

Bibliothèque numérique



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

Vol 7, n° 6, p. 289 à 384. - Paris : Doin, 1887.
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1887x06>

DU TRAITEMENT DU CATARRHE DU SINUS
MAXILLAIRE (1)

par le Dr SCHIFFERS (de Liège).

L'inflammation catarrhale du sinus maxillaire ou antre d'Hygmore est une affection sinon fréquente, du moins plus commune que ne le croient la plupart des praticiens. C'est assez dire qu'elle est souvent méconnue pendant une période plus ou moins longue. Le début en est ordinairement insidieux, attire généralement peu l'attention du malade qui se croit atteint seulement d'un vulgaire « rhume de cerveau » pour lequel il ne réclame pas les soins d'un médecin. Si après quelques semaines il se décide à consulter, c'est toujours avec l'idée que l'affection est peu importante et qu'il suffira d'une thérapeutique anodine pour l'en débarrasser. Le praticien abonde souvent dans le même sens que son client; il se contente, après un court interrogatoire, de prescrire des insufflations de poudres astringentes ou quelques injections, sans indiquer la façon de les pratiquer. L'examen par la rhinoscopie antérieure, qui est ici d'une nécessité absolue, pour asseoir le diagnostic, n'est pas pratiqué et l'affection traîne en longueur, car la thérapeutique instituée doit infailliblement rester sans effet. Les signes fournis par l'inspection directe de la cavité nasale doivent venir en première ligne; le plus souvent, en effet, les symptômes accusés par le malade sont peu marqués : ni douleur, ni gonflement dans la plupart des cas, à moins que la maladie, par son ancienneté ou des complications, n'ait amené des désordres qui s'imposent à l'observation du moins clairvoyant. Mais ce n'est pas la règle générale, et l'expérience prouve que l'attention du praticien doit être attirée sur l'existence probable d'un catarrhe du sinus maxillaire, quand

(1) Communication faite à la Société française de Laryngologie et d'Otologie, séance du 13 avril 1887.

il est consulté par un malade qui accuse surtout comme symptôme un écoulement du nez, plus ou moins abondant, fétide, unilatéral et se produisant d'une façon intermittente. Ce dernier caractère est important. Dans ces conditions, si le médecin applique le *speculum nasi*, au moyen d'un bon éclairage, il se rendra bientôt compte de la nature du mal et de son siège. Il constatera l'existence d'un liquide purulent qui occupe la partie antérieure du méat moyen. Si avec le stylet mousse il écarte le cornet moyen, il verra sourdre le liquide en plus grande quantité, et en même temps se prononcera une fétidité, quelquefois très grande, dont le malade a aussi immédiatement conscience. Alors le diagnostic est établi; le médecin ne doit pas hésiter sur le traitement à faire suivre.

La confusion avec l'ozène unilatéral n'est pas possible; dans ce cas, la capacité anormale de la fosse nasale correspondante, ainsi que la présence des croûtes caractéristiques plus ou moins nombreuses, et l'odeur fétide, particulière à cette affection, écarteront de son esprit l'idée de cette maladie.

Cette courte revue de la symptomatologie suffira pour faire comprendre la nécessité d'instituer le plus tôt possible un traitement, afin de combattre une affection des plus pénibles, provoquant même la mélancolie chez certains malades, et néanmoins justifiable d'une thérapeutique bien entendue.

Nous devons constater que, grâce à l'emploi plus répandu de la rhinoscopie, cette affection est depuis un certain temps sortie du domaine des raretés pathologiques, et a été étudiée par différents chirurgiens au point de vue du meilleur traitement à lui opposer.

Nous indiquerons celui que nous préconisons, d'accord, en cela, avec quelques autres confrères; il nous paraît applicable, sinon toujours, du moins dans la grande majorité des cas. Il ne peut s'agir évidemment que d'employer un procédé qui permette aux moyens

médicamenteux d'arriver au siège du mal. C'est par le méat moyen qu'il faut chercher cette voie; il est possible d'arriver au but sans avoir besoin de pratiquer la perforation du sinus par l'alvéole.

C'est un traumatisme chirurgical auquel il ne faut recourir que si l'autre procédé, judicieusement employé, n'a pas donné de résultats; ce qui sera l'exception.

Nous avons pu nous convaincre par l'observation clinique et par des expériences sur le cadavre, que l'opération est ordinairement aisément praticable et ne tarde pas à faire sentir ses effets bienfaisants.

Si nous pratiquons une coupe verticale sur une tête qui a macéré quelque temps dans l'alcool, et que nous l'exécutons de manière à obtenir deux moitiés parfaitement égales, en passant par la partie médiane de la racine du nez et en respectant la cloison, nous pouvons nous rendre compte de la situation exacte de l'ouverture du sinus maxillaire dans le méat moyen et de la direction à imprimer à l'instrument employé.

L'embouchure du sinus varie sous le rapport de la forme et de la situation; quelquefois elle est à peine marquée, mais alors il n'y a, à son niveau, qu'un véritable accolement des deux muqueuses (cavité nasale et sinus maxillaire) ce que la sonde mousse permettra toujours de constater facilement.

Nous avons pratiqué des coupes à l'Institut anatomique de l'Université de Liège, grâce à la bienveillante obligeance de M. le professeur Swaen, qui a également mis à notre disposition différentes pièces très instructives du musée anatomique, destinées à démontrer les rapports du sinus maxillaire et du méat moyen. D'après les examens que nous avons pratiqués, nous avons constaté une disposition quelquefois tout à fait différente de l'embouchure du sinus. Elle a son importance pour l'opération. Quelquefois, en effet, elle présente une sorte de valvule semi-lunaire, à concavité postérieure, de sorte que l'orifice regarde réellement en arrière; ce sera le cas le moins

favorable au point de vue opératoire. Comme nous le verrons, il faut alors modifier quelque peu la technique généralement employée. Cette disposition se rencontre du reste plus rarement que celle dans laquelle l'ouverture regarde directement dans le méat moyen ou en avant, la valvule ou le repli muqueux étant à concavité antérieure.

Comment faut-il procéder à l'ouverture du sinus ou à l'agrandissement de son embouchure? Le moyen qui nous a paru le plus simple et que l'expérimentation sur le cadavre nous a permis de vérifier, est l'introduction d'une sonde cannelée dans le méat moyen, à une profondeur moyenne de 6 centimètres à partir des bords de l'aile du nez, ce dernier étant préalablement relevé fortement.

Il faut avoir soin de glisser la sonde en exerçant une légère pression et en ne quittant pas la paroi latérale avec son extrémité antérieure. Il arrivera que la sonde pourra pénétrer directement dans le sinus, si l'orifice regarde en avant, suivant la disposition indiquée plus haut. Dans l'autre cas, (l'ouverture regardant latéralement) si l'on imprime à l'extrémité antérieure de la sonde un mouvement de pression plus prononcé en dehors, on aura une sensation de vide qui indiquera parfaitement que l'instrument est arrivé à destination. Si l'ouverture regarde directement en arrière, l'instrument introduit dans la sonde cannelée permettra toujours d'y pénétrer aisément.

Il faut savoir que la cavité orbitaire est dans le voisinage et qu'elle ne doit naturellement pas être lésée; la paroi inférieure est dirigée de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. Plus on pénètre en arrière, moins on risque d'arriver dans cette cavité, pourvu naturellement que l'instrument reste dans l'aire du sinus. Ceci n'est qu'une remarque anatomique, car il est presque impossible, avec quelque circonspection, d'introduire l'instrument dans cette cavité.

Pour agrandir l'orifice, il suffira alors de glisser dans la sonde cannelée une tige fine, terminée à l'extrémité par une sorte de petit bistouri boutonné, légèrement concave, rappelant celui qui est employé pour pratiquer la section des amygdales. La tige sera assez résistante, mais néanmoins elle doit se laisser plier facilement pour pouvoir modifier sa courbure suivant les cas (1).

De cette manière, il est possible de faire une ou deux incisions et même d'enlever au besoin une portion triangulaire à la partie inférieure de l'orifice.

L'opération peut également être pratiquée avec la pointe d'un galvano-cautère regardant en dehors. L'usage du speculum est évidemment nécessaire dans ce cas pour opérer sûrement (celui de Voltolini, par exemple, ou l'instrument indiqué par Loewenberg pour faire le cathétérisme de la trompe d'Eustache).

Le cornet moyen s'écarte ordinairement facilement de l'inférieur; on peut, du reste, recourir sans inconvenient, pour ouvrir la voie, à une mince tige de *laminaria digitata*, qui restera en place quelques heures.

Tel est le procédé que nous recommandons et qu'il nous a été donné de pratiquer sur le cadavre, et qui de plus nous a réussi sur le vivant.

Nous avons, entre autres cas, donné dernièrement nos soins à une demoiselle de trente-deux ans, atteinte depuis près d'un an, d'un catarrhe purulent du sinus maxillaire gauche. Différents modes de traitement avaient été employés inutilement, sans diagnostic préalable probablement, comme c'est souvent le cas. La douche nasale, prescrite, il faut bien le dire, d'une façon souvent banale, n'avait rien produit, parce qu'elle avait été mal employée. Elle constitue cependant dans ces cas le complément indispensable du traitement et joue le rôle essentiel, une fois la voie ouverte, en permettant la

(1) Nous avons dans ce but fait construire un petit instrument particulier par M. Wengenroth, fabricant d'instruments de chirurgie, 24, rue du Vert-Bois, à Liège.

désinfection de la cavité. Chez la malade, comme c'est la règle, nous avons prescrit des irrigations fréquentes (pratiquées cinq à six fois dans la journée), avec une solution borique concentrée, en lui recommandant de tenir la tête un peu inclinée en avant et à gauche, pour faciliter la pénétration du liquide dans le sinus. (Une autre substance désinfectante peut également être employée.) Il y arrivait parfaitement, y séjournait une demi-heure ou une heure; ce que constatait sûrement la malade en voyant s'écouler de la narine par l'inclinaison de la tête en avant, un liquide plus ou moins clair, évalué à 15 ou 20 grammes. Il sortait tout d'un coup, comme si une poche était vidée. La malade, après trois ou quatre semaines, fut parfaitement guérie. Nous l'avons revue plusieurs fois et la guérison ne s'est pas démentie. L'odorat, qui avait subi des atteintes notables, se rétablit complètement après la disparition de l'inflammation.

Nous avons rapporté brièvement cette observation pour montrer que la guérison peut s'obtenir de la manière que nous venons d'indiquer. Nous ajouterons, au point de vue étiologique, que les dents de la malade étaient intactes à la mâchoire supérieure du côté gauche, ce qui exclut évidemment l'origine du mal par l'alvéole. La cause de la maladie était rapportée à un catarrhe du nez, qui s'était prolongé indéfiniment; la malade était fort prédisposée à cette affection.

Les rapports de la cavité nasale avec le sinus maxillaire sont beaucoup plus intimes que ce dernier avec l'alvéole. Quoi qu'il y ait dans certains cas une mince lamelle osseuse qui sépare le sinus de l'alvéole, et que même cette dernière soit parfois absente, nous pensons que les causes du catarrhe du sinus maxillaire doivent être cherchées le plus souvent dans le nez. Les cas de carie dentaire sont du reste très fréquents et leur complication par une affection du sinus ne se rencontre pas ordinairement.

Nous nous résumerons, en disant qu'il nous paraît que le catarrhe simple et surtout le catarrhe purulent ou

empyème du sinus maxillaire est justiciable dans la majorité des cas d'un traitement pratiqué de la façon qu'il a été indiqué.

Il suffirait même quelquefois d'écartier le cornet moyen du cornet inférieur avec le stylet mousse, c'est-à-dire de donner à la sécrétion purulente une voie d'écoulement, pour amener la guérison. Si l'on constate de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet moyen, un bourgeonnement polypeux ou de véritables polypes, qui se logent souvent à cet endroit, il faut nécessairement faire disparaître ces lésions. L'emploi de la cocaïne est ici tout indiqué ; elle peut servir à élargir le méat moyen ; elle agira alors comme moyen de diagnostic et comme agent thérapeutique.

Le diagnostic une fois établi, il n'y a que les moyens chirurgicaux qui puissent débarrasser sûrement et promptement le malade de cette pénible affection. Il ne faut pas perdre son temps à prescrire simplement des douches nasales avec l'une ou l'autre substance astrigente, caustique ou désinfectante. Cette médication restera le plus souvent sans effet, pour la bonne raison que le liquide ne pourra arriver *loco dolenti*, ou du moins, pas en quantité suffisante ; l'irrigation de la cavité, absolument nécessaire, se fera incomplètement ou sera impossible.

L'ouverture se pratiquera le plus souvent facilement par le méat moyen. Il ne faudra recourir à l'ouverture du sinus par l'alvéole qu'en cas de nécessité absolue, si l'autre procédé, bien exécuté, reste sans résultat.

Il est en tout cas indéniable que la pénétration dans le sinus par le méat moyen est mieux indiquée que par l'alvéole ou par le méat inférieur. Dans le premier cas, il faut enlever une ou deux dents, se servir d'une vrille pour perforer l'os. Quelquefois cette opération peut offrir des inconvénients ; le malade est exposé dans les deux cas à tous les désavantages d'une plaie ouverte, en communication directe avec l'extérieur et par conséquent aux

chances d'infection, qui n'existent pas, en pénétrant par le méat moyen, où se trouve l'ouverture naturelle du sinus maxillaire.

REFLEXIONS SUR L'OBSTRUCTION DE LA TROMPE
CHEZ UN DIABÉTIQUE
par le Dr C. MIOT (1).

Les diabétiques sont quelquefois atteints de troubles de l'audition plus ou moins accusés, plus ou moins persistants, déterminés par une tuméfaction de la trompe d'Eustache. Quelques-uns de ces états pathologiques disparaissent spontanément ou après un traitement. D'autres déterminent une obstruction durable de la trompe, sans brides cicatricielles, sans lésions osseuses, ne permettent, tout d'abord, ni le passage de l'air, ni l'introduction d'une bougie, et sont très rares, puisque j'en ai vu un seul cas en vingt-trois ans de pratique. C'est de celui-ci que je vais vous entretenir, en vous faisant connaître l'observation d'un malade que le professeur Cornil a eu l'obligeance de m'adresser.

M. X..., cinquante-six ans, vient me consulter, le 17 octobre 1886. Il est diabétique, mais il n'a plus que quelques grammes de sucre par litre après en avoir eu beaucoup. Son état général est, en ce moment, aussi satisfaisant que possible.

L'année dernière, ce malade a été atteint d'une surdité qui a disparu spontanément. Au printemps de la même année, il a été affecté de bourdonnements, d'autophonie, de surdité, et a reçu, l'été suivant, les soins du Dr Jacquemart, à Vichy. Le traitement a duré plusieurs semaines et a consisté en insufflations par le Politzer, en introductions de sondes, de bougies, en lavages de la trompe, et n'a modifié en rien l'obstruction de ce canal.

Etat actuel. — Les symptômes accusés par ce malade

(1) Lu à la Société d'otologie et de laryngologie. Séance du 15 avril 1887.

sont ceux de l'obstruction permanente de la trompe et lui sont extraordinairement pénibles.

Indépendamment d'un bourdonnement vasculaire, continu, mais très variable dans son intensité, il existe une autophonie très désagréable, de telle sorte que toute secousse un peu énergique imprimée au corps, comme celle que cause le pied frappant avec force le sol, produit un retentissement dans la tête du malade.

Sa voix lui paraît modifiée, plus sourde, venir de loin, et a un timbre désagréable bien plus pénible à entendre à certains moments, qu'à d'autres. Quelquefois même le malade ne peut percevoir un son sans être tellement incommodé qu'il renonce à parler. Et même, en parlant ou en exécutant un mouvement de déglutition, il survient souvent une douleur assez vive dans la région auriculaire pour forcer le malade à y porter la main.

Il existe de plus un sentiment très prononcé de plénitude de l'oreille, de la céphalalgie frontale, un serrement aux tempes, un état vertigineux passager et quelques étourdissements.

Tous ces symptômes apparaissent ou s'exagèrent sous l'influence d'une congestion céphalique survenant à la suite de fatigues corporelles, du manque d'exercice, du froid aux pieds, etc.

Affecté de ces symptômes pénibles et persistants, le malade désespère de guérir; doux et patient avant sa maladie, il est devenu irritable et nerveux.

Examen du malade. — Le tic-tac de la montre placée sur la tête du côté droit est faiblement perçu, tandis qu'il l'est parfaitement à gauche.

Le diapason appliqué sur le vertex, très bien perçu à droite, l'est très faiblement à gauche.

La montre appliquée contre le pavillon droit est faiblement entendue. Elle cesse d'être perçue à 42 centimètres de distance de l'oreille gauche.

La voix moyenne est entendue de près de l'oreille droite, et, à une assez grande distance de l'oreille gauche.

Symptômes objectifs. — La membrane du tympan présente un aspect caractéristique comme beaucoup d'obstructions de la trompe.

Elle est très déprimée, a une surface terne, sans triangle lumineux, d'un gris sale foncé, sans traces de bulles d'air ni de niveau liquide.

La muqueuse nasale dans les parties antérieures des fosses nasales est assez rouge. On remarque sur les deux faces de la cloison, surtout sur la gauche, quelques vaisseaux variqueux. Ceux-ci se rompent fréquemment, sous l'influence d'une cause quelquefois très légère et donnent naissance à une rhinorrhagie assez abondante pour faire redouter au malade toute introduction d'instrument dans les fosses nasales.

La muqueuse du pharynx nasal est rouge, tuméfiée, et présente parfois quelques mucosités.

Le méat pharyngien de la trompe droite est rétréci, déformé par une muqueuse rouge et tuméfiée, formant trois saillies, dont une correspond à l'angle supérieur et les deux autres aux parois latérales. On y voit quelques mucosités demi-opaques, gluantes, s'étalant même un peu sur la partie correspondante de la paroi latérale du pharynx.

Symptômes acoustiques. — L'insufflation d'air dans la trompe a été pratiquée à plusieurs reprises par les procédés de Toynbee, de Valsalva-Lévi, de Politzer, au moyen de la sonde, avec ou sans lavage préalable de l'orifice pharyngien avec de l'eau tiède d'abord, une solution de cocaïne ensuite. Elle a permis d'entendre des râles lointains se produisant à l'orifice pharyngien, mais il a été impossible de percevoir le moindre bruit de caisse indiquant la pénétration de l'air dans l'oreille moyenne.

L'historique de la maladie, les conditions dans lesquelles cette affection s'est déclarée, sa récidive, l'état diathésique du malade, l'insuccès du traitement, la persistance de l'état pathologique depuis plusieurs mois, l'absence de toute idée de syphilis, pouvait faire croire à

l'obstruction simple de la trompe. — En présence de plusieurs traitements infructueux, on pouvait supposer aussi l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, peut-être même d'une oblitération.

L'impossibilité de rendre la trompe perméable, par les moyens indiqués ci-dessus, m'a naturellement amené à me servir des bougies, dont l'emploi a échoué également.

Ces essais n'ayant donné aucun résultat, on pouvait être tenté d'employer la douche d'air à forte pression et d'avoir recours à la pompe à compression, conseillée par Politzer, dans des cas différents, il est vrai. On fait pénétrer l'air d'une manière continue dans le cathéter préablement fixé dans la trompe, sous une pression de 2 à 4/10 d'atmosphère, ou brusquement à une pression de plus de 8/10. Introduire de l'air d'une manière continue dans le cathéter assujetti dans la trompe à la pression de 1 à 4/10 d'atmosphère n'offre aucun danger, puisqu'il s'échappe au fur et à mesure de la trompe par son orifice pharyngien. Cet air n'exerce donc pas une action bien puissante sur l'obstacle. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait préablement oblitérer la trompe avec la sonde. Et, en supposant qu'on y parvienne, l'air exercera une pression très forte sur une muqueuse altérée, peut-être lésée par les instruments, s'infiltrera dans les tissus et déterminera un emphysème plus ou moins considérable. L'air peut aussi surmonter tout à coup l'obstacle, pénétrer dans la caisse, et produire un traumatisme non seulement préjudiciable à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade.

Les lésions provenant d'une compression forte et lente seront encore plus fréquentes si on produit un choc brusque avec de l'air comprimé à une pression égale ou supérieure à 5/10 d'atmosphère.

En présence des fâcheuses conséquences que peut avoir l'emploi de l'air comprimé, j'ai renoncé à ce mode puissant de désobstruction, bien que connaissant le moyen d'atté-

nuer singulièrement les secousses en incisant préablement le tympan.

J'ai pensé aussi à pratiquer une grande perforation à cette membrane dans ses parties antérieures, pour introduire une bougie dans l'ouverture tympanique de la trompe, et essayer de la faire ressortir par l'orifice pharyngien. Mais la pusillanimité du malade, la possibilité d'une otite moyenne purulente, m'ont fait renoncer à ce procédé et employer le courant continu de la manière suivante. La sonde fut maintenue à l'orifice pharyngien de la trompe, et quelques gouttes de solution de cocaïne furent injectées dans ce tube dans le but d'insensibiliser la muqueuse. Quelques minutes après, le pôle négatif, sous la forme d'une large plaque métallique recouverte d'amadou, fut appliqué sous l'angle inférieur droit de la mâchoire. Une tige métallique très flexible, recouverte d'une couche isolante, excepté près de son extrémité libre entourée de fil de coton, fut introduite dans la sonde, puis dans la trompe, à une profondeur de 3 millimètres. Une fois le pôle positif relié à cette tige, je fis passer un courant continu, faible, pendant une minute. Les jours suivants je répétais l'application du courant continu avec quelques intermittences. Après la séance d'électrisation de deux à cinq minutes, la bougie put enfin être introduite, après quelques tâtonnements, dans la portion osseuse de la trompe. Cette bougie fut laissée en place pendant cinq minutes, puis retirée; j'injectai ensuite trois gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne au 10^e, et j'y insufflai de l'air qui pénétra dans la caisse et produisit des râles humides, superficiels, manifestes. Immédiatement après, tous les symptômes subjectifs diminuèrent très sensiblement et la montre fut entendue à 2 centimètres.

La trompe étant devenue perméable, grâce à l'action du courant électrique, il y avait lieu de supposer qu'il existait une tuméfaction de la muqueuse. Mais en raison de la facilité avec laquelle se produisent les œdèmes dans

d'autres régions, chez les diabétiques, sous l'influence d'une cause d'origine nervoso-vasculaire, ainsi que l'a fait remarquer Germain Séé, j'ai pensé qu'il y avait eu en même temps une modification dans la couche cellulo-adipeuse de la trompe d'Eustache.

L'obstacle franchi, fallait-il continuer les électrisations ou agir par d'autres moyens, pour rétablir la lumière de la trompe? Plusieurs procédés paraissaient indiqués :

1^o Les insufflations d'air à forte pression, auxquelles j'ai renoncé pour les raisons énumérées précédemment, et parce que je ne les jugeais pas susceptibles de produire l'élargissement de la partie rétrécie;

2^o La cautérisation de la trompe d'Eustache avec le nitrate d'argent, que les anciens médecins-auristes employaient volontiers, même avec excès. Je ne l'ai pas faite parce qu'elle aurait pu causer une inflammation aiguë de nature à s'étendre à la caisse;

3^o La dilatation par les bougies. En présence d'une tuméfaction considérable et d'un œdème probable des parois de la trompe, leur emploi ne me parut pas indiqué. Leur introduction nécessitant des tâtonnements prolongés aurait certainement déterminé un certain degré de traumatisme;

4^o La galvano-caustique chimique, moyen auquel j'ai donné la préférence et que j'ai appliqué deux fois dans le but d'exercer une action plus rapide et plus énergique sur la muqueuse. Dans l'intervalle des séances faites à onze jours d'intervalle, j'ai injecté, chaque jour, dans la trompe, quelques gouttes de solution de cocaïne au 10°, insufflé de la vapeur d'eau tous les deux jours, passé quelquefois des bougies, et soumis l'oreille à l'action du courant continu (le pôle positif sur la paroi latérale du cou au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, le pôle négatif à l'avant-bras).

Huit jours après la seconde séance de galvano-caustique, une insufflation d'air par le procédé de Politzer a été pratiquée tous les matins.

Dans le cours du traitement, l'incision du tympan a été faite pour évacuer un liquide séreux renfermé en assez grande quantité dans la caisse.

Cinq semaines après le commencement du traitement, le malade a été obligé de quitter Paris, et a continué l'emploi du Politzer ou du Valsalva-Lévi. Après des alternatives de mieux et de moins bien dans le passage de l'air dans la trompe, celle-ci est devenue facilement et définitivement perméable en même temps que l'acuité auditive s'est étendue.

Le malade revient me voir, le 19 février 1887. Il ne ressent plus aucun des symptômes si pénibles que j'ai décrits, et entend maintenant à 1^m20 (distance normale 1^m50).

Il est à peu près inutile d'ajouter que le malade est placé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles et suit une médication générale.

En terminant, il me reste à indiquer comment j'ai pratiqué la galvano-caustique. Je fais usage d'une sonde, d'une bougie creuse et d'une tige métallique.

La sonde en argent a 0^m,14 de longueur. Elle est divisée en centimètres et en millimètres et a un certain angle (1).

La bougie en gomme, semblable à celle de Weber-Liel, porte des divisions comme la sonde, et a 0^m,17 de longueur. Elle est destinée à donner passage à la tige métallique. Celle-ci, très souple, mince, est en argent ou en cuivre recuit. Elle a 0^m,19 de longueur, une forme cylindro-conique dans une certaine étendue, tandis qu'elle est aplatie dans le reste de sa longueur et est munie d'une échelle divisée en millimètres et en centimètres.

Quelques minutes après avoir injecté une solution de cocaïne au 5^e dans la trompe au moyen du cathéter, je fais pénétrer celui-ci à une profondeur de 5 millimètres.

(1) Miot et Baratoux. *Traité clinique des maladies de l'oreille*. p. 457. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

Une bougie en corde à boyau est alors introduite jusqu'à la portion osseuse, maintenue à demeure quelques minutes. Pendant ce temps, je fais pencher la tête du malade du côté de l'oreille opérée, puis j'instille dans le cathéter quelques gouttes de solution de cocaïne, qui s'insinue encore plus profondément dans la trompe, sous l'influence d'une insufflation d'air faite par petits coups modérés. La corde est ensuite retirée et remplacée par la bougie creuse qui est poussée jusqu'à la portion osseuse. A ce moment, on maintient la tige métallique avec une main, on attire à soi la bougie d'une longueur égale à celle qui a été introduite dans la trompe. Le pôle négatif étant assujetti à cette tige pleine, le pôle positif étant appliqué sur la région mastoïdienne, je pratique la galvano-caustique en prenant les précautions indiquées en pareil cas. La durée de l'opération a été de deux minutes et l'intensité de trois milli-ampère au galvanomètre de Chardin.

Après avoir retiré la tige métallique, j'ai injecté quelques gouttes de solution de chlorate de potasse cocaïnée dans la trompe.

D'après ce qui précède, on voit que je n'ai pas agi sur la muqueuse de la trompe, de dedans en dehors, c'est-à-dire en allant de l'orifice pharyngien à l'orifice tympanique, mais latéralement sur toute la longueur de la trompe rétrécie, sans être obligé d'enfoncer progressivement la tige. De cette façon, cette dernière n'est pas introduite au hasard et ne peut pas pénétrer dans les parois de la trompe en faisant une fausse route. En exerçant une pression de dedans en dehors sur l'obstacle, il m'est arrivé un accident de ce genre, dont je me suis aperçu en voyant un emphysème se produire; celui-ci a été léger parce que j'ai cessé toute insufflation aussitôt que le malade m'a donné l'éveil, en portant vivement la main à l'angle de la mâchoire.

La fausse route doit être fréquente en pratiquant la galvano-caustique de dedans en dehors, comme Mercié et Baratoux l'ont conseillée. Si elle n'a pas été constatée,

c'est que les trompes sur lesquelles on a opéré devaient être rétrécies au lieu d'être complètement obstruées et l'escharre bien superficielle.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir démontré par cette observation :

1^o Que la tuméfaction avec œdème de la trompe est une complication du diabète;

2^o Que les traitements ordinaires restent infructueux;

3^o Que le courant continu diminue l'état congestif de la muqueuse, et permet l'introduction des bougies ainsi que l'emploi de la galvano-caustique chimique;

4^o La galvano-caustique chimique augmente la lumière du conduit, et paraît être le moyen le plus efficace et le plus rapide de lui rendre ses fonctions.

La guérison du malade, obtenue depuis plusieurs mois, a donné raison à mes prévisions.

TUMEUR DE LA GLANDE THYROÏDE (1)

par le Dr D. AIGRE,
médecin-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, à Boulogne-sur-Mer.

Le sujet de cette observation est un vieillard de soixante-seize ans qui était dans notre service à l'hospice Louis-Duflos. Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé. Il éprouvait depuis deux mois une certaine difficulté à avaler qui ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucune douleur et l'état général était resté assez bon. La dysphagie augmentant et s'étant compliquée d'un peu de raucité de la voix, on le fit entrer à l'infirmerie le 26 janvier 1887.

On constatait au cou une tuméfaction englobant tout le paquet laryngo-thyroïdien qu'on avait du mal à embrasser dans la paume de la main. En décomposant, par l'examen, cette tuméfaction, ce qui était facile à cause de l'état de maigreur du malade, on constatait que c'était tout le lobe gauche de la glande thyroïde qui était augmenté de volume, qu'il était impossible d'atteindre ses limites en arrière et que, par le fait de son accroissement, il avait refoulé le

(1) Lu à la Société franç. de laryngol. et d'otol., séance du 15 avril 1887.

larynx à droite et en haut, la saillie du cartilage thyroïde se sentant à 4 ou 5 centimètres de la ligne médiane. En même temps, le diamètre antéro-postérieur du cou était augmenté notablement. La peau glissait facilement sur la tumeur, la consistance de celle-ci était fibreuse. Palpation peu douloreuse; le déplacement du larynx dans les mouvements de déglutition était peu sensible; la déglutition était très difficile, sans régurgitation, la respiration normale, la voix un peu rauque.

Les jours suivants, le malade s'affaiblit rapidement et s'éteint sans accident et sans souffrance.

Nous fîmes l'autopsie quarante-huit heures après le décès.

Une incision verticale sur la ligne médiane de la région antérieure du cou, intéressant toute l'épaisseur de la peau et des aponévroses nous permet d'arriver immédiatement sur la glande thyroïde dont le lobe gauche est fortement augmenté de volume. Nous isolons alors facilement une grande étendue de cette tumeur avec le manche du scalpel, car elle ne contractait aucune adhérence avec les régions voisines. Cependant, quand nous voulons contourner la moitié gauche de la tumeur, nous nous trouvons tellement limité par notre incision que nous nous décidons à enlever un plastron composé des extrémités internes des deux clavicules et du tiers supérieur du sternum afin de nous donner du jour. De cette façon, nous enlevons facilement toute la tumeur avec les organes intéressés.

Cette tumeur se présente sous l'aspect d'une hypertrophie considérable du lobe gauche de la glande thyroïde, projetant à droite de la ligne médiane le cartilage thyroïde, passant derrière le pharynx et l'œsophage, au devant du tissu cellulaire prévertébral et venant rejoindre à droite le lobe de la glande qui semble parfaitement normal.

En hauteur, cette tumeur s'étend :

En avant, depuis la partie moyenne de la moitié gauche du cartilage thyroïde jusqu'au huitième anneau de la trachée.

En arrière, elle s'étend sur une hauteur de 15 centimètres,

son extrémité supérieure se trouvant sur un plan transversal passant par l'épiglotte.

Partout elle est parfaitement limitée et recouverte par une atmosphère celluleuse. Sa surface extérieure, légèrement mamelonnée, n'offre pas de coloration spéciale et présente une consistance à peu près uniforme et qui rappelle celle du fibrome.

Considérons ses rapports avec les organes voisins et disons de suite qu'il n'existe nulle part de ganglions engorgés, du moins suffisamment pour attirer notre attention.

Larynx. — La charpente de la trachée et du larynx, tout en contractant une adhérence intime par sa surface extérieure avec la tumeur, n'avait subi aucune modification dans sa conformation, et le néoplasme n'avait pas encore atteint la muqueuse des voies aériennes qui est normale dans toute son étendue. Cependant en examinant la surface intérieure de la trachée, on constatait au niveau du troisième anneau et sur son segment antérieur, deux petites productions poly-piiformes de la dimension d'un petit pois et d'une tête d'épingle qui proéminaient comme une pointe de hernie dans la lumière de la trachée ; c'était là évidemment le début d'une invasion néoplasique qui n'a pas eu le temps de se faire. Entre la trachée et l'œsophage, rien d'anormal.

OEsophage. — Quant à l'œsophage, il était complètement entouré d'une gangue néoplasique. Fortement dévié à droite, le conduit présentait une direction curviligne à concavité regardant à gauche ; son calibre était légèrement diminué. La surface externe se confondait avec la substance de la tumeur dont on ne pouvait la séparer. La surface interne présentait une coloration gris-ardoise et un aspect lisse, normal, sauf sur une étendue mesurant 5 centimètres de hauteur et comprenant toute la circonférence ; là, en effet, se remarquait un état de ramollissement de la muqueuse et la présence de petites inégalités et anfractuosités nombreuses. A ce niveau aussi et sur la paroi postérieure se détachait une excroissance, en forme de poire à extrémité effilée, dirigée en bas, mesurant 8 centimètres dans sa hauteur, et présentant

la dimension d'une petite noix à sa grosse extrémité. Cette extrémité adhère intimement au tissu de l'œsophage, l'extrémité inférieure étant au contraire libre dans la cavité du conduit.

Vaisseaux. — La carotide gauche légèrement repoussée en dehors ne présentait rien à noter.

La jugulaire primitive gauche avait acquis un développement considérable et était grosse comme le petit doigt. Elle était remplie et distendue par un tissu néoplasique ayant à la loupe l'aspect de celui de la tumeur, et se détachant très facilement de la paroi interne du vaisseau.

Une des veines thyroïdiennes présentant le volume d'un porte-plume se jetait perpendiculairement dans la jugulaire et était également remplie par le même tissu néoplasique.

Nerfs. — Le récurrent droit ne présentait rien d'anormal.

Quant au récurrent gauche, on le suivait très bien jusqu'à la limite inférieure de la tumeur; à partir de ce point, il était impossible de le disséquer ni même de le retrouver dans l'épaisseur du néoplasme.

A la coupe, la tumeur offrait la consistance, l'aspect et la coloration d'une masse charnue. En un point, dans la partie la plus épaisse, existait un noyau gros comme un haricot très dur, criant sous le scalpel, à bords tranchants comme du tissu osseux. En plusieurs autres points, situés surtout vers la superficie, existaient des petits foyers de ramollissement.

J'ai demandé à mon ami, le D^r Letulle, médecin des hôpitaux, de bien vouloir faire l'examen microscopique de cette tumeur.

Voici le résumé de son travail :

« Les fragments de corps thyroïde soumis à notre examen sont infiltrés de masses calcaires. Les coupes de la tumeur colorées au picro-carmin ou au carmin aluné de Grenacher, montrent :

» 1^o Une sclérose très étendue de la glande thyroïde; des travées fibreuses épaisses, infiltrées par place d'amas calcaires, coupent la glande dans tous les sens, dessinant

ainsi de larges alvéoles irréguliers, subdivisés eux-mêmes par des tractus fibreux moins épais et vivement colorés par les réactifs.

» 2^o Les alvéoles normaux de la glande ont presque complètement disparu dans toute l'étendue des coupes; ils sont transformés en amas énormes de cellules néoplasiques multiformes, vivement colorées, munies d'un volumineux noyau, tassées les uns contre les autres dans tous les sens et formant ainsi des volumineuses végétations cancéreuses, qui ont détruit largement la glande.

» Il s'agit donc d'un cancer de la glande thyroïde et ce cancer primitif présente ce caractère d'être constitué aux dépens des alvéoles et des épithéliums normaux de l'organe; or, la disposition alvéolaire du carcinome est tout à fait différente ici de la distribution alvéolaire normale de la glande.

» Ce carcinome épithelial offre, en outre, un détail digne d'être noté : les cellules néoplasiques fortement granuleuses sont souvent très pigmentées et elles affec-tent habituellement une forme à peu près cylindrique.

» La veine jugulaire coupée au niveau de l'abouche-ment d'une branche collatérale est le siège d'un bour-geonnement néoplasique de même nature. Les amas épithéliaux se sont fait jour au milieu de caillots san-guins déposés dans la cavité de la veine. »

Les tumeurs malignes du corps thyroïde sont encore mal connues. Le meilleur travail d'ensemble qui ait été publié sur ce point est, nous croyons, la monographie de M. Krishaber(1) qui a paru dans les *Annales des maladies des Oreilles et du Larynx* (nov. 1882). D'ailleurs, c'est une affection rare. En compulsant avec soin les auteurs tant

(1) KRISHABER. — Deux cas de cancer thyroïdien. *Annales Mal. or. et larynx*, nov. 1882.

CARRINGTON — Communication. *Path. Soc. London*, 1^{er} déc. 1885.

MATHIEU. — Relation d'un cas de cancer thyr. in *Progrès médical*, 8 avril 1882, id. in *idem*, 10 déc. 1881.

MAYOR. — Communication. *Soc. anat.*, Paris, 1884.

français qu'étrangers, depuis la publication de ce mémoire, nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre de cas. C'est une des raisons qui nous ont engagé à publier la présente observation. Une autre raison, c'est qu'il s'est glissé, croyons-nous, dans la description classique de cette affection, quelques erreurs, et, d'un autre côté, on y a passé sous silence certains points intéressants.

Les auteurs appellent l'attention et insistent sur les *douleurs* précoces, aiguës, qui accompagnent le cancer thyroïdien ; ces douleurs, qui peuvent s'irradier dans le cou et le membre supérieur, constituerait même un symptôme tellement constant, qu'il devrait servir de base dans le diagnostic d'avec les tumeurs d'autre nature. Eh bien ! parmi les sept cas que nous avons pu réunir dans la littérature médicale depuis 1881, il n'est pas question une seule fois de ces douleurs. Trois fois, il est nettement affirmé qu'il n'y en avait pas (Mathieu, Carrington, Aigre); et les quatre autres fois, il n'en est pas fait mention.

Il n'est pas question, bien entendu, de la douleur plus ou moins grande produite par la pression sur la tumeur, mais seulement des douleurs spontanées.

En ce qui concerne la *cachexie cancéreuse* qui, au dire des auteurs, viendrait clore la scène pathologique, nous nous contenterons de faire observer que parmi nos sept cas, il n'est pas question une seule fois de déperissement cachectique; en revanche, il est nettement affirmé trois fois que la mort est arrivée par dyspnée, une fois par dysphagie, une fois par hémorragies répétées, et une fois par une maladie indépendante : une néphrite chronique. Il semble que la glande thyroïde participe de la nature du larynx, son voisin, au point de vue de la non généralisation cancéreuse; nous devons faire une exception pour un cas très intéressant de M. Mathieu où il a trouvé des embolies néoplasiques dans le cœur et le poumon, et des noyaux dans le foie et le rein; néanmoins il n'y eut pas ici non plus de cachexie à proprement parler, et la mort est survenue par dyspnée.

L'oblitération complète de la veine jugulaire primitive est un accident fréquent dans l'affection qui nous occupe ; il est cité presque partout, mais on n'y insiste pas. Nulle part il n'est question de phénomènes de stase cérébrale consécutive à cet obstacle au cours du sang. Il est évident que la jugulaire antérieure et la vertébrale peuvent compenser cet arrêt de la circulation en retour ; il nous a paru cependant digne de remarque d'abord que dans aucune de nos sept observations il n'est question d'un développement anormal de ces veines compensatrices, et ensuite que la marche de la tumeur étant souvent rapide, l'envahissement de la jugulaire primitive a dû être plus ou moins rapide aussi ; et alors, comment se fait-il que les autres veines aient le temps de suppléer avant qu'il survienne des accidents de stase ? Pour notre part nous nous contenterons de poser la question sans la résoudre.

On a remarqué dans la partie descriptive de notre observation une particularité qui se reproduit d'ailleurs également dans la plupart des observations semblables ; c'est que le tissu néoplasique englobe d'une part la trachée et l'œsophage qui paraissent creuser leur canal dans sa masse, et que, d'autre part, cette masse est parfaitement isolable des autres tissus avec lesquels elle est en rapport immédiat. Nous avons été frappé de ce fait. L'envahissement cancéreux affecte dans la plupart de nos observations une marche particulière. Au lieu de se propager dans tous les sens en suivant les tractus celluleux, nombreux dans cette région, il se dirige d'abord d'avant en arrière, en refoulant en dehors le paquet vasculo-nerveux, passe sur les côtés de la trachée et de l'œsophage, puis contourne, ce dernier conduit en arrière pour revenir sur le côté opposé se mettre en rapport de contiguïté avec le lobe thyroïdien resté sain.

Cette disposition typique nous paraît ne pouvoir s'expliquer que de deux façons.

A. Les mouvements d'élévation et d'abaissement successifs dont la trachée et la thyroïde sont le siège à l'état

physiologique, se font encore, quand la glande est envahie progressivement par le néoplasme; l'enclavement même de l'œsophage dans la masse de la tumeur, ne semble pas arrêter ni limiter ces mouvements. Il ne répugne donc pas d'admettre qu'il se passe à la périphérie de cette tumeur des modifications identiques à celles qui donnent naissance aux bourses séreuses accidentelles; et il est très admissible également que cette disposition nouvelle, cette mobilité protège les organes plus fixes, tels que la colonne vertébrale, contre l'envahissement néoplasique.

B. Ou bien il faut admettre que les modifications pathologiques survenues dans la glande ont fait nettement apparaître une disposition anatomique normale, sur laquelle les connaissances ne sont pas encore complètement fixées; nous voulons parler des connexions et de la disposition de la capsule fibreuse de la glande thyroïde.

Le seul anatomiste qui fasse une mention spéciale de ces connexions est M. Sappey. Voici ce qu'on lit dans son traité d'anatomie descriptive :

« La trame cellulo-fibreuse offre une disposition remarquable. Elle s'étend sur toute la périphérie de l'organe » et lui forme une véritable enveloppe très mince et » transparente, mais cependant résistante. Supérieurement cette enveloppe se prolonge pour s'attacher à la » partie inférieure du larynx: en bas, elle se continue » avec l'aponévrose cervicale moyenne, et, de chaque » côté, avec la gaine des gros vaisseaux du cou; en arrière » elle se replie sur la partie postérieure du pharynx et se » continue avec elle-même pour embrasser toute la circonférence de ce conduit. »

D'autre part, dans un article récent du *Dictionnaire de Médecine pratique*, M. Gérard Marchant, après avoir dit que l'opinion n'est pas faite sur ce point, se contente de rappeler la phrase de M. Sappey. Nous avons voulu nous rendre compte par nous-même de cette disposition anatomique, et nous assurer si la description faite par

M. Sappey et qui n'a cependant pas suffi à trancher la question, répondait, en effet, à la vérité.

Nos recherches ont porté sur plusieurs cadavres, d'âge, de sexe et d'embonpoint divers. A part un peu plus ou moins de difficulté opératoire, les résultats furent toujours les mêmes. Voici le résumé de nos constatations :

Après avoir mis à nu la glande thyroïde renfermée dans sa capsule, si on poursuit la dissection sur les parties latérales, on voit qu'il est très facile de l'isoler du paquet vasculo-nerveux avec lequel elle est en rapport par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lamineux. On arrive par l'interstice ainsi créé sur l'aponévrose prévertébrale. On peut alors en poursuivant la dissection avec le manche du scalpel séparer facilement le paquet œsophago-thyroïdien de cette aponévrose. Cette séparation une fois faite sur une certaine hauteur, on enlève complètement et ensemble la thyroïde, la trachée et l'œsophage au moyen de deux sections transversales : l'une au-dessus de l'os hyoïde, l'autre au niveau de la fourchette sternale.

Si alors on prend cette pièce anatomique et que, l'attaquant par la partie postérieure, on pratique une incision verticale sur la ligne médiane de la face postérieure de l'œsophage, voici ce que l'on constate :

Une membrane fibreuse mince, mais très appréciable, peut être soulevée par la pince, détachée de la couche musculaire longitudinale de l'œsophage, et disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord postérieur du lobe de la thyroïde. A ce niveau, ce feutrage fibreux se dédouble pour envelopper le tissu propre du corps thyroïde en se continuant avec sa capsule fibreuse. Cette disposition brièvement décrite par M. Sappey, passée sous silence par presque tous les auteurs et contestée par quelques-uns, est très bien figurée dans l'anatomie descriptive de M. Fort. Elle explique, selon nous, d'une façon très nette, la direction suivie par le néoplasme.

Un dernier point de notre observation qui nous semble mériter quelque attention, car je l'ai retrouvé dans quel-

ques-unes de celles que j'ai citées, c'est le peu de rapport entre la lésion du ou des nerfs récurrents, et l'état de la voix. On s'explique difficilement qu'il n'y ait qu'un peu de raucité de la voix, et cela, à la période ultime seulement quand, à l'autopsie, on cherche vainement des traces du nerf. Ici se pose un point d'interrogation à laquelle nous avouons ne pas pouvoir donner de réponse.

DU TYMPAN ARTIFICIEL

Par M. le Dr WAGNIER, de Lille.

Les premiers observateurs qui constatèrent une perforation du tympan accompagnée de surdité durent penser qu'on améliorerait l'audition si l'on pouvait fermer artificiellement la caisse, et cette idée a dû être le point de départ des premiers essais d'application d'appareils.

C'est, du moins, cette vue théorique qui a inspiré les premiers travaux que nous possédions sur cette question; on cherchait à remplacer par une membrane artificielle douée de propriétés vibratoires, la membrane tympanique détruite en totalité ou en partie.

Marcus Banzer (1) (1640) qui semble être le premier qui se soit engagé dans cette voie, construisit un appareil formé d'un ongle d'élan fermé à son extrémité par un morceau de vessie de cochon.

Leschevin (2) se proposa aussi, en 1778, d'améliorer l'ouïe par l'usage d'un tympan artificiel.

En 1815, Autenrieth (3) fit fabriquer, dans le même but, un appareil qui consistait en un mince tube en plomb qui correspondait à la conformation du conduit auditif externe, et à l'extrémité duquel on avait appliqué un morceau de vessie natatoire de poisson.

(1) M. BANZER. — *Dissertatio de auditione lœsa*, Wittebergœ, 1640.

(2) LESCHEVIN. — *Mémoire sur la théorie des maladies de l'oreille et sur les moyens que la chirurgie emploie pour leur curation*. Prix de l'Académie royale de Chirurgie, t. 4, 4^e partie, p. 67, 1778.

(3) *Tübinger Blatt für natur und arzneik*, vol. I, 1815.

Linke (1) rapporte avoir employé de petits tuyaux semblables et en avoir obtenu d'excellents résultats.

On a été aussi amené à introduire dans le conduit auditif des corps étrangers de diverse nature pour diminuer la surdité, à la suite de la remarque qui a été faite souvent, qu'une augmentation considérable de l'acuité auditive avait été le résultat momentané de quelque manœuvre ayant pour but de nettoyer l'oreille ou de combattre une sensation désagréable, démangeaison ou autre, ressentie au fond du conduit.

Dans cet ordre d'idées, Tood (2), Itard et Deleau ont noté des cas d'amélioration très notable de l'audition à la suite de l'introduction de petits tampons d'ouate, de charpie, de la partie centrale d'un oignon ; mais c'est à Yearsley (3) (1848) que l'on doit d'avoir appliqué d'une manière méthodique une boulette de coton (*pellet of cotton wool*) sur les restes de la membrane du tympan pour remédier à la surdité en cas de perforation.

J. Erhard (4) paraît avoir fait à la même époque sur lui-même une observation qui l'amena aux mêmes conclusions pratiques, et prétend ne pas avoir connu les travaux de Yearsley quand il rapporta le fait dans sa thèse (1849).

C'est J. Erhard qui a donné, le premier, la théorie généralement admise aujourd'hui sur le mode d'action de la série des petits appareils connus sous le nom, plus pompeux que juste, au point de vue scientifique, de tympans artificiels.

Il n'en est pas moins vrai que ce sont les recherches expérimentales et cliniques de Toynbee (5) qui ont attiré d'une façon très vive l'attention des médecins auristes sur cette question.

(1) LINKE. — *Handb. der theor. und prakt. Ohrenheilkunde*, Leipzig, 1835.

(2) TOOD. — *Anatomy und physiology of the Organ of Hearing*, p. 405.

(3) *The Lancet*, 1848.

(4) ERHARD. — *Taubheit heilbar durch Drück*, Berlin, 1856.

(5) TOYNBEE. — *Les maladies de l'oreille, nature, diagnostic et traitement*, Londres, 1860. Traduction Darin, Paris, 1874.

L'appareil qu'il a proposé et successivement perfectionné est encore fort employé aujourd'hui.

Les divers procédés, actuellement en usage, peuvent être considérés comme dérivant, les uns de celui de Yearsley, les autres du tympan artificiel de Toynbee; je décrirai les principaux dans cet ordre. J'examinerai ensuite la question du mode d'action de ces appareils, les résultats qu'ils donnent et la manière dont les malades les supportent.

Je me suis convaincu, par l'observation que j'en ai faite dans un grand nombre de cas, tant au cours de mes études spéciales dans les cliniques de mes maîtres, les professeurs Gruber et Politzer de Vienne, que dans ma pratique particulière, des services importants que rendent ces appareils lorsqu'ils sont rationnellement appliqués; et il m'a semblé que l'usage n'en était pas aussi répandu qu'il devrait l'être, qu'on s'était trop arrêté aux objections qu'on a faites à leur emploi, que ces petits appareils, utiles dans beaucoup de cas, sont bien mieux tolérés qu'on ne le croit généralement.

§ I

Yearsley se servait d'une boulette de coton qu'il portait au moyen d'une pince, et après l'avoir humectée, jusqu'aux restes de la membrane perforée.

On a apporté quelques modifications à cette pratique; la plupart des médecins qui l'emploient actuellement se servent de coton rendu antiseptique au moyen de l'acide borique, de l'acide salicylique ou de l'acide thymique. On humecte le petit tampon avec de la glycérine étendue d'eau ou avec d'autres substances médicamenteuses quand on veut exercer en même temps une action thérapeutique.

Au lieu d'introduire la boulette de coton avec une pince ordinaire, Hassenstein a préconisé une pince spéciale entre les mors de laquelle le petit tampon est maintenu serré par un anneau mobile; la pince, longue de 3 centi-

mètres, est laissée dans le conduit auditif, elle permet au malade de se placer et de retirer lui-même le coton.

On peut remplir le même but, comme l'a indiqué Delstanche, en enroulant un fil métallique fin autour du petit tampon bien serré et disposé de façon à ce qu'il présente une sorte de pédicule. On arrive ainsi facilement à confectionner soi-même de petits tampons montés sur fil de fer.

Hartmann a employé un procédé de fixation analogue, et de plus, ses petits tampons sont recouverts de cire.

On peut rapprocher du procédé de Yearsley ceux dans lesquels on introduit dans le fond du conduit des poudres destinées à y former une couche. J. Erhard avait fait la remarque qu'on augmentait parfois l'audition en projetant un peu de poudre à la surface du tympan. Kosegarten a montré aussi que la poudre d'alun pouvait être employée dans ce but et qu'elle forme une couche solide qui, dans un certain nombre de cas, augmente l'audition.

J'ai fait la même observation sur un malade dont l'otorrhée avait été traitée par l'acide borique et dont je parlerai quand j'étudierai le mode d'action des différents appareils.

Voyons maintenant la disposition du tympan artificiel de Toynbee et des procédés qui en dérivent.

Le tympan artificiel de Toynbee, inventé en 1853, et dont la propagation fut rapide, consiste en une plaque de caoutchouc vulcanisé ou de gutta-percha fixée à l'extrémité d'un fil d'argent de la longueur du conduit auditif. La plaque de caoutchouc a 2 centimètres de diamètre, ce qui permet au chirurgien de la tailler selon la forme et la dimension que comporte le cas et de donner à la tige métallique la position qui paraît la plus convenable, soit au centre, soit plus ou moins près de la périphérie du disque.

Pour fixer plus solidement la plaque à l'extrémité du fil d'argent, Toynbee y fit ajouter deux petites plaques

métalliques entre lesquelles la rondelle de caoutchouc se trouvait serrée. On obtient le même résultat en faisant former au fil métallique lui-même deux tours de spire entre lesquels le disque est maintenu.

Lucœ a remplacé le fil d'argent de l'appareil de Toynbee par un mince tube en caoutchouc. On introduit, dans ce procédé, le tympan artificiel au moyen d'un petit mandrin rigide passé dans le tube et qu'on retire dès que le disque est mis en place.

L'appareil de Toynbee se détériore assez rapidement, et comme le prix en est relativement assez élevé, Politzer a proposé de le modifier en adaptant à l'extrémité du fil d'argent un morceau de tube de caoutchouc ; il emploie aussi quelquefois un bout de tube de caoutchouc de la longueur du conduit auditif et coupé obliquement à son extrémité interne. Dans le cas où, les branches de l'étrier étant détruites, la pédale seule reste dans la fenêtre ovale, le même auteur a cherché à faire parvenir plus parfaitement les ondes sonores du tympan artificiel à la fenêtre ovale, en adaptant à l'appareil de Toynbee un étrier pris sur un cadavre et destiné à suppléer aux fonctions de l'osselet en partie détruit.

Miot (1) a préconisé l'emploi d'un morceau de baudruche gommée auquel il donne une dimension convenable et qu'il colle sur le tympan perforé. L'application de ce mode de tympan artificiel doit exiger beaucoup d'habileté et d'habitude.

Le professeur Gruber (2) a modifié, simplifié et rendu tout à fait pratique le tympan artificiel de Toynbee.

Son appareil consiste en un disque en caoutchouc que l'on taille au moyen d'un emporte-pièce à la dimension de la membrane tympanique.

A la partie centrale du disque, on attache un fil que l'on passe au moyen d'une aiguille dont on perce le caoutchouc, et qu'on fait repasser une seconde fois au

(1) MIOT. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1871.

(2) *Wiener Medizinische Presse*, octobre 1874.

travers en formant un point de couture. Les deux bouts du fil sont noués ensemble le plus près possible de la plaque, et l'un d'eux est coupé tout près du nœud, de sorte que le disque est attaché par un fil simple.

La petite plaque peut être, d'ailleurs, confectionnée avec d'autres matières. Je me suis servi, récemment, avec avantage, du papier parchemin employé en simple épaisseur et je me propose de l'essayer de nouveau.

Toynbee avait proposé, lors de ses premières recherches, une modification de son appareil, analogue à celle qu'emploie Gruber; il y avait renoncé, à cause des difficultés d'introduction.

Au moyen d'une pince spéciale inventée par Gruber, cette mise en place se fait très facilement. On y arrive aussi au moyen d'un tube de 4 centimètres de longueur dans lequel le fil passe; le disque, sous la traction du fil, vient coiffer l'une des extrémités du tube; le fil est maintenu tendu avec le doigt qui l'appuie contre l'extrémité opposée. On retire le tube dès que le disque est mis en place.

Une modification récente et des plus pratiques vient d'être apportée par Gruber au mode d'introduction du tympan artificiel. Cette modification, dont il m'a fait part et qu'il n'a pas encore publiée, consiste dans l'emploi d'un fil métallique du calibre de celui du tympan artificiel de Toynbee. Ce fil A (*voir la figure*), d'une longueur de 5 centimètres environ, est contourné à chacune de ses extrémités de façon à former deux petits anneaux, l'un B perpendiculaire à la direction, l'autre C sur le même plan que le fil métallique. Le fil de soie passe par les deux anneaux, et, en le tendant, le disque de caoutchouc vient s'appliquer contre l'anneau perpendiculaire au fil métallique. Cette tension est maintenue avec les doigts qui fixent le fil de soie à son passage dans l'anneau C situé sur le même plan que la petite tige métallique.

Une fois le disque en place, on cesse de tendre le fil de

soie et l'on retire le fil métallique conducteur. L'extraction se fait en tirant sur le fil de soie, laissé dans le conduit.

D'autres modifications que je dois mentionner ont été apportées à l'appareil de Toynbee.

Giampetro (de Naples) (1) a proposé un tympan artificiel formé d'un disque ovoïde en caoutchouc, présentant deux surfaces : la surface interne est plane, l'autre est bombée. A ce disque est fixé un fil métallique roulé en spirale, à partir du disque, de manière à former un ressort à boudin ; après quelques tours de spire, ce fil se divise en deux branches qui sont maintenues écartées par un ressort et qui, lorsque l'appareil est en place, font pression sur les parois du conduit. On l'introduit en tenant les deux branches rapprochées entre les mors d'une pince.

Czarda (2) recommande un tympan artificiel antiseptique qu'il a construit après s'être assuré par l'expérience que la soie protectrice, le makintosh et le papier parchemin conduisent bien le son.

Dans une bande de soie simple ou double, on découpe un morceau de dimension convenable, on le renforce par de petits disques de makintosh ou de papier parchemin que l'on y fixe à l'aide du collodion ou d'un fil d'argent très fin. On se sert, pour l'introduire, d'un tube conducteur et on obtient une fixation, quand on veut agir avec pression, au moyen d'un support légèrement élastique en acier inoxydable que le malade peut poser lui-même et qu'on peut retirer avec facilité.

Michaël (3) a employé sous le nom de tympan artificiel liquide un procédé qui doit être considéré uniquement

(1) *Dictionnaire encyclop. des scienc. méd.*, article *Oreille*, par Ladreit de Lacharrière.

(2) *Wiener mediz. Presse*, 1881. *Ann. des mal. du larynx, de l'oreille etc.* 1881.

(3) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1882. *Ann. des mal. du larynx, de l'oreille etc.*, 1882.

comme un moyen thérapeutique. Il verse de la glycérine dans l'oreille en notant à chaque instant l'état de l'audition. Lorsqu'il semble que l'acuité auditive est à son maximum pour le cas donné, il dépose à la surface de la glycérine un peu de collodion qui ne se mélange pas avec elle et forme à sa surface une couche obturatrice. L'auteur cite un malade qui porta une semaine entière cette sorte de tympan artificiel avec une notable augmentation de l'audition. Il a essayé aussi de rendre l'action de la glycérine contre l'otorrhée plus efficace en l'unissant au tannin ou à l'alun.

Quel que soit l'appareil que l'on emploie, le mode d'introduction du tympan artificiel est le même : on doit redresser le conduit auditif en portant le pavillon de l'oreille en arrière et en dehors, et la pince ou tige conductrice quelle qu'elle soit est introduite au fond du conduit après qu'on s'est assuré de la direction qu'il faut lui donner pour la porter au point voulu. Les appareils à plaque doivent être disposés avant l'introduction de façon à présenter une obliquité qui corresponde à celle de la membrane tympanique.

Beaucoup de malades apprennent rapidement à s'appliquer eux-mêmes l'instrument et, par la répétition de la pratique, ils arrivent souvent à acquérir une grande habileté.

Souvent le malade est guidé par une sensation particulière, toujours la même, qui lui indique que l'application est bien faite, le plus souvent par le retentissement bruyant que produit dans l'oreille le léger contact des doigts sur la tige conductrice.

Je ne manque jamais, quand j'ai appliquée la petite plaque de caoutchouc munie d'un fil que j'emploie le plus habituellement à l'exemple de mon maître Gruber, de demander au malade si le froissement du fil dans les doigts est perçu d'une manière très bruyante, car c'est souvent l'indice de ce que l'application est bien faite.

§ II

Nous avons vu que les premiers essais d'application des appareils que nous étudions avaient pour but théorique de suppléer à l'action vibratoire de la membrane du tympan et consistaient essentiellement en une membrane tendue sur un cadre. On croyait alors que la dysécée qui est à peu près la règle dans les perforations tympaniques avait son origine exclusive dans la perforation même.

C'est de ce même point de vue que partit Toynbee. Or, s'il est vrai qu'on a vu de nombreux cas où l'ouïe est devenue meilleure après la guérison d'une perforation, le contraire est aussi fréquent. On constate souvent aussi chez des individus dont l'acuité auditive est assez bien conservée l'existence de larges perforations : je me rappelle avoir vu à la clinique du professeur Gruber, un jeune garçon de douze ans, atteint d'une otorrhée ancienne avec une perforation étendue des deux tympans, qui, soumis à l'examen de l'acuité auditive, entendait la voix chuchotée, la parole ordinaire, les différents diapasons et la montre mieux que la plupart des élèves de la clinique.

Ce fait est évidemment exceptionnel ; en général, comme l'a démontré Clarke (1), l'ouïe est considérablement diminuée dans les cas de perforation, mais la diminution de la perception auditive n'est pas en raison directe de l'étendue de la perforation, c'est plutôt le contraire qui a lieu, et rien n'est plus fréquent, en cas de perforation double, que de constater une surdité plus grande du côté où la perforation est la plus petite.

Politzer (2) a démontré, il est vrai, qu'en détruisant artificiellement la membrane, les vibrations du marteau deviennent plus faibles, mais Troeltsch (3) a vu, d'autre

(1) CLARKE.— *On the Perforations of Tympanum. The american Journal of medical sciences.* 1858.

(2) POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*, traduit par Joly (de Lyon) page 63.

(3) TROELSCH. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*, traduction Kuhn et Lévi, p. 415.

part, des malades améliorés par le disque de Toynbee et chez qui l'oblitération de la perforation avec le collodion ne donnait aucun résultat.

D'ailleurs, il est fréquent de voir l'amélioration persister pendant quelque temps après qu'on a retiré le tympan artificiel, et, plus encore, alors que la plaque est déformée, déplacée, et ne recouvre que très imparfairement la perforation.

En présence de ces faits, doit-on admettre que les résultats parfois éclatants qu'a donnés l'appareil de Toynbee résultent de ses propriétés acoustiques? Ne sont-ils pas dus plutôt à la pression qu'exerce cet appareil?

La rondelle de caoutchouc de Toynbee est bien impropre, d'après Gellé (1), à transmettre le son; d'autre part on obtient, dans la plupart des cas avec la boulette de coton de Yearsley, lorsqu'elle est bien appliquée, des résultats aussi remarquables qu'avec la plaque de caoutchouc.

L'augmentation de la perception osseuse qu'on a notée après l'introduction de la plaque, s'explique par l'obstacle que crée le corps étranger à la transmission du son.

C'est, comme je l'ai dit, J. Erhard qui donna, le premier, la théorie de la pression sur les osselets de l'oreille pour expliquer les cas où une amélioration de l'audition a lieu après l'introduction d'un corps étranger. Il avait trouvé à l'autopsie d'un enfant chez qui cette particularité avait été observée, une disjonction de l'articulation de l'enclume avec l'étrier.

Cette théorie de l'action par pression a été soutenue par Duplay; elle est aujourd'hui la plus généralement admise, et paraît rendre compte de la plus grande partie des résultats favorables obtenus. Mais, si l'on cherche à pénétrer plus loin dans l'étude du mécanisme de cette action, on trouve de grandes variations dans l'opinion des médecins auristes.

(1) GELLÉ. — *Précis des maladies de l'oreille*, 1885.

Lucœ croit que l'amélioration de l'ouïe est due à l'augmentation de la pression du liquide labyrinthique.

Knapp (1) pense que l'action des différents tympans artificiels ne s'exerce pas en poussant en dedans la pédale de l'étrier, mais que la pression a lieu sur la courte apophyse du marteau qui est portée en dedans pendant que la longue branche de l'enclume et l'étrier sont entraînés en dehors.

D'après cette théorie, le mécanisme serait analogue à ce qui se produit au moment de l'insufflation d'air par la trompe, ou, plus justement, il serait celui que Lucœ cherche à réaliser dans le cas d'otite scléreuse lorsqu'il presse sur la courte apophyse avec une petite pelote élastique montée sur une tige à ressort.

Il est cependant des cas où l'amélioration de l'audition a lieu par pression sur un autre point, comme dans le cas si souvent cité, d'après Ménière, d'un vieux président de tribunal qui, depuis seize ans, augmentait pour une heure, quand il le voulait, son acuité auditive, en pressant sur le tympan avec une épingle en or. La pression avait lieu sur l'extrémité du manche du marteau.

Il est évident pour moi que la pression doit s'exercer dans des points variables selon les lésions dans les cas où l'application du tympan artificiel diminue la surdité.

A la suite des suppurations de l'oreille moyenne, les solutions de continuité de la chaîne des osselets sont fréquentes; on a noté dans un grand nombre de cas la disjonction de l'enclume et de l'étrier, l'absence totale ou partielle de l'enclume, le relâchement des ligaments de l'étrier, circonstances éminemment favorables à la restitution de l'acuité auditive par une pression convenablement exercée.

Ces mêmes lésions se sont parfois présentées sans perforation de la membrane tympanique, et donnent, sans doute, l'explication de ces cas où un corps étranger

(1) POLITZER, ouvrage cité, page 456.

introduit au contact du tympan a pu améliorer l'audition. Le symptôme le plus caractéristique de la disjonction de l'articulation de l'enclume avec l'étrier consisterait, dans ce cas, d'après Hinton (1), dans l'impossibilité pour le malade d'entendre, à moins d'exercer l'effort de volonté nécessaire pour écouter.

Souvent on arrive à déterminer en quel point la pression doit être faite pour obtenir le résultat désiré. J'ai observé, à ce sujet, un cas assez remarquable. Il s'agit d'un malade à qui on avait conseillé des insufflations d'acide borique pour guérir une otorrhée ancienne. L'otorrhée disparut à plusieurs reprises, et reparut, après des intervalles plus ou moins longs. Le malade, croyant ainsi mieux assurer sa guérison, entassait l'acide borique dans le conduit avec une tige de bois garnie de linge. Il remarqua qu'à la suite de cette manœuvre, son audition devenait notablement meilleure et il continua l'emploi de la poudre ainsi tassée après la guérison de l'otorrhée. Quand je l'examinai, je débarrassai le conduit de l'acide borique au moyen d'injections répétées d'eau tiède poussées avec une grande douceur. Au cours de cette pratique, l'audition, examinée à chaque instant, se maintenait au même degré. Bientôt il ne resta plus au fond du conduit que deux petites masses nettement distinctes d'acide borique aggloméré. Je saisis l'une d'elles avec une pince fine et l'extrayai sans toucher à l'autre. Dès que je l'eus saisie, la surdité reparut immédiatement au degré qu'elle avait avant l'application de la poudre obturatrice.

Je me suis assuré que le fragment dont l'ablation avait causé le retour de la surdité, était placé à la partie supéro-postérieure de la perforation, laquelle comprenait la plus grande partie de la membrane et s'étendait à toute sa portion inférieure et postérieure, et que ce fragment reposait sur le bord de la perforation dans un point correspondant à l'étrier. Le malade recouvra d'ailleurs

J. HINTON. — *Supplément au traité des maladies de l'oreille de Toynbee.*
Traduction Darin.

la même amélioration lorsque je lui eus appliqué un tympan artificiel d'après la méthode de Gruber.

§ III

Il est indiqué d'essayer l'application d'un tympan artificiel, quand il existe une perforation, que l'otorrhée a totalement disparu, et que l'audition est diminuée d'une manière gênante.

Les cas où le tympan artificiel doit agir utilement sont impossibles à reconnaître à l'avance; les chances de succès seront d'autant plus grandes, en général, que la perception auditive par la voie osseuse sera mieux conservée.

On n'obtiendra guère de succès que dans les cas de perforation de la membrane tympanique; les cas où, la membrane étant intacte, une pression exercée à sa surface a pu diminuer la surdité, doivent être regardés comme exceptionnels.

Si l'on ne peut tirer aucune induction de la position de la perforation et de l'état du reste de la membrane, il est hors de doute, cependant, que les grandes perforations donnent en général de meilleurs résultats que les petites au point de vue de l'application d'un appareil.

Il est impossible de déterminer la proportion des cas où l'audition est améliorée par le tympan artificiel. Cette proportion est, somme toute, assez faible; pourtant, en répétant les essais à différentes reprises, en variant, au besoin, les appareils, on arrive à augmenter notablement le nombre des succès.

Il y a des cas où l'amélioration est peu prononcée; mais l'augmentation de l'acuité auditive ne fût-elle obtenue que de manière à permettre d'entendre la voix parlée à 1 mètre de distance en plus, serait déjà d'un grand avantage dans les relations ordinaires de la vie. D'autres fois le succès est éclatant, et ni la longue durée de la surdité ni l'étendue de la perforation, allant même jusqu'à la destruction totale du tympan, ne doivent empêcher de faire l'essai de l'appareil.

J'ai vu, au mois de janvier dernier, à ma consultation gratuite, une jeune fille de vingt-un ans, atteinte de surdité très prononcée. L'ouïe est très faible du côté droit; à gauche, la voix parlée est perçue jusqu'à 1 mètre et demi.

Le tympan droit est couvert de cicatrices adhérentes; à gauche, je constate une destruction complète de la membrane. Le fond du conduit et la paroi interne de la caisse sont recouverts d'une croûte sèche en forme de membrane qui les moule et se prolonge à la partie antérieure vers l'ouverture tubaire. Cette croûte enlevée, la paroi interne de la caisse apparaît rouge pâle; le contact de la sonde n'y produit aucune sensation douloureuse. Je m'assure de la perméabilité de la trompe, et je constate que l'état de l'audition ne s'est pas modifié sensiblement. Aussitôt après l'application du tympan artificiel, la voix parlée est perçue facilement à 18 mètres. L'amélioration existait encore au même degré quinze jours après, quand la malade se représenta à la visite; je retirai l'appareil, et après avoir constaté qu'il n'y avait dans la caisse aucun exsudat ni aucune trace d'irritation, je le replaçai. La même amélioration se manifesta. Deux mois après, sans que l'appareil eût été changé de nouveau, elle persistait encore.

Le cas suivant mérite aussi d'être cité, eu égard à la longue durée de la surdité avant l'application de l'appareil.

Il s'agit d'une dame de cinquante-deux ans qui était atteinte de surdité avec otorrhée bilatérale.

Les deux tympans étaient largement perforés.

Je réussis à faire disparaître l'otorrhée du côté gauche, où elle était moins abondante, au moyen de lavages répétés avec une solution d'acide borique injectée dans la caisse par le conduit auditif et aussi par la trompe, suivis d'instillations d'une solution de sulfate d'alumine.

Quinze jours après l'arrêt de la suppuration de ce côté, la parole n'était entendue qu'à 1 mètre de distance. La

perception osseuse était excellente. J'appliquai le tympan artificiel de Gruber qui permit l'audition de la parole jusqu'à 10 mètres. Le petit appareil fut laissé en place trois semaines pendant lesquelles l'audition se maintint au même degré. Il ne causait ni incommodité, ni irritation. Je le retirai cependant, et après avoir constaté l'intégrité de la caisse, je le replaçai en indiquant à la malade la facile manœuvre de l'introduction du petit disque de caoutchouc.

La sécrétion purulente s'étant arrêtée également du côté droit, j'appliquai, à la demande de la malade, un appareil semblable dans l'oreille droite, mais l'otorrhée, trop récemment suspendue, reparut les jours suivants. Je repris le traitement, et, après avoir de nouveau réussi à tarir l'écoulement, j'attendis quinze jours avant d'appliquer de nouveau le tympan artificiel. Il fut, cette fois, bien supporté et donna aussi une amélioration très notable de l'audition.

Le professeur Gruber se déclare partisan du tympan artificiel, non seulement dans les cas où il améliore l'audition, mais encore toutes les fois qu'il importe de protéger les parties profondes de l'oreille. Il s'élève, avec raison, contre l'emploi des boulettes de coton serrées à l'entrée du conduit auditif. Ce bouchon s'oppose au passage des ondes sonores, diminue le fonctionnement du nerf auditif et tend ainsi à l'affaiblir et à l'atrophier. D'autre part, la pression qu'exercent ces tampons, entrave la circulation en retour, et augmente ainsi l'hypérémie et l'inflammation.

Pour ma part, c'est toujours sans aucune pression que j'applique les petits tampons de coton en cas d'otorrhée, et je dispose l'ouate hydrophile et antiseptique, en cône très allongé pour absorber le pus par capillarité.

Je ne crois pas bon d'appliquer aucune forme de tympan artificiel lorsqu'il existe une otorrhée, à moins que le malade ne se trouve continuellement soumis à la surveillance du médecin. L'otorrhée, même lorsqu'on a des

raisons de la supposer simple, exerce une si grande influence sur l'état général, et elle peut être le point de départ de complications si graves de toute nature, qu'on doit écarter momentanément toute autre préoccupation et chercher par tous les moyens rationnels à en guérir la cause et à en tarir la production. Or, un tympan artificiel, quel qu'il soit, constitue une entrave à la sortie du pus; il favorise ainsi la production de concrétions diverses et prédispose à toute la série des accidents inflammatoires ou infectieux qui sont la conséquence de la rétention du pus dans l'oreille moyenne.

Ce n'est donc, je le répète, que lorsqu'on est à même de suivre jour par jour l'état du malade, qu'on peut essayer l'application de ces appareils en cas d'otorrhée, et on doit préférer alors les procédés qui permettent de poursuivre un but curatif en même temps qu'ils améliorent l'audition.

Non seulement il importe, lorsqu'on met un tympan artificiel dont le malade doit faire un usage habituel, que l'otorrhée soit guérie, il faut également que la guérison paraisse durable; et si l'on croit pouvoir appliquer cet appareil peu de temps après la guérison, il faut le surveiller et en cesser l'emploi à la moindre apparence du retour de la sécrétion purulente.

L'otorrhée à récidive facile n'est pas la seule contre-indication de l'emploi du tympan artificiel. Il arrive parfois qu'il cause du bourdonnement, de la pesanteur de tête ou du vertige. Ces symptômes peuvent exiger l'interruption du port de l'appareil.

Par contre, on voit quelquefois des bourdonnements anciens disparaître sous l'influence du tympan artificiel.

Il y a sous le rapport de la tolérance de grandes variations individuelles, et, à côté des cas où l'on se voit forcé par la sensibilité excessive du sujet à le priver des avantages qu'il retirerait de l'emploi de l'appareil, on voit des malades qui le supportent indéfiniment.

Knapp cite un malade qui portait depuis vingt-neuf ans la boulette d'ouate de Yearsley.

D'ailleurs le choix de l'appareil est très important à ce point de vue.

Les appareils en tube, anciens ou modernes, sont d'une application difficile; ils déterminent de l'érythème du conduit, la formation de pellicules, de croûtes, etc.

L'appareil de Toynbee est souvent gênant à cause de sa tige rigide; il arrive qu'il cause, pendant la mastication, une sensation désagréable, ou un bruit de craquement; parfois aussi une pression exercée par mégarde sur l'extrémité de la tige produit de la douleur, un écoulement sanguin ou même détermine une inflammation. Il faut donc le retirer la nuit. De là sa détérioration rapide, ce qui, dans la classe pauvre, est un inconvénient grave, le prix de l'appareil étant assez élevé.

Les appareils qui se fixent par pression continue sont rarement supportés.

L'emploi des éléments mêmes du pansement de Lister me paraît pas utile. Il est facile de rendre antiseptique n'importe quel appareil; on peut, d'ailleurs, le couvrir d'une mince couche d'un antiseptique à l'état pulvérulent. Je me sers habituellement, dans ce but, de l'acide borique en poudre impalpable que j'ai vu employer par Bezold (de Munich) contre l'otorrhée, et avec le succès que l'on sait.

Pour moi, je me suis servi dans un grand nombre de cas du tympan artificiel du professeur Gruber que j'ai décrit plus haut. Le petit disque se maintient très bien, une fois mis en place, grâce à sa légèreté et à son élasticité. Il est très bien supporté; la plupart des malades le tolèrent des mois entiers sans le retirer, l'amélioration de l'ouïe se maintenant au même degré. Les inconvénients de la tige conductrice à demeure dans l'oreille sont évités, la plaque, souple et mince, ne donne lieu à aucune sensation bruyante ou autre, pendant la mastication.

Les malades l'introduisent eux-mêmes avec une grande facilité; enfin, son prix est nul.

La boulette de Yearsley et les appareils qui en dérivent m'ont paru, en général, moins efficaces au point de vue de l'audition que les appareils à plaque obturatrice. Les avantages de ceux-ci résultent, à mon avis, de ce qu'ils peuvent mieux que les autres exercer sur les restes de la membrane tympanique une pression marginale; cet avantage est surtout évident au cas de grandes perforations. Cependant le petit tampon de coton irrite moins. Il est indiqué de l'essayer quand le malade supporte mal l'appareil à disque. Il peut être utilisé aussi comme porte-remède, soit en l'imbibant de liquides médicamenteux, soit en le couvrant de topiques divers, ou en l'imprégnant de substances antiseptiques ou autres, destinées à être dissoutes peu à peu dans l'exsudat.

Il vaudrait mieux, dans ces cas, et pour permettre au malade d'introduire et de retirer lui-même la petite pelote, employer l'un des perfectionnements, décrits plus haut, apportés au dispositif primitif.

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

SESSION GÉNÉRALE

Suite et fin (1).

Séance du 15 avril, neuf heures et demie du matin.

Présidence de M. GOUGENHEIM.

13^e Rhinite atrophique, par M. NOQUET, de Lille (2).

M. CHATELLIER fait observer que la dénomination de *rhinite atrophique* doit, à son avis, être rejetée parce qu'elle exprime et entretient une idée fausse sur la nature de l'ozène. En effet, les partisans de la nature atrophique de cette affection admettent que la période atrophique est précédée d'une phase d'hypertrophie.

(1) Voir *Revue*, n° 5, p. 282.

(2) Voir page 225.

Mais nous savons par les recherches histologiques, que le tissu qui constitue les hypertrophies de la pituitaire n'a aucune tendance à s'atrophier; il se rapproche beaucoup du tissu muqueux; même, parfois, on trouve du tissu muqueux avec infiltration de mucine évidente, facile à démontrer par les réactions histo-chimiques.

En tant que production pathologique, le tissu muqueux ne s'atrophie pas, bien au contraire.

M. MOURE. — Si, comme le dit M. Châtellier, il existe des hypertrophies de la muqueuse pituitaire ayant une tendance marquée à se transformer en tissus muqueux, à devenir même le point de départ de véritables polypes, comme l'a démontré Zuckerkandl, il n'en est pas moins vrai que, chez certains sujets, sous l'influence d'une inflammation spéciale de la muqueuse, cette dernière, tuméfiée d'abord, tend à s'atrophier sur place et à constituer le coryza atrophique. Je dois avouer ne pas admettre comme démontrée, pour tous les cas, la théorie de Zaufal sur la pathogénie de l'ozène, et je serai plutôt porté à partager celle de Fränkel et de Gottstein. J'ai eu en effet l'occasion de suivre des malades atteints de cette affection pendant plusieurs années, et très souvent j'ai vu la période atrophique précédée d'un stade hypertrophique avec une sécrétion qui, sans être encore celle de l'ozène, commençait déjà à s'en rapprocher. Les faits de ce genre ne sont, du reste, pas si rares, et notre collègue, M. Bayer, en a signalé des exemples. Ce sont surtout ces malades qu'un traitement approprié peut modifier avantageusement et guérir dans bien des cas.

Enfin, bien que Zuckerkandl ait, à la suite de ses nombreuses et patientes recherches, repoussé la théorie de Michel qui fait venir les sécrétions des cavités accessoires du nez (sinus), je ne partage pas absolument cette manière de voir. Sans être aussi exclusif que Michel, je crois *qu'il est des cas où la muqueuse du sinus participe, dans une certaine mesure, à l'inflammation et fournit son contingent de sécrétion*, rendant l'affection encore plus rebelle au traitement.

Ce n'est point un fait théorique que j'avance, car j'ai vu tout dernièrement une malade atteinte d'atrophie considérable des cornets moyens et inférieurs chez laquelle on voyait *nettement*, à l'examen rhinoscopique antérieur, la sécrétion purulente s'échapper de l'orifice du sinus sphénoïdal de chaque côté. Il n'existe aucun ulcération, mais un simple coryza atrophique avec pharyngite.

M. GELLÉ dit que l'exposition détaillée que vient de donner M. Châtellier des lésions de la muqueuse laisse tout à fait inexplicable celle de l'atrophie si remarquable de la partie osseuse des cornets.

M. CHATELLIER répond que cette atrophie vient d'une ostéite raréfiant.

M. GELLÉ ne voit pas la nécessité d'admettre un processus d'ostéite dans ce cas. Il pense que la nutrition de l'os papyracé subit une grave altération consécutivement à une lésion, ou parallèlement à l'évolution des lésions du périoste sous-muqueux, dont on ne parle peut-être pas assez. Il se produit là, dit-il, une atrophie lente par arrêt ou insuffisance de nutrition.

M. CHATELLIER. — L'anatomie pathologique nous a appris que les pièces du squelette pouvaient s'arrêter plus ou moins complètement dans leur développement, à des périodes variables de la croissance des jeunes sujets, et que des os symétriques pouvaient au bout d'un certain temps avoir un volume inégal entre eux ou un volume, pour les deux, inférieur à celui de l'état normal.

Mais l'atrophie ou résorption des os est un fait dont il n'existe pas d'exemple dans l'économie. Pourquoi admettre que le nez échappe à la règle générale, et que l'une des pièces de son squelette est susceptible de s'atrophier après avoir acquis et conservé pendant un temps son volume normal?

M. CHATELLIER expose rapidement ensuite ce qu'est l'ostéite raréfiant dont le processus ne saurait, suivant lui, être

invoqué, pour expliquer la disparition des cornets. Cette atrophie des cornets, os et muqueuse, n'a jamais été démontrée soit par l'observation, soit par l'anatomie pathologique; elle est contraire à ce que nous savons jusqu'ici de l'anatomie pathologique du tissu osseux. M. Châtellier pense qu'avant d'affirmer comme évident le fait de la diminution d'un os (le cornet), il convient d'en apporter la preuve irréfutable.

Quant à la théorie de Fränkel rappelée par M. Moure, M. Châtellier n'en a pas connaissance, comme établissant anatomiquement l'atrophie du cornet.

M. RUault désire insister sur un point de la communication de M. Noquet. Il cite le travail de Lœwenberg où cet auteur dit qu'il a découvert un microcoque spécial à la maladie, dans le mucus nasal des ozénisants. Or, ce micro-organisme de grandes dimensions ($1\text{ }\mu$ à $1\text{ }\mu\ 65$) serait, toujours d'après Lœwenberg, susceptible d'être cultivé dans la gélatine, et ces cultures auraient l'odeur caractéristique de l'ozène. Or, le travail de cet auteur ne paraît pas avoir attiré suffisamment l'attention, puisque, paru en 1883, les traités classiques publiés depuis et notamment par Morell-Mackenzie et Schech, n'en parlent pas. Cependant les expériences de Lœwenberg méritent d'être reprises; car, si les résultats qu'il a obtenus étaient confirmés, nous serions fixés sur la cause du signe, symptôme le plus important de la maladie, la fétidité des sécrétions nasales. C'est là en effet la chose capitale; c'est cette mauvaise odeur qui crée aux malades une existence insupportable; c'est elle dont eux et leurs proches se préoccupent; tandis que les symptômes secondaires, tels que la sécheresse de la gorge, etc. les gênent comparativement assez peu.

Si donc il était démontré que l'odeur de l'ozène est due à un micro-organisme, on devrait espérer trouver, un jour ou l'autre, un moyen de le faire disparaître définitivement. Si l'usage de l'antiseptique approprié, employé en irrigations nasales ordinaires ne suffisait pas à amener la guérison, il serait légitime de conclure de cet échec que le micro-organisme existe dans les tissus en plus ou moins grande quantité,

mais en nombre suffisant pour se propager à la muqueuse des fosses nasales et la réinfecter continuellement. On serait donc en droit de s'ouvrir une voie pour pénétrer dans les sinus et désinfecter ces cavités.

Ne voit-on pas, en effet, des faits de même ordre ? N'est-il pas démontré aujourd'hui que quelques gonocoques habitant dans le canal excréteur des glandes de Bartholin suffisent à éterniser la blennorrhagie, tant qu'ils n'ont pas été détruits sur place ?

Ce qui fait espérer aujourd'hui qu'on doit arriver à guérir l'ozène, c'est que la maladie guérit souvent seule. M. Ruault veut dire par là que souvent on rencontre des jeunes gens, surtout des filles, qui pendant quelques mois et même quelques années, présentent d'une façon continue ou intermittente l'odeur caractéristique de l'ozène, la sécheresse de la muqueuse nasale, et finissent par se débarrasser de ce désagrément sans avoir suivi aucune espèce de traitement. M. Ruault dit avoir observé plusieurs cas de ce genre qui seraient infiniment plus communs qu'on ne pourrait le croire. Ces malades, en effet, ne sont pas assez incommodés et n'incommodent pas assez leur entourage pour consulter surtout le spécialiste et, dans la grande majorité des cas, ils échappent à l'observation. Mais, si ces faits démontrent la curabilité de l'ozène, ils commandent en même temps une grande prudence au sujet de l'interprétation des résultats de la thérapeutique actuelle. Les faits de guérison sont en trop petit nombre pour que l'on puisse affirmer que la maladie n'aurait pas cédé toute seule et que la guérison est bien due au traitement.

La mauvaise odeur ne constitue pas à elle seule toute la maladie; mais on peut dissocier son histoire et laisser de côté, dans la discussion présente, la question du processus anatomique, encore si peu connu, jusqu'à ce que des autopsies plus nombreuses et des études histologiques plus complètes aient été publiées.

La recherche de l'origine de l'odeur est évidemment d'une importance énorme, et les interprétations qui en ont été

données jusqu'ici sont insuffisantes. L'opinion de Zaufal qui pense que l'élargissement des fosses nasales amène une diminution de la force du courant d'air expiré, suffisante pour permettre l'accumulation des sécrétions et, par suite, leur décomposition putride, n'est pas soutenable. Si elle était vraie, les malades qui ont une obstruction du pharynx nasal et respirent par la bouche, seraient tous des ozénisants; car, leur muqueuse ne cesse pas de sécréter, et ces sécrétions sont encore moins balayées que chez les malades atteints de rhinite atrophique. Or, on trouve souvent chez ces malades le nez rempli de croûtes sèches, mais sans odeur.

L'opinion de Krause qui explique l'odeur par une dégénérescence graisseuse des cellules muqueuses avec formation consécutive d'acides gras volatils, n'est en somme qu'une variante de celle admise il y a longtemps sur l'origine des sueurs fétides des pieds. Elle est bien moins satisfaisante que celle de Lœwenberg qui rendrait bien compte des faits observés. La théorie de Lœwenberg ne nous donnerait pas le dernier mot sur la question de l'ozène, mais elle ferait faire un grand pas à son étude. Elle permettrait de penser que l'odeur n'est peut-être pas liée nécessairement à l'agrandissement des fosses nasales et que si la mauvaise odeur est un symptôme si fréquent de la rhinite atrophique, c'est que le micro-organisme trouve dans les fosses nasales moins chaudes et plus sèches, un meilleur terrain pour son évolution. Rien ne prouve que l'ozène ne soit pas contagieux quand les conditions favorables à la contagion sont réalisées. Quelques auteurs très compétents, M. Moure entre autres, sont disposés à le croire.

M. BARATOUX admet que l'ozène peut être le résultat, soit de l'absence ou de l'arrêt de développement des cornets, soit de l'atrophie de la muqueuse nasale.

Récemment, au Congrès de Berlin, Habermann a sur ce sujet un travail dans lequel il croit pouvoir établir que l'affection de l'ozène commence par la surface de la muqueuse, c'est-à-dire à l'orifice des glandes. M. Baratoux est d'avis

que cette forme d'ozène est susceptible de guérison, car, pour sa part, il en a observé plusieurs cas sur des sujets chez lesquels les cornets sont revenus à l'état normal. Il cite entre autres une jeune fille qui est guérie depuis plusieurs années.

M. NOQUET reconnaît que les recherches faites par M. Châtellier avec le microscope sont intéressantes et utiles à connaître. Quant à lui, il s'est placé exclusivement au point de vue clinique, n'ayant du reste pas eu l'occasion de faire d'autopsie. Ce qu'il a voulu surtout établir, c'est que, dans trois cas, la muqueuse atrophiée s'est régénérée et que la pu-naisie a complètement disparu.

M. Noquet ne pourrait affirmer s'il existe un stade hypertrophique; il est tout disposé à l'admettre, mais il n'a pas été à même de le constater. De ce que M. Châtellier a presque constamment rencontré le tissu myxomateux dans la muqueuse nasale hypertrophiée, s'ensuit-il qu'il en est toujours ainsi, et ne peut-on pas admettre qu'il y ait parfois une prolifération des éléments conjonctifs? Quand des auteurs compétents comme MM. Moure et Bayer affirment avoir vu l'hypertrophie, il faut bien les croire.

Ce qui ne fait pas de doute pour M. Noquet c'est que l'atrophie existe et qu'une période de réparation peut lui succéder, grâce à un traitement convenable.

M. MOURE.— Comme l'a dit M. Noquet dans sa communication, je n'ai affirmé que *très timidement* et avec des réserves extrêmes la régénération possible des cornets atrophiés; je fais des recherches cliniques dans ce sens, et je crois, dans tous les cas, que cette modification de structure ne se produit qu'après un traitement assez long et bien dirigé.

M. RUAULT est de l'avis de Lœwenberg. Comme lui, il croit que l'affection et la mauvaise odeur sont produites par un diplococcus particulier. Ce diplococcus existe, mais il n'est pas absolument prouvé encore qu'il soit la cause de l'ozène. De sorte que, sans rien affirmer, M. Noquet a déclaré dans sa communication que l'hypothèse de Lœwenberg était très

satisfaisante. Ce que l'on sait des microbes en général, la façon dont marche l'affection, le bon effet des substances antiséptiques, sont favorables à cette manière de voir.

M. Miot dit qu'il ne croit pas à la période hypertrophique de la muqueuse. Il a examiné une enfant âgée de six mois qui présentait des cornets inférieurs dont la muqueuse était lisse, mince. Depuis quelques années, il a vu cette petite malade à plusieurs reprises, et il a remarqué que les fosses nasales se développent, mais que les cornets inférieurs conservent un petit volume. On peut donc supposer, dit M. Miot, que cette enfant aura, plus tard, de l'ozène.

M. GOUGUENHEIM propose de porter à l'ordre du jour de la session générale prochaine la question de la Rhinite atrophique.

L'assemblée adopte cette proposition.

14^e Lymphatiques du larynx, par M. POIRIER, de Paris.

M. Poirier présente deux grands dessins sur lesquels on voit les vaisseaux lymphatiques de la face inférieure des lèvres de la glotte, allant se rendre dans un ganglion sous-cutané, à travers le ligament rayonné thyroéo-cricoïdien, ainsi que les deux moitiés desséchées du larynx modèle.

Le système lymphatique du larynx est remarquable par son développement; toutefois au dire de tous les anatomistes, tant français qu'étrangers, il faut distinguer dans cet organe deux régions essentiellement différentes au point de vue du nombre et de l'importance des vaisseaux lymphatiques: une région sus-glottique dans la muqueuse de laquelle les lymphatiques s'étalent avec une prodigieuse richesse, et une région sous-glottique où ces vaisseaux ne forment plus qu'un réseau délié à mailles assez larges. En conséquence, il n'est question dans les descriptions, que des troncs lymphatiques qui partent du réseau sus-glottique et qui traversent la membrane thyro-hyoïdienne pour se rendre dans les ganglions situés autour de la bifurcation des carotides.

Des recherches de contrôle m'ont conduit à des résultats sensiblement différents de ceux qu'enseignent les anatomies classiques, ainsi qu'en témoignera la description suivante tracée à l'aide de pièces injectées au mercure et déposées au musée de la Faculté.

Réseau lymphatique de la portion sous-glottique du larynx. — Il est formé d'un lacis extrêmement riche et serré de vaisseaux lymphatiques, sous lequel la muqueuse disparaît presque entièrement après une injection réussie. En bas, il se continue, sans démarcation évidente, avec le réseau lymphatique également très développé de la muqueuse trachéale ; en haut, il s'avance jusqu'au bord libre de la corde vocale inférieure, où il se raréfie très notablement, pour se continuer avec le réseau de la région ventriculaire. — En avant, dans l'angle d'insertion des cordes vocales inférieures au thyroïde et, en arrière, sur la face interne des arytenoïdes, les mailles du réseau sous-glottique s'allongent dans le sens vertical, et ainsi sont formés deux groupes ou pinceaux de vaisseaux lymphatiques intra-muqueux qui gagnent la région ventriculaire et se perdent dans le réseau lymphatique de celle-ci.

Réseau lymphatique de la région ventriculaire. — Bien qu'il ne soit pas décrit dans les anatomies, à ma connaissance du moins, ce réseau existe. Je l'ai injecté par hasard en piquant la muqueuse sous-glottique, mais on réussit assez facilement à l'injecter par piqûre directe; ce réseau est aussi riche que ceux des régions sus et sous-glottiques avec lesquels il se continue.

Troncs lymphatiques. — Les troncs lymphatiques qui partent du réseau laryngé doivent être divisés en supérieurs et inférieurs; les premiers seuls ont été signalés; ils sont suffisamment connus ainsi que les ganglions auxquels ils se rendent. — Les troncs lymphatiques qui partent du réseau sous-glottique affectent un tout autre trajet et une terminaison bien différente.

Ils ont échappé jusqu'ici à l'observation des anatomistes.

Au nombre de trois à cinq, ils traversent la membrane crico-thyroïdienne et se rendent tantôt dans un ganglion placé au-devant de cette membrane, ganglion pré-laryngé, tantôt dans des ganglions latéraux situés sur les parties latérales et inférieures du larynx, entre cet organe et la carotide primitive, mais toujours plus rapprochés du conduit laryngien.

Ganglion pré-laryngé. — Les anatomies classiques, non plus que les ouvrages spéciaux sur l'anatomie du larynx ou du système lymphatique, ne font point mention de ce ganglion.

Il existe cependant dans la moitié des cas environ. Je l'ai recherché sur une centaine de cadavres environ et je l'ai rencontré quarante-neuf fois. De grosseur variable avec l'âge des sujets, ce ganglion pré-laryngé est placé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, au milieu de la graisse et des muscles artériels et veineux qui remplissent le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. Une fois sur dix, en moyenne, on rencontre deux ganglions pré-laryngés au lieu d'un.

Lorsque ce ganglion pré-laryngé manque, les troncs lymphatiques de la région sous-glottique, après avoir traversé la membrane crico-thyroïdienne, passent au-devant du muscle crico-thyroïdien, pour gagner les ganglions laryngés inférieurs dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, la muqueuse laryngée possède un réseau lymphatique qui occupe la couche la plus superficielle du derme muqueux. Ce réseau également développé dans les régions vestibulaire, ventriculaire et sous-glottique s'appauvrit très notablement au niveau du bord libre des cordes vocales, de l'inférieure surtout.

Les troncs lymphatiques qui partent de ce niveau doivent être divisés en supérieurs et inférieurs. D'une façon générale, ils suivent le trajet des artères laryngées, confirmant une fois de plus la loi du développement parallèle des vaisseaux à sang rouge et de ceux à sang blanc.

Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du larynx

sont répartis en plusieurs groupes : les supérieurs sont situés de chaque côté du niveau de la bifurcation de la carotide primitive ; les inférieurs sont placés au-devant de la membrane crico-thyroïdienne ou sur les côtés du cartilage cricoïde au fond du sillon que forment l'accolement du larynx et des vaisseaux carotidiens.

Cette étude anatomique comporte un certain nombre d'applications à la pathologie. Je pense que les adénites consécutives aux affections laryngées aiguës ou chroniques peuvent se manifester dans tous les ganglions qui reçoivent les troncs lymphatiques émanés du réseau laryngien, aussi bien dans les ganglions inférieurs que dans les supérieurs. Il me semble qu'un certain nombre de tumeurs, d'abcès, de fistules, etc., dont la pathogénie est encore obscure, peuvent être rapportés à des affections des ganglions inférieurs ou pré-laryngés. Il est sûr qu'un certain nombre d'abcès de la région sous-hyoïdienne ne sont que des adénites. Pendant l'hiver 1886-1887, j'ai pu montrer, plusieurs fois, aux élèves qui disséquaient dans mon pavillon, des hypertrophies du ganglion pré-laryngé, et j'en ai présenté dernièrement un beau cas à la Société anatomique.

15^e Rougeole. Otite moyenne purulente ; abcès mastoïdien, par M. BARATOUX, de Paris.

Le 19 février 1887, je reçus la visite d'un enfant de sept ans qui avait eu la rougeole le 27 décembre 1886.

Vers le 10 février, il fut pris de douleurs vives dans l'oreille gauche et trois jours après survint un écoulement purulent à la suite duquel les douleurs disparurent. Deux jours après l'ouverture spontanée de la membrane tympanique, l'enfant ressentit de nouvelles douleurs au niveau de la région mastoïdienne et quarante-huit heures après, le 17 février, l'écoulement de l'oreille qui avait été très abondant jusque-là, diminua au point de faire croire aux parents qu'il avait cessé complètement.

Comme traitement, les parents n'avaient employé que les

cataplasmes de farine de graine de lin sur l'oreille, depuis le début de la maladie.

Le jour où j'examinai l'enfant, je constatai une fièvre intense, de l'inappétence, de l'insomnie. La région mastoïdienne était rouge, tuméfiée, douloureuse, au point que l'enfant ne voulait pas se laisser examiner. Cependant, je pus constater une sensation nette de fluctuation.

Le conduit était rempli de pus qui n'était nullement concret, du moins autant que je pus le constater.

A la suite d'une injection pratiquée pour nettoyer l'oreille, j'aperçus une perforation occupant le quart antéro-supérieur du tympan, limitée en arrière par le bord du manche du marteau.

En exerçant des pressions sur l'apophyse mastoïde je réussis à faire refluer le pus dans le conduit.

— Le lendemain matin, c'est-à-dire le 20 février, après avoir donné du chloroforme à l'enfant, je pus constater et faire constater aux deux frères qui m'assistaient l'existence d'une dépression au niveau de la partie supéro-postérieure de l'apophyse mastoïdienne ; cette dépression était le siège d'un orifice permettant de faire refluer le pus dans le conduit des cellules mastoïdiennes.

Une incision verticale de 3 centimètres de long fut faite à ce niveau et je pus faire pénétrer par cet orifice jusqu'à la caisse un stylet de trousses qui me permit de constater que la fistule avait un diamètre d'environ 3 millimètres.

Après avoir pratiqué les lavages de l'oreille, je mis un drain dans la plaie et j'appliquai un pansement antiseptique.

Le 1^{er} mars la plaie ne présentait plus qu'un petit orifice à la partie inférieure et le 5 mars, jour où nous voyons de nouveau le malade, la plaie est complètement fermée. Le tympan est lui-même entièrement cicatrisé depuis la fin de février. La montre qui, avant l'opération, n'était pas entendue au contact, est entendue alors à 0^m20.

Mon but en citant cette observation a été d'attirer l'attention sur la marche rapide de l'ouverture de l'abcès intra-mastoïdien au-dehors.

En effet, le développement de l'abcès intra-mastoïdien n'a pas habituellement une marche aussi rapide.

M. Politzer ne cite qu'un cas analogue chez un malade qui, dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une otite moyenne bilatérale qui deux jours après donna lieu à un abcès douloureux de la région mastoïdienne droite. Par suite de la marche rapide, M. Politzer crut que la couche corticale de l'os n'était pas entamée, il s'arrêta au diagnostic d'abcès sus-mastoïdien. Mais après l'ouverture de cet abcès, il put faire pénétrer une sonde dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde par une ouverture large d'un demi-centimètre. La guérison survint en quatorze jours.

16^e Des pressions exercées sur le tympan au point de vue du diagnostic, par M. Miot, de Paris (1).

17^e Kystes du larynx, par M. GAREL, de Lyon.

En avril 1885 je fis une communication à la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lyon sur quatre cas de kystes du larynx. Depuis cette époque j'ai enrichi ma statistique de nouvelles observations plus nombreuses. Les kystes du larynx ont été étudiés pour la première fois avec ensemble par M. Moure, en 1881, et simultanément par Cervesato. Ces deux auteurs ont réuni 101 observations. Schwartz, dans sa thèse d'agrégation 1886, en cite en tout 138 cas, et en les comparant aux polypes du larynx, il en établit la proportion à 3 % par rapport à ces derniers. Ma statistique personnelle m'a donné un chiffre supérieur, car, sur 60 cas environ de tumeurs bénignes du larynx, je trouve 16 tumeurs kystiques dont 14 ont leur diagnostic confirmé par l'opération. C'est donc une proportion de 25 %.

Au point de vue anatomo-pathologique, les kystes du larynx se divisent en kystes dermoïdes congénitaux (cas de Blanc), en kystes séreux ou muqueux, kystes épider-

(1) Sera publié.

miques et kystes sanguins. De par leur nature ces kystes ont des modes d'évolution variables. Dans un cas, j'ai pu, comme M. Moure, faire l'analyse de la poche du kyste ; elle était formée d'épithélium à type malpighien et d'une enveloppe anhiste. J'ai observé deux kystes sanguins. Dans trois cas, le contenu du kyste était sous forme de masse concrète jaunâtre, dont l'analyse a été faite par mon savant maître, le professeur Renaut. Ces trois kystes méritaient d'être classés dans les kystes épidermiques. Leur contenu était formé d'éléments divers en voie de désagrégation granulo-grasseuse, et de globules de graisse à l'état libre. Dans l'un d'eux on trouvait de belles cellules plates à bords plus ou moins repliés sur eux-mêmes. Dans un autre on constatait des cellules génératrices de la partie profonde de l'épithélium cylindrique ; il s'agissait d'un kyste placé sur le point de transition de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique. Mes autres cas de kystes appartenaient à la classe des kystes séreux.

Les kystes sont le plus souvent, mais non toujours, dus à l'obstruction du conduit excréteur des glandes muqueuses des cordes vocales réunies, d'après Coyne, en deux groupes, s'ouvrant, l'un à la face supérieure de la corde, un peu en dehors du bord libre, l'autre un peu au-dessous de la corde. M. Renaut a signalé un détail anatomique encore inédit qui permet de concevoir le processus formateur des kystes : il s'agit d'une dilatation ampullaire du canal excréteur qui favorise la stagnation du mucus à ce niveau. Je dois faire remarquer que tous mes kystes épidermiques étaient de date relativement récente.

Sur mes 16 observations, 4 appartiennent au sexe féminin. Je crois que les exercices du chant doivent entrer pour une large part dans l'étiologie, puisque sept fois j'ai observé des kystes sur des chanteurs amateurs ou chanteurs de profession.

D'après Schwartz, les kystes intra-laryngés et extra-

laryngés se rencontrent dans une proportion égale. Pour ma part, il n'en a pas été ainsi, car je n'ai observé qu'un cas de kyste épiglottique. J'ai observé aussi, une autre fois, une tumeur d'apparence kystique sur la bande ventriculaire gauche, mais je n'ai pu vérifier le fait, le malade ne voulant pas accepter l'opération.

La plupart de mes observations ont trait à des tumeurs siégeant vers le tiers antérieur des cordes, sorte de lieu d'élection s'expliquant, d'après Klebs et Schnitzler, par la présence à ce niveau d'une espèce de nœud de vibrations. Dix fois sur quinze la tumeur siège sur la corde vocale droite, sans qu'il soit possible de dire pourquoi cette corde est plus souvent affectée.

Je puis également affirmer que tous les kystes paraissent faire saillie soit en dessus, soit en dessous du bord libre des cordes et non sur le bord même, fait en rapport avec la description de Coyne, au sujet des orifices glandulaires.

Parmi les symptômes autres que l'altération vocale, dans la plupart des cas, il faut signaler l'absence de toux et d'expectoration, comme d'ailleurs dans beaucoup de cas de tumeurs solides. L'absence de ces deux signes si fréquents dans les affections inflammatoires limite le diagnostic entre paralysie et néoplasme et permet donc quelquefois, non d'affirmer, mais de soupçonner l'existence d'un néoplasme laryngé.

A l'examen laryngoscopique le diagnostic de tumeur liquide est, à mon avis, le plus souvent très facile, grâce à la teinte opaline, blanchâtre, et à la surface lisse, tendue et arrondie de la tumeur. Le diagnostic des kystes sanguins au contraire est presque impossible.

Les kystes laryngés se développent très lentement et, arrivés à un certain degré, restent stationnaires. Dans deux cas cependant, j'ai pu assister dans l'espace de douze à dix-huit mois à l'évolution complète de l'affection.

Leur guérison spontanée est possible, mais cependant

elle peut se faire attendre indéfiniment. L'opération est de la plus grande simplicité. Je donne la préférence à l'excision de la poche à l'aide d'une petite pince à griffes minuscules montée sur le manche à trois anneaux. Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement la poche pour éviter une récidive. Deux fois j'ai eu à pratiquer une deuxième opération à cause de la récidive. Dans l'un de ces cas cependant, la première opération avait parfaitement fait disparaître toute saillie, dans l'autre j'avais enlevé une bonne partie de la membrane d'enveloppe, et j'ai dû présumer que la poche était multiloculaire.

Après l'opération le retour de la voix est immédiat, mais il faut plusieurs mois pour obtenir une voix parfaitement pure à cause des phénomènes inflammatoires chroniques provoqués par la présence prolongée de la tumeur.

M. RUAULT fait remarquer que sur quelques-uns des dessins présentés par M. Garel à l'appui de sa communication, l'aspect des tumeurs des cordes inférieures est identique à celui des petits myxomes qu'on y observe quelquefois. Le diagnostic doit être impossible à établir si la tumeur est écrasée entre les mors de la pince, et si les fragments en sont trop altérés pour que l'on puisse en faire l'examen microscopique, car l'écrasement fait sourdre une goutte de liquide comme celui d'un petit kyste. Or, c'est là tout ce que l'on peut voir dans le miroir pendant l'opération, dans des cas favorables, c'est-à-dire bien rarement.

M. GAREL répond qu'il a été presque favorisé, puisqu'il est tombé sur une série heureuse, et qu'il a pu non seulement voir le liquide s'échapper du kyste, mais encore recueillir des fragments de la paroi dont l'examen histologique a démontré la nature des tumeurs.

18° **Tumeur du corps thyroïde**, par M. AIGRE, de Boulogne-sur-Mer (1).

(2) Voir page 304.

M. GOUGUENHEIM demande si l'examen laryngoscopique a été fait.

M. AIGRE répond qu'il ne l'a pas fait.

19^e Traitement de la tuberculose laryngée, par M. HERING (1).

M. GOUGUENHEIM a reçu de notre collègue M. Hering de Varsovie, un mémoire en allemand sur le *traitement chirurgical de la tuberculose laryngée*. Ce travail, remis trop tard, n'a pu être traduit à temps pour en donner lecture à la Société.

M. GOUGUENHEIM se borne à montrer à ses collègues et confrères présents, des chromo-lithographies et une photographie, où l'on voit les cicatrices des lésions laryngées obtenues; un dessin des instruments, curettes, scarificateurs, seringues pour injections hypodermiques, porte-ouate pour badigeonnages à l'acide lactique complètent l'envoi.

20^e De la vue rhinoscopique antérieure, par M. CRESSWELL BABER, de Brighton.

L'expérience m'a démontré, dit M. Baber, qu'une ébauche obtenue de la vue rhinoscopique antérieure, accompagnée de quelques notes, est plus utile qu'une longue description écrite.

L'absence de dessins, à propos de cornets, est due à l'aspect nécessairement perspectif qu'offrent à la vue les différentes parties des fosses nasales et aux variations qu'elles présentent chez le même individu.

Le but du dessin n'est pas seulement de faciliter le moyen de les reconnaître, mais aussi d'aider le novice à se rendre rapidement compte des apparences observées dans un cas donné.

M. Baber fait ensuite sa démonstration sur des dessins amplifiés :

(3) Sera publié.

I. — Quand le cornet inférieur est rétracté, son extrémité antérieure présente une surface ondulée, quelque peu irrégulière, se terminant en bas par un bord plus ou moins mince qui surplombe le méat inférieur. Sa surface interne raccourcie, a l'apparence soit d'une concavité peu profonde, soit d'une éminence légèrement arrondie. A

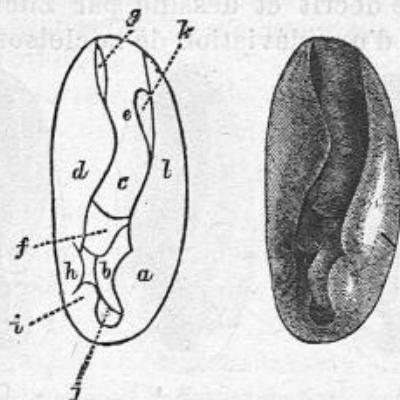


FIG. 1

Vue rhinoscopique antérieure chez une femme âgée de vingt-six ans,
dessin de l'auteur (C. BABER)

a Extrémité antérieure rétrécie du cornet inférieur ; — b surface interne avec renflement arrondi ; — c bord antérieur du cornet moyen ; — d Tubercule de la cloison ; — e col du cornet moyen ; — f bord supérieur du précédent ; — g-k dépression des deux côtés du col, l'une du côté de la fente olfactive, l'autre, du côté du méat moyen ; — h renflement sur la cloison ; — i même renflement plus profond ; — j méat inférieur ; — l col du cornet inférieur.

l'aide d'une sonde, on sent l'os sous la membrane muqueuse.

Au dessus et à une distance beaucoup plus grande de l'orifice nasal, on reconnaît le cornet moyen dont les bords antérieur et inférieur sont les parties les plus rapprochées de l'œil de l'observateur. En fait, une partie considérable de ce cornet est cachée par le tubercule de la cloison (d).

Ce tubercule décrit par Morgagni consiste en un épaissement de la muqueuse contenant à sa partie antérieure une accumulation de glandes.

Les trois dessins suivants montrent quelques-unes des différences que l'on rencontre à droite.

Toutes les apparences se rencontrent dans la pratique, d'après mon expérience, dit M. Baber ; il est plus rare de trouver le tubercule de la cloison aplati que de le voir masquer une partie considérable du cornet moyen.

Ce tubercule décrit et déssiné par Zuckerkandl, doit être distingué d'une déviation de la cloison, à laquelle il

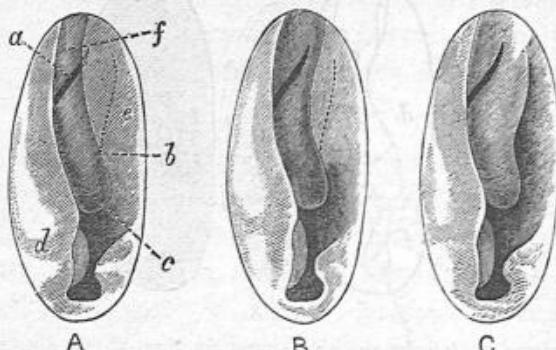


FIG. 2

a lèvre extérieure du bord antérieur du cornet moyen ; — *b* angle du même cornet ; — *c* bord inférieur ; — *d* cornet inférieur ; — *e* tubercule de la cloison ; — *f* paroi extérieure de la cavité nasale.

ressemble ; il existe ordinairement des deux côtés sur le même individu ; les deux tubercules peuvent se comparer à l'aide d'une lame du spéculum de Fränkel, introduite dans chaque narine.

L'attouchement de la sonde peut le déprimer et déterminer l'éternûment.

Quand la cloison est fortement déviée le cornet inférieur et le cornet moyen présentent, dans la fosse nasale la plus spacieuse, un développement plus grand que ceux de la fosse opposée.

En projetant une forte lumière à travers le méat inférieur, on peut voir les mouvements du voile du palais pendant la déglutition et la phonation, ainsi que la paroi postérieure du pharynx, quand ce voile est au repos.

II. — Dans ce cas, le cornet inférieur obstrue le méat

inférieur ; il empêche de voir le naso-pharynx et ne permet qu'un *coup d'œil* sur le cornet moyen. Quand le gonflement est plus prononcé, ce dernier est complètement masqué ; le cornet inférieur touche la cloison et offre l'aspect d'une éminence ronde, à surface lisse.

La sensation produite par l'attouchement de la sonde est celle d'un *coussin mou*, se laissant facilement déprimer et reprenant aussitôt sa forme première. Ce signe est



FIG. 3.

Vue rhinoscopique antérieure sur un homme de vingt-quatre ans, chez lequel le corps érectile muqueux du cornet inférieur se tuméfiait pendant l'examen.
a Cornet inférieur gonflé, congestionné ; — b col du même, masquant le cornet moyen.

caractéristique ; il sert à distinguer cet état érectile de la muqueuse de l'hypertrophie véritable du cornet.

Quant à la couleur, elle peut être plus ou moins pâle, plus ou moins colorée ou rouge.

L'observation démontre que la vue des parties profondes est plus souvent gênée par le gonflement érectile de la muqueuse que par les diverses difformités de la cloison. On peut, à l'aide d'une sonde, d'un crochét ou de tout autre instrument, écarter ou déplacer cette partie renflée, et obtenir une vue plus étendue de la fosse nasale. La cocaïne trouve ici son emploi ; cet état érectile de la partie antérieure du cornet inférieur n'obstrue pas en général d'une façon très sensible la voie nasale, à moins qu'il ne soit porté à un degré extrême.

M. Baber termine sa communication en disant que l'attouchement de l'extrémité antérieure du cornet

inférieur ne cause ordinairement aucun phénomène réflexe, si ce n'est exceptionnellement la *toux*.

21^o Du vertige nasal, par JOAL (1).

M. MOURE, tout en reconnaissant l'intérêt et l'importance du travail de M. Joal, se demande si l'on a toujours, dans les cas dits : « vertige nasal », examiné les oreilles, consulté l'estomac et les centres nerveux.

M. RUAULT reconnaît que dans une de ses observations relatée dans le travail de M. Joal l'origine nasale du vertige lui paraît indiscutable. En effet, non seulement on provoquait le vertige par l'attouchement avec la sonde de la partie postérieure de la fosse nasale la moins perméable, mais la guérison a eu lieu après la destruction des parties hypertrophiées à l'aide du galvano-cautère.

M. GELLÉ, sans se refuser à admettre l'étiologie évidente du vertige dans les observations de MM. Joal et Ruault, tient à rappeler combien les conditions statistiques et dynamiques de l'oreille sont facilement modifiées et altérées par les affections naso-pharyngiennes les plus légères en apparence. Au moyen de l'épreuve des pressions centripètes, il lui arrive à chaque instant de provoquer le vertige et d'affirmer ainsi son origine auriculaire évidente alors que l'absence de troubles auditifs et l'excellence de l'audition semblent devoir éloigner absolument de cette détermination étiologique auriculaire.

M. RUAULT dit qu'il n'a pas cherché à produire le vertige auriculaire par le procédé dont parle M. Gellé. L'ouïe était normale et rien n'aurait pu faire soupçonner l'origine auriculaire du vertige. Il est possible qu'on eût pu le provoquer, mais cela n'aurait pas suffi à prouver l'origine auriculaire du vertige spontané, tandis que la guérison de la maladie après la disparition de la lésion nasale montre bien qu'elle était d'origine nasale.

22^o M. MIOT présente un malade qui était atteint d'un épithélioma du pavillon gauche, et auquel il a enlevé au

(1) Sera publié.

moyen du galvano-cautère une partie de ce pavillon. La cicatrice est régulière, et l'oreille à peine déformée. Le malade se porte bien et tout fait présumer que le mal ne récidivera pas, car il n'existe pas de ganglions péri-auriculaires.

23^e M. FAUVEL présente un malade sur lequel M. Péan a fait en 1885, l'**extirpation du larynx**, ne laissant que l'épiglotte et une partie des arytenoïdes. Plusieurs Sociétés savantes et la Presse médicale ont déjà eu l'occasion de s'en occuper. Le malade a repris sa profession; il parvient à se faire comprendre au moyen d'un bruit guttural faible, mis en parole au moyen de la bouche et des lèvres; ce semblant de voix, mal timbré et peu sonore, permet cependant d'entendre sa prononciation à une certaine distance.

Tous les appareils prothétiques envoyés de Vienne, de Berlin, n'ont servi à rien pour donner à l'opéré le moyen de remplacer son larynx perdu; le malade préfère son reste de bruit guttural à ces instruments. C'est là une des plus belles opérations chirurgicales dont on doit la conception aux progrès des études laryngologiques.

En présentant ce malade, M. Fauvel raconte qu'il avait établi le diagnostic : *Syphilis laryngée*. Après l'opération, la pièce pathologique fut remise au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Or, un des élèves du laboratoire lui dit qu'il s'agissait d'un *épithélioma tubulé*, tandis qu'un autre élève du même laboratoire lui affirma que la *pièce avait été perdue*. M. Fauvel persiste à croire qu'il s'agissait d'une *affection syphilitique*.

ÉTAT FINANCIER DE LA SOCIÉTÉ.

1886-1887 au 14 avril 1887.

Reliquat de l'encaissement, années 1885-86 F.	595.95
Encaissé 1886-1887	1006.15
Total.	1602.10
Dépenses	588.95
Reste en caisse.	1013.15

Le Trésorier, L. MÉNIÈRE

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLE.

De l'hémiplégie urémique et de l'otite hémorragique au cours du mal de Bright, par le Dr DEWÈRE, médecin aide-major.

Il s'agit dans cette observation d'un jeune homme de vingt et un ans qui au sixième jour d'une hémiplégie urémique gauche, fut pris dans la nuit d'une légère hémorragie par l'oreille gauche. De ce côté, existaient des bruissements avec une douleur pulsatile qui s'irradiait au loin; la douleur était plus vive quand le malade se mouchait, secouait la tête ou entrechoquait les mâchoires. L'ouïe était éteinte, écoulement séro-sanguin; le tympan est rouge sombre; la région mastoïdienne non douloureuse, œdématisée et rouge. Le lendemain, otorrhée franchement purulente. Dix jours après, l'ouïe recouvrant ses fonctions, la douleur disparaissait et à l'examen on constatait l'existence d'une perforation de la partie antéro-inférieure du tympan. Enfin au bout d'un mois, le malade quittait l'hôpital entièrement guéri à part un léger affaiblissement de l'ouïe.

L'auteur fait remarquer que l'otite étant survenue après que l'existence des accidents urémiques eut été bien mise hors de doute, on doit dans ce cas considérer les symptômes auriculaires et paralytiques, comme deux manifestations absolument distinctes de l'urémie. Ces otites hémorragiques ont du reste été indiscutablement constatées au cours du mal de Bright, comme en font foi les observations de Schwartz, Rayer, Fournier et Lécorché, Dieulafoy, etc. Mais il est bon de dire que l'explication n'en a pas toujours été facile; ainsi Dieulafoy en 1878, recourrait pour expliquer les troubles auditifs du mal de Bright à l'hypothèse d'un œdème localisé à la gaine du nerf auditif. Plus tard, on a admis la relation qui pouvait exister entre l'état des reins et les otorragies et aujourd'hui on s'accorde assez facilement à reconnaître comme liés à la présence d'un épanchement séro-sanguin ou hémorragique dans la caisse les troubles auriculaires observés chez les brightiques ou les diabétiques.

M. Dewère croit qu'il y a là un problème pathogénique encore mal connu et dont l'importante solution s'étend non seulement au mal de Bright mais aussi à toutes les maladies infectieuses où les troubles de l'ouïe et les hémorragies offrent une fréquence si remarquable. (*Lyon méd.*, 3 oct. 1886, n° 40.)

M. NATIER.

Méningite cérébro-spinale aiguë consécutive à une otite chronique suppurée, par J. M. DA COSTA.

A l'autopsie, on rencontra sous la dure-mère, une large couche exsudative blanchâtre qui s'étendait sur tout l'hémisphère gauche du cerveau, sur sa base et vers le front. L'hémisphère gauche, en effet, était couvert de pus dans sa presque totalité, mais on en trouvait surtout au niveau des lobes moyens et postérieurs, entre l'arachnoïde et la dure-mère. Il était évident qu'il s'agissait dans ce cas d'une méningite s'étendant de ce point aux parties environnantes. Le cerveau était plus vascularisé qu'à l'ordinaire. Ces lésions étaient dues à une affection chronique de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Le temporal était carié et détruit, et l'inflammation s'était certainement propagée de cet os à la dure-mère. (*Philad. méd. Times*, 8 janvier 1887.)

M. N.

Note sur l'emploi de l'iodol dans le traitement de l'otite purulente chronique, par le Dr Ch. GORIS.

Nombre de médicaments ont été employés contre l'otorrhée, l'acétate de plomb notamment, dont l'action est absolument nulle, le tannin dont l'effet est loin d'être sûr et rapide; en dernier lieu, ont été préconisés l'alcool, l'iodoforme, l'acide borique et enfin l'iodol. L'alcool, agit surtout comme antiseptique, mais son contact est très douloureux, l'iodoforme présente une odeur désagréable; quant à l'acide borique, il mérite avec l'alcool et l'iodoforme, la confiance que les praticiens leur ont accordée. L'iodol, nouveau venu en thérapeutique, a été expérimenté trois fois avec un plein succès par M. Goris; il le considère comme un anti-

septique d'abord et de plus comme un astringent. (Bruxelles, E. Ramlot, libraire-éditeur, 17, rue Grétry. 1887.)

M. NATIER.

Chancre mou de l'oreille moyenne, par le Dr GURANOWSKI.

Ce cas est très probablement unique dans la science. Il s'agit d'une auto-infection observée sur une jeune servante atteinte de chancelle au niveau des grandes lèvres. Sa maladie durait depuis dix-huit mois, et, en raison de l'incurie de la patiente, avait déterminé une destruction assez étendue des parties génitales externes. Il arriva que cette malade s'inocula la lésion sur la cloison des fosses nasales, probablement en usant du tabac à priser. Elle entra alors à l'hôpital israélite de Varsovie, et pendant le traitement il se développa du côté gauche une otite moyenne aiguë qui amena la perforation du tympan. Un examen approfondi montra à l'observateur que cette complication était sous la dépendance du chancre mou des fosses nasales. D'autant mieux que peu après la perforation du tympan, il se développa de petites chancelles sur le tragus et le conduit auditif externe, ce qui indiquait d'une façon certaine la nature de la lésion de l'oreille moyenne.

Comme traitement, on saupoudra les parties accessibles avec de l'iodoforme, et on fit des lavages de la trompe d'Eustache avec une solution d'acide borique, au moyen du Politzer. Grâce à ces moyens, ces différentes ulcérations guériront rapidement. (*Deutsch. Med. Zeitung*, 3/87, et *Lyon med.*, p. 203, n° 6, 1887.)

Quelques exemples d'états morbides peu communs de l'oreille du nez et du larynx (*Illustration of uncommon morbid condition on the ear, nose and larynx*), par le Dr M. BRIDE.

Le pronostic de l'otite moyenne chronique non suppurée. — L'auteur fait observer, avec des exemples à l'appui, que l'on ne doit pas trop se hâter de porter un pronostic absolument défavorable dans les cas d'otite moyenne chronique dans lesquels le diapason placé sur le crâne est mieux entendu de l'oreille la moins malade.

A l'appui de cette assertion le Dr M. Brider rapporte plusieurs observations de ce genre dans lesquelles le traitement améliora beaucoup l'état des malades. Dans l'un de ces cas existent très marqués tous les symptômes de Menière qui disparaissent par le traitement. L'auteur en conclut que toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'une maladie de Ménière, il est du devoir du praticien de pratiquer un examen très sérieux afin de s'assurer s'il n'y a pas un état catarrhal de l'oreille pouvant donner lieu à ces symptômes et susceptible de disparaître par un traitement approprié.

Tumeur semblable à un papillome et circonscrite au repli inter-aryténoïdien, dans la phtisie. — Les auteurs considèrent une tumeur circonscrite à la région inter-aryténoïdienne comme caractéristique de la phtisie alors même qu'il n'existe au poumon ni ailleurs aucun autre signe de tuberculose. L'auteur rapporte une observation à l'appui.

Erection des cornets inférieurs. — L'auteur donne la classification de Schech des névroses d'origine nasale. Il estime avec Semon qu'alors même que l'examen le plus minutieux n'a fait découvrir aucune autre cause de la névrose, on ne doit jamais promettre au malade un résultat certain de l'intervention opératoire dans les affections de la muqueuse des fosses nasales. L'auteur termine son travail par une observation de polype fibro-muqueux des fosses nasales (*Edimb. Med. Journ.*, mai 1886). Dr J. CHARAZAC.

Opération pour la déviation de la cloison nasale (*Operation for deviated nasal septum*), par le Dr DIXON.

Le Dr Dixon recommande comme tampon nasal après l'opération un pis (nipple) en caoutchouc analogue à ceux que l'on adapte aux bouteilles servant aux nouveau-nés (Saint-Louis, *Courrier of Med.*, août 1886). Dr B. D.

Un cas d'éternuement hystérique (*A caso of hysterical sneezing*), par le Dr S. SOLIS COHEN.

La malade âgée de vingt-huit ans se présente en août 1885, avec l'idée préconçue qu'elle est atteinte de « hay fever » et qu'elle sera guérie par des cautérisations galvaniques. Les

accès d'éternuement incoercibles se présentent chez elle accompagnés de larmoiement et de dyspnée à toutes les périodes de l'année.

Les antécédents personnels de la malade qui depuis une dizaine d'années a été traitée pour des phénomènes douloureux de diverse nature ne permettent pas de douter qu'elle ne soit hystérique. Les symptômes qu'elle éprouve actuellement durent depuis un an, ils se sont aggravés peu à peu. Les paroxysmes ont une durée plus ou moins longue se produisant parfois fréquemment dans la même journée, quelquefois, une fois par jour avec des rénovations d'un ou plusieurs jours. Elle éprouve lors de l'attaque une sensation de chatouillement dans le nez qui est suivie d'éternuements violents, sensation de brûlures dans les yeux, larmoiement; il se produit en outre par le nez un écoulement abondant qui ne tarde pas à obstruer les narines en avant, le liquide alors coule dans la gorge. A l'examen, le larynx et le pharynx sont normaux. Les cavités nasales ne présentent rien de particulier. Il existe cependant dans la fosse nasale gauche, sur la cloison, à un point qui correspond à l'extrémité antérieure du cornet moyen, une zone très sensible, qui touchée avec la sonde détermine une violente douleur et tous les prodromes de l'accès, mais non l'accès lui-même.

M. S. Solis Cohen essaie sans obtenir la guérison définitive la cocaïne en application locale. A l'intérieur, successivement ou en même temps, bromure, valériane, assa-foetida, belladone et arsenic sans doute. Il se décide alors à faire l'électrisation des fosses nasales, le pôle positif placé dans la fosse nasale gauche, le pôle négatif sur la joue. Au début, il fit usage d'une pile à cinq éléments de Daniell, la force du courant fut ensuite augmentée et on arriva jusqu'à vingt éléments. Les applications d'abord quotidiennes, d'une durée de une à trois minutes, furent plus tard espacées et la malade partit guérie. L'auteur la revit quatre mois après avoir cessé le traitement; elle n'avait pas eu d'accès nouveau.

L'auteur estime que dans les cas de ce genre ce n'est pas

tant la médication employée que l'action qu'elle a sur l'esprit du malade qui amène la guérison. La malade était persuadée que « l'électricité » devait la guérir, seule l'électricité réussit en effet à faire disparaître les accès. Nous partageons complètement l'opinion du Dr S. Solis Cohen, ce n'est pas le remède qui guérit alors mais la confiance que la malade possède soit pour le remède soit pour le médecin qui la traite. (*The N.-Y. Med. Journ.* 27 janvier 1887.) Dr J. CH.

Hémophilie. Pas d'antécédents d'hérédité ou de famille.
Accidents scrofuleux dans l'enfance ou la jeunesse. Accidents saturnins à plusieurs reprises. Syphilis. Epistaxis abondantes. Saignement des gencives; ecchymoses des oreilles et, plus tard, des mains. Mort par épistaxis, [treize ans après la première hémorragie nasale.

L'individu qui fait l'objet de cette observation était un homme âgé de trente ans, peintre en bâtiments, qui vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, pour se faire soigner d'une épistaxis rebelle à tout traitement. Le titre de l'observation donne un résumé très fidèle de l'histoire clinique du malade. M. Vulpian fait suivre la relation de ce cas intéressant d'hémophilie, de quelques-unes des remarques qu'il lui a suggérées. En premier lieu, la débilité constitutionnelle du sujet qui était un scrofuleux; en second lieu, la profession, et enfin, circonstance à noter, la syphilis qui peut avoir exercé une certaine influence sur la disposition aux hémorragies qui s'est manifestée à un certain âge. (*Revue de Médecine*, n° 2. 10 février 1886, p. 153.) M. N.

Occlusion osseuse de l'orifice postérieur des fosses nasales,
par M. SCHOETZ.

M. Schoetz présente à la Société une jeune fille de seize ans qui, depuis sa naissance, ne possède pas d'odorat et n'a jamais pu respirer librement par le nez. La rhinoscopie postérieure a révélé l'existence de deux diaphragmes obstruant les arrière-fosses nasales et tapissés par une muqueuse. Ces cloisons peu épaisses sont probablement de nature osseuse. Il n'existe dans la science que huit cas analogues, encore

faut-il restreindre à trois le nombre des survies, les autres étant morts dès leur naissance. L'auteur espère par une opération rétablir la respiration et le sens olfactif. (*Société de méd. int. de Berlin*, 21 fév. et *Sem. méd.* du 2 mars 1887, n° 9.)

M. N.

Tumeurs adénoïdes dans le pharynx (*Adenoid growths in the pharynx*, par le Dr W.-B. DALBY).

Dans cet article, l'auteur décrit et préconise un bouclier digital (fingernail) un peu dans le genre de ceux du Dr Capart. Le bouclier recouvre la portion dorsale de l'index laissant à découvert la pulpe du doigt. Il décrit ensuite un anneau tranchant dont la tige présente une courbure suffisante pour pouvoir pénétrer dans la cavité naso-pharyngienne. (*The Lancet*, 2 oct. 1886.)

Dr J. Ch.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge, par le Dr Aristide VIARD (1).

Dans un premier chapitre et après un aperçu anatomique du pharynx, l'auteur décrit au second paragraphe les lésions de la syphilis sur l'arrière-gorge. Il divise en deux classes les accidents ultérieurs de la syphile pharyngée : 1^o les accidents dits secondaires qui représentent sur l'arrière-gorge les lésions muqueuses équivalentes aux lésions cutanées concomitantes; 2^o les accidents dits tertiaires qui offrent aussi la plus grande analogie avec les lésions tertiaires de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Eliminant tout ce qui peut avoir trait aux accidents secondaires, il passe de suite à l'étude des accidents tertiaires. Ces accidents se subdivisent en deux ordres : 1^o ulcération de l'angine tertiaire; 2^o ulcération des tumeurs gommeuses.

Les ulcérations de l'angine tertiaire sont destructives non seulement des tissus qui leur ont donné naissance, mais aussi des tissus voisins et cela très rapidement. Les unes, dites *perforantes*, se limitent le plus souvent aux parties

(1) Henri Jouve, imprimeur, 23, rue Racine, Paris.

molles; elles sont taillées à pic, de forme circulaire, ou ovale; les autres, *serpigineuses*, occupent de préférence le voile du palais, leurs bords sont irréguliers, décollés parfois dans une étendue assez considérable. Dans ces cas, la membrane muqueuse est seule affectée; plus tard, quand l'ulcération est constituée, elle gagne soit en superficie soit en profondeur et parfois même dans les deux sens. On les rencontre sur les parois latérales et sur la paroi postérieure du pharynx, sur le bord libre du voile, à la base de la luette et plus rarement sur les piliers.

Gommes du pharynx. — Au point de vue clinique, deux points sont à considérer; 1^o le stade d'infiltration; 2^o celui d'ulcération.

Le début de la syphilis pharyngée ou pharyngo-nasale est insidieux et échappe souvent à l'attention du médecin, c'est alors qu'un examen rhinoscopique pourrait être d'une grande utilité. Même embarras dans le cas où l'affection est localisée au pharynx. Dans la période d'état, et quand il s'agit, par exemple, d'une gomme du voile du palais, le malade éprouve de la gêne dans la gorge et bientôt survient une perforation. Du côté du pharynx, la gomme arrive à la période d'ulcération sans provoquer de douleur. Elle est, en général, accompagnée d'une lésion de même ordre du voisinage. On voit alors de la dysphagie, du nasonnement de la voix, de la salivation; plus tard, le nasonnement s'accentue et les liquides passent par les fosses nasales; odeur fétide, haleine repoussante.

Au point de vue du diagnostic, en dehors des cas où d'elle-même la lésion saute aux yeux, on peut supposer que le malade se présente au médecin avec une syphilis manifeste ou bien qu'il ignore au contraire l'affection dont il est porteur. En présence d'un malade syphilitique et en imminent de récidive, on devra tenir grand compte du coryza, de la tension et de la déformation du voile, de la tuméfaction générale sans réaction fébrile. Plus tard, l'hyperhémie, l'hyperplasie et les ulcérations mettront sur la voie du diagnostic. Le malade ignore-t-il sa syphilis? Souvent alors,

chez les jeunes gens surtout, on confond avec des lésions scrofuleuses. Le diagnostic se basera sur deux ordres de signes; les uns tirés de l'état général et des commémoratifs, les autres de l'examen direct des lésions locales et la marche de la maladie, plus lente dans la scrofule.

Traitée à temps, la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge est susceptible de guérison; mais si l'on vient au contraire à la négliger, les choses changent de face et elle engendre des lésions irrémédiabes portant sur les organes des sens (odorat, goût, ouïe) et résultant des cicatrices, déformations, perforations qui gênent plus ou moins le fonctionnement du pharynx.

Le traitement général est celui de la syphilis à cette période. Comme traitement local, lavages antiseptiques et teinture d'iode pour déterger les plaies. On pourra s'il y a lieu, quand la cicatrisation sera complète, songer à la staphyloraphie ou aux appareils prothétiques.

Suit une série de treize observations, dont deux personnelles, avec un index bibliographique un peu incomplet. (*Thèse de Paris, 1886, n° 78.*)

M. NATIER

De l'angine dite de Ludwig, par le Dr CHABROL (1).

La première citation de cette maladie remonte à 1836 et est due au professeur Ludwig, de Stuttgart. En la comparant à l'érysipèle, cet auteur plaça d'emblée dans le cadre des affections malignes la maladie qu'il décrivait. Cette idée de malignité fut admise sans conteste par les contemporains de Ludwig. Mais survint la période de réaction qui, du reste, dure encore et qui veut faire rentrer cette affection dans les processus communs, vulgaires. En France, M. Tissier qui a publié sur ce sujet une série d'articles (*Progrès méd. 1886*) pense qu'on a maladroitement appliqué à des cas différents, le nom d'angine de Ludwig et que souvent il ne s'agit que d'un adéno-phlegmon vulgaire. L'angine sous-maxillaire infectieuse aurait au contraire une étiologie, une marche et des signes

(1) A. Parent, imprimeur. A. Davy successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.)

tout spéciaux ; et c'est à cette opinion que se range M. Chabrol.

Les prodromes de l'angine de Ludwig sont en général légers et passent souvent inaperçus, puis au bout d'un ou deux jours apparaissent les symptômes caractéristiques de l'affection. C'est d'abord une tuméfaction indolore en avant de l'angle du maxillaire, au-dessous de la branche horizontale et au niveau de la glande sous-maxillaire. Surviennt alors des signes douloureux du côté de la bouche qui vont s'accentuant sans cesse. Bientôt la tuméfaction contourne la symphyse mentonnière et s'étend du côté opposé, remonte vers la région parotidienne d'une part et descend d'autre part au-devant du canal trachéo-laryngien qu'elle vient comprimer. Plus tard, arrivera la gangrène envahissante, progressive, en même temps que l'aggravation des symptômes généraux conduira à l'état typhoïde adynamique complet. Le sujet menacé d'asphyxie a la voix rauque, inintelligible et sourde ; l'alimentation est impossible, le pouls s'accélère. En même temps, soit spontanément, soit par l'intervention, les plaques gangreneuses laissent écouler un liquide grisâtre, horriblement fétide, rempli de détritus noirâtres.

Dans plus de la moitié des cas, la mort est la terminaison fatale. Quand survient la guérison, c'est ordinairement à la suite d'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ; il y a atténuation des symptômes généraux, tandis qu'au contraire les symptômes locaux restent longtemps stationnaires.

L'auteur rapporte ici une série de sept observations avec trois cas de mort survenus soit par aggravation des symptômes généraux, soit par infection, soit enfin par asphyxie.

Cette maladie à allures aussi spéciales, où l'on rencontre une induration pierreuse, faisant corps avec le maxillaire sans fluctuation, se terminant par la gangrène avec un état grave infectieux, semblerait ne devoir en rien prêter à la confusion. Cependant, outre les embarras du début qui peuvent permettre la confusion avec un commencement de scarlatine, d'érysipèle, d'angine infectieuse, il faudra encore faire le diagnostic avec : 1^e *Maladies locales, inflammations simples* (fluxions dentaires, phlegmon traumatique, phlegmon large du cou, de

Dupuytren, phleg. hygroma thyro-hyoïdien, infl. de la bourse séreuse de Fleischmann, ostéo-périostite du max. inférieur) ;
2° *Maladies infectieuses et microbiennes* (adéno-phlegmon, amygd. suppurée et péri-amygd., amygd. infectieuse, oreillons).

Au point de vue anatomo-pathologique, on a rencontré le tissu cellulaire altéré depuis la simple rougeur jusqu'à la gangrène. Les muscles sont dissociés, l'atmosphère celluleuse des ganglions lymphatiques se ramollit rapidement. Inflammation des vaisseaux artériels et veineux. La glande sous-maxillaire peut être saine ou au contraire gangrenée. Du côté du larynx on a trouvé de la rougeur des nerfs vague et récurrent avec injection du névrilème, sans grandes lésions des muqueuses laryngo-trachéales. D'autres fois, les lésions musculaires peuvent aller jusqu'à la destruction.

On trouve encore des lésions du côté des plèvres, du péricarde, du péritoine, des ventricules cérébraux. L'examen histologique a révélé la présence de fibrilles conjonctives dissociées et de débris de tissu musculaire; on a encore trouvé de nombreux micro-organismes.

D'accord avec Roses et Tissier et s'appuyant aussi sur une observation du Dr Delorme, M. Chabrol admet la nature contagieuse de l'angine de Ludwig. Quant à la nature de l'agent pathogène, elle est encore indéterminée. L'angine de Ludwig est surtout fréquente de vingt à trente ans, elle se rencontre surtout dans le sexe masculin plus exposé aux causes de contagion; elle surviendrait à la suite de refroidissements répétés.

Comme traitement, antisepsie rigoureuse de la bouche, médicaments toniques et antizymotiques, large incision anti-septique de la région sous-maxillaire, drainage et pansement de Lister.

Un index bibliographique de deux pages termine ce travail.
(*Thèse de Paris, 1887, n° 987.*)

M. NATIER.

Epithélioma de la langue, par le professeur VERNEUIL.

M. Verneuil rappelle avec quelle facilité récidivent les épithéliomas de la langue. Il croit nécessaires les larges sacri-

fices surtout dans certaines variétés de cancer alors que le néoplasme commence par les parties latérales de l'organe au niveau de son tiers moyen, puis envahit latéralement les parties voisines et atteint successivement le plancher de la bouche et le maxillaire. Dans ces cas, le professeur Verneuil enlève en même temps que la langue malade toute la partie du maxillaire qui a contracté des adhérences avec elle. De cette façon, on fait à ciel ouvert l'exploration du mal et les suites opératoires seraient beaucoup plus simples. La survie serait plus longue, car il aurait vu des malades rester quatre ans sans récidive.

M. Bouilly ne croit pas les chances de survie notablement augmentées par ce procédé, car il reste toujours la récidive ganglionnaire sur laquelle cette grave opération ne saurait avoir d'influence.

Comme M. Verneuil, *M. Marc Sée* croit que le maxillaire atteint par le néoplasme doit être enlevé. *M. Polaillon* partage aussi cette opinion. (*Société de chirurgie de Paris*, séance du 24 novembre; *Sem. méd.* du 1^{er} décembre 1886.)

M. NATIER.

Sur un cas de défaut de développement des organes sexuels, associé à une absence congénitale des amygdales, par A. P. GOULD.

Il s'agit dans cette observation d'un homme de trente-sept ans, grand de six pieds, élancé, cheveux blonds, efféminé, visage doux, avec une voix d'enfant et pas un poil de barbe. Il avait un penis très petit, des testicules aussi très petits mais l'épididyme droit volumineux, ce que M. Gould attribuait à un coup reçu par l'enfant, alors qu'il était âgé de sept ans. A peine si on pouvait sentir la prostate à travers le rectum; quant aux vésicules séminales, impossible de les sentir. Cet homme n'avait point de désirs sexuels; le seul signe de l'activité sexuelle, se traduisait chez lui par un léger priapisme. Il existait une hernie du côté droit.

Comme amygdales, il n'en existait que des traces.

Voilà un cas qui, au dire de M. Gould, soulève la question

de savoir s'il existe une étroite relation entre les amygdales et les testicules. Il est, en effet, de tradition populaire que l'excision des amygdales avant la puberté met en danger la virilité, et le Dr Shorthouse, cité par le Dr Ogle, considérait le fait comme fréquent. L'atrophie des amygdales et la disparition des atteintes répétées d'amygdalite à la puberté, étaient en effet considérées comme des conséquences de la maturité sexuelle. D'un autre côté, au Zanzibar, où tous les enfants ont les amygdales enlevées, les testicules sont parfaitement développés, et l'opération est maintenant de pratique si courante, qu'elle servirait à prouver surabondamment qu'elle n'a aucun résultat fâcheux sur le développement sexuel. L'ablation d'un organe développé diffère beaucoup de son développement imparfait; aussi dans les deux cas, les résultats sont-ils différents. (*Med. Press and circular*, 13 octobre 1886, et *The med. Analect. N.-Y.*, nov. 1886.)

M. NATIER.

Contribution à la thérapeutique des amygdalites aiguës,
par le Dr A. LEBRUN.

Partisan des idées microbiennes, M. Lebrun les a appliquées au traitement des amygdalites aiguës. Il a d'abord prescrit avec succès des gargarismes à l'acide borique, mais il aurait encore obtenu un meilleur résultat des badigeonnages avec le collodion iodiformé. Aussi est-il bon de préconiser ce traitement dans des cas analogues. (*La Clinique*, 13 janv. 1887, n° 2.)

M. NATIER.

Fibrome pharyngo-laryngé volumineux. — Guérison (A Large pharyngo-laryngeal fibroma; Cured), par le Dr E. FLETCHER INGALS.

E. G..., quarante-sept ans, est malade depuis deux ans; il se présente au Dr Fletcher Ingals, le 7 janvier 1886, porteur, d'après le Dr Enfield qui l'envoie, d'un fibrome laryngien, dont une partie a été enlevée quelques mois auparavant par un chirurgien, mais l'amélioration obtenue n'a pas persisté, la tumeur ayant continué à s'accroître. Au laryngoscope on voit une tumeur volumineuse remplissant le laryngo-pharynx et le vestibule; elle cache le larynx tout entier à l'exception

de l'épiglotte. Une petite ulcération existe à la surface supérieure de la tumeur et paraît être le résultat de quelque application caustique.

Un petit lobe de la tumeur paraissant situé immédiatement au-dessous et en dedans du repli ary-épiglottique est enlevé à l'aide de l'écraseur, il se fait un léger écoulement de sang. L'examen du néoplasme révèle une texture fibroïde mais non complètement fibreuse. Le lendemain, ablation d'une nouvelle portion de la tumeur, celle-ci très nettement fibreuse. Les jours qui suivirent, d'autres portions furent enlevées, et le malade complètement débarrassé de sa tumeur qui s'insérait sur le côté droit du pharynx à un demi-pouce au-dessus du repli ary-épiglottique droit; depuis lors, la production n'a montré aucune tendance à récidiver. (*Journ. of the Amer. Med. Association*, 16 oct. 1886.) D^r J. CH.

Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies, par le Dr Albert RUAULT.

C'est à la dose de 4 à 6 grammes au moins et chez des personnes atteintes de rhume vulgaire que l'auteur a administré le benzoate de soude. Il l'a d'abord prescrit à la période dite de coction et a cru remarquer qu'il abrégeait notablement la durée de la maladie. Plus tard, il l'a prescrit dès le début et a pu de la sorte hâter manifestement l'évolution de l'affection.

Une seule fois il a obtenu des résultats incontestables dans le cas de laryngite catarrhale, aiguë, simple, primitive. Dans l'angine érythémateuse on voit disparaître la rougeur, la sécheresse et la douleur à la déglutition.

S'il est vrai qu'il ne saurait recommander l'emploi du benzoate de soude dans la laryngite catarrhale chronique et dans la bronchite chronique, il en est tout autrement dans les cas de coryza chronique simple et dans quelques formes d'angine chronique où les résultats obtenus sont très satisfaisants.

Il n'a pas eu l'occasion d'en prescrire l'emploi dans le

traitement de la diphtérie et de vérifier ainsi les bons effets qu'en auraient obtenus Litzerich et M. Paul Le Gendre.

Jamais il n'a vu d'accidents survenir à la suite de son administration; un seul reproche pourrait lui être adressé, c'est sa saveur à la fois piquante et douceâtre qui donne parfois des nausées à certains malades et empêche d'en continuer l'emploi. Cependant, à l'aide de certains correctifs on peut arriver à une tolérance convenable.

L'usage du benzoate de soude aux doses indiquées par l'auteur ne saurait à son avis être continué pendant plus de 12 à 13 jours consécutifs. (*France méd.*, 1^{er} et 4 janvier 1887, n°s 1 et 2. Communication à la Société clinique de Paris.)

M. NATIER.

Œdème de la glotte ayant causé la mort chez un nouveau-né,
par le D^r H. Voet (de Bergen).

Une dame, de santé excellente, avait eu ses deux derniers enfants mort-nés, une petite fille bien formée naquit avec une anasarque généralisée; elle mourut trois quarts d'heure après sa naissance, après avoir en vain fait plusieurs grandes inspirations pour permettre à l'air d'arriver dans les poumons. A l'autopsie, on trouva de l'ascite avec adhérence de la face convexe du foie au diaphragme; le larynx était complètement obstrué par une infiltration œdématueuse considérable des replis ary-épiglottiques. Le placenta était aussi œdématié. L'auteur croit que tous ces accidents sont imputables à l'occlusion trop précoce du trou de Botal. (*Norsk. Magaz. for. Læger*, septembre 1886 et *Revue int. des Sc. méd.*, 31 oct. 1886, n° 34.)

M. N.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Abercrombie (J.) et **Gay** (W.). — Trois cas aigus d'ulcération tuberculeuse de l'arrière-gorge (*Brit. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Ariza. — Pharyngite granuleuse. Laryngite folliculaire. Hypertrophie amygdalienne. Traitement (*Anales de Otol. y Laring.*, 1887).

Ayasa (Abel). — Sur les tumeurs du pharynx (*Annales del Circ. med. Argent.*, Buenos-Ayres, avril 1887).

Baker. — Traitement de l'amygdalite (*Brit. med. Journ.*, 9 avril 1887).

- Bateman. — Un cas de logonévrose épileptique (*Encephale*, janv.-févr. 1887, n° 4, p. 5).
- Berg. — Du cancer de la langue et son traitement (*Svenska Lakaresells-kapets Færhandlingar Hygtee*, p. 125, 1886).
- Blaxam. — Restauration de la bouche (*Med. Soc. of London, in. Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887, p. 679).
- Boiwreman-Jessel. — Sur un cas de sarcome myéloïde, ayant envahi les deux maxillaires supérieurs, la voûte palatine et le voile; extirpation, etc. (*The med. bulletin*, n° 4, avril 1887).
- Bruce Clarke. — Observation de kyste sanguin de la langue (*Med. Soc. of London, in. Brit. med. Journ.* et *The Lancet*, 30 avril 1887).
- Bruneau. — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche (*Thèse Paris*, 21 mars 1887).
- Butlin. — Sarcome de la langue. Extirpation de la moitié, guérison, remarques (*The Lancet*, 26 mars 1887, p. 623).
- Butlin (Heinr.). — Les maladies de la langue (Vienne, 1887, *Wilhelm Braumüller*).
- Cazin. — L'amygdalotomie sous le chloroforme (*Société de chirurgie*, séance du 27 avril 1887).
- Clinton Wagner. — Hémorragie alarmante après l'amygdalotomie, arrêtée par la torsion de l'artère (*The N.-Y. med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Corfield. — Mal de gorge causé par le gaz (coalgas) (*Soc. of med. office of Health in Brit. med. Journ.*, 30 avril 1887, p. 938).
- Diaz Illera (M.). — Adhérences de la langue (*El siglo med.*, 27 mars 1887).
- Easby. — Amygdalite (Cambridge. *Med. Soc., in Brit. med. Journ.*, p. 680, 26 mars 1887).
- Erben. — Paralysie unilatérale du pharynx, du larynx et paralysie bulbaire (*Wien. med. Blätter*, X, 1, 2, 1887).
- Farlow. — Sur cinq cas d'artères volumineuses battant sur la paroi postérieure du pharynx (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 2 avril 1887).
- Faucon. — Epithélioma et psoriasis lingual (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 25 mars 1887).
- Fux. — Anesthésie avec la cocaine dans une opération sur la langue (*Wien. med. Woch.*, n° 14, 1887).
- Gréville. — Un nouvel uvulotome (*The Lancet*, 7 mai 1887).
- Havilland Hall. — Ulcération du palais et du pharynx (*The Lancet*, 2 avril 1887, p. 680).
- Hiram Corson. — Le « Rhus glabrum » contre la stomatite (*The med. and. surg. Rep.*, 12 mars 1887).
- Kohler. — Statistique des coups de feu de la voûte palatine (*Deuts. Ztsch. f. Chir.*, XXIII).
- Hope (Geo. B.). — Un cas d'adhérence cicatricielle complète du voile du palais à la suite d'une ulcération syphilitique congénitale. Restauration opératoire (*Quarterly Bullet. clin. Society, Post-Graduate School and Hospital. N.-Y.*, oct. 1886).
- Hope. — Un amygdalotome perfectionné (*N.-Y. med. Journ.*, 19 mars 1887, p. 327).
- Kummel. — Uranoplastie à l'aide de l'anesthésie par la cocaine (*Aerzts Verein in Hamburg, in Deutsch. med. Woch.*, n° 6, 1887).
- Lafitte. — Fièvre typhoïde, plaque de gangrène du pharynx, etc. (*Journ. des Conn. méd.*, 14 avril 1887).

- Lange.** — Sarcome du pharynx, ablation par résection partielle et désarticulation du maxillaire inférieur (*N.-Y. surg. Soc.*, 23 févr., et *Med. news*, 19 mars 1887).
- Le Bec.** — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais, restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibro-muqueuse, guérison (*Gaz. des Hôp.*, 26 avril 1887).
- Legal.** — Une cause fréquente de céphalalgie pharyngo-tympanique (*Deuts. Archiv. f. Klin. medizin.*, XL, janvier 1887).
- Lennox-Browne.** — Lympho-sarcome de l'amygdale (*Med. Soc. of London, in The Lancet*, 2 avril 1887).
- Liégeois.** — Cancroïde de la lèvre et chlorate de potasse (*Bullet. méd. des Vosges*, janv. 1887).
- Lockwood.** — Un moyen d'arrêter l'hémorragie pendant les opérations faites sur la langue (*Med. Soc. of London et in The Brit. med. Journ., The Lancet*, 23 avril 1887).
- Luc.** — Dilatateur pharyngien (*Journ. of Laryng.*, avril 1887, n° 4, p. 132).
- Marone (A.).** — Adénome occupant la voûte et le voile du palais (*Riforma medica*, n° 243, 1886).
- Monod.** — Ulcération du pharynx (*Soc. de méd. et de ch. de Bord.*, 1^{er} avril 1887).
- Morrow (Prince A.).** — Keratosis follicularis, avec un état fissuré de la langue et de la leucoplasie buccale (*Journ. of cutaneous and venereal diseases*, n° 9, sept. 1886).
- Nivet.** — Ulcération consécutive à un abcès de la glande de Bartholin, simulant un cancer simple (*Ann. de dermat. et desyphil.*, VIII, 7, 8, p. 423, 1886).
- Ortolani.** — Une étrange blessure de la langue (*Progreso medico*, an. I, n° 7, Naples, 1^{er} avril 1887).
- Orwen (E.).** — Un cas de syphilis héréditaire (*Hawelian Soc. of London, in Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Patrzek.** — Un cas de luette double (*Deutsch. med. Zeit.*, n° 29, 14 avril 1887, p. 338).
- Philipps.** — Contribution à l'étude des maladies de la luette (*N.-Y. Acad. of med., in the N.-Y. med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Pollak (Rotterdam).** — Contribution à l'étude des calculs salivaires (*Neeblad van Het Nederlandsch. Fijdschrift voor geneesvunde*, n° 7, 1887).
- Rabitsch (Josef).** — Un cas de syphilis primitive de l'amygdale (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 17, 23 avril 1887, p. 306).
- Rossbach.** — Importance physiologique des leucocytes issus des amygdales et des glandes folliculaires de la langue (*Sechster Kongress f. inn. med. Wiesb.*, 13-16 avril, in *Deuts. med. Ztg*, n° 34, 28 avril 1887, p. 397).
- Santvoord.** — Tuberculose probable du pharynx chez un enfant de huit mois (*The med. Rec.*, 26 mars 1887).
- Schech (Ph.).** — De la langue noire (*Münch. med. Wochensch.*, n° 14, 5 avril 1887, p. 253).
- Schiffers.** — Amygdalotomie (*Mémoires de la Soc. de méd. de Strasbourg*).
- Schwimmer.** — La papayotine dans les fissures de la langue (*Journ. of amerie. med. Assoc.*, 26 mars 1887, anal.).
- Seifert (Otto).** — Hypertrophie des glandes folliculaires de la langue (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 49, p. 344, 9 mai 1887).
- Selle.** — Extraction d'une lame de couteau du voile du palais (*Jahresbericht der Gesellsch. Natur. u. Heilk. Dresden*, p. 444, 1885-86).

Tommasoli. — La cataracte des moissonneurs. Considérations sur une affection spéciale de la lèvre inférieure étudiée la première fois par le Dr Moretti (*Riv. clinica*, n° 2, 1887).

Témoin. — Abcès rétro-pharyngiens : deux cas d'incision suivis de phénomènes d'asphyxie (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, avril 1887, p. 472).

Verneuil. — Tumeur à myéoplaxie de la voûte palatine (*Gaz. des Hôpital.*, 7 avril 1887).

Weinlechner. — Statistique de carcinomes de la langue (*Wien. med. Blätter*, n° 4, 1887).

Wolff (J.). — Uranoplastie et staphylographie chez les enfants (*Kongress de Deuts. Gesellsch.*, Berlin, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg*, n° 33, 25 avril 1887, p. 384).

Nez et Pharynx nasal.

Baber (Creswell). — Excision d'une partie cartilagineuse saillante de la cloison des fosses nasales (*Brit. Med. Journ.*, 8 janv. 1887).

Baber (Creswell). — Rhinolithe (*The Lancet*, 16 avril 1887).

Baratoux. — Des végétations adénoides (*La Pratique médicale*, n° 13, 10 mai 1887).

Baumgarten (E.). — Des causes de la déviation de la cloison des fosses nasales (*Deuts. Med. Woch.*, n° 22, p. 343, 1886).

Bertillon (Alph.). — La morphologie du nez (*Revue d'Anthropologie*, n° 2, 15 mars 1887, p. 158).

Beverley-Robinson. — Inflammation de l'antre d'Highmore (*The N.-Y. Med. Journ.*, 2 avril 1887).

Boerne Bettman. — Rapport entre les maladies des yeux et du nez (*The Med. and Surg Report*, 12 mars 1887).

Bowil (Edw.). — Un cas de rhinolithe (*Brit. Med. Journ.*, 16 oct. 1886).

Bresgen (Max). — Les amygdales pharyngiennes, leurs maladies, leur traitement (*Deuts. Med. Woch.*, n° 5, p. 86, 3 fév. 1887).

Bresgen (Max). — Simples réflexions sur le gonflement de la muqueuse nasale dans le décubitus latéral (*Deuts. med. Wochensch.*, n° 47, 28 avril 1887, p. 360).

Bresgen (Max). — Rapports entre les affections de la muqueuse nasale et l'asthme et leur traitement chirurgical (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 371, 1886).

Briggs (J.-R.). — Obstruction des voies aériennes supérieures traitée par l'électrolyse (*Texas Courrier of med.*, déc. 1886).

Cartaz. — Un cas de rhinite professionnelle (arsenical) (*La France méd.*, n° 56, 12 mai 1887).

Chatellier. — Asthme de foin et lésions nasales (*Soc. Anat. de Paris*, 25 mars 1887).

Clarence (C. Rice). — Quels sont les cas de catarrhe nasal qui réclament un traitement chirurgical ? (*N.-Y. med. J.*, 7 mai 1887).

Clay. — Rhinolite (*Midland med. Soc.*, 16 mars 1887).

Coriveaud. — Note sur un cas de convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 41, 8 mai 1887).

Cozzolino. — De l'alcool éthylique dans les maladies de la muqueuse nasale, naso-pharyngienne et laryngienne (*Arch. Ital. di laryng.*, fasc. 2, avril 1887).

Deakley Rood. — Un cas d'épistaxis grave (*The med. Rec.*, 7 mai 1887).

- Derpoel (Van). — Un cas de corps étrangers du nez et de l'antre d'Highmore (*The N.-Y. med. J.*, 16 avril 1887).
- Dittrich. — A propos du rhinosclérome (*Verein Deuts. Aerzte in Prag. Sitzung, vom 18 mars 1887, in Wiener med. Press.*, n° 18, mai 1887).
- Doutrelepont. — Traitement du rhinosclérome (*Deuts. med. Woch.*, n° 5, p. 85, 3 fév. 1887).
- Fischer (E) et Penzoldt. — De la délicatesse du sens de l'odorat (*Sitzungsberichte d. physik. med. Societat in Erlangen*, Heft 18, 1886).
- Frankel (B.). — De l'empyème du sinus maxillaire (*Berl. Klin. Woch.*, n° 16, 18 avril 1887).
- Frontis. — Le coryza et son traitement (*New-Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril 1887).
- Pluyette. — Des fibromes naso-pharyngiens chez la femme (*Rev. de Chirurg.*, 40 mars 1887).
- Genzmer. — Sur les déformations de la cloison du nez (*Kongress der Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril 1887, *in Deuts. med. Ztg.*, n° 33, 25 avril 1887, p. 383).
- Guranowski. — Chancre mou du nez et de l'oreille moyenne (*Deutsch. med. Zeit.* n° 3, p. 203, 1887).
- Gruget. — Tumeur du dos du nez (*Soc. Anat. de Nantes* 23 mars *in Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1887).
- Harwood. — Erysipèle du nez avec hémorragie intestinale (*The American practit. news*, n° 33, 30 avril 1887).
- Hedinger. — De la rhinologie (*Württemb. med. Corresp. Blatt*, nos 32-34, 1886).
- Higgens (C.). — Cas de sarcome pulsatile de la fosse nasale gauche avec propagation au sinus maxillaire et à l'orbite (*Guy's Hospital Reports*, série III, vol. XXVIII, p. 91, London, 1886).
- Hope (G.-B.). — Un nouveau serre-nœud (*Chir. Soc. of N.-Y.*, 5 février, *in N.-Y. med. Journ.*, 19 mars 1887, p. 327).
- Kundrat. — Fissures du nez et de la face (*Wien. med. Woch.*, n° 6, 1887).
- Johnston (S.). — Un cas de tumeur naso-pharyngienne (*N.-Y. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Jarvis (W.-Ch.). — Nouvelle méthode pour redresser les déviations de la cloison avec un moteur électrique, etc. (*The med. Rec. N.-Y.*, 9 avril 1887).
- Lannois. — Les végétations adénoïdes du pharynx (*Lyon méd.*, n° 14, 3 avril 1887, p. 486).
- Lairand. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Journ. des sc. méd de Lille*, 15 avril 1887).
- Logan (J.-E.). — Quelques cas de « hay-fever » avec complications (*Kansas City med. Rec.*, oct. 1886).
- Loumeau. — Tumeur primitive des fosses nasales (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 avril 1887).
- Loewenberg. — Question de priorité à propos du coecus de l'ozène (*Deuts. med. Woch.*, n° 26, p. 446, 1886).
- Lublinski. — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deutsc. mediz. Ztg.* n° 24, 24 mars 1887, p. 275).
- Luc. — Abscès fétide du sinus maxillaire gauche simulant un ozène ouverte par l'alvéole (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mars 1887).
- Mikulicz. — Traitement chirurgical de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Arch. f. Klin. Chir.*, XXXIV Bd., 3 H., 1887).

- Morelli.** — Un cas de rhinolithie (*Pester med. chir. Presse*, n° 4, 1887, *Exce p. aus orvosi Hetilap.*, n° 52, 1886).
- Mulchaud.** — Rhinoplastie (*Indian med. Gaz.*, mai 1886).
- Noquet.** — Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bulletin médical du Nord*, n° 3, mars 1887).
- Noquet.** — Quelques considérations sur la rhinite atrophique (*Revue mens. de laryng., etc.*, n° 5, 1887).
- Ralph W Seiss.** — Du thymol dans le traitement du coryza atrophique (*Med. news*, 2 avril 1887).
- Raymond (Paul).** — De l'épithelioma développé sur le lupus vulgaire en évolution (*Annales de dermat. et de syphil.*, n° 3 et 4, 23 mars, 23 avril 1887).
- Scanes Spicer.** — Polype malin du nez (*W. London med. Chir. Soc. in Brit. med. J.*, 23 avril 1887).
- Schoëffer (Max) et Nasse (Dietrich).** — Gomme tuberculeuse du nez (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 14 avril 1887, p. 308).
- Schwabach.** — La bourse pharyngienne (*Archiv. f. mikrosk. Anat.*, XXIX Bd., 1887).
- Smyke.** — Distension de l'antre d'Highmore (*South Ind. branch*, 4 février, in *Brit. med. J.*, 7 mai 1887).
- Starky.** — Quelques modifications dans le traitement du rétrécissement du canal nasal (*The med. and. surg. Report*, 12 mars 1887).
- Storchi.** — Polype naso-pharyngien, cause d'accès épileptiforme, extirpation, guérison (*Spallanzani*, Rome, 1886, p. 462).
- Verneuil.** — Traitement de certaines épistaxis rebelles (*La Tribune médicale*, n° 977, 8 mai 1887).
- Weiss.** — Rhinolithie (*W. London med. Chir. Soc. in Brit. med. J.*, 23 avril 1887).
- Wolkowitsch (N.).** — Du rhinosclérome (*Wratsch.*, n° 47, 1886).
- Ziem.** — Des rapports entre le trachome de la conjonctive et la rhinite catarrhale (*Allgem. med. Central Ztg*, n° 23, 1886).
- X... —** Un cas de rhinolithie (*Wien. med. Woch.*, n° 45, 1887).

Larynx et Trachée.

- Annandale (Th.).** — Note sur la trachéotomie préliminaire pour certaines opérations (*Edimb. Med. Journ.*, mars 1887).
- Annibale.** — Deux trachéotomies (*Gaz. degli Ospit.*, 4 mai 1887).
- Astier.** — Du traitement de la phthisie laryngée (Paris, 1887, in-8°, 32 p.).
- Bilton Pollard.** — Difficulté d'établir la respiration après la trachéotomie (*Clin. soc. of London*, *Brit. med. Journ.* et *The Lancet*, 30 avril 1887).
- Bosworth.** — Valeur pratique de nos méthodes actuelles pour traiter les voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Bouchut.** — Tubage du larynx remplaçant la trachéotomie dans l'asphyxie du croup (*Paris méd.*, n° 23, 26 mars 1887).
- Bouju.** — Note sur un cas de mort par hémorragie secondaire au huitième jour après la trachéotomie (*La Normanlie méd.*, n° 40, 13 mai 1887).
- Bowditch.** — Action de l'éther sulfurique sur le système nerveux périphérique (*The Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1887).
- Bresgen.** — Un cas de spasme de la glotte, consécutif à un anévrysme de l'aorte (*Berl. Kl. Woch.*, n° 8, 1887).

- Barbacci (O.). — Contribution expérimentale à la physiologie du nerf laryngien supérieur (*Gazetta degli Ospitali*, an VIII, nos 23 et 24, mars 1887, Milan).
- Brown-Sequard. — Sur les divers effets d'irritation de la région cervicale antérieure et en particulier de la perte de sensibilité et de la mort (*Acad. des sc. in France méd.*, 19 avril 1887).
- Brunn. — Traitement de la laryngite tuberculeuse (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, p. 404, 12 mai 1887).
- Bryson-Delavan. — Erysipèle des voies aériennes supérieures, observations (*The med. Rec.*, 23 avril 1887).
- Caillé. — Tubage du larynx, guérison (*The med. Rec. N.-Y.*, 19 mars 1887).
- Cardone (F.). — Notes de la clinique de laryngologie de l'Université de Naples (*Riforma medica*, an III, n° 79, Naples, 1887).
- Clarence G. Rice. — Des rapports de la phthisie laryngée et pulmonaire, importance du traitement local (*The med. Rec.*, 23 avril 1887).
- Coffart et Ehrard. — Polype de la trachée (*Soc. de méd. de Reims in Un. méd. du Nord-Est*, 15 avril 1887).
- Cheadle. — Clinique sur la pathologie et le traitement du laryngisme (*The Lancet*, 7 et 14 mai 1887).
- Curtis. — Note concernant quelques points de la pratique laryngo-rhinologique (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Davies. — Abcès sous-glottique (*South Wales and Monmouthsh. br. in Brit. med. Journ.*, 14 mai 1887).
- Denison (Ch.). — Mon premier tubage du larynx (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887).
- Donaldson. — L'épiglotte et ses fonctions (*Weekly. med. Rev.*, janvier 1887, Anal. in *Gaz. degli Ospitali*, 6 avril 1887).
- Egidi (F.). — Trachéotomie rapide par le procédé de Saint-Germain (*Gaz. med. di Roma*, avril 1887, fasc. 7).
- Fauvel. — Cas unique de corps étrangers (dentier) dans les voies aériennes supérieures (*New-York med. monthly*, mars 1887).
- Felici. — Paralysies et crises laryngées comme élément de diagnostic de l'ataxie locomotrice au début (*Arch. ital. di Tar.*, fasc. 2, avril 1887).
- Flesch. — Du spasme glottique (*Berl. Klin. Woch.*, n° 13, 1887).
- Ganghofner. — Présentation d'un papillome du larynx (*Verein Deuts. Aerzte in Prag. in Wiener med. Woch.*, n° 12, 1887).
- Gardner. — Excision du larynx (*The Lancet*, 7 mai 1887).
- Garel. — Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorragique (*Rev. mens. de laryng.*, n° 5, et *Ann. des mal. de l'or.*, n° 5, 1887).
- Garel. — Fraise pour le raclage des cordes vocales (*Revue mens. de laryng.*, n° 5, mai 1887).
- Gerster (Arpad G.). — Extirpation unilatérale du larynx avec un cas de guérison (*Ann. of Surgery*, vol. III, p. 20, 1886).
- Gleitsmann. — Exhibition d'un malade auquel on a enlevé une partie du larynx (*The N.-Y. med. journ.*, 16 avril 1887).
- Gouguenheim. — Glottes supplémentaires (*Rev. mens. de laryng.*, et *Annal. des mal. de l'or.*, n° 5, 1887).
- Gouguenheim. — Traitement local de la phthisie laryngée (*Rev. génér. de Clin. et de Thérapeut.*, 24 mars 1887).
- Hayes Agnew. — Excision du larynx et du pharynx (*Med. News*, 9 avril 1887).

- Hayes (Reginald A.).** — Papillome du larynx (Dublin, *Journ. of med. sc.*, septembre 1886).
- Hathaway.** — Suicide particulier en se coupant la gorge (*Brit. med. Journ.*, 30 avril 1887).
- Heschmann.** — Rétrécissement du larynx de cause incertaine (*Soc. anat. de Paris*, 25 mars 1887).
- Henschen.** — Hémiatrophie de la langue consécutive à une lésion bulbaire (*Upsala Lakareföreningens Förhandlingar*, Bd XXI, no 7, p. 347, 1886).
- Hering.** — Traitement chirurgical de la phthisie laryngée (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, no 5, 1887).
- Hierastosel.** — Deux cas de rétrécissement trachéo-bronchique (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, no 4, avril 1887).
- Hinkel (F.-W.).** — Court aperçu historique de la laryngologie (*Med. Press of Western N.-Y.*, oct. 1886).
- Hoadley.** — Modification du tubage du larynx, nouvel instrument (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887).
- Hope (G.-B.).** — Modification opératoire dans le cas de sténose laryngée de nature paralytique (*N.-Y. Med. Journ.*, 20 nov. 1886).
- Houzel.** — Quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation (*Soc. chir. de Paris*, 30 mars 1887, rapport Le Dentu, et disc.).
- Isch-Wall.** — Tubage du larynx (*Revue analyt. in Progrès méd.*, 30 avril 1887).
- Jacob (Ernest).** — Papillome du larynx (*Brit. med. Journ.*, 20 nov. 1886).
- Jarvis (Ch.).** — Applications topiques dans les voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Katzenbach.** — Phthisie laryngée et pulmonaire (*N.-Y. med. Journ.*, 26 mars 1887, p. 356).
- Krause (Ed.).** — Tabes dorsal compliquée d'arthrite et de paralysie vocale (*Berl. Klin. Woch.*, no 43, p. 744, 1886).
- Krause (F.).** — Thérapeutique des affections des voies respiratoires (*Monats. f. Ohrenheilk.*, no 3, mars 1887, p. 65).
- Landgraf.** — Du cathétérisme des voies aériennes supérieures (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 6/87).
- Le Dentu.** — Trachéotomie et chloroforme (*Soc. de Chir.*, 20 avril 1887).
- Le Dentu et Terrier.** — Trachéotomie avec chloroformisation (*Soc. de Chir.*, Paris, 30 mars et 7 avril 1887).
- Liégeois.** — Epithélioma du larynx et teinture de thuya (*Bullet. méd. des Vosges*, janvier 1887).
- Luc.** — Du tubage laryngé appliqué au traitement du croup et des sténoses aiguës du larynx en général (*Le Bulletin médical*, no 20, 8 mai 1887).
- M...** — Traitement local de la phthisie laryngée (*The Journ. of laryng.*, mai 1887).
- Mackensie (Hunter).** — Laryngite et ses suites (*Edimb. med. Journ.*, janvier 1887).
- Marynx.** — Larynx tuberculeux (Présentation) (*Soc. anat.-pathol. de Bruxelles*, 6 mars 1887).
- Mason (G.).** — Tubage du larynx (*Med. News*, 26 mars 1887).
- Massei (F.).** — Notions générales de thérapeutique dans les maladies laryngées (suite) (*Il Morgagni*, no 4, Naples, 1887).
- Massei.** — Sur un cas de paralysie laryngée d'origine centrale (*Arch. ital. de lar.*, fasc. 2, avril 1887).

- Milhaud.** — Localisation symétrique de la faculté du langage articulé dans les deux hémisphères cérébraux (*Thèse de Montpellier*, 1883-1886).
- Moure.** — Importance de la laryngologie. Ses principales applications (Leçon recueillie par Natier) (*Journal de méd. de Bordeaux*, n° 42, 15 mai, et *Gaz. hebd. des sc. méd.*, 15 mai 1887).
- Mulhall (J.-C.).** — De la voix comme mauvais guide pour le diagnostic des affections laryngées (Saint-Louis, *Courrier of Med.*, nov. 1886).
- Nota (O.).** — Deux trachéotomies : notes cliniques (*Gazzetta degli Ospitali*, an. VIII, n° 36, Milan, 10 mai 1887).
- Ott (Adolf).** — Statistique des cas de paralysie des cordes vocales avec parésie de la sensibilité (*Prager medic. Wochensch.*, n° 13, 30 mars 1887).
- Ottave Barbacci.** — Contribution expérimentale à l'étude de la physiologie du nerf laryngé supérieur (*Gaz. degli Ospitali*, 23 et 27 mars 1887).
- Ottuszewski (W.).** — Contribution à l'efficacité de l'acide lactique dans la tuberculose laryngée (*Medycyna*, n° 7, 1887).
- Poirier.** — Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sous-glottique. Ganglion pré-laryngé (*Le Progrès médical*, n° 49, 7 mai 1887).
- Porter (Wm).** — Erysipèle des voies supérieures (*New England med. monthly*, 15 nov. 1886).
- Pransberger.** — Etudes laryngologiques (*Deuts. med. Archiv. f. Klin. med.*, Bd XXXIX, 4 ft, 3 u. 4).
- Przedborski.** — Un cas de paralysie laryngée hystérique accompagnée d'aphonie et de dyspnée spasmodique (*Gazeta lekarska*, nos 51 et 52, 1886).
- Przedborski (A).** — Aphonie hystérique. Dyspnée spasmodique due à une affection nasale (*Gazeta lekarska*, n° 30, 1886).
- Raymondaud.** — Trachéotomie, discussion (*Sc. de m'd. et ph. de la Haute-Vienne*, in *Journ. de méd. et ph. de la Haute-Vienne*, n° 3, mars 1887).
- Roquer Casadesus (J.).** — Papillomes multiples, sténose laryngée considérable (*Revista de laring., ot., etc.*, n° 10, avril 1887).
- Rosenberg (A.).** — Du menthol dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 6 avril 1887, *Deuts. méd. Ztg*, n° 31, 1886, p. 358).
- Ross (James).** — Un cas de tabes avec crises laryngées (*Brain*, avril 1886).
- Schaeffer (Max) et Nasse (Dietrich).** — Gomme tuberculeuse du larynx. (*Deutsch. medic. Woch.*, n° 45, 14 avril 1887, p. 307).
- Schaeffer (Max).** — Traitement local des affections de la trachée et des bronches (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 4, p. 96, avril 1887).
- Schnitzler.** — De la simultanéité de la syphilis et de la tuberculose laryngée et de la transformation en ulcérations tuberculeuses des ulcérations laryngées (*Internat. Klin. Rundschau*, 3, 8, 1887).
- Schrötter (L.).** — Leçon sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx (1^{re} livraison, Vienne, 1887).
- Schrötter.** — A propos d'une opération d'un cas très rare de polype du larynx (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 60).
- Seifert.** — Extirpation d'un larynx tuberculeux (*Münch. med. Wochensch.*, n° 14, 5 avril 1887, p. 259).
- Simanowski (N.).** — Des opérations portant sur le larynx et le nez (*Trudi Obstsch. russ. Wrat.*, 1886. Pétersbourg).
- Smyth.** — Bronchocèle fibro-kystique (*South Indian branch.*, in *Brit. med. Journ.*, 30 avril, p. 938, 1887).

- Smith (A.). — Efficacité du traitement médical dans les maladies des voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Sokotowski (A.). — A propos de la curabilité et du traitement des ulcéractions tuberculeuses du larynx (*Medycyna*, n° 43, 1886).
- Solis Cohen (S.). — Un exemple d'infection directe des tissus par le tubercule (*Med. News Philadelphia*, 41 sept. 1886).
- Stoerck. — Moyen d'empêcher la formation des granulomes après la trachéotomie (*Wiener med. Woch.*, 1887, H. 1, 2, 3).
- Størk. — Présentation d'un malade auquel on avait deux ans auparavant enlevé un carcinome du larynx qui n'a pas encore récidivé (*K. K. Gesells. Aerzte in Wien.*, in *Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1887).
- Størk. — Présentation d'un miroir laryngien auquel est adaptée une petite lampe électrique (*Gesells. d. Aerzte in Wien.* 11 févr. 1887, *Wiener med. Woch.*, n° 7, 1887).
- Suckling. — Sténose syphilitique de la trachée (*Midland med. Soc.*, in *Brit. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Terrier. — La trachéotomie au chloroforme (*Soc. de chir.*, Paris, 6 avril 1887).
- Thomson. — Thérapeutique des voies aériennes supérieures (*The med. Rec.*, 30 avril 1887).
- Walford (W.). — Aphonie fonctionnelle chez un garçon (*Brit med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Whitehead (W.). — De la trachéotomie (*The Lancet*, 30 avril 1887).
- Wolfner (Antonin). — Chirurgie du larynx (Berlin, 1887, *August Hirschwald, Mk.*, 240).
- Wroblewski (Wt.). — Contribution au traitement de la phthisie laryngée au moyen de l'acide lactique (*Gazeta lekarska*, n° 43, 1886).
- X... — La laryngologie dans les pays scandinaves (*Internat. Central f. laryng., rhin., etc.*, n° 10, avril 1887, p. 359).
- X... — La pathologie et la physiologie des muscles du larynx (*Lancet*, 5 juin 1886).
- X.. — Papillome du cinquième anneau de la trachée (*Raccalglitore medico*, 3/87).
- Young. — Un nouveau traitement des plaies de la gorge pénétrant dans les voies aériennes (*Lancet, clinic.*, 5 mars, anal. in *Med. News*, 9 avril 1887, p. 405).

Oreille

- Ayres. — Catarrhe aigu de l'oreille (*New-Orleans Med. & Surg. Journ.*, avril 1887).
- Bacon (G.). — Rapport sur 21 cas de lésions traumatiques de l'oreille (*The N.-Y. med. J.*, 7 mai 1887).
- Barr (Th.). — Abcès du cerveau consécutif à une maladie d'oreille (*Brit. med. J.*, 2 avril 1887).
- Barth (A.). — Contribution à l'anatomie de l'oreille (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd XVII, III, u. IV H., p. 261, 1887).
- Baut (A.). — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la première moitié de l'année 1886. Anatomie normale et pathologique. Histologie et physiologie de l'oreille et du pharynx nasal (*Arch. of otology*, mars 1887).
- Berkhan. — Tentatives d'amélioration de la surdité, résultat de ces tentatives (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1887, n° 7).

- Blaud-Sutton.** — Adénite de l'oreille (*W. London med. chir. Soc.*, 4^e avril, in *Brid. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Boettcher.** — Revue des recherches nouvelles sur la structure du limacon, et quelques observations personnelles (suite et fin) (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIV Bd, 2, 3 H., 3 mars 1887).
- Bride (M.) et Miller.** — Diagnostic et traitement des abcès du cerveau dus aux maladies d'oreille (*Edimb. med. Journ.*, mai 1887).
- Buck (A.-H.)** — Opérations mastoïdes (*Medical sciences*, n° 4, 1887).
- Bull (C.-S.)** — Rapport du progrès d'otologie (*N.-Y. med. Journ.*, 2 avril 1887).
- Burckhardt-Merian (Alb.)** — Résultats statistiques sur l'importance diagnostique du signe de Rinne (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, XVII Bd, III u. IV, H., p. 453, 1887).
- Burnett.** — Qu'est-ce que la maladie de Ménière ? (*Polyclinic*, avril 1887).
- Burnett.** — Rapport sur le progrès de l'otologie (*Philadelphia med. Times*, 19 mars, 2 avril 1887).
- Caggin (D.)** — Fait curieux de surdité (*Boston med. a. surg. Journ.* 6 janv 1887).
- Caifassi (A.)** — Histoire clinique d'un cas de maladie de Ménière par traumatisme de l'oreille interne (*Bullet. delle mal. dell' orech.*, etc., n° 3, mai 1887).
- Chisolm (J.-J.)** — The presbyterian eye, ear et throat. Charity hospital f. Baltimore city. Revue mensuelle (*Maryland med. Journal*, 19 mars 1887).
- Chas-William.** — Trépanation de l'apophyse mastoïde (*The Lancet*, 14 mai 1887).
- Cousins (W.-J.)** — Bourdonnements, leur traitement par une nouvelle méthode. Injection et évacuation d'air alternées (*Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Cozzolino.** — L'oreille et la médecine légale et militaire. (*Il Morgagni*, n° 4, avril, Naples, 1887).
- Dubousquet-Laborderie et Baratoux.** — Greffe animale (myringoplastie) avec la peau de grenouille (*Acad. de méd.*, Paris, 22 mars 1887).
- Delie.** — Otorrhées compliquées (*Revue mens. de Laryng.*, etc., n° 5, mai 1887).
- Fataroff (D.)** — Muscles du pavillon et particularités du cartilage de l'oreille (*Archiv. f. Anat. u. Phys.*, H. 1).
- Felici (F.)** — Syphilis de l'oreille, plaques muqueuses du conduit (*Bullet. delle mal. dell' orech.*, etc., n° 3, mai 1887).
- Field.** — Exostose de l'oreille (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril 1887).
- Fischer (Fr.)** — Amélioration des hallucinations de l'ouïe sous l'influence d'un courant galvanique (*Arch. f. Psychiatrie*, Bd. XVIII, H. 4).
- Fitzgibbon.** — Trépanation pour une maladie de l'apophyse mastoïde avec aphasic et paralysie (*The Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1887).
- Foucher.** — De l'inflammation folliculaire du conduit auditif externe (*Union méd. du Canada*, mars 1887, n° 3).
- Gellé.** — Physiologie du limacon, étude expérimentale (*Soc. de Biologie*, 2 avril 1887).
- Giles.** — Notes sur trois cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, traités par l'acide borique (*Austral. med. Gaz. Sydney*, 1886-87, T. VI, p. 41).
- Gradenigo (G.)** — Pièces embryonnaires de l'oreille moyenne; de l'importance morphologique des osselets de l'ouïe (*Medizin. Jahrbüch.*, 1887, II, H, p. 61).

- Grüber (Jos.).** — Ouverture spontanée du temporal, son importance pour le traitement pratique de l'oreille (*Allg. Wiener mediz. Zeit.*, no 19, p. 223, 10 mai 1887).
- Guye.** — Traitement du catarrhe purulent de l'oreille et des trompes par les insufflations d'acide borique et autres antiséptiques (*Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskd.*, no 43, 1887).
- Hartmann et Schulle.** — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la première moitié de l'année 1886. Pathologie et Thérapeutique de l'oreille (*Arch. of Otology*, mars 1887).
- Harsant.** — Un cas de suppuration de l'oreille moyenne, thrombose et phlébite du sinus latéral, mort (*Brit. med. chir. Journ.*, no 45, mars 1887).
- Hedinger (A.).** — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'ouverture de la mastoïdite (*Ztsch. f. Ohrenh.* XVII, Bd III u., IV H., p. 237, 1887).
- Heiman.** — Sur la perforation de la membrane du tympan (*Gaz. lek. Wai-nawa*, 1886, p. 929, 2962 et suiv.).
- Hirtz.** — Catarrhe purulent de l'oreille moyenne, saignée tuberculeuse (*Soc. méd. des hôp.*, 8 avril, in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 14 avril 1887).
- Katz (L.).** — Des injections forcées d'eau dans l'oreille (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, 1887, fév., no 2, p. 34).
- Keller (G.).** — Statistique des affections de l'apophyse mastoïde (*Monats. f. Ohrenheilk.*, no 4, p. 93, avril 1887).
- Kiesselbach (W.).** — Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, no 4, p. 89, avril 1887).
- Kirk Duncanson.** — Rapport sur quelques cas de maladies de l'oreille (*Edim. med. Journ.*, févr. 1887).
- Kosegarten.** — De l'amélioration de l'ouïe par conduction du son dans le cas de bouchon de cérumen (*Ztsch. f. Ohrenh.*, XVII Bd, III u. IV H., p. 238, 1887).
- Lange (V.).** — Quelques remarques sur l'emploi de l'acide lactique dans les écoulements chroniques de l'oreille moyenne (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, no 3, mars 1887, p. 57).
- Löwe (Ludwig).** — Procédé simple pour l'enlèvement des polypes de l'oreille avec remarques sur la technique des injections de l'oreille (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, no 1, janv. 1887, p. 5).
- Lundy (C.-J.).** — Inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne (*The Physician and Surgeon*, février 1887).
- Macewen.** — Un cas d'abcès cérébral dû à une otite moyenne aiguë (*The Lancet*, 26 mars 1887).
- Menière.** — Otite moyenne subaiguë, granulie aiguë (*Rev. mens. de laryng.*, no 5, 1887).
- Moos.** — Du mécanisme de la myringite chronique purulente chez les sujets tuberculeux (*Arch. of Otology*, mars 1887).
- Noquet.** — Corps étranger de l'oreille (*Bull. méd. du Nord*, no 3, mars 1887).
- Ortolani (V.).** — Surdi-mutité hystérique chez l'homme (*Progresso medico*, an. I, no 9, Naples, 1887).
- Richey (J.-O.).** — Contribution à l'étude de l'atrophie générale (sclérose) de l'appareil conducteur de l'oreille (*Americ. Journ. of med. sc.*, avril 87).
- Rossi (de).** — Tumeurs malignes de l'apophyse mastoïde (*Soc. ital. de chirurgie*, 4, 5 et 6 avril 1887).
- Seligneau.** — Du kyste de l'oreille (*Arch. of Otology*, mars 1887).

- Seiss (R.-W.).** — Nouveau traitement de l'otite catarrhale chronique (*Med. News*, 5 février 1887).
- Société de Chicago** d'ophthalmologie et d'otologie. Réunion du 14 décembre 1886 (*Chicago med. Journ.*, 1887).
- Steinbrügge.** — Diffémité du pavillon de l'oreille. Fistule branchiale du cou. Otite moyenne suppurée chronique. Etat du labyrinth (*Ztsch. f. Ohrenh.*, XVII Bd., III u. IV H., p. 272, 1887).
- Steinbrügge.** — Rapport après décès de l'examen des organes auditifs d'un malade mort à la suite d'une méningite cérébro-spinales (*Arch. of Otology*, mars 1887).
- Steiner.** — Fonction des canaux semi-circulaires (*Acad. des sc.*, 18 avril 1887).
- Suñé y Molist.** — Aperçus cliniques pour servir à l'histoire des otites compliquées de lésions du temporal (*Rivista de Lar., Otol., etc.*, n° 10, avril 1887).
- Suñé y Molist.** — Perforations chirurgicales du tympan en général; moyen de maintenir ouverte la perforation dans le cas d'occlusion des trompes (*Anal. de Otolgia y Laringol.*, 1887).
- Szenes (S.).** — Rapport sur l'ambulatorium du professeur Julius Boeke pour les maladies de l'oreille à Rochusspital pendant l'année 1885 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 24 Bd., 2, 3 H., 3 mars 1887, p. 185).
- Tillaux.** — Mode d'examen de l'oreille (*Journ. de méd. et de clin. prat.*, avril 1887).
- Turnbull.** — Manuel clinique des maladies de l'oreille (*New-Y. med. Journ.*, mars 26, et *Amer. Lancet*, mars 1887).
- Turnbull.** — Études récentes et observations sur les bourdonnements (*The med. and surg. Report*, 19 mars 1887).
- Turnbull (L.).** — Blessures occasionnant la surdité (*The med. and surg. Rep.*, 23 avril 1887).
- Verdos.** — Rhumatisme auriculaire (*Anal. de Otol. y Laring.*, 1887).
- Viennois.** — Hygiène de l'emploi des tubes acoustiques (*Lyon méd.*, 27 mars 1887).
- Voituriez.** — Malformations du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe (*Soc. anat.-clin. de Lille*, in *Journ. des sc. méd.*, 15 avril 1887).
- Voltolini.** — Critique de M. Arthur Bottcher sur mon mémoire : « Considérations anatomiques sur le limacon et ses fonctions dans l'oreille, — et dents de Corti dans le limacon de l'homme et des mammifères et leurs vaisseaux (*Separatabdruck aus Virchow's Arch.*, 407 Bd., 1887, et *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887, p. 72).
- Weir (R.).** — Traitement chirurgical des abcès du cerveau consécutifs aux maladies de l'oreille (*The med. Rec. N.-Y.*, 9 avril 1887).
- Williams.** — I. L'eau froide ne doit jamais être injectée dans l'oreille. II. Le meilleur acide borique pour l'oreille (*St-Louis med. and. surg. Journ.*, n° 4, avril 1887).

Group et Diphtérie.

- Billington.** — Du traitement local de la diphtérie (*The med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Bonamy.** — Nouveaux essais de vaporisation d'infusion d'eucalyptus dans la diphtérie (*Bullet. gén. de thérap.*, 30 avril 1887).
- Bouchut.** — De la paralysie diphtérique (*Paris méd.*, 2 avril 1887).

- Bouchut.** — De l'anesthésie progressive du croup chez les enfants (*Paris méd.*, 9 avril 1887).
- Brasch** — Traitement des paralysies diphtéritiques graves par les injections de strychnine (*Deutsche med. Woch.*, n° 48, p. 862).
- Bree** (Joannes). — Traitement de la diphtérie avec le cyanure de mercure (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Bungeroth.** — Relevés statistiques de l'action de l'huile de térébenthine dans la diphtérie (*Charité-Annalen*, Bd. XI, p. 587, 1886).
- Campbell (W.-W.).** — Diphtérie (*Edimbr. med. Journ.*, nov. 1886).
- Corral y Maira.** — Etude médicale de la diphtérie et son traitement le plus efficace (Madrid, 1887).
- Esteban de Luna.** — La diphtérie. Considérations pathologiques, cliniques et thérapeutiques (*La Medicina castellana*, Tomo II, nos 3, 4, 5).
- Gevaert.** — De l'emploi du chloroforme pour la trachéotomie dans le croup (*La Clinique*, n° 18, 5 mai 1887).
- Gordon (W.).** — De la diphtérie, vues nouvelles concernant sa pathologie et son traitement (*Virginia med. monthly*, n° 9, déc. 1886, p. 648).
- Grahner.** — Contribution au traitement de la diphtérie. (*Corresp. Bl. des algem. Aertztl. Vereins f. Thüringen*, XV, p. 142-147, Weimar, 1886).
- Jacobi.** — Traitement local de la diphtérie, remarques sur l'article du Dr Billington (*The med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Lewentauer.** — De l'action de l'huile de térébenthine dans le croup (*Centralblatt f. klin. med.*, n° 13, 1887).
- Lutz.** — Traitement local de la diphtérie (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 355).
- Mansvelt (A.-P. Van).** — De l'eau chlorurée comme remède contre la diphtérie (*Week. van Het Nederlandsch Tijdsch. voor Geneeskunde*, n° 47, 1886).
- Massei.** — Diphtérie nasale et formes secondaires de la diphtérie; résumé de leçon clinique (*L'Osservatore medico*, n° 13, Turin, 3 mai 1887).
- Montgomery.** — Trachéotomie et tubage dans la diphtérie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 352).
- Monmeneu.** — La diphtérie à Madrid (*Revista de Medicina y Cirugia Practicas*, mars 1887).
- Miller (De L.).** — Traitement de la diphtérie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 3 juill. 1886).
- Morse (M.).** — Nouveau remède contre la diphtérie : bicarbonate de potasse (*Virginia med. Monthly*, oct. 1886).
- Mouillot.** — Epidémie de diphtérie dans une école de jeunes filles. (*Academy of med. in Ireland med.-section. Sitzung vom 25 février 1887*, in *Deuts. med. Ztg*, n° 35, 2 mai 1887, p. 408).
- Muirhead.** — Trachéotomie hâtive dans la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 9 avril 1887, p. 800).
- Oatman.** — Traitement de la diphtérie par le bichlorure de mercure (*The med. Rec.*, 23 avril 1887, p. 463).
- Owen (E.)** — Diphtérie suivi de paralysie étendue (*The Lancet*, 2 avril, 1887, p. 677).
- Pasteur (W.).** — Paralysie du diaphragme après la diphtérie (*The Lancet*, 14 mai 1887).
- Pirker.** — Contribution pratique au traitement de la diphtérie (*Gyogyaszat*, n° 42, 1886).

- Powell** (Seneca). — De l'ozone dans le traitement de la diphtérie (*N.-Y. med. Rec.*, 4 déc. 1886).
- Fühn**. — Le croup et la diphtérie chez les animaux domestiques : leur rapport avec la diphtérie de l'homme (*Oesterr. Ztsch. f. Wissent. Veterinär Veterinärkunde*, Bd. I, 4).
- Ramon de la Sota**. — La trachéotomie dans le croup et la diphtérie (*Journ. of Laryng.*, n° 4, avril 1887).
- Reiersen**. — Du traitement de la diphtérie nasale (*Ugeskrift fon Läger* 27 nov. 1886).
- Schenker**. — Contribution au traitement de la diphtérie (*Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, n° 48, 1886).
- Simons** (Purmerend). — Du croup, de la diphtérie et encore autre chose (*Newblad van Het nederl. Tijdsch. voor geneeskunde*, n° 4, 1887).
- Simons**. — La brochure de M. Kramer sur la guérison radicale de la diphtérie et des moyens préventifs certains (*Newblad van Het nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde*, n° 14, 1887).
- Smith** (L.). — Traitement local de la diphtérie (*Correspond. du Med. Rec.*, N.-Y., 30 avril 1887).
- Stumpf** (Julius). — Le sublimé dans le traitement de la diphtérie (*Münch. medic. Wochensch.*, n° 12, 22 mars 1887, p. 249).
- Toca**. — Traitement de la diphtérie par l'acide oxalique (*Revista de Medicina y Cirurg. practicas*, 1887).
- Trifletti** (lettre au Dr Masséi). — Sur la prétendue analogie de la diphtérie et de la scarlatine et sur la diphtérie secondaire (*Arch. Ital. de lar.*, fasc. 2, avril 1887).
- Truillet** (J.). — Notes cliniques sur quelques cas d'angine diphtéritique guéris par le sulfure de calcium et la résorcine (*Gaceta med. catalana*, 30 avril 1887, n° 8).
- Uchermann**. — La diphtérie de la gorge et son traitement (*Norsk Magazin for Läger*, p. 370, oct. 1886).
- Valeva y Gimenez**. — Albumine dans la diphtérie (*Revista de Laryng., de Otol. y de Rhinol.*, mars 1887).
- Wagner**. — Oxygénéation directe dans le croup pour remplacer la trachéotomie (*Brit med. Journ.*, 16 avril 1887).
- Waschmuth**. — Stastistique de la diphtérie à Berlin en 1886 (*Allg. med. Cent. Zeitg.*, 2 mars 1887).
- Wessler**. — Diphtérie et membranes bronchiques (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 mars 1887, p. 353).
- X.** — Traitement de la diphtérie (New-York, *Acad. of med.*, séance du 17 mars 1887, discussion; in *Med. news*, 2 avril et *N.-Y. Med. Rec.*, 9 avril 1887).
- Zandoli**. — Contribution à la thérapeutique de la diphtérie (Rome, 1886).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

- Arentzenius**. — Du traitement de la coqueluche avec la résorcine et le cabinet pneumatique. (*Newblad van het nederlandsch. Tijdschrift voor geneeskunde*, n° 3, 1887).

- Audry.** — Angine de poitrine; goître exophthalmique, hystérie chez un homme (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 15 avril 1887).
- Baks.** — Anglo-sarcome de la parotide. Extirpation. Guérison (*Gyogyaszat.* n° 46, 1886. *Pester med. chirurg. Presse*, n° 52, 1886).
- Baratoux et Dubousquet Laborde.** — Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse (*Progrès méd.*, 9 avril 1887).
- Barling (Gilbert).** — Autopsie d'un cas de myxœdème (*Lancet*, 20 nov. 1886).
- Barton.** — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger (*The Lancet*, 30 avril 1887).
- Berger (E.) et Tyrman (J.).** — Maladies du sinus sphénoïdal et du labyrinthe ethmoïdal et de leurs rapports avec les maladies de l'organe de la vision (Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1886, 410 p.).
- Berti.** — Extraction d'corps étrangers de l'œsophage avec l'instrument du Dr Carletti. (*Soc. med. chir. de Modène*, in *la Rassegna de sc. med. Modène*, mai 1887).
- Bowen.** — Coqueluche chez un chat (*Brit. med. Journ.*, 7 mai 1887).
- Bresgen (Max).** — De l'ancienne fatigue de la voix (Mogiphonie de B. Fränkel) (*Deuts. med. Woch.*, n° 19, p. 403, 12 mai 1887).
- Bruen.** — Traitements des affections pulmonaires par les lavements gazeux (*Med. News*, 2 avril 1887).
- Burney (J.).** — Sur le traitement de la tuberculose par les lavements gazeux (*The Lancet*, 16 avril 1887).
- Casaviella.** — Sangsues dans l'œsophage (*El. siglo med.*, 10 avril 1887).
- Charters J. Sigmonds** — Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par le cathétérisme permanent (*Brit. med. Journ.*, 23 avril 1887).
- Chénieux.** — Goître suffocant. Extirpation (*Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, n° 4, avril 1887).
- Chiari.** — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des maladies du pharynx, du larynx et du nez (*Wien. med. Woch.*, n° 7, 8, 9, 1887).
- Coats (J.).** — Goître hypertrophique, tumeurs secondaires des os du crâne (*Pathol. soc. of London*, in *the Lancet*, 16 avril 1887).
- Coën.** — Nouveau procédé pour traiter le bégaiement (*Wien. med. Presse*, n° 4, 1887).
- Cohen (Solis).** — Traitement des affections des voies aériennes et des intoxications pour les lavements gazeux (*Med. News*, 2 avril 1887).
- Dardel.** — Un cas de dysphagie. (*Soc. méd. neuchateloise*, séance du 3 nov. 1886, in *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 3, 15 mars 1887).
- Delobel.** — Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoïdiennne (*Thèse Paris*, 1887).
- Destrée.** — Physiologie de la déglutition et du cardia et les données de l'auscultation de cet orifice stomacal (Communication faite à la *Société des Sc. med. La Clinique*, n° 2, 1887).
- Dwight (Thomas).** — Rapport de l'artère thyroïdienne inférieure avec le nerf récurrent laryngé (*Boston med. and surg. Journ.*, 26 août 1886).
- Ewald.** — Fonction de la thyroïde du chien (*Berl. Klin. Woch.*, n° 11, 1887).

- Falcone.** — L'extirpation intra-glandulaire des noyaux du goître et traitement efficace du goître par la ligature des vaisseaux afférents (*Gazzetta degli Ospitati*, an. VIII, Milan, 1887).
- Farquhar Curtis.** — Parotidite compliquant la gonorrhée (*The N.Y. med. Journ.*, 26 mars 1887).
- Fränkel (E.).** — Préparation de glandes thyroïdes (*Société méd. de Hambourg*, séance du 3 avril 1887, *Münsch. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1887, p. 286).
- Fuchs (A.).** — Du myxœdème (*Prager med. Woch.*, n° 16, 20 avril 1887).
- Fuhr.** — Extirpation de la thyroïde (*Archiv. f. experim. Pathologie u. Pharmacologie*, Bd XXI, H. 5 ; 6 et 5 août 1886).
- Garnett (A.-Y.).** — Inhalations de muriate de cocaïne dans la coqueluche (*Journ. am. med. Assoc.*, 9 oct. 1886).
- Garré.** — A propos de l'extirpation du goître avec des réflexions sur la cachexie strumiprive (*Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte*, n° 21, 1886.)
- Gordon.** — Respiration buccale et son traitement (*J. of Americ. med. Ass.*, 23 avril 1887).
- Hahn (Eug.).** — Procédé agréable pour enlever sans tamponnement et sans hémorragie une grosse partie d'un goître (*Kongress des Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg.*, n° 33, 25 avril 1887, p. 385).
- Hierokles (Konstantius Xauxes).** — Un cas de tumeur congénitale du cou (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Hirschfeld (J.).** — Ramollissement aigu du goître (*Thèse de Berlin*, 1886).
- Hochenegg (Julius).** — Statistique des cas d'actinomycose chez l'homme (Clinique chir. du prof. Albert de Vienne, *Wiener med. Presse*, n° 46, 17 avril 1887).
- Horsley (V.).** — Pathologie de la thyroïde (*Lancet*, 18 déc. 1886).
- Jæger.** — Goîtres suffocants (Mémoires de la Soc. de méd. de Strasbourg).
- Jumont.** — Traitement de la coqueluche (*France méd.*, 5 avril 1887).
- Jürgens.** — Du changement de chambre régulier des malades dans la coqueluche et autres maladies infectieuses (*Archiv f. Kinderheilkunde*, VII, II., 6, 1886).
- Kapper.** — Un cas d'actynomycose aiguë (*Wien. med. Presse*, n° 3, 1887).
- Kelly (A.-L.).** — Notes sur deux cas de lymphadénome (Glasgow, *Med. Journ.* déc. 1886).
- Krause.** — Instruments variés (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1887).
- Lang.** — Syphilis et cancer (*Wiener med. Blätter*, nos 41, 42, 1886).
- Liégeois.** — Observation d'un cas de goître exophthalmique, etc. (*Rev. med. de l'Est*, n° 6, 15 mars, 1er et 15 avril 1887).
- Lee (Robert J.).** — Les écrits les plus anciens sur la coqueluche (*Med. Press. and Circular*, 1er sept. 1886).
- Löri.** — Altérations pathologiques du pharynx, du larynx et du nez dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur (*Pest. r med. chir. Presse*, n° 37, 1886).
- Massalongo.** — Sur une double épidémie de rougeole et de coqueluche (*Riforma medica*, an. III, n° 403, Naples, 1887).
- Mercanton.** — Enucléation intra-glandulaire d'un goître (Soc. Vaudoise de médecine, séance du 5 mars 1887, in, *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 4, 15 avril 1887, p. 226).

- Michael.** — Résultats du traitement de la coqueluche par les insufflations (*Deuts. med. Woch.*, n° 52, p. 942, 1886).
- Mobius.** — De la paralysie ascendante aiguë après la coqueluche (*Centralbl. Nervenheilk.*, n° 5, 1887).
- Moizard.** — Du traitement de la coqueluche par les insufflations nasales anti-septiques (*Journ. de méd. et de chir.*, mai 1887).
- Musser.** — Pneumo thorax, abcès de la glande thyroïde compliquant la convalescence de la fièvre typhoïde (*The med. Bullet.*, n° 3, mars 1887).
- Noorden-Giessen (C. von).** — Etat des connaissances actuelles sur le rôle de la thyroïde. — II, documents pour servir à l'explication du myxœdème (*Munch. med. Wochensch.*, n° 13, 29 mars 1887, p. 240).
- Nussbaum.** — De l'amputation du goitre (*Münch. med. Woch.*, n° 45, 12 avril 1887, p. 273).
- Ollier.** — Sur la thyroïdectomie (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 28 mars 1887, *Lyon méd.*, n° 14, 3 avril 1887, p. 472).
- Ogston (Alex.)** — Du diagnostic du spasme de l'œsophage (*Manchester med. Chronicle*, janv. 1887).
- Ord (W.-M.) et Horsley (Victor).** — Du myxœdème (*Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Pagliano.** — Oblitération complète de l'œsophage (*Marseille méd.*, 28 fév. 1887, n° 2).
- Pick (R.).** — Inhalation d'acide carbonique pur dans la coqueluche (*Deuts. med. Woch.* n° 24, 1886).
- Pohl (Rigobert).** — Nécessité de la respiration nasale avant la respiration pulmonaire et buccale (*Prager med. Woch.*, n° 46, p. 126, 20 avril 1887).
- Potain.** — Rétrécissement œsophagien d'origine syphilitique (*Gaz. méd. de Paris*, 23 avril 1887).
- Prus (J.).** — Physiologie du corps thyroïde (*Centralb. f. Klin. med.* n° 14, 2 avril 1887, p. 248).
- Rennie (S.-J.).** — Tumeur fibro-kystique volumineuse de la région parotidienne (*Brit. med. Journ.*, 16 oct. 1886).
- Ribbert.** — Nouvelles observations sur le myxœdème (*Deuts. med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1887, p. 286).
- Rosenberg.** — Présentation d'un cas de myxœdème (*Berl. med. Gesellsch.*, 9 mars 1887, in *Deuts. med. Woch.*, n° 14, 1887).
- Rosevelt.** — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*N.-Y. Path. Soc.*, 26 janv. in *N.-Y. med. J.*, 30 avril 1887).
- Rubio.** — Leçon sur le goitre (*El siglo med.*, 24 avril 1887).
- Saundby (Rob.).** — Manifestation du tabes (*Birmingham med. Review.*, déc. 1886).
- Schmid.** — A propos du goitre et du crétinisme avec la relation de l'état actuel du crétinisme dans le district de Brackenheim (*Med. Corresp. Blatt. des Württemb. Aerztl. Landesvereins*, nos 13 et 14, 1886).
- Schnitzler.** — Traitement de l'asthme (*Wien. med. Doct. Collegium. Setzung vom*, 18 avril 1887, in *Wien. med. Presse*, n° 17, 24 avril 1887).
- Schrantz.** — Contribution à la théorie du goitre (*Archiv. f. klin. chir.*, Bd. 34, H. 4, 1886).
- Schulse.** — Nouvel amygdalotome (*Illust. Monatsch. d. Aertz Polytechn.* 2, 1887).
- Seifert.** — Du salol (*Centralb. f. Klin. med.*, n° 14, 1887).

- Simon (J.).** — Trachéo-bronchite. Du vomissement chez les enfants (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 59, 12 mai 1887).
- Simpson (James J.).** — Fonction de la thyroïde (*Boston med. and surg. Journ.*, 30 déc. 1886).
- Sommerbrod (Julius).** — De la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Berl. Klin. Woch.*, n° 15, 11 avril 1887, p. 258).
- Sonnenberg.** — De la pathogénie et de la thérapeutique de la coqueluche et d'un nouveau mode de traitement de cet affection (*Deuts. med. Woch.*, n° 44, 7 avril 1887, p. 280).
- Stella B. Nichols.** — Goître exophthalmique, observation (*J. of Amer. med. Ass.* 16 avril 1887).
- Stokes (W.)** — Myxœdème aigu après extirpation de la thyroïde (*Brit. med. Journ.*, 16 oct. 1886).
- Suckling (C.-W.).** — Du myxœdème (*British med. Journ.*, 27 nov. 1886).
- Suckling (C.-W.).** — De l'acide carbonique dans le traitement de la coqueluche (*Brit. med. Journ.*, 24 juill. 1886).
- Sutton (J. Bland).** — Kystes hyoïdes (*Brit. med. Journ.*, 6 nov. 1886).
- Tassi (E.).** — Extirpation d'un néoplasme du corps thyroïde (*La Spallanzani*, n° 2, avril 1887).
- Torday.** — Nature et traitement de la toux convulsive (*Gyogyaszat*, n° 37, 1886).
- Vergely.** — Lèpre anesthésique et tuberculeuse (*Société de méd. et chir. de Bordeaux*, 27 avril 1887).
- Verneuil.** — Adénome de la région sus-hyoïdiennne. — Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire et de la voûte palatine (*Gaz. des hôp.*, 7 avril 1887).
- Villette.** — Corps étranger de l'œsophage; pièce de cinq francs en argent (*Bulletin médical du Nord*, n° 3, mars 1887).
- Vincent.** — Imperforation de l'œsophage (*Lyon méd.*, 20 mars 1887, p. 407).
- Vogel.** — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Sechstr. Kongress f. inn. Med. Wiesb.*, 13-16 avril 1887, in *Deuts. med. Ztg*, n° 35, 2 mai 1887).
- Waldeyer.** — Structure du corps thyroïde (*Soc. de méd. de Berlin*, séance du 16 mars 1887, *Munch. Medic. Wochensch.*, n° 12, 22 mars 1887, p. 226).
- Weil.** — Présentation d'un enfant de sept ans, auquel on avait enlevé un hygroma congénital du cou (*Prager med. Woch.*, n° 46, 1886).
- Willems (Ch.).** — Traitement de la coqueluche (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, janv. 1887).
- Windelband.** — L'antipyrine à la place de la quinine dans le traitement de la coqueluche (*Allg. med. Central. Ztg*, n° 1, p. 2, 3, 1887).
- Wolfler.** — Résultats consécutifs à la ligature de l'artère thyroidienne dans le cas de goître (*Kongress d. Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 13-16 avril, 1887, in *Deuts. med. Ztg*, n° 33, 25 avril 1887, p. 385).
- Wyeth.** — Extirpation des deux parotides (*Med. News*, 30 avril 1887).
- X... — A propos du myxœdème** (*Deutsch. medicin. Wochensch.*, n° 2, mars 1887, p. 250).
- X... — De l'extirpation partielle du goître** (*Soc. de méd. berlinoise*, séance du 16 mars 1887. — *Munch. medic. Wochensch.*, n° 12, 22 mars 1887).