kasuistik),
par le Dr O. CHIARI.

I.— *Un cas de rhinolithe.* — Il s'agissait d'une jeune femme qui depuis dix ans était atteinte d'une obstruction de la fosse nasale droite et d'un écoulement purulent du même côté. Elle avait également souffert de temps en temps de mal de tête, occupant surtout la région occipitale. A l'examen rhinoscopique, le Dr Chiari constata un gonflement et de la rougeur du cornet inférieur droit; au toucher avec la sonde, au milieu du méat inférieur de ce côté, on percevait un corps rugueux et de la dureté de l'os.

La rhinoscopie postérieure ne permit pas de voir l'extrémité postérieure de ce corps. Après plusieurs tentatives, l'auteur réussit à détacher quelques morceaux, puis à l'écraser avec beaucoup de force et enfin à l'extraire. C'était un corps rhomboïde de 2 centimètres de long, de 1 à 1 centimètre 1/2 de large et épais de 1/2 à 1 centimètre, constitué par un bouton mécanique et des concrétions calcaires (phosphates et carbonates de chaux).

L'auteur ajoute à cette observation quelques remarques générales sur les rhinolithes et donne à la fin un index bibliographique de tous les cas de cette affection, au nombre de 49, observés jusqu'à nos jours.

II. — *Un cas d'occlusion (fermeture) membraneuse des deux orifices postérieurs du nez.* — Il s'agissait d'une femme de 70 ans qui, depuis sa première enfance, avait le nez obstrué. A droite cette obstruction avait toujours été complète, tandis qu'à gauche il passait un peu d'air de temps à autre.

Bien que forcée toute sa vie de respirer par la bouche, son état général avait toujours été bon. Seule l'ouïe avait été faible à droite et depuis les dernières années, elle souffrait de névralgies frontales et sus-orbitaires des deux côtés.

A l'examen rhinoscopique antérieur on constatait l'existence d'un épaississement des cornets, surtout du côté droit, et les fosses nasales étaient remplies d'un mucus visqueux et blanchâtre.

L'examen rhinoscopique antérieur fit découvrir une paroi

lisse et rouge couvrant les deux orifices postérieurs du nez. Sur la partie gauche, cette partie était perforée en deux points très rapprochés l'un de l'autre. A l'aide de la sonde on pouvait aussi constater que cette paroi était fermée par une membrane mince qui recouvrait non seulement les orifices, mais aussi les parois latérales du pharynx et les orifices des trompes. Comme on ne pouvait découvrir de traces de syphilis ou de blennorrhée chronique, l'auteur porta le diagnostic de formation membraneuse dans la cavité naso-pharyngienne congénitale, ou acquise pendant l'enfance, de cause inconnue.

Le Dr Chiari dilata les deux petits orifices du côté gauche à l'aide de bougies en plomb graduées, et plus tard il les réunit avec le galvanocautère. A droite, il put seulement réussir à percer la membrane en deux points avec ces bougies, la malade très âgée, affaiblie par ces opérations, pourtant très légères, ne permit pas d'autres tentatives. Toutefois, elle respirait déjà assez librement à gauche et par instant un peu du côté droit.

L'ouïe s'améliora un peu. Mais les névralgies revinrent en hiver. L'auteur rappelle un cas analogue observé et publié par Schroetter. (*Wiener med. Wochenschr.*, nos 46 et 48, 1885).

Dr L. L.

Papillomes des fosses nasales, par le Dr AYSAGUER.

L'auteur rapporte deux cas de papillomes des fosses nasales.

Le premier concerne une femme de trente-cinq ans, chez laquelle les papillomes remplissaient presque toute la cavité gauche. Ils prenaient naissance sur le cornet inférieur, le plancher et la cloison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de trente-huit ans qui portait deux tumeurs ayant le volume d'un haricot et siégeant dans le tiers antérieur du plancher de la fosse nasale gauche.

Dans les deux cas, l'auteur pratiqua l'extirpation avec l'anse galvanique.

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à des papillomes vrais et non à des papillomes combinés d'adénome, d'angiome ou de sarcome qui constituent la plus grande partie des 14 cas décrits par Hopmann.

Les faits de papillomes vrais sont rares, comme le dit Morel-Mackenzie.

L'auteur croit que les papillomes du nez ne récidivent pas si facilement que ceux du larynx, étant donné qu'on arrive bien mieux à extirper radicalement les papillomes du nez à l'aide de l'anse galvanique. On peut, en outre, faire des cautérisations galvaniques qui sont plus difficiles à pratiquer pour les papillomes du larynx. (*Annales des mal. de de l'oreille, etc.*, n° 5, nov. 1885). Dr L. L.

Conjonctivite chronique sous la dépendance d'une affection des tissus des fosses nasales (*Chronic conjunctivitis dependent upon disease of the intra nasal tissues*), par le Dr GORDON.

La conjonctivite résulte assez fréquemment de l'inflammation des fosses nasales, rhinite chronique avec hypertrophie des cornets. L'auteur rapporte deux observations de ce genre; l'affection oculaire fut guérie après le traitement et la guérison de l'affection des fosses nasales. (*Journal of Amer. Med. Assoc.*, 14 novembre 1885.) Dr J. CH.

Quelques observations sur la théorie de l'asthme bronchique (*Some observations on the theory of bronchial asthma*), par le Dr ANDREW CLARK.

Dans cet article le Dr Clark fait observer que dans la production de l'hay fever il existe deux ordres de causes. Les malades qui en sont atteints doivent en effet présenter une prédisposition spéciale, il faut en outre qu'à cette prédisposition vienne s'ajouter une substance irritante quelconque qui joue le rôle de cause efficiente immédiate. Cette prédisposition existe évidemment, puisque les mêmes agents produisent la maladie chez certains individus et ne la produisent pas chez d'autres. Les antécédents héréditaires paraissent jouer

un certain rôle dans la production de l'affection, et les personnes qui en sont atteintes sont plus ou moins « névropathes. »

L'asthme est souvent associé à l'hay fever; d'après l'auteur, la cause de l'asthme résiderait dans une sensibilité spéciale de la muqueuse des voies respiratoires. (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, janv. 1886.)

D^r J. Ch.

LARYNX ET TRACHÉE.

Y a-t-il un centre cortical du larynx ? par le D^r LANNOIS.

Les physiologistes Beaunis, Vulpian admettent que le centre nerveux de la phonation a son siège dans la moelle allongée. Existe-t-il un centre cortical psychique présidant à la phonation ? On devrait l'admettre *a priori*. Pour le démontrer, il faut recourir à l'expérimentation et à la clinique.

Les expériences de Duret n'ont pas fait faire un grand pas à la question, mais celles de Krause l'ont fait entrer dans une phase plus précise. Il semblerait en résulter que dans la portion de l'écorce cérébrale, constituée par le *Gyrus præfrontalis*, existe une région qui préside non seulement aux mouvements des muscles antérieurs du cou, mais encore aux mouvements du larynx et de la gorge.

La clinique ne fournit pas beaucoup de données pour trancher la question. Durand Fardel, Aug. Duval, Luys, etc., ont cependant publié des observations qui démontrent bien l'action directe du cerveau sur l'acte de la phonation. Mais ce qui résulte le plus clairement de tous les faits rapportés jusqu'à ce jour, c'est qu'il existe dans le cerveau des points dont la lésion entraîne des troubles dans les mouvements des cordes vocales qui président à l'émission normale de la voix. Ce n'est là qu'une conclusion assez vague.

Seguin admet que c'est la troisième circonvolution frontale droite, chez les droitiers, qui est en connexion fonctionnelle intime avec les muscles commandant les mouvements d'articulation et de phonation. B. Delavan admet l'opinion de Seguin. Pour lui, il y a un centre cortical du larynx et ce

centre, situé à droite, serait voisin de la circonvolution de Broca.

Quoi qu'il en soit, la lumière est loin d'être faite à ce sujet et pour trancher la question il est besoin d'autres études expérimentales et cliniques. (*Revue de Méd. et de Chirurgie*, août 1885.)

D^r J. CH.

Paralysie du larynx, relation de trente-deux cas (*Paralysis of the larynx with report of thirty-two cases*), par le D^r JOHNSON.

L'auteur rapporte trente-deux cas de paralysie du larynx: cinq d'origine hystérique; deux d'origine catarrhale; deux consécutifs à la fièvre typhoïde; quatre avaient pour cause la syphilis; cinq étaient d'origine centrale; sept provenaient de la compression des récurrents. Les autres ne sont pas classés par l'auteur. (*N. Y. Med. Journ.*, 14 novembre 1885.)

D^r J. CH.

De la tuberculose laryngée considérée dans ses rapports avec celle de la peau, par le D^r C. LEROY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Le but de ce travail est de démontrer que le processus tuberculeux présente sur le larynx beaucoup d'analogies avec celui que l'on observe sur la peau. L'auteur a suivi la filière des lésions que l'on rencontre dans la tuberculose laryngée, depuis l'état le plus simple jusqu'aux formes hypertrophiques et ulcérées les plus accentuées.

Les ulcérasions dans la tuberculose laryngée ont des origines qui sont aussi variables que leur aspect. Au point de vue du siège il y a une grande distinction à établir entre les ulcérasions des cordes vocales inférieures et celles des autres parties du larynx. Pour ce qui est des dernières, elles sont *nécrosiques* ou *glandulaires*. Les ulcérasions glandulaires ou folliculaires sont le résultat de la transformation caséeuse qu'ont subie les glandes de la muqueuse à la suite d'une infiltration embryonnaire de nature tuberculeuse. Le travail ulcératif qu'elles occasionnent peut aller jusqu'au cartilage. Elles ne s'étendent guère en surface, arrêtées qu'elles sont par le pro-

cessus scléreux qui attaque les parties voisines. Les ulcérations présentent la plus grande analogie avec celles de la syphilis.

Le mécanisme par lequel se forment les ulcérations des cordes vocales inférieures forment un chapitre à part de la phtisie laryngée. On doit étudier les cordes vocales inférieures : 1^o à la période ulcérale ; 2^o à une période où toute perte de substance fait défaut. L'état opalin ainsi que les érosions et les exulcérations des cordes vocales inférieures n'ont rien de commun avec les ulcérations proprement dites. L'état opalin, les érosions et les exulcérations appartiennent à un même groupe de lésions. C'est aux dépens du corps muqueux de Malpighi que se produisent ces différents états, mais le procédé varie suivant que l'on a affaire aux érosions ou aux exulcérations. Dans les érosions l'épithélium est détruit par un processus analogue à celui que l'on connaît sous le nom de désagrégation moléculaire. Elles siègent à la base et sur le bord libre de la corde vocale inférieure ; elles se présentent sous l'aspect d'une petite tonsure ou d'un collet. Les exulcérations, d'une façon générale, correspondent à ce qu'on a appelé ulcération en coup d'ongle ou ulcération linéaire, elles ne sont pas le résultat de la fonte des produits tuberculeux et le point de départ d'ulcérations plus avancées, mais elles résultent d'une altération épithéliale analogue à ce que Leloir a décrit sous le nom d'altération cavitaire. Ce qui caractérise le processus tuberculeux siégeant sur les cordes vocales inférieures, c'est la tendance extrême qu'il a à faire des tissus scléreux ou des bourgeons charnus organisés.

On voit des ulcérations vraies sur les cordes vocales inférieures, mais d'une façon générale, elles ne sont pas plus le résultat de la fonte des tubercules que les ulcérations dont nous venons de parler, elles sont la conséquence du travail hypertrophique ou bourgeonnant. Il se fait sur les cordes vocales un processus analogue à ce qui se passe dans certaines variétés de lupus où la lésion se manifeste par des troubles épithéliaux.

On constate de nombreux changements dans les glandes, le

chorion et l'épithélium. Les altérations glandulaires sont très nettes, mais les modifications anatomiques dont elles sont le siège ne permettent pas cliniquement de désigner cette période sous le nom de catarrhale. Les altérations des glandes sont de nature tuberculeuse, mais à côté de ces glandes ainsi altérées évoluent des lésions conjonctives du chorion muqueux qui sont contemporaines. Aussi, pour bien comprendre l'évolution de la tuberculose dans le larynx, doit-on s'attacher à envisager les lésions dans leur ensemble. Ces lésions, tout à fait analogues à ce qui se passe sur la peau, appartiennent à deux modes : 1^o type scléro-caséux ; 2^o type scléreux pur.

Par surcroît d'analogie, on peut voir survenir tardivement à côté de ces lésions, restées longtemps stationnaires, des poussées nouvelles qui varient depuis l'œdème lymphangitique de nature tuberculeuse, jusqu'à l'infiltration tuberculeuse complète de la muqueuse. Ces lésions, dans le larynx comme sur la peau, présentent alors les caractères typiques de la granulation tuberculeuse. Les glandes, après avoir subi différentes modifications, arrivent à la transformation vitreuse propre à la tuberculose.

Les lésions de la tuberculose du larynx présentent la plus grande analogie avec celles du *lupus* de la peau dans ces deux formes *exedens* et *non exedens*.

La phtisie laryngée est une, il n'y a pas lieu de distinguer une laryngite dite des tuberculeux et une laryngite tuberculeuse. (*Arch. de Phys. norm. et pathol.*, 30 septembre 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

Le traitement local de la tuberculose laryngée (The local treatment of Laryngeal tuberculosis), par le Dr TAUBER.

Que la tuberculose laryngée ait précédé ou suivi la tuberculose pulmonaire, la plupart des auteurs n'en enseignent pas moins que, dans cette affection, le traitement topique doit être absolument laissé de côté. Tel n'est pas l'avis de l'auteur; il a obtenu des résultats si favorables qu'il ne craint pas d'affirmer que la *phtisie laryngée, lorsqu'elle est observée à*

temps et convenablement traitée, peut être arrêtée, parfois même guérie. Lorsque la maladie est plus avancée un traitement convenable rend moins pénible la situation du malade et prolonge son existence. A la période congestive caractérisée par le gonflement et la rougeur de la région postérieure l'auteur s'est fort bien trouvé des cautérisations au galvano-cautère.

A la troisième période, tous les traitements sont inutiles : on doit combattre les symptômes. Depuis plusieurs années, l'auteur, dans les cas de déglutition douloureuse, fait des applications sur les parties ulcérées une ou deux fois par jour avec la solution suivante : acide phénique 2 gr., teinture d'iode 6 gr., glycérine 8 gr.

Cette application détermine une escharre blanchâtre qui fournit aux parties gonflées et ulcérées un revêtement artificiel qui les protège et détermine une anesthésie prolongée. Le malade ne ressent une sensation de brûlure que pendant un temps très court; quelques secondes après il lui est possible d'avaler les solides et les liquides. L'auteur recommande vivement l'emploi de cette solution. (*The Med. News*, 28 novembre 1885.)

D^r J. Ch.

Sur les corps étrangers siégeant dans les premières voies respiratoires, par le D^r P. Koch.

L'auteur donne le récit détaillé d'une malade ayant éprouvé subitement, pendant qu'elle mangeait, une douleur aiguë à la gorge et une sensation d'étouffement. La sonde œsophagienne deux fois employée ne donnant aucun résultat et la douleur persistant, surtout dans les mouvements de déglutition, on amène la malade chez M. Koch.

L'examen laryngoscopique présentait de grandes difficultés en raison d'une incurvation antérieure de la colonne vertébrale (région cervicale). Cette saillie cachait l'image de la partie postérieure du larynx. L'auteur ne put découvrir qu'un gonflement de la bande ventriculaire gauche et une immobilité de la corde vocale correspondante sur la ligne médiane. La trachée à peine visible paraissait libre.

D'après cet examen, il fallait se contenter provisoirement du diagnostic périchondrite arytenoïdienne gauche.

On essaya un traitement qui ne modifia en rien ni l'affection ni l'image laryngoscopique incomplète. C'est alors que l'auteur introduisit l'index dans le larynx, et tandis que la malade exécutait un mouvement de déglutition, il réussit à découvrir un corps étranger dur, pointu, immobile et libre à son extrémité antérieure. Vu la difformité anatomique, l'extraction par voie naturelle dut être abandonnée et on fit la laryngotomie après avoir préalablement pratiqué la trachéotomie et avoir introduit la canule tampon de Trendelenburg. Le cartilage étant ouvert, on sort le corps du délit qui était une épingle ayant la tête mince et mesurant 3 centim. 1/2 de long et 1 millim. d'épaisseur.

Il est probable qu'une fois avalée, l'épingle avait immédiatement traversé la paroi postérieure du larynx, car l'accès de suffocation était survenu au début.

Les deux moitiés du cartilage thyroïde s'adaptèrent facilement et la canule obturatrice put être enlevée 24 heures après l'opération. Trois mois plus tard la corde vocale gauche est toujours paresseuse, par suite de tissu cicatriciel ou d'une ankylose incomplète de l'articulation crico-arytenoïdienne de ce côté provoquée par le long séjour du corps étranger.

M. Koch fait observer, à la fin de cette observation, que le laryngoscope n'a été ici daucune utilité; l'exploration digitale seule, si peu employée en laryngologie, avait conduit au vrai diagnostic. (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 5, novembre 1885). Dr L. L.

Hématome du larynx consécutif à un traumatisme : nécroscopie (Ematoma della larynge per traumatismo, necroscopia), par le Dr Pérotti.

Il s'agit, dans ce cas, d'un individu qui dans un démêlé tomba par terre et fut frappé d'un coup de pied sur la région antérieure du cou. Relevé il fut conduit chez lui. La voix s'éteignit peu à peu et il survint une dyspnée très grave, qui alla toujours en s'augmentant. Mort au bout de deux heures.

A l'autopsie on aperçoit des deux côtés du larynx, une infiltration sanguine sous-cutanée très abondante, mais plus prononcée à gauche. Le sang liquide offre une couleur noirâtre. Après avoir enlevé le larynx, on voit que cet organe est obstrué par une tumeur sanguine d'une teinte bleu foncé.

Il s'agissait donc ici d'un hématome sous-muqueux ayant son point de départ dans la région supérieure de la glotte et atteignant les premiers anneaux de la trachée. Les cartilages thyroïde et cricoïde étaient fracturés.

Selon l'avis de l'auteur, la trachéotomie aurait pu probablement sauver la vie du malade (*Bolet. delle malat. dell'orech. etc.*, n° 2, mars 1886). Dr J. CARDONE.

Fracture (?) du thyroïde. Laryngotomie, guérison (Fracture (?) of thyroid cartilage, laryngotomy, recovery); par le Dr MANBY.

Le nommé James W., âgé de soixante-quatre ans, ayant fait une chute en se levant du lit, à la suite de laquelle il avait constaté que la pomme d'Adam était déviée, réussit toutefois à la ramener de force à sa position normale.

A son entrée à l'hôpital il se plaint d'une dyspnée qui va sans cesse en augmentant, d'une toux légère avec expectoration de mucosités sanguinolentes. A l'examen, le larynx occupe sa position normale sur la ligne médiane, mais on constate un ecchymose et un gonflement considérables. On ne sent pas de crépitation, mais la pression est douloureuse. La voix est rauque, les deux temps de la respiration sont également bruyants. La thyrotomie est pratiquée le 18 juin 1885 à la suite d'un accès de suffocation. Le 24 il était guéri. Il s'agissait probablement d'une fracture du thyroïde (*The Lancet*, 9 janv. 1886). Dr J. CH.

Extraction de l'un des mors d'un davier de la bronche droite (Case of extraction of the blade of a tooth forceps from the right bronchus), par le Dr Mac CORMAC.

Priscilla C..., âgée de vingt-quatre ans, avait à se faire extraire un bon nombre de racines de dents molaires. Une des branches du davier se brisa et la malade, qui était endor-

mie, ayant fait deux ou trois inspirations profondes, la portion du davier fracturée pénétra par la glotte jusque dans le poumon. Il se produisit alors un violent accès de suffocation, et quand la malade reprit ses sens elle éprouvait une grande gêne respiratoire et la dyspnée était des plus intense. Elle se plaignait en outre d'une douleur aiguë au thorax, en particulier entre les troisième et quatrième côtes. Tous les moyens employés pour permettre à la malade de rejeter le corps étranger, restèrent sans résultat. La malade garda le lit, souffrant d'accès de toux accompagnés d'une augmentation des douleurs. La malade sentit à plusieurs reprises des mouvements du corps étranger, mouvements qui étaient accompagnés d'expectoration sanglante. A l'auscultation on entend un bruit métallique plus prononcé à droite, au niveau du second espace intercostal. On en conclut que le corps étranger occupe la bronche droite. M. Mac Cormac décide de faire la trachéotomie et d'aller à la recherche du corps étranger à l'aide de pinces introduites dans la trachée. La malade ayant été chloroformée, on pratiqua la trachéotomie ; la pince introduite, l'opérateur put la sentir pénétrer dans la bronche gauche qui était libre. Dans la bronche droite, on ne pouvait, avec les pinces, sentir facilement le mors du davier qui, très probablement, était entouré par des bourgeons charnus déterminés par sa présence, mais en introduisant une sonde, on sentit facilement le bruit métallique. Après plusieurs tentatives faites avec différents instruments, il réussit à la saisir à l'aide de pinces à polypes. La plaie trachéale fut fermée à l'aide de sutures. L'opération avait été faite le 26 novembre ; le 24 décembre la malade était en pleine convalescence (*The Lancet*, 2 janvier 1886). Dr J. CHARAZAC.

La thyrotomie et ses applications, par le D^r Louis BONNEFOUS.

Une observation de thyrotomie pour un cas de *polype du larynx* a été pour l'auteur le point de départ de cette étude. Il se propose d'exposer les avantages et les inconvénients de cette opération.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des tumeurs

bénignes : toutes les tumeurs de petit volume, pédiculées, de faible consistance et implantées sur un point accessible à la vue au moyen du miroir laryngé pourront être traitées par la méthode dite « par les voies naturelles ». Toutes les autres se trouveront mieux d'une intervention par méthode sanglante, et comme elles sont généralement située derrière le cartilage thyroïde, c'est par la section de ce dernier qu'on pourra le mieux les atteindre. Un des avantages de la thyrotomie, dit l'auteur, c'est d'être à la portée de tous les chirurgiens. Je le concède. Mais si c'est un avantage pour le chirurgien, ce n'en est pas un pour le malade.

A propos de l'opération de M. Serres, l'auteur dit : « L'opération fut des plus faciles, ses suites insignifiantes et son résultat remarquable. Dans les cas de cancer laryngé la laryngotomie paraît indiquée à M. Bonnefous toutes les fois que la tumeur siège soit sur les cordes vocales, soit au-dessous, soit dans l'intérieur des ventricules. Nous préférons la trachéotomie. Dans les cas de ce genre, cette opération n'est que palliative, mais l'auteur aurait-il la prétention de guérir mieux par la laryngotomie un cancer du larynx ? Le seul moyen radical serait l'extirpation de l'organe. Encore ce procédé est-il dangereux et ne doit-il être accepté qu'après mûres réflexions.

Dans les cas de fractures du larynx, dit l'auteur, la trachéotomie soulage le malade, la thyrotomie le guérit. Dans les cas du rétrécissement du larynx, de corps étrangers, d'éversion de ventricule, l'auteur conseille la trachéotomie. L'auteur termine son travail par des expériences sur les animaux.

Que M. le prof. Serres ait opéré un cas de polype sessile du larynx par la thyrotomie, que l'opération ait réussi, nous ne pouvons le nier; il n'en est pas moins vrai que l'opération est très dangereuse et que le polype eût pu, sans danger, être enlevé par la voie endo-laryngienne. (*Thèse*, Montpellier, 1885.)

D^r J. CHARAZAC.

Trachéotomie à la période asphyxique du croup par le procédé Saint-Germain ; — guérison (*Tracheotomia nel periodo asfittico del crup, col processo St Germain ; — guarigione*), par le prof. RAMON DE LA SOTA Y LASTRA.

L'auteur rapporte l'observation d'une fille de 5 ans arrivée à la période asphyxique du croup. La trachéotomie fut faite par le procédé Saint-Germain et la maladie guérit. De cette observation l'auteur tire les conclusions suivantes :

1^o Pour désespérée que paraisse la situation d'un malade atteint du croup, on doit pratiquer la trachéotomie qui seule peut le sauver ;

2^o Le procédé Saint-Germain est très avantageux aux derniers moments, en raison de sa rapidité, d'où dépend l'existence du malade ;

3^o Il n'est pas si facile que le dit l'opérateur français de rencontrer le point exact où l'on doit porter le bistouri ;

4^o L'épaisseur des parties molles qui recouvrent la membrane crico-thyroïdienne chez les enfants de 2 à 12 ans est parfois supérieure à 8 à 11 millimètres, il faut alors pénétrer dans la plaie une ou deux fois pour atteindre le point désiré, alors même que l'on donne à la lame du couteau une longueur de un centimètre et quart, ainsi que le recommande Saint-Germain ;

5^o Il est nécessaire d'être très expéditif et de ne pas se lasser de pratiquer la respiration artificielle qui, dans les cas les moins favorables, peut sauver la vie de l'enfant moribond ;

6^o Le chatouillement de la muqueuse de la trachée pratiqué avec une plume par l'orifice de la canule peut favoriser l'expulsion des fausses membranes qui gênent la respiration ;

7^o Quand il ne se produit aucune complication sérieuse, le traitement consécutif à l'opération doit consister à nettoyer soigneusement la plaie et dans des soins hygiéniques. (*Archivii Italiani di Lar.*, anno V, fasc. I.)

D^r J. CH.

Deux cas de croup traités par le tubage du larynx (*Two cases of croup treated by tubage of the glottis*), par le Dr J. O. DWYER.

Le premier, un garçon de trois ans, traité par cette méthode, guérit parfaitement. Le second mourut. A l'autopsie

les fausses membranes occupaient le pharynx, la trachée et les bronches jusqu'aux troisième et quatrième divisions bronchiques. Le calibre de la bronche gauche était surtout très diminué. (*N.-Y. Med. Journ.*, 28 novembre 1885.)

Dr J. CH.

VARIA.

Sur un cas de thyroïdectomie, par le Dr LAGRANGE, professeur agrégé de Bordeaux.

L'opération fut faite par le procédé d'évidement, c'est-à-dire que la poche fibreuse fut autant que possible respectée.

La plaie opératoire, très vaste comme dans tous les cas de ce genre, descendait jusque derrière la fourchette sternale. Il était donc impossible d'en drainer la partie inférieure, il restait forcément au-dessus du médiastin un infundibulum qu'on ne pouvait égoutter.

Pour éviter la stagnation des liquides dans l'infundibulum, M. Lagrange, mettant en pratique les conseils de son maître Demons, chirurgien de l'hôpital St-André, sutura le segment inférieur de la coque fibreuse à l'angle inférieur de l'incision cutanée (l'incision était verticale et s'arrêtait à la fourchette sternale). Il obtint ainsi un voile fibreux tendu de la trachée au devant du sternum et recouvrant le médiastin. Les liquides de la plaie furent, à l'aide de cet artifice, directement conduits à l'extérieur.

Quant à l'infundibulum rétro-sternal, dangereux seulement par les liquides qu'il reçoit, il fut soigneusement lavé et ne donna lieu à aucun accident.

M. Lagrange croit que ce petit artifice peut, dans un assez grand nombre de cas, rendre de réels services. (*Soc. de chir. de Paris, juin 1885.*)

Manuel des injections sous-cutanées, par MM. BOURNEVILLE et BRIUN.

Après avoir fait l'historique de cette question, les auteurs étudient l'absorption cutanée et indiquent le choix du lieu de l'injection, puis ils passent en revue les solutions, leur degré de concentration, les instruments, le manuel opératoire et les accidents locaux.

Ces préliminaires étant posées, MM. Bourneville et Briun entrent dans le sujet consacré à tous les médicaments qui peuvent être absorbés par la méthode hypodermique, en ayant soin de consacrer à chaque substance un paragraphe spécial résumant les principaux effets physiologiques. En ce qui nous concerne, nous signalerons principalement les chapitres qui traitent de l'acide phénique employé par Schnitzler dans la phtisie, de l'aconit usité dans les affections aiguës de l'appareil respiratoire, de l'apomorphine dans les amygdalites (Dujardin-Beaumetz) et la laryngite striduleuse, le croup et la diphtérie (Monti, Alois), la grippe (Bourneville), des arsénieux dans diverses affections nerveuses, de l'atropine dans l'asthme et les sueurs de phtisiques, de la cocaïne pour faciliter les opérations ou calmer la douleur, de la conicine dans la bronchite et la laryngite spasmodique (Mega), de la créosote dans la phtisie, de l'erystine dans les hémoptysies et les épistaxis, de l'éther dans le coma (Verneuil), de l'iodeformé dans la syphilis, le mercure dans les maladies vénériennes, de la nitro-glycérine dans le vertige de Menière, de la pilocarpine, de l'iode de potassium dans la syphilis, de la strychnine dans les paralysies des cordes vocales.

On voit par ce rapide exposé de quelle utilité peut être ce manuel qui renferme les médicaments mis en usage dans ces dernières années. (2^e édit. 1885, au *Progrès médical* et chez Delahaye et Lecrosnier.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Barette. — Amygdalotomie; ses indications, ses divers procédés d'exécution (*Concours méd.*, n° 4, 22 janvier 1886).

Belanger (Clinique Thiry). — Chancre induré de la langue. Syphilis consécutive. Transmission d'un chancre phagédénique à la gorge (*La Presse méd. belge*, n° 52, 27 déc. 1885 et n° 2, 10 janvier 1886).

Bottini. — Amputation intra-buccale de la langue avec l'anse galvanique. Guérison complète (*Gaz. degli Ospital.*, année III, n° 17, Milan, 1886).

Brown (J.) et Cameron. — Amygdalite aiguë et rhumatisme (*British Medic. Journ.*, 6 février 1886).

- Castex.** — Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Clinique et intervention chirurgicale (*Rev. de Chir.*, 40 janvier 1886).
- Chaslin.** — Note sur un kyste à épithélium vibratile de la base de la langue (*Soc. anatomique*, 29 janvier, et *Progrès méd.*, n° 14, 13 mars 1886).
- Clark (H.-E.).** — Sarcome du pharynx à cellules rondes et fusiformes (*Glasgow pathol. and clin. Soc.*, 10 nov. 1885. — *The British Medic. Journ.*, 23 janv. 1886).
- Couvard.** — Corps étranger de la voûte palatine simulant une plaque gangrénouse (*Revue mens. de l'enf.*, mars 1886).
- Demarquay.** — Collutoire et douche contre l'angine granuleuse (*Union méd.*, n° 24, 18 février 1886).
- Feuilletaud.** — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche (*Thèse de Paris*, 18 mars 1886).
- Filloux (R.).** — Des ulcérations de l'amygdale (*Thèse de Paris*, n° 413, 2 février 1886).
- Fournier.** — Des accidents buccaux engendrés par le mercure (*Le Praticien*, n° 14, 15 mars 1886).
- Fraenkel (B.).** — De l'angine folliculaire et diphétérique (*Berlin. medic. Gesellschaft*, 3 mars 1886).
- Franks.** — Épithélioma sublingual (Compte rendu de l'*Acad. de méd. d'Irlande*, p. 343, Fannin et Cie, id., Dublin, 1885).
- Gley.** — Des nerfs du goût (*Soc. de Biologie*, 13 février 1886).
- Gross et Vautrain.** — Grenouillettes (deux cas de grenouillette aiguë) (*Revue méd. de l'Est*, n° 2, 15 janvier 1886).
- Gussenbauer.** — Un cas de carcinome de la langue opéré et guéri par première intention (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 26 février. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 9, 3 mars 1886).
- Hansmann (D.).** — Sur la tuberculose de la muqueuse buccale (*Virchow's Archiv.*, Bd CIII, 2).
- Hunt.** — Carcinome de la langue. Extirpation avec des ciseaux (*Sheffield medico-chirurg. Soc.*, 17 décembre 1885. — *British medic. Journ.*, 6 février 1886).
- Johnson.** — Stomatites maternelles (*The Americ. Practitioner and News*, Louisville, 20 février 1886).
- Jurasz (A.).** — Quelques cas d'anomalie des amygdales palatines (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).
- Lloyd (Jordan).** — Sur une méthode pour surveiller l'hémorragie durant l'extirpation totale ou partielle de la langue (*The Lancet*, n° 4, 23 janvier 1886).
- Monod.** — Ablation du maxillaire inférieur pour un cancer de la langue (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 17 février 1886).
- Paget (Stephen).** — Kyste dermoïde de la langue (*Patholog. Soc. of London*, 16 février, et *The British med. Journ.*, 20 février 1886).
- Prévost.** — Paralysie du membre supérieur consécutive à une angine simple (*Paris méd.*, n° 10, 6 mars 1886).
- Regovicz.** — Relation de la corde du tympan avec la perception gustative du 1/3 antérieur de la langue (*Pflüger's Arch.*, 1885. — Analysé in *Gazet degli Ospit.*, n° 5, 1886).
- Tammian (Clinique Thiry).** — Angine chronique de forme exsudative. Transformation complète de toutes les parties de la muqueuse de la gorge en tissu fibreux. Adhérences nombreuses. Symptômes graves (*La Presse méd. belge*, n° 48, 29 nov. 1885).

- Thiery.** — Recherches sur les sensations du goût, les mouvements des mâchoires, la déglutition et le langage articulé après l'extirpation totale de la langue (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, Bd 33, Heft 2 et 3, 1885).
- Trélat.** — Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente (*Gaz. des Hôpital.*, 27 février 1886).
- Trélat.** — Technique des opérations plastiques sur le palais (*Revue de Chirurgie*, page 89, février 1886).
- Weir.** — Extirpation totale de la langue par la méthode de Kocher (N.-Y. *Surg. Soc.*, 12 janv., et *Med. News*, 30 janv. 1886).
- Whitehouse.** — Cancer de la langue (*Sunderland and North Durham medic. Soc.*, 18 février 1886).
- Winslow (John).** — Mobilité anormale de la langue. Hypertrophie de la luette (*The Medic. Record*, 16 janvier 1886).

Nez et Pharynx nasal.

- Allen (Harrison).** — Du rapport qui existe entre l'obstruction du canal lacrymal et le catarre nasal (*Medic. News*, no 6, 6 février 1886).
- Alvarez.** — Recherches sur l'anatomie pathologique du rhino-sclérome (*Arch. de physiol.*, 13 février 1886).
- Armstrong (S. T.).** — Nécrose de l'os frontal consécutive à une inflammation du sinus frontal. (*The N.-Y. Medic. Journ.*, no 4, 23 janv. 1886).
- Baber-Creswell.** — Guide pour l'examen des fosses nasales (Londres, H. Lewis, 136, Gower Street, W.-C., édit., 1886).
- Bermann.** — Polypes du nez (*Medic. Soc. of the District of Columbia*, 13 janvier. — *Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, no 6, 6 février 1886).
- Bishop (Seth).** — Cocaïne dans la fièvre des foins (*Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, no 6, 6 février 1886).
- Bresgen (M.).** — Emploi de l'acide chromique dans les fosses nasales (*Deutsche mediz. Ztg.*, no 7, 1886).
- Bryson-Delavan.** — Nouvelle méthode pour extraire les corps étrangers des fosses nasales (avec la cocaïne) (*The Med. Rec. N.-Y.*, 23 janvier 1886).
- Bryson-Delavan.** — Corps étrangers des fosses nasales (Tirage à part du *Gaillard's Medic. Journ.*, janvier 1886).
- Bull (W.-T.).** — Difficulté du nez. (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 février, et *The Medic. Record*, 6 mars 1886).
- Carbonieri.** — Contribution clinique à la localisation du centre olfactif (*Tesi su laurea et Rivista Clinica*, no 94, 1885, analysée in *Lo Sperimentale*, 1^{re} janvier 1886).
- Casadesus (Roquer).** — Tuberculose laryngo-pulmonaire à la troisième période. Essai de la thérapeutique bactérienne (*Gaceta Medica Catalana*, 28 février 1886).
- Cardone.** — Note de clinique rhinologique (*Arch. internaz. di Otoloj. Rhin., etc.*, Naples, fasc. 14, 15 octobre 1885).
- Caselli (A.).** — Epithélioma de l'antre d'Higlmore droit, propagation aux choanes et à la cavité buccale. Résection du maxillaire (*Riforma Medica*, année II, no 19, Naples, 1886).
- Chiari (O.).** — Quelques cas rhinologiques (*Wien. med. Wochenschr.*, 28 nov. 1885).

- Churchill** (Frederick). — Un cas de fibrome rétro-nasal (*Patholog. Soc. of London*, 19 janvier. — *The British Medic. Journ.*, 23 janvier 1886).
- Cozzolino**. — Nouvel inhalateur nasal (*Arch. Ital. di laring.*, an. V, nos 3 et 4, Naples, 1886).
- Dogiel** (A.). — Des glandes de la région olfactive (*Arch. f. microscop. Anat.*, 26 Bd, I Heft, 1885).
- Fowler** (Walter). — Opération de Furneaux Jordan dans les tumeurs naso-pharyngiennes (*Midland Medic. Soc.*, 20 janvier. — *British Medic. Journ.*, 6 février 1886).
- Garland**. — Quelques cas de névroses réflexes (*Suffolk district Medic. Society*, 9 déc. 1885. — *Journ. of the Americ. Associat.*, 16 et 23 janv. 1886, nos 3 et 4).
- Goodwillie** (D.-H.). — Traitement de la syphilis tertiaire des fosses nasales et de la gorge (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, no 6, 6 février 1886).
- Gottstein**. — De l'opération des végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 2, 14 janvier 1886).
- Grasset** (J.). — Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez (*Semaine méd.*, no 10, 10 mars 1886).
- Gruening** (E.). — Symptômes oculaires réflexes dans les affections nasales (*The medic. Record*, no 3, 30 janvier 1886).
- Gussenbauer**. — Un cas de rhinosclérose (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 22 janvier. — *Prager med. Wochenschr.*, no 4, 27 janvier 1886).
- Hering** (Th.). — Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, nos 2 et 3, février et mars 1886).
- Hill** (A.). — Extrait de trois communications sur le mécanisme cérébral de la vue et de l'odorat (*British Medic. Journ.*, 6 et 13 mars 1886).
- Ingals** (Fletcher). — La cocaine dans la fièvre des foins (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, no 6, 20 février 1886).
- Iato**. — Papillome de la peau du nez, guéri par la résorcine (*Gli Incurabili*, no 7, 15 mars 1886, Naples).
- Katz**. — Instrument pour l'examen des fosses nasales (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 9, 4^e mars 1886).
- Malacrida**. — De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine dans l'ozène scrofuleux (*Gaz. degli Ospitali*, 7 mars 1886).
- Monette** (Géo N.). — Du coryza, ses causes et son traitement (*Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, no 3, 30 janv. 1886).
- Moure** (E. J.). — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (avec 53 figures dans le texte et 4 planches hors texte) (Paris, 1886, O. Doin, 8, place de l'Odéon).
- Neumann** (J.-F.). — De l'emploi de l'acide chromique et de la galvanocaustie dans les fosses nasales et dans le pharynx (*Med. Petersburger Wochenschr.*, no 3, 1886).
- Paulsen**. — Des glandes de la muqueuse nasale, surtout des glandes de Bowman (*Arch. f. mikroskop. Anat.*, XXVI Bd, 2).
- Péan**. — Hématome de la cloison nasale (*Revue méd. franç. et étrang.*, n° 5, 30 janvier 1886).

- Penzoldt.** — De l'insensibilité de l'odorat pour certaines substances chimiques (*Soc. phys.-méd. d'Erlangen*, 41 janv. — *Munchener med. Wochenschr.*, no 5, 2 février 1886).
- Pooley.** — Un cas de tumeur du sinus maxillaire et de l'orbite (*Medio. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février 1886).
- Reynolds (Dudley).** — Traitement des polypes du nez par les injections (*Philadelphia Medic. Times*, 6 février 1886).
- Robinson (Beverley).** — Des névroses respiratoires d'origine nasale; *Coryza vaso-moteur. Asthme* (*The Medic. Record*, no 5, 30 janvier 1886).
- Roé (John).** — Angiome du nez (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 16 janv. 1886).
- Sajous.** — Maladies du nez et de la gorge (Philadelphie, 1885, chez F. A. Davis, édit.)
- Scheff (G.).** — Maladies des fosses nasales, de leurs cavités accessoires et du pharynx (avec 35 figures en bois) (*A. Hirschwald*, Berlin, 1886).
- Schweig (Henry).** — Symptômes réflexes des affections nasales (*The Medic. Record*, no 8, 20 février 1886).
- Seifert.** — Des rhinolithes (*Sitzungsbericht der Wisszburger Phys. Med. Gesellschaft*, XIV^e séance, 25 juillet 1885).
- Shadle (E.).** — Cocaïne et fièvre des foins (*The Med. and Surgic. Reporter*, no 5, 30 janvier 1886).
- Villars (Clinique Richet).** — Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Extirpation par l'arrachement simple sans opération préliminaire (*France méd.*, no 32, 18 mars 1886).
- Voltolini.** — Contribution à l'étude de la rhinoscopie (*Arch. Internaz. di Laringo. Rhin., etc.*, no 1, 15 janvier 1886).
- Vulpian.** — Hémophilie. Mort par épistaxis treize ans après la première hémorragie nasale (*Revue de Méd.*, 10 février 1886).
- Watson-Spencer.** — Nouveaux instruments pour l'extirpation des polypes du nez (*Med. Soc. of London*, 13 février, et *The Brit. med. Journ.*, 20 février 1886).
- Ziem.** — De l'importance et du traitement des suppurations des fosses nasales (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 2, février 1886).

Larynx et Trachée.

- Aysaguer (P.).** — Corps étranger du larynx (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, no 2, février 1886).
- Biondi.** — Le streptococcus de Jehleisen dans l'érysipèle du larynx (*Riforma medica*, année II, no 3, Naples, 1886).
- Béal.** — Étude sur une complication rare de la trachéotomie (Médiastinite antérieure suppurée). (*Thèse de Paris*, no 99, 16 janvier 1886).
- Cartaz (Clinique Charcot).** — Du mutisme hystérique (*Progrès méd.*, nos 7, 9, etc., 13 et 27 février, etc. 1886).
- Cardone.** — Chronique de la clinique laryngoscopique de l'Université de Naples (*Arch. Ital. du lary.*, an V, nos 5 et 6, Naples, 1886).
- Ceccherelli.** — Rétrécissements à la suite des néoplasmes, et de leur traitement (*Riforma medica*, an II, nos 46, 47, 48. Naples, 1886).
- Dodge (D.-K.).** — Le pluriel de larynx (*The Med. Record*, no 5, 30 janv. 1886).

- Demartini.** — Le chlorhydrate d'apomorphine et les inhalations d'acide phénique dans le traitement de la coqueluche (*Riforma méd.*, an II, n° 57, Naples, 1886).
- Fasano.** — Derniers progrès de la laryngologie, et leur importance (*Arch. Internaz. di laringol. rinol. etc.*, n° 1, 15 janvier 1886).
- Ferras.** — Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon. (*Extrait des Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1885, chez F. Levé, 17, rue Cassette, Paris).
- Florand (A.).** — Laryngite aiguë suppurée; trachéotomie, mort (*France méd.*, page 445, 1886).
- Garrad.** — Essai sur l'emploi du laryngoscope (*Londres*, chez Longmans et Comp.).
- Gleitsmann.** — Rapport annuel sur les maladies de la gorge observées au dispensaire allemand, avec remarques sur le traitement de la phthisie laryngée et sur les névroses réflexes dues à des affections nasales (*The. medic. Record*, 16 janv. 1886).
- Gonguenheim.** — Quelques réflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilatateurs de la glotte, d'après un cas de cette affection (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, n° 4, 1886).
- Gouguenheim.** — Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite de cause syphilitique (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, n° 2, fév. 1886).
- Guelton.** — Psoriasis circiné. — Phlegmon rétro-laryngien et érysipèle de la face consécutif (*La Presse méd. Belgé*, nos 42 et 43, 1885).
- Hunter.** — Bronchocèle pendant la grossesse (*British medic. Journ.*, 23 janvier 1886).
- James (P.).** — Sur les maux de gorge (in-8°, 362 p., Londres 1886).
- Jesde.** — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse, guérison, observation et considération (*Arch. Italian. di laring.*, an V, nos 3 et 4, Naples, 1886).
- Jurasz.** — Papillome corné du larynx (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 5, 1er février 1886).
- Kilhom.** — Glande bronchique caséuse s'ouvrant sur la trachée (*Sheffield medico-chirurg. Soc.* 17 décembre 1885. *British Medic. Journ.*, 6 février 1886).
- Knight (C.-H.).** — Fibrome de la corde vocale droite enlevé avec la pince de Mackenzie (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 13 janvier. *The N.-Y. Medic. Journ.*, n° 5, 30 janvier 1886).
- Labbé.** — Extirpation du larynx (*Académie de médecine*, 26 janvier, et *Semaine méd.*, n° 4, 27 janvier 1886).
- Lermoyez (Marcel).** — Etude expérimentale sur la phonation (*Thèse de Paris*, 19 février 1886).
- Lublinsky.** — Du carcinome du larynx (*Berliner Klin. Wochenschr.*, nos 8, 9 et 10, 22 février, 1 et 8 mars 1886).
- Massei.** — Traitement local de la tuberculose laryngée (*Riforma Medica*, année II, n°s 24 et 25, Naples 1886).
- Massei.** — Oedème chronique du larynx à la suite d'un traumatisme (*Ecole cliniche*, an 1, n° 4, Naples 1886).
- Massei.** — Revue critique de rhinologie et de laryngologie (*Bullet. delle malat. dell'orech. della gola etc.*, n° 2, 1er mars 1886).
- Masini.** — Hypertrophie compensatrice des cordes vocales supérieures (*Arch. Internaz. di laring. Rinol.* n° 10, 15 janvier 1886).

- Masucci. — Deux cas de chorée du larynx (*Arch. Italian. di laring.*, an V, nos 3 et 4, Naples 1886).
- Michael. — De l'examen du larynx (*Deutsche mediz. Ztg.*, no 10, 1886).
- Monastyrski. — Un cas de papillome adénomateux du larynx opéré par la laryngotomie (*Soc. des médecins de Saint-Pétersbourg*, 29 oct. 1885. *Petersb. medic. Wochenschr.*, no 4, 1886).
- Newman. — Observations de tumeur du larynx (*Glasgow pathol. and clin. Soc.* 10 nov. 1885. — *The British medic. Journ.*, 23 janv. 1886).
- Nicolai. — Laryngologie, porte-miroir larygien (*Gaz. degli ospitali*, 21 février 1886, et J. Vallardi, édit. Milan 1886).
- Opie (T.). — Grossesse compliquée de ptisis laryngée, accouchement ultérieur (*Baltimore Gynaecolog. and Obstetric Soc.*, 12 janv. — *The N.-Y. Medic. Journ.*, no 5, 30 janv. 1886).
- Perotti. — Hématome du larynx consécutif à un traumatisme, nécropsie (*Bullet. delle malatt. dell' orecch. etc.*; no 2, mars 1886).
- Petit (L.-H.). — De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites (*Union méd.* no 35, 13 mars 1886).
- Ranke. — Résultats de la trachéotomie après l'emploi systématique de la ventilation (*Zeitschr. f. Kinderheilk.* Bd. 24, no 3).
- Rickman et G. Godlee. — Extirpation d'un morceau de canule à trachéotomie logé dans la bronche droite depuis deux jours (*The Lancet*, 6 février 1886).
- Robinson (Beverley). — Alimentation dans la ptisis laryngée (*The N.-Y. medic. Journ.*, nos 4 et 5, 23 et 30 janvier 1886).
- Roquer-Casadesus. — Essai sur la motilité du larynx, ses muscles, leur paralysie (*Rivista di laring. otol. y Rinol.* no 8 et 9, février et mars 1886 et suite).
- Roquer-Casadesus. — Papillome larygien sous-glottique (*Rivista di lar. otol. y rinol.*, no 9, mars 1886).
- Schnitzler. — Présentation d'un cas d'adhérence des cordes vocales à la suite de syphilis laryngée; section endo-laryngée de la membrane (*Wiener med. Presse*, no 10, 7 mars 1886).
- Sexton (Samuel). — Inflammation catarrhale des voies respiratoires supérieures (*The Medic. Record*, no 5, 30 janv. 1886).
- Solis-Cohen (S.). — Expérience personnelle faite avec quelques nouveaux médicaments ajoutés à la thérapeutique laryngienne (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 6 mars 1886).
- Spattismoode (Cameron). — Ulcération du larynx dans la fièvre scarlatine (*Leeds and West Riding medico-chirurg. Soc.*, 19 février 1886).
- Strong. — Un cas de cathétérisme du larynx pour une laryngite catarrhale aiguë, guérison (*Chicago medic. Soc.*, 1er février 1886. *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, no 7, 13 février 1886).
- Trevelot. — Aphonie après les injections de morphine (*Journ. de méd. et de chir.*, no 3, mars 1886).
- Trifoletti. — Difficultés diagnostiques que l'on rencontre dans certaines affections du larynx au point de vue de l'examen laryngoscopique, note clinique (*Arch. Italiani. di laring.*, an V, nos 3 et 4, Naples 1886).
- Ward. — Trachéotomie pratiquée chez un enfant de treize mois pour extirper un corps étranger (*The medic. Record*, 2 janv. 1886).

Wyss. — Sur les divers traitements de la tuberculose du larynx (*The London medic. Record*, 15 déc. 1885).

Oreilles

Bacon (G.) et Roosa (J.). — Rapport sur un procès en dommages-intérêts dans un cas de traumatisme causé par un coup sur l'oreille (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).

Bartlett (W. A.) et Colles (C. L.). — Clinique S. Sexton. — Inflammation aiguë de l'oreille moyenne (*Medic News*, n° 9, 27 février 1886).

Bates (W. H.). — Nouvelle opération pour diminuer la surdité persistante (*Medic. Record*, page 88, 1886).

Bendell (Herman). — Traitement des polypes de l'oreille par l'injection d'acide phénique (*Medic. Soc. of the State of New-York* 2, 3 et 4 février 1886 *Medic News* n° 6, 6 février 1886).

Bishop (Seth). — De l'emploi de la cocaine et d'autres anesthésiques en otologie (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* n° 8, 20 février 1886).

Blau (Louis). — Des affections de l'organe de l'ouïe dans la leucémie (*Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd X, Heft 1 et 2).

Canalis. — Otite moyenne suppurée, propagation à l'apophyse mastoïde, trépanation. Guérison (*Arch. Internaz. di laring, rin.*, etc., n° 1, 15 janvier 1886).

Cardone. — Polype énorme de la caisse du tympan. Note clinique et anatomo-pathologique (*Arch. internaz. di Otojā, Rin.*, etc. fasc. IV, Naples, 15 octobre 1885).

Cheatham. — Parotite suivie de perte totale d'une oreille (*The Americ. Practitioner and News*, n° 5, Louisville, 6 mars 1886).

Ceccherelli. — Otite moyenne suppurée et trépanation mastoïdienne (*Riforma med.* année II, n°s 8 et 9, Naples 1886).

Dalby. — Des cas où la perforation des cellules mastoïdiennes est nécessaire. (*Medic. chirurg. Transact.*, Londres 1885).

Downie (Walker). — Surdité dans la maladie de Bright (*Glasgow Medic. Journ.*, déc. 1885).

Ebertz. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la surdi-mutité (*Viertel jahrsschr. f. gerichtliche Med.*, 1886.)

Foucher. — Considérations générales sur les écoulements de l'oreille (*Union méd. du Canada*, Montréal, n° 2, février 1886).

Gellé (M.). — 1^o De la durée de l'excitation nécessaire à la perception. Acou- mètre basé sur cette notion; 2^o Fatigue de l'accommodation. Arrêt de l'ac- commodation. Intermittences de la sensation observée à la limite de la per- ception (*Annales des malad. de l'oreille*, etc., n° 3, mars 1886).

Gomez de la Mata (S.). — De la perforation artificielle du tympan (*Gaceta de Oftalmol., Otol. y Lar.* Madrid, n°s 1 et 2, janvier 1886).

Grøenlund. — Onze résections de l'apophyse mastoïde dans les cas de ca- tarrhe purulent de l'oreille moyenne (*Hospitals-Tidende*, Copenhague 1885, page 633).

Habermann. — Contribution à l'étude de l'otite interne (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 15 janvier, et *Zeitschr. für Heilkunde*, Band VII, chez F. Tempsky, Prague, 1886).

Helmholtz. — (Traduit par Rattel). Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan (Delahaye, édit. Paris, 1886).

Konrad (E.). — Des réactions électriques des nerfs acoustiques et optiques chez les personnes atteintes d'hallucinations (*Orvosi Hetilap*, n° 44, et *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1886).

- Kaufmann (Em.)** — De l'audition partiellement conservée après nécrose du labyrinthe (*Prager med. Wochenschr.*, no 49, 9 déc. 1885).
- Lancereaux.** — Eruption pustulo-papuleuse syphilitique généralisée à la suite d'un cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Gaz. des hôpital.*, 27 février 1886).
- Minerbi.** — Solution éthérrée d'iodoforme dans le traitement de l'otorrhée (*Gaz. degli ospitali*, année VII, no 9, Milan, 1886).
- Onufrovicz.** — Contribution expérimentale à la notion de l'origine de l'acoustique du lapin (*Archiv f. Psych.*, Bd XVI, no 3, 1885).
- Pini Tommaso.** — Cathéter pneumo-électrique pour la trompe d'Eustache (*Gaz. degli Ospit.* 17 février 1886, et *Risorta méd.*, ann. II, no 24, Naples 1886).
- Pomeroy (O. D.).** — Du diagnostic et du traitement des maladies de l'oreille (in-8°, 412 p. New-York, chez Appleton et Comp., 1886).
- Pratolongo.** — Nouvelle méthode d'éclairage dans l'examen otoscopique avec les rayons solaires (*Gaz. degli Ospit.* an. VII, no 20, Milan 1886).
- Radzig.** — Un moyen simple pour rendre plus utiles les bougies de baleine dans le cathétérisme de la trompe (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 2, février 1886).
- Rebaudi Balestia (Arturo).** — Perforation chirurgicale de la membrane du tympan (*Bullet. delle malatt. dell'Orech.*, etc., no 2, mars 1886).
- Sexton (Samuel).** — Pouvoir infectieux des inflammations purulentes de l'oreille, de l'œil et du nez (*The med. Rec.* 13 février 1886, p. 191).
- Sexton (Samuel).** — Surdité nerveuse (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 février, et *The Medic. Rec.*, 6 mars 1886).
- Snell (Siméon).** — Des complications du côté de l'apophyse mastoïde dans les maladies de l'oreille (*The Lancet*, no 4, 23 janvier 1886).
- Suñé y Molist.** — Ostéome éburné de l'oreille moyenne (*Revista di laring., Otol.*, etc., nos 8 et 9, 1^{er} février et mars 1886).
- Turnbull (Laurence).** — Rétrécissement du conduit auditif externe (*The Medic. and Surgic. Reporter*, 16 janvier 1886).
- Turnbull (Laurence).** — Insufflation par la trompe d'Eustache dans l'otite catarrhale des jeunes enfants (*The Medic. and Surgic. Reporter*, no 10, 6 mars 1886).
- Verdos.** — Clinique otologique (suite) (*Revista di lar., otoi.*, etc., no 8, 1^{er} février 1886. A suivre).
- Voituriez.** — Collection liquide non hématique (kyste?) du pavillon de l'oreille (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, no 2, 20 janvier 1886).
- Voltolini.** — Du vertige auriculaire « über Ohrenschwindel » (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 1, janvier 1886). — Article ironique.
- Wood.** — Paralysie des nerfs facial et acoustique due à une exsudation syphilitique de la base du cerveau (*The Medic. Bullet.*, Philadelphie, no 12, déc. 1885).
- Wyss.** — Des bourdonnements d'oreilles (*The London Medic. Record* 15 déc. 1885).

Croup et Diphtérie.

- Almgnist (E.).** — De la manière dont la diphtérie et le croup se propagent (*Goteborg*, 1886, *Wettergren et Kerber*).
- Alvarez (G.).** — Notes cliniques sur la paralysie pharyngo-laryngée diphtérique (*Archivos de Medic. y Cirugia de los ninos*, no 14, 28 février 1886).

- Ashhurst.** — Croup membraneux. Trachéotomie (*The Medic. and Surgic. Reporter*, 16 janvier 1886).
- Babés.** — Les spores des bacilles de la diphtérie humaine. Nouvelle coloration des tissus normaux et pathologiques (*Soc. anatom.*, 29 janv., et *Progrès med.*, no 8, 20 février 1886).
- Bigelow.** — Remarques sur le traitement de la diphtérie (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, no 6, 6 février 1886).
- Bouchard (G.).** — Diphtérie. Traitement par les fumigations antiseptiques dans un milieu de 20 à 24 degrés centigrades (procédé Renou, de Saumur) (*Gaz. des hôpital.*, no 41, 26 janvier 1886).
- Buchholtz.** — Rapport sur 29 cas de trachéotomie pratiquée dans le croup et la diphtérie (*Inaugural Dissertation*, Berlin, déc. 1888).
- Canetous.** — Traitement médical de la diphtérie. Lille 1885, chez L. Danel.
- Creswell-Astley.** — De la diphtérie (*Epidemiolog. Soc.* et *The Lancet*, 6 mars 1886, p. 449).
- Hardy (N.).** — Humidité et Diphtérie (*British Medic. Journ.*, 13 mars 1885).
- Hemenway.** — Diphtérie à Kalamazoo, Michigan, dans l'année 1884 (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, no 9, 27 février 1886).
- Ingals (Fletcher).** — Cathétérisme de la glotte dans la laryngite membraneuse (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, no 6, 6 février 1886).
- Korner.** — Sur une épidémie de diphtérie dans une Salle d'asile (*Breslauer erzil. Zeitschr.*, no 4, 27 février 1886).
- Laache.** — Trois observations de paralysie généralisée consécutive à la diphtérie. Aperçu sur les symptômes, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paralysie diphtérique (*Norsk Magazin*, 1886, p. 23).
- Lesi.** — Nouvelles méthodes de traitement de la diphtérie communiqué, faite au Congrès méd. de Pérouse, sept. 1885 et *Riforma med.*, an. II, no 32 et 33, 1886).
- Mastermann.** — Contribution à l'étude de l'étiologie de la diphtérie (*British Medic. Journ.*, 23 janv. 1886).
- Neest (John).** — Croup membraneux. Trachéotomie, guérison (*Med. News*, 30 janvier 1886).
- Northrup.** — Croup diphtérique (*N. Y. Patholog. Soc.*, 13 janvier; *The N. Y. Medic. Journ.*, no 5, 30 janvier 1886).
- Rauchfuss.** — De la raison d'être et de la valeur de la notion chimique du croup (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1885, Bd XIII, Héft 1 et 2).
- Ria.** — Thérapeutique. Le sublimé dans la diphtérie (*Gli Incurabili*, année I, no 3, Naples, 1886).
- Rotte.** — Biiodure d'hydrargyre dans la diphtérie et la fièvre scarlatine (*Deutsche mediz. Ztg.*, no 45, 1886).
- Simmone.** — Nephrite aigue consécutive à la diphtérie (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, no 6, 6 février 1886).
- Tipton (F.).** — De l'usage précoce du fer dans la diphtérie (*The Medic. Record*, 9 janv. 1886).
- Werner (P.).** — Du traitement de la diphtérie (*St Peterburger med. Wochenschr.*, no 9, 1886).

Varia.

- Andrews (Edmund).** — Tumeur chevelue (*Hair Mole*) du front (*Journ. of the Améric. Médic. Assoc.*, no 8, 20 février 1886).
- Arcari.** — Un cas de paralysie dans le district du nerf accessoire de Willis (*Gaz. degli ospitali* no 22, 17 mars 1886).

- Audhouï** (A.). — Solution contre la dysphagie des tuberculeux. (*Union méd.*, n° 33, 9 mars 1886).
- Baber** (Creswell). — Remarques sur la théorie de l'asthme bronchique (*British Medic. Journ.*, 6 février 1886).
- Backer**. — Ostéome du maxillaire supérieur (Comptes-rendus de l'Acad. de méd. d'Irlande, p. 284. Fannin et Cie, édit., Dublin, 1885).
- Barrs.** — Paralysie labio-glosso-laryngée, avec paralysie atrophique des mains (*Leeds and West riding med. chir. Soc. et The Lancet*, 13 février 1886).
- Barker** (A.). — Exirpation d'une tumeur du cou profondément située (*The Lancet*, 30 janvier 1886).
- Baumgarten** (E.). — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1886).
- Bracco.** — Guérison de la dyspnée par l'air oxygéné (*Arch. Internaz. di Otojat., Rhin, etc.*, fasc. IV, Naples, 15 octobre 1885).
- Bilton Pollard.** — Tumeur de la glande thyroïde accessoire (*Pathol. Soc. of London* et *Lancet*, 6 mars 1886).
- Boursier** (A.). — Un cas de kyste thyro-hyoïdien (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 février, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 33, 14 mars 1886).
- Bovet** (Ch.). — De la cocaïne dans le cancer de l'œsophage (*Semaine méd.*, n° 4, 27 janvier 1886).
- Bresgen** (M.). — Deux d'iodisme aigu grave (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, n° 9, 27 février 1886).
- Brigade.** — Le goître dans l'Himalaya (*The Dublin Journ. of the. med. sc.*, mars 1886).
- Chavasse.** — De la Gastrotomie comme traitement du cancer de l'œsophage (*The Lancet*, 20 février 1886).
- Chiari** (H.). — Contribution à l'étude de l'œsophagite folliculaire (*Prager med. Wochenschr.*, n° 8, 24 février 1886).
- Comptes rendus** de l'Académie de médecine d'Irlande, t. III, par William Thomson, secrétaire général (Dublin Fannin, et Cie, Grafton Street, édit. 1885).
- Gormac** (W.) Mac. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, traité d'abord par la dilatation graduelle, puis par la dilatation forcée (*The Lancet*, 30 janvier 1886).
- Debout d'Estrées.** — Un nouveau fait de goutte parotidienne (*Journ. de méd. et de Chir. de Bordeaux*, n° 26, 24 janvier 1886).
- Deichler.** — Des protozoaires parasites dans les crachats de la coqueluche (*Zeitschr f. Wissenschaftl. Zoologie* 43, Bd; 1 Heft 1886).
- Delore.** — Dilatateur de l'œsophage (*Lyon méd.*, 7 mars 1886).
- Feinberg.** — De l'action de la cocaïne (*Berliner Klin. Wochenshr.*, n° 4, 25 janvier 1886).
- Fremmert.** — De la parotide (*Congress russischer Aerzte*, 27 déc. 1885. *Petersburger Wochenschr.*, n° 4, 1886).
- Gallozzi.** — Chondrome du maxillaire inférieur (*Rif. m. dica*, n° 38, Naples 1886).
- Gros et Vautrain.** — 1^e Un cas de chondrôme pur de la glande parotide, Exirpation, guérison; 2^e Un cas de chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire. Exirpation, guérison (*Revue médic. de l'Est*, n° 2, 15 janvier 1886).

- Gulliver.** — Caneer du corps tyroïde (*Pathol. Soc. of London et The Lancet*, 6 mars 1886).
- Hassal (A.).** — Une nouvelle méthode d'inhalation, et un nouvel appareil (*The Lancet*, 30 janvier 1886).
- Hertaux.** — Epithéliome lobulé du maxillaire supérieur. (*Soc. anatomique de Nantes*, 10 février. — *Gaz. méd. de Nantes*, n° 5, 9 mars 1886).
- Hudson (Darwin).** — Etat actuel du traitement pneumatique des maladies des organes respiratoires (*The med. Record*, 9 janvier 1886).
- Hutchinson (C.P.).** — Des pansements secs (pulvérisations) dans les cavités naturelles (*Lancet*, page 300, 1886).
- Janervay (E. G.).** — Épithélioma de l'œsophage (*N.-Y. County Medic. Assoc.*, 18 janvier, *N.-Y. Medic. Journ.*, n° 4, 23 janvier 1886).
- Janervay.** — Epithélioma de l'œsophage (*N.-Y. surg. Soc. et Med. News*, 30 janvier 1886).
- Kollaczeck.** — Un cas rare de goître en partie intra-thoracique (*Breslauer aerztl. Zeitschr.*, n° 2, 23 janvier 1886).
- Kroczzak (F.).** — Des épithéliums des organes respiratoires considérés dans leur rapport avec l'infection tuberculeuse (*Medic. chir. Centr.-Bl. Vienne*, 26 février et 5 mars 1886).
- Kundrat (H.).** — Des varices de l'œsophage (*Société império-royale des médecins de Vienne*, 12 février 1886).
- Landouzy.** — Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Gaz. des hôpital.*, n° 23, 23 février 1886).
- Leplat.** — Fibro-sarcome de la région maxillaire. Opération. Présentation d'appareil. (*Soc. anatomo-clinique de Lille*, 11 janv., et *Journ. des sciences médicales de Lille*, n° 4, 20 février 1886).
- Martin et Mayor.** — Sarcome de la parotide. — Extirpation. Fistule salivaire (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 15 février 1886).
- Michael.** — Du traitement de la coqueluche (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 5, 1886).
- Mikulicz.** — Un cas de résection d'un œsophage carcinomateux, autoplastie de la partie réséquée (*Prager medic. Wochenschr.*, n° 10, 10 mars 1886).
- Monnier.** — Epithélioma de l'œsophage ; mort par inanition. Autopsie. (*Soc. anatomique*, 29 janvier 1886. *Progrès méd.*, n° 44, 13 mars 1886).
- Morton.** — Cancer siégeant au niveau du tiers de l'œsophage avec métastases dans l'estomac et le foie (*Patholog. Soc. of Philadelphia*, 14 janv. *Journ. of the Americ. m. Assoc.*, n° 4, 23 janvier 1886).
- Moure (E. J.).** — De la cocaine (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 31, 28 février 1886).
- Nègre.** — Etude sur le chlorhydrate de cocaine (*Thèse de Montpellier*, 1885-1886).
- Porte.** — Epithélioma de la lèvre inférieure (*N.-Y. Surg. med. news*, 30 janv. 1886).
- P. L.** — Une vertèbre dans l'œsophage (*Revista arg. de cienc. med.* n° 11, 2^e année, déc. 1885).
- Pianese.** — Inhalomètre dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, G. Speirani, édit., Turin, 1886.
- Poulet (V.).** — Note sur une teinture composée de piment des jardins, très efficace dans le rhumatisme musculaire, dans certaines névralgies et comme agent de révulsion dans les phlegmasies des muqueuses (*Bull. gén. de thérapeut.*, n° 3, 15 février 1886).

- Pradal.** — Contribution à l'étude du chlorhydrate de cocaïne au point de vue de ses actions physiologiques et thérapeutiques (*Thèse de Montpellier*, 1885-86).
- Retterer.** — Appareil hyoidien (*Soc. de biologie*, 20 février 1886).
- Ross (G.).** — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Montréal med. chir. Soc.*, 19 février, et *Med. News*, 6 mars 1886).
- Rothe.** — La cocaïne comme anesthésique local (*Deutsche mediz. Ztg.* no 15, 1886).
- Seifert.** — Démonstration d'appareils d'éclairage (*Sitzungsbericht der. Wisszburger phys. med. Gesellschaft*, XIV^e séance, 25 juillet 1885).
- Streckeisen.** — Contribution à la morphologie de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv.*, CIII, 1 et 2).
- Sudsgaard.** — Du goitre. Dix-huit opérations (*Hospital Tidende*, Copenhagen, 1885).
- Thornton (Knowsley).** — Gastrostomie pour l'extirpation d'une masse de cheveux de l'estomac (*Lancet*, page 57, 1886).
- Ughetti et Mattei.** — De la thyrotomie sur les chiens et le singe (*Arch. per le scienze med.*, tome IX, no 2).
- Viurva y Carreras.** — Mort subite dans la coqueluche (*Gaceta med. Catalana*, 15 janvier 1886).
- Werther.** — Quelques observations sur la sécrétion des sels dans la salive (*Plüger's Arch.*, 38, Heft 5 et 6).
- Zeiss.** — De la brucine comme anesthésique local (*Therapeutic. Gazette*, janv. 1886).

NÉCROLOGIE

M. Edouard Fournié, médecin de l'Institution nationale des sourds-muets et directeur de la *Revue Médicale Française et Etrangère*, est mort ces jours derniers à la suite d'une longue et pénible maladie.

Parmi ses travaux les plus importants nous citerons : *Étude pratique sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires.* — *Physiologie de la voix et de la parole.* — *Physiologie et instruction du sourd-muet.* — *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal.* — *Essai de psychologie, la bête et l'homme.* — *Application des sciences à la médecine.* — *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau.*

Praticien habile et doué d'une puissance d'assimilation remarquable, M. Edouard Fournié laissera, après lui, des regrets unanimes et c'est avec peine que nous voyons encore disparaître un des représentants dévoués de la science laryngologique déjà si éprouvée durant ces dernières années.