

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 6, n° 8, p. 417 à 480. - 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?91487x1886x08>

SUR UN CAS DE FIBRO-SARCOME PRIMITIF DE LA
FOSSE NASALE DROITE,

Par le Dr E. J. MOURE (1).

Je n'ai point la prétention de retracer aujourd'hui l'histoire complète des tumeurs malignes des fosses nasales quel'on trouvera, du reste, esquissée dans l'excellent traité des maladies du nez de M. le Dr Morell Mackensie (2). Il me suffira seulement de faire remarquer que les faits de cette nature, publiés jusqu'à ce jour, sont encore assez rares pour ne point passer ^{sous} silence les quelques cas que l'on peut avoir l'occasion de rencontrer dans sa pratique. Déjà, en 1883, le Dr Delaux, dans son travail inaugural (3), faisait observer combien les livres classiques contenaient peu d'indications à ce sujet, et il insistait sur les difficultés qu'il avait rencontrées pour compiler les documents bibliographiques, assez limités, qui devaient lui servir à traiter cette question. Deux ans plus tard, c'est-à-dire l'année dernière, M. le Dr Schmiegelow (de Copenhague), publiait lui-même un intéressant article sur les tumeurs malignes primitives du nez (4), dans lequel il résumait, lui aussi, quelques observations parues dans la littérature médicale, et ajoutant, à ces faits déjà anciens, deux cas nouveaux, un de carcinome, l'autre de sarcome, rencontrés dans sa pratique.

Enfin, il suffira, du reste, de compulsier les publications périodiques générales ou spéciales, les traités de pathologie et les articles des différents dictionnaires de médecine français ou étrangers, pour se convaincre de la rareté vraiment extraordinaire de faits de ce genre. Toutefois, je ne doute pas que si l'on appelle l'attention des

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

(2) Traduction française, par les Drs E. J. Moure et J. Charazaé (sous presse).

(3) Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales, Paris, 1883, n^o 5183.

(4) Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, n^o 8 et 9, 1^{er} août et 1^{er} septembre 1883.

praticiens sur ce point de pathologie un peu délaissé, on reconnaîtra peut-être que les tumeurs malignes primitives des fosses nasales ne sont pas tout à fait aussi exceptionnelles qu'elles peuvent le paraître, si l'on juge d'après les observations publiées jusqu'à ce jour.

L'on rencontre dans les cavités du nez la plupart des néoplasmes malins que l'on est susceptible de trouver dans les autres organes : épithéliomas (Max Schæffer (1), Delstanche et Marisque (2), Verneuil (3), Péan (4), carcinomes (Paletta, Gerdy, Verneuil (5), Duplay (6), Neumann (7), sarcomes (Fayver, Viennois, Hopmann (8), Mason (9), Wreden (10), Sergent (11), Follin et Duplay (12), Eug. Nélaton (13), Delaux (14), etc., etc.); mais les tumeurs que l'on rencontre le plus souvent sont, sans contredit, le sarcome ou ses variétés. Je n'entrerai point dans la description de ces différentes sortes de néoplasmes, que le Dr Delaux (*loc. cit.*, page 13) a cru devoir diviser en six espèces dont il décrit en détail les caractères principaux, ce serait sortir du cadre essentiellement pratique que je me suis tracé.

Je me bornerai à signaler quelques particularités assez intéressantes dans l'histoire de ces tumeurs. D'abord, on les observe aussi bien chez la femme que chez l'homme et l'âge ne semble avoir aucune influence sur leur appa-

(1) *Deutsche med. Woch.*, n° 3, 1882 (3 cas).

(2) *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., juillet 1884.

(3) *Gaz. des Hôpits.*, 21 mars 1883, n° 34.

(4) Cité par Casabianca : Des affections de la cloison des fosses nasales, Paris, 1876.

(5) Cités par Schmiegelow, *loc. cit.*, p. 422.

(6) *Traité de pathol. ext.*

(7) *Œster. Heitsch. f. pract. Zeilk.*, IV, 1888 (cité par Morell-Mackenzie).

(8) Cités par Morell-Mackenzie, *loc. cit.*, p. 392 (édition anglaise).

(9) *Med. Times and Gaz.*, p. 552, 22 mai 1878.

(10) *Virchow's Arch.*, t. 93, p. 233 (cité par Schmiegelow, *loc. cit.*)

(11) Du traitement des tumeurs du nez (*Thèse de Paris*, 1881).

(12) *Traité pathol. ext.*, t. III.

(13) Tumeurs à myéloplaxies (*Thèse Paris*, 1880).

(14) *Thèse Paris*, 1883, *loc. cit.*

rition ; c'est ainsi que la malade de Schmiegelow n'était âgée que de quatorze ans (sarcome médullaire de la cloison), tandis que celui de Mason en avait soixante. Toutefois, si l'on se base sur les faits signalés, on constate que c'est particulièrement de trente à quarante-cinq ans que la maladie paraît être plus fréquente.

Enfin, l'un des caractères qui semble dominer la situation dans l'ensemble symptomatologique des sarcomes des fosses nasales, c'est la rapidité considérable avec laquelle évoluent ces sortes de tumeurs. Leur accroissement est si rapide qu'en l'espace de quelques mois elles arrivent non seulement à combler les fosses nasales tout entières, mais elles envoient des prolongements dans la cavité naso-pharyngienne et dans les cavités accessoires, déformant ou détruisant le squelette cartilagineux ou osseux et produisant des désordres analogues à ceux des polypes dits naso-pharyngiens.

Dès que le néoplasme est assez développé pour remplir la fosse nasale dans laquelle il a pris naissance, soit que le malade en faisant des efforts pour se moucher ou déboucher sa narine, excorie la surface de la tumeur ; soit que le médecin consulté, en essayant de délimiter la production morbide, produise une érosion ; soit enfin que cette dernière soit un fait naturel du processus morbide, à dater de ce moment on voit survenir des hémorragies fort graves qui appellent l'attention du chirurgien et le forcent à intervenir d'une manière énergique.

Remarquons encore qu'il ne faudrait point compter sur l'apparition des engorgements ganglionnaires pour établir le diagnostic de tumeur maligne, car ces sortes d'infiltrations sont en réalité rarement et même je puis dire *exceptionnellement* observées.

Quant aux autres symptômes, ils sont ceux de toutes les tumeurs des fosses nasales (enchirènement, nasonnement, modification et exagération des sécrétions, anosmie, etc.). Il me paraît inutile de les signaler ici, puisqu'ils se trouvent longuement décrits dans l'observation qui va suivre.

OBS.—M^{me} X..., âgée de quarante-trois ans, vient me consulter le 30 juillet 1884, conduite par son médecin traitant, qui désire me faire examiner les fosses nasales de sa cliente, cette dernière, ayant depuis plusieurs mois des épistaxis répétés et parfois assez abondantes.

La malade m'apprend que le 29 novembre 1883, à la suite de veilles prolongées, elle eut dans la journée une petite hémorragie nasale qu'elle attribua d'abord à la fatigue. Depuis cette époque, les hémorragies se renouvelèrent à divers intervalles assez éloignés, s'arrêtant d'elles-mêmes par la formation d'un petit caillot que M^{me} X... mouchait le lendemain.

Au mois de mai 1884, c'est-à-dire cinq mois environ après la première hémorragie nasale, les saignements de nez survinrent d'une manière plus régulière, se renouvelant plusieurs fois par semaine. La malade se plaignait à son médecin traitant, de moucher des croûtes ; elle éprouvait surtout le matin un léger enchaînement qui lui faisait faire des efforts pour désobstruer ses fosses nasales. Toute la matinée, la sécrétion était épaisse, verdâtre, et le reste de la journée la malade n'éprouvait plus le besoin de se moucher.

Il n'existe aucun sorte de douleur. Les épistaxis ayant toujours continué, son médecin insista vivement auprès d'elle pour qu'elle vînt me consulter, ce qu'elle fit le 30 juillet 1884.

A l'examen rhinoscopique antérieur, je constatai, dans la fosse nasale droite, l'existence d'une petite tumeur, d'aspect rougeâtre, un peu grenue à sa surface, sessile, indolente, mais saignant au moindre attouchement avec la sonde ou même le porte-ouate garni. Elle avait environ le volume d'un noyau de cerise, était un peu aplatie sur son point d'implantation. Ce néoplasme était inséré sur la partie antérieure du cornet moyen, du côté de la cloison des fosses nasales avec laquelle il n'avait contracté *aucune adhérence*.

Je portai alors le diagnostic, qui semblait le plus rationnel, celui d'angiome, et je conseillai la destruction de la production morbide soit avec l'anse galvanique, soit avec des cautérisations ponctuées. La malade effrayée me demanda à

... 51158 57 100

réfléchir et comme il était facile de le prévoir, elle ne revint pas. Elle se rendit alors aux bains de mer, à Biarritz où elle fut traitée pour ses épistaxis devenues plus fréquentes sous l'influence de l'action irritante de l'air de la mer. On prescrivit des injections astringentes avec du tannin, du perchlore de fer, mais ces divers traitements restèrent sans résultat et la malade dut quitter la station balnéaire sans avoir éprouvé de soulagement.

A cette époque, l'enchirènement avait à peine augmenté, la sécrétion nasale était à peu près la même, il n'existant aucune douleur sauf une sensation de cuisson et de sécheresse à l'arrière-gorge.

Jusqu'en octobre 1884, les symptômes restèrent les mêmes, mais à partir de ce moment, les épistaxis cessèrent et la malade n'eut aucune hémorragie nasale jusqu'au mois de mai 1885, c'est-à-dire pendant une période de près de huit mois. Toutefois, vers le mois de février 1886, la respiration nasale commença à s'effectuer un peu plus difficilement par la narine droite, la malade eut des enrichrènements répétés, la voix commença à prendre un timbre nasonné, et la sécrétion nasale, devenue plus abondante, était aussi plus liquide, muco-purulente, rarement épaisse et concrétée sous la forme de croûtes.

L'odorat était bien conservé, probablement du côté gauche; il n'existant aucune douleur de tête.

A partir du mois de mai, tous ces symptômes allèrent en augmentant d'intensité, au point que bientôt non seulement la respiration par le nez devint impossible par la narine droite, mais aussi par celle de gauche. Les épistaxis reprenaissent également fréquentes et très abondantes au point de compromettre la santé de la malade.

Après avoir encore essayé plusieurs traitements anodins, allopathiques et homéopathiques, elle se décida à venir de nouveau me consulter. A cet examen, pratiqué le 29 juillet 1885, soit un an après la première visite, je constatai que toute la fosse nasale droite était remplie par une tumeur d'aspect lisse, unie, rosé, dont la surface

était sillonnée de vaisseaux nombreux et assez développés. Elle était indolente et reposait sur le plancher de la fosse nasale, repoussant le fibro-cartilage de la narine en dehors et ayant dévié le cartilage de la cloison vers la fosse nasale gauche ; d'où la gêne respiratoire bi-latérale.

Le néoplasme était à environ un centimètre de l'orifice externe de la narine. J'essayai alors de délimiter la tumeur avec le stylet mousse pour bien constater l'absence d'adhérence du côté de la cloison, mais à peine l'instrument eut-il été introduit entre ces deux parties qu'un jet de sang s'écoula de la narine et je dus pratiquer un tamponnement solide pour arrêter l'hémorragie. Les jours suivants j'essayai de voir avec le miroir rhinoscopique s'il n'existe aucun prolongement dans la cavité naso-pharyngienne, mais la malade, très sensible, ne me permit point de faire un examen fructueux pas plus par ce moyen qu'avec le toucher.

Je portai alors le diagnostic de tumeur maligne de la fosse nasale droite et proposai encore l'extirpation de la tumeur, opération qui fut arrêtée en principe. A quelques jours delà, je fus mandé en consultation avec mon confrère et ami, le Dr Lande, médecin des hôpitaux, et de nouveau je portais le diagnostic de tumeur maligne, étayant cette manière de voir sur l'aspect de cette tumeur *unique*, rougeâtre, très vasculaire, provoquant des hémorragies spontanées et ayant progressé avec une rapidité que n'ont jamais les simples polypes muqueux avec lesquels il était difficile de la confondre.

La déformation de l'aile du nez et de la cloison, plaident encore en faveur de ma manière de voir. Supposant que le néoplasme devait avoir des prolongements vers la cavité naso-pharyngienne et peut-être vers le sinus maxillaire, je proposai l'extirpation, par la voie externe, qui devait permettre d'opérer plus radicalement et de détruire plus sûrement le point d'implantation du néoplasme. Étant donné la rareté des tumeurs malignes primitives des fosses nasales, l'absence de tout antécédent héréditaire, mon confrère fut d'avis de tenter d'abord l'opération, avec l'anse galvanique, et en cas d'insuccès, l'ablation par la voie externe.

Le 10 septembre j'essayai donc, mais en vain, d'enserrer le néoplasme dans l'anse galvanique, c'est à peine si je parvins à en détacher un petit morceau, la sonde en gomme, introduite dans la fosse nasale, me permit de m'assurer que la tumeur s'étendait en arrière et jusque vers le pharynx nasal. L'hémorragie, peu considérable, fut facilement arrêtée avec quelques tampons placés à l'entrée de la narine.

A quelques jours de là, le 19 septembre, nous fîmes, avec les Drs Oré, Dudon et Lande, une nouvelle consultation, dans laquelle je portai encore le diagnostic de tumeur maligne, confirmé cette fois par l'accroissement rapide de la tumeur qui, dans l'espace de huit jours, était venue faire saillie à l'orifice de la narine et dont le morceau enlevé avait macroscopiquement l'aspect de tissu embryonnaire (L'examen histologique n'avait encore pu être fait).

L'opération fut alors décidée et pratiquée le 24 septembre; après avoir fait le tamponnement de la fosse nasale postérieure droite pour éviter l'écoulement de sang en arrière dans les voies aériennes, la malade fut chloroformée.

Une incision verticale, partant de l'angle interne de l'œil droit et venant contourner le fibro-cartilage de la narine au-dessus de la lèvre supérieure, permit de faire basculer les parties molles du nez du côté opposé et de mettre à nu la tumeur que je savais; par un premier examen, insérée sur la partie antérieure du cornet moyen. Après avoir enlevé avec la pince et la cuillère tranchante la partie du néoplasme qui s'offrait à la vue, nous nous assurâmes avec le doigt indicateur qu'il existait en arrière un prolongement, qu'après quelques tentatives il fut assez facile d'extraire tout entier. Le point d'implantation fut convenablement râclé avec la curette et la cuillère tranchante, et dès lors l'écoulement de sang, assez abondant au début, s'arrêta presque tout à coup, la fosse nasale présentait une vaste cavité, mais la cloison était intacte. La partie détachée fut remise en place, maintenue avec quelques points de suture, et le tampon postérieur laissé en place en cas d'hémorragie secondaire.

Les suites de l'opération furent plus simples; après qua-

rante-huit heures, je pus enlever les tampons et je prescrivis l'emploi des irrigations phéniquées pour bien nettoyer les fosses nasales. Depuis cette époque, la malade a continué ses irrigations, qu'elle faisait avec des solutions de résorcine, chloral, acide phénique, puis enfin simplement d'eau alcalinisée.

Les sécrétions, très abondantes, au début, et croûteuses, ont aujourd'hui disparu et l'odorat seul est resté notablement diminué.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis sept mois, je n'ai jamais constaté la moindre trace de récidive ; la fosse nasale est absolument nette et la muqueuse rosée et normale.

L'examen histologique du néoplasme, fait par M. le Dr Ferré, chef des travaux histologiques à la Faculté de médecine de Bordeaux, avant et après l'opération, a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

RÉFLEXIONS. — Si j'ai longuement insisté sur cette observation, c'est qu'il est assez rare, dans la pratique, d'assister au début des affections de cette nature, les malades ne venant généralement nous consulter qu'au moment où le doute n'est quelquefois plus permis. Dans ce cas, ce sont surtout les hémorragies qui ont attiré l'attention de la malade et celle du médecin. Comme dans la plupart des faits relatés il n'existe aucun engorgement ganglionnaire pouvant mettre sur la voie du diagnostic, la malade n'éprouvait même aucune douleur ; il est à remarquer que le néoplasme semble avoir suivi un moment d'arrêt dans sa marche progressive, puisque pendant une période de plusieurs mois les hémorragies ont disparu pour reparaître ensuite cependant plus abondantes et plus fréquentes qu'autrefois.

Enfin, ce fait vient encore démontrer l'inutilité et même le danger des demi-mesures : je veux parler des cautérisations dans les cas de tumeurs malignes. En effet, loin d'arrêter la marche du mal, les agents caustiques agissent comme irritants et ils viennent donner un véritable coup de fouet qui active l'accroissement du néoplasme.

Si l'opération par la voie nasale, naturelle, est possible, il est évident qu'elle devra être préférée à la voie externe; mais il ne faut pas oublier que s'il existe des prolongements multiples dans les cavités accessoires, le moyen le plus sûr pour les atteindre est de faire de larges débridements. C'est ainsi que l'on ne devra pas hésiter à réséquer les os, si besoin est, pour détruire le néoplasme tout entier et se mettre ainsi à l'abri des récidives.

A mon avis, l'emploi des pinces et l'arrachement lent et progressif de la tumeur me paraissent constituer le meilleur mode de traitement dans les cas de ce genre. Lorsque la production morbide est bien saisie dans les mors de la pince, il n'est pas rare de voir, sous l'influence de tractions légères et répétées, les prolongements se dégager peu à peu des cavités dans lesquelles ils ont pénétré et la tumeur tout entière être extraite au dehors. Alors seulement on peut racler le point d'implantation avec la curette ou la cuillère tranchante et, au besoin, réséquer le cornet et la cloison si le néoplasme avait contracté des adhérences trop intimes avec toutes ces parties.

Si la tumeur siège du côté de la lame criblée de l'éthmoïde, il sera parfois utile de sectionner la partie supérieure, car, il ne faut point oublier que l'on a vu des prolongements (Thèse de Petit, Paris, 1881) gagner l'intérieur du crâne sans que le malade ait offert pendant la vie le moindre signe pouvant mettre sur la voie de ce diagnostic.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS DE LA CAISSE DU TYMPAN.

par M. le Dr MIOT (1).

Avant de citer quelques cas exceptionnels d'otorrhée, M. Miot expose son opinion sur les divers traitements qu'il met en usage dans sa pratique.

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 27 avril 1886.

Injections. — D'une manière générale, les injections d'eau tiède sont toujours formellement indiquées dans les cas aigus et chroniques, quand il y a une sécrétion purulente abondante et qu'elles sont bien tolérées.

Pendant la période aiguë ou subaiguë, nous préférons les injections au nettoyage à sec, afin d'éviter des frottements susceptibles d'exagérer les douleurs. Elles doivent être peu abondantes et pratiquées avec la plus grande douceur dans les cas de perforation large du tympan. Chez certains malades affectés d'otite moyenne suraiguë, avec périostite et même carie, l'irrigation doit être continuée pendant plusieurs heures; elle agit de la même façon que le traitement hydriatique recommandé par les praticiens allemands. Les injections ont peu d'utilité pendant les périodes subaiguë et chronique, lorsque la suppuration n'est pas abondante. Cependant, on peut encore y avoir recours, le matin, pour mieux désagréger et chasser au dehors les produits de sécrétion accumulés dans l'oreille pendant la nuit. Nous employons pour les injections une solution de bicarbonate de soude à 1/100 et trois appareils suivant les cas : le syphon d'Itard ou l'irrigateur aiguiseur ou l'injecteur à deux boules dont une en métal.

Dès que l'état de l'oreille le permet, on y introduit un bourdonnet de coton absorbant, pour enlever le liquide qui peut y être renfermé, avant de pratiquer l'instillation.

Les nombreuses solutions employées dans le traitement de l'otorrhée n'ont pas toutes une action énergique. Nous n'avons pas l'intention d'en faire une énumération fastidieuse; nous nous bornerons à attirer l'attention sur celles qui nous ont donné les résultats les plus favorables et à dire que les meilleurs antiseptiques ne sont pas toujours ceux dont l'action est la plus efficace.

Les solutions émollientes ou calmantes sont aqueuses et employées pendant la période aiguë du catarrhe purulent et les états aigus qui surviennent dans le cours du

catarrhe chronique. Nous donnons la préférence à la décoction forte de tête de pavot, additionnée de 1 gramme d'acide borique par 100 grammes de décoction, afin d'en retarder la décomposition.

La solution de cocaïne de 1/50 à 1/20 calme rapidement la douleur dans la plupart des cas, mais elle augmente parfois la congestion des parties hypérémies, en paralyssant trop longtemps les rameaux nerveux, et il est important d'en surveiller l'action. Nous passons sous silence son action toxique.

Solutions astringentes, antiseptiques, etc. — Nous préférons les solutions dans la glycérine pure ou neutre à toutes les autres, parce qu'elles s'altèrent très difficilement et sont bien tolérées par la muqueuse de la caisse. Telles sont celles de :

1 ^o Borax.....	1 à 3 gr./30
2 ^o Sous-acétade de plomb liquide.	1 à 3 gr./30
3 ^o Sulfate d'alumine	1 à 2 gr./30
3 ^o Créosote.....	1 gr./30
Alcool	2 gr.
4 ^o Acide phénique crist.....	3 à 30 gr./30 (formule de Ménière).

avec ou sans chloral, en proportions variables.

5^o L'eau oxygénée à 7 vol. (formule du Dr Baldy), mélangée à 3, 5 ou 10 parties d'eau.

Solutions caustiques. — Nous employons seulement en instillations la solution aqueuse de nitrate d'argent de 1/20 à 1/3 ou celle d'acide chromique de 1/15 à 1/3. Pour toucher les surfaces malades nous nous servons des solutions de nitrate d'argent de 1/10 à 1/2, d'acide chromique de 1/3 à saturation, de solution alcoolique saturée d'acide phénique cristallisé. Dans un grand nombre de cas nous leur préférons le galvano-cautère.

Les poudres médicamenteuses qui nous paraissent avoir le plus d'efficacité sont celles d'acide borique, d'iodoforme, de sulfophénate de zinc, de sucre candi, seules

ou bien mélangées entre elles avec du sucre ou de la magnésie, etc. La poudre de sucre déterge bien les surfaces malades recouvertes de granulations fines ou moyennes. De plus elle forme, en se dissolvant, une couche protectrice. Dans les mêmes cas on peut aussi faire usage de l'acide borique. L'iodoforme, le sulfophénate de zinc, sont plutôt réservés pour les malades strumeux dont la muqueuse bourgeonne facilement et devient fongueuse. On doit avoir soin de cesser l'emploi de l'iodoforme aussitôt qu'il exerce une action trop vive sur les tissus ou produit un état saburrel des voies digestives, effet fréquent au bout de quelque temps.

Moyens indirects. — Les émissions sanguines locales calment très rapidement la douleur, même quand elles sont peu abondantes, et me paraissent supérieures, par la rapidité de leur action, au traitement hydriatique local. Elles sont obtenues au moyen de sanguines appliquées aux lieux d'élection, c'est-à-dire au niveau de l'apophyse mastoïde et du tragus. Une sanguine ou deux chez les enfants, 3 ou 4 chez les adultes, diminuent l'hypérémie sans affaiblir le malade. Nous pourrions citer des exemples multiples à l'appui de notre opinion. Nous nous contenterons de l'observation suivante : Il y a plusieurs années on nous a appelé auprès d'une dame atteinte d'otite moyenne purulente droite, avec rougeur et gonflement appréciable des tissus mous de la région mastoïdienne, très sensible à une pression digitale, même modérée. Cette malade souffrait horriblement depuis plusieurs jours et passait des nuits sans sommeil. Au bout de quelques semaines, elle tomba dans un état d'abattement et de prostration qui inquiéta vivement les personnes de son entourage. On avait employé bien des médications lors de notre première visite. Quoique la malade fût très faible, nous proposâmes l'application de deux sanguines derrière l'oreille, mais notre avis ne prévalut pas. Après avoir essayé plusieurs traitements sans succès,

les sanguines furent enfin appliquées. Malgré l'état de faiblesse de la malade, l'écoulement sanguin fit cesser les douleurs et ramena un calme à peu près complet en 48 heures. Quelques jours après, sous l'influence des moyens locaux déjà employés sans succès, la suppuration avait diminué d'une manière sensible et bientôt elle cessait pour ne plus revenir.

Les applications chaudes sur l'oreille et les régions voisines ont été reconnues par Itard et d'autres praticiens comme produisant d'excellents résultats. Elles ont, en effet, une action énergique dans quelques cas bien déterminés et nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui en proscriivent l'usage parce qu'elles favorisent la fonte purulente des tissus. Elles sont parfaitement indiquées quand, à la suite d'une suppression brusque d'un écoulement par le froid, ou sous l'action d'une solution astrigente trop concentrée, il est survenu une inflammation vive et de fortes douleurs. Nous n'avons jamais regretté d'y avoir eu recours dans ces deux cas particuliers.

Nous prescrivons les révulsifs cutanés sur la région mastoïdienne, et à peu près exclusivement le vésicatoire volant, toutes les fois qu'il y a un écoulement fétide coexistant avec des granulations du conduit ou de la caisse du tympan repullulant avec facilité. Nous n'hésitons pas à en faire appliquer plusieurs de suite (vésicatoires coup sur coup) sur le même point, ou alternativement derrière chaque oreille, si les deux suppurent. Le vésicatoire n'est pas petit et arrondi, comme d'habitude. Il a la forme de la région, et se prolonge environ à deux travers de doigt, quelquefois moins, au-dessous du lobule. Nous les avons conseillés, à un grand nombre d'enfants strumeux, chez lesquels l'écoulement était très abondant, fétide, entretenu et augmenté par des granulations que des traitements variés (scarifications, écrasement, cautérisations, astrigents) n'avaient pu modifier. L'inflammation est aussitôt devenue moins vive, les granulations ont pâli, diminué peu à peu, et l'écoulement a cessé

assez vite sous l'influence des mêmes moyens locaux employés auparavant sans résultat. L'écoulement augmente presque toujours pendant les 2 à 5 jours qui suivent l'application du vésicatoire, puis diminue. Cette recrudescence dépend évidemment de la congestion plus vive de la muqueuse et probablement d'un certain degré d'inflammation cantharidienne. L'hypérémie provoquée est salutaire dans la plupart des cas. Très exceptionnellement elle peut présenter des inconvénients. Ainsi chez deux enfants : un garçon de 7 ans et une petite fille de 5 ans, nous avons vu survenir une paralysie faciale du côté traité. Il faut ajouter que cette paralysie guérit spontanément chez l'un au bout de 15 jours et chez l'autre au bout de 22 jours. L'action du vésicatoire est beaucoup moins énergique chez l'adulte.

La teinture d'iode, le galvano ou le thermo-cautère appliqués sur la région mastoïdienne nous ont aussi donné de bons résultats, chez les enfants principalement. Nous aimons mieux employer dans les cas ordinaires la teinture d'iode parce qu'elle inspire moins de craintes que les cautères actuels.

Si ces liquides ne donnent pas un résultat avantageux, au bout de quelques semaines, nous n'hésitons pas à employer des injections d'iodure ou de nitrate d'argent en solution de 1/40 à 1/20, en prenant soin de neutraliser le caustique en excès et de chasser de la caisse le chlorure d'argent qui agirait comme un irritant énergique. Dans l'intervalle des pansements, on pratique des insufflations d'air, des lavages à l'eau alcaline, matin et soir. En répétant ainsi les injections caustiques, en les alternant avec les astringents, les antiseptiques, et en employant des résultats énergiques sur l'apophyse mastoïde, on parvient à tarir des écoulements durant depuis très long-temps et ayant résisté à des traitements divers.

Cinquième catégorie. — Chez les malades de la cinquième catégorie, le tympan présente une perforation ou deux

permettant d'introduire facilement un stylet dans la caisse et de sentir parfois un séquestre ou une partie cariée tombée dans cette cavité. Nous avons souvent, dans ces cas, pu constater la présence de parties mobiles devenues de véritables corps étrangers renfermés dans l'oreille moyenne. C'est dans la cinquième catégorie que nous plaçons un malade affecté d'un écoulement depuis plusieurs années. Son tympan gauche présentait, dans sa partie moyenne, une perforation arrondie de 2 millimètres de largeur environ. Au-dessous de celle-ci en existait une autre ayant à peu près les mêmes dimensions. Après avoir exploré la caisse de la manière indiquée ci-dessus, il fut possible de sentir un séquestre mobile, dans cette caisse. La partie de membrane séparant les deux perforations fut incisée et nous pûmes extraire, avec un crochet, la plus grande partie du limacon. L'observation est déjà ancienne, puisqu'elle a été publiée dans la thèse d'un de nos élèves, le Dr Rey (thèse de Paris, 1875), mais elle n'en est pas moins intéressante.

Traitemen *général.* — Avec quelques auteurs et contrairement à un grand nombre de praticiens, nous pensons que la suppuration de la caisse sans complications osseuses, peut être guérie, dans la plupart des cas, par une médication locale. Le traitement général n'est véritablement utile que pour modifier l'état diathésique du sujet, empêcher les récidives ou les rendre moins fréquentes.

Quant au traitement des parties voisines, des organes ou des régions exerçant une action sur l'oreille, il nous paraît indiqué, d'une manière absolue.

La suppuration de la caisse du tympan doit être considérée à l'état aigu et à l'état chronique. Il faut modifier l'état aigu le plus promptement possible par la méthode antiphlogistique, qui donne des résultats rapides, si elle est employée judicieusement et en temps utile.

Quand la perforation est étroite, il arrive souvent que le processus inflammatoire diminue peu à peu sous l'influence du traitement ordinaire employé en pareil cas. Au contraire, si l'écoulement persiste, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes, il ne faut pas hésiter à élargir beaucoup l'ouverture au moyen d'un bistouri, afin de faciliter l'écoulement du pus. Dans quelques cas, il vaut mieux employer le galvano-cautère, si l'on veut obtenir un orifice béant permettant l'introduction facile des liquides médicamenteux dans la caisse.

A l'état chronique, la perforation tympanique ayant une certaine largeur, plusieurs états pathologiques peuvent se présenter.

Dans les cas d'otite moyenne suppurée simple, sans tuméfaction considérable de la muqueuse, nous employons les solutions de borax, de sous-acétate de plomb, de sulfate d'alumine en instillations et de l'acide borique en poudre, dès que l'écoulement est faible.

Lorsque la muqueuse est plus épaisse, il faut préférer les mêmes solutions associées au chloral, en ayant soin d'alterner leur emploi tous les 8 ou 10 jours. Quand le moment est venu d'employer l'acide borique en poudre, on fait comme précédemment un pansement par occlusion avec cet acide en poudre qui est renouvelé selon le besoin. Dans les cas de granulations fines ou moyennes, développées à la surface du conduit, du tympan ou de la caisse, on pratique de légères scarifications et des instillations de solution caustique, en prenant toutes les précautions nécessaires. Dans l'intervalle, on a recours aux lavages à l'eau alcaline, s'il le faut, aux instillations de borax, d'acide borique, de résorcine, et l'on termine comme toujours le traitement par des pansements à l'acide borique ou à l'iodoforme.

Les granulations un peu grosses ou les polypes doivent être enlevés le plus promptement possible par section ou par écrasement. Quelques heures après, ou le lendemain, on les cautérise avec l'acide chromique, l'acide phénique,

le nitrate d'argent ou le galvano-cautère, suivant l'effet qu'on veut obtenir. Dans l'intervalle des cautérisations, faites tous les 2 à 10 jours, on emploie les instillations indiquées précédemment et, quand il n'y a plus qu'un suintement, un pansement par occlusion.

A l'état chronique, la perforation peut être étroite et intéresser différents points. Nous nous occuperons seulement de quelques cas tout à fait spéciaux que nous diviserons en plusieurs catégories.

Première catégorie. — Chez les malades de cette catégorie, la suppuration datait d'un assez grand nombre d'années et ne s'était pas tarie malgré des traitements rationnels et prolongés. Nous redoutions naturellement l'existence d'un séquestre ou de bourgeons charnus entretenant l'écoulement. Cependant, comme rien n'indiquait leur présence, avant de nous décider à employer certaines substances comme l'acide sulfureux, recommandé par Andeer dans le traitement des lésions osseuses, nous prescrivîmes un des meilleurs astringents qui existent et des mieux supportés par l'oreille : le sulfate d'alumine associé au chloral. L'écoulement fut tari en quelques jours. Ces faits prouvent que cet astringent a souvent une action énergique et qu'il est utile de changer la substance médicamenteuse toutes les fois qu'elle est employée depuis un certain temps.

Deuxième catégorie. — Il existe un écoulement ancien et il y a sur les lèvres de la perforation une masse polyforme, parfois de petits bourgeons charnus qu'il suffit de faire disparaître pour que l'écoulement cesse au bout de quelques jours, sous l'influence d'instillations astringentes, lorsqu'on pouvait supposer que le catarrhe purulent serait de longue durée.

Troisième catégorie. — Chez les malades de cette catégorie le néoplasme formé dans la caisse a franchi la perforation et s'est développé dans le conduit. Après avoir

enlevé toutes les parties situées en dehors du tympan et cautérisé de plusieurs manières celles qui sont renfermées dans la caisse, on les voit croître de nouveau, malgré plusieurs applications de galvano-cautère. On obtient un effet parfois plus énergique avec l'acide phénique cristallisé, moins bon avec l'acide chromique, mais les masses détruites se reforment. L'alcool employé en instillations, suivant les indications de Politzer, n'est pas efficace, probablement parce qu'il ne pénètre pas suffisamment dans la caisse. Alors il faut agrandir la perforation avec le galvano-cautère, pour pouvoir détruire le néoplasme. Sans cela, il est bien difficile d'obtenir une guérison qui survient assez rapidement, en agissant comme nous venons de l'indiquer.

Quatrième catégorie. — Chez les malades de cette catégorie, non seulement la membrane de Schrappnell est détruite ainsi que les parties voisines, mais souvent aussi les cellules de la paroi inférieure de la portion osseuse du conduit attenant à la caisse ont disparu. Il y a une suppuration des plus fétides. Lorsqu'un traitement a déjà été suivi sans résultat, nous pratiquons l'exploration suivante. Un stylet mousse, fin et flexible, est introduit dans la caisse et dirigé autant que possible dans tous les sens. On ne constate point la présence de parties cariées ni de productions polypiformes, mais seulement celle d'une masse purulente, molle, très odorante, ressemblant assez bien à la matière ramollie du tubercule et encombrant la caisse. Cette masse ne pouvant pas être extraite facilement de la caisse, nous faisons à la partie inférieure du tympan une contre-ouverture large de 2 à 3 millimètres, avec le galvano-cautère. Ce qui nous permet, non seulement d'explorer plus complètement la caisse avec le stylet, mais d'y injecter de l'eau alcaline, puis un liquide antiseptique, particulièrement un des suivants, matin et soir, en ayant soin d'augmenter ou de diminuer les doses, selon les indications.

	N° 1
Teinture d'iode pure.....	4 gr.
Eau distillée.....	40 gr.
Iodure de potassium	1 gr.
Alc. rectifié	2 gr.
	N° 2
Sulfate d'alumine.....	1 gr.
Eau distillée.....	40 gr.
Hydrate de chloral pur	0 gr. 30
	N° 3
Acide phénique cristallisé.....	3 gr.
Glycérine pure	30 gr.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

8^{me} Congrès annuel tenu à Philadelphie les 27, 28, 29 mai 1886,
par le Dr BRYSON-DELAVAN de New-York.

Traduit de l'Anglais, par le Dr CHARAZAC de Toulouse.

1^{er} jour. — 27 mai.

Le Dr HARRISON ALLEN, président, déclare la session ouverte et après avoir adressé à ses confrères quelques paroles de bienvenue, fait une communication sur **deux cas de végétations adénoïdes de la voûte palatine ayant présenté des particularités peu ordinaires** (*Two cases of adenoid disease of the roof of the pharynx which exhibited unusual features.*)

Il rapporte les observations suivantes qui présentent un certain intérêt:

1^{er} cas. — A. B., âgé de 5 ans, très débilité, sans appétit, digérant fort mal, vient consulter l'auteur à la fin de janvier 1884.

Il existait une irritation considérable qui se manifestait à la moindre tentative pour déprimer de la langue. Les narines

étaient remplies de mucosités qui s'écoulaient aussi en partie dans la gorge.

La respiration pendant le jour se faisait assez facilement, mais elle était très gênée la nuit. Pendant le sommeil, après trois ou quatre inspirations, la respiration cessait et l'enfant était obligé d'ouvrir la bouche et de faire de violents efforts pour respirer. Il s'éveillait alors et faisait une inspiration forcée. S'il s'endormait de nouveau, les mêmes phénomènes se reproduisaient et la nuit s'écoulait ainsi. A ces symptômes se joignaient parfois des accès de pleurs et de vomissements. Au cours d'une attaque de coqueluche les symptômes devinrent plus intenses et s'accompagnaient de battements du cœur irréguliers.

On porte le diagnostic : végétations adénoïdes accompagnées de symptômes réflexes peu habituels. Le 29 janvier, après anesthésie par l'éther, on tente d'enlever le tissu adénoïde. On essaye d'abord de l'arracher avec le doigt, mais cette tentative arrête la respiration. On s'efforce alors de saisir la tumeur avec un instrument passé par les fosses nasales, mais au bout de quelques instants le malade présente des symptômes de dépression et l'opération est suspendue. Le pharynx fut ensuite cautérisé au fer rouge. Pendant les cinq semaines qui suivirent, on fit des applications d'iode et de glycérine, mais il ne se produisit aucune amélioration de la respiration pendant la nuit.

Le malade est de nouveau éthérisé et le pharynx est absolument débarrassé. Soupçonnant que les amygdales peuvent être la cause de la gêne respiratoire, on les excise en partie. Aucune amélioration ne se produit.

On fait une troisième tentative pour découvrir la cause de cette gêne respiratoire et l'on acquiert la certitude que les fosses nasales sont libres. Un examen attentif révèle que pendant le sommeil la langue de l'enfant est rejetée en arrière et que c'est là la cause principale de la gêne de la respiration. On recommande alors de faire pencher en avant la tête de l'enfant quand surviennent ces attaques. Du moment que l'enfant a cette position, il tombe dans un profond

sommeil. On prend alors des mesures pour que pendant la nuit tout entière, le malade soit surveillé de façon qu'il ne puisse rejeter sa langue en arrière. Cette surveillance a continué jusqu'à ce jour. — L'enfant préfère se coucher sur le côté, mais quand l'attaque survient, il se retourne sur la face sans s'éveiller.

C'est maintenant un enfant vigoureux et plein de santé.

2^{me} cas. — Jeune fille de 6 ans. Excessive irritabilité du pharynx. Elle a été opérée par d'autres chirurgiens à deux reprises différentes et on a tenté d'enlever le tissu morbide. La malade est éthérisée avec beaucoup de soin et l'on constate que le pharynx nasal est beaucoup plus petit qu'à l'état normal et fortement arqué. La partie postérieure de la voûte présente du tissu adénoïde dont on enlève une partie avec le serre-nœud galvanique introduit par les fosses nasales. Le reste est sectionné avec des ciseaux.

Une amélioration se produit dans l'état de la malade et deux semaines plus tard après anesthésie par l'éther on s'assure que tous les nodules ont été enlevés, mais on constate que la muqueuse très épaisse tend à obstruer le passage de l'air. On la cautérise en différentes places. On ne fit aucune autre tentative pour amener la réduction de la muqueuse. On prescrit un traitement général, comme dans les cas de perversion dans la nutrition du système osseux. Applications locales d'iode et de glycérine: sous l'influence de ce traitement, une amélioration progressive se produisit dans la respiration nasale et la malade à l'heure actuelle paraît complètement guérie.

Le Dr F. H. HOOPER de Boston dit n'avoir rencontré qu'un seul cas dans lequel l'ablation des végétations adénoïdes s'est accompagnée d'accident. Il s'agissait d'une petite fille de 8 ans, nerveuse et très précoce. La respiration nasale était gênée et l'articulation défectueuse depuis l'âge de trois ans, l'audition aussi était très diminuée. On constate une quantité considérable de tissus adénoïdes. A la suite de l'opération survint une amélioration considérable de la respi-

ration et de la déglutition, l'audition revint sous l'influence de la douche de Politzer. A partir de ce moment, elle devint plus nerveuse. Peu de temps après le retour de l'ouïe on vit apparaître les symptômes de la chorée qui allèrent en s'aggravant de plus en plus. La parole à son tour devint défectueuse, et dans l'espace d'un mois il fut impossible de parler. La chorée prit une forme excessivement grave; la malade avait absolument perdu le sommeil. On fit usage sans résultats de différents remèdes. En désespoir de cause, on songea à employer l'*urethan*. Sous l'influence de ce médicament le sommeil revint. A partir de ce jour l'état de la malade a continué à s'améliorer et à l'heure actuelle la chorée a entièrement disparu.

Le Dr E. L. SHURLY de Détroit insiste sur le danger que l'on court de voir l'éther prendre feu lorsqu'on en fait usage comme anesthésique. Dans les cas de ce genre il emploie toujours le chloroforme.

Le Dr S. W. LANGMAID de Boston fait observer que l'interruption de la respiration est une particularité importante. Dans un cas par lui observé, il s'écoulait un intervalle de trente-cinq secondes entre les respirations. Dans ce cas la gêne respiratoire disparaissait en faisant tenir le malade sur ses mains et ses genoux; ce qui correspond au cas rapporté par le Dr Allen. Il existait soit une chute de la langue en arrière, soit une *inhibition* (inhibitory action) du centre respiratoire. L'ablation de la tumeur fit disparaître l'interruption de la respiration.

Le Dr C. SEILER parle de l'effet des végétations adénoïdes sur la voix chantée. Bosworth de New-York a appelé l'attention sur ce fait qu'on pouvait tirer sur la voûte du pharynx différentes lignes correspondant aux différentes notes du registre. Un gonflement en certains points empêche la production de certaine note. Seiler a observé récemment un cas de ce genre. Une jeune femme ne pouvait donner les notes élevées. Il constata une petite végétation adénoïde

qu'il enleva avec les doigts. Elle peut à l'heure actuelle donner sans peine n'importe quelle note.

Le Dr HARRISON ALLEN, pour clore la discussion, dit que le cas du Dr Hooper montre avec évidence comment les végétations adénoïdes peuvent affecter l'organisme tout entier. Quant à ce qui concerne l'emploi de l'éther, il n'est pas à l'abri de tout danger, mais en éventant le malade avant d'approcher le cautère on dissipe la vapeur d'éther et on peut opérer sans difficulté. Il n'emploie pas le chloroforme à cause de ses effets dépressifs sur le cœur. L'observation du Dr Langmaid se rapproche de la sienne par ce fait que le changement de position du malade diminuait la gêne respiratoire. Dans un cas semblable à celui rapporté par Seiler, un malade, après l'ablation du tissu adénoïde, bien que pouvant émettre, avec facilité, les notes élevées, se plaignait d'éprouver la sensation d'une large cavité au point où la masse avait été enlevée.

Le Dr J. SOLIS COHEN lit un travail du prof. Ramon de La Sota y Lastra ayant pour titre : **Lupus de la gorge** (*Lupus of the throat*).

L'auteur insiste sur les difficultés que présente le diagnostic dans certains cas de ce genre, et rapporte à l'appui l'observation suivante : Il fut, en 1884, consulté par un de ses confrères pour une affection de la gorge. Le malade était très amaigri, avait perdu ses forces et son visage avait une teinte cachectique. Les symptômes du côté de la gorge avaient commencé un an auparavant. Il lui était impossible d'avaler autre chose que du lait et du bouillon. La langue était couverte de psoriasis. La muqueuse du pharynx était hypertrophiée et de couleur rouge vineux. On voyait sur l'amygdale droite une ulcération qui s'étendait de la fossette pyriforme jusqu'à la portion médiane de la luette. Les bords étaient rouges et gonflés, sa surface saillante et irrégulière, de consistance dure et élastique. La palpation détermine une certaine douleur, mais pas d'hémorragie. Il n'éprouve aucune gêne pour parler ou tousser. Les liquides sont avalés sans difficulté. La respiration

est libre. Les glandes sous-maxillaires gonflées. Le malade a eu des rhumatismes, pas de syphilis. Il croit avoir un épithélioma. C'est aussi l'opinion du médecin qui l'a soigné. On essaye de la médication antisyphilitique, elle donne de mauvais résultats et l'on est obligé de l'abandonner. On administre alors du fer et des amers et les aliments qu'il peut prendre. On reprend le traitement spécifique, mais la lésion locale prend un si mauvais aspect, qu'on doit l'abandonner de nouveau. L'ulcération ne s'accompagnant d'aucune douleur, l'auteur commença à douter de sa nature spécifique. Il prescrit l'arséniate de soude à doses progressives, un gargarisme à la résorciné et l'iodoforme, pour saupoudrer les surfaces ulcérées, préalablement lavées avec une solution de borax. Pendant un mois, l'ulcération continua à s'étendre, et lorsque tout espoir était perdu elle cessa de progresser et l'on vit apparaître des bourgeons charnus de bonne nature. Au bout de trois mois la cicatrisation était complète. Il y a maintenant neuf mois que l'ulcération est guérie. Ce résultat fait porter à l'auteur le diagnostic de lupus.

Le lupus peut débuter à tout âge. Mais on l'observe plus fréquemment chez l'enfant et chez l'homme, que chez la femme. L'auteur n'a pu obtenir de renseignements pour ce qui concerne l'hérédité. Les alcooliques et les grands fumeurs ne paraissent pas plus portés que d'autres à contracter la maladie, il n'a pas constaté non plus que l'abus de la voix ou l'exposition à l'action des poussières irritantes, les applications du cautère ou autres d'autres agents aient une influence sur sa production.

L'auteur n'a jamais observé le lupus au début, mais il a pu suivre le développement de la maladie sur des tissus sains. Parfois la muqueuse prend une coloration pourprée, se gonfle et devient granuleuse; on voit paraître alors un ou deux nodules qui peuvent se développer et atteindre le volume d'un pois. Ils deviennent parfois saillants sans qu'il existe d'altération apparente de la muqueuse. Ils peuvent rester superficiels ou attaquer les couches profondes de la muqueuse et aussi le tissu sous-muqueux. Leur forme est arrondie, leur surface lisse.

Ces nodules se distinguent par leur coloration rouge rosée des tumeurs lépreuses. Ils sont ordinairement tout à fait distincts des carcinomes. A la pression ils présentent une consistance élastique. Plus durs que le tissu inflammatoire, ils le sont moins que le noyau épithéliomateux. Les parties sur lesquelles ils se développent deviennent rigides, leurs mouvements naturels sont diminués ou abolis. Contrairement au carcinome qui produit d'ordinaire de vives douleurs lancinantes, et à la lèpre qui s'accompagne généralement d'anesthésie, il n'existe dans le lupus aucun trouble de la sensibilité. Après un laps de temps plus ou moins long, les tubercules se ramollissent et s'ulcèrent. L'ulcération affecte deux formes. Dans certains cas la tumeur se creuse et il se forme une excavation très profonde ; dans d'autres l'ulcération est superficielle. Ces ulcérasions ne saignent pas à la pression. La guérison est difficile, et se produit par la formation de cicatrice. Parfois les ulcérasions se développent lentement, d'autres fois elles se produisent avec une rapidité effrayante. La guérison de l'ulcération est suivie de la formation d'une cicatrice saillante par place, déprimée en d'autres, rouge au début, blanche plus tard. Il se forme des adhérences. La cicatrisation se fait lentement, elle se détruit facilement. L'infiltration persiste toujours.

La guérison du lupus de la gorge est plus difficile que celui la peau. Le même traitement peut cependant lui être appliqué et rendre des services. L'auteur emploie le traitement que comporte l'état général du malade. Le traitement général a une influence considérable sur le résultat du traitement topique. Si le lupus n'est pas ulcéré, on peut appliquer des caustiques. Jusqu'à ces derniers temps, l'auteur a fait usage de la teinture d'iode, mais il a obtenu depuis de bons résultats de l'acide lactique qui a cependant l'inconvénient d'être douloureux plus ou moins suivant les cas. S'il existe des ulcérasions, il emploie quelquefois l'acide lactique, plus fréquemment des lotions au borax; il saupoudre ensuite d'iodoforme les parties ulcérées. Il prescrit toujours en gargarisme une solution de résorcine à un pour cent. Les malades traités de cette façon guérissent toujours après un temps plus ou moins long. Dans

quelques cas la guérison est plutôt le résultat de la marche naturelle de la maladie, que des moyens thérapeutiques employés.

M. le prof. JOSEPH LEIDY, de Philadelphie, sur l'invitation de l'assemblée, fait quelques remarques sur certains points intéressants concernant l'anatomie du larynx.

Il s'occupe d'abord de l'orifice du larynx. Cet orifice, qui communique avec le pharynx, constitue une ouverture large, oblique, limitée en haut par le sommet de l'épiglotte et sur les côtés par les replis ary-épiglottiques. La partie inférieure est formée par l'échancrure des arytenoïdes. Latéralement de chaque côté, sur un larynx frais, on constate deux saillies : tout à fait marquées, les unes supérieures, les autres inférieures. Les deux supérieures sont formées par des caroncules du larynx qui se trouvent au sommet des arytenoïdes. Les traités d'anatomie font observer qu'immédiatement au-dessous de celles-ci on trouve une autre paire de cartilages : les cartilages de Wrisberg. L'auteur a rarement rencontré ces cartilages bien développés dans la race blanche. Lorsqu'il existe une saillie chez les blancs, elle est formée d'ordinaire par un groupe de glandes au milieu desquelles on trouve souvent un petit cartilage. Chez les nègres les cartilages de Wrisberg sont remarquablement développés. Le fait au reste avait été déjà constaté par des observateurs européens.

L'auteur s'occupe ensuite des cordes vocales comme on les appelle ordinairement. On les décrit comme deux ligaments élastiques partant de l'angle rentrant du thyroïde et s'étendant directement en arrière et en haut pour s'attacher à l'apophyse vocale du cartilage arytenoïde. Entre ces cordes se trouve la portion la plus étroite du larynx, ou orifice glottique. Si les physiologistes ont raison d'employer la dénomination de cordes vocales, les anatomistes ont tort de s'en servir. Ces bandes sont ordinairement considérées comme formant les ligaments thyro-arytenoïdiens inférieurs. Il existe encore un autre ligament qui part en avant entre le

cricoïde et le thyroïde et s'étend en arrière jusqu'à la base des arytenoïdes. C'est le ligament crico-thyroïdien moyen. Il est en rapport avec le bord supérieur de ce qu'on appelle les cordes vocales, et c'est là un rapport très important. En effet, s'il se produit une fracture du cricoïde, il peut troubler l'action des cordes vocales, car les membranes vocales s'attachent au bord inférieur du cricoïde au moins autant qu'au bord supérieur du thyroïde.

D'autre part, les muscles qui s'insèrent sur les arytenoïdes agissent sur les cordes vocales. Ces muscles sont innervés par le larynx inférieur. Un autre muscle qui peut agir aussi dans les mouvements des cordes vocales, c'est le crico-thyroïdien. Ce dernier est innervé par le nerf laryngé inférieur. On n'a jamais expliqué d'une manière satisfaisante pourquoi ce muscle est innervé par un nerf différent. Les muscles qui agissent sur les arytenoïdes sont les crico-arytenoïdiens postérieurs, les crico-arytenoïdiens latéraux et l'arytenoïdien. Ces muscles suffisent à produire tous les mouvements des cordes vocales. On en a décrit d'autres (aryteno-épiglottique et thyro-épiglottique), mais leur développement est tout à fait incertain.

A propos de l'insertion du crico-arytenoïdien postérieur, M. Leidy fait observer que ce muscle, au lieu de s'insérer sur toute la surface latérale postérieure de l'arytenoïde, s'insère simplement sur la portion la plus éloignée. M. Leidy montre des préparations mettant en lumière ces différents points. Des remerciements lui sont ensuite votés par l'assemblée pour son intéressante communication.

Le Dr J. SOLIS COHEN a observé que les cartilages cunéiformes étaient très bien développés chez ceux qui savent le mieux manier leur voix (have the best control over the voice). Il le considère comme jouant le rôle de support pour les bandes ventriculaires qu'ils supportent comme des baleines soutiennent le tissu d'une ombrelle. Les rapports qui existent entre la membrane crico-thyroïdienne et les cordes vocales sont très intéressants. Il existe deux formes de paralysie du

larynx qui présentent absolument le même aspect. La première est la paralysie du thyro-aryténoïdien qui donne la « paralysie en arc Indien » (Indian bow paralysis) des Allemands. La seconde est la paralysie du crico-thyroïdien; elle donne absolument la même image laryngoscopique. On peut la distinguer en plaçant l'index sur la membrane crico-thyroïdienne. Si la membrane vibre lorsque le malade parle, le crico-thyroïdien n'est pas paralysé. Pour ce qui concerne l'action du muscle crico-thyroïdien, M. J. Solis Cohen a remarqué que dans la phonation le thyroïde est fixé et que lorsqu'on fait un effort pour émettre des notes élevées le cricoïde est tiré en haut par ce muscle. Le crico-thyroïdien non seulement sépare les cordes vocales, mais encore augmente la tension qu'il leur a été donnée par les autres muscles.

Le Dr F. I. KNIGHT de Boston estime que la démonstration des attaches des cordes vocales au cricoïde résout le problème de l'aphonie qui survient après la laryngotomie. Quand l'opération a été limitée au thyroïde, la voix n'est généralement pas altérée, tandis que lorsque le cricoïde a été le siège de l'opération, la voix est toujours abolie.

Le Dr F. H. HOOPER de Boston, il y a peu de temps, a eu l'occasion d'observer un Irlandais, âgé de cinquante ans, chez qui les cartilages de Vrisberg étaient énormément développés. Son larynx ressemblait beaucoup à celui du chien. Chez le chien, un muscle s'insère sur ces cartilages, qui correspond à ce que nous pourrions appeler le dilatateur des replis ary-épiglottiques chez l'homme. Si l'on excite ce muscle chez le chien, le cartilage exécute un mouvement de rotation en dehors. Le Dr Hooper est de l'avis du Dr Cohen au sujet de l'action du muscle crico-thyroïdien.

Le Dr LEIDY est heureux d'avoir entendu l'explication donnée au sujet de l'action du crico-thyroïdien dans la production du son. Il la croit tout à fait satisfaisante.

Le Dr J. N. MACKENZIE de Baltimore présente un instrument pour fracturer *la cloison des fosses nasales*.

Le Dr SEILER montre les instruments dont il a fait usage pour faire des *sections de têtes congelées*. Il présente les sections faites avec cet instrument.

Le Dr SAJOURS de Philadelphie, présente un *manche galvano-caustique* dans lequel les fils et les électrodes sont assujettis sans qu'il soit nécessaire de faire usage de vis.

Le Dr J. HARTMAN de Baltimore, montre une forme d'écraseur avec des extrémités de différentes formes qui permettent de s'en servir pour différents usages.

Séance de l'après-midi.

Le Dr F. H. HOOPER de Boston fait une communication sur les **positions des cordes vocales paralysées** (*concerning the positions of paralyzed vocal bands*).

Ce travail, en partie basé sur les expériences faites au laboratoire de physiologie de l'école de médecine de Harvard, est en partie théorique. Le but de l'auteur a été de rechercher quelles influence peuvent entrer en jeu pour déterminer la position des cordes vocales paralysées et si l'on est toujours autorisé à conclure que telle position affectée par la corde vocale immobile correspond toujours à la paralysie d'un muscle donné, ou d'un groupe musculaire intrinsèque du larynx. L'auteur pense que la corde vocale peut prendre diverses positions dans les cas de paralysie complète du récurrent et il passe en revue certains facteurs anatomiques et certaines causes physiques qui peuvent contribuer à donner telle ou telle position à la corde vocale, que l'on constate à l'aide du miroir laryngien.

Le Dr HOOPER termine en disant qu'à son avis le larynx est un organé si compliqué, sujet à de si grands changements aux différentes époques de la vie, de forme si diverse chez les divers individus, les nerfs qui l'animent si nombreux, la disposition des muscles si susceptible d'anomalie, que l'on ne peut formuler de théories basées sur les seules positions qu'affectent les cordes vocales paralysées.

Le Dr J. SOLIS COHEN de Philadelphie fait une communication sur l'**Histoire ultérieure d'un cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs présentée à la première réunion de la Société en 1879, avec autopsie et présentation de pièces** (*The further history of a case of paralysis of the posterior crico-arytenoid muscles presented at first meeting of the association in 1879, with a report of the autopsy and the exhibition of a specimen*).

Voici l'histoire du malade. Un homme âgé de 48 ans souffrait depuis deux ans de spasmes du larynx si intenses qu'à deux reprises différentes au moins il tomba sans connaissance. Enfant, il avait eu une otite moyenne suppurée de l'oreille gauche et depuis cette époque l'introduction du doigt dans l'oreille suffisait à produire des spasmes de la glotte. L'examen laryngoscopique démontre qu'il s'agissait d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur gauche. L'examen produisit un spasme de l'autre côté. On conseilla au malade d'avoir toujours sur lui du nitrate d'amyl et d'en faire usage quand il surviendrait. Il le fit, et pendant un certain temps avec de bons résultats. Il revint plus tard et raconta que la veille il avait été pris d'un spasme violent et l'on avait dû, pour le calmer, faire usage du chloroforme. Le jour suivant l'on pratique la trachéotomie. Les spasmes se produisaient encore à la suite de l'irritation de l'oreille. Cinq ou six semaines plus tard, la corde vocale droite commença à se paralyser. Le malade sentit sa vue s'affaiblir graduellement et les symptômes de l'ataxie locomotrice se manifestèrent. Pendant les quatre dernières années de sa vie, le malade continua à porter le tube trachéal. Il pouvait parler sans être obligé de le fermer. En même temps que la paralysie des abducteurs, il existait très probablement du spasme des adducteurs.

Autopsie. — Le cerveau paraît normal. Atrophie du nerf optique. Le récurrent gauche paraît normal et cependant l'on se rappelle que la corde vocale gauche avait été la première affectée. Sur le récurrent droit il existe une ligne de démarcation bien tranchée entre la partie saine et la partie malade.

Le Dr FRANK DONALDSON, de Baltimore, lit un travail intitulé : **Les fonctions du récurrent d'après les études expérimentales faites à l'université de John Hopkins** (*The functions of the recurrents, from the experimental studies made at the university of John Hopkins*).

L'auteur rapporte les expériences de Hooper qui a trouvé que les constricteurs cessaient d'agir dans l'anesthésie par l'éther et que l'on pouvait alors obtenir l'abduction avec dilatation de la glotte en excitant le récurrent quand le sujet en expérience a perdu le sentiment. Dans cinq expériences faites sur des sujets en état de sommeil anesthésique profond, de narcose légère avec perte de connaissance presque complète, il a invariablement produit l'adduction des cordes vocales en excitant le récurrent. Dans un cas dans lequel le sujet avait perdu connaissance, sous l'influence d'une excitation légère, il vit l'abduction se produire tandis que les cordes vocales se placèrent dans l'adduction sous l'influence d'une excitation plus forte. Il constata alors que l'abduction se produisait sous l'influence de courants légers, et l'adduction avec des courants plus forts. Il en conclut que les constricteurs ne cessent en aucune façon d'agir pendant l'anesthésie ou lorsque le sentiment est suspendu et que dans ce dernier état on n'obtient pas toujours l'abduction des cordes vocales; on produit l'abduction avec une excitation faible, l'adduction avec une excitation plus énergique (1).

Le Dr F. H. HOOPER, de Boston, est heureux que le Dr Donaldson ait entrepris ce travail; ce n'est, en effet, qu'en approfondissant un sujet, et publiant les résultats des recherches et par la critique que l'on peut espérer d'arriver à la vérité. Il lui reproche cependant de n'avoir pas lu avec assez d'attention son travail sur la fonction respiratoire du larynx humain (2); il aurait alors pu le citer d'une manière

(1) Le travail du Dr Donaldson paraîtra in extenso dans le *the American journal of the med. science* de juillet 1886.

(2) Nous avons analysé ce travail de Hooper dans la *Revue* 1^{er} décembre 1885, p. 663. — Dr J. CHARAZAC.

plus exacte. Tout en reconnaissant que c'est sans intention de sa part, il reproche vivement au Dr Donaldson de paraître supposer qu'aucune des expériences du Dr Hooper n'ont été vérifiées. S'il en était ainsi, le travail n'aurait jamais dû être lu devant l'Association. Le Dr Donaldson paraît attacher une grande importance à ce qu'il appelle la *théorie de Hooper sur l'innervation du larynx*. Le Dr Hooper ne croyait pas avoir jamais émis de théorie à ce sujet. Dans son travail de l'année précédente il avait donné les résultats de quelques expériences, et avait, en passant, émis l'opinion qu'on pouvait expliquer l'innervation du larynx d'une certaine façon, mais pas autre chose. Le Dr Donaldson est en désaccord avec l'auteur sur des points qui lui paraissent si bien établis qu'il ne peut s'empêcher de croire que la méthode d'expérimentation du Dr Donaldson était erronée.

Le Dr F. I. KNIGHT, de Boston, dit qu'il n'est pas démontré que le mécanisme de l'ouverture et de la fermeture de la glotte soit le même chez l'homme que chez les animaux inférieurs. Bien que l'excitation du muscle transverse produise le rapprochement des cordes, en considérant l'articulation des cartilages il lui a toujours semblé que le muscle latéral était excité en même temps. Pour ce qui est de la paralysie de l'abducteur, la question se réduit toute entière à décider quelle est la position de l'apophyse vocale, sans s'occuper de celle de la corde. Si l'apophyse vocale occupe la ligne médiane, il est bien évident que pour une raison ou pour une autre l'abducteur ne fonctionne plus. Il n'admet pas que l'on doive considérer le cas de paralysie de l'abducteur comme des cas de spasme.

Le Dr S. SOLIS COHEN, de Philadelphie. — Il est important de distinguer entre les fonctions automatique (respiration), réflexe (toux) et psychique (phonation) du larynx. La résistance qu'oppose un nerf à la transmission de la force nerveuse est en raison inverse de l'usage qu'en fait le muscle qu'il innervé. Il n'est pas de muscle qui fonctionne plus que les abducteurs du larynx. *A priori* ils doivent offrir le plus petit

degré de résistance. Les muscles de la phonation agissent moins souvent; la résistance que présentent les nerfs, bien que faible, est cependant plus considérable que pour le muscle de la respiration. L'influx respiratoire traverse le nerf d'une façon continue, une augmentation dans l'excitation soit réflexe (irritation du laryngé supérieur), soit psychique pour la phonation, produit l'adduction des cordes vocales. Une impulsion modérée du centre respiratoire entr'ouvre la glotte pour la respiration; une augmentation dans l'excitation l'ouvre davantage; un accroissement dans l'excitation par irritation réflexe la ferme pour la toux; une impulsion venue du centre de la volonté la ferme pour la parole.

Le Dr F. I. KNIGHT, de Boston, présente un travail sur le vertige laryngé (*laryngeal vertigo*).

Il existe, rapporté par différents auteurs, un bon nombre de cas de ce qu'on appelle vertige laryngé. Le caractère distinctif dans les cas de ce genre c'est que l'accès de toux est précédé d'étourdissement et de perte momentanée de connaissance. Ce dernier symptôme ne fait défaut que dans deux cas seulement. Bien que les attaques de vertige après l'accès de toux ne soient probablement pas rares, on a accordé peu d'attention à ce sujet.

L'auteur a pu réunir quatorze cas déjà publiés, auxquels il ajoute deux observations qui lui appartiennent en propre. Dans la première il s'agit d'un homme de quarante-deux ans atteint depuis un an de bronchite chronique. Il avait eu à l'âge de quinze ans une attaque de rhumatisme, et une fois des insomnies. Le cœur est sain. Dans les poumons on entend de gros râles et des râles sibilants. Sous l'influence de l'iodure de potassium l'état du malade s'améliore graduellement. Après un jour d'ennui et de fatigue il a eu un accès de toux suivi de perte de connaissance. Il ne présenta aucun symptôme évident de spasme de la glotte et n'eut pas de mouvements convulsifs. Il n'a plus eu depuis lors de syncope.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 47 ans qui à plusieurs reprises a éprouvé des vertiges consécutifs à une

indigestion. Pendant de nombreuses années elle a souffert de bronchite chronique. Pendant ces accès de toux, elle perdit connaissance et pendant tout ce temps elle eut la face congestionnée.

L'étude des observations publiées permet de déduire les points suivants. Tous les cas, à l'exception d'un seul, se sont produits chez des hommes. L'âge auquel la maladie se produit est en moyenne 47 ans. La toux qui a déterminé l'attaque était légère dans six cas, spasmodique dans deux, grave dans trois. La perte momentanée du sentiment s'est produite dans quatorze cas. Dans l'un d'eux le malade est tombé, mais il déclare n'avoir point perdu connaissance. Le vertige est mentionné dans onze cas; dans quatre cas il y a eu certainement du spasme laryngé; un cas douteux; chez quatre malades on constata une congestion marquée de la face et de la tête; deux malades étaient pâles. Trois fois on put observer des mouvements convulsifs dans les jambes, une fois les mouvements se produisirent à la face et sur la tête, une autre fois à la face. L'auteur combat l'expression vertige. Dans la plupart de ces cas il n'y eut pas vertige dans la véritable acception du mot, mais plutôt étourdissement ou éblouissement. On ne doit pas les considérer comme des cas de « petit mal ». La cause de ces attaques est un trouble dans la circulation centrale, peut-être dû à la compression des larges vaisseaux sanguins du poumon et peut-être même du cœur. Même en dehors de cette cause, l'effet d'une respiration rapide est bien connu. Elle détermine un trouble cérébral très marqué.

Le Dr FRANK DONALDSON, de Baltimore, lit un travail sur **un cas d'absence congénitale de l'épiglotte démontrant les fonctions de cet organe** (*A case of congenital defect of the epiglottis illustrating its function*).

L'auteur appelle l'attention sur la fonction de l'épiglotte pendant la déglutition; il insiste en particulier sur la physiologie du second acte d'après les expériences de Magendie, Longet, Walton, Krishaber, Moura et autres. Il rapporte

un cas d'absence congénitale à peu près complète, il ne restait en effet qu'un rebord arrondi rattaché à la langue par le ligament glosso-épiglottique. Le malade prenant la précaution de manger lentement évitait de faire passer les aliments dans le larynx. Lorsqu'à la suite d'un effort ils y pénétraient, ils étaient arrêtés par l'oblitération de la glotte par les cordes vocales, d'où ils étaient expulsés par un léger effort.

L'auteur conclut :

1^o Que l'épiglotte est utile pour protéger le larynx contre l'entrée des aliments et des liquides;

2^o Que d'ordinaire le tiers inférieur de l'épiglotte est chargé de cette fonction;

3^o Que les voies aériennes sont, en outre, protégées par le mouvement en haut du larynx combiné avec les mouvements de la langue, l'occlusion de la glotte, l'exquise sensibilité de la muqueuse de la partie sous-glottique et, par exception, par la constriction des muscles du pharynx;

4^o Ces diverses causes réunies protègent les voies aériennes à un degré plus ou moins grand, mais il est difficile d'assigner à chacune d'elles une supériorité quelconque sur les autres.

Le Dr BRYSON-DELAVAN, de New-York, lit un travail sur la **tuberculose buccale** (*Buccal tuberculosis (with bibliography)*).

L'auteur fait observer, que bien que plus d'un certain nombre de cas originaux aient été publiés sur ce sujet dans ces derniers temps, il n'existe pas d'étude sérieuse sur cette affection. Il a été amené à étudier la maladie au point de vue de diagnostic et du traitement.

Les observations connues se décomposent comme il suit :

49 se rapportent à la langue;

24 » au pharynx;

22 » à la bouche (mouth);

8 » au voile du palais;

5 » à la cavité nasale;

4 » aux amygdales.

L'auteur a récemment observé lui-même sept cas de cette

affection. Tous sont survenus chez des hommes. Quatre sont morts. Deux s'affaiblissent rapidement, un seul paraît être complètement guéri.

On peut classer comme il suit ces sept cas:

Un cas primitif et un secondaire de la langue chez des individus âgés de 35 et 54 ans; un cas primitif du voile du palais, 40 ans; un cas primitif de la joue, 36 ans; un cas secondaire de l'amygdale, 27 ans; deux secondaires du pharynx, 38 et 22 ans. Le premier cas présente plusieurs points d'un intérêt unique: 1^o la lésion était située à la base de la langue; 2^o on pratiqua l'extirpation totale de cet organe; 3^o le malade, sept mois après l'opération, ne présentait aucune trace de récidive.

L'acide lactique employé dans la plupart des cas rapportés plus haut, a donné le plus souvent de bons résultats.

Sur 24 cas de tuberculose de la langue, tous survenus chez des hommes, un seul excepté, 12 fois la lésion siégeait sur les côtés, 11 fois à la partie antérieure, une fois à la base. Dans quatre cas on n'indique pas le siège de la lésion. Elle était primitive dans neuf cas; secondaire dans sept. Dans la tuberculose linguale primitive, la durée la plus longue a été deux ans et demi, la plus courte dix semaines. Le malade le plus âgé avait 18 ans, le plus jeune 12 ans.

Le Dr E. L. SHURLY, de Detroit, dit que la présence du bacille ne prouve pas, d'une façon certaine, que la maladie était tuberculeuse. Chez une femme se présentant dans les meilleures conditions pour le développement de la tuberculose, on trouve des bacilles dans un abcès de la base de la langue. Cependant la malade guérit, et se porte encore très bien. Dans les cas de ce genre on ne doit pas pratiquer d'incision mais instituer un traitement pour détruire les parties malades.

Le Dr J. ROE, de Rochester, n'a jamais observé de tuberculose primitive de la langue qui ne puisse être considérée comme secondaire. Il rapporte deux cas bien nets de tuberculose primitive du pharynx.

Vendredi 28 mai. — Séance du matin.

On procède à l'élection des membres du bureau pour 1887 :

Président : le Dr E. FLETCHER INGALS, de Chicago; *Vice-présidents* : les Drs E. CARROLL MORGAN, de Washington, et J.-N. MACKENSIE, de Baltimore; *Bibliothécaire* : le Dr FRENCH, de Brooklyn; *Sécrétaire et trésorier* : le Dr BRYSON-DELAVAN, de New-York; *Membre du conseil* : le Dr F.-H. HOOPER, de Boston; sont élus *membres actifs* : MM. les Drs BENJAMIN F. WEBBROOK, de Brooklyn, F. DONALDSON, de Baltimore, ALEXANDRE MAC COY, de Philadelphie, et M. J.-C. MULHALL, de Saint-Louis.

Le Prof. RAMON DE LA SOTA, de Séville, est nommé membre correspondant. La prochaine réunion se tiendra à New-York, à l'époque fixée par le conseil.

Le Dr E.-L. SHURLY, de Détroit, rapporte le résultat d'une observation sur **l'emploi de quelques nouveaux remèdes dans les maladies des voies aériennes supérieures** (*The use of the newer remedies in diseases of the upper air passages*).

Il passe en revue chacun de ces nombreux remèdes nouveaux et donne le résultat de son expérience sur leur emploi.

Le Dr J.-N. MACKENZIE, de Baltimore, dit n'avoir qu'à se louer de l'emploi à l'intérieur de l'eau oxygénée dans les cas de catarrhe ancien du larynx ou du pharynx. Il en a fait usage dans les cas qui ont résisté à tous les autres modes de traitement. Il s'est servi d'une solution à quatre pour cent à la dose de huit à seize grammes, quatre à six fois par jour pendant deux ou trois semaines. Dans un grand nombre de cas ce seul remède a suffi pour arrêter la sécrétion.

Le Dr SOLIS COHEN a employé le bioxyde d'hydrogène dans des cas de phtisie pulmonaire et laryngée, il en a observé les bons effets sur la nutrition. Un des effets de cet agent est en retard notable dans les battements du pouls. Dans un cas cet effet fut si marqué que l'on dut interrompre ce médicament.

Le Dr WILLIAM H. DALY, de Pittsburg, fait une communication sur **le traitement le plus simple et le plus efficace de la diphthérie** (*On the simplest and most sure treatment of diphtery*).

Il recommande l'emploi du calomel. Ce mode de traitement est fort ancien, c'est au Dr W.-C. Ritter de Pittsburg que revient le mérite de l'avoir de nouveau recommandé dans ces derniers temps. On doit l'administrer à la dose de 10 à 20 centigrammes toutes les deux ou trois heures. On doit en continuer l'usage jusqu'à ce que les déjections deviennent fréquentes et contiennent des masses gélatineuses brillantes de coloration verte et ressemblant à de la purée d'épinards. On administre alors le calomel à des intervalles plus éloignés dont on continue l'emploi de façon que le malade ait deux ou trois selles par jour. Il vaut mieux éloigner les intervalles que diminuer les doses. De cette manière on risque moins d'amener du ptyalisme. Cette médication amène un peu de dépression. Le ptyalisme survient assez rarement. Sous l'influence de ce traitement, des fausses membranes s'exfolient et ne se reforment pas ou du moins se reforment plus lentement. La fièvre diminue.

Ce mode de traitement est le plus simple et le plus efficace de tous. La règle absolue est d'administrer le calomel jusqu'à ce qu'il se soit produit cet état de purgation que nous venons de décrire. On obtient par ce traitement un plus grand nombre de guérisons que par toute autre méthode.

M. le Dr E.-L. SHURLY a une grande expérience du traitement de la diphthérie par le calomel. Si cette substance est très efficace dans les inflammations croupales, il n'en est pas de même dans la diphthérie. Il ne connaît pas un seul cas de diphthérie guéri par le calomel.

Le Dr FRANK DONALDSON a souvent, sans succès, employé le calomel. Si l'on emploie le mercure il est préférable de se servir du bichlorure. Étant données les théories actuelles sur la nature de cette affection, le meilleur mode de traitement doit être dans l'emploi de pulvérisation de bichlorure de mercure (1/1000), en même temps qu'on soutient les forces du malade qui couche dans une chambre bien aérée.

Le Dr BEVERLEY ROBINSON, de New-York, estime qu'il en est de la diphthérie comme de toutes les maladies infectieuses. Sa virulence est plus ou moins grande suivant les épidémies. Tel remède qui, dans une épidémie, donnera de très bons résultats, sera impuissant dans une autre. Un autre point sur lequel on n'insiste pas assez, c'est la différence de caractère des maladies suivant les contrées.

Il pense qu'il vaut mieux s'en rapporter à l'opinion des hommes les plus compétents pour ce qui est du traitement de cette maladie. Il est généralement admis que la meilleure méthode consiste à désinfecter la gorge et les voies aériennes avec des doses plus ou moins considérables de teinture de fer combinées ou non avec le chlorate de potasse.

Le Dr F.-H. BOSWORTH, de New-York, croit que le mercure possède une valeur spécifique dans le traitement de la diphthérie.

Le Dr WILLIAM H. DALY, terminant la discussion, dit qu'il n'a pas voulu faire du calomel un spécifique, mais qu'il a simplement soutenu que la proportion de succès, dans cette méthode de traitement, est plus considérable que dans toute autre.

Le Dr E. CARROLL MORGAN, de Washington, lit une note sur l'hémorragie après l'uvulotomie avec la description d'un instrument pour l'arrêter (*The question of hemorrhage after uvulotomy with the description of an instrument for its arrest*).

L'auteur, après avoir cité l'opinion d'un grand nombre d'auteurs sur les dangers de l'hémorragie après cette opération, raconte l'histoire d'un malade chez lequel une hémorragie considérable et qui avait résisté à toutes les mesures prises pour l'arrêter cessa à la suite de l'application d'un tampon (clamp) sur la surface saignante.

Jamais l'hémorragie, après l'uvulotomie, n'a été suffisante pour amener la mort. Dans des cas très rares l'hémorragie a été assez persistante pour causer de l'inquiétude, mais dans

la plupart des cas il se produit une hémorragie légère qui s'arrête spontanément, ou cède facilement à l'application de styptiques légers. La perte de quelques gouttes de sang suivie d'un léger suintement est le cas le plus ordinaire. Les mesures chirurgicales les plus convenables pour arrêter l'hémorragie de la luette sont la ligature, la compression à l'aide d'un tampon ou de pinces et l'emploi du cautère actuel. Les styptiques les plus recommandables sont le nitrate d'argent, le persulfate de fer, l'acide gallique, l'acide tannique, l'alun, les applications locales de glace et de vinaigre. Les médicaments internes sont l'opium, l'acétate de plomb, l'acide sulfurique, l'ergotine. En opérant, on doit avoir pour objet de réduire la luette à ses dimensions normales, sans jamais la détruire toute entière.

Le Dr F.-H. HOOPER n'a jamais vu l'hémorragie après cette opération dépasser quelques gouttes de sang. Il n'a jamais sectionné le muscle lui-même, il pense que l'ablation d'une petite portion donne de meilleurs résultats que la section d'une grande partie.

Le Dr WILLIAM H. DALY, de Pittsburg, soutient que cette opération, lorsqu'on la fait, doit être faite de manière à conserver autant que possible aux parties leur position normale. L'évolution est rarement nécessaire.

Séance de l'après-midi.

Le Dr THOMAS R. FRENCH, de Brooklyn, présente une note sur l'image laryngée telle qu'on l'aperçoit dans des photographies prises pendant la production des notes dans la voix chantée (*The laryngeal image as seen in photographs taken during the production of tones in the singing voice*).

L'auteur a fait, sur ce sujet, de nombreuses recherches et ses observations confirment les assertions des différentes autorités pour ce qui concerne la position des cordes vocales pendant la production des différentes notes dans la voix chantée.

Le résultat général de ses recherches semble montrer que, dans la production des notes basses, les cordes vocales sont séparées, sur une grande étendue, à la partie postérieure et à la partie antérieure; dans le médium les cordes sont parallèles; dans les notes élevées l'ouverture est très grande en avant. L'auteur, à l'appui, présente de nombreuses photographies du larynx.

Le Dr GEORGES W. MAJOR, de Montréal, lit des **notes cliniques sur le prolapsus des ventricules laryngés** (*Clinical notes on prolapsus of the laryngeal ventricles*).

L'auteur insiste sur la distinction entre le prolapsus et l'éversion des ventricules du larynx. Le prolapsus peut exister sans éversion du saccule tandis que l'éversion ne peut se produire sans prolapsus. Il rapporte cinq observations inédites, deux d'éversion et trois de prolapsus simple d'étendue variable. La syphilis, le cancer, la tuberculose, le catarrhe chronique, sont les affections qui favorisent le plus cet état.

On lit ensuite les titres de deux communications sur **trois cas de thyrotomie : guérison dans les trois cas sans altération de la voix**, par le Dr Clinthon Wagner, de New-York; **hémorragie alarmante après l'amygdalotomie arrêtée par la torsion de l'artère**, par le même auteur.

Le Dr WILLIAM C. JARVIS, de New-York, décrit **un nouveau procédé pour l'ablation des tumeurs laryngées sous-glottiques** (*A novel procedure for the removal of subglottic laryngeal growths*).

C'est au moyen des pinces laryngiennes de Mackenzie, à l'extrémité de chacune des branches on pratique une ouverture. A travers ces ouvertures on fait passer un fil de piano fin que l'on conduit à travers une seconde ouverture à l'angle des branches jusqu'au manche. On forme ainsi un anneau dans lequel on peut passer l'index. Quand les branches sont séparées cet anneau forme une tige transversale unissant

leurs deux extrémités à l'aide de laquelle on peut retenir la tumeur jusqu'à ce qu'on l'ait saisi avec les branches. Au moyen de cet instrument l'auteur a réussi à enlever une tumeur sous-glottique sans anesthésie et sans laryngotomie.

Le Dr T. ARMORY, de Blois, lit un travail sur **plusieurs cas d'œdème du larynx** (*Cases of laryngeal œdema*).

L'auteur a été amené à écrire ce travail en lisant plusieurs cas mortels de cette affection, apportés dans ces derniers temps. Il donne des détails sur quatorze cas d'œdèmes du larynx qu'il a observés lui-même. Six ont guéri par les astringents, huit après scarification.

Le Dr FRANK pense que dans les cas de ce genre le tubage de la glotte par la méthode de O'Dwyer pourrait être fait.

Le Dr W. C. JARVIS de New-York, à propos du traitement de l'œdème constitutionnel du larynx, a fait usage de l'extrait fluide de jaborandi. Quarante-huit heures après l'œdème était considérablement diminué. Depuis lors on a rapporté plusieurs cas dans lesquels on a employé avec avantage la pilocarpine. Il n'a jamais eu de bons résultats à la suite de la scarification. Dans une tentative de suicide suivi d'œdème du larynx ou introduisit un tube dans le larynx et dans ce cas, bien qu'on eût pris tout le temps nécessaire, la scarification n'eut aucun effet. Il semblerait que le liquide est renfermé dans un grand nombre de petits sacs. En ouvrir quelques-uns n'amène aucun résultat.

On lit le titre d'une note du Dr Ch. KNIGHT, de New-York, décrivant : **un cas de péricondrite du larynx** (*a case of perichondritis of the larynx*).

Le Dr EDGAR HOLDEN, de Newark, décrit **un cas de gomme du larynx avec réouverture spontanée du larynx après la laryngotomie thyroïdienne** (*A case of gummous disease of the larynx with spontaneous reopening of the larynx after thyroid laryngotomy*).

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie de la voix et du chant (1),

Par MM. GOUGUENHEIM et LERMOYEZ.

Ce travail s'adresse surtout aux chanteurs et aux professeurs de chant ; les auteurs ont voulu leur fournir un aperçu des notions acquises jusqu'à ce jour en physiologie de la voix et du chant. Ils se sont, en même temps, proposé d'exposer leurs propres théories dans les diverses questions qu'ils traitent et de donner aussi quelques bons conseils relatifs à l'hygiène et au traitement de la voix. Ce petit traité sera certainement apprécié par le public pour lequel il est écrit. On était, en effet, jusqu'alors assez embarrassé pour conseiller un ouvrage de ce genre aux artistes ou aux professeurs de chant qui désiraient s'instruire à ce sujet. C'était une lacune, elle est maintenant heureusement comblée.

Après quelques considérations préliminaires sur le rôle de l'appareil aérien dans la respiration et la phonation, MM. Gouguenheim et Lermoyez abordent l'étude de la formation de la voix ; elle est, disent-ils, exclusivement produite par la vibration des cordes vocales inférieures qui exige pour naître deux conditions absolues : 1^o une tension suffisante des cordes vocales inférieures ; 2^o une intensité suffisante du courant d'air expiré. Mais n'existe-t-il pas d'autres parties de l'arbre aérien que les cordes vocales inférieures capables de donner naissance à la voix ? Les cas de destruction des cordes vocales dans lesquels s'établit une sorte de suppléance vocale sembleraient devoir faire admettre cette opinion. Il n'en est rien : « sans les cordes vocales inférieures, pas de voix possible ».

Le son glottique est-il dû aux vibrations de l'air, résulte-t-il des vibrations des cordes vocales ? Les deux opinions ont été soutenues. Les avis sont partagés. MM. Gouguenheim et Lermoyez admettent que la voix est due à la vibration des cordes vocales inférieures. Trois qualités caractérisent le son : intensité, hauteur, timbre. Les vibrations des lèvres de la glotte

(1) Paris. A. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

lui donnent sa hauteur, le poumon son intensité, les cavités sonores situées au-dessus des cordes vocales inférieures et du larynx lui donnent le timbre.

Fournié avait admis que dans les cordes vocales seules la muqueuse vibrait. Cette théorie, disent Gouguenheim et Lermoyez, tombe d'elle-même, car sa base pathologique (il suffit d'une lésion insignifiante de la muqueuse pour supprimer la voix) n'a pas sa raison d'être. Le rôle de la muqueuse consiste à protéger les tissus sous-jacents et à sécréter une humeur qui favorise le jeu des parties .. *Le muscle est la partie essentiellement vibrante de la glotte; il ne vibre cependant pas seul.*

Les idées de M. Lermoyez se sont, depuis lors, quelque peu modifiées. Il admet, à l'heure actuelle, que dans la production de la voix de fausset la muqueuse est la seule partie vibrante, et le tort de Fournié est d'avoir trop généralisé (Étude expérimentale sur la phonation, p. 26 et 27, et plus loin (1)). Il y a trois parties constituantes des cordes vocales : la muqueuse, la corde fibreuse, le muscle thyro-aryténoidien interne. Or, Lermoyez admet que *jamais le muscle ne vibre*. Il fait plus que l'admettre, il le prouve.

Après avoir montré l'antagonisme du spinal et du pneumogastrique dans le larynx, MM. Gouguenheim et Lermoyez étudient l'action des différents muscles du larynx. L'agent essentiel de la phonation c'est le thyro-aryténoidien ou plutôt sa portion interne, et si l'on remarque « que ce muscle est la partie constituante des cordes vocales vibrantes, on se prend à admirer de merveilleux fonctionnements de la glotte où le tissu vibrant et le mécanisme qui modifie ces vibrations sont confondus en un seul et même organe ». Les thyro-aryténoidiens, lors de la production de la voix, « se gonflent, se durcissent, s'épaississent et mettent la glotte en état de réceptivité vocale ». Constatons ici une différence très grande entre les idées de MM. Gouguenheim et Lermoyez et celles que M. Lermoyez a émises dans son travail inaugural.

« Longtemps, dit-il, on a cru, que le thyro-aryténoidien

(4) Voir *Revue*, n° 6, p. 395, l'analyse du travail de M. Lermoyez.

tend les cordes vocales, qu'il se dureit pour vibrer, et on a admiré cette anche intelligente qui se met d'elle-même au degré de tension nécessaire au nombre de vibrations voulues; or il faut rabattre beaucoup de ces fonctions qui tiennent du merveilleux. Le thyro-aryténoïdien interne porte en avant les aryténoïdes et les rapproche de l'angle rentrant du thyroïde; il raccourcit les cordes vocales ligamenteuses, et les met dans un état de relâchement d'autant plus accentué que sa contraction est plus forte: et comme conséquence, il amène un abaissement de tonalité de la voix. »

Les auteurs s'occupent ensuite de la justesse de la voix. On sait tenir *un son* lorsque tout le temps que dure l'expiration vocale on sait maintenir la glotte au même degré de contraction, de sorte que tout le temps que le son est émis le nombre des vibrations qu'il produit à la seconde soit constant. Il n'existe pas de voix absolument juste, toute voix chevrote plus ou moins, l'erreur permise est de 0,35 pour 100 vibrations.

Le chapitre qui suit est consacré à l'étude des résonnateurs de la voix et du timbre. En traversant les cavités aériennes supérieures la voix se modifie, se perfectionne, elle prend du timbre. Les cavités supérieures jouent le rôle de résonneur; les résonnateurs humains ont une qualité spéciale: la contractilité.

Les questions traitées dans ce chapitre sont des plus importantes pour les chanteurs au point de vue pratique. Les auteurs font ressortir les différences qui existent entre la voix blanche (timbre clair) et la voix sombrée (timbre sombré).

Ils étudient ensuite l'évolution de la voix, la mue, les troubles vocaux qui l'accompagnent, l'influence de la puberté sur la voix, le classement des voix; ils s'occupent de la caractéristique anatomique des registres et des voix, c'est là très certainement un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage; il est très soigneusement traité par les auteurs. A propos du mécanisme de la voix de fausset, ils acceptent la théorie de Vacher et arrivent à la conclusion suivante: dans les deux registres, voix de poitrine et voix de

tête, la somme des contractions musculaires est constante, mais différemment répartie; elle prédomine dans le larynx pour les sons de poitrine, et se localise surtout au pharynx dans les sons de tête; de telle sorte, qu'on pourrait écrire algébriquement :

Voix de poitrine = larynx contracté + pharynx relâché ;
voix de tête = larynx relâché + pharynx contracté.

Cette théorie, est vraiment bien combinée et on voudrait qu'il en soit ainsi, malheureusement elle ne concorde pas tout à fait avec certains faits anatomiques récemment publiés et qui réclament leur droit.

Les auteurs discutent ensuite la question de savoir si l'on peut, anatomiquement, caractériser les différentes voix; d'après eux, la longueur des cordes vocales inférieures préside presque exclusivement au classement des voix d'après leur hauteur et diminue à mesure qu'on va de la basse au ténor, ou du contralto au soprano. La largeur des cordes vocales ne correspond qu'au degré d'intensité de la voix et n'est liée à leur longueur par aucun rapport, de telle sorte, qu'elle peut être plus grande chez un ténor que chez une basse, si le premier a la voix plus puissante que le second.

En terminant ce chapitre, ils donnent un résumé de leurs observations sur la conformation du larynx dans les différentes voix.

Les auteurs terminent par un chapitre consacré à l'hygiène et exclusivement réservé aux chanteurs.

Nous ne pouvons les suivre dans les détails de cette étude intéressante et instructive, mais qui n'entre pas dans le cadre des études de la *Revue*.

L. BAYER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes,

Par le Dr JOAL, du Mont-Dore.

Joal rappelle que c'est à Lasègne qu'on doit la première observation d'orchite amygdaliennes et que depuis l'époque (1868) où cet auteur considérait l'amygdalite comme la manifestation d'un état général, des cliniciens expérimentés (Bouchard, Landouzy et Siredey), appuyés sur la théorie microbienne, sont venus démontrer la vérité de cette assertion. Toutefois c'est Verneuil qui en 1857 aurait le premier saisi la corrélation qui existe entre l'angine et le rhumatisme, dont il publiait à cette époque deux observations, concernant des enfants de 10 et 12 ans qui furent atteints d'amygdalite aiguë et d'épanchement considérable dans la tunique vaginale; la guérison fut presque spontanée, mais le testicule correspondant fut frappé d'un arrêt de développement chez l'un des malades.

Joal rappelle ensuite les articles de James (sur les sympathies entre les tonsilles et les ovaires) et de Ed. Gray, rapportant les faits cités par ces auteurs. Viennent enfin quatre observations personnelles d'ovarites ou d'orchites survenues sans autre cause connue qu'une amygdalite préexistante, et quatre cas de ce genre qui lui ont été communiqués, deux par le Dr Larammandès, un par le Dr Gaillard et l'autre par le Dr Cadier.

De ces faits découlent ces conclusions naturelles que l'orchite et l'ovarite doivent être rangées parmi les complications possibles de l'amygdalite aiguë superficielle ou profonde; et que ces manifestations génitales analogues à celles qui surviennent dans la fièvre typhoïde ou les oreillons sont dues à la nature infectieuse de l'inflammation gutturale. (Extrait des *Archives générales de médecine*, mai et juin 1886.)

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par le Dr Th. HERING.

L'auteur résume sur cette question les recherches de Hack qui considérait les névroses réflexes déterminées par les affections nasales comme étant produites par un gonflement des bords antérieurs des cornets inférieurs, développé sous l'influence de l'irritation des nerfs érecteurs; bientôt il fut obligé d'étendre ses conclusions, car les névroses réflexes accompagnaient également le gonflement des cornets moyens.

Les partisans de la théorie de Hack ont poussé trop loin leur enthousiasme et abusé de la galvano-caustie dans le traitement des diverses névroses considérées comme étant produites par une affection nasale, et Hack lui-même a écrit : « J'ai peur que l'on se soit abusé sur l'importance de la muqueuse nasale dans la production de l'asthme et, m'appuyant sur mes propres insuccès, je voudrais protester contre une opinion aussi tranchée. »

Hering rappelle les conclusions de John Mackenzie sur la zone réflexe du nez, qui est strictement délimitée et correspond aux corps caverneux des cornets. Il admet l'existence de cette zone et pense qu'on doit l'étendre à tout le segment de la muqueuse qui recouvre la cloison nasale et non seulement à la partie postérieure. Il mentionne ensuite les conclusions de Wille et rapporte une observation appuyant la théorie de cet auteur qui prétend que la toux par irritation du trijumeau est une des formes les plus fréquentes de la toux réflexe et que toutes les fois que l'on rencontre chez des malades une toux opiniâtre et fatigante dépourvue de toute altération perceptible des organes respiratoires, on se trouve en présence d'une névrose du trijumeau. Voici, en résumé, cette observation :

Homme, trente-deux ans, arthritique, souffrait, depuis un an, de quintes de toux très violentes, spasmodiques. Légère bronchite insuffisante à expliquer la toux. Rhinite très intense, hypertrophie inflammatoire et gonflement du cornet

inférieur droit qui, par moment, adhère à la cloison ou plutôt à sa crête osseuse. A gauche, on constate les mêmes altérations mais moins prononcées. L'auteur fait un attouchement du cornet, à l'endroit contigu à la cloison et détermine une très forte quinte spasmique avec étouffement, dyspnée momentanée et écoulement nasal très abondant. Une application énergique du galvano-cautère à droite, d'acide chromique à gauche, fit cesser les symptômes.

Depuis deux ans, Héring accumule les observations relatives aux névroses réflexes. Il a observé vingt cas d'asthme à la suite d'hypertrophie des cornets; sur ces vingt cas il compte douze guérisons.

La migraine, les névralgies sus-orbitaires, les éternuements spasmoides, les vertiges, les affections hystériques du larynx peuvent être le résultat d'une affection nasale et être améliorés par le traitement.

Le cornet moyen, plus rapproché que le cornet inférieur de la cloison nasale, en se gonflant, s'en rapproche davantage et la comprime; or, toutes les fois qu'on touche l'endroit où le cornet moyen adhère à la cloison, les phénomènes réflexes se produisent immédiatement.

L'auteur étudie ensuite certaines observations qui prouvent que l'aphonie spasmique, le laryngo-spasme, la dyspnée spasmique et certaines paralysies du larynx appartiennent à la catégorie des névroses réflexes d'origine nasale.

L'aphonie spasmique s'observe en particulier chez les individus faisant de leur voix un usage fréquent. Héring rapporte trois observations d'aphonie spasmique. Dans la première, après dix ans de durée, le spasme phonétique se compliqua de spasme respiratoire. Suivent quelques autres observations de spasme du larynx et de paralysie des cordes vocales d'origine hystérique, un autre d'asthme. Dans tous les cas il existait des lésions des fosses nasales. Après diverses considérations critiques sur les cas par lui rapportés, Héring en arrive à formuler ses conclusions dont nous reproduisons les plus importantes :

Au Dr Hack revient le mérite d'avoir établi le rapport

causal qui existe entre les névroses réflexes et les affections nasales.

Héring a pu, jusqu'à présent, confirmer ce rapport dans les affections suivantes : asthmes, migraine, vertige, névrose sus-orbitaire, toux laryngée, éternuement, laryngo-spasme phonétique, aphonie et dyspnée hystérique.

Une exploration conscientieuse de l'état général, une observation prolongée, de même que l'inefficacité de tout traitement antérieur dirigé dans une autre direction contribuent à confirmer le diagnostic (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, février-mars 1886). Dr J. CHARAZAC.

De la pathologie du prétendu « Catarrhe chronique du nez et du pharynx » (*Die Pathologie des sogenannten chronischen Nasen- und Rachenkatarrhss*), par le Dr Maximilian BRESGEN, de Frankfort-sur-Mein.

Bresgen n'admet pas dans sa note d'introduction au Congrès international médical de Copenhague l'expression « Catarrhe chronique pharyngo-nasal » parce qu'il devrait parler alors aussi bien du catarrhe chronique du nez que de celui du pharynx, vu qu'il n'existe pas, selon lui, de catarrhe chronique isolé de la cavité rétro-nasale. Il parle donc du catarrhe chronique du nez et du pharynx tout en les considérant comme une seule affection. Pour le reste, il donne un exposé sommaire de cette maladie sans apporter de faits nouveaux.

L. B.

Des végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale (*Adenoïde vegetationen des Nasenrachenraumes*), par le Dr MICHAEL, de Hambourg.

Dans la description de cette affection, l'auteur s'adresse surtout aux praticiens. Il indique les différents procédés opératoires employés pour la guérir, et estime avec raison qu'on peut facilement faire cette petite opération sans avoir recours aux spécialistes. Dans ce but, il recommande une pince coupante (Hohlmeisselzange) construite par lui, dont il se sert avec avantage depuis déjà huit ans et qui a été adoptée par quelques autres spécialistes. Michael proscrit le chloroforme pour cette opération comme étant plus

dangereux que le mal, il n'admet pas non plus l'emploi de la force chez les malades indociles. Qu'on attende simplement qu'ils soient devenus raisonnables ! Cependant il est des cas où l'on ne peut guère attendre sans compromettre la santé du malade. Il n'est partisan ni de la méthode galvanique, ni du couteau annulaire. Sa pince paraît du reste être bonne.

N'oublions pas que chaque opérateur a son dada et sa manière de faire, qu'il trouve toujours la meilleure (*Wiener Klinik, XII Heft, 1885*). BAYER.

Aphonie et dyspnée spasmodiques (*Aphonia und dyspnæa spastica*),
par le Dr. J. MICHAEL, de Hambourg.

Une dame de trente-deux ans, à la suite de fortes émotions, est prise d'abord de violents accès d'asthme qui au bout d'une semaine font place à un état permanent de dyspnée respiratoire. On entend à chaque inspiration un bruit strident et prolongé, tandis que l'expiration s'effectue assez facilement. La malade parle avec une voix de fausset saccadée, qui est interrompue après quelques paroles par l'inspiration stridente et par un bruit ressemblant au hoquet. En même temps, existent le globe hystérique, une salivation abondante, des contractions musculaires sur tout le corps, une névralgie intercostale et de temps en temps des accès hystéro-épileptiques. L'examen général ne démontre aucune affection des organes. A l'examen laryngoscopique, pendant la phonation, on voit les cordes vocales fortement serrées l'une contre l'autre dans les deux tiers antérieurs, formant une fente étroite en arrière. Par une pression exercée sur le cartilage cricoïde, la partie postérieure se forme également et la voix devient alors plus basse. Au repos les cordes vocales sont un peu plus rapprochées qu'en position cadavérique. A l'inspiration, elle se rapprochent de plus en plus et elles se touchent complètement quand la malade fait une inspiration profonde, de sorte que celle-ci est interrompue instantanément. L'aggravation des symptômes rend la trachéotomie indispensable. Voici ce qui s'est produit : après avoir respiré un peu de chlorofome, la malade commence à avoir la respiration

plus tranquille, le cornage cesse et la voix devient sonore. Espérant que l'amélioration persistera, on cesse de donner le chloroforme, mais à peine la malade est-elle revenue à elle, que la gêne respiratoire apparaît de nouveau et avec elle les autres symptômes, de sorte qu'on est obligé de recommencer et d'exécuter la trachéotomie. Le bruit strident et la dyspnée ont disparu, seule la voix ne change pas. La malade se remet, mais les symptômes laryngés ne subissent pas de changements, il en est encore ainsi aujourd'hui, trois ans après l'opération.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions fort justes où il justifie son diagnostic d'aphonie spasmique, et lui applique les théories de Krause, Gerhardt, Semon et Rosenbach, le cas s'y prêtant admirablement. (*Separat abdruct. ans der. Wien. med. Presse*, 1885.) BAYER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Abbe (R.).** — Sarcome de l'amygdale (*Med. Journ.*, 20 mars 1886).
- Aducco et Mossa.** — Recherches sur la physiologie du goût (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, an XLIX, n° 1, 2. Turin, 1886).
- Ambrosio (D').** — Cancer épithéial de la langue (*Eco delle cliniche*, an Ie n° 6, Naples 1886).
- Beall (E. J.).** — Parésie consécutive à l'amygdalite (*St Louis Medic. and Surgic. Journ.*, n° 5, mai 1886).
- Biondi.** — Bec-de-lièvre (*Riforma medica*, an II, n° 155 et suiv., Naples 1886),
- Blackwood (W.).** — Affections du pharynx au point de vue d'un appareil à pulvérisations (*The med. Bullet. Monthly Journ.*, mai 1886, n° 6).
- Boeckel.** — Nouveau procédé de débridement des abcès profonds de la bas. de la langue dans la glossite phlegmoneuse (*Mém. de la Soc. de méd. de Strasbourg*, XXI, Paris, chez Baillière et fils, 1885).
- Bottini.** — Amygdalotomie et deux cas de tumeurs malignes des amygdales (*Gazzetta degli ospitali*, an VII, n° 43, Milan, 1886).
- Boucomont.** — De l'angine granuleuse arthritique (suite) (*Archives d'hydriologie*, mai et juin 1886).
- Caselli.** — Resserrement des mâchoires (*Riforma medica*, an II, n° 99, Naples, 1886).
- Chioldini.** — Un cas d'amputation totale de la langue par la dièrèse galvanique (*Riforma medica*, an II, n° 122, Naples, 1886).
- Easley (Wm. T.).** — Du traitement de l'amygdalite et du catarrhe nasal (*St Louis Medic. and Surgic. Journ.*, n° 5, mai 1886).

- Farlow (J. W.).** — Une artère volumineuse traversant en diagonale la paroi postérieure du pharynx (*Suffolk District Med. Soc.*, 44 avril, et *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mai 1886).
- Gallozzi.** — Abscès rétro-pharyngien aigu (*Riforma medica*, an II, n° 420, Naples, 1886).
- Harvey.** — Hyperplasie chronique de la muqueuse buccale avec cornification de son épithélium (*The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, juillet 1886).
- Haynes.** — Tumeur fibroïde de la langue (*The N.-Y. Med. Journal*, 19 juin 1886).
- Helmkampff (H.).** — Diagnostic et thérapeutique des affections de la bouche, du pharynx et des dents (*Enke*, Stuttgart).
- Hermantier (J.).** — De la tuberculose de la voûte palatine (*Thèse de Paris*, n° 415, 1886).
- Hinkel.** — Ulcération du pharynx d'origine tuberculeuse (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 6, 1886).
- Hoffa.** — De la mortalité dans l'opération des becs-de-lièvre et des gueules de loup (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).
- Hutchinson.** — Adénome du palais (*Patholog. Soc. of London* et *The Lancet*, 22 mai 1886).
- Jessett (P. B.).** — Du cancer de la bouche, de la langue et du tube digestif (Londres, chez J. A. Churchill).
- Joal.** — Angine catarrhale chronique; Pharyngite glanduleuse; Amygdalite chronique (Paris, chez Asselin et Houzeau, 1886).
- Joal.** — De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes (*Arch. génér. de méd.*, n° de mai et juin 1886, *Extrait*, Asselin, édit., Paris).
- Knight (Charles H.).** — Paralysie du voile du palais dans un cas d'inflammation aiguë de la cavité naso-pharyngienne (*N.-Y. Academy of Medecine*, 20 mars et *N.-Y. Med. Journ.*, 5 juin 1886).
- Knox (J. L.).** — De l'amygdalite comme manifestation du rhumatisme (*Chicago, med. Journ. and Exam.*, février 1886).
- Krauss (E.).** — Note sur le travail du Dr Hirt sur l'hémiatrophie de la langue (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 25, 28 juin 1886).
- Mayor et Pantry.** — Note sur les manifestations buccales du Lichen plan (*Revue méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 15 juin 1886).
- Macgregor (A. D.).** — De la valeur de l'acide borique dans les différents états de la bouche (*British Med. Journ.*, 10 juillet 1886).
- Monod.** — Ablation des tumeurs du pharynx (*Société de chirurgie*, 7 juillet 1886).
- Polaiillon.** — Quelques réflexions sur les larges ablutions de cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx (*Gazette méd. de Paris*, 17 juillet 1886).
- Polaiillon.** — De l'épulis (*Paris méd.*, 17 juillet 1886).
- Regnault (Clinique Tillaux).** — Tumeurs de la langue (*Gaz. des hôpits.*, 20 mai 1886).
- Remak.** — De l'hémiatrophie saturnine de la langue (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 24 juin, n° 25, 1886).
- Richelot.** — Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue (*Soc. méd. pratique*, 22 février, et *Union méd.*, 3 juillet 1886).

Ricordeau. — Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée (*Thèse, Paris, juillet 1886*).

Sands. — Exirpation d'une partie de la langue pour un cancer (*N.Y. Surg. soc. 24 mai, et Med. News, 12 juin 1886*).

Sattler (R.). — Hydrastis dans les maladies de la gorge, de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati Lancet Clinic, 6 mars 1886*).

Scarenzio. — Cathétérisme des canaux de Sténon comme traitement de l'hydrargirisme (*Gazetta degli ospitali, an VII, n° 2, Milan 1886*).

Schech. — Crampes cloniques du voile du palais avec bruit objectif dans l'oreille, causées par une névralgie du trijumeau d'origine nasale (*Münchener med. Wochenschr., n° 22, 1^{er} juin 1886*).

Staff. — Nouveau spéculum nasi et nouvel abaisse-langue (*The Lancet, 26 juin 1886*).

Stewart. — Tuberculose de la langue (*Montreal Med. chir. Soc., 1^{er} mai, et Med. News, 29 mai 1886*).

Touton. — Quelques cas de Lichen ruber planus de la peau et de la muqueuse buccale (*Berliner Klin. Wochenschr., n° 23, 7 juin 1886*).

Trélat. — De l'épithélioma de la langue (*Le Praticien, n° 22, 31 mai 1886*).

Vergely. — La perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 juin. Journ. de méd. de Bordeaux, 4, 11 et 18 juillet 1886*).

Verneuil. — Ablation des tumeurs pharyngiennes (*Soc. de chir. de Paris, 16 juin, et Gazette des hôp., 19 juin 1886*).

Wheeler. — Pharyngocèle (*The Dublin Journ. of Med. Science, mai 1886*).

X. — Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen (*Revue de Dermatologie, p. 63, 1886*).

Nez et Pharynx nasal.

Allen (Harrisson). — Deux cas de végétations adénoïdes de la voûte pharyngienne offrant des symptômes peu habituels. (*The N.Y. Journ., 19 juin 1886*).

Antoni (Rameri). — Un nouveau rhinobyon (*Bollettino delle mal. dell' Orecchio, etc., n° 3, 1 mai 1886*).

Baerwald (K.). — Cas de tumeur nasale (*Vereinsblatt f. pfäbische Ärzte, n° 2, 1886*).

Berger et Thyrman. — Des maladies du sinus sphénoïdal et des cellules éthmoidales et de leurs relations avec l'affection de l'organe de la vue (*J. F. Bergmann, Wiesbade*).

Bocker. — Des relations qui existent entre les affections de la muqueuse nasale et l'asthme; traitement de ces affections (*Deutsche med. Wochenschr., n° 26 et 27, 1886*).

Broich (M.). — Quelques cas ayant trait aux observations de *Tornwald* sur l'affection de la bourse pharyngée (*Monatsschr. f. Ohrenh., n° 5 et 6, mai et juin 1886*).

Bobone. — Un cas de spasme sternutatoire: histoire et considérations (*Bolet. del mal. dell' Orecch., etc., n° 4, 1^{er} juillet 1886*).

Bresgen (M.). — Epistaxis (Tirage à part de « *Real encyclop. d. ges. Heilkunde* » de A. Eulenburg. — 2^e édition).

- Burckhardt (H.)** — Angiome de la cloison (*Bericht ü. d. Betrieb. d. Ludwigs Spital. Charlottentilfe in Stuttg.*, (1884), 1885, 11).
- Capart.** — Présentation de deux malades atteints de polypes fibreux naso-pharyngiens, guéris par l'électrolyse (*Scalpel*, no 51, 10 juin 1886).
- Cecchini.** — L'essence de térébenthine dans les différents cas de carie du rocher et ozène des scrofuleux (*Il Morgagni*, no 6, 1886).
- Cozzolino.** — Déviation de la cloison, des os et des cartilages du nez : redressement (*Il Morgagni*, an XXVIII, p. I, no 3, Naples 1886, et extrait chez Vallardi, Milan).
- Cozzolino.** — Appareils nouveaux et modifiés pour les maladies du nez, de l'oreille, etc. (*Rivista clinica e Terapeutica*, an VIII, no 3, Naples 1886).
- Cozzolino (V.).** — Catarrhe pharyngo-nasal (arthritique ?) avec concrétions, muqueuses (*Bolet. de. mal. dell' Orecch.*, etc., no 4, 1^{er} juillet 1886).
- Davies (Sidney).** — Un cas de rhinosclérome (*British Medic. Journ.* 29 mai 1886).
- Farnham (A. B.).** — Deux principes qui devraient déterminer quand il faut opérer dans les fosses nasales (*The N.-Y. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).
- Gallozzi.** — Opérations d'autoplastie (rhinoplastie) (*Riforma medica*, an II, no 81, Naples 1886).
- Goodwillie.** — Traitement des suites de la syphilis du nez, de la bouche et de la gorge (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 26 juin 1886).
- Heymann.** — Etats pathologiques d'origine nasale (*Deutsche mediz. Ztg.*, nos 45, 46 et 53, 3 et 7 juin et 1^{er} juillet 1886).
- Hubert (Clinique Jurasz).** — Des déviations de la cloison nasale et de leur traitement (*Suite et fin*) (*Münchener med. Wochenschr.*, no 20, 18 mai 1886).
- Jacobi (Putnam).** — Epistaxis profuse; dilatation et dégénérescence graisseuse du cœur (*N.-Y. Pathologic. Soc.*, 12 mai, et *The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).
- Kjellmann.** — Des certaines névroses produites par des altérations des fosses nasales (*Hygiea*, Stockholm, 1886, pages 59-71).
- Koehler.** — Deux cas de fièvre des foins (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 23, 7 juin 1886).
- Lublinski.** — De l'asthme et des affections des fosses nasales (*Deutsche mediz. Ztg.*, nos 44, 20 mai 1886).
- Moriartg.** — Un cas de rhinolithe (*The British Med. Journ.*, 10 avril 1886).
- Noquet.** — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bulletin med. du Nord*, no 4, avril 1886).
- Poehl (Vander).** — Des déviations de la cloison nasale (*The medic. Record*, New-York, 15 mai 1886).
- Pooley (Thomas R.).** — Tumeur de l'antre d'Highmore et de l'orbite (*Medic. News*, 5 juin 1886).
- Postemphi.** — Traitement de la rhinoplastie (*Riforma medica*, an II, no 100, Naples 1886).
- Serrand (René).** — Traitement du catarrhe naso-pharyngien sec (*Journ. de méd. de Paris*, 20 juin 1886).
- Sunié (L.).** — Résection sub-périchondrique de la cloison du nez sans sa portion cartilagineuse (*Revista de laryngol.*, etc., no 41, 1^{er} mai 1886).
- Thost.** — Des cocci de la pneumonie dans les fosses nasales (*Deutsche med. Wochenschr.*, no 40, p. 161, 1886).

- Tomazetti.** — Abcès aigu rétro-pharyngien (*Riforma medica*, an II, n° 137, Naples 1886).
- Van der Ven (G. G.).** — Epistaxis (*Geneesk Courant*, Tiel, 1886, n° 5).
- Watson (Spencer).** — Fracture des os du nez et maxillaire suivis de nécrose et de formation d'abcès avec ptosis ; Extraction du séquestre ; Remarques (*The Lancet*, 22 mai 1886).
- Weinlechner.** — Rhinophyma (*Soc. império-royale des médecins de Vienne*, 11 juin, et *Wien. med. Presse*, 4 juillet 1886).

Larynx et Trachée.

- Abate.** — L'électricité et la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs (*Catania*, 1886).
- Ariza (R.).** — Des paralysies laryngées frustes. (*Rivista de lar. otol. etc.*, n° 12, juin 1886).
- Aubone (G.).** — Blessure volontaire du larynx (*Rivista Argentina de Cienc. Med.*, n° 5, mai 1886).
- Bassols y Prim.** — Des altérations de la voix dans la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire (*Rivista de Laring. etc., etc.* III, n° 1, juillet 1886).
- Bassols-Prim.** — Considérations sur la voix (à suivre) (*Gaceta med. Catalana*, 15 juillet 1886).
- Bauti.** — Aphasic et ses formes (*Lo Sperimentalista*, an XV, n° 3 et 4, Florence 1886).
- Bennett (E.-H.).** — Altérations du larynx consécutives à la laryngo-trachéotomie (*Academy of Medecine in Ireland*, 9 avril, et *The Lancet*, 10 juillet 1886).
- Bergmann.** — Démonstration des pièces anatomiques d'un cas de laryngite hypertrophique sous-glottique (*Gesellschaft der practischen Aerzte zu Riga*, 15 janvier, et *Petersburger med. Wochenschr.*, n° 25, 1886).
- Besançon.** — Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, etc. (*Soc. Anatom.* Paris, 19 mars, et *Progès med.*, 12 juin 1886).
- Charcot.** — Leçon sur le mutisme hystérique (*Gaz. des hôpital.*, n° 72, 22 janvier 1886).
- Coats (J.).** — Observations concernant la théorie du murmure respiratoire et le point d'origine du soit-disant murmure vésiculaire dans un cas d'extirpation du larynx faite par le Dr Newman (*The Lancet*, 3 juillet 1886).
- Coppens.** — Epithélioma du larynx (*Bulletin méd. du Nord*, n° 5, mai 1886).
- Councilman (W.-T.).** — Plaie par armes à feu, diverticule de la trachée et de l'oesophage (*Clinical. Soc. of Maryland*, 19 mars 1886, et *The med. and Surg. Reporter*, Philadelphia, 29 mai 1886).
- Daremburg (G.) et Verneuil (A.).** — Observation de trachéocèle (*Revue de chirurgie*, n° 5, 10 mai 1886).
- Desvemine.** — De la contraction paradoxale de Wesphal en laryngo-dynamie (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 5, mai 1886).
- M'Donagh.** — Un cas d'hypertrophie considérable des bandes ventriculaires avec réunion partielle dues à une blessure du larynx (*Canad. Pract. Toronto*, 1886, XI, 69).
- Donaldson (F.).** — Des fonctions du récurrent. Etudes expérimentales faites dans le laboratoire biologique de « Johns Hopkins University » (*The American Journ. of the med. Sciences*, juillet 1886).

- O'Dwyer. — Sténose chronique du larynx traitée par une nouvelle méthode, avec une observation à l'appui (*The Medic. Record*, 5 juin 1886).
- Eichorst (H.). — Paralysie des muscles du larynx (*Anal. de otol. y laring.*, n° 4, 1886).
- Fasano (Adolfo). — Deux cas remarquables d'érysipèle du larynx avec remarques sur l'étiologie de cette affection (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 5, mai 1886).
- Fournier. — Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse (*Thèse Paris*, juillet 1886).
- Garrod (A.). — Notes sur l'emploi du laryngoscope (Longmans, Green et C^{ie}, édit., Londres 1886, 54 pages).
- Guaita. — Spasme de la glotte symptomatique de troubles intestinaux (*Archivio di Patologia Infantile*, an IV, n° 3, Naples 1886, et tirage et part, Milan).
- Hooper (Franklin H.). — Des positions des cordes vocales paralysées (*N.-Y. med. Journ.*, 5 juin 1886, et *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., n° 6, juin 1886).
- Krause. — Des troubles de la fonction du larynx dans les affections du système nerveux central. (*Arch. f. Psychiat.*, Berlin 1886, XVII, pages 288-290).
- Labbé (L.). — Extirpation totale du larynx. Tiraillement du pneumogastrique. Sidération; Respiration artificielle réussissant au bout d'une demi-heure (*Gaz. des hôpital.*, n° 80, 10 juillet 1886).
- Landour, Cahn, Baratoux. — De la voix (*Soc. franç. de l'hygiène*, Paris 1886).
- Leroy. — Considérations critiques sur une nouvelle variété de laryngite, désignée en Allemagne, sous le nom de laryngite hypoglottique de Ziemssen (*Journ. des scienc. méd.*, n° 21 et 22, 27 mai et 3 juin 1886).
- Lublinski. — Un cas de polype du larynx guéri par la méthode de Voltolini (*Soc. de médecine de Berlin*, 12 mai, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 42, 24 mai 1886).
- Mackensie (U.). — Hygiène de l'organe vocal (Londres 1886, in-8^o, p. 236).
- Masini. — Complication laryngée rare de la pneumonie fibrineuse (*Riforma medica*, an II, n° 107, Naples 1886).
- Mayor (Geo.-V.). — Chorée du larynx (*Canada med. and surg. Journ.*, janv. 1886).
- Mouktar. — Du diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début (*Thèse Paris*, juillet 1886).
- Nailler (H.-A.). — Abcès du larynx (*South Indian. Branch. Central Museum* Madras, 5 février, et *The British med. Journ.*, 10 juillet 1886).
- Nancrede. — Trachéotomie (*Philadelphia Acad. of Surgery*, 3 mai, et *Philadelphia med. Times*, 12 juin 1886).
- Pilcher. — Extirpation du larynx (*Annaes of Surgery.*, janv. 1886).
- Ransoloff (J.). — Trachéotomie (*Med. and Surg. Reporter*, 27 février 1886).
- Raymond. — Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu, avec accidents laryngés graves (*Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet 1886).
- Rummo. — Laryngite hypoglottique de Ziemssen: nouvelle variété de laryngite (*Riforma medica*, an II, n° 158, Naples 1886).
- Sajous (Ch. E.). — Discours à propos de la laryngologie (*Pennsylvania state Med. Soc.* du 2 au 4 juin et *The Med. Record*, 12 juin 1886).

- Schnitzler.** — Contribution à l'étude de la syphilis laryngée et pulmonaire (suite) (*Wiener medic. Presse*, n° 24, 13 juin 1886).
- Schwartz.** — Des tumeurs du larynx (*Thèse d'agrégation*, Paris 1886, chez A. Doroy, 52, rue Madame).
- Shattuck.** — Spasme laryngé chez des adultes. Rapport de deux cas, l'un dû à un goitre, l'autre d'origine indéterminée (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 janvier 1886).
- Smith (Lewis).** — Ganglions bronchiques hypertrophiés avec dégénérescence caséuse (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 12 mars, et *N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).
- Simon (J.).** — Un nouveau cas d'adénopathie intra-thoracique en général (*Gaz. des hôpital.*, pages 559, 581 et 605, 1886).
- Solis Cohen (J.).** — Trois cas de compression du récurrent par des causes différentes, avec fixation de la corde vocale gauche en position de phonation (*College of Physicians of Philadelphia et Med. News*, 3 juillet 1886).
- Sota (R. de la) y Lastra (J.).** — Des arthrites crico-aryténoïdiennes (*Revista de Laring. Otol. etc.*, t. II, n° 1, juillet 1886).
- Souchon (E.).** — Un cas de trachéotomie « post mortem » suivie de la résurrection du malade (*N.-Y. Medic. Journ.*, 3 avril 1886).
- Uruñuela** — Laryngite phlegmoneuse aiguë suppurée, asphyxie imminente (*Revista de Laring., Otol. y Rhin.*, t. II, n° 1, juillet 1886).
- Waxham.** — Du biberon employé dans les cas de cathétérisme du larynx (*Chicago gynæcol. Soc.*, 19 février 1886. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 3 avril 1886).
- Whittaker.** — Spasmes du larynx dans le rachitisme (*Assoc. of Americ. Physicians* tenue à Washington le 17 et le 18 juin, et *Medic. News*, 26 juin 1886).
- Wiederhofer.** — Laryngospasme (conférence clinique) (*Allgem. Wiener med. Ztg.*, n° 25, 22 juin 1886).
- Wetering.** — Un cas de carcinome du larynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1886).
- Ziem.** — Note sur un mode de conserver les miroirs pharyngiens et laryngiens (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 5, mai 1886).

Oreilles

- Atkin.** — Un cas d'otorrhée avec symptômes peu communs du côté de la tête (*Med. Press. et Circ.*, Londres, 1886, p. 146).
- Barker (Arthur).** — Du traitement de l'otorrhée ulcéruse (*British. Med. Journ.*, 26 juin 1886).
- Brown (Sanger) [Service du Dr Nichols].** — Hématome de l'oreille. Trois cas traités par le massage galvanique uni à l'application des sanguines (*The Med. Record*, 19 juin 1886).
- Burnett (Ch.).** — Rapport sur les progrès en otologie (*Med. Times*, 26 juin 1886).
- Bürkner.** — Rapport sur les maladies observées en 1885 à la policlinique d'otologie de Göttingen (*Archiv. f. Orenheilk.*, Bd. XXIII, Heft 4, 15 juil. 1886).
- Ceci.** — Abcès mastoïdien, trépanation de l'apophyse mastoïde (*Bullet del. R. Acad. med.*, Gênes, n° 1, 1886, année II).

- Chatelier (Henri).** — Otite moyenne suppurée droite; Polype du conduit; Carie du rocher; Eruption d'herpès dans le conduit et sur le pavillon (*Annal. des mal. de l'oreille*, n° 6, juin 1886).
- Clairborne Herbert (J).** — Correspondance sur la clinique des maladies de l'oreille du prof. Lucae, de Berlin (*Virginia med. Monthly*, Richmond, avril 1886, n° 4).
- Dalby (W.-B.)** — Des fonctions du tympan démontrées par des maladies (*The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, juillet 1886).
- Giampietro.** — De la myringotomie (*Ciornale Internazionale delle scienze med.*, an VIII, n° 4, Naples 1885).
- Gomez de la Mata.** — Maladies du tympan et leur traitement (*Anales de Otol. y Laring.*, n° 4, 1886).
- Gradenigo (Giuseppe).** — De l'organe de l'ouïe dans la leucémie (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).
- Hermet.** — Chancre induré de l'oreille (*Annales de dermatologie et syph.*, Paris, 1886).
- Högyes (A.).** — D'un nouveau phénomène réflexe de l'acoustique (*Académie des sciences hongroise*, séance du 13 mars 1886, et *Zeitschrift f. Nervenheilkunde*).
- Horsley (Victor).** — Un cas de suppuration des cellules mastoïdiennes, thrombose du sinus latéral droit (*Brit. med. Journ.*, 5 juin 1886, *Report de Clin. Soc. of London*).
- Houghton (H. C.)** Conférences cliniques sur l'otologie (Boston, 1885, chez Otis Clapp et fils).
- Hulke (J. W.).** — Remarques sur la trépanation ayant pour but d'évacuer les abcès intercraniens survenant au cours des suppurations de l'oreille avec figures (*The Lancet*, 3 juillet 1886).
- Ferreri.** — Du traitement chirurgical dans les maladies de l'oreille. (*Lo Sperimentale*, an II, n° 3, Florence 1886).
- Jones (Charles N. Dixon).** — Otite moyenne supurée aiguë; méningite séptique, pyémie, fièvre intense, mort au huitième jour (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).
- Istamanooff.** — Des relations qui existent entre les fluctuations de la température et de la circulation du sang dans le cerveau (*Pflüger's Arch. für die ges. Physiol.* Bd 38, 3 et 4. 1886).
- James (J.-H.).** — Rapport sur un cas d'otite moyenne aiguë suppurée, suivie d'abcès mastoïdien; Opération; Guérison. (*Transactions Minnesota Med. Society*, Saint-Paul, 1885, 148-151).
- Jones.** — Affection de l'oreille moyenne compliquée de « keratosis obturans » (*Saint-Louis Courier of Med.*, avril 1886).
- Keller.** — Travaux anciens et récents sur le peroxyde d'hydrogène (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1886).
- Keown.** — Persistance de la perforation de la membrane du tympan (*The Dublin Journ. of Medic. Scienc.*, avril 1886, p. 357).
- Kirchner.** — Des blessures de l'oreille (*Physikalisch-medic. Gesellschaft Wurzburg*, 19 juin 1886, et *Münchener med. Wochenschr.*, n° 27, 6 juillet 1886).
- Klug (F.).** — De l'expérience de Flourens (*Orvosi Hetilap*, n° 6, 1886, et *Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 5, mai 1886).

- Kretschmann** (F.). — Rapport sur la clinique otologique de l'Université de Halle en 1885 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).
- Little** (J.-F.). — Maladie de Menière traitée par les bains d'air comprimé (*Brit. Med. Journ.*, Londres 1886, pag. 399).
- Mathewson** (A.). — Maladies du cerveau consécutives aux affections de l'oreille et de l'os temporal (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).
- Masini**. — Sur l'otorrhée. (*Riforma medica*, an II, nos 148, 149, Nantes 1886).
- Modrzejewsky**. — Traitement des inflammations chroniques de l'oreille moyenne (*Gaz. lek.*, n° 43).
- Pomeroy** (O.-D.). — Un cas mortel d'otite moyenne suppurée avec formation d'abcès du cervelet, nécrose et carie de l'os pétreux et hyperostose de la voûte de la caisse (*New Eng. Med. Monthly Bridg. port*, Conn., 1885-6, V, 106, III).
- Prussak**. — De la perforation du tympan (*Zesh. Kl. Gas.*, n° 3 et suivants).
- Ramsdell** (B.). — Maladies de l'oreille de l'enfance (*Med. Soc. of the County of New-York*, 24 mai, et *The Med. Record*, 29 mai 1886).
- Roller**. — De la paracousie de Willis (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1885).
- Schmiegelow**. — Suppuration chronique de l'oreille moyenne et son traitement (*Biblioth. f. Laeger, Kjobenh.*, 1886, XVI, pag. 137-169).
- Shawbridge** (E.). — Otologie médicale (*Syst. Pract. Med. [Pepper]* Philadelphie, 1886, IV, pag. 807-841).
- Stetter**. — Des effets thérapeutiques de l'Iodol dans les otorrhées (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).
- Taffani**. — De l'organe de l'ouïe. Nouveaux essais d'anatomie comparée. (Florence 1885).
- Tangeman** (C.-W.). — Rupture du tympan (*Nashville Journ. Med. and Surg.*, 1886 u. s. XXXVII, pag. 59-62).
- Tillaux**. — Leçon sur les abcès mastoidiens (*Le Praticien*, n° 21, 24 mai 1886).
- Turnbull** (L.). — Quelques formes rares de tintement d'oreille ou des bourdonnements subjectifs et objectifs (*Thérap. Gazette*, Detroit, 1886, 3 S. II, pag. 136-137).
- Verdos**. — Littérature otologique espagnole (*Rev. de laring., ot., etc.*, n° 12, juin 1886).
- Vivodtsev**. — Un cornet acoustique pouvant se démonter (*Vratsch Saint-Petersbourg*, 1886, VII, 9).
- Weil**. — Deux petites modifications du procédé de Politzer (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 5, mai 1886).
- Williams** (C.). — Inflammation tuberculeuse primitive de l'oreille moyenne (*Trans. Minnesota Med. Society* Saint-Paul, 1885, pag. 161-163).
- Zuckerkandl**. — Contribution à l'étude de l'anatomie comparée de la trompe (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).

Group et Diphtérie.

- Barthélémy et Blanchereau**. — Traitement de la diphtérie par l'eucalyptus et l'essence de téribenthine (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 3 juin 1886).
- Bergonzini**. — Traitement de la diphtérie (*Rassegna di Scienza medica*, an 1, n° 6).

- Bertalero.** — Croup et son traitement (*Gazzetta medica di Torino*, an 37, n° 2, Turin, 1886).
- Bloebaum.** — Diphtérie et son traitement par la galvanocaustie (*Congrès de médecine*, tenu à Wiesbaden du 14 au 17 avril, et *Deutsche med. Ztg.* n° 43, 27 mai 1886).
- Brown.** — Notes sur un cas de bronchite croupale (*Bristol med. chir. Journ.*, juin 1886, n° 42).
- Claiborne Herbert (J.).** — Note pratique sur la diphtérie (*Virginia med. Monthly, Richmond*, avril 1886, n° 4).
- Crittenden.** — Traitement de la diphtérie (*Virginia Med. Monthly, Richmond*, avril 1886).
- Dessan (Henry).** — Du traitement de la diphtérie (*The Med. Record*, 10 juin 1886).
- Dubrisay.** — Angine diphtéritique chez un enfant de 12 ans. Paralysie consécutive. Mort (*l'Union méd.*, n° 73, 29 mai 1886).
- Duval.** — Traitement de la diphtérie (Angine couenneuse, croup), par la bière joubarbée (In-4°, 46 pages).
- Goldschimdt.** — Diphtérie (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 57, 15 juillet 1886).
- Gomez de la Mata (F.).** — Traitement de l'angine diphtéritique et du croup (*Gac. de oftalmol., Otol.*, etc., Madrid, n° 7, juillet 1886).
- Greenley.** — Croup pseudo-membraneux (*The Amer. Practit. and News, Louisville*, 29 mai 1886).
- Guidi.** — Néphrite diphtéritique primitive (*Archivio di Patologia Infantile*, an IV, n° 1. Naples, 1886).
- Heubner.** — Diphtérie scarlatineuse et son traitement (*Congrès de médecine* tenu à Wiesbaden du 14 au 17 avril et *Deutsche med. Ztg.*, n° 43, 27 mai 1886).
- Holt (Emmet).** — De la non-identité de l'amygdalite croupale et de la diphtérie (*The N.-Y. Med. Journ.*, 8 mai 1886).
- Howe.** — Croup, diphtérie et trachéotomie (*Eclectic med. Journ. Cincinnati*, juin 1886).
- Le Gendre.** — Deux angines diphtéritiques, l'une précédée, l'autre suivie d'otite. Importance des soins dans la diphtérie (*Conc. méd.*, p. 196).
- Leslie (Philippe).** — De l'identité du croup membraneux de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 5 juin 1886).
- Lovat A. Mulcahy.** — Traitement de la diphtérie; localisation des bactéries dans quelques maladies (*Revista med. Quirurg*, Buenos-Ayres, 8 mai 1886, n° 3).
- Mackie.** — Croup membraneux et diphtérie (*The Brit. med. Journ.*, 19 juin 1886, p. 1164).
- Maglioni.** — Traitement abortif de la diphtérie (*Revista Argentina de sc. med.*, n° 5, mai 1886).
- O'Neil (M.-A.).** — Diphtérie (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 9 janv. 1886).
- Parker (Thornton).** — Du traitement de la diphtérie (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 8 mai 1886).
- Penny (E.).** — Diphtérie (*British. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).
- Simon (I.).** — De quelques cas d'angine couenneuse (*Gaz. des hôpital.*, 8 juillet 1886).

Whitehouse. — Croup et diptérie (*British. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).

Varia.

- Bachem** (J.). — Du traitement de la coqueluche par des insufflations de quinine dans les fosses nasales (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, no 24, 12 juin 1886).
- Ballet**. — Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1886, chez F. Alcan).
- Barker** (A.-F.). — De l'extirpation de tumeurs profondes du cou (*The Lancet*, no 22, 29 mai 1886).
- Bottini**. — Extirpation du goître (*Gazzetta degli Ospitali*, an VII, no 45, Milan, 1886).
- Bovet**. — D'un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Union méd.*, no 72, 27 mai 1886).
- Bramwell** (J.-P.). — Un cas de thyroïdectomie (*British Medic. Journ.*, 29 mai 1886).
- Bresgen** (M.). — Des voies de l'intoxication par la cocaine (*Allgem. med. Central Ztg*, no 14, 1886).
- Cabadé de Valence**. — Fistules parotidiennes (*Soc. de chir. de Paris*, 7 juillet 1886).
- Catellan** (P.). — Sur un point de la technique de la thyroïdectomie (*Thèse de Bordeaux*, 22 février 1886).
- Chicken** (Rupert C.). — Un cas d'excision d'un kyste de la glande thyroïde (*British Med. Journ.*, 26 juin 1886).
- Coën** (R.). — Pathologie et thérapeutique des anomalies du langage (Vienne, 1886, chez Urban et Schwartzenberg).
- Cormac** (William-Mac). — Dentier engagé dans l'œsophage ; ablation faite avec succès par l'œsophagotomie (*The Lancet*, no 22, 29 mai 1886).
- Crespi**. — Résection du corps du maxillaire inférieur et extirpation de tout le plancher de la bouche. Restauration de ce dernier au moyen de la langue (*Gaz. degli Ospitali*, 25 et 30 mai 1886, nos 42 et 43).
- Fazio**. — Goître ordinaire compliqué de continues palpitations du cœur (*Eco dello Clinich*, no 6, Naples 1886).
- Foot** (Arthur-Wynne). — Paralysie labio-glosso-laryngée (*The Dublin Journ. of Med. Science*, mai 1886).
- Gallozzi**. — Fibro-sarcome de la région parotidienne ; extirpation (*Riforma medica*, an II, no 105, Naples, 1886).
- Gay**. — Cautérisations des ulcérations de la langue dans la coqueluche (*Gaz. des hôp.*, no 80, 10 juillet 1886).
- Gerster** (A.-G.). — Corps étranger de l'œsophage (*New-York Surgic. Soc.* 26 avril, et *Medic. News*, 22 mai 1886).
- Goldschmidt**. — Y a-t-il dans la glande parotide un ferment préformé ou non ? (*Zeitschr. f. phys. Chemie*, X, 4).
- Guerder**. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudre médicamenteuse (*Soc. de méd. pratique*, 23 mai, et *Courrier méd.*, 10 juillet 1886).
- Hadra**. — Sténose de l'œsophage due à la compression par des tumeurs du médiastin. Deux gastrostomies (*Soc. de médecine à Berlin*, 21 juin, et *Deutsche med. Ztg*, 5 juillet, no 54, 1886).

- Helmkampff.** — Parotite (*Deutsche med. Ztg*, n° 47, 10 juin 1886).
- Jacobson.** — Une méthode de bronchoplastie (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).
- Jazio (J.).** — Goître ordinaire compliqué de continues palpitations de cœur (*Eco delle cliniche*, an I, n° 6, Naples, 1886).
- Jazio (E.).** — Coqueluche et parotides épidémiques (*Riforma medica*, an II, n° 64, Naples, 1886).
- Joal.** — De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes (*Archives générales de méd.*, mai et juin 1886).
- Kendal (F.).** — Sur la nature des ganglions scrofuleux du cou et leur traitement chirurgical (*The Lancet*, 19 juin 1886).
- Lannois et Lemoine.** — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons (*Arch. de neurol.*, n° 34, 1885).
- Lepidi.** — Toux hystérique : étude sur les sédatifs (*Riforma medica*, an II, n° 150 et suiv., Naples, 1886).
- Mackenzie (Hunter).** — Traité pratique sur les crachats avec données spéciales pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons (*The Dublin Journ. of Med. Science*, mai 1886).
- Madrazo (E.-D.) et Simonea y Zabalegui.** — Oesophagotomie externe sans résultat, gastrostomie, guérison (*Gaceta Medica Catalana*, 15 juin 1886).
- Massei.** — Le salicylate de cocaïne et la piridine dans le traitement de l'asthme (*Rivista clinica e Terapeutica*, an VIII, n° 4, Naples, 1886).
- Maydl (C.).** — Nouveau procédé de dilatation des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage dans les cas de fistule de l'estomac (*Allgem. Wien. med. Ztg*, n° 24, 15 juin 1886).
- Müller (E.).** — De l'extirpation intra-capsulaire des kystes du corps thyroïde (*Mitteilungen aus der Chirurgischen Klinik zu Tübingen*, II, 4, 1886).
- Parker (Thornton).** — Quinine dans le traitement de la coqueluche (*Med. Times*, 26 juin 1886).
- Pflimlin.** — Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage (*Thèse Paris*, juillet 1886).
- Roth.** — De l'incubation et de la contagiosité de la parotide épidémique (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 20, 18 mai 1886).
- Ruggi.** — Tumeurs de la tête et du cou (*Riforma medica*, an II, n° 99, Naples, 1886).
- Sando.** — Guérison durable d'un rétrécissement de l'œsophage (*N.-York Surg. Soc.*, 24 mai, et *Med. News*, 12 juin 1886).
- Saundby.** — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Brit. med. journ.*, 5 juin ; Rapport de *Birmingham and Midland Counties*, 7 mai 1886).
- Schlegtentdal.** — Gastrostomie dans un cas de rétrécissement double de l'œsophage (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).
- Schrwald.** — De l'injection de liquides dans la trachée à travers la peau, leur passage dans le poumon et leur action sur ce dernier et l'organisme en général (*Deutches Arch. f. Klin. Med.*, 39 Bd, 1 et 2).
- Schmidt.** — Un cas de cachexie strumiprive (*Soc. de médecine de Berlin*, 12 mai, et *Deutsche mediz. Ztg*, n° 42, 24 mai 1886).
- Seifert.** — De la cocaïne et du cocainisme (*Soc. physico-méd. de Wurzbourg*, 10 avril, et *Münchener med. Wochenschr.*, 10 avril 1886).
- Smith (E.).** — Adresse en ophtalmologie, otologie et laryngologie (*Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 26 juin 1886).

Vachell. — Un cas de goître kystique traité par « évidement » (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Vanni. — Considérations cliniques et sémiologiques sur la percussion et l'auscultation de l'œsophage (*Riforma medica*, an II, n° 137 et suiv., Naples, 1886).

Wölfler. — Du traitement opératoire du goître par ligature des artères afférentes (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 29, 17 juillet 1886).

Wölfler. — Du traitement opératoire de l'hygroma congénital du cou (*Wiener medic. Presse*, n°s 28 et 29, 14 et 18 juillet 1886).

Zabalegui (Simonena). — Rétrécissement de l'œsophage, œsophagotomie, externe sans résultat, gastrostomie, guérison (*Gaceta med. Catalana*, 31 mai 1886).

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir, que notre savant collaborateur, M. Bryson-Delavan, vient d'être nommé professeur de laryngologie à l'Université de New-York. Il remplace, dans cette chaire, notre ancien collaborateur, M. le Dr L. Elsberg, dont nous avons annoncé autrefois la fin prématurée.

Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à M. le Dr Bryson-Delavan, pour la distinction méritée dont il vient d'être l'objet.

NÉCROLOGIE

PRAT. — C'est avec une douleur profonde que nous annonçons la mort du Dr Prat qui a succombé, le 27 juin, à une douloureuse maladie qui le tenait depuis assez longtemps éloigné de sa clientèle.

Quoiqu'il se fut adonné spécialement à la pratique des maladies des oreilles, Prat n'était nullement un spécialiste dans le sens étroit du mot : comme beaucoup d'autres, c'était non seulement un savant encyclopédiste auquel aucune partie des sciences naturelles et anthropologiques n'était étrangère, mais c'est de plus un philosophe, un artiste et un écrivain.

C'était par-dessus tout encore un homme de devoir et d'humanité ; placé, en 1870, à Bicêtre, dans les salles encombrées de varioleux, il s'y distingua par le plus absolu dévouement. C'est presque sur ce champ de bataille, plus glorieux que l'autre, qu'il reçut la décoration de la Légion d'honneur. Il était déjà depuis longtemps officier de l'instruction publique, en récompense du zèle et du talent qu'il avait déployés dans son professorat à l'Association polytechnique.

THAON. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Thaon de Nice, auteur de plusieurs travaux importants sur la *Tuberculose de l'organe vocal*.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabriol.