

Bibliothèque numérique



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

Vol 6, n° 6, p. 289 à 368. - 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?91487x1886x06>

TRAITEMENT LOCAL DE LA TUBERCULOSE  
LARYNGÈE (PÉRIODE ULCÉREUSE), PAR LES  
MOYENS CHIRURGICAUX,

Par M. le Dr **MASSÉI**, de Naples (1).

MES CHERS CONFRÈRES,

Le traitement local de la tuberculose laryngée est un grand problème scientifique et humanitaire que vous avez mis fort à propos en discussion. Je désire contribuer aussi, dans la mesure de mes forces, à cette importante étude, et je tâcherai de me tenir dans les limites de la question proposée, en établissant une comparaison entre les méthodes et les remèdes différents, qui ont été proposés et essayés.

Permettez-moi seulement, avant de commencer cette revue, de mentionner les formes originaires de la tuberculose laryngée, c'est-à-dire des lésions qui se produisent dans le larynx, par suite de la tuberculose, abstraction faite des complications secondaires, chondrite et périchondrite, qui contribuent bien souvent à masquer la véritable cause du mal. Ce préliminaire est indispensable pour établir solidement les bases du traitement local. Et puisque l'occasion s'en présente, je ne puis m'empêcher de revendiquer une classification élémentaire que j'ai adoptée depuis longtemps et que le Dr Heinze de Dresde a soutenue de son côté, avec quelques légères modifications. J'ai reconnu quatre formes originaires de la tuberculose laryngée :

1<sup>o</sup> La forme ulcéreuse;

2<sup>o</sup> La périchondrite arytenoïdienne, que Mackenzie accepte comme moi, mais que Heinze considère plutôt comme une infiltration tuberculaire de la muqueuse;

3<sup>o</sup> L'infiltration de cordes vocales;

4<sup>o</sup> Le dépôt des tubercules sur les cordes susdites.

Je conviens toutefois pleinement avec Chiari, Kidel, J. Mackenzie et Ariza, de Madrid (qui tout récemment

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886.

en a décrit plusieurs cas très intéressants), qu'il faut admettre une cinquième forme de tuberculose : la *poly-peuse végétante*.

Je me borne à mentionner cette classification à laquelle je tiens beaucoup, et pour ne pas m'écartez plus longtemps de mon sujet, j'ajouterai que, sans tenir compte de la forme polypeuse, qui est très rare et dans laquelle l'extirpation de la tumeur, par les voies naturelles, peut faire disparaître bien des symptômes, c'est surtout dans la forme ulcéreuse, la plus fréquente de toutes, que le traitement local est nécessaire et que l'on peut mesurer le plus exactement les effets thérapeutiques des différents remèdes locaux.

Peut-être serait-il plus rationnel de se demander tout d'abord avec quelle probabilité de succès on peut essayer un traitement local ; mais puisque, dans cette discussion, nous voulons justement savoir quels sont les moyens les plus efficaces, il est évident que ces recherches nous mettront à même de décider si la tuberculose laryngée est ou non susceptible de guérison.

Dans la forme ulcéreuse de la tuberculose laryngée, abstraction faite de l'indication causale, qui a pour but l'élimination du tissu morbide, il est hors de doute qu'il y a des symptômes spéciaux, qui appellent notre attention ; deux entre autres, qui menacent directement la vie : l'odynphagie qui conduit à l'inanition, et la laryngosténose, qui tue par suffocation.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, mes savants confrères, la manière dont commencent, procèdent et se terminent ces deux affligeantes manifestations de la tuberculose. Bien qu'on ne puisse les combattre scientifiquement et matériellement dans leur cause, il est de notre devoir de recourir sans délai à un traitement symptomatique.

Dans le traitement local de la forme ulcéreuse, nous avons donc deux partis à prendre :

1<sup>o</sup> Le traitement radical ;

2<sup>e</sup> Le traitement symptomatique.

Quoique le premier comprenne aussi le second, il faut traiter séparément de chacun d'eux, car bien des fois l'urgence ne nous permet de recourir qu'aux palliatifs. Le traitement local se fait par des modificatifs, dénomination sous laquelle nous pouvons grouper tous les moyens qui préparent la guérison locale (cicatrisation).

Le traitement symptomatique se fait : par les calmants, s'il s'agit d'améliorer la déglutition, et par la dilatation ou la trachéotomie, s'il s'agit du rétrécissement du larynx.

La disphonie est un phénomène que l'on peut fort bien négliger dans la tuberculose laryngée, pour des raisons qu'il serait oiseux de répéter ici. Au reste, elle accompagne ordinairement un des phénomènes mentionnés plus haut et alors elle est comprise dans le traitement de ces derniers; ou bien, elle est isolée, et alors elle réclame le traitement radical plutôt que le traitement symptomatique.

En commençant l'analyse de cette thérapeutique locale, il y a avantage à intervertir l'ordre des matières, en donnant la première place au traitement symptomatique.

ODYNPHAGIE.

Contre ce grave et fâcheux symptôme, on a employé la morphine, en pulvérisation ou en insufflation, la belladone (que le regretté Krishaber appliquait, dissoute avec l'extrait d'opium dans l'eau de laurier-cerise), les inhalations de vapeur d'eau avec du stramonium et de la jusquiaime, et enfin le baume du Pérou. L'emploi de ce baume est peut-être la seule partie du traitement de Schmidt mise en pratique par un petit nombre de médecins, tandis que les grandes scarifications ont été abandonnées à leur auteur. Avec ces substances, dont les unes étaient portées directement sur place, à l'aide de pulvérisateurs, tantôt seules, tantôt mêlées avec la myr-

rhe, l'eau de goudron, les alcalins, etc., on est allé de l'avant, mais avec peu de bonheur et moins de succès qu'avec les cautérisations par le nitrate d'argent, jusqu'à l'apparition d'un remède souverain, auquel tous les autres ont cédé la place : je veux dire la cocaïne. C'est en vain que la caféine et le menthol ont tenté de lui faire concurrence.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ici l'action bienfaisante de la cocaïne, contre toutes les souffrances qui accompagnent la déglutition ; je dirai seulement qu'elle m'a paru bien passagère et que, dans la forme ulcéreuse, j'ai obtenu de cet agent beaucoup moins que j'en attendais.

Je passe sous silence l'hygiène alimentaire, si connue et si nécessaire en pareille circonstance.

#### RÉTRÉCISSEMENT DU LARYNX

La dilatation graduelle du larynx, problématique dans ses effets, est encore moins indiquée dans la tuberculose laryngée, et c'est pour cela, sans doute, qu'elle a été peu pratiquée jusqu'à présent. Un de mes aides, le Dr Cardone, en a pourtant obtenu des résultats avantageux sur une malade que j'ai eu l'occasion de voir ; et, quoique je n'en sois point partisan, j'admetts qu'on peut y recourir, lorsqu'on ne veut point pratiquer la trachéotomie et qu'on ne craint pas d'augmenter l'infiltration collatérale.

Il n'en est pas ainsi de la trachéotomie que la gravité et l'irréparabilité du mal indiquent toujours au praticien.

Mon expérience personnelle m'oblige à déclarer que la trachéotomie n'exerce pas toujours une influence bienfaisante sur les conditions du poumon ; j'ai même constaté le contraire. A peine est-il besoin d'ajouter qu'avant de pratiquer cette opération, il faut reconnaître avec soin les conditions pulmonaires et l'état général du malade. Ce sont des choses parfaitement connues des spécialistes et des autres médecins. Je termine donc cet article en assignant dans des cas spéciaux, une place importante à la trachéotomie dans le traitement de la forme ulcéreuse, car cette

forme est celle qui peut déterminer le plus rapidement des phénomènes de suffocation.

Mais, dans ces derniers temps, nos aspirations sont tout autres, et un traitement radical a été essayé avec plusieurs moyens, les uns déjà anciens, les autres tout récents.

Un de ces moyens, le plus ancien de tous, est justement la cautérisation; essayée pour dompter l'odynphagie, elle fut appliquée avec confiance dans les formes ulcéreuses. Grâce à l'eschare protectrice, comme un modificateur, elle faisait concevoir de grandes espérances. Les déceptions qu'elles nous a causées ne furent pas moindres que celles qui suivirent l'emploi d'un autre succédané, la teinture d'iode.

Les pulvérisations d'acide phénique, d'acide salicylique et de résorcine au centième, ou de nitrate d'argent au millième, ne sont guère que des désinfectants ou de médiocres agents modificateurs, sur l'emploi desquels il ne faut pas compter exclusivement dans le traitement d'une maladie aussi rebelle.

Il y a, au contraire, deux remèdes qui sont employés aujourd'hui avec la plus grande confiance et sur lesquels je tiens à fixer votre attention : je veux parler de l'iodoformé et de l'acide lactique.

J'ignore à qui l'on doit l'introduction de l'iodoformé dans le traitement de la tuberculose laryngée. C'est à Milan que je l'ai vu employer pour la première fois, par Elsberg, en 1880, à l'époque du premier congrès de laryngologie, que, comme Italien je rappelle avec orgueil.

Frappé, moi aussi, des grands avantages qu'il offrait et qui sont supérieurs à ceux qu'on obtient ou qu'on peut espérer de tout autre agent, j'en devins le fauteur convaincu, et depuis lors, dans les formes ulcéreuses, je n'ai fait usage que de la solution éthérée de l'iodoformé (au tiers ou au quart) en attouchements, et je l'ai trouvée préférable aux insufflations d'iodoformé en poudre.

Je me borne à constater sans commentaires le résultat de mes observations dans le cours de six années de pratique, pendant lesquelles je me suis presque exclusivement servi de ce remède sans préventions d'aucune sorte.

Un des premiers effets bienfaisants de l'iodoforme est le calme qu'il apporte dans l'odynphagie. Sous ce rapport, son emploi m'a donné des résultats presque toujours supérieurs à ceux de la cocaïne, en ce sens que les effets de cette dernière sont trop passagers quoique plus prompts.

D'ailleurs, ces deux remèdes n'étant pas contradictoires, rien n'empêche de les employer tous deux dans le traitement local, car ils conspirent au même effet, bien que l'iodoforme puisse avoir une action plus efficace.

Après cette première amélioration, on ne tarde pas à voir se manifester une modification sensible dans le processus ulcéreux ; la sécrétion diminue, le fond de l'ulcère se découvre et des végétations granuleuses l'acheminent à la cicatrisation, tout en atténuant les phénomènes collatéraux et leurs conséquences, savoir l'infiltration des ligaments que l'on pourrait appeler *éléphantique*.

La question dont il s'agit peut être divisée en deux :

- 1<sup>o</sup> Un ulcère tuberculeux du larynx peut-il guérir?
- 2<sup>o</sup> La guérison de l'ulcère est-elle le signe de la guérison définitive de la tuberculose?

On doit répondre affirmativement à la première question; d'abord parce qu'il nous arrive bien des fois d'observer des malades évidemment affectés de tuberculose, qui, sans avoir été soumis à aucun traitement local, présentent dans la région inter-arythénoidienne un tissu cicatriciel, et parfois des végétations polypeuses; ensuite parce que nous parvenons à obtenir cette guérison par un traitement local. Sous ce rapport, je dois déclarer qu'aucun remède ne m'a donné des résultats supérieurs à l'iodoforme, et c'est avec une conviction profonde que je le proclame le remède par excellence. Je m'étonne

même que tout le monde ne soit pas d'accord pour lui rendre cet honneur.

J'ai été cependant un des plus incrédules au traitement local de la tuberculose par l'iodoforme; pendant plus de dix ans, je n'ai employé que la morphine, le nitrate d'argent, l'opium, la teinture d'iode, le baume du Pérou, etc.

Quant à la seconde question, permettez-moi d'exprimer franchement mon opinion sur ce point, qui est le plus important et sur lequel à mon sens sont tombés dans l'erreur ceux qui se sont prononcés sans avoir fait des observations suffisantes.

Même dans les cas de tuberculose primaire du larynx, après que la cicatrisation de l'ulcère a eu lieu, j'ai toujours vu, ou se reproduire la maladie, ou se déclarer des phénomènes pulmonaires. Parmi les individus affectés de tuberculose primaire ou secondaire, ayant reçu mes soins, il n'en est peut-être pas un seul qui soit encore en vie. Les quelques cas cités par des auteurs devraient être scrupuleusement contrôlés, car souvent plusieurs mois après la cicatrisation, on voit apparaître des signes de tuberculose dans le larynx ou sur le poumon.

Ainsi donc, je crois *parfaitemen*t à la possibilité de guérir la forme ulcéreuse de la tuberculose laryngée, mais je ne puis considérer la *cicatrisation* d'un ulcère tuberculeux du larynx comme un indice de *guérison définitive* de la tuberculose. C'est là, cependant, le but que le médecin doit atteindre à tout prix; car sa conscience lui en fait un devoir. Mais jusqu'à présent, nous n'avons pas de garanties pour un heureux pronostic.

Dans ces derniers temps, j'ai expérimenté l'acide lactique dont Krause et Jelineck ont tant parlé, et je l'ai appliqué principalement dans la forme ulcéreuse.

Je suis allé jusqu'à la dose de 80 %, après l'application de la cocaïne. Je n'ai pas constaté des effets supérieurs à ceux de l'iodoforme, mais il m'a semblé aussi un

remède efficace, un moyen local qui gagnera du terrain sans discréder son prédécesseur.

Je ne puis quitter ce sujet sans faire quelques observations à propos de nouveaux moyens curatifs, qui sont issus des idées modernes sur la nature infectieuse de la tuberculose.

Il y a déjà quelque temps que j'emploie, comme détersif, avant les attouchements avec l'iodoforme et l'acide lactique; les pulvérisations d'une solution au 1.000<sup>e</sup> de sublimé corrosif. J'ai reconnu que l'union de ces deux remèdes produit des effets plus rapides et je la recommande. Cela tient, on le comprend sans qu'il soit besoin de le rappeler ici, aux propriétés antiparasitaires et bien connues du sublimé corrosif. Toutefois, je conseillerais de l'employer toujours sous forme de pulvérisation, non seulement lorsqu'on a affaire à une forme ulcéreuse, mais aussi comme moyen préventif contre une localisation laryngée dans le cas de tuberculose pulmonaire.

La solution de sublimé pourrait rendre stérile le terrain sur lequel se développent si facilement les bacilles de Koch.

Naples, avril 1886.

Ferdinand MASSEI,

#### DES BOURDONNEMENTS D'OREILLE DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

par le Dr E. MÉNIÈRE (1).

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de malades dyspeptiques, gastralgiques affectés de bourdonnements et de surdité.

Beaucoup d'entre eux m'étaient adressés par mon confrère et ami le Dr Leven qui me demandait mon opinion sur l'état des oreilles de ses malades et allait même souvent au-devant du diagnostic en m'écrivant que les phénomènes observés du côté des oreilles étaient dus, suivant lui, à la maladie de l'estomac.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1886.

Dans certains cas, je notai de la dysécée avec ou sans bourdonnements ; dans certains autres, des bruits plus ou moins forts, sans la moindre diminution de l'ouïe.

J'employai pour ces différents malades, les moyens les plus variés de la thérapeuthique otologique, et dans la grande majorité des cas, je n'obtins que des résultats insignifiants.

Il n'existe pas de lésions apparentes, ni dans l'oreille externe, ni dans l'oreille moyenne. En présence de faits précis, nettement indiqués par des malades soigneusement interrogés et examinés, il fallait bien admettre que la cause devait en être cherchée dans l'oreille interne.

On pouvait trouver aussi une certaine relation entre ces symptômes et ceux du vertige observé depuis long-temps par nos maîtres, appelé *vertige stomacal*.

Mes recherches à ce sujet dans les livres classiques ont été infructueuses ; les rares auteurs qui parlent de ces bruits comme étant causés par une maladie d'estomac, se contentent de les mentionner sans entrer dans aucun détail et sans chercher à les expliquer.

J'avais recueilli sur ce point intéressant quelques observations dont je cherchais à tirer parti lorsque, en 1879, parut dans les Archives de médecine, un travail d'Edouard Woakes (de Londres), sur la relation qui existe entre le vertige stomacal et le vertige auriculaire.

Cette étude anatomique et physiologique pleine d'intérêt me semblait donner la clef de certains phénomènes encore mal expliqués.

Je vais la résumer aussi brièvement, mais aussi clairement que possible,

« L'oreille interne est alimentée exclusivement par l'artère vertébrale (et ses branches) qui est voisine du ganglion cervical inférieur. En outre, ce ganglion cervical inférieur reçoit un filet nerveux du pneumogastrique. Ces diverses communications anastomotiques nerveuses, expliquent les relations qui existent entre l'estomac et le labyrinthe.

» En résumé, ce ganglion cervical inférieur a, entre autres fonctions, celle de réunir au labyrinthe, le cœur, l'estomac et la partie supérieure du tube digestif. Il existe donc une sympathie étroite entre ces organes si éloignés, en vertu de l'action régularisatrice que ce ganglion exerce sur la circulation du labyrinthe. C'est la stase sanguine dans les vaisseaux de l'oreille interne qui comprime l'endolymphé et détermine le vertige. »

A mon sens, ce mécanisme peut expliquer les causes des bruits et de la surdité que j'ai rencontrés chez beaucoup de dyspeptiques. Des troubles plus ou moins violents existant d'une façon constante dans l'estomac ont un retentissement sur le pneumo-gastrique qui, par action réflexe, transmet l'irritation au ganglion cervical inférieur, au nerf cardiaque et finalement exerce une action sur l'artère vertébrale. La modification de la circulation de ce gros vaisseau et de la bronche, cause dans le labyrinthe, soit une hypérémie, soit une stase sanguine ; l'endolymphé subit des pressions différentes, et l'oreille interne se trouve devenir le siège d'une lésion plus ou moins grave, plus ou moins étendue des radicules terminales du nerf auditif, lésion dont on ne connaît pas la nature.

Il serait curieux de savoir quelles sont les modifications qui peuvent produire soit la surdité avec ou sans bourdonnements, soit les bourdonnements sans surdité. Cette dernière variété existe bien réellement : j'en ai maintes preuves, et les faits vont à l'encontre de l'opinion de la majorité des otologistes qui pensent que les bruits subjectifs sont toujours les avant-coureurs certains d'une diminution ou d'une perte de l'ouïe.

Parmi les observations recueillies, il en est quelques-unes qui m'empêchent d'accepter cette manière de voir. Quoi qu'il en soit, la théorie de M. Woackes, basée sur les données anatomiques, me semble devoir expliquer ce qu'on observe. A partir de cette époque (1880), je continuai à prendre des notes sur les malades dyspeptiques

que les hasards de la pratique amenaient chez moi, lorsqu'une chance malheureuse me mit à même d'observer un cas des plus nets. Il s'agit de moi, et voici mon observation.

OBS. I. — Février 1884. Quarante-quatre ans. Bonne santé habituelle, aucune diathèse appréciable ; probablement arthritique sans avoir ressenti jamais aucune manifestation (une tante de quatre-vingts ans a eu des poussées eczémateuses aux mains, et du diabète).

En 1874, état dyspeptique très violent; malaises nombreux, dilatation stomachale facile à constater. Je n'entrerai pas dans les détails qui sont connus, mais, après des soins et des traitements variés qui n'avaient produit que de minimes résultats, je me mis à un régime sévère, et moyennant une attention soutenue, je me maintins dans un état relativement bon. L'appétit fut toujours excellent.

En février 84, dans la journée, il me sembla entendre dans mon oreille gauche, un susurreus léger, un bruissement continu, forme bjiiiii... Avec un peu d'attention, je m'en rendis compte, et il n'y avait pas d'erreur possible. Je crus à un effet temporaire, fermeture de la trompe, inflexion du tympan, etc. Je mis en œuvre une foule de petits moyens usités en pareil cas, sans obtenir un grand changement, puis je n'y pensai plus.

Pendant 4 ou 5 jours, je ressentis la même impression sonore et, un peu agacé, je me servis des grands moyens, sans pouvoir modifier en rien mon bjiiiii...

Je dois noter ici qu'à la fin de 1883 j'avais eu quelques crises dyspeptiques beaucoup plus fortes que par le passé.

Je mesurai à cette époque mon audition ; elle était normale.

Tous ces phénomènes me parurent si bizarres que je ne pouvais m'en rendre compte ; mais comme, après tout, ce bruit n'était pas très fort, je patientai, m'en remettant toujours au lendemain pour savoir ce qu'il adviendrait.

Vers la fin de 1884, il me sembla que ce bruissement était

un peu plus faible, le soir, car dans la journée les bruits extérieurs l'annulaient presque complètement.

Il en fut de même en 1885, jusqu'en septembre, époque à laquelle j'eus une crise beaucoup plus forte et quelques légers vertiges survenant de 3 à 5 heures après les repas.

Alors le bruit s'accentue par moment, et depuis un mois environ, c'est presque continu. Toujours le *biiiiiii* que j'entends, sans modification aucune, sauf pendant la nuit. Lorsque je me bouche l'oreille d'une façon quelconque, je le perçois un peu plus fort.

A la suite d'une digestion difficile, il s'accentue toujours un peu, pour redevenir plus faible lorsque la crise est passée.

La marche, le grand air, les exercices du corps, le diminuent un peu, le travail continu, la contention d'esprit, les secousses morales l'augmentent toujours. C'est un va-et-vient perpétuel dont je ne puis prévoir la fin.

L'audition est restée bonne; jamais de battements, jamais d'autophonie. Qu'arrivera-t-il dans l'avenir? Suis-je menacé de surdité? Quelle est la lésion cause?

Pour ma part, je suis convaincu qu'il existe dans l'oreille interne une modification qui est sous l'influence de l'innervation de l'estomac.

Telle est mon observation; je l'ai prise avec soin, et il m'a fallu éprouver par moi-même ce bruissement si désagréable, pour me rendre un compte exact de ce qui pouvait se passer chez d'autres malades, et tâcher d'en saisir les causes. Je suis absolument convaincu de l'influence des maladies de l'estomac sur l'appareil auditif et l'opinion ancienne de M. Leven me paraît être très vraie.

Je vais maintenant donner certaines observations prises parmi celles que j'ai recueillies depuis quelques années et qui me paraissent des plus probantes.

OBS. II. — 1880. — Quarante-neuf ans, assez bonne santé habituelle; tempérament sanguin; pas de diathèses appréciables. Dyspeptique depuis trois ans, a été soigné à plusieurs reprises par des médications variées; intermittences dans son

état qui est tantôt bon, tantôt mauvais. Depuis 4 mois, il a des bourdonnements dans l'oreille droite d'une façon continue (eau bouillante), avec variations dans la force. Ils sont venus subitement. L'examen ne révèle aucune lésion dans l'oreille externe ou moyenne.

Soigné pendant deux mois par des médications différentes, aucune modification dans son état. Il n'existe pas la moindre surdité.

Revu en 1883, sa dyspepsie est presque guérie, le bruit de l'oreille droite a diminué, mais n'a jamais cessé complètement.

OBS. III.— 1881.— M<sup>me</sup> X..., trente-neuf ans, maigre, lymphatique, sans antécédents marqués, m'est adressée par le Dr Leven. Dyspeptique depuis trois ans, affligée depuis huit mois de bruits continuels dans l'oreille gauche, ressemblant à un sifflement léger qui est survenu du jour au lendemain, à la suite d'une crise violente de gastralgie. Il existe un peu de surdité qu'elle déclare nettement avoir vu apparaître à la même époque que les bruits. Un examen très attentif de l'appareil auditif ne me révéla pas la moindre lésion apparente. La perception crânienne des diapasons divers est normale.

Soignée par le Dr Leven, pour son affection d'estomac pendant trois mois; revient me voir au bout de quatre mois. La surdité est la même, mais les bruits ont diminué, et cessent même quelquefois pendant plusieurs heures, lorsque son estomac ne la fait pas souffrir.

Cette malade se rend très bien compte de l'exacerbation des bruits à la suite des crises de gastralgie.

Dans cette observation comme dans la suivante, les phénomènes sont nettement caractérisés.

OBS. IV.— 1885.— M. X... cinquante-quatre ans, maigre, sec, nerveux, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires, a été atteint, au commencement de 1885, de dyspepsie violente avec gastralgie, etc. Cette maladie d'estomac a eu un très fort retentissement sur la santé générale; du mois de

mars au mois de juin, il a été pris de vertiges, de sensations de tournoiement, et d'étouffements continuels amenant presque la syncope. Il lui semblait, disait-il, *qu'il allait mourir à chaque instant.*

En même temps que ces symptômes, il ressentit dans l'oreille gauche des bruits assez forts qui le gênaient et par moments l'exaspéraient (bruits de chaudière).

Quand les crises gastralgiques étaient plus intenses, le bourdonnement augmentait pour diminuer ensuite.

Au moment où ce malade vient chez moi (juillet 1885) il se sent beaucoup mieux depuis un mois; l'estomac est presque remis. Il se nourrit bien, et si ce n'était le bruissement, il se considérerait comme guéri.

Je ne trouve aucune lésion dans la trompe ni dans la caisse, rien en somme qui puisse expliquer les symptômes qu'il a éprouvés. J'ajouterai, chose singulière, pas de surdité appréciable.

Je l'ai soumis à l'électricité statique pendant 12 heures et M. X... m'assura que ces bruits avaient diminué.

Obligé de s'absenter pour affaires importantes, il partit en province.

Je l'ai revu en décembre 1885. Sa santé est très bonne, et le bourdonnement est si minime qu'il se considère comme guéri.

Je tiens à donner encore une observation qui m'a paru excessivement intéressante au point de vue de l'explication des bruits subjectifs :

OBS. V. — (Mai 1883.) M. X..., quarante-deux ans, de bonne constitution, n'a pour ainsi dire jamais été malade; a eu des ascendans goutteux.

Il habite les colonies où il a contracté, il y a dix-huit mois, une forte dyspepsie flatulente avec dilatation de l'estomac constatée, qui l'a fait beaucoup souffrir.

En juin 82 (alors qu'il souffrait déjà depuis quelques mois), un jour, vers quatre heures, après un déjeuner très copieux, il entendit tout à coup dans son oreille gauche, un bruit de

sifflet qui augmenta de force dans l'espace d'une minute à peu près, et fut suivi d'un vertige rapide.

Dans la soirée, à cinq ou six reprises, le même bruit se renouvela accompagné du vertige, fugace, très rapide, sans nausées ni vomissements.

Pendant trois jours il resta dans cet état pénible, le sifflement plus fort précédant toujours le vertige ; lorsque ce dernier cessait, le bruit disparaissait assez peu de temps après.

Interrogé avec soin, il déclare avoir observé que son audition n'avait pas varié pendant la période de maladie.

En avril 1883, nouvelle crise de dyspepsie ; cette fois le sifflement arriva progressivement, beaucoup moins fort qu'en 1882, toujours continu, mais sans le moindre vertige. Ce malade vint chez moi en mai 1883. Les oreilles externes et moyennes sont intactes. Je m'abstins de tout traitement local, et étant donné le triste état de l'estomac, je ne pus lui prescrire le bromure à haute dose qui m'a réussi quelquefois.

L'audition, examinée attentivement, me parut n'avoir baissé que de 10 à 15 %, à peu près. M. X. repartit aux Colonies, et m'écrivit en 1884 que son estomac était à peu près remis et que le bourdonnement, quoique continu, était assez léger. L'audition n'était ni meilleure, ni pire.

J'arrête ici mes citations ; j'ai cherché, parmi les 43 observations que j'ai prises, celles qui me paraissaient les plus propres à démontrer l'action du système nerveux splanchnique sur la circulation de l'oreille interne, d'après les idées de M. Woackes.

M. Leven, avec qui j'ai causé dernièrement de cette question, m'a dit posséder des centaines de faits dans lesquels il a trouvé de la surdité, des bourdonnements. D'après lui, on rencontre ces phénomènes dans toutes les maladies de l'estomac, cancer, ulcère, dyspepsie, etc. Son opinion est des plus catégoriques. Il admet que la théorie de Woackes peut expliquer ce qu'on observe, mais, il ajoute que les centres nerveux peuvent agir *directement*,

en dehors de toute autre cause. Je n'ai pas à discuter ce point, cela m'entraînerait trop loin.

L'observation qui m'est personnelle me paraît assez nette pour éclairer le diagnostic ; s'il n'y a pas certitude, il y a au moins présomption.

Le professeur Bouchard a noté aussi de la surdité, des bruits et des vertiges dans les maladies de l'appareil digestif.

En somme, ces bourdonnements de natures diverses, ont bien leur point de départ dans l'oreille interne. Mais, comment ces changements de pression sur l'endolymph, mettent-ils en vibrations continues ou intermittentes les organes de Corti ? De quel genre est la lésion temporaire existant lorsque les bruits disparaissent plus tard ? Pourquoi chez certains malades existe-t-il de la surdité, et pourquoi n'en trouve-t-on pas chez d'autres ?

L'anatomie pathologique nous est tout à fait inconnue !

Il reste donc acquis que les affections de l'estomac ont un retentissement considérable du côté de l'appareil auditif.

Les bruits perçus sont de natures variées, mais ceux qui se rencontrent le plus fréquemment sont des bruits non rythmés, sifflements, eau bouillante, bruissements divers, etc., mais, chose à noter, jamais de battements isochrones au pouls.

Voici quelques autres indications sur les 43 faits que je possède.

27 femmes. — 17 hommes.

Mono-auriculaire	{	D — 13	= Biauriculaire 1.
		G — 29	
		De 20 à 30 ans....	1.
		30 à 40 — ....	11
		40 à 50 — ....	27
		50 à 60 — ....	3

Audition, 100 étant l'échelle auditive normale.

Audition à 10 0/0.....	6
— à 25 0/0.....	4
— à 50 0/0.....	9
— à 75 0/0.....	7
— de 95 à 100 0/0.....	17

Chez 17 sujets, j'ai donc trouvé l'audition normale, ce qui contredit dans une certaine mesure les assertions des otologistes regardant les bruits subjectifs comme étant toujours la première étape de la surdité.

Il serait sans doute intéressant de faire un parallèle entre les bourdonnements causés par les diverses lésions de l'appareil auditif, et ceux qui sont liés à des affections stomacales, mais cela m'entraînerait au-delà des bornes que je me suis tracées.

#### CONCLUSIONS

Il résulte des faits observés qu'on peut devenir sourd par l'estomac; cette locution n'est pas très scientifique, mais elle est claire et précise.

Les otologistes doivent rechercher avec soin, chez les malades qui se plaignent de bourdonnements et de surdité, si cet état n'est pas dû à l'influence d'une maladie de l'appareil digestif.

Le diagnostic est rendu plus précis encore par l'absence de lésions dans les oreilles externes ou moyennes.

Les bruits peuvent se montrer avant les premiers symptômes de la maladie d'estomac. Mais, on les voit le plus habituellement apparaître vers la deuxième ou troisième année, et quelquefois beaucoup plus tard.

D'après mon observation, ils n'affecteraient généralement qu'une seule oreille; M. Leven m'a dit les avoir souvent rencontrés des deux côtés.

La surdité est variable; quelquefois elle est très forte, et à ce degré le plus souvent incurable.

La diminution ou l'augmentation des bruits suit assez

exactement, dans certains cas, la marche descendante ou ascendante de l'état dyspeptique.

La thérapeutique locale ne donne généralement que d'assez médiocres résultats.

Cependant l'*électricité statique* (dont je parlerai plus tard) m'a permis d'obtenir quelques bons effets, dans la période aiguë des bruits.

L'indication la plus rationnelle, consiste à soigner avec persévérance la maladie d'estomac qui est le point de départ de ces accidents si pénibles, pouvant entraîner des désordres graves.

Le bromure de potassium, à hautes doses, réussit dans certains cas, quand il est supporté par les malades.

Enfin, il est à craindre, dans certaines circonstances, que les lésions de l'oreille interne, quoique peu sérieuses, soient assez constantes pour déterminer la persistance des bruits sujectifs, à un degré plus ou moins fort.

MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE  
DES LARYNGOPATHIES

par le Dr MOURA (1).

La théorie de la voix humaine est une des questions scientifiques qui ont provoqué le plus de recherches et le plus d'expériences parmi les physiciens, les anatomistes, les physiologistes et les professeurs de chant. Elle est encore aujourd'hui sans solution satisfaisante.

La découverte du laryngoscope, il y a 25 ans, devait, dans l'esprit du plus grand nombre des spécialistes, aplani les difficultés en mettant sous les yeux le fonctionnement de l'organe vocal. Il y eut même un moment d'engouement, car l'idée du miroir laryngien, si longtemps attendu, date de loin, comme toute idée humaine. A cet égard, permettez-moi, chers et savants collègues,

(1) Communication faite à la Société franç. d'otologie et de laryngologie, séance du 29 avril 1886.

de vous citer un passage retrouvé dans mes notes et pensées du commencement de l'année 1850. Ce passage donne une entière confirmation à ce que j'écrivais à la première page de mon traité de laryngoscopie pratique, éd. 1865.

J'étais alors élève à l'École de perfectionnement du Val-de Grâce, et, selon mon habitude, je fixais sur un carnet mes réflexions journalières. Voici le passage en question :

« Faire un instrument qui porte un petit miroir à l'extrémité d'une tige afin qu'en introduisant ce miroir au fond de la bouche, il permette de voir (*avec un réflecteur s'il est nécessaire*) la glotte, le larynx, la partie supérieure du pharynx, la partie postérieure des fosses nasales, etc. Le miroir pourra être fixé et avoir une certaine direction calculée d'avance. » (1)

J'avais entièrement oublié cette note lorsque Czermak vint en 1860 nous montrer un laryngoscope éclairé à l'aide d'un réflecteur. J'ai donc raison de soutenir : « Les idées sont de droit commun ; elles n'ont aucune valeur scientifique tant qu'elles ne sont pas réalisées au point de vue de la pratique. »

Désireux de suppléer à l'insuffisance des études laryngoscopiques et à l'inanité de vivisections nouvelles, j'avais eu l'idée, dès l'année 1864, de chercher la solution du problème dans les mesures millimétriques des diverses parties de l'appareil de la voix et surtout des lèvres de la glotte, connues, depuis si longtemps, sous le non significatif de *cordes vocales* !

En 1872 seulement j'ai pu réaliser mon idée. Le bienveillant accueil que je reçus de la part de Béhier, de son chef de clinique, Henri Liouville, et des internes me permit de me livrer à des recherches minutieuses pendant plusieurs années dans la clinique et le laboratoire de

(1) L'idée même de l'emploi du réflecteur pour éclairer le laryngoscope est antérieure de 10 ans à son application par Czermak.

l'ancien Hôtel-Dieu et de former en même temps une collection de plus de 80 pièces d'anatomie pathologique sur les maladies de l'organe de la voix. C'est la nomenclature et la classification de ce musée pathologique spécial que j'ai l'honneur de soumettre à l'attention de mes collègues de la Société. Quelques pièces ont été malheureusement perdues ou détériorées dans le transport des bocaux au nouvel Hôtel-Dieu.

PREMIÈRE CLASSE OU SÉRIE A.

*Laryngo-phtisies générales.*

La tuberculose est arrivée au dernier degré de généralisation, elle a atteint et détruit plus ou moins profondément le larynx et les voies respiratoires.

N° 1. — Autopsie du 22 août 1871.— Salle Sainte-Jeanne 33.

Larynx — Ulcérations multiples de la muqueuse arythénoidienne et de l'épiglotte.

N° 2. — Autopsie du 6 février 1872.— Salle Sainte-Jeanne 1.

Larynx; 20 ans. — Ventriculite ulcéreuse double. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire gauche.

N° 3. — Autopsie du 8 mars 1873.— Salle Saint-Antoine, 32.

Muqueuse pharyngo-laryngée en voie de destruction, cartilages arythénoides à nu.

N° 4 — Autopsie du 9 mars 1872.— Salle Sainte-Jeanne, 40.

Ulcérations profondes de la muqueuse du larynx. Débris de muqueuse sur le bord des lèvres de la glotte simulant des végétations cancéreuses et polypes. Orifices ventriculaires rongés.

N° 5. — A., 30 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 9. —

Vestibulite ulcéreuse. Injection et érosions de la muqueuse laryngo-trachéale; la partie la plus atteinte est l'épiglotte.

N° 6. — A., 30 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 11. —

Arythénocordite double. Ulcérations superficielles.

N° 7. — A., 4 avril 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 29. —

Arythénovestibulite ulcéreuse droite. Ulcération profonde sur le repli sus-glottique droit, ayant 15 mill. de long. Le

repli sus-glottique gauche est rongé. Ulcérasions miliaires multiples sur la muquenue crico-trachéale.

N° 8. — A., 12 avril 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 7. — ●  
30 ans. Crico-arythéo-cordite ulcéro-membraneuse. Ulcérasions multiples, granulo-phymiques cricoïdiennes.

N° 9. — A., 27 avril 1873. — Salle Saint-Antoine, 22. —  
Laryngite ulcéreuse. Ulcérasions multiples sur la muqueuse du larynx, rares sur celle de la trachée.

N° 10. — A., 28 mai 1873. — Salle Saint-Antoine, 23. —  
Laryngite tuberculeuse. Ulcérasions sur les lèvres de la glotte et dans les ventricules. Arythéoïde droit nécrosé.

N° 11. — A., 27 octobre 1873. — Salle Sainte-Jeanne. —  
La tuberculose a envahi et ulcéré poumons, trachée, larynx, intestins. Ulcérasions laryngées, œdème de la glotte.

N° 12. — A., 8 décembre 1873. — Salle Saint-Antoine, 26.  
— 48 ans — Laryngite ulcéreuse profonde. Muqueuse et arythéoïdes détruits. Ulcérasions granulo-caséuses jusque dans l'intestin.

N° 13. — A., décembre 1873 — Salle Saint-Antoine. —  
Ventriculite et arythéo-cordite ulcéro-granuleuse double.  
Œdème de la glotte.

N° 14. — A., 11 juin 1874. — Salle-Sainte-Anne, 1. — La muqueuse du larynx est envahie par l'ulcération phymique depuis l'épiglotte jusqu'à la trachée.

N° 15. — A., 3 juillet 1874. — Salle Saint-Bernard, service de M. Guéneau de Mussy. 67 ans. Dégénérescence granulograisseuse de tous les cartilages du larynx et de la trachée. Villosités hypertrophiques dans l'amygdale droite.

N° 16. — A., du 4 juillet 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 20. —  
70 ans. Arythéoïdite double. Ulcération membraneuse et superficielle de la face interne des arythéoïdes.

N° 17. — A., 13 juillet 1874. — Salle Sainte-Jeanne, 6. —  
19 ans. Ventriculite ulcéro-membraneuse double. Pièce perdue.

N° 18. — A., 23 juillet 1874. — Hôpital Beaujon, service de M. Moutard-Martin. — Crico-arythéo-cordite double. Epistaxis rebelle dont le siège fut révélé par l'autopsie sur le

cornet moyen gauche; l'extrémité antérieure de ce cornet était détruite par l'ulcération tuberculeuse.

•N° 19.— A., 5 août 1874.— Salle Sainte-Jeanne, 21. — 28 ans.

Chondrite thyréoïdienne. Abcès pré-thyréoïdien ouvert dans le larynx. Le pus formait collection au-devant de la pomme d'Adam et avait soulevé les muscles hyo-thyréoïdiens.

N° 20. — A. 21 août 1874.— Salle Sainte-Jeanne. — 21 ans.

Laryngo-trachéite ulcéruse, toute la muqueuse est le siège d'ulcérations granuleuses.

N° 21. — A., 25 août 1874.— Salle Saint-Raphaël, 13. —

47 ans. Crico-arythénocordite droite profonde et ventriculite gauche. Ulcérations miliaires sur la partie postérieure de la lèvre vocale droite.

N° 22. — A., 9 septembre 1874.— Salle Sainte-Anne, 30.—

Chondrite thyréoïdienne; abcès intra et péri-laryngien.

Œdème vestibulaire. Sur cette pièce on voit comment le pus tuberculeux a contourné le cartilage thyroïde de dedans en dehors et a produit des perforations et des destructions très étendues.

N° 23. — A., 29 août 1874.— Salle Sainte-Martine. — 24 ans.

Ventriculite double, à gauche au début, ulcéruse à droite.

Face interne des arythénoides légèrement atteinte. Pneumonie caséeuse avec cavernes à gauche. Aspect, tranche de savon ou de saucisson dans tout le poumon.

N° 24. — A., 2 novembre 1874.— Salle Sainte-Anne, 25. —

46 ans. Ulcérations multiples. Infiltration granuleuse de toute la muqueuse. Séquestre de l'arythénoid droit.

N° 25. — A., 28 décembre 1874.— Salle Sainte-Jeanne. —

75 ans. Ulcérations granuleuses de toute la muqueuse glottique et vestibulaire, l'épiglotte excepté. Absence normale de la grande corne droite du thyroïde.

N° 26. — A., 1874 — Salle Sainte-Jeanne. — Ulcé-

rations phymiques sur toute l'étendue de la muqueuse broncho-trachéo-laryngée; les parties les plus atteintes sont le vestibule et les premiers anneaux de la trachée qui sont à nu. La trachée a 16 anneaux. — Pièce recueillie par H. Liouville, chef de clinique.

- N° 27. — A., 12 janvier 1875 — Salle Sainte-Jeanne. —  
30 ans. Ventriculite ulcéruse superficielle double.
- N° 28. — A., 15 janvier 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 27. —  
53 ans. Cricoïdite ulcéruse nécrosique. — Abcès ouvert  
dans l'œsophage près de son entrée. — Œdème vestibulo-  
glottique. — Pièce perdue.
- N° 29. — A., 19 février 1875 — Salle Sainte-Anne. —  
26 ans. Arythéno-cordite ulcéruse double. Arythénoïde  
droit détruit. Apophyse antérieure de l'arythénoïde gauche  
à nu. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire avec insertion  
hyoïdienne à droite.
- N° 30. A., 20 février 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 38 ans.  
Arythéno-cordite double, ulcéruse. Arythénoïde gauche à  
nu. Ventriculite gauche au premier degré. Muscle hyo-  
thyroïdien à insertion supérieure à droite de la ligne  
médiane de l'hyoïde.
- N° 31. — A., février 1875. — Salle Sainte-Anne. — Crico-  
trachéite ulcéruse profonde. Cartilages de la trachée  
dénués. Légère compression de la trachée par le corps  
thyroïde hypertrophié. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire  
à insertion droite sur le corps thyroïde.
- N° 32. — A., 1<sup>er</sup> mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 32. —  
Laryngite ulcéruse profonde. Muqueuse en voie de des-  
truction dans toute son étendue. Le bord de l'épiglotte est  
rongé à droite et le bord du repli arythédo-épiglottique  
l'est aussi à gauche. Apophyse de l'arythénoïde ulcérée.
- N° 33. — A., 4 mars 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 28. —  
41 ans. Arythénoïdite droite ulcéruse profonde. Muqueuse  
en voie de destruction sur les côtés du vestibule, sur le cri-  
coïde et dans la trachée. Infiltration granulaire et œdème  
de l'épiglotte.
- N° 34. — A., 8 mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 2. —  
60 ans. Laryngite au dernier degré de la désorganisation  
ou gangrène phymique. Epiglotte infiltré, ayant la forme  
d'un museau de tanche et détaché à droite par une pro-  
fonde ulcération du repli arythéno-épiglottique. Anneaux  
de la trachée nécrosés.

- N° 35. — A., 19 mars 1875. — Salle Saint-Raphaël, 30. —  
19 ans. Arythénoïdite double. Apophyse de l'arythénoïde gauche ulcérée et à nu. Plaques d'aspect syphilitique sur la base de la langue et dans le vestibule, dénaturées par le chloral. Sur cette pièce, il y avait tendance de la maladie vers la guérison.
- N° 36. — A., 23 mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 39. —  
44 ans. Laryngite ulcéreuse profonde. Muqueuse en voie de destruction dans toute son étendue. Face interne de l'arythénoïde gauche à nu.
- N° 37. — A., 6 avril 1875. — Salle Sainte-Anne. — Arythénoïdite ulcéreuse double, plus prononcée à gauche; reste du larynx indemne. Pièce perdue.
- N° 38. — A., 7 avril 1875. — Salle Sainte-Anne, 13. —  
Laryngite ulcéreuse. Ulcérasions miliaires multiples sur toute la muqueuse avec infiltrations granulaires jusqu'à la trachée. Arythénoïdes droit et gauche à nu.
- N° 39. — A., 19 mai 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 32. —  
35 ans. Trachéo laryngo-pharyngite ulcéreuse. Muqueuse en voie de destruction depuis la base de la langue jusqu'à la trachée inclusivement. Nécrose arythénoïdienne gauche et ulcérasions à droite.
- N° 40. — A., 7 octobre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. —  
20 ans. Arythénoïdite ulcéreuse gauche. Ulcérasions granulo-miliaires sur la muqueuse laryngée.
- N° 41. — A., 15 octobre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 2. —  
52 ans. Ventriculo-cordite ulcéreuse avec œdème vestibulaire. Lèvres vocales et ventricule droit ulcérés.
- N° 42. — A., 5 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. —  
Trachéo-laryngo-pharyngite ulcéreuse. Muqueuse en voie de destruction, surtout sur la base de la langue, le voile du palais, le pharynx et le vestibule. Infiltration granuleuse générale. Le bord de l'épiglotte non ulcétré est infiltré, œdématisé.
- N° 43. — A., 9 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. —  
44 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double avec perforation de la muqueuse au niveau des apophyses arythénoïdiennes.

- N° 44. — A., 2 décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 32. —  
31 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double, membraneuse ou superficielle. Epiglotte légèrement œdémateuse à son bord libre. Muqueuse du larynx un peu infiltrée.
- N° 45. — A., 15 décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 3. —  
41 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse droite. Ulcérations superficielles de la lèvre vocale droite et de l'arythénoïde droit. œdème vestibulaire très prononcé.
- N° 46. — A., décembre 1875. — Laryngite ulcéreuse profonde. Séquestre des deux arythénoïdes. Région ventriculaire rongée. Insertion antérieure des lèvres vocales et étoile des sillons laryngés détruites ; thyroïde à nu sur ce point.
- N° 47. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Anne. — Laryngite ulcéreuse profonde très avancée. Arythénoïde droit en partie détruit. Muqueuse ulcérée et infiltrée, à aspect cancéreux.
- N° 48. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 30. —  
Arythéno-cordite ulcéreuse profonde, double. — Arythénoïde gauche en partie détruit. Etoile des sillons ulcérée et laissant à nu le cartilage thyroïde. Lèvres vocales fortement atteintes dans leurs fibres ligamenteuses. Epithélium détruit sur le cricoïde.  
Les numéros 47 et 48 sont dans le même bocal.
- N° 49. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. —  
Trachéo-laryngo-pharyngite ulcéreuse profonde. Lèvre vocale droite détruite, ainsi que le repli arythéno-épiglottique gauche. Ulcérations miliaires sur la muqueuse trachéale, à droite surtout.
- N° 50. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. —  
24 ans. Trachéo-laryngite ulcéreuse. Bord de la lèvre vocale droite détruit. Arythénoïde gauche en partie détruit. Ulcération miliaire sur la trachée et le cricoïde.
- N° 51. — A., décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — Arythéno-ventriculite ulcéreuse gauche, 2<sup>e</sup> degré, avec arythénoïde à nu sur sa face externe. Vestibulo-ventriculite droite ulcéreuse au 2<sup>e</sup> degré.

- N° 52. — A., 23 décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 44 ans. Arythéno-ventriculite ulcèreuse double au 1<sup>er</sup> degré ou superficielle. Œdème pharyngo-laryngé faisant partie d'une suffusion séreuse générale.
- N° 53. — A., 24 mars 1876. — Salle Sainte-Anne. — 25 ans. Arythéno-cordite ulcèreuse double au 2<sup>e</sup> degré ou membraneuse. Ulcérasions superficielles multiples de la muqueuse vestibulaire.
- N° 54. — A., 29 mars 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 25 ans. Laryngite ulcéro-membraneuse. Arythénoïde droit à nu à sa pointe apophysaire. Epiglotte et trachée normales.
- N° 55. — A., 24 avril 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — Crico-trachéite ulcéro-chondreuse ou profonde avec dégénérescence graisseuse ou nécrosique : le côté droit de la trachée est le plus atteint. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire avec ses deux attaches à gauche de la ligne médiane.
- N° 56. — A., 30 avril 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 18 ans. Vestibulo-ventriculite ulcéro-membraneuse superficielle et arythénoïdite double superficielle ou épithéliale. Ulcérasions concentrées sur le pied de l'épiglotte, sur les replis sus-glottiques et sur la moitié antérieure du premier anneau trachéal. Ulcérasions folliculo-papillaires multiples sur le pharynx.
- N° 57. — A., 6 mai 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — Laryngotrachéite arrivée au dernier degré de la tuberculose. Corps thyroïde un peu hypertrophié avec ligament suspenseur très fort, inséré à gauche sur le thyroïde.
- N° 58, 59, 60. — Pièces perdues.

— DEUXIÈME CLASSE OU SÉRIE B.

*Laryngo-ptisies partielles.*

Une partie seulement de l'organe de la voix a été atteint.

N° 1.—Autopsie du 21 mars 1873.—Salle Saint-Antoine, 28.— Arythéno-vestibulite épithéliale droite. Hypérémie laryngotrachéale. Ulcération de la muqueuse arythénoïdienne et cricoïdienne.

- N<sup>o</sup> 2. — A., 21 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 12. — Arythénoidite droite profonde, avec face interne du cartilage à nu et face externe et articulaire mise à jour par un écoulement fistulaire.
- N<sup>o</sup> 3. — A., 16 avril 1873. — Salle Saint-Antoine, 9. — Arythénoidite ulcéruse gauche limitée à sa face interne et à sa pointe apophysaire.
- N<sup>o</sup> 4. — A., 6 août 1873 — Salle Sainte-Jeanne, 17. — Arythénoidite ulcéruse gauche. Hypérémie de la muqueuse.
- N<sup>o</sup> 5. — A., 17 mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 38. — 35 ans. Vestibulite ulcéruse. Epiglotte en voie de destruction. Repli ary-épiglottique droit profondément atteint et déchiré. Glotte et ventricules intacts.
- N<sup>o</sup> 6. — A., 5 novembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — 18 ans. Arythénoidite ulcéruse gauche, au niveau de l'apophyse vocale. Arythénoidite droite superficielle. Reste du larynx intact.
- N<sup>o</sup> 7. — Salle Sainte-Jeanne. — Arythénocordite ulcéruse gauche et ventriculite double au 1<sup>er</sup> degré.
- N<sup>o</sup> 8. — Salle Sainte-Jeanne. — Arythénovestibulite ulcéruse profonde à droite. Ulcérasions miliaires sur la muqueuse épiglottique et cricoïdienne, côté droit. Côté gauche du larynx normal; il a été soumis à des recherches microscopiques.
- Les numéros 7 et 8 sont dans le même bocal.

TROISIÈME CLASSE OU SÉRIE C

- Tuberculose — Larynx sain.*
- N<sup>o</sup> 1. — Autopsie du 23 mars 1873 — Salle Sainte-Jeanne, 13. — Tuberculose généralisée. Larynx normal (H. Liouville).
- N<sup>o</sup> 2. — A., août 1874. — Salle Sainte-Jeanne. — Tuberculose pulmonaire. Larynx idem. Sur ce larynx, j'ai mis à nu les anastomoses crico-œsophagiennes entre les deux nerfs laryngés.
- N<sup>o</sup> 3. — A., 4 juin 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — 27 ans. Tuberculose pulmonaire. Larynx sain. Sur cette pièce un

faisceau du muscle pharyngien inférieur gauche s'insère au sommet du lobe gauche du corps thyroïde.

N° 4. — A., 29 novembre 1875. — Salle Sainte-Anne, 9. — 49 ans. 1<sup>o</sup> Tuberculose du sommet du poumon. 2<sup>o</sup> Cirrhose syphilitique. 3<sup>o</sup> Cancer de l'estomac. Larynx normal. Base de la langue syphilitique. C'est une trinité diathésique inattendue.

N° 5. — A., 14 février 1876. — Salle Sainte-Anne. — 40 ans. Phtisie pulmonaire.

#### QUATRIÈME CLASSE OU SÉRIE D

##### *Maladies diverses — Larynx atteint.*

N° 1. — Autopsie du 3 janvier 1874. Salle Sainte-Jeanne, 18. 25 ans. Cirrhose interstitielle. Variété hypertrophique. Teinte biliaire de tous les organes. Lèvres vocales à dents de scie. Muscle hyo-thyroïdien gauche. Le décédé était, depuis des années, garçon de salle à l'Hôtel-Dieu et il avait toujours parlé avec une voix de canard faible.

N° 2. — A., 1874. — Salle Sainte-Jeanne. — 60 ans. Cancer médullaire du coxal. Laryngite ulcéreuse. Pied de l'épiglotte à nu. Travail d'inflammation concentré sur la muqueuse de l'épiglotte et sur celle du cricoïde.

N° 3. — A., 6 mars 1875. — Salle Sainte-Anne. — Cancer utérin. Arythéno-vestibulite droite épithéliale avec ulcération superficielle de l'arythénoïde.

N° 4. — A., 5 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, — 17 ans. Fièvre typhoïde. Epiglottite ulcéreuse; le bord libre du cartilage est ulcéré des deux côtés. Tendance de la muqueuse à la gangrène. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire médian.

N° 5. — A., 15 janvier 1876. — Salle Sainte-Jeanne, 6. — 48 ans. Etat typhoïde mal défini pendant la vie. Laryngite septicémique, dite à tort *couenneuse*. Les couches épithéliales s'enlèvent facilement par lambeaux et simulent des fausses membranes sur la région glottique et ventriculaire. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire droit.

- N° 6. — A., janvier 1876. — Salle Sainte-Anne. — 45 ans.  
Fièvre puerpérale. Laryngo-trachéite. Aspect gangréneux de l'épiglotte. Ulcérations au début sur la paroi droite du vestibule.
- N° 7. — A., 14 décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 21. — 39 ans. Affection cardiaque. Cordite ulcéreuse double, plus avancée à droite. Ulcérations superficielles sur la muqueuse du cricoïde. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire droit.
- N° 8. — A., 8 mars 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 76 ans.  
Affection cardiaque. Dégénérescence graisseuse pure des cartilages du larynx. Inflammation folliculo-glandulaire de toute la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx.
- N° 9. — A., 16 janvier 1875. Salle Sainte-Jeanne, 31. — 52 ans. Hydatides de la moelle épinière. Dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques du larynx avec renflements névromateux (Liouville).
- N° 10. — A., 19 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — Hémiplégie. Œdème laryngien léger. Muscle hyo-glandulaire gauche. Vermiculum absent.
- N° 11. — A., 20 juin 1874. — Salle Sainte-Jeanne, 16. — 28 ans. Thyoïdite aiguë droite ayant fait dévier vers la gauche la trachée et produit sa compression. Vestibulocordite double très avancée, ulcéreuse. Lèvres vocales rongées profondément. Point d'infiltration, ni d'œdème.
- N° 12. — A., février 1875. — Salle Sainte-Anne. — Hypertrophie du corps hyo-thyroïdien glandulaire droit, à insertion hyoïdienne médiane.
- N° 13. — A., 31 janvier 1876. — Salle Sainte-Anne. — 15 ans. Chorée grave, asphyxie. Ecchymoses sous-pleurales, sur le pharynx, sur la face laryngée de l'épiglotte, etc.

#### RÉFLEXIONS

- Sur 200 autopsies, Louis a trouvé le larynx ulcétré 1 fois sur 5, la trachée 1 fois sur 7.
- Les ulcérations de l'épiglotte étaient presque constamment situées (47 fois) sur la moitié inférieure.

Sur 180 sujets morts d'autres maladies, il a constaté l'ulcération du larynx 1 fois, du larynx et de la trachée ensemble 2 fois, et un cédème léger de l'épiglotte 3 fois. Les lésions laryngées furent deux fois plus fréquentes chez l'homme.

Sur 78 affections laryngées, j'ai relevé 13 sujets ayant succombé à d'autres maladies que la tuberculose. Parmi eux, il y avait 2 fièvres typhoïdes, 1 cancer de l'estomac, 1 carcinome utérin, 1 cancer du larynx, 1 cirrhose hypertrophique, 2 affections cardiaques, 1 métro-périto-nite, 1 hydatides de la moelle épinière, 1 hémiplégie, 1 cancer du coxal, 1 hypertrophie du corps thyroïde.

Il résulte de là que le larynx est une fois sur six le siège d'une lésion dans les cas de mort occasionnée par une affection grave cachectique ou épidémique.

Des différentes parties du larynx plus ou moins mal-traitées pendant l'évolution tuberculeuse, la muqueuse a été presque dans tous les cas (57 fois sur 65) le siège d'ulcérations générales plus ou moins profondes; les arythénoïdes viennent ensuite (26) 4 fois sur 10, celui du côté gauche deux fois plus que celui de droite; les deux cartilages étaient, 1 fois sur 8, le siège de la destruction phymique en même temps. L'épiglotte a présenté des ulcérations superficielles 5 fois, profondes ou cartilagineuses 4 fois et une infiltration granulaire donnant à son bord l'aspect d'un museau de tanche 3 fois.

Le cartilage thyroïde était frappé de carie ou de chondrite tuberculeuse 5 fois et le cricoïde 3 fois.

Dans le nombre total 83, les hommes formaient les 2/3 et dans les cinq tuberculoses pulmonaires sans lésion laryngée il y avait trois femmes.

L'hypertrophie du corps thyroïde existait sur 6 larynx, et 3 fois elle avait produit la compression de la trachée.

Sur 78 affections laryngées, j'ai noté :

57 tuberculoses pulmonaires dans lesquelles le larynx était atteint dans toutes ses parties;

8 tuberculoses pulmonaires dans lesquelles un côté du larynx était seul atteint;

13 affections diverses dans lesquelles le larynx était le siège d'une lésion ou maladie plus ou moins avancée, et, parmi elles, il y avait laryngite ulcéro-membraneuse, dite phtisie laryngée, 7 fois.

Dans cinq cas de tuberculose pulmonaire, le larynx est resté à l'état normal jusqu'à la fin.

J'ai relevé 5 fois des ulcérations tuberculeuses dans le pharynx et 8 fois dans la trachée.

Les parties du larynx qui ont été le plus fréquemment le siège de l'inflammation et de l'ulcération phymique sont les suivantes :

Vestibulite épithéliale ou superficielle.	2
Ventriculite	—
Arythéroïdite	—
Epiglottite ulcéreuse	—
— profonde.	4
Arythéroïdite ulcéreuse, profonde...	12 à gauche 6 à droite 8 des deux côtés
Ary-vestibulite ulcéreuse, superficielle	1
Arythéno-cordite	—
Arythéno-cricoïdite	—
Cricoïdite	—
Cordite ulcéreuse, profonde.....	1 à gauche 1 à droit 6 des deux côtés
Ulcérations membraneuses du larynx glandulaires ou papillaires.....	40
Ulcérations membraneuses du larynx destructives, profondes.....	17
Infiltrations granuleuses de la muqueuse simulant l'œdème.....	17
Dégénérescence graisseuse des muscles.....	1
Chondrite cricoïdienne.....	3
Chondrite thyroïdienne ulcéreuse..	5

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA SUPPURATION  
DE LA CAISSE PAR DES INSTILLATIONS DE  
SUBLIMÉ. — 4 OBSERVATIONS

Par M. le Dr DUGARDIN, du Havre (1).

Depuis que l'on a reconnu que le meilleur antiseptique était le sublimé et qu'on a expérimenté son action en chirurgie pour le lavage des cavités, j'avais eu l'idée d'appliquer ce médicament au traitement de la suppuration de la caisse. Mais ne connaissant que les avantages de cet agent chimique employé à l'extérieur, sans connaître les désordres qui pourraient résulter de son introduction dans un organe aussi délicat que la caisse du tympan, j'hésitais à l'expérimenter dans l'otorrhée. Quand je pris connaissance du mémoire communiqué par M. Gouguenheim à la Société médicale des hôpitaux sur les injections de sublimé dans la tuberculose pulmonaire, encouragé par le succès qui avait couronné les expériences du médecin de l'hôpital Bichat, je résolus d'appliquer les instillations de sublimé au traitement d'une otite suppurée, franchement tuberculeuse, que je soignais à ce moment, car il me semblait que, ces injections n'ayant déterminé aucun accident inflammatoire dans une cavité pulmonaire, l'emploi de cet agent dans les affections de la cavité de l'oreille moyenne, surtout dans le cas envisagé, pouvait être tenté. Mon essai réussit pleinement, comme le montrera l'observation citée plus loin. C'est alors que j'appliquai ce traitement à tous les cas d'otorrhée que j'eus l'occasion de voir. Mais ayant remarqué que, dans bon nombre de cas, l'injection par le conduit auditif reste inefficace, soit à cause de l'étroitesse de la perforation ou de sa situation peu favorable à l'écoulement du liquide dans la caisse, soit à cause de l'atrésie du conduit ou des saillies plus ou moins prononcées qu'il forme dans ses différentes parties, je fais ces instillations par la trompe d'Eustache. Et

(1) Lu à la Société française d'otologie et de laryngol., séance du 28 avril 1886.

en cela, je ne fais d'ailleurs qu'imiter M. Gellé, qui a décrit ce procédé dans son ouvrage récent (*Maladies de l'oreille*, 1885). Il est évident que si je rencontrais un conduit largement ouvert ou une perforation étendue, je n'hésiterais pas à pousser l'injection par cette voie, mais ces cas n'étant pas, du moins pour ce qui est de mon observation personnelle, les plus fréquents, je crois avantageux d'adopter le procédé décrit par Gellé.

Voici comment je procède :

Après avoir introduit le cathéter dans la trompe, je commence par pousser avec force une injection d'air dans la caisse. Cette manœuvre a pour résultat de chasser le pus qui baigne la cavité et de permettre ainsi au liquide médicamenteux de se trouver en contact plus intime avec la surface malade. De plus, elle a pour autre effet d'essayer la susceptibilité et la tolérance de l'individu, ce qu'il m'est utile de connaître pour savoir la quantité de gouttes que je puis instiller sans crainte d'accidents, quantité approximative bien entendu. Si en effet le sujet supporte le choc de l'air sans éprouver de vive douleur, de vertige ou d'étourdissement notable (ce qui, outre le danger immédiat, le rendrait rebelle aux opérations suivantes), j'instille cinq à six gouttes. Dans le cas contraire, je me contente de deux à trois gouttes au plus. Je sais bien que l'excès de liquide trouve issue par la perforation, mais dans le cas où cette perforation se trouve dans une situation peu favorable à l'écoulement du liquide, ou dans le cas où elle est très étroite, ce qui est encore fréquent, dans ces cas, dis-je, la pression trop prolongée sur la fenêtre ovale ne pourrait qu'être préjudiciable, d'autant plus que dans certaines circonstances, elle peut aller jusqu'à entraîner la syncope. C'est pourquoi, pour éviter ces accidents aussi désagréables pour le praticien que pour le malade, je crois plus prudent de régler la quantité de liquide à instiller sur la susceptibilité du sujet.

Introduisant à travers le cathéter une petite sonde de gomme filiforme et la faisant pénétrer jusque dans la caisse, au moyen d'un compte-gouttes, je dépose dans l'intérieur du pavillon de cette sonde quelques gouttes d'une solution de sublimé à 2 0/0, que je chasse doucement dans la cavité de l'oreille avec la bouche appliquée sur le pavillon de la sonde ou au moyen de quelques pressions de la poire de Politzer mise à l'entrée du pavillon de la sonde, sans pourtant l'y introduire.

Ces instillations sont renouvelées tous les jours. De plus, je recommande au sujet de se faire plusieurs fois dans la journée des lavages de l'oreille avec une solution de sublimé à 50 centigrammes pour 1000, c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten dédoublée. Il ne faut pas non plus négliger l'état général et il est important d'appliquer à chaque diathèse la médication qui lui convient.

OBS. I. — M...., journalier, quarante ans, tuberculeux, toussé depuis deux ans. L'examen des sommets révèle l'existence des craquements. Depuis un an, cet homme est devenu graduellement sourd de l'oreille gauche. Au début, quelques petites douleurs dans l'oreille malade, mais très légères, accompagnées de bourdonnements assez violents.

Les douleurs ont cessé au bout de très peu de temps, mais les bourdonnements n'ont pas disparu. Depuis quinze jours, il s'est aperçu qu'un écoulement purulent, assez abondant, se faisait par l'oreille. Toutes les nuits, son oreiller est taché. Pas de douleurs, mais bourdonnements plus intenses. La surdité s'est encore accrue. A l'examen, nous trouvons le conduit baigné par le pus, et après nettoyage avec des bourdonnets d'ouate, nous constatons par l'épreuve de Valsalva que la perforation étroite siège dans le segment postéro-inférieur. Instillations tous les jours par la trompe d'Eustache avec la solution à 2/1000. Les instillations sont très bien supportées. Lavages de l'oreille avec une solution dédoublée de liqueur de Van Swieten. Au bout de trois semaines, cessation complète de l'écoulement. Les bourdonnements ont

presqu'entièrement disparu et l'audition est beaucoup améliorée (la montre qui n'était entendue qu'au contact, est maintenant entendue à une distance de huit à dix centimètres). A l'examen nouveau de l'oreille, nous constatons que la perforation n'est pas cicatrisée. Par l'épreuve de Valsalva, on perçoit un petit sifflement caractéristique, mais si l'on examine le tympan au spéculum, pendant qu'on fait exécuter au malade l'épreuve de Valsalva, on ne voit sourdre aucune gouttelette de pus. J'engage le malade à continuer néanmoins pendant quelque temps les lavages de l'oreille.

OBS. II. — C...., onze ans, a depuis deux mois environ, un écoulement purulent par l'oreille droite, écoulement qui s'est établi sans douleur aucune. Bourdonnements, surdité extrême. La montre n'est pas entendue au contact; mais perception crânienne accrue du côté sourd. A l'examen et après nettoyage du conduit, nous apercevons une végétation rougeâtre faisant hernie à travers le tympan. La tumeur ne nous semble pas pédiculée et nous essayons en vain de déterminer, avec le stylet, son point d'implantation. Nous ne pouvons pas dépasser la membrane et pénétrer à travers une perforation. L'indocilité du jeune malade nous rend d'ailleurs l'examen très difficile. Nous enlevons le polype avec le polypotôme de Wilde et l'enfant ne se prêtant pas au cathétérisme de la trompe, nous allons porter directement sur le tympan quelques gouttes de la solution à 2/1000, au moyen d'une petite sonde urétrale en gomme du calibre n°5, et à bout coupé, que nous faisons pénétrer le plus près possible de la membrane. Nous ordonnons de plus des lavages fréquents de l'oreille, avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublee. Les instillations sont faites tous les jours. Au bout de onze jours, guérison totale. Cessation complète de l'écoulement.

Dans cette observation, il faut évidemment tenir compte de ce fait que l'écoulement était entretenu par la présence du polype et qu'il aurait suffi de l'extraire et d'instituer un traitement antiseptique quelconque, pour voir cesser l'écoulement. Cependant, on peut se demeurer si le choix de l'antiseptique est indifférent et si les instillations de sublimé

n'ont pas eu raison de l'écoulement plus tôt qu'un autre médicament. Car il faut tenir compte, dans cette observation, de la rapidité de la guérison.

Le procédé de la petite sonde introduite le plus près possible de la membrane est recommandable, je crois, dans les cas où, pour une raison ou pour une autre, le cathétérisme de la troupe n'est pas possible.

OBS. III. — M<sup>me</sup> V...., dix-huit ans, otorrhée depuis six semaines. Pas de douleurs. Bourdonnements, surdité. La montre est cependant encore entendue à dix centimètres environ. Antécédents syphilitiques probables. L'atrésie du conduit et le développement anormal de l'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse du conduit, ne nous permet de voir qu'une très faible portion de la membrane et il ne nous est pas possible de découvrir la perforation. L'épreuve de Valsalva nous indique cependant qu'elle existe.

Instillations de la solution à 2/1000 par la trompe tous les jours et lavage de l'oreille plusieurs fois par jour avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublée. Au bout de quinze jours de traitement, décroissance notable. L'écoulement très abondant au début est réduit à une ou deux gouttes par jour. Mais il ne nous a pas été permis de compléter cette observation, la malade n'étant plus revenue à la consultation.

OBS. IV. — P..., trente-deux ans, tuberculeux. Cet homme, à la suite d'un refroidissement, ressent de violentes douleurs dans l'oreille s'irradiant dans tout le côté correspondant de la tête; en même temps, bourdonnements et surdité. Au bout de cinq ou six jours, un écoulement purulent abondant se fait par l'oreille malade et en même temps disparaissent les douleurs. L'écoulement continuait depuis six mois avec moindre abondance, et le sujet ne s'en préoccupait pas autrement, quand tout à coup il fut pris de névralgies intenses sous la dépendance du facial. A l'examen, nous découvrions que la perforation est située à la partie médiane du segment postérieur et n'est pas plus large qu'une tête d'épingle; la membrane est très épaisse et il n'est plus possible d'y découvrir aucune

partie du marteau. Surdité considérable; la montre est à peine entendue au contact, mais la perception crânienne est encore augmentée du côté sourd.

Instillations de la solution à 2/1000 par la trompe, tous les jours, et lavages plusieurs fois par jour avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le sujet étant intelligent, je lui apprends à se faire lui-même les douches de Politzer, et je lui recommande de faire cette manœuvre avant chaque lavage. Je joins à ce traitement, l'application de quelques pointes de feu tous les trois ou quatre jours, sur l'apophyse mastoïde. Au bout de très peu de temps, cinq ou six jours à peine, l'écoulement qui auparavant était continué et assez abondant pour tacher l'oreiller, est réduit notablement; et actuellement, au bout d'un mois de traitement, le malade ne s'aperçoit plus de son écoulement, si ce n'est, dit-il, que tous les cinq ou six jours il sent son oreille un peu humide; plus de névralgies. La surdité elle-même, sous l'influence certainement des douches de Politzer, s'est beaucoup améliorée, et le malade peut dormir sur l'oreille atteinte, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, à cause des bourdonnements incessants.

Il est peu probable que ce malade guérisse d'une façon complète et permanente, car il y a lieu de supposer qu'il y a bien une lésion osseuse; mais cependant, c'est déjà un résultat notable que d'avoir réduit l'écoulement à une petite goutte tous les cinq ou six jours au plus. J'engage le malade à continuer les douches de Politzer et les lavages, cessant pour quelque temps les instillations par la trompe, afin de voir ce que cette interruption produira.

Telles sont les quatre observations que j'ai pu réunir jusqu'à maintenant.

Je sais que ces données sont insuffisantes pour faire passer un mode de traitement dans la pratique. Mais j'ai voulu simplement attirer l'attention sur le liquide que j'ai eu l'idée d'employer, dans les cas de suppuration de la caisse qu'il m'a été donné de traiter, et aussi sur l'effi-

cacité qu'il me semble y avoir dans bon nombre de cas de faire pénétrer le liquide par la trompe, quand toutefois les sujets peuvent supporter cette manœuvre. Ce procédé est à mon sens trop souvent négligé et remplacé, sans le même profit, par les injections par le conduit.

---

COMPTE RENDU OFFICIEL  
DE LA  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

---

*Séance du 27 avril, 8 h. 1/2 du soir.*

M. MOURA, Secrétaire, déclare la session générale ouverte.

Il donne lecture d'un résumé des communications faites à la Société pendant l'année par ses membres.

*Ordre du jour.*

Il est ensuite procédé à l'élection d'un président de séance. M. GELLÉ, élu, adresse quelques paroles de remerciement à ses collègues, à l'occasion de sa nomination.

1<sup>o</sup> *Correspondance.* — M. le Secrétaire a reçu plusieurs lettres concernant des demandes d'admission et de rectification au compte-rendu de la session d'octobre; il signale une erreur d'impression, faite à propos de notre confrère de Varsovie, M. Hering, sur la circulaire de l'ordre du jour des communications.

2<sup>o</sup> *Rectifications.* — M. BARATOUX demande à faire plusieurs rectification au compte-rendu de la session d'octobre, publiés dans le dernier Bulletin :

A la page 33, ligne 13, du tome I du dernier Bulletin lire : *Brik* au lieu de *Burghe*, *Schnitzler* au lieu de *Chester*.

A propos de la communication de M. Gouguenheim : De la caféine, page 45, ligne 18, lire dans le dernier bulletin : « J'ai déjà parlé de la caféine que j'avais expérimentée, mais je la trouve bien inférieure à la cocaïne comme anesthésique des muqueuses du nez, des oreilles et du larynx. »

Page 46, ligne 2, lire : Delioux de Salignac, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, au lieu de Fonsagrive dans son dictionnaire.

Enfin, à propos de la communication de M. Gellé, page 54 ligne 21, lire : Dans un cas de cicatrice complète du tympan et non dans un cas de perforation.

3<sup>e</sup> *Membres nouveaux.* — M. le Président soumet au vote de l'Assemblée les nominations définitives de MM. les docteurs :

Lévi, de Paris; Vacher, d'Orléans; Suñé y Molist, de Barcelone, et Charazac, de Toulouse, présentés au comité par MM. Moura, Gouguenheim, Verdos et Moure, de Bordeaux.

Les demandes d'admission de MM. Casadésus, de Barcelone; Rougier, de Lyon; Ferras, de Bagnères-de-Luchon; Dugardin, du Havre; Ouspenski, de Moscou; Châtellier, de Paris; Lichtwitz, de Bordeaux, présentés par MM. Moura, Garel, Gouguenheim, Moure, sont renvoyées au Comité qui se prononcera le plus tôt possible.

4<sup>e</sup> *Modifications aux Statut-règlements.* — Des modifications aux articles 10, 11, 12, 13, 18, 20, 21, 24 sont lues et soumises à la discussion par M. le Secrétaire, au nom du Comité.

Les articles ainsi modifiés et adoptés par l'assemblée sont :

Article 13. — La session ordinaire de janvier est supprimée.

Articles 10, 11, 12. — Le Président élu dans la première séance, sera nommé pour la durée de la session. Deux Vice-Présidents seront également élus dans la même séance parmi les membres présents de la province et de l'étranger. L'assemblée nommera, à la dernière séance de la session, un Président pour l'ouverture de la session prochaine. (Proposition Schiffers.)

Le Secrétaire et le Trésorier seront nommés en session générale, chaque année, et feront partie du Comité.

Article 6. — La session générale aura lieu dans la semaine après Pâques et la session ordinaire en octobre.

Article 10 du règlement. — Tout travail ou mémoire publié avant l'ouverture de la session ordinaire ou générale ne pourra être lu ou communiqué en séance à la Société.

Les autres modifications sont réservées pour la séance prochaine.

5<sup>e</sup> *Élections.* — M. le Président fait procéder à l'élection de deux Vice-Présidents et des membres du nouveau Comité.

MM. Héring et Moura sont élus Vice-Présidents.

MM. Moura, Miot et Gellé sont nommés, M. Ménière, reste Trésorier-Archiviste et M. Moura est maintenu Secrétaire.

MM. Nequet, Brébion, pour la province; Héring, Delie pour l'étranger.

6<sup>e</sup> La question de l'impression du Bulletin de la Société et le compte-rendu de l'état financier sont réservés pour la séance finale de la session.

#### **Traitemen~~t~~ local de la suppuration de la caisse du tympan.**

M. Miot, introducteur de la question, passe en revue les divers moyens de traitement, qu'il range sous trois chefs principaux :

1<sup>o</sup> Moyens directs; 2<sup>o</sup> moyens indirects; 3<sup>o</sup> médication générale.

Les moyens directs comprennent les injections, les instillations, les insufflations, les cautérisations, les trochisques, le drainage, le tamponnement.

Parmi les moyens indirects, il range : les émissions sanguines générales et locales, les applications froides ou chaudes, les révulsifs cutanés, les purgatifs et le traitement galvanique. Après avoir parlé de ces divers moyens, M. Miot dit quelques mots du traitement des régions voisines et des organes malades pouvant réagir sur l'oreille.

Médication générale. — Il termine son exposé par le traitement général et l'hygiène et rappelle que la discussion doit surtout comprendre l'emploi des moyens locaux.

L'heure de la séance étant trop avancée, la discussion est renvoyée au lendemain.

#### *Séance du 28 avril.*

Présidence de M. le Dr GELLÉ.

M. le Secrétaire lit le procès-verbal de la séance d'hier.— Adopté.

L'assemblée prononce l'admission des membres nouveaux sur la demande de M. le Secrétaire, au nom du Comité.

**Suite du traitement local de la suppuration  
de la caisse du tympan.**

M. BARATOUX. Chez un malade atteint d'otorrhée avec végétations, le traitement au moyen d'inhalations de nitrate d'argent et d'alcool absolu n'avait donné aucun résultat, au dire du malade. M. Baratoux trouva des bourgeons charnus sur la partie antérieure de la paroi supérieure de la caisse; ces bourgeons formaient une masse dure rétrécie en son milieu, de telle sorte qu'elle paraissait pédiculée. « Je voulus la détruire avec le galvano-cautère, dit notre collègue, j'y mis une seule pointe du cautère, attendu que mon malade avait eu déjà de violents vertiges. Le lendemain celui-ci accusait une douleur sur toute la tempe. Des accidents cérébraux survinrent. Le médecin qui fut appelé en consultation par la famille fit la trépanation de l'apophyse mastoïde. Le tympan était détruit; la végétation en occupait la partie supérieure et la suppuration était faible. »

On ne trouva pas de pus dans l'apophyse mastoïde et peu après le malade succomba. En raison des phénomènes d'irritation intense, M. Baratoux croit qu'il est plus avantageux de cautériser les bourgeons charnus avec l'acide chromique fondu, car il s'en est bien trouvé toutes les fois qu'il l'a employé et les vertiges qui suivent son application n'ont pas de suites.

M. MOURE croit que l'anse métallique aurait produit un meilleur résultat que la piqûre.

M. BARATOUX répond qu'il n'a pas employé l'anse, parce que le polype n'était pas pédiculé et qu'il était implanté à la paroi supérieure.

M. NOQUET a employé l'anse métallique pour détruire les polypes volumineux; cependant cette application, aussi bien que la ponction, est suivie d'inflammations très vives et de phénomènes cérébraux graves.

L'acide chromique ne produit pas de ces accidents. Aussi a-t-il à peu près renoncé à l'emploi du galvano-cautère.

M. GELLÉ dit qu'il faut être très prudent dans l'application du galvano-cautère à cause de son retentissement sur le plexus tympanique.

M. MIOT lit son mémoire (1).

M. SCHIFFERS insiste sur l'importance qu'il faut attacher au siège de la perforation. Lorsque celle-ci n'est pas située sur une partie déclive, on ne doit pas hésiter à faire, comme M. Miot, la paracenthèse du tympan, de manière à faciliter l'écoulement du pus au dehors et à permettre aux moyens médicaux employés d'atteindre le siège du mal. Il est persuadé que beaucoup d'insuccès sont dus à ce fait que cette considération est trop souvent laissée de côté. C'est d'ailleurs un bon procédé pour obtenir le drainage de la cavité de la caisse, comme cela se pratique dans les cavités où séjourne le pus qu'il faut évacuer entièrement, comme les épanchements pleurétiques, par exemple.

Je fais, dit-il, très utilement, des instillations médicamenteuses dans la caisse par le conduit et je les associe soit au cathétérisme, soit à la simple insufflation d'air avec la poire; le liquide est, de cette manière, mis en mouvement et il agit *loco dolenti*.

Dans les cas d'inflammation plus ou moins prononcée des cellules mastoïdiennes, il s'est bien trouvé des applications permanentes de glace contenue dans une vessie appropriée ou avec le tube très commode de Leiter. Dans certains cas il donne la préférence aux révulsifs, sur les applications de sangsues, et dans d'autres aux compresses chaudes sur les cataplasmes.

M. DELIE. — Il est avéré que le galvano-cautère employé pour détruire les polypes implantés à la partie supérieure des fosses nasales amène des réactions dangereuses dans les organes voisins; c'est un état congestif, une hyperémie de la base du cerveau qui explique les céphalalgies parfois violen-

(1) Sera publié.

tes qui suivent les simples cautérisations même du cornet inférieur; il n'y a donc rien de surprenant de voir la méningite survenir après l'application du galvano-cautère pour détruire les polypes ou végétations de la caisse du tympan. Il s'est bien trouvé de l'irrigation froide continue, même avec un tympan fermé ou non perforé; il confirme l'action bienfaisante que M. Miot attribue aux irrigations tièdes continues dans les inflammations aiguës ou suraiguës de l'otite moyenne suppurative. Il a cité des observations dans lesquelles ce traitement calma des poussées inflammatoires très douloureuses que nul autre moyen n'avait pu soulager.

M. NOQUET dit qu'il n'y a rien d'absolu dans les résultats obtenus par tous ces moyens.

M. GELLÉ. — Les irrigations d'eau froide à 10 et 15 degrés sont un bon moyen dans tous ces cas. Il cite à son tour des cas d'otorrhée rebelle, guéris chez des enfants par le vésicatoire au bras maintenu pendant un mois, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Quand l'otorrhée persiste et ne paraît qu'à moitié guérie, il y a lieu de supposer que l'apophyse mastoïde est malade; il cite une autopsie qui en mettant à jour des fongosités dans l'antre mastoïdien éburné, lui permit de découvrir la cause de cette persistance.

Il considère la perforation artificielle du tympan comme bonne, surtout quand il y a écoulement purulent par la trompe et la gorge, des crachements fréquents d'humeur et de sang, etc.

M. MIOT confirme cette pratique en citant l'observation de trois malades guéris de cette manière (vésicatoires), alors que tous les autres moyens avaient échoué.

M. MOURE pense que dans les cas de douleurs de tête violentes qu'accompagnent l'otorrhée ou l'inflammation de l'apophyse mastoïde, il n'y a pas à hésiter à pratiquer l'incision de Wilde, qui au besoin serait le premier temps de la trépanation de cette apophyse.

M. NOQUET emploie, dans la période aiguë suivie de fortes douleurs, la décoction concentrée de tête de pavot, soit seule,

soit associée au chlorhydrate de morphine; il en fait des insufflations chaudes. Il fait usage aussi de l'acide borique associé au chloral.

Quant aux poudres insufflées, il s'en sert avec précaution parce que ces poudres, acide borique, iodoforme, sublimé corrosif, forment avec les sécrétions des corps qui bouchent l'oreille. Ce fait se produit surtout quand les malades font eux-mêmes leurs pansements.

M. DELIE. — L'action de l'alcool au dixième lui a donné de bons résultats. Il n'a pas observé d'accidents, même avec l'alcool pur. L'alcool, dit-il, est très efficace dans les cas d'otorrhées polypeuses, à végétations molles; je détruis au galvano-cautère ou à l'acide chromique solide toutes les végétations qui tombent sous mes yeux. J'ai recours à l'alcool pour obtenir la résolution, l'atrophie des bourgeons dispersés dans la caisse et qui échappent à l'observation.

Après un lavage fait minutieusement, le malade penche la tête du côté sain; M. Delie plonge alors dans l'eau bouillante une cuiller à café qu'il remplit de la solution alcoolique; il verse celle-ci dans l'oreille, jusqu'à ce que le liquide monte au tiers inférieur du conduit, suivant la recommandation de Politzer.

M. Delie commence ses applications avec l'alcool au 1/10<sup>e</sup> et arrive rapidement à l'alcool absolu. Une guérison plus prompte peut être obtenue avec l'addition d'acide salicylique depuis le 1/20<sup>e</sup>, jusqu'au 1/10<sup>e</sup>, ou encore avec des solutions concentrées d'alcool boriqué. Cette dernière solution n'est jamais confiée au malade lui-même qui abuse du traitement et cause l'accumulation de l'acide borique dans le conduit.

M. SCHIFFERS a employé la solution de sublimé au 1/1000<sup>e</sup> et il s'en est bien trouvé. Quant à l'acide borique, il provoque des accidents graves par les dépôts qu'il forme dans l'oreille. La solution de sublimé est un moyen antiseptique excellent.

M. BRÉBION. — L'acide borique est employé au dispensaire de Lyon, tantôt seul, tantôt combiné avec l'iodoforme. On

fait suivre l'insufflation de cet acide en poudre, de lavages qui préviennent le danger signalé par nos confrères.

M. MÉNIÈRE fait remarquer qu'il est bon de distinguer dans la suppuration chronique de la caisse deux états bien nets, celui de flux et celui de suintement. Les indications thérapeutiques sont sensiblement les mêmes, mais dans la période de suintement, les pansements secs avec les poudres antiseptiques sont indiqués d'une manière plus précise.

Du reste, en général, il faut savoir changer le traitement et passer d'un médicament à un autre. Certains moyens qui, à une époque de la maladie, ne donnent que des résultats incomplets, réussissent souvent fort bien quelques semaines ou quelques mois plus tard. Il présente un jeune malade qu'il a traité longtemps par tous les moyens connus sans succès. C'est alors qu'il a employé l'acide phénique précédé de lavages, il a pu ainsi obtenir la modification de la suppuration et des bourgeons charnus qui bouchaient les deux oreilles; il est arrivé à une demi-guérison en ce moment et il ne doute pas qu'elle ne soit complète dans quelque temps.

Il applique l'acide phénique cristallisé au 1/10<sup>e</sup> et jusqu'à parties égales avec la glycérine.

M. MOURA lit la communication de M. Dugardin, du Havre, sur le traitement de la suppuration de la caisse par des instillations de sublimé. 4 observations (1), et il résume la communication de M. le Dr Berthold sur la myringoplastie, à propos des perforations du tympan par suite de suppuration de la caisse:

« M. Berthold de Koenigsberg, a envoyé un petit mémoire sur la myringoplastie, à propos des perforations du tympan à la suite de la suppuration de la caisse... C'est, dit l'auteur, une correction du procédé qu'il a déjà décrit sous ce nom en 1878 (2) :

(1) Voir page 320.

(2) *Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* in Cassel. 1878.

Se basant en premier lieu sur les recherches de Meckel (1) qui a trouvé dans le tissu fibreux de la membrane testacée de l'œuf de poule des traces de vaisseaux sanguins et des pores nombreux ; en second lieu, sur les expériences de diffusion de Wittich (2) démontrant la résistance de cette membrane à l'action des solutions concentrées de potasse, des acides acétique, chlorhydrique, nitrique, sulfurique et à celle de la putréfaction ; et en troisième lieu, sur la propriété qu'elle a d'adhérer très fortement par sa face interne aux objets secs, ce qui la fait employer comme emplâtre vulnéraire dans les campagnes, M. Berthold a, dès le milieu de l'année 1885, fait les premières transplantations de cette membrane sur le tympan perforé.

« De même que la guérison naturelle d'une perforation du tympan ne peut s'effectuer qu'après la disparition de la sécrétion de la muqueuse, de même il ne faut attendre une guérison à l'aide d'un moyen artificiel que lorsque la muqueuse de la cavité du tympan n'y fait plus obstacle.

« *Toute tentative d'obturation artificielle de la perforation avant la fin du processus pathologique dans l'oreille moyenne doit, par conséquent, être considérée comme infructueuse.* Au nombre de ces obstacles il faut compter surtout les granulations spongieuses, les excroissances polypeuses et les petits points cariés de la cavité osseuse du tympan. Après la guérison des processus pathologiques et de l'otorrhée, l'obturation de l'ouverture restée sur le tympan ne présente plus de difficultés.

« Voici le procédé que j'emploie. Je prends une pipette dont le tube de verre est recourbé, comme les pincelettes à oreille (à l'angle d'environ 135°). Le tube est d'un assez petit calibre pour qu'il puisse être poussé dans le conduit auditif jusqu'au tympan. J'enduis le bord de son orifice d'un peu de blanc d'œuf. A l'aide de petits ciseaux, je taille en-

(1) H. Meckel : *Zeitschrift für wissenschaftl. Zoologie* von Siebold und Kölliker, 3 bd. page 430.

(2) Von Wittich : *Archiv für Anatomie und Physiologie* von J. Mueller, 1856. Heft II, page 286.

suite dans la membrane testacée une pièce un peu plus grande que l'ouverture à recouvrir et je la pose par son côté externe sur l'orifice du tube de verre. Je presse légèrement un tube en caoutchouc adapté à l'autre bout de la pipette. Il me suffit de suspendre cette pression pour attirer et appliquer contre l'orifice de la pipette la pièce, et celle-ci tient si bien et si ferme que je puis commodément en découper le morceau dont j'ai besoin. Si pendant ce temps elle s'est détachée, je l'attire de nouveau sur l'orifice de la pipette. J'introduis alors le tube dans le conduit auditif jusqu'à près du tympan; par une pression du tube en caoutchouc, je fais passer sur le bord de la perforation la membrane par sa face interne ou glutineuse. Si la pièce est déposée à l'endroit voulu, l'opération est terminée. Si au contraire elle ne recouvre la perforation qu'en partie, je la fais glisser, à l'aide d'une sonde, sur l'endroit voulu.

» La pièce peut rester collée à la paroi du conduit ou s'enrouler en essayant de la déplacer avec la sonde; ce sont quelques minutes de perdues. Il faut aussitôt renouveler l'essai avec un second morceau de membrane testacée.

» Immédiatement après l'adhésion de la pièce, l'amélioration de l'ouïe a lieu, dans la plupart des cas. L'exécution du procédé ne cause d'autres sensations que celles qui proviennent de l'attouchement du conduit auditif par la pipette ou la sonde. Même après l'opération, les malades n'ont pas la moindre sensation de la membrane collée. Celle-ci, dès le lendemain de l'opération, ne présente pas toujours le même aspect que la veille; son bord adhérent a bien, il est vrai, la couleur du tympan, mais son centre est tantôt blanc comme de la craie, tantôt gris foncé. Sa teinte blanche est une preuve que le centre de la pièce est entièrement sec. Si son aspect est foncé, on peut supposer qu'elle est imbibée d'humidité. Ces deux nuances peuvent se conserver sans changement durant des semaines entières ou varier d'intensité suivant le degré d'humidité.

» Si après l'occlusion de la perforation, il se produit de nouveau dans l'oreille moyenne des sécrétions qui empêchent la

guérison par agglutination, il faut détacher la pièce du tympan et recourir à l'emploi des moyens propres à tarir la sécrétion. On tentera une seconde fois la myringoplastie.

» Lorsque la membrane reste fixée à la même place pendant des mois entiers, lorsqu'elle résiste à la plus forte pression produite par l'insufflation au moyen du cathéter, il y a lieu de croire à une agglutination solide et à une guérison solide par assimilation de la membrane au tympan.

» Cependant il faut se garder d'injecter prématûrément l'oreille après la transplantation; cela peut anéantir tout succès.

» Au reste, le conduit a été nettoyé avec soin avant l'opération; il n'y a donc, dans les premiers mois qui suivent, aucun besoin de seringuer l'oreille.

» Dans ces derniers temps, dit M. Berthold, j'ai réussi à guérir même les plus grandes perforations de tympans qui avaient conservé une étroite marge sur laquelle le morceau de la membrane avait été collé. C'est pourquoi je ne regarde pas comme fini le traitement de la suppuration de la caisse tant que la perforation du tympan n'est pas fermée. »

#### Du traitement local de la tuberculose laryngée.

\* M. HÉRING lit la première partie de sa communication (1).

M. GAREL croit que la plupart des guérisons de tuberculose laryngée et même pulmonaire sont plutôt spontanées qu'obtenues par les moyens médicaux. Il en présente quatre cas dans lesquels les cordes vocales étaient ulcérées avec signes de tuberculose du sommet du poumon.

Suivant lui, le traitement général et hygiénique est le vrai traitement de cette affection. « J'ai eu l'occasion d'observer, dit-il, des cas de tuberculose laryngée à la période ulcéreuse, je ne crois pas pour cela à l'efficacité de notre intervention thérapeutique. Je puis citer quatre observations de guérison spontanée, remontant quelques-uns à 4 ou 5 ans. Les malades guérissent sans traitement local et parce qu'ils n'avaient

(1) Sera publiée.

qu'une réceptivité très imparfaite pour le tubercule. Cela s'explique, ajoute-t-il, quand on voit que plus de 50 pour cent parmi les sujets survivant à la tuberculose et venant succomber dans les hôpitaux, présentent des lésions pulmonaires guéries, des cicatrices véritables. Un seul de mes quatre malades était peut-être entaché de syphilis et un autre présentait nettement le bacille. »

M. Garel, en un mot, ne croit pas à l'efficacité du traitement local de la tuberculose laryngée.

M. GOUGUENHEIM dit qu'il n'y a pas à hésiter dans l'emploi des moyens locaux pour arrêter le travail destructeur de la tuberculose dans le larynx, leur action est réelle et utile.

Il appelle l'attention des membres de la Société sur le travail de M. Hering qui est venu nous faire profiter de ses recherches microscopiques, recherches qui constituent un précieux élément de diagnostic entre la tuberculose et la syphilis laryngée.

M. MOURE, sans vouloir déprécier les démonstrations microscopiques consignées dans la communication de notre frère de Varsovie, dit que le diagnostic de la tuberculose peut être parfaitement établi sans elles et sans obliger le praticien à le compléter par l'examen microscopique.

M. GOUGUENHEIM constate qu'il y a dans un certain nombre de syphilis du larynx une telle ressemblance avec la tuberculose, qu'il est bien difficile de se prononcer. Il pense que l'examen histologique sera d'un grand secours pour résoudre la difficulté.

M. FERRAS est de l'avis de M. Moure ; il n'admet pas que le bacille soit suffisant pour être un signe non équivoque de la tuberculose, car on sait qu'on ne le trouve pas dans les abcès tuberculeux. Pour lui, il ne pense pas qu'il puisse y avoir un bacille pour les médecins et un autre bacille pour les chirurgiens.

M. ROUGIER rappelle que la syphilis et le tubercule peuvent exister en même temps.

M. HÉRING répond qu'il s'est préoccupé avec soin de cette question et qu'il n'a réuni dans son travail que des observations bien nettes, bien étudiées de tuberculose.

Les études microscopiques, dit M. Hering, du tubercule miliaire ont démontré que les éléments histologiques qui les composent sont :

- 1<sup>o</sup> Des cellules lymphatiques rondes;
- 2<sup>o</sup> — épithélioïdes;
- 3<sup>o</sup> — gigantesques;
- 4<sup>o</sup> Du réseau adénoïde.

Les cellules gigantesques ne caractérisent pas la tuberculose, elles font défaut dans la forme infiltrée; elles ne sont pas élément initial dans l'histogénése du tubercule miliaire.

Les bacilles du tubercule établissent le diagnostic de cette affection. Ils peuvent se présenter sous deux formes différentes :

Dans la forme maligne, ils sont caractérisés par l'évolution, le nombre et la grandeur des éléments.

L'analyse microscopique des parties enlevées pendant la vie peut permettre non seulement de fixer le diagnostic, mais encore l'emploi des moyens de traitement local.

*Séance du 29 avril (matin).*

Présidence de M. le Dr GELLÉ.

**Suite du traitement de la tuberculose.**

M. MOURA croit que la plupart de ses confrères qui ont pris la parole sont passés à côté de la question. Il a été très surpris d'entendre dire par notre confrère de Lyon, M. Garel, que le traitement local contre la tuberculose laryngée ne sert à rien et que la médecine ne guérit pas cette maladie en général. D'après M. Moura, M. Garel a fourni lui-même un des meilleurs arguments contre sa manière de comprendre la nature de la tuberculose. La remarque que 50 pour cent des sujets qui viennent de mourir de phtisie pulmonaire dans les hôpitaux de Lyon offrent des traces de cicatrisation, est la meilleure indication de traitement que la nature donne au

médecin pour intervenir et l'aider dans son travail de réparation. Dans son mémoire sur les laryngopathies, M. Moura citait déjà, en 1874, plusieurs cas de phtisie laryngée ulcèreuse guéris.

Quant au traitement local de la tuberculose ulcèreuse du larynx, M. Moura distingue d'abord quatre degrés ou formes ulcèreuses. Dans la première dite *épithéliale*, les couches d'épithélium sont graduellement détruites par lignes ou par places plus ou moins étendues, laissant le derme à nu. La solution de nitrate d'argent et celle de chloral au 1/30<sup>e</sup>, 1/20<sup>e</sup> et 1/15<sup>e</sup>, arrêtent très bien le travail de désorganisation.

Dans la seconde forme, dite *papillo-glandulaire*, l'inflammation granulaire attaque la surface du derme et l'intérieur des glandes et des glandes de la muqueuse. M. Moura ajoute au badigeonnage avec la solution argentée les révulsifs au devant du cou, comme la teinture d'iode et parfois la solution saturée de sel de Boutigny à la glycérine (iodo-chlorure mercureux).

Dans la troisième, dite *d'ulcération membraneuse profonde*, l'infiltration granulaire vient compliquer la destruction du tissu fibro-musculaire ou membraneux. C'est surtout contre ce travail profond de désorganisation que M. Moura emploie les applications de sel de Boutigny, tous les deux ou trois jours; l'action révulsive est très rapide et énergique. Une demi-heure après l'application de ce sel hydrargyrique, on peut constater la présence du mercure dans les urines, ce qui prouve son absorption.

Enfin dans la quatrième, dite *chondreuse*, les cartilages sont eux-mêmes le siège de la dégénérescence granulo-graisseuse. Ici les moyens les plus énergiques restent presque toujours impuissants, à moins que l'ulcération n'existe que dans un point limité.

Pourtant, M. Moura a vu le révulsif de Boutigny venir à bout d'une thyroïdite grave, chez un jeune homme; une sténose laryngée s'ensuivit, ce qui n'empêcha pas le malade de vivre pendant des années avec une raucité particulière dans la voix.

M. HÉRING donne lecture de la deuxième partie de son travail: **De la curabilité des ulcérations tuberculeuses et de leur traitement par l'acide lactique (1).**

M. MOURA donne lecture du mémoire de M. Masseï de Naples (voir p. 289).

M. MOURA lit son mémoire sur **l'anatomie pathologique des affections laryngées, recueillies à l'Hôtel-Dieu(2).**

M. BRÉBION: **Traitemennt de la tuberculose laryngée par le galvano-cautère (3).**

M. GAREL lit son **mémoire sur le centre cortical laryngé (4)** avec observations à l'appui.

M. MOURE. — La question soulevée par notre confrère, M. Garel, touche à celle de savoir à quel groupe des muscles se rapporte la paralysie laryngée dans les cas cités dans son travail.

M. GAREL répond que tous les muscles laryngés, excepté les arythénoïdiens, étaient atteints du côté correspondant à l'affection cérébrale.

M. MOURA dit avoir eu l'occasion d'examiner le larynx dans les cas d'hémiplégie cérébro-spinale; il a constaté que la corde vocale du côté paralysé était immobile et rapprochée de la ligne médiane. C'était le muscle abducteur crico-arythénoïdien postérieur qui ne fonctionnait pas. Dans les cas d'aphasie ou de paralysie générale, il a trouvé de la parésie et non de la paralysie; les mouvements des lèvres de la glotte étaient imparfaits, hésitants, mais non supprimés.

M. GOUGUENHEIM, dans les cas d'hémiplégie par affection cérébrale, n'a remarqué, dit-il, que des parésies, des faiblesses dans les muscles du larynx. Une des observations de notre confrère de Lyon lui semble des plus concluantes quant au siège de la lésion cérébrale. La paralysie laryngée a été le début d'une affection plus grave du cerveau confirmée par l'autopsie; il y a eu donc monoplégie, puis hémiplégie.

(1) Sera publié.

(2) Voir page 306.

(3) Sera publié.

(4) Voir *Revue* no 5, p. 248.

M. GAREL dit que sur un de ses malades, il n'a pu que soupçonner l'existence de la syphilis et quant à la localisation du centre laryngé, il n'y a encore rien de bien précis.

M. ROUGIER lit son **mémoire sur le délire des persécutions par troubles fonctionnels des organes du goût, de l'odorat et de l'ouïe** (1).

M. GELLÉ a observé les hallucinations de l'ouïe dans certaines affections de l'oreille. Dans un cas tout récent, une dame âgée a présenté de la surdité et surtout du tintement, qui peu à peu deviennent des hallucinations terrifiantes et l'origine d'un délire de persécution qui aboutit, 18 ans après, à de la paralysie générale.

*2<sup>e</sup> Séance du 29 avril.*

M. MOURA, Secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du matin. — Adopté.

Les modifications suivantes au Statut-règlement sont votées.

Aucune addition ou modification, les fautes typographiques et de linguistique exceptées, ne pourra être apportée aux mémoires par leurs auteurs, après communication à la Société. (Art. 20 bis.)

L'auteur de tout mémoire lu à la Société aura le droit de le faire publier en ajoutant la mention : *lu à la Société française d'otologie et de laryngologie*.

Le Bulletin de la Société sera, au plus tard, publié dans les trois mois qui suivront la session générale ou ordinaire.

*Séance du 30 avril (matin).*

Présidence de M. le Dr MOURE, vice-président.

M. NOQUET. — **Crises épileptiformes produites par une otite moyenne** (2).

M. MIOT demande à notre confrère de Lille des renseignements sur l'état général du malade, et s'il n'y avait pas des antécédents rhumatismaux ? Il a observé des accès épileptiformes moins accentués que chez le malade de M. Noquet, dans

(1) Voir *Revue*, no 5, page 252.

(2) Sera publié.

les cas d'obstruction de la trompe d'Eustache. Des accidents réflexes analogues ont lieu dans l'engorgement des fosses nasales. Ce qui m'étonne, c'est le déplacement du tympan signalé par mon confrère.

M. NOQUET répond qu'il y avait peu d'engorgement et le déplacement du tympan était peu prononcé.

M. MIOT pense qu'il n'y avait pas pression du liquide labyrinthique par l'étrier, mais plutôt action réflexe.

M. MOURE demande si notre confrère de Lille avait constaté une *aura* sur son malade?

M. NOQUET dit qu'il ne l'a pas observée, tandis qu'il avait reconnu l'otite moyenne.

M. GELLÉ croit devoir faire ressortir tout l'intérêt de la communication non seulement pour le fait si remarquable de la guérison d'une épilepsie, mais aussi à cause de l'étiologie auriculaire de cette affection.

Jusqu'ici les crises épileptiques coïncidant avec les maladies de l'oreille avaient été notées dans les cas d'otorrhée et de carie du rocher ou du temporal avec lésions et pachymeningite de voisinage.

La guérison nette et absolue, l'absence de suppuration, etc., démontrent qu'il s'agissait d'un processus pathologique très léger, limité aux parois de la caisse du tympan. On ne peut admettre qu'il y ait là une lésion de l'oreille interne; rien ne ressemble moins au vertige auriculaire que les grandes convulsions épileptiformes décrites par M. Noquet dans son observation. La guérison de la surdité montre également qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à cette idée étiologique.

M. Noquet, frappé de la surdité, soigne celle-ci et constate une déformation du tympan; les pressions centripètes lui donnent un résultat négatif. Mais la trompe permit le passage du Politzer, le redressement du tympan, l'amélioration de l'audition. L'étrier, d'abord immobilisé par enfoncement de tout l'appareil conducteur, mais non soudé, a été dégagé par la douche d'air, dit M. Gellé.

Les crises d'épilepsie naissant à la suite d'un état pathologique de l'oreille, puis cessant entièrement, c'est là un fait nouveau. Tout sourd épileptique devient désormais justiciable du traitement auriculaire à deux titres.

L'observation si concluante de notre confrère de Lille ajoute un champ nouveau à la sphère d'action du médecin auriste.

Quant au diagnostic anatomique porté par M. Noquet au moyen des pressions centripètes, M. Gellé pense avec lui que l'étrier était immobilisé mais non soudé. L'immobilisation, autrement dit la fixation sans ankylose, résulte de ce que, par le fait du relâchement du tympan, tout l'appareil se porte en dedans vers la paroi labyrinthique sous la double influence de la pression atmosphérique et de l'aspiration en dedans produite par la déglutition. Ces deux actions incessantes combinées arrivent à ce que l'on pourrait appeler l'*écrasement* de l'oreille moyenne.

En dégageant la platine, le labyrinth a été soulagé, et tout cela coïncidant avec la disparition des crises épileptiques, on ne saurait douter que la compression des nerfs acoustiques ne puisse provoquer des convulsions épileptiformes, c'est-à-dire un complexus symptomatique, tout à fait différent du syndrome si connu, le vertige de Ménière.

L'épilepsie est un symptôme possible de la simple compression ou de l'irritation labyrinthique. Nous possédons maintenant plusieurs manifestations ou expressions des souffrances du contenu de l'oreille interne; c'est d'abord la faiblesse, la résolution des forces musculaires consciente, subite, pouvant aller du vertige à la chute sur le sol; puis l'épilepsie ou la crise épileptique bien définie; enfin la contracture des muscles du cou que Laborde a obtenue chez les animaux par des lésions graves des canaux demi-circulaires.

M. MOURÉ partage la manière de voir M. Miot. L'en-gorgement léger de la trompe ne suffisait pas à expliquer les vertiges, les crises. Il y avait action réflexe et un élément congestif a dû exister dans quelque point de l'organe auditif.

M. GELLÉ a fait trois autopsies de vertige de Ménière ; il y avait soudure de l'étrier dans deux et affection très nette de la caisse. Tous les nerfs de l'oreille étaient sains.

M. MOURE lit son mémoire : **Fibro-sarcome primitif des fosses nasales. — Opération, guérison (1).**

M. MÉNIÈRE lit son mémoire sur les **bourdonnements d'oreille dans les maladies de l'estomac (2).**

M. GELLÉ. — Dans une thèse comme celle que nous dévelope notre distingué confrère, il y a les faits et leur interprétation.

Les faits sont clairs, bien que l'examen détaillé des états anatomo-pathologiques ait dû nous être donné succinctement. Chacun de nous, au reste, a été à même d'observer des cas analogues. Le point délicat est de faire la part de ce qui revient à l'affection abdominale, à l'estomac, visé surtout ici, dans l'étiologie du bourdonnement, et dès lors il va de soi que l'on attache une grande importance à la constatation de l'état de l'audition et de son appareil. Loin de moi la pensée de nier la possibilité d'excitation des centres sensoriels auditifs par divers réflexes nés de l'estomac malade. Il suffit d'avoir eu une digestion pénible avec tendance au sommeil à la suite d'une fatigue extrême pour avoir perçu de violents bourdonnements d'oreilles. Chacun de nous a observé ceux qui coïncident avec les affections du cœur, la pléthora abdominale, l'état hémorhoïdaire, etc. Mais nous savons aussi combien sont fréquentes, quoique tardives, les lésions appréciables de l'oreille dans ces états divers. Il y a tantôt succession, tantôt simultanéité dans les troubles gastriques ou autres et dans ceux de l'oreille.

La surdité de l'âge mûr succède souvent à la migraine dans l'évolution lente de l'individu ; ce sont là des manifestations successives d'une affection générale, l'arthritisme.

Je pense qu'il en est ainsi chez beaucoup des malades de M. Ménière. On sait combien sont fugaces et instables les

(1) Sera publié.

(2) Voir p. 296.

lésions de l'arthritis; ce sont des fluxions, des œdèmes rapides, mobiles, et nous voyons ses manifestations frapper successivement ou à la fois une grande partie des viscères ou des appareils de l'organisme.

D'autre part, on sait quelle influence l'état de l'estomac exerce sur les fonctions de l'oreille dès qu'un processus morbide l'a frappé; la surdité, les vertiges, les bruits auriculaires s'accroissent, s'exagèrent sous l'influence de la faim, de la réplétion stomachale, des poussées fluxionnaires. Ici, la lésion auriculaire est évidente, n'est-ce pas la thèse de M. Ménière renversée ? Il faut être réservé sur l'exclusion de la participation de l'oreille dans l'étiologie des bourdonnements, d'autant plus qu'il y a, aujourd'hui encore, une somme de lésions de l'oreille, trop légères ou trop profondes, qui peuvent facilement échapper à l'examen de l'otologiste. Les commémoratifs jouent alors un bon rôle, car ils nous dévoilent l'évolution antécédente et la préexistence de troubles extra-auriculaires.

M. GELLÉ a eu, dit-il, à soigner les oreilles malades d'un grand nombre d'individus soumis depuis des années à un traitement anti-dyspeptique et qui étaient sous l'influence de la même diathèse que l'affection traitée par lui dans les oreilles. Les malades atteints de vertiges qui nous sont envoyés ont d'ordinaire suivi pendant fort longtemps divers traitements dirigés contre une affection gastrique que l'on est habitué, depuis Trousseau, à mettre trop facilement en cause, alors qu'il y a succession et non causalité.

Voilà, ajoute M. Gellé, ce que j'ai observé et l'opinion que je me suis formée à la suite d'une pratique otologique déjà longue.

M. NOQUET a observé un malade dyspeptique atteint d'otite moyenne simple; les digestions difficiles provoquaient des bourdonnements et des tintements d'oreille.

M. GELLÉ ne voit là qu'un état général et non local; ce sont des maladies qui évoluent; le bourdonnement, le vertige

sont le début de la surdité et celle-ci la fin de l'évolution. Il croit que tout cela se passe dans l'oreille moyenne.

M. MÉNIÈRE n'est pas de l'avis de M. Gellé. Il cite des faits très nets dans lesquels il ne peut y avoir de doute : certains malades ont des bourdonnements qui cessent après l'amélioration de l'état dyspeptique et dont l'audition reste bonne quand même. Un grand nombre de sujets n'ont aucune affection de l'oreille.

M. GELLÉ observe qu'il n'a pas voulu dire qu'il y avait affection de l'oreille quand même.

M. GOUGUENHEIM. — Il ne faut pas voir toujours une guérison dans la disparition des phénomènes morbides de l'oreille.

M. MOURE lit le travail de M. Charazac sur **les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières (1) ?**

#### Présentation d'instruments.

M. GELLÉ. — J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société deux instruments :

##### 1<sup>o</sup> UN RELEVEUR-ÉCARTEUR DU VOILE DU PALAIS.

Ce petit instrument, en forme de tire-bottes, est d'une grande simplicité ; c'est une tige droite de métal, courbée en forme de V allongé à son extrémité libre, arrondie en bouton.

Dans un premier temps on porte l'extrémité sous le voile, sur la paroi spinale du pharynx, et on la glisse aussi haut que possible. Dans un second temps on l'appuie sur cette surface solide, et on lui fait exécuter un mouvement de rotation qui a pour effet de porter l'angle du V sur le bord et derrière le voile ; celui-ci s'écarte de la paroi spinale du pharynx en glissant sur la 2<sup>me</sup> branche du V, qui est devenue oblique en bas et en avant par suite de la rotation de l'instrument.

(1) Voir *Revue*, n° 5, page 241.

On conçoit que, par une manœuvre rapide, les deux temps peuvent se succéder au point de se confondre.

Avec l'abaisse-langue et cet écarteur, maniés à la fois, la plus grande étendue des parois du pharynx buccal et nasal se trouve soumis à l'inspection.

**2<sup>e</sup> ACOUTÈRE BASÉ SUR LA DURÉE DE L'EXCITATION SONORE NÉCESSAIRE À LA PERCEPTION.**

Depuis longtemps j'avais été frappé des variations observées dans la perception des malades suivant le temps pendant lequel on a laissé la montre ou le diapason en face du conduit auditif. C'est ainsi que la montre étant perçue à 20 centimètres par exemple, laissée quelque temps sur l'axe auditif, cessait d'être entendue si je la faisais passer d'avant en arrière plus ou moins lentement au devant du trou de l'oreille, et beaucoup plus près de la tête. En imprimant ainsi à la montre, soit au diapason *la*<sup>3</sup> (9 centimètres des oscillations rapides) à une courte distance du pavillon, soit de haut en bas, soit plutôt d'arrière en avant (en allant d'avant en arrière) la sensation a toujours plus de durée, par suite de la réflexion des ondes antérieures par le pavillon, on arrive à éteindre toute sensation, le sujet n'entend plus rien, et cependant, en s'arrêtant aussitôt, il perçoit à nouveau le son, qui s'éteint ou renaît ainsi à volonté.

On sait déjà qu'il est des sujets chez lesquels l'obliquité du conduit auditif externe, soit en bas, soit en arrière, soit en avant, et du plan de son orifice aérien, produisent des inclinaisons étranges de l'axe auditif, et nécessitent, pour qu'il y ait perception, que le corps sonore soit placé en des points situés en dehors de la ligne perpendiculaire au plan antéro-postérieur du crâne, dit axe auditif. Cet axe est, par ce fait, incliné dans des sens anormaux; et cela explique suffisamment les curiosités de l'observation.

Dans ma communication c'est une action d'un tout autre ordre. Un facteur absolument négligé jusqu'ici est mis à l'étude, et entre dans la solution du problème de l'acuité de l'ouïe.

Il faut pour qu'une sensation ait lieu, une certaine durée de l'excitation. Chez les personnes dures d'oreilles, ce temps nécessaire à la perception devient tellement long qu'il est fort appréciable sans compteur; plus l'audition est active, au contraire, plus il est difficile de mesurer et d'apprécier cette quantité de temps indispensable à l'impression sonore.

Cette durée est calculable: voici l'instrument qui m'a permis d'arriver à ce double résultat de pouvoir éteindre la sensation sonore en imprimant au corps sonore une vitesse de translation connue et de calculer le temps du passage du corps au devant du méat.

*Acoumêtre.* — L'instrument est constitué : 1<sup>o</sup> par une lame d'acier placée de champ, large de 5 centimètres, longue de 60 centimètres; une de ses extrémités est solidement saisie entre le mors d'un étau-support fixé sur une planche de chêne horizontale, épaisse, que des poids immobilisent. Cette lame peut osciller dans un plan horizontal, au dessus de la planche; son extrémité libre est disposée pour recevoir la tige d'un diapason, soit celle d'une poignée où s'encadre un téléphone ordinaire bien fixé.

A ce niveau la planche-socle est munie d'une échelle graduée en centimètres, de chaque côté du 0 central, qui répond au point de repos de la lame vibrante.

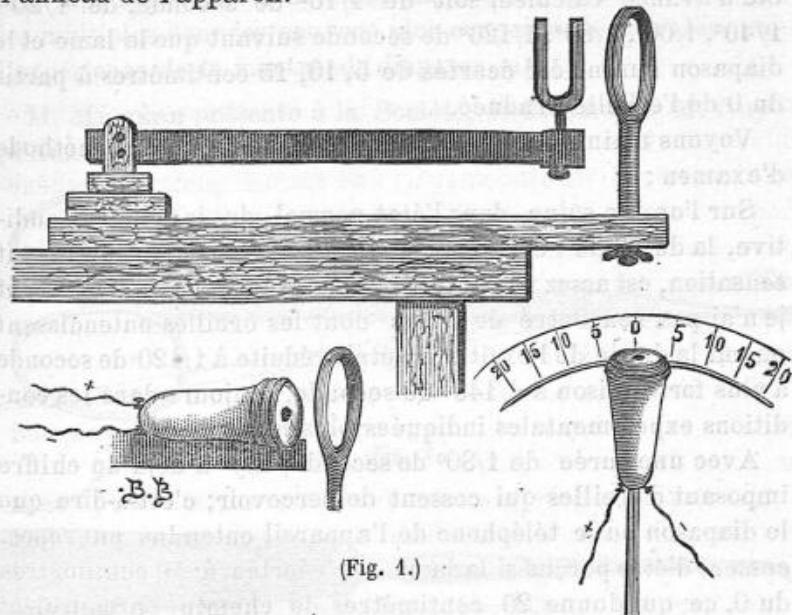
Le diapason doit pouvoir durer un certain temps sans grande perte d'intensité, bien que l'expérience soit fort rapide.

Le téléphone correspond à une pile éloignée dont le tremblement peut suffire à donner le son, ou à une pile animant un diapason armé de ses étaux mobiles pour varier la tonalité du son. On varie à volonté l'intensité du son apporté par le téléphone au moyen d'une bobine à Charriol intercalée dans le circuit et placée sous la main de l'opérateur. Ce son sera choisi le plus faible qu'il soit possible de percevoir, sur la limite de la perception auditive du sujet (Seuil de l'excitation).

Ce son est constant, et la distance à laquelle se trouve l'oreille du sujet en expérience pour le percevoir est constante. En effet, à quelques centimètres en face de l'extré-

mité mobile de la lame élastique, se dresse perpendiculairement, fixé sur la planche de chêne, un anneau de bois résistant dans lequel l'oreille du sujet vient s'encadrer et sa tête s'appuyer sur ce support fixe. Tel est le dispositif de l'expérience, en voici le but :

On a calculé par avance la durée d'une oscillation simple de la lame élastique (une allée) ; elle dure  $1/4$  de seconde ; c'est-à-dire qu'en un quart de seconde le diapason vibrant ou le téléphone passent une fois devant l'oreille placée dans l'anneau de l'appareil.



(Fig. 1.)

Or, si on écarte la lame de 10 centimètres du 0 central, et qu'on l'abandonne, elle traverse, en un quart de seconde, 20 centimètres en frappant devant l'oreille.

On l'arrête à la fin de sa course, ou à la 1<sup>re</sup> oscillation exécutée.

En un quart de seconde, le diapason ou le téléphone ont donc franchi 20 centimètres, et le temps du passage en un point correspondant à l'oreille aura été de  $1/80^{\text{me}}$  de seconde ( $20 \times 4$ ). L'excitation sonore partie du téléphone aura duré  $1/80^{\text{me}}$  de seconde. On conçoit qu'il est indispensable de

toujours écarter le diapason assez loin pour qu'il ne soit pas perçu. En résumé, avec ce dispositif, on peut à volonté, en calculant les distances parcourues, connaître le temps, car les oscillations de lame peuvent être regardées comme isochrones.

L'appareil fournit du même coup la vitesse de passage cherchée et le temps de l'excitation qui s'en déduit simplement.

On peut donc étudier l'effet d'excitation dont la durée aura été d'avance calculée, soit de  $1/10^{\text{e}}$  de seconde, de  $1/20^{\text{e}}$ ,  $1/40^{\text{e}}$ ,  $1/60^{\text{e}}$ ,  $1/80^{\text{e}}$ ,  $1/120^{\text{e}}$  de seconde suivant que la lame et le diapason auront été écartés de 5, 10, 15 centimètres à partir du 0 de l'échelle graduée.

Voyons maintenant quelques résultats de cette méthode d'examen :

Sur l'oreille saine, dans l'état normal de la fonction auditive, la durée de l'excitation sonore nécessaire pour qu'il y ait sensation, est assez variable suivant les individus. Cependant je n'ai pas rencontré de sujets dont les oreilles entendissent quand la durée de l'excitation était réduite à  $1/120^{\text{e}}$  de seconde à plus forte raison à  $1/140^{\text{e}}$  de seconde, toujours dans les conditions expérimentales indiquées plus haut.

Avec une durée de  $1/80^{\text{e}}$  de seconde, il y a déjà un chiffre imposant d'oreilles qui cessent de percevoir; c'est-à-dire que le diapason ou le téléphone de l'appareil entendus au repos, cessent d'être perçus si la lame est écartée à 10 centimètres du 0, ce qui donne 20 centimètres de chemin parcouru, et par suite réduit à  $1/80^{\text{e}}$  de seconde le temps pendant lequel le son a passé devant l'organe de l'ouïe.

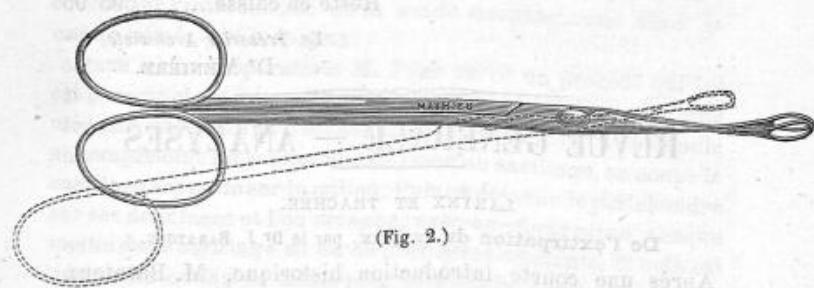
Chez les sourds, la durée de l'excitation nécessaire croît en proportion de l'affaiblissement de l'audition. On trouve alors qu'il faut que la lame ne s'écarte pas au-delà de 1, 2, 3, 4, 5 centimètres, etc., du 0 central, sans quoi l'audition cesse.

Il est des sourds pour lesquels la moindre oscillation de la lame suffit à éteindre la sensation très nette au repos. Pour éviter toute confusion, on doit faire percevoir le son au repos puis écarter la lame d'un certain nombre de centimètres en

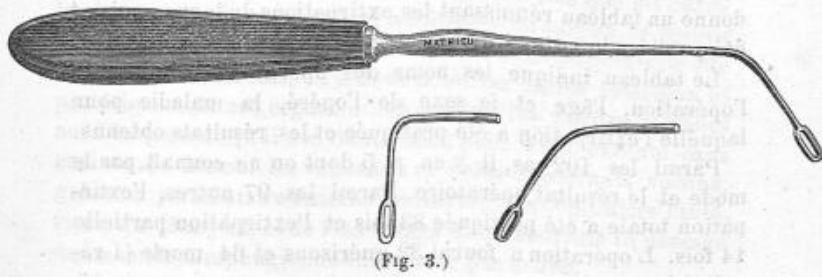
arrière du pavillon, et lâcher tout, rapidement, pour que le son n'arrive pas à l'oreille du sujet dès le début de l'oscillation, ce qui compliquerait l'expérience et en rendrait le résultat confus; un seul passage est nécessaire, il ne faut pas multiplier les excitations. Quand on a trouvé un point d'où le son lancé est toujours perçu, on a la mesure du temps que doit durer l'excitation sonore chez le sujet pour qu'il en ait connaissance.

J'ai trouvé, jusqu'ici, que cette épreuve donne des résultats plus univoques, plus constants, plus faciles à interpréter que les multiples données souvent plus concordante fournies par l'expérience de la montre, du diapason, etc.

M. MÉNIÈRE présente à la Société, de la part de M. Guye (d'Amsterdam), deux instruments.



(Fig. 2.)



(Fig. 3.)

Le premier est un petit forceps (fig. 2) à deux branches pour l'extraction du corps étranger de l'oreille et du nez;

Le second (fig. 3) est une curette annulaire pour enlever les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

L'assemblée nomme M. Ménière, Président pour la session d'octobre prochain, et M. Baratoux, membre du Comité.

L'impression du statut-règlement modifié est décidée.

La séance est levée à midi.

*Le Secrétaire,*

D<sup>r</sup> MOURA.

*État financier de la Société.*

ANNÉE 1885-1886.

Reçu 63 cotisations.....	F. 945	»
Reliquat précédent.....	716	90
		<hr/>
	1661	90
Dépenses fin avril 1886.....	F. 1065	95
		<hr/>
Reste en caisse.....	595	95

*Le Trésorier Archiviste,*

D<sup>r</sup> MÉNIÈRE.

---

## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

---

### LARYNX ET TRACHÉE.

#### De l'extirpation du larynx, par le Dr J. BARATOUX.

Après une courte introduction historique, M. Baratoux donne un tableau réunissant les extirpations du larynx qui ont été publiées jusqu'au 19 février 1886, au nombre de 102.

Le tableau indique les noms des opérateurs, la date de l'opération, l'âge et le sexe de l'opéré, la maladie pour laquelle l'extirpation a été pratiquée et les résultats obtenus.

Parmi les 102 cas, il y en a 5 dont on ne connaît pas le mode et le résultat opératoire. Parmi les 97 autres, l'extirpation totale a été pratiquée 83 fois et l'extirpation partielle 14 fois. L'opération a fourni 32 guérisons et 64 morts (1 résultat inconnu).

Mais l'auteur compte comme guéris 5 cancéreux dont les dernières nouvelles dataient de moins de deux mois après l'opération.

M. Baratoux ajoute aux chiffres statistiques résultant de sa table, des remarques sur l'indication et le procédé opéra-toire de l'extirpation du larynx. (*Progrès méd.*, n° 13 et 15, 27 mars et 10 avril 1886.) D<sup>r</sup> L. L.

**Deux cas d'extirpation du larynx,**  
Par le Dr PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Le premier cas concerne un homme âgé de 35 ans et atteint d'un épithélioma pavimenteux du larynx chez lequel M. Péan avait pratiqué l'extirpation de cet organe le 13 février 1886. Le malade parle maintenant avec une canule spéciale.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de 65 ans, dont le larynx était envahi d'un épithéliomalobulé, mais qui après l'extirpation succomba des suites d'une broncho-pneumonie causée par l'introduction de la sonde œsophagienne dans la cavité laissée par le larynx.

Dans les deux opérations M. Péan suivit un procédé qui lui est personnel, le *morcellement*. Après avoir fait sur la ligne médiane une incision s'étendant du menton jusqu'à la canule et comprenant les parties molles jusqu'au cartilage, on coupe le cartilage thyroïde sur le milieu. Puis on détache le périchondre sur ses deux faces et l'on arrache, avec une forte pince, chaque moitié de ce cartilage en un ou plusieurs fragments. Si cela est nécessaire on fait de même pour le cricoïde. Dès que les cartilages ont été enlevés, la paroi antérieure du larynx se trouve mise à nu. On n'a alors qu'à l'exciser sur tous les points où elle est malade. Ceci fait, on a devant soi les parois latérales et postérieures de cet organe et on enlève les parties malades aussi largement qu'il convient. Cela peut être exécuté sans crainte de blesser les vaisseaux et nerfs importants voisins, grâce au périchondre externe conservé. On voit alors l'intérieur du pharynx et de l'œsophage et on contrôle le passage de la sonde œsophagienne introduite par le nez.

L'auteur croit que l'extirpation bien faite, deviendra bientôt inoffensive et modifiera en mieux les statistiques actuellement défavorables de cette opération. (*Gazette méd. de Paris*, n° 16, 17 avril 1886.) D<sup>r</sup> L. L.

**Deux cas de chorée du larynx** (*Due casi di corea della larynge*),  
par M. le Prof. MASUCCI.

Dans ce travail l'auteur expose tout d'abord deux cas de *chorée du larynx* par lui observés et guéris. Il passe ensuite rapidement en revue tous les cas de ce genre observés jusqu'à ce jour. Il conclut que le diagnostic de cette affection n'est pas difficile, que la pathogénèse de cette névrose de l'organe vocal est controversée (*Il semble que la dénomination de chorée fait naître plus facilement l'idée d'une névrose pure du mouvement, opinion de Schrotter, à laquelle se sont ralliés la majorité des observateurs*), que l'emploi des courants continus est le moyen thérapeutique proposé et généralement adopté par tout le monde ; pour aider à ce traitement prescrire une médication calmante, les anesthésiques et les toniques. D'après l'auteur, les courants faradiques qu'il a employés chez deux de ses malades ont produit un effet rapide et durable. (*Arch. Ital. di laryngi*, anno V, n° 3 et 4, Naples, 1886.)

D<sup>r</sup> CARDONE.

OREILLES.

**Dyscrasie auriculaire fondamentale et surdité d'origine vasculaire** (*Basic aural dyscrasia and vascular deafness*), par le Dr COOPER.

Dans ce remarquable et important travail, le docteur R.-S. Cooper, à Londres, fait observer en débutant l'état d'infériorité de la médecine otia-trique. Autant l'inspection en ophthalmologie est suffisante pour arriver au diagnostic, autant elle est insuffisante en maladies d'oreille. Il fait observer qu'il peut exister des altérations considérables des tissus, ainsi que le démontre l'examen ante et post mortem, sans qu'il existe des troubles proportionnés de l'audition.

Il propose de surmonter la difficulté par l'examen de l'état des vaisseaux dans tous les cas de maladie de l'oreille, et fait observer que si cet examen était fait, dans le plus grand nombre des cas, 90 pour cent environ, on trouverait la cause des bruits subjectifs dans l'état des veines et des artères.

Il en conclut que la surdité est précédée d'un état dyscrasique (basic aureal dyscrasia) du système ayant atteint les parois des vaisseaux et amené un défaut de nutrition qui retentit sur les oreilles et amène la surdité. Les parties

constituantes de l'oreille, peau, muqueuse, périoste et vaisseaux peuvent être atteints et produire la maladie de l'oreille. Mais de toutes les parties les vaisseaux jouent le rôle le plus important bien qu'ils aient été jusqu'à présent les moins étudiés.

Suit une liste démontrant la proportion considérable de cas dans lesquels les bourdonnements sont produits par altération vasculaire. L'auteur soutient que ces bourdonnements ne sont pas seulement dus à une anémie, mais surtout à un état inflammatoire de l'organe. De sorte que la majorité des maladies chroniques de l'oreille, accompagnées ou non du symptôme surdité, serait caractérisée par un état inflammatoire des vaisseaux.

Le traitement des otorrhées par les applications locales seules est peu scientifique et nous ne devons pas songer à modifier la surdité par la seule application de substance médicamenteuses sur les parties malades.

Il est une forme de surdité qui mérite l'appellation vasculaire, et qui est due à une irritation lente des vaisseaux sanguins, irritation qui ne peut se produire soudainement, sauf dans la forme aiguë de l'otite. Ce trait caractéristique établit une marque distinctive entre la forme vasculaire et la forme nerveuse. Cette dernière, en effet, se produit tout d'un coup après une grande secousse, et alors même qu'elle se produit graduellement, les symptômes ont des caractères nerveux manifestes et la surdité progresse par sauts et par bonds.

La surdité vasculaire s'en va comme elle était venue, progressivement. Avec le temps et la patience, elle est parfaitement curable. L'auteur décrit cette surdité vasculaire comme une variété d'affaiblissement de l'ouïe non accompagnée d'altération visible, ou de destruction des tissus et qui ne relève ni de l'oblitération du conduit auditif externe, ni de l'obstruction de la trompe, ni de l'hyperplasie des parties constituantes de l'oreille moyenne, ni de la paralysie du nerf auditif.

Le trait caractéristique de la surdité vasculaire est une diminution chronique de l'audition, aussi est-elle essentiellement chronique.

M. le Dr Cooper, en terminant son travail, dit être le

premier à avoir donné une explication raisonnable de la manière dont se produit une grande partie des maladies d'oreille et à avoir découvert leur origine incontestablement vasculaire.

Cette analyse ne donne qu'une imparfaite idée de ce remarquable travail dont nous conseillons la lecture *in extenso*. Il renferme, en effet, des aperçus absolument nouveaux et de fort utiles conseils pour le diagnostic et le traitement. (*Dublin Med. Journ.*, avril à août 1885.)      Dr J. CHARAZAC.

**Collection liquide non hématoire du pavillon de l'oreille,**  
par le Dr VOITURIER.

Auguste M..., cocher, 34 ans, est porteur d'une tumeur apparue spontanément sur le pavillon de l'oreille. Cette tumeur est fluctuante, elle siège au point où l'anthélix se bifurque pour former la fossette naviculaire. Elle est transparente. On la ponctionne et on retire 4 seringues de Pravaz d'un liquide citrin, on fait ensuite une injection de chlorure de zinc 1/10. Le malade, entré en traitement le 27 novembre 1885, était guéri le 26 décembre.

Cette observation est un exemple de kyste simple du pavillon qu'il ne faut pas confondre avec l'othématome. (*Journ. Sc. Med. de Lille*, 20 janvier 1886.)      Dr J. CHARAZAC.

**Mobilisateur du tympan** (*Movilizador del timpano*),  
par le Dr P. VERDOS MAURI.

Cet instrument se compose d'une poire ordinaire de Politzer à laquelle est adapté un tube métallique muni d'un robinet et qui se termine par un tube en caoutchouc et une olive destinée à être introduite dans la narine. Le tube métallique à sa partie moyenne, est croisé à angle droit par un autre tube métallique également muni à ses deux extrémités d'un robinet et de deux tubes en caoutchouc dont l'un a une olive qui s'adapte à l'autre et la ferme hermétiquement. On peut, avec cet appareil, faire des insufflations dans la caisse par la méthode de Politzer, faire des insufflation dans le conduit auditif et exercer ainsi une pression sur le tympan, raréfier l'air du conduit auditif. (*Gaceta Med. Catalana*, 15 novembre 1885).      Dr J. CHARAZAC.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### Bouche et Pharynx buccal.

- Barré (E.).** — Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale (*Union méd.*, no 43, 28 mars 1886).
- Bourdon.** — Adhérence du bord libre du voile du palais et du pharynx (*Soc. de méd. de Nantes*, 7 mai, et *Gaz. méd. de Nantes*, no 7, 9 mai 1886).
- Brösike.** — Un cas de diverticulum de la paroi latérale du pharynx communiquant avec la trompe d'Eustache (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*, XCVIII, Heft 2).
- Cahn** (Clinique Kussmaul). — Des ulcérations du palais dans la fièvre typhoïde (*Berl. Klin. Wochenschr.*, no 14, 5 avril 1886).
- Campana.** — Exfoliation épithéliale périodique de la langue chez une jeune fille (*La Salute*, série 3<sup>e</sup>, fasc. 11 et 12, 1885).
- Cluton.** — Ulcération tuberculeuse du palais (*Clinical Soc. of London*, 21 mars, et *The British medic. Journ.*, 3 avril 1886).
- Cardone.** — Deux cas de tumeurs malignes primitives de l'amygdale. Note clinique (*Arch. Internaz. di Lar. Rinol. etc.*, fasc. II, 15 avril 1886).
- Cormac (Mc).** — Tumeur du voile du palais (*Patholog. Soc. of London*, 16 mars, et *The Brit. med. Journ.*, 20 mars 1886).
- Delorme.** — Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez (*Académie de méd.*, 18 mai, et *Semaine méd.*, no 20, 19 mars 1886).
- Estèves (A.).** — Deux cas de phlegmon latéro-pharyngien (*Rivista Argent. de Cienc. med.*, février 1886, no 2).
- Fox (Hingston).** — De l'amygdalite et de ses relations avec la fièvre scarlatine et la diphtérie (*Medic. Soc. of London*, 5 avril, et *The Lancet*, 10 avril 1886).
- Fraenkel (B.).** — Angine lacunaire et diphtérique (*Berl. Klin. Wochenschr.*, no 17 et 18; 26 avril et 3 mai 1886).
- Galippe (V.).** — Mode de formation du tartre et des calculs salivaires; considérations sur la production des calculs en général; présence des microbes ou de leurs germes dans ces concrétions (*Journ. des connaiss. méd.*, no 43, 4<sup>er</sup> avril 1886).
- Gayraud (E.).** — De l'hypertrophie des amygdales chez les enfants (*Gaz. hebd. des Scienc. méd. de Montp.*, 1886, VIII, p. 49-54).
- Grand.** — Epithélioma de la langue; ablation; mort (*Journ. des Scienc. méd. de Lille*, no 6, 20 mars 1886).
- Graverry.** — Epithélioma de la bouche (*Soc. anatom. de Paris*, 23 avril 1886).
- Hunt (William).** — Epithélioma de la langue: opération radicale nécessitée par une lésion légère en apparence (*The Medic. and Surgic. Reporter*, no 15, 10 avril 1886).
- Jackson (Hughlings).** — Paralysie de la moitié droite de la langue, du voile du palais et de la corde vocale droite (*Harveian Soc.*, 1<sup>er</sup> avril, et *The Lancet*, 10 avril 1886).
- Kilham.** — Tumeur maligne de la gorge. Laryngotomie. Pyohémie. Pneumonie. Mort (*Sheffield med.-chir. Soc.* 8 avril, et *The British med. Journ.*, 24 avril 1886).

- Kleinschmidt.** — Papillome de la luette (*Medic. Soc. of the District of Columbia*, 10 février, et *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 6 mars 1886).
- Laborde.** — Sur un procédé expérimental très simple pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers dans le second temps de la déglutition, ou temps pharyngien (*Tribune méd.*, 2 mai 1886).
- Monod.** — Ulcération de la paroi postérieure du pharynx (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 mars, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 11 avril 1886).
- Negel.** — Anosmie, Ageusie, Psoriasis buccal (*Progrès méd.*, n° 17, 24 avril 1886).
- Piéchaud** (Clinique Lanelongue). — Sur un cas d'angiome de la langue (*Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux*, n° 20, 16 mai 1886).
- Potain.** — Tuberculose du poumon, du pharynx et du larynx (*Gazette des hôpital.*, n° 42, 8 avril 1886).
- Retterer.** — Sur le développement des tonsilles chez les mammifères (*Academie des sciences*, 14 décembre 1885).
- Ringuet.** — Oedème suraigu de la luette (*Journ. de méd. et de chir.*, 1 mai 1886).
- Rolira y Oliver.** — L'amygdalite simple et le bicarbonate de soude (*Siglo Med.*, 2 mai 1886).
- Rosalino, Rovira y Oliver.** — L'amygdalite simple et le bicarbonate de soude (*Gaceta med.*, Catalana, 31 mars 1886).
- Sauer.** — Le bronze d'aluminium dans la bouche (*Congrès de la Soc. allemande de chirurgie*, tenu à Berlin du 7 ou 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).
- Schoenborn.** — Présentation d'un cas de staphyloplastie (*Congrès de la Soc. allem. de chir.* tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).
- Schwimmer.** — Contribution à l'étude de la pathologie de la langue (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 8, 9, 10, 1886).
- Wassilieff.** — D'un mouvement réflexe localisé à une partie de la langue (*Centralbl. f. d. med. Wissenschaft*, n° 12, 1886).
- Weinlechner** — Ligature de la carotide primitive pour une hémorragie dans un cas d'abcès de l'amygdale (*Wien. med. Blätter*, 31 déc. 1885).
- Wolff (I.).** — Du traitement des fissures palatines (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd 33, n° 1 et 2).
- Wood.** — Obstruction de l'orifice naso-pharyngien rétabli par des opérations réitérées faites sur le voile du palais. (Avec trois gravures sur bois) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

### Nez et Pharynx nasal.

- Allen (Harrison).** — De l'examen des fosses nasales avec le doigt et de la dénudation du cornet inférieur dans le traitement du catarrhe nasal chronique (*The Americ. Journ. of the Medic. Scienc.*, avril 1886).
- Allen (Harrison).** — Des maux de tête qui accompagnent le catarrhe nasal chronique (*Medic. News*, 13 mars 1886).
- Aronsohn.** — Recherches expérimentales sur la physiologie de l'odorat (*Arch. f. Physiol.* LXXXVI, 3. et 4).

- Baber (Creswell). — Hack et d'autres auteurs sur les névroses réflexes d'origine nasale (*The London Medic. Record*, 13 mai 1886).
- Baginsky (B.). — Un cas de polype muqueux de l'antre d'Hygmore (*Berliner med. Gesellschaft*, 10 mars, et *Deutsche mediz. Ztg.*, no 23, 18 mars 1886).
- Baumgarten. — Affections de la cloison du nez (*Orvosi hetil Budapest*, 1886, XXX, 35; 63).
- Beschorner (O.). — La fièvre des foins et son traitement (Dresden, chez E. Blockmann und Sohn, 1886).
- Bosworth. — Fièvre des foins, asthme et autres affections analogues (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 24 avril et 1<sup>er</sup> mai 1886).
- Coën (R.). — Deux cas d'anomalies du langage. Un cas de rhinolalie et un cas de bégaiement (*Soc. des méd. de Vienne*, 2 avril, et *Wien. med. Press*, no 16, 18 avril 1886).
- Coy (Mac). — Notes sur un cas de nécrose du vomer (*The Medic. and Surgic. Reporter*, 3 avril 1886).
- Ferrer (Medina). — Polype nasal muqueux guéri par les douches antiseptiques (*Cronica Med. Quir. de la Habana*, no 4, avril 1886).
- Grancher. — Un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Annal. des mal. de l'oreille*, etc., no 5, mai 1886).
- Griffin (Hanson). — Une dent croissant dans le nez (*The Medic. Record*, 13 mars 1886).
- Hack. — Du catarrhe d'automne et de la fièvre des foins (*Deutsche Medic. Wochenschr.*, no 9, 1886).
- Henderson. — Considérations sur le traitement de l'hypertrophie des cornets inférieurs (*St Louis Medic. Surgic. Journ.*, no 1, 1886).
- Hendrix (H. P.). — Des relations qui existent entre les maladies des yeux et celles des fosses nasales (*St Louis Medic. Surgic. Journ.*, no 4, 1886).
- Heymann. — De la correction des déviations de la cloison nasale (*Soc. de med. de Berlin*, 24 mars, et *Berliner Klin. Wochenschr.*, no 20, 17 mai 1886).
- Holmes. — De la cocaïne dans le traitement de la fièvre des foins (*Philadelphia Med. Times*, 1<sup>er</sup> mai 1886).
- Hubert. — Des déviations de la cloison et de leur traitement (*Munchener med. Wochenschr.*, nos 18 et 19, 4 et 11 mai 1886).
- Jacobi. — De la chorée partielle et quelquefois généralisée, due aux réflexes naso-pharyngiens (*The Americ. Journ. of the Medic. Scienc.*, avril 1886).
- Janowsky (V.). — Du rhinosclérome et du xéroderme pigmenté (Kaposi) (*Wiener med. Presse*, nos 13, 14 et 17, 1886).
- Kaufmann. — De l'importance des cellules olfactives et épithéliales de la région olfactive (*Wien. med. Jahrb.* 1886).
- Keimer (Clinique Hack). — Quelques observations d'affections de la bourse pharyngée (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, no 3 et 4, mars et avril 1886).
- Knode. — De l'inflammation spécifique du nez et de la gorge (*St. Louis Medic. et Surgic. Journ.*, no 1, 1886, II).
- Koenig. — De l'autoplastie des nez affaissés (*Congrès de la Société allemande de chirurgie* du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg.*, no 32, 19 avril 1886).
- Lerat. — Epithélioma polymorphe du dos du nez (*J. de méd. de l'Ouest*, Nantes 1885, XIX, p. 278-281).

**Lefferts.** — Affections médicales et chirurgicales du nez, des fosses nasales et des sinus accessoires (*In : Encycl. internat. de chir.* Ashhurst, Paris 1886, V, 395-484).

**Leroux.** — Des tumeurs adénoides du pharynx (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 13, 1<sup>er</sup> avril 1886).

**Loewenberg.** — De l'exirpation des végétations adénoides de la cavité naso-pharyngienne avec description d'un nouvel instrument pour cette opération (*Deutsche med. Wochenschr.*, 22 avril, et *Progrès médical*, 22 mai 1886).

**Major.** — Un cas de catarrhe nasal membraneux (*The N.-Y. Medic. Journ.*, n° 12, 20 mars 1886).

**Masucci.** — Un cas de kyste de la bourse pharyngienne avec quelques considérations (*Arch. Internaz. di Lar., Rinol.*, etc., fasc. II, 15 avril 1886).

**Matthew.** — Un cas de rhinolithe (*British Medic. Journ.*, 10 avril 1886).

**Mikulicz.** — Un cas d'empyème de l'antre d'Hygmore (*Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg.* n° 32, 19 avril 1886).

**Robinson** (Beverley). — Symptômes oculaires reflexes dans les affections nasales (*Practitioner's soc. of New-York*, 5 mars, et *The Medic. Record*, 3 avril 1886).

**Roux.** — Déviation de la cloison du nez (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève 15 avril 1886).

**Ryerson.** — Rhinite atrophique, avec remarques sur le catarrhe en général (*Canada-Lancet*, Toronto, 1886-86, XVIII, p. 136-138).

**Solis-Cohen.** — Dès moyens anodins dans le traitement du soi-disant catarrhe naso-pharyngien (*The N.-Y. Medic. Journ.*, n° 14, 3 avril 1886).

**Ziem.** — De l'importance et du traitement des suppurations des fosses nasales (Suite et fin, *Monatsschr f. Ohrenh.*, n°s 3 et 4, mars et avril 1886).

### Larynx et Trachée.

**Archambault.** — Des manifestations laryngées aiguës dans le rhumatisme (*Thèse Paris*, mai 1886).

**Arnold.** — Cathétérisme du larynx (*Pacific med. and Surg. Journ. San-Franc.* 1886, XXIX, p. 65-72).

**Baratoux.** — De l'extirpation du larynx (*Progrès méd.*, n°s 13 et 15, 27 mars et 10 avril 1886).

**Bennet.** — Altérations laryngées consécutives à la laryngo-trachéotomie (*Acad. of. med. in Ireland*, 9 avril, et *Brit. medic. Journ.*, 15 mai 1886).

**Bertoye** (H.). — Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx (*Ann. des mat. de l'or.* etc., n° 4, avril 1886).

**Broesike.** — Un cas de ventricule médian du larynx (*Arch. f. pathol. Anat. und Phys.* XCVIII, Heft 2).

**Brown** (Dillon), service O'Dwyer. — Cathétérisme du larynx dans quinze cas de croup diphtéritique (*The Medic. Record*, 10 avril 1886).

**Champneys** (Francis-Henry). — Réflexions pratiques sur la respiration artificielle chez les enfants morts-nés, et dans les cas de mort apparente après la trachéotomie (*The Americ. Journ. of the medic. Scienc.*, avril 1886).

- Cadet de Gassicourt. — De la laryngite striduleuse grave (*Soc. medico-pratique*, 22 mars, et *Union med.*, n° 53, 17 avril 1886).
- Dunning (L.-H.). — Cathétérisme du larynx (*Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 17 avril 1886).
- Daremberg et Verneuil. — Observation de trachéocèle (*Rev. de Chir.*, 10 mai 1886).
- Edes. — Oedème rapide du larynx (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1886, CXIV, 408).
- Fraenkel (B.). — Du carcinome du larynx (Congrès de la Soc. allem. de chirurgie tenu à Berlin, du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).
- Gerster. — Sur l'extirpation unilatérale du larynx (*Ann. of Surg.*, Saint-Louis, III, p. 20-27).
- Gleitsmann. — Déplacement du larynx causé par un goitre (*The Medic. Record*, 13 mars 1886).
- Grandhomme. — Anévrisme de l'aorte thoracique descendante. Accès de dyspnée. Ouverture dans la bronche gauche (*Soc. anatomique de Paris*, 22 janvier, *Progrès med.* n° 43, 27 mars 1886).
- Hanson (H.). — Un cas de trachéotomie chez un nouveau-né (*Boston Med. and Surg. J.* 1886, CXIV, 105).
- Hischmann. — Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Tuberculose pulmonaire. Tabes dorsalis (*Annal des mal. de l'oreille*, etc., n° 5, mai 1886).
- Hofmokl. — Compression de la trachée et de la bronche gauche causée par un anévrisme de l'aorte. Trachéotomie, mort (*Ber. d. K. K. Krankenanst. Rudolphstiftung in Wien*, 1885, p. 353).
- Hofmokl. — Sténose de la trachée par suite de compression due à un anévrisme de l'aorte. Trachéotomie quatre semaines après, mort par rupture de l'anévrisme (*ibidem*, p. 351).
- Keen (W.). — Modification de la canule à trachéotomie (*Philadelphia Academy of Surgery*, 1<sup>er</sup> mars, et *Philadelphia Medic Times*, 20 mars 1886).
- Labus. — Papillome siégeant au niveau du cinquième cartilage trachéal extirpé par la voie laryngée (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, avril 1886).
- Laffan. — Laryngotomie ; guérison (*Castel Union Hospital, The Lancet*, 17 avril 1886).
- Lange. — Un cas d'extirpation totale du larynx (*Ann. of. Surg.*, Saint-Louis, 1886, III, p. 38-40).
- Ledderhose. — Sur un cas de formation d'une laryngocèle du côté droit (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. XXII, Heft 1 et 2).
- Lefèvre (Service Déprès). — Plaie par arme à feu de la poitrine, issue de la balle par le larynx (*Gaz. des hôpít.* n° 53, 6 mai 1886).
- Lennox (Browne). — De la voix considérée comme un instrument à cordes (*Brit. Medic. Journal*, 17 avril et 8 mai 1886).
- Lovett (Robert). — Analyse de soixante-dix-sept cas de trachéotomie (*The Medic. Record*, n° 14, 3 avril 1886).
- Mackern (George). — Trois cas de laryngite œdémateuse occasionnant de la suffocation, traités avec succès par des scarifications endo-laryngées (*The Lancet*, 8 mai 1886).

Mara. — Des syphilides pharyngo-laryngées (*Arch. Internaz. di Laring., Ot.*, etc., fasc. II, 15 avril 1886).

Masini. — De la valeur négative de l'acide lactique dans la cure de la tuberculose laryngée (*Bulletino delle mal. dell'Orecchio*, etc., no 3, 4 mai 1886).

Massei (F.). — De l'érysipèle primitif du larynx (Traduction allemande par V. Meyer. Berlin chez A. Hirschwald, 1886).

Meeres (E.). — La voix considérée comme un instrument à cordes (*British medic. Journ.* 8 mai 1886).

Morton. — Remarques sur la trachéotomie, surtout sur son traitement ultérieur (*Philadelphia Acad. of Surgery*, 5 avril, et *Philad. Medic. Times*, 1<sup>er</sup> mai 1886).

Newmann. — Deux conférences sur les tumeurs du larynx; leur pathologie, leurs symptômes et leur traitement, avec observations à l'appui (*British Medic. Journ.*, 27 mars 1<sup>er</sup> et 8 mai 1886).

Œchsner de Connynck. — Système vasculaire des poches laryngiennes des singes (*Soc. de biologie*, 1<sup>er</sup> mai 1886).

Park. — Un cas d'extirpation totale du larynx (*Ann. of Surg.*, III, 4).

Parker. — Endo-trachéite et endo-bronchite obliterantes dans la syphilis congénitale (*The British Medic. Journ.*, 8 mai, et *Pathol. Soc. of London*, 4 mai 1886).

Péan. — Deux cas d'extirpation du larynx (*Gazette méd. de Paris*, no 16, 17 avril 1886).

Rice (Clarence). — Causes extraordinaires de toux (*The medic. Record*, 1<sup>er</sup> mai 1886).

Richelot. — Laryngotomie inter-erico-thyroidienne (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 24 mars, et *Union méd.*, 11 avril et 9 mai 1886).

Roquer Casadesus. — Tuberculose laryngo-pulmonaire à la troisième période (*Rivista di laryng. ot.*, no 40, Barcelone, 1886).

Schiffers. — Séquestre provenant du cartilage thyroïde (*Soc. méd.-chir. de Liège*, 1 février, et *Scalpel*, no 40, 4 avril 1886).

Schnitzler. — De la pathologie et la thérapeutique de la syphilis laryngée et pulmonaire (*Wiener med. Presse*, no 45 et suivants, avril et mai 1886).

Sota (Ramon de la). — Sangsues dans les voies aériennes (*Revista de Medic. y Cirugia práctica*, 22 octobre 1885).

Stocker (George). — De la voix considérée comme un instrument à cordes (*British Medic. Journ.*, 3 avril 1886).

Stockton (F.-O.). — Lupus du larynx (*Chicago Med. Journ. and Exam.* 1886, 74-77).

Subbotic. — Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un corps étranger (*Allg. Wien. med. Ztg.*, no 9, 16 mars 1886).

Voltolini. — Opération pratiquée sur une trachée obstruée par une cicatrice; présentation du malade (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, no 3, mars 1886, et *Breslauer arztl. Zeitschr.*, no 7, 10 avril 1886).

Waxham. — Cathétérisme du larynx avec l'histoire de plusieurs cas (Chicago, *Gynaecolog. Soc.*, 13 janv. 1886, et *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* no 12, 20 mars 1886).

Weil (A.). — De la paralysie des dilatateurs de la glotte comme symptôme initial de l'ataxie locomotrice (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 13, 29 mars 1886).

### Oreilles

- Ariza.** — De l'autophonie; généralités; observations; thérapeutique (*Annales de Otol. y Laringol.*, nos 2 et 3, 1886).
- Baginsky (B.).** — De l'origine et du trajet central de l'acoustique chez le lapin (Tirage à part de *Sitzungs Berichte d. Berliner Acad. d. Wissenschaften*, 1886, XII, p. 4).
- Bates.** — Nouvelle opération pour améliorer la surdité permanente (Incisions multiples sur le tympan) (*Rivista di lar. Otol.*, etc., no 10, Barcelone, 1886).
- Battamms (Scott).** — Sur la meilleure méthode pour enlever les corps étrangers de l'oreille (*The British Mediz. Journ.*, 1<sup>er</sup> mai 1886).
- Baumgarten.** — Sur la valeur du procédé de Rinne, dans les cas où le diapason est entendu du côté opposé (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).
- Beerwald.** — D'un nouvel acoumêtre (*Archiv. f. Orenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).
- Berthold.** — Du tympan artificiel et de la possibilité d'employer la membrane hyaline de l'œuf de poule pour la myringoplastie (Wiesbade, chez I. F. Bergmann).
- Bing.** — Sur des phénomènes de mouvement de la membrane du tympan (*Wien. Med. Blätter*, 22 avril 1886).
- Bride.** — Du diapason dans le diagnostic des lésions de l'oreille interne (*Brit. Med. Journ.* Londres, 10 avril 1886).
- Bride (Mc).** — Otite hémorragique (*Zeitschr. f. Orenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Brunns (Henry, Dickson).** — Des relations qui existent entre les maladies des dents et des oreilles (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Burnett (Swan, M.).** — Perte absolue de l'ouïe des deux côtés à la suite des oreillons (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Burnett.** — Rapport sur l'otologie (*Philadelphia Medic. Times*, 20 mars 1886).
- Ganadera (Lope).** — Otite moyenne suppurée, nécrose consécutive du limaçon (*Annales de Otol. y Laring.*, no 3, 1886).
- Cheatham (W.).** — Contributions cliniques otologiques (3 cas) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Dayton (William).** — Observations sur l'emploi du peroxyde d'hydrogène dans les otorrhées, etc. (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Dmitrijew.** — Troubles de l'équilibre, par suite des affections de la caisse (*Prot. Kawk. Ob.*, no 9, 1885 (86)).
- Eitelberg.** — Examens comparatifs de l'ouïe à l'aide des diapasons, de la montre et de la voix chuchotée, faits sur cent individus (planche sur bois) (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd., XVI, no 1, 27 avril 1886).
- Féré et Seglas.** — Contribution à l'étude de quelques variétés morphologiques du pavillon de l'oreille humaine (*Revue d'Anthrop.*, no 4, 2).
- Folls (M. S.).** — De la coqueluche comme cause de la surdité (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1885).
- Ferguson.** — De l'emploi du sublimé dans l'otorrhée (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

- Florenzy.** — Exostose de l'apophyse mastoïde ; opération ; guérison (*Paris méd.* n° 14, 3 avril et *Journ. sciences méd. de Lille*, n° 9, 5 mai 1886).
- Forbes.** — De la surdité et son traitement curatif : avec chapitres sur le vertige, les bruits de la tête et une analyse de 600 cas d'affections de l'oreille et du nez, traitées avec succès par une nouvelle méthode (Londres, 1886 (1885) *Il. Renshaw*, 39 pages in-8°).
- Foulerton et Pritchard.** — Extractions de corps étrangers de l'oreille (*Bristish Medic. Journ.* 15 mai 1886).
- Fulton.** — Un cas de surdité hystérique avec remarques (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, n° 4, 30 mars 1886).
- Gomez de la Mata.** — Maladies du tympan et leur traitement (*Anales de Otol. y Laryng.*, n° 3, 1886).
- Gomez de la Mata.** — Notes cliniques otologiques (*Anales de Otol. y Laring.* n° 2, 1886).
- Gomez de la Mata (F.).** — Catarre sec de l'oreille moyenne ou sclérose de la caisse (*Gaceta de Oftalmología Otolog.*, n° 3, mars 1886).
- Gramshaw.** — Ablation des corps étrangers de l'oreille (*British Medic. Journ.*, 24 avril 1886).
- Green (Orne).** — Otite moyenne purulente (*Reference Handbook of the Medic. Scien.*, (article Ear.), p. 591-623).
- Guerder.** — Blessures et maladies des oreilles (*In : Encycl. internat. de chir.* (Ashurst) Paris, 1886, V, 335-393).
- Hensen.** — Recherche sur la perception des bruits (à propos du travail de E. Brücke sur le même sujet (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, n°s 2 et 3, 7 avril 1886).
- Hermet.** — Chancre induré de l'oreille (*Annal. de dermat. et de syph.* 1886, VII, n° 2).
- Hessler.** — Un kyste du pavillon de l'oreille après l'othématome traumatique (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, n°s 2 et 3, 7 avril 1886).
- Hobbs (A. G.)** — Cocaïne en otiatrice (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 30 mars 1886).
- Hommel (A.).** — La pression sur le tragus comme nouveau et simple moyen thérapeutique en otologie (Zurich, chez Müller, libr. édit.).
- Hutchinson (I.).** — De la meilleure méthode d'enlever les corps étrangers de l'oreille (*British Medic. Journ.*, 10 avril 1886).
- Kieselbach.** — Etude sur le tintement d'oreilles (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, 6 avril 1886).
- Kipp (Charles).** — L'importance du développement de la névrite optique dans l'otite moyenne suppurée (*Zeitsch. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).
- Knapp.** — Extirpation totale d'une exostose éburnée, remplissant tout le conduit (avec une gravure sur bois) (*Zeitsch. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).
- Kohn.** — De l'apparition de l'otite moyenne aiguë pendant la première dentition (*N. Y. med. Presse* 1885, 6, I, 19-21).
- Kundrat.** — Oblitération osseuse complète du labyrinthe (*Soc. de méd. de Vienne* 9 avril et *Attg. Wien. med. Ztg.* n°s 15, 13 avril 1886).
- Lemcke.** — Les élèves sourds-muets à Ludwigslust (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* Bd XVI, n° 4, 27 avril 1886).

- Lucae.** — Remarques critiques et nouvelles sur les examens au diapason (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).
- Michie.** — Méningite après les affections de l'oreille (*Aberdeen, Banff and Kincardine Branch*, 17 mars, et *The Brit. Med. Journ.*, 24 avril 1886).
- Moos.** — Des processus mécaniques dans l'inflammation chronique suppurée du tympan chez les tuberculeux (avec 7 figures) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Moure (E. J.).** — Vice de conformation de l'oreille externe; imperforation du conduit (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 mars, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 11 avril 1886).
- Neumann (J.).** — L'irrigation de la caisse par la trompe dans les cas d'otite moyenne suppurée (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, n° 45, 13 avril 1886).
- Parker (R.).** — Un cas de macrostoma congénital et de disformité de l'oreille (*Liverpool M.-Cir.* I. 1886, VI, 4-3, 1 pl.).
- Puryesz.** — Condylome du conduit auditif externe (*Gyogyaszat*, Budapest 1886, XXVI, 1-3).
- Rohrer.** — 1<sup>o</sup> Le procédé de Rinne, sa relation avec la distance auditive et la perception des sons élevés. 2<sup>o</sup> De la position de l'otiatrice dans la science médicale moderne (Zurich, chez Meyer et Zeller).
- Roosa et Emerson.** — Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne et interne (panotite) suivi de paralysie faciale, de nécrose et d'élimination de tout le rocher, du temporal et de l'anneau tympanique. Guérison (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Roosa.** — De l'abus du procédé de Politzer dans le traitement des maladies de l'oreille (N. Y. *med. Presse*, 1885-6, I, 1).
- Seligmann.** — De la formation de kystes dans le pavillon de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Sexton (Samuel).** — Hallucinations auriculaires (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 mars. *The Medic. Record*, 3 avril 1886).
- Steinbrügge.** — Rapport sur l'autopsie des organes de l'ouïe provenant d'un malade mort de méningite cérébro-spinale (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).
- Stepanow (E. M.).** — Contribution à l'étude de la fonction du limacon (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, avril 1886).
- Tangeman.** — Considérations préliminaires sur l'emploi d'un nouveau tympan artificiel (*Medic. News*, n° 42, 20 mars 1886).
- Todd.** — Fistule dans la cavité mastoïde (*St. Louis Cour. Méd.* 1886, XV, page 13-16).
- Weill (E.).** — Des vertiges (Paris, chez Bailliére et fils, 1886, 120 pages).
- Verdos (P.).** — Les otorrhées consécutives aux fièvres éruptives des enfants doivent-elles être toujours soignées? (*Arch. de méd. y cirugia de los niños*, n° 15, 31 mars 1886).
- Verdos Mauri.** — Mobilisateur du tympan (*Gaceta Med. Catalana*, 15 novembre 1885 et *Gazeta de oftalmolog. Otol.* n° 3, mars 1886).
- Verdos.** — Clinique otologique (*Rivista di laring., Otol. etc.*, n° 10. Barcelone 1886).
- Vierordt.** — Procédé pour mesurer l'intensité des signes acoustiques chez l'homme (*Tagebl. de Versamml. deutsch Naturf. u. Aerzte, Strassburg* 1885, p. 65).

**Wilson.** — Observations cliniques (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

### Group et Diphtérie.

**Almgquist.** — Sur le mode de propagation de la diphtérie et du croup (Göteborg, in-8°).

**Armond.** — Croup membraneux (*The Medic. and Surgic. Reporter*, n° 45, 10 avril 1886).

**Blœbaum.** — Traitement de la diphtérie par la galvanocaustie (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 37, 6 mai 1886).

**Blumberg (P.).** — Du traitement chirurgical de l'amygdalite contagieuse (diphtérie épidémique) et surtout du traitement ultérieur de la trachéotomie par l'acide salicylique (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 22 Bd, Heft 5 et 6).

**Bokai.** — Des inflammations des articulations dans la diphtérie (*Soc. des méd. de Budapest*, 10 avril 1886).

**Bouchard.** — Diphtérie ; traitement par les fumigations antiseptiques ; mort (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 47, 20 avril 1886).

**Burckmann.** — De la diphtérie (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 23, 18 mars 1886).

**Cadet de Gassicourt.** — Traitement du croup, suivant la méthode du docteur Deltilh (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 14 mai, et *Semaine médicale*, n° 20, 19 mai 1886).

**Davies.** — Remarques sur la diphtérie (*The Lancet*, 10 avril 1886).

**Engelmann.** — De l'action antiseptique de l'acide acétique et de son emploi dans le traitement de la diphtérie (*Centralbl. f. Klin. med.*, n° 14, 3 av. 1886)

**Hesse.** — Des précautions et des contre-indications de l'emploi du brome dans la diphtérie (*Deutsche Arch. f. Klin. med.*, XXXVIII, 4 et 5).

**Heubner.** — De la diphtérie dans la fièvre scarlatine (*Medic. Gesellschaft zu Leipzig*, 26 janvier, et *Münchener med. Wochenschr.*, n° 9, 2 mars 1886).

**Heyder.** — De la thérapeutique de la diphtérie pharyngée (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, 20 mars 1886).

**Hofmokl.** — Du traitement de la diphtérie par le peroxyde d'hydrogène (*Wien. med. Presse*, n° 18 et 19, 2 et 9 mai 1886).

**Moser.** — De la diphtérie et de son traitement homéopathique. Un mot d'enseignement pour tous les parents (2<sup>e</sup> édit., *Hagen i. W.*, 1886, chez H. Pisel et Comp., 48 pages, 15°).

**Noeldechen.** — De la diphtérie (*Deutsche med. Ztg*, nos 33 et suivants, avril et mai 1886).

**Northrup.** — Diphtérie, croup [méthode de O'Dwyer's], guérison (*The N.-Y. medic. Journ.*, 3 avril 1886).

**Obtutowicz.** — De la diphtérie, surtout au point de vue étiologique et pathogénique (*Prz. lek.*, n° 7 et suivants).

**Ofner.** — Du traitement de la diphtérie avec le baume du Pérou et l'essence de térébenthine (*Centralbl. f. die gesammte Therapie*, n° 9, 1885).

**Rosenmeyer.** — Des troubles de vue d'origine diphtéritique (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 14, 3 avril 1886).

**Sacchi.** — Cinq cas de trachéotomie pour des croupes (*La salute*, fasc. XI et XII, 1885).

- Smith (Samuel).** — Diphthérie et son traitement (*The med. Rec.*, 27 mars 1886).  
**Wassiljew.** — Un cas de bâgaiement guéri par une amygdalite diphthéritique (*Russ. med.*, no 41, 1886).

### Varia.

- Anderson.** — Rétrécissement de l'œsophage (*South. Clinic. Richmond* 1886, IX, p. 49).  
**Arkovy (J.).** — Diagnostic des maladies des dents et des affections maxillaires dues à des maux de dents, avec appendice sur le diagnostic différentiel entre les maladies des dents, des yeux et des oreilles (*Budapest*) ?  
**Barlow.** — De la nature de la coqueluche, description d'une nouvelle méthode de traitement préconisée par le prof. Moncorvo de Rio-de-Janeiro (*The Lancet*, 8 mai et suivants, 1886).  
**Bartholow.** — Goitre exophthalmique. Dyspepsie. Atrophie musculaire progressive. Diarrhée chronique (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* no 45, 10 avril 1886).  
**Biondi.** — Contribution à l'étude du bec-de-lièvre (*Congrès de la soc. allem. de chir.* tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg* no 31, 15 avril 1886).  
**Bloc.** — D'une variété nouvelle de kystes du cou (kyste crico-thyroidien) (*Gazette méd. de Paris*, nos 42, 43, 46, 20 et 27 mars, 17 avril 1886).  
**Bosworth (F. H.).** — Note additionnelle sur l'action thérapeutique de la cocaïne (*The N. Y. Medic. Journ.*, no 42, 20 mars 1886).  
**Bull.** — 1<sup>e</sup> Corps étranger de l'œsophage. Mort par suite de la perforation due à des efforts pour l'extraire ; 2<sup>e</sup> Deux cas d'extraction de fausses dents de l'œsophage, suivies de succès (*N. Y. Surgic. Soc.*, 23 février, et *Medic. News*, no 12, 20 mars 1886).  
**Dubar.** — Tumeur de la région parotidienne (*Bullet. méd. du Nord*, no 3, mars 1886).  
**Fraenkel (E.).** — De la tuberculose de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv.*, CIII, 4).  
**Garrigou (F.).** — Les sources sulfurées et les inhalations (*Rev. méd. d'hydrol. et de climatol.*, no 8, 25 avril 1886).  
**Grandhomme.** — Cancer de l'œsophage. Perforation de l'aorte (*Soc. anatomique de Paris*, 22 janvier, et *Progrès med.*, no 43, 27 mars 1886).  
**Gross et Vautrain.** — Epithélioma de la région sous-maxillaire. Extirpation avec résection partielle du maxillaire inférieur. Guérison (*Revue méd. de l'Est*, no 6, 15 mars 1886).  
**Gross et Vautrain.** — Kyste congénital du cou. Traitement palliatif par les ponctions capillaires (*Revue méd. de l'Est*, no 8, 15 avril 1886).  
**Hardy.** — Rétrécissement de l'œsophage (*Gazette des hôpitaux*, no 58, 18 mai 1886).  
**Henry (M. H.).** — Revue sur la vie de Louis Elsberg M. D. et sur l'avancement de nos connaissances en affections de la gorge, durant sa carrière professionnelle (*N. Y. Med. Journ.*, 1885, p. 621-623).  
**Kobier.** — Un cas de sarcome de la glande thyroïde avec hémorragies cérébrales multiples (*Wiener med. Wochenschr.*, no 10, 6 mars 1886).

- Koerner.** — Dysphagie dans les affections des glandes bronchiques avec remarques sur une cause mécanique du carcinome de l'œsophage (*D. Arch. f. Klin. Med.*, Band 37).
- Longuet.** — Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte (*Union méd.*, nos 66 et 67, mai 1886).
- Mikulicz.** — Contribution à l'étude de l'opération du goitre (*Wiener med. Wochenschr.*, nos 1, 2, 3 et 4 janvier 1886).
- Mader.** — Carcinome de l'œsophage ; emploi du tuyau pour l'estomac comme instrument explorateur (*Bericht d. K. K. Krankenanst. Rudolphstiftung in Wien* 1885, p. 311).
- Markoe.** — Oesophagotomie pour des corps étrangers placés dans ce canal (*The N. Y. Medic. Journ.*, 1 mai 1886).
- Maydl (C.).** — Du pronostic de l'hémiplégie après la ligature de la carotide (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nos 47 et 48, 25 avril et 4 mai 1886).
- Moore (N.).** — Carcinome primitif de la glande thyroïde (*Pathol. Soc. of London*, 4 mai, *The British Medic. Journ.*, 8 mai 1886).
- Moure (E. J.).** — Présentation d'instruments (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mars, et *Journal de méd. de Bordeaux*, n° 35, 28 mars 1886).
- Ollive.** — Anomalie de la carotide (*Soc. anat. de Nantes*, 24 mars, et *Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1886).
- Pablo Patrou.** — Tumeur fibreuse de la parotide (*La Cronica med.*, n° 25, janvier 1886, Lima).
- Paquet.** — Sarcome de la parotide (*Bullet. méd. du Nord*, n° 3, mars 1886).
- Périer.** — Chondrome parotidien faisant saillie dans le pharynx (*Soc. de chir. de Paris*, 5 mai 1886).
- Poehl.** — Remarques sur des médicaments nouveaux (*Petersburger med. Wochenschr.*, nos 17 et 18, 26 avril et 3 mai 1886).
- Prewitt.** — Thyroïdectomie (*St. Louis Cour. Med.*, 1886, XV, p. 76-78).
- Sarda (G.).** — Des migraines (Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1886).
- Squire (Ed.).** — Goitre exophthalmique et autres cas de développement de la glande thyroïde (*The Lancet*, 8 mars 1886).
- Symonds.** — Un cas d'excision de la glande thyroïde avec remarques (*The Lancet*, 1 mai 1886).
- Thierry.** — Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles isolées dans le goître parenchymateux (*Thèse de Paris*, 13 avril 1886).
- Trombetta.** — Extirpation totale du goitre et cachexie des strumiprives (*Soc. italienne de chirurgie* tenue à Rome, du 19 au 21 avril, *Semaine méd.*, n° 17, 28 avril 1886).
- Weinlechner.** — Rétrécissement de l'œsophage (*Wien. med. Blätter*, n° 40, 1886).