

Bibliothèque numérique

medic @

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

Vol 7, n° 8, p. 441 à 504. - Paris : Doin, 1887.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91487x1887x08>

DE L'ALIÉNATION, DES MOUVEMENTS FORCÉS ET
AUTRES NÉVROSES RÉFLEXES, OCCASIONNÉES
PAR LES MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE (1).

par le Dr E SCHMIEGELOW, de Copenhague.

MESSIEURS,

Le but des communications que je vais avoir l'honneur de vous faire ce soir, est d'attirer votre attention sur certains côtés à la fois rares et intéressants de la pathologie de l'oreille. Il m'est arrivé, ces derniers temps, d'observer une série d'affections de l'oreille, dont la symptomatologie était composée de plusieurs éléments névropathologiques remarquables, et comme je suppose que ce n'est que la moindre partie de ceux qui sont ici présents qui se rendent un compte exact de l'importance que les maladies de l'oreille moyenne peuvent avoir sur des états névropathologiques, j'espère que quelques renseignements sur ce sujet ne seront pas sans intérêt.

C'est un fait connu, que les inflammations de l'oreille moyenne, aussi bien aiguës que chroniques, sont en général accompagnées d'une foule d'accidents locaux, tels qu'écoulement du conduit auditif, surdité plus ou moins prononcée. Mais, outre ces symptômes locaux, la pathologie de l'oreille moyenne a une influence beaucoup plus étendue sur le fonctionnement d'organes situés assez loin de là et engendre ainsi, souvent, une symptomatologie singulière et variée, il peut être parfois très difficile de s'expliquer la relation intime avec les affections de l'oreille. Ainsi, Tilden Brown (2) rapporte un cas observé chez un homme de quarante-huit ans, atteint d'un écoulement muqueux et purulent de l'oreille droite, compliqué d'une destruction partielle de la membrane du tympan, et qui demandait à entrer à l'hôpital, uniquement parce qu'il ressentait une violente douleur au voisinage

(1) Lu à la Société médicale de Copenhague, le 17 décembre 1886.

(2) TILDEN BROWN. Ein Fall von Abscedirung der Warzentortsatzes. *Zeitschrift f. Ohrenh.* XIII, p. 51.

de la protubérance occipitale. C'est en vain qu'on lui avait proposé la trépanation, qu'on avait usé de médicaments antinerveux : quinine, électricité, etc. Il n'y avait pas trace d'accidents locaux dans la région mastoïdienne, et pourtant, quand on fit la résection, il s'écoula environ 5 grammes de pus, après quoi le malade était guéri. Tandis que des rétentions dans le voisinage de la partie postérieure de la cavité tympanique ou antrum mastoïdien, se reconnaissent souvent comme dans le cas cité plus haut, à de violents points douloureux et à la sensibilité de la nuque à la pression, il est assez général qu'on trouve, en même temps que les inflammations de l'oreille moyenne, des douleurs sourdes et de l'oppression dans la région de la tempe, ou bien encore, au-dessus des yeux, des douleurs qui surgissent sous forme de névralgies trigéminales typiques avec points douloureux aux endroits où les nerfs sortent à la surface. On doit considérer ces dernières comme névroses réflexes caractéristiques provenant d'irritations qui atteignent les fils trigéminaux de la muqueuse de la cavité tympanique. D'autres fois, comme dans le cas rapporté ci-dessus, le malade ressent en haut de la tête une douleur sourde ressemblant à celles causées par la pression qu'exerce l'exsudat de l'oreille moyenne sur les parois de la cavité.

Ces effets d'une inflammation de l'oreille moyenne, effets limités au système nerveux sensitif, sont connus depuis nombre d'années; par contre, ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a découvert quelle importance les affections de l'oreille peuvent avoir sur le fonctionnement des autres sens.

Delau (1) a bien rapporté dès l'année 1838 deux cas d'inflammation exclusivement suppurative de la caisse tympanique d'un côté, dans lesquels il y avait en même temps diminution de la vue du côté attaqué, et où celle-ci

(1) DELAU. — *Journ. d. connaissances médic.-chirurg.*, 1838, n° 6, référé dans *med. Jahrb.*, Wien 1840, Bd, 23, p. 315; *vide* URBANTSCHITSCH référé en bas.

s'améliora en même temps que l'affection de l'oreille, mais ce sont surtout les recherches d'Urbantschitsch (1) qui ont le plus attiré l'attention à cet égard. Après avoir tout d'abord observé quelques cas probants et découvert ainsi la connexité qui pouvait exister entre l'ouïe et la vue, cette dernière s'améliorant parfois considérablement par le traitement d'une maladie de l'oreille, Urbantschitsch fit une série d'expériences dans ce sens sur vingt-cinq malades atteints d'affections de l'oreille. Il trouva alors dans vingt et un cas que la puissance visuelle augmentait au fur et à mesure que la maladie de l'oreille diminuait. Parmi ces vingt et un cas, il y en avait cependant sept où l'amélioration de la vue n'était pas assez importante pour qu'on pût la considérer comme autre chose qu'une conséquence de variations normales physiologiques de la vue, mais néanmoins, dans quatorze cas, Urbantschitsch a constaté une amélioration correspondant aux numéros de 1—4 des épreuves d'écriture de Jøeger. Ce phénomène n'était pas dû à la propagation de l'inflammation à la rétine, puisque dans aucun des cas examinés, l'ophtalmoscope n'a montré de changements pathologiques.

De nouvelles expériences ont démontré que l'amélioration de la vue était due à une augmentation du sens de la lumière.

A la suite de l'article d'Urbantschitsch, mon ami, M. le Dr G. Norqie et moi, nous avons examiné un nombre égal de malades atteints d'affections aiguës et chroniques de l'oreille, et il nous est absolument impossible de confirmer ses observations qui nous paraissent inexactes. Il nous semble qu'il attache trop d'importance à des améliorations insignifiantes de la vue (il ne s'agit en général que de quelques lettres ou mots de la même ligne) ; cela peut, en effet, dépendre d'une foule de choses, par exemple, de la grandeur de la pupille ; il n'examine

(1) URBANTSCHITSCH. — Ueber den Einfluss von Trigemiusreizen auf die Sinnesempfindungen, insbesondere auf den Gesichtssinn. *Pflügers Archiv.*, xxx, p. 139.

en effet, ni la réfraction, ni la puissance visuelle. Mais il nous paraît surtout qu'il n'attache pas assez d'importance à l'adaptation, en examinant à la lumière artificielle pendant les mois d'été, après 5 minutes seulement environ d'adaptation des malades. Presque tous ses cas paraissent explicables par une insuffisance d'adaptation (y compris ses recherches au photomètre de Forster).

Le cas suivant nous apprend combien il faut être prudent dans son jugement. Chez une femme de trente et quelques années, atteinte d'un catarrhe aigu de l'oreille moyenne, on constata à l'examen de la vue une force visuelle de 6/36 à l'œil droit, et de 6/24 à l'œil gauche ; mais après avoir insisté pour qu'elle se donnât un peu de peine, elle lut immédiatement les lignes suivantes, de sorte que sa vue fut reconnue normale. Si l'on s'était borné dans ce cas aux premiers résultats, et qu'on ne l'eût examinée qu'après sa guérison ou après avoir administré une douche d'air dans la trompe d'Eustache, etc., on aurait eu là un magnifique exemple des déclarations d'Urbantschitsch, exemple dont il eût été plus tard difficile de faire la critique.

Il n'est pas rare qu'on voie se produire *une action réciproque entre les deux oreilles*, soit qu'une diminution de l'ouïe d'un côté puisse causer un affaiblissement analogue de l'autre, soit aussi que l'ouïe augmente dans une oreille quand l'autre est exposée à l'irritation des vibrations du son ; c'est que ces dernières, quand elles rencontrent l'une des oreilles peuvent causer une irritation des centres acoustiques des deux côtés et augmenter ainsi la perception d'un côté, de même que cela se produit pour l'œil, où la vue monoculaire cause une irritation de tous les centres optiques, dont le résultat est un accroissement de la vue des deux côtés. (Urbantschitsch (1) et Eitelberg (2).)

(1) URBANTSCHITSCH : *loc cit*, p. 171.

(2) EITELBERG : Über den Einfluss der Gehörsübungen auf den Gehörsinn der geübten und insbesondere der anderen nicht geübten Seite. *Zeitschr. f. Ohrenh.*, 1883, XII p. 258.

Quant à l'influence de l'oreille sur les autres nerfs, Urbantschitsch cite des exemples où on peut, par une excitation des filets du trijumeau, exercer par voie réflexe une influence sur le *goût*, et, de telle sorte, qu'il est impossible de confondre le résultat de cette excitation avec les sensations de goût particulières, souvent amères, qui se produisent en cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne, où la corde tympanique peut être influencée dans sa partie intratympanale par des solutions instillées dans la caisse du tympan. Il raconte, en outre, p. 173, comment une *anosmie*, vieille de quatre ans, disparut assez vite par l'introduction d'une longue bougie dans la trompe d'Eustache, absolument normale.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de névroses différentes, les unes de *nature sensitive*, les autres ayant atteint les *organes des sens*, mais ayant toutes, il est vrai, leur point de départ dans l'oreille, notamment dans l'oreille moyenne. Je vais maintenant parler d'une série de névroses réflexes essentiellement *motrices*, dues à des irritations, soit de l'oreille moyenne, soit de l'oreille interne, spécialement du labyrinthe membraneux.

Dans la littérature on trouve plusieurs exemples se rattachant à ce sujet.

Delau (1) observa, par exemple, un cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec formation polypeuse, dans le cours duquel il observa des mouvements convulsifs de l'œil; ceux-ci disparurent après la guérison de la maladie de l'oreille.

Schwabach (2) a constaté des phénomènes semblables dans un cas d'écoulement chronique avec une grande destruction de la membrane tympanique; des mouvements oscillatoires singuliers de la musculature de l'œil se produisaient en sens horizontal, chaque fois qu'on

(1) DELEAU. — *Vide* URBANTSCHITSCH, *loc. cit.*

(2) SCHWABACH. — Nystagmusartige Augenbewegungen in Folge eines Ohrenleidens. *Deutsch. oetoch Zeitsch f. prakt. Med.* 1878, n° 11, ref. dans *Centralbl. f. Med. Wissensch.*, 1878, n° 34, p. 623.

exerçait une pression sur les parties enflammées et infiltrées de pus au voisinage de l'oreille; cessait-on de presser, immédiatement les mouvements des yeux disparaissaient. En même temps que ces mouvements, il se produisait de fortes sensations de vertige.

E. Pflüger (1) parle d'un cas semblable de catarrhe chronique purulent de l'oreille moyenne dans lequel on provoquait des mouvements oscillatoires des deux yeux en touchant un petit polype situé tout près de la membrane tympanique.

Moos (2) rapporte qu'il se produisit chez un homme atteint d'un catarrhe chronique non suppuratif de l'oreille moyenne, un tic convulsif, accompagné de vertige et de nombreux roulements de l'œil (nystagmus); il relate de même un cas de suppuration de l'oreille moyenne dans le cours duquel il se déclara une *paralysie du muscle trochléaire*, laquelle doit être considérée comme étant de nature réflexe.

Bürkner (3) provoqua du nystagmus chez une fille de vingt-deux ans, atteinte au côté droit d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne, par simple introduction du spéculum, ou au moyen d'injections dans l'oreille.

Enfin Urbantschitsch (4) parle d'une femme atteinte d'une suppuration moyenne, occasionnée par des insectes qui s'étaient introduits dans l'oreille. Chez elle, il se développa des deux côtés et en sens horizontal un violent nystagmus qui continua même après que la suppuration de l'oreille eût été arrêtée.

Comme on le voit par là, les affections de l'oreille peuvent provoquer des *mouvements de nystagmus*, parfois joints à de violents *accès de vertige*. Dans l'un des cas

(1) E. PFLÜGER. — *Deutsch Zeitschr. f. prakt., Med.*, 1878, n° 35, ref. dans *Centralblatt f. Med. Wissensch.*, 1879.

(2) MOOS. — *Zeitschr. f. Ohrenh.* XII, p. 106.

(3) BURKNER. — *Archiv. für Ohrenheilk.* XVII, p. 185.

(4) URBANTSCHITSCH. — *Loc. cit.*, p. 165.

rapportés par Moos, il s'était produit dans le cours de l'affection une *paralysie du muscle trochléaire*.

Dans le dernier Congrès de Naturalistes tenu à Berlin, MM. Trautner, Schwabach et Schwartz, de la section otologique, ont donné communication de cas d'inflammations suppuratives de l'oreille moyenne, qui avaient été accompagnés de convulsions épileptiformes (1).

Que nous ayons affaire dans ces cas à des phénomènes purement réflexes, cela ne fait pas de doute ; quant aux endroits de l'oreille où les névroses réflexes se montrent et la manière dont elles se produisent, les recherches physiologiques faites par Flourens (2), Harless (3), Czermak (4), Brown-Séguard (5), Vulpian (6), Goltz (7), Cyon (8), Högyes (9) et Bechterew (10) donnent d'intéressants renseignements à ce sujet.

Cependant, avant d'entrer plus avant dans la question des phénomènes extrêmement compliqués et importants qui s'imposent à l'égard du grand rôle que joue le labyrinthe membraneux dans la coordination harmonique

(1) Réf. de *Monatsschr. f. Ohrenh.*, octobre 1886.

(2) FLOURENS. — Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux. Paris, 1842, 11^e édition. Réf. de Goltz et Bechterew.

(3) HARLESS. — Wagners Handwörterbuch der Physiologie, Bd. IV, S. 422. Réf. du Goltz.

(4) CZERMAK. — *Jenaische Zeitschrift*, Bd. III, 1867, p. 101. Réf. de Goltz.

(5) BROWN-SÉQUARD. — Cours of lectures. Philadelphia, 1860, p. 195. Réf. du Bechterew.

(6) VULPIAN. — Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux. Paris, 1866, S. 600. Réf. de Goltz.

(7) GOLTZ. — Über die physiologische Bedeutung der Bogengänge des Ohrlabyrinths, *Pflügers Archiv.*, III, p. 172, 1870.

(8) CYON. — Les rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil, *Gaz. méd.*, 1876, n^o 17. Réf. de Moos (*l. c.*), et Thèse pour le doctorat en médecine, 1878. Réf. de Bechterew.

(9) HÖGYES. — Ueber die wahren Ursachen der Schwindelerscheinungen bei der Druchsteigerung in der Paukenhöhle, *Pflügers Archiv.*, XXVI, 1881, p. 558.

(10) BECHTEREW. — Ergebnisse der Durchschneidung des N. acusticus nebst Erörterung der Bedeutung der Semicirculären Canäle für das Körpergleichgewicht, *Pflügers Archiv.*, XXX, 1883, p. 312.

des mouvements musculaires et de l'équilibre du corps humain, je me permettrai d'élucider cliniquement cette question, ayant observé, il y a environ six mois, un cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, dans lequel apparurent une série d'accidents nerveux, parmi lesquels de violents accès d'angoisses, de vertige et des mouvements forcés tout particuliers étaient ce qu'on remarquait de plus frappant.

I. — Ferdinand H..., trente-quatre ans, horloger, s'adresse à moi le 16 janvier 1886, pour une affection suppurative de l'oreille droite, laquelle remontait à vingt-deux ans, et s'était déclarée pendant une fièvre scarlatine. Le malade n'avait suivi aucun traitement, excepté dans les dernières années, où son médecin lui avait ordonné des irrigations à l'eau tiède, dont le résultat fut d'atténuer un peu l'horrible puanteur d'autrefois et de lui soulager la tête.

L'écoulement avait été épais, purulent, souvent sanguinolent. L'ouïe, suivant sa déclaration, s'était un peu affaiblie dans l'oreille droite.

Outre ces accidents locaux, il ressent souvent des *douleurs* au côté droit de la tête, jointes à un *sentiment de compression particulier et très gênant dans les parties supérieures de la tête*.

De temps à autre, il a des *accès de vertige*. De plus, il se plaint d'*angoisses* singulières, subites, qui arrivent spontanément et causent un grand trouble dans toute son existence. Parfois, ces angoisses sont moins violentes, de sorte qu'en faisant appel à toute sa volonté, il parvient à les maîtriser, à se raisonner; mais, parfois aussi, elles sont si fortes et arrivent si inopinément qu'il devient tout à fait la proie de ses frayeurs; il s'affaisse, se cramponne à ce qui se trouve à sa portée, tandis que la sueur de l'angoisse perle sur tout son corps. L'autre jour, il se promenait avec sa femme dans la rue; tout à coup, il perd tout empire sur lui, baisse la tête, et tournant à droite, il fait dix, quinze pas, *automatiquement*, en travers de la chaussée. Il n'avait aucune idée de ce qui se passait, mais

seulement un sentiment vague que ses jambes se dérobaient sous lui, tout à fait comme s'il lui eût été impossible d'éviter quoi que ce soit qui se fût présenté sur son chemin. Il a remarqué que ces accès sont toujours suivis d'écoulement assez abondant de l'oreille, qu'ils sont plus fréquents l'été, alors que la maladie est plus grave. A cause de ces accès, il n'ose aller au théâtre, n'étant pas sûr de pouvoir maîtriser les crises si elles survenaient.

Le malade est fort et robuste, l'expression de ses yeux est fixe et a quelque chose de désagréable; de temps à autre, il ferme les poings, et, questionné à ce sujet, il déclare que pendant l'examen médical même, il est en proie à une violente angoisse qu'il cherche à réprimer, et qu'il n'attribue pas seulement à l'influence psychique résultant d'un premier examen. Il y a écoulement abondant, fétide et purulent du conduit de *l'oreille droite*; au fond de ce dernier, on découvre un polype assez résistant et d'un rouge vif, qui remplit complètement le conduit, et peut se mouvoir autour d'un pédicule partant de l'oreille moyenne. Pas de douleurs à l'apophyse mastoïde. Le malade peut entendre les battements d'une montre placée au contact de son oreille et des chuchotements à 8 centimètres de distance.

Le 17 janvier, le polype est enlevé sans douleur avec l'anse froide, après vingt minutes de cocaïnisation au moyen d'une solution à 8 0/0 de cocaïne muriatée. Ecoulement de sang insignifiant, traitement à l'acide borique, cathétérisme et nettoyage de l'oreille à l'eau tiède à travers la trompe.

18 janvier. — Le malade s'est bien porté; point d'angoisses. Derrière et en bas de l'oreille moyenne, on voit les restes du polype; ils sont cautérisés à l'acide chromique.

9 mars. — Il est guéri. L'oreille est tout à fait sèche. La membrane sans éclat, épaissie et blanchâtre. Le manche visible dans toute sa longueur. En bas et en arrière, une perforation sèche, large comme une bonne tête d'épingle. Il peut entendre une montre à 16 centimètres de distance, des chuchotements à plusieurs mètres. Tous les symptômes nerveux d'autrefois ont disparu sans laisser de traces.

Nous avons donc eu affaire à une suppuration chronique de l'oreille moyenne, dont la symptomatologie est très singulière, une série d'accidents nerveux, bizarres, s'étant produits, les uns de nature psychique (les accès subits d'angoisse), les autres de nature *sensitive* (les douleurs) et enfin, d'autres d'essence *motrice* (le vertige et toutes ses conséquences.)

Dans la description des symptômes, leur intensité variable nous sautera tout de suite aux yeux, et ce fait, que le malade a remarqué lui-même, que l'écoulement diminuait avant une exacerbation des symptômes et devenait plus abondant quand les symptômes s'adoucis-saient, ce fait, dis-je, est une indication importante pour expliquer la variabilité des symptômes. Par exemple, chaque fois que le polype de l'oreille changeait son point d'appui ou, par une augmentation de volume, arrivait à fermer complètement le méat auditif, interceptant ainsi le passage de l'écoulement, la pression à laquelle étaient soumis les éléments nerveux de l'oreille moyenne et le labyrinthe augmentait, ce qui provoquait de nouvelles et en même temps de plus violentes névroses. Pour découvrir d'où proviennent spécialement les névroses, il faut jeter un rapide coup d'œil en arrière sur les différents travaux expérimentaux qui ont eu pour objet l'affection physiologique du labyrinthe membraneux,

Vers l'année 1840, Flourens démontra l'importance des canaux demi-circulaires pour l'équilibre du corps humain, en provoquant par des incisions faites dans ces canaux, des mouvements forcés particuliers et des désordres dans l'équilibre. En 1860, Brown-Séguard démontra qu'on pouvait occasionner des phénomènes semblables en irritant (par le toucher ou une piqûre d'épingle) le nerf acoustique sur son tronc ou sur ses rameaux terminaux dans le labyrinthe. Il regardait le nerf acoustique comme composé de deux nerfs; selon lui, l'un allait jusqu'à la cochlée et n'était qu'un simple nerf auditif, l'autre, au contraire, allait au labyrinthe et jouait un rôle dans

l'équilibre du corps humain. Cependant, comme on n'osait nier (Schiff) que les opérations faites sur les canaux demi-circulaires et le nerf acoustique ne pussent occasionner des lésions du cerveau, et ces dernières provoquer des troubles dans l'équilibre, il fut fort important de savoir que Goltz, en coupant le nerf acoustique de grenouilles hors de la cavité crânienne, avait pu provoquer un grand désordre dans l'équilibre. Cyon, qui opéra sur des lapins, confirma dans leurs points essentiels les recherches de Flourens, et constata, de plus, qu'il existait une connexité physiologique entre le nerf acoustique et le centre d'innervation des muscles de l'œil. Baginszky (1) provoqua des symptômes de vertige, du nystagmus et différents mouvements forcés, au moyen d'injections dans la caisse tympanique à travers la membrane, et expliqua ainsi ces phénomènes : le fluide, injecté à travers la fenêtre ronde et l'aqueduc cochléaire, arrive au-dessous de la dure-mère, et là, exerce une pression sur certaines parties des corps restiformes de la moelle allongée, dont l'irritation produit de semblables phénomènes de vertige.

On conteste de la même manière l'action de la résection des canaux demi-circulaires, laquelle ne peut avoir lieu que conjointement à une lésion partielle du cerveau. Luce (voy. Högyes) regarde de même le vertige produit par l'insufflation de l'air dans la caisse tympanique comme un vertige optique qui s'expliquerait ainsi : le globe de l'œil, quand la pression arrive à 0,4 d'atmosphère, fait un mouvement d'abduction au côté irrité ; le vertige serait alors une conséquence du mouvement subjectif des images et diminuerait quand l'œil se ferme. Quant à la manière dont la pression agirait, Luce est à peu près du même avis que Baginszky, le liquide cérébro-spinal étant, selon lui, poussé à travers le labyrinthe et l'aqueduc cochléaire, ce qui produirait une irritation des

(1) BAGINSZKY : *Arch. f. Anal. u. Physiol.*, 1881. *Physiol. Abteilung*, III, 4, *ref. der Högyes*.

nerfs de la musculature de l'œil à l'endroit de la base cérébrale. Högyes a cependant démontré expérimentalement que les opinions de Lucœ et de Baginszky étaient fausses, les mouvements de nystagmus aussi bien que les symptômes disparaissant quand le labyrinthe membraneux est détruit (au moyen d'acide nitrique fumant), et qu'il s'agit, au contraire, d'une irritation puisque les ramifications vestibulaires du nerf acoustique, de même que le vertige appelé par Lucœ, vertige optique, c'est-à-dire causé par un mouvement subjectif des images, est un vrai *vertigo auriculaire* provoqué par une irritation du nerf acoustique. En effet, les accidents persistent, même si les yeux se ferment ou si l'on coupe les nerfs optiques. Finalement, Bechterew a, au moyen d'une simple résection du nerf acoustique sur des chiens, confirmé et développé les expériences déjà faites par Flourens, Goltz, Cyon, etc.

Alors qu'on est à peu près d'accord au sujet des faits établis par les résultats expérimentaux, les avis sont, au contraire, très partagés, quand il s'agit d'expliquer la dépendance réciproque des phénomènes ; Goltz les regarde, au contraire, ainsi que Brown-Sequard, Cyon et d'autres, comme des phénomènes d'irritation. Sans m'arrêter ici à rechercher le pour ou le contre, je vais rapporter l'opinion de Bechterew, qui me paraît la plus plausible. Il y a trois éléments qui sont indispensables pour le maintien de l'équilibre (Goltz, *l. c.*, p. 173) : 1° l'organe central situé dans un certain point du cervelet ; 2° la voie centripète (nerfs sensitifs) représentée par les filets ampullaires du nerf acoustique ; 3° les fils centrifuges ou moteurs.

Bechterew pense alors que la condition nécessaire à l'équilibre du corps est le résultat d'une série de sensations ampullaires produites sans relâche dans les canaux demi-circulaires et que ces sensations se continuent par voie réflexe et toujours en harmonie réciproque à travers le cervelet jusqu'aux nerfs moteurs. La résection d'un ou de plusieurs canaux demi-circulaires provoque, dans les

sensations émanant des canaux demi-circulaires irrités et intacts, une disharmonie qui atteint le centre de conscience et y cause une forte réaction sous forme d'une sensation de vertige.

Cette opinion, acceptable pour les lésions des canaux demi-circulaires, peut également trouver son application à propos des lésions de la substance centrale grise du troisième ventricule et des olives de la moelle allongée, d'où les désordres consécutifs dans l'équilibre du corps humain.

Avec ces résultats expérimentaux devant les yeux, on doit considérer les mouvements forcés aussi bien que les accès de vertige constatés chez le malade dont il a été question précédemment, comme des névroses réflexes émanant des ramifications vestibulaires du nerf acoustique. L'irritation est due à la pression produite par l'exudation de l'oreille moyenne ayant gagné à travers les fenêtres ronde et ovale le périlymphe et l'endopérylymphe du labyrinthe. C'est pourquoi, aussitôt que le polype du conduit auditif eût été enlevé, ce qui permit à l'exsudation de s'écouler, les accès de vertige et les mouvements provoqués cessèrent et ne reparurent qu'accidentellement, chaque fois qu'on augmentait la pression intralabyrinthaire, en serrant un tampon d'ouate contre l'étrier et la fenêtre ronde, ou par un lavage un peu violent de l'oreille.

Schwabach (*l. c.*) a également interprété de la même manière la connexité physiologique des symptômes dans les cas rapportés par lui, les mouvements de nystagmus étant dus à une irritation des éléments nerveux du labyrinthe, provoquée par ce fait, que la pression sur l'apophyse mastoïde s'était communiquée, à travers les parties imbibées de pus, à l'étrier et à la fenêtre ronde.

Dans tous les cas mentionnés jusqu'ici, les névroses réflexes ont toujours été de nature transitoire et ont disparu après guérison des maladies de l'oreille, excepté dans le cas de nystagmus observé par Urbantschitsch

chez une jeune fille, où le nystagmus persista, même après disparition de la maladie.

Dans le dernier cas décrit, on parle d'angoisses plus ou moins violentes, qui arrivaient sans motif et au moment où le malade s'en doutait le moins. Une fois le polype opéré, ces accès disparurent. Ce phénomène m'amène finalement au dernier groupe de névroses réflexes qui peuvent prendre leur point de départ dans une oreille malade : les *psychoses*. Comme exemple très intéressant de psychose réflexe ayant pour point de départ l'oreille moyenne, je vais me permettre de donner communication d'un cas que j'ai eu l'occasion de traiter.

II. — Ole J..., cinquante-cinq ans, vint me trouver le 13 novembre 1885 pour me consulter au sujet de polypes de l'oreille. Il est resté sourd-muet depuis sa septième année, par suite d'une suppuration des deux oreilles, consécutive à une fièvre scarlatine. Les deux oreilles avaient coulé pendant tout cet espace de temps. Il y a trois semaines environ, fut enlevé un polype de l'oreille gauche, après quoi disparut une mélancolie survenue dans les dernières années, se traduisant par des idées de persécution, et pour laquelle on avait été sur le point de l'envoyer à l'hôpital des aliénés. Les renseignements pris auprès de son médecin, le Dr Feilberg, nous apprirent ce qui suit :

Le 22 septembre, le Dr Feilberg fut appelé près du malade, qui est instituteur à l'établissement des sourds-muets de Copenhague. A son arrivée, il trouva le malade arpentant fiévreusement le parquet, et la femme de ce dernier fit les déclarations suivantes : « Dans le cours des six derniers mois, un grand changement s'était opéré chez son mari. Lui, qui d'ordinaire était joyeux et content, était devenu de plus en plus taciturne; il ne se souciait ni de son intérieur ni de ses enfants, fréquentait beaucoup un menuisier sourd-muet, appartenant au parti socialiste, était devenu libre-penseur, négligeait ses affaires, faisait des fautes de calcul dans ses factures, etc. De plus, dans les derniers temps, étaient sur-

venues des insomnies ; il se promenait pendant la nuit, disant qu'il était un voleur, que la police allait venir l'arrêter, parce qu'il avait commis des détournements. » (Il était, en effet, président de la « Société des Sourds-muets » et, en cette qualité, tenait la caisse en compagnie du directeur de l'institution des sourds-muets de Fredericia.)

L'examen objectif ne révéla absolument rien d'anormal et il ne se plaignait lui-même que d'une compression de la tête et d'un peu de vertige. Il présentait tout à fait l'aspect d'un aliéné, mais comme cette folie pouvait avoir un motif, on télégraphia immédiatement au directeur, à Fredericia, lequel déclara, à son arrivée, que la caisse était parfaitement intacte. Le lendemain, il était pourtant tout aussi agité et parlait de se donner la mort, puisqu'un jour ou l'autre il serait arrêté. Il fut alors envoyé à l'hôpital de la commune pour aliénation mentale ; de là, on voulut l'évacuer sur l'hôpital des aliénés ; mais au bout de quelques jours sa femme le fit sortir, et le 29 septembre le Dr Feilberg le vit de nouveau. L'état psychique était exactement le même qu'auparavant, il arpentait sa chambre des heures entières et se considérait avec abattement. Comme le conduit auditif présentait du côté gauche une tumeur d'un rouge bleuâtre qui sortait un peu du conduit, le malade fut, sur le désir de sa famille, placé dans la section de Saxtorph, à l'hôpital de Frederic, où l'on opéra le polype.

Après cela, son état mental s'améliora, et il était gai et content comme autrefois ; c'était plutôt la peur que sa santé ne fût ébranlée de nouveau si les polypes venaient à reparaitre, qui fit qu'il s'adressa à moi. Le conduit de l'oreille droite avait la forme d'un œillet encastillé à peu près à mi-chemin et à l'intérieur ; au fond, il était rempli de pus et de masses desquamatives. Dans le conduit de l'oreille gauche, on apercevait, au fond, un polype fibreux résistant, que j'enlevai au moyen de l'anse, et les débris furent cautérisés à l'acide chromique. Le 14 décembre, le conduit était parfaitement débarrassé, à quelques granulations insignifiantes près, situées au point d'insertion du polype, tout près de l'anneau tympanique, en arrière et en haut.

Il n'y a aucun doute que l'affection mentale ne fût due à l'affection de l'oreille et spécialement à la rétention du pus dans l'oreille moyenne, le traitement de l'oreille ayant eu une action si prompte sur l'état psychique.

Il connaissait lui-même la relation entre l'état anormal de son esprit et les polypes, et il s'adressa à moi de peur que les souffrances mentales ne se présentassent de nouveau si les polypes venaient à reparaître.

C'est un cas fort remarquable, car le malade eût certainement été envoyé dans un établissement d'aliénés, si sa famille ne s'y fût opposée formellement, et il eût pu errer longtemps encore avec son polype.

Dans la littérature on rencontre quelques exemples semblables; ainsi Koeppe (1) écrivit, il y a environ dix ans, une petite brochure sur la psychose réflexe causée par une maladie de l'oreille, s'appuyant principalement sur deux observations. Dans l'un des cas, se développa une mélancolie chez un homme de quarante-un ans, qui, depuis dix ans, était atteint d'une suppuration traumatique de l'oreille. Peu à peu il devint de plus en plus agité; il se croyait poursuivi, voulait tuer sa femme et ses enfants. On le conduisit enfin dans un hôpital d'aliénés, où un traitement local de la maladie d'oreille fit disparaître la psychose. Ce qui est intéressant, c'est qu'une exacerbation des accidents du cerveau survenue pendant ce temps, disparut avec une exacerbation des accidents de l'oreille. A mesure qu'il se rétablissait, la conscience de la maladie se réveilla en lui, il put alors expliquer avec précision comment elle était survenue; elle avait pris naissance dans la trompe, puis s'était développée peu à peu; elle était occasionnée par les affections de l'oreille.

L'autre malade avait environ cinquante ans, il souffrait d'accès de manie qui s'étaient développés peu à peu, il battait sa femme et ses enfants, était hanté par des idées

(1) Koeppe. *Archiv, f. Ohrenheilk.*, IX, 1875.

de suicide et se plaignait constamment de souffrances à la tête. Après qu'on eut débarrassé les conduits auditifs de gros bouchons de cérumen, les accidents nerveux disparurent tout d'un coup.

Blau (1) parle d'un homme atteint de mélancolie périodique, de douleurs à la tête, de surdité et de vertige, et qui fut débarrassé de tous ces accidents après guérison d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne.

Franck Tuzek (2) rapporte un cas de mélancolie légère, causée par des bruits subjectifs de l'oreille, et qui fut complètement guéri quand on eut fait disparaître ces bruits en tamponnant le conduit auditif avec de la ouate.

John Roosa et Edward Ely (3) ont également observé une altération mentale, occasionnée par un amas de cérumen dans le conduit auditif de l'oreille, et qui disparut dès que l'oreille eut été débarrassée.

Dans un cas observé par Jacobson (4), une maladie de l'oreille, accompagnée de bruits subjectifs, et qui causa des hallucinations de l'oreille et de la vue, disparut après l'administration de douches d'air.

Comme on le voit par ce qui précède, l'oreille est parfois le point de départ de nombreux et divers accidents nerveux, dont la subordination aux maladies d'oreille n'est pas toujours facile à établir.

(1) BLAU. — *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1878, n° 28, ref. in *Archiv. f. Ohrenheilk.* XIV, p. 255.

(2) FRANCK TUZEK. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1881, n° 30, ref. in *Archiv. f. Ohrenheilk.*, XVII, p. 483.

(3) JOHN ROOSA et EDWARD ELY. — *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, IX, 4, p. 333.

(4) JACOBSON. — Bericht aus der Berliner otiatrischen Universitäts Poliklinik, *Archiv. f. Ohrenheilk.*, XIX, p. 39.

COMMUNICATION A PROPOS D'UN NOUVEAU SERRE-
NŒUDS OU ÉCRASEUR GALVANO-THERMIQUE, ET
DESCRIPTION DE CET INSTRUMENT.

Par le Dr JACQUEMART

Ex-chef de clinique à la clinique otologique des sourds-muets à Paris,
ex-professeur d'otologie et de laryngologie à l'École de Médecine d'Alger.

Dans la pratique chirurgicale, on rencontre fréquemment des tumeurs pédiculées plus ou moins vasculaires, souvent de consistance dure et fibreuse. Pour nous en tenir aux régions dont je m'occupe spécialement, c'est-à-dire les cavités naso-pharyngiennes, les oreilles, l'isthme du gosier, le larynx enfin, je nommerai une multitude de polypes des fosses nasales, des tumeurs adénoïdes ou fibreuses de la partie supérieure du pharynx et postérieure des fosses nasales; je nommerai l'hypertrophie de la muqueuse des cornets nasaux, hypertrophie constituant de véritables tumeurs très vasculaires; je nommerai, à l'isthme du gosier, les amygdales hypertrophiées formant également tumeurs quelquefois aussi très vasculaires; je nommerai enfin la série des tumeurs qu'on rencontre dans le larynx, depuis la végétation bénigne et pédiculée des cordes vocales, jusqu'aux tumeurs malignes de tous ordres.

Quand il est question d'extirper ou de détruire ces tumeurs, on songe à quel genre d'instrument on pourrait s'adresser... Dans certaines régions, on peut recourir à un écraseur plus ou moins puissant. Mais dans les cavités que je viens d'énumérer, il n'y a pas à songer aux écraseurs dits de Chassaignac ou similaires. Tout au plus pourrait-on les appliquer aux grosses tumeurs naso-pharyngiennes quand elles sont nettement pédiculées. Nous dirons plus loin quels sont les inconvénients de ces instruments.

Pendant longtemps j'ai employé, comme mes maîtres et devanciers m'avaient appris à le faire, un écraseur de proportions plus modestes, c'était le serre-nœuds de

Wilde, plus ou moins modifié, suivant la région où il devait être appliqué. Tout le monde connaît le serre-nœuds de Wilde, c'est-à-dire ce fil de fer ou de laiton qui est recourbé en anse et ramené dans une tige creuse, dans laquelle tige l'anse rentre tout entière, coupant ou écrasant nécessairement le pédicule ou la tumeur qu'elle embrassait.

Ce genre d'écraseur est encore par moi le plus souvent employé pour les tumeurs molles comme celles qu'on trouve dans les conduits auditifs, dans les fosses nasales (polypes muqueux), dans la partie supérieure du pharynx (végétations adénoïdes), parce que dans ces circonstances il suffit amplement à l'écrasement et l'ablation des dites tumeurs.

Quant aux tumeurs molles du larynx, une simple pince laryngienne du D^r Fauvel suffit à les écraser ou les arracher. — Et les amygdales hypertrophiées s'excisent le plus souvent au moyen de l'amygdalotome de Fanestock ou pareil. J'ajouterai que, le plus souvent, point n'est besoin de les exciser, attendu que l'on obtient une réduction certaine et suffisante par la simple ignipuncture.

Il y a toutefois des cas où l'excision est indispensable, ne serait-ce que comme moyen plus rapide.

Mais nous trouvons souvent des tumeurs excessivement vasculaires qu'on ne peut exciser sans danger d'hémorragie grave : telles sont les grosses amygdales chez l'adulte, surtout chez les personnes à tempérament sanguin ; et, de ce nombre, sont les arthritiques. En effet, il n'est pas rare de trouver dans la masse amygdalienne de grosses veines, véritables varices de la région ; d'autre part, l'adulte a souvent des vaisseaux artériels très développés dans les amygdales, et on a vu, de ce fait, des hémorragies très abondantes à la suite de l'excision des amygdales. Je pourrais citer l'exemple d'un confrère de Bordeaux dont les jours furent mis en péril par suite d'une ablation des amygdales par l'amygdalotome, contrairement à l'avis que j'avais donné de ne

point recourir à ce procédé. L'excision des végétations adénoïdes de la voute pharyngienne chez les enfants, quand elle est faite avec certains instruments tranchants comme la curette tranchante ou l'anneau coupant, modèle de Fanestock, donne lieu le plus souvent à une grande perte de sang qui prend la proportion d'une véritable hémorragie. Ces pertes du sang amènent l'anémie où l'augmentent considérablement. Or, si l'on considère que cette affection se rencontre d'ordinaire chez des sujets débilités, on comprendra qu'il y a un inconvénient capital à leur faire perdre beaucoup de sang. — La muqueuse des fosses nasales recouvre, on le sait, un système veineux très riche, véritables sinus sanguins. Et si on coupe cette muqueuse dans le but d'en réduire le volume quand il y a hypertrophie, dans le cours de certaines rhinites par exemple, on est, de ce côté, encore une fois, exposé à produire de véritables hémorragies veineuses. Et là aussi on doit redouter l'anémie consécutive.

J'ai dit plus haut que parmi les tumeurs de la région naso-pharyngienne, certaines sont dures et fibreuses, et par conséquent très adhérentes; elles sont si dures bien souvent qu'il est impossible de les détacher avec le serre-nœuds de Wilde. On est obligé de recourir à l'instrument tranchant où à un écraseur de Chassaignac, modifié dans sa forme suivant la cavité naso-pharyngienne où on doit l'introduire. Or, les manœuvres dans cette région avec un bistouri, sont difficiles. De même, l'application d'un écraseur, fût-il modifié et parfaitement approprié à la cavité, est également très difficile. Enfin, certaines tumeurs du larynx sont également fibreuses, et là, plus encore que dans l'espace naso-pharyngien, l'application du bistouri ou de l'écraseur de Chassaignac est pénible au malade et difficile au praticien; souvent même elle est impossible à cause du volume nécessairement trop considérable de l'instrument.

On a bien songé, depuis longtemps, à se servir pour

l'excision de toutes ces tumeurs vasculaires ou fibreuses, d'une anse galvano-thermique. J'ai vu mes maîtres recourir à ce moyen, et moi-même j'y eu souvent recours. En effet, l'anse rougie par un courant électrique, opère la section de n'importe quelle tumeur, relativement facilement. Et, par ce moyen, si on a la précaution de ne pas porter l'incandescence au rouge blanc, on est certain de ne pas produire ces hémorragies dont j'ai parlé plus haut. Mais j'avais toujours constaté, tant aux mains de mes maîtres que par moi-même, que l'introduction d'une anse galvanique était très difficile, à cause de l'imperfection des appareils qui servaient à cela. Il fallait la réunion d'un certain nombre d'aides servant, les uns, à la manœuvre des piles électriques, les autres, au fonctionnement des appareils porte-fils; enfin, ces appareils étaient tels que le travail se divisait à l'infini, et comme toujours, le nombre d'aides nuisait à la perfection de l'opération.

Depuis longtemps, je m'étais occupé de trouver un appareil simple qui me permît de réduire le nombre des mains qui devaient servir à ces opérations. J'avais demandé à tous nos fabricants et électriciens qu'ils me fissent un serre-nœuds galvano-thermique que je pusse manœuvrer seul ou presque seul. Mais mes vœux étaient toujours restés non satisfaits. Enfin, poursuivant mes recherches, j'ai pu arriver moi-même à la confection d'un modèle que je confiai à l'habile fabricant M. Dubois, de Paris. Et à nous deux, nous avons confectionné l'appareil suivant dont je vais faire ici la description.

Je me sers d'abord d'une pile au bichromate de potasse et acide sulfurique à éléments séparés. Cette pile se compose de 6 éléments (charbon et zinc) que je réunis en quantité, et que je plonge à volonté dans les vases correspondants, au moyen d'un petit treuil à manivelle et crémaillère. Cette batterie est commode en ce sens qu'il est très facile de la mettre en action comme au repos. De plus, on peut n'utiliser que le nombre d'élé-

ments que l'on veut. On peut donc, à volonté, varier le courant. C'était d'ailleurs, de tous temps, le genre de pile employée pour la galvano-caustie thermique.

J'ai organisé un manche en ébène long de 0,15 cent. environ, traversé dans sa longueur par deux conducteurs métalliques qui ne se touchent pas, bien entendu. Ces conducteurs se terminent chacun par une partie creuse garnie sur le côté d'une vis de pression. Dans ces parties creuses doivent s'adapter, maintenus par les vis, deux tubes métalliques rapprochés mais ne se touchant pas, séparés qu'ils sont par un fil de soie qui les enveloppe et les fixe l'un près de l'autre. Ces tubes sont en cuivre rouge très malléable, de manière à pouvoir les courber comme l'on veut. Ils ont une longueur de 0,20 cent. environ. L'un des conducteurs qui traversent le manche d'ébène, celui de gauche, est coupé, et ses tronçons se tiennent écartés par un ressort. Une vis de rappel placée sur le côté et fixée à l'un des tronçons permet de les rapprocher à volonté au moyen d'un simple coup de doigt quand la main tient le manche par son milieu. On peut donc, comme on veut et très facilement, fermer ou ouvrir le courant, c'est-à-dire rougir le fil ou l'éteindre comme nous verrons plus loin.

Sur le dos du manche est fixée, au bois même, une tige métallique carrée longue de 0,10 cent., et sur cette tige glisse un curseur à anneau. Une petite traverse en ivoire est fixée près de l'anneau, qu'elle dépasse de chaque côté d'environ 0,01 cent. Au bas du manche, par dessus, est fixé un autre anneau ou crochet destiné à servir de point d'arrêt et d'appui pour le pouce tandis que le doigt indicateur saisit le curseur et le fait glisser. Les deux bouts inférieurs des conducteurs métalliques ressortant du manche s'engagent dans les garnitures de deux fils conducteurs se reliant aux pôles de la batterie galvanique; un fil de platine, assez fin pour jouir d'une grande souplesse relative, passe dans les deux tubes métalliques constituant le serre-nœuds. Par ses deux

extrémités, ce fil de platine s'attache sur les deux poulies d'ivoire de la traverse près de l'anneau du curseur. Une certaine longueur de ce fil dépasse par en haut des tubes et forme une boucle qu'on peut faire plus ou moins grande selon les besoins et la grosseur des tumeurs qu'on veut embrasser.

Quand on veut se servir de l'instrument, la main droite tient le manche d'ébène par son milieu, le pouce passe sous le crochet inférieur, et l'indicateur dans l'anneau du curseur. La vis ou commutateur fixée à l'un des tronçons du conducteur de gauche est éloignée : par conséquent le courant est ouvert. Le manche est adapté aux fils de la batterie dont les éléments sont baissés. On manœuvre l'appareil de la seule main droite, tandis que de la gauche on s'éclaire par un miroiroscope, rhinoscope ou laryngien, suivant la cavité où l'on doit opérer, où bien le doigt de la main gauche sert de guide dans la cavité si l'éclairage est inutile. On a, de cette façon, toute facilité pour chercher à embrasser la tumeur où elle siège, dans cette anse métallique que forme le fil de platine. Quand on a saisi la tumeur sur la masse ou son pédicule, on serre d'abord autant qu'on le peut, à froid, c'est-à-dire à courant ouvert. Enfin, quand on sent la tumeur très bien prise et déjà serrée, on ferme le courant en ramenant en contact les deux tronçons du conducteur par la vis ou commutateur, au moyen du doigt médius. Immédiatement, l'anse métallique rougit. Alors, de la même main droite, cette fois en se servant du doigt indicateur passé dans l'anneau, on fait glisser le curseur ; on resserre l'anse qui est rouge, et on coupe ainsi la tumeur sur le point où on l'a saisie. On serre tout doucement pour laisser aux tissus le temps de se brûler sous la pression de l'anse. Une remarque à faire : c'est qu'à mesure qu'on diminue la longueur de l'anse, il faut remonter les éléments du liquide où ils plongent de manière à diminuer le courant. En effet, si on n'agissait pas ainsi, l'anse qui n'était que rougecerise quand elle avait sa plus grande longueur, passerait,

avec le même courant, petit à petit, en diminuant, au rouge-blanc; or, chauffée à ce degré, ce ne serait plus un écraseur cautérisant qu'on aurait en mains, mais on produirait une véritable section comme avec l'instrument tranchant. On sait, en effet, que le cautère chauffé à blanc coupe net, tant est rapide la brûlure. L'orifice des vaisseaux restant béant, on a, dès lors, tous les dangers de l'hémorragie comme si on s'était servi de la lame du bistouri. Au contraire, si on a eu soin de conserver un courant proportionné à la dimension de l'anse, on conservera jusqu'au bout le rouge-cerise, c'est-à-dire une température sous l'influence de laquelle les tissus se grillent tout doucement. A cette température, la fibrine du sang contenu dans les vaisseaux se coagule et forme autant de bouchons obturateurs pour ces vaisseaux sectionnés.

L'appareil que je viens de décrire me fut construit par M. Ch. Dubois, dont le savoir et l'habileté dans ces sortes de choses n'attendent plus qu'on les loue. J'avais, il est vrai, soumis à l'habile fabricant un plan et un modèle grossier pour lui expliquer ce que je voulais réaliser. Mais je lui dois cette justice, c'est qu'il a heureusement modifié mon projet. Le système de commutateur est de lui. Or, cela est mieux que ce que j'avais fait. — Je voudrais pourtant que le commutateur fût changé de place pour en rendre le mécanisme plus facile. Mais cela n'est qu'une question secondaire.

Un dessin devrait être joint à la description qui précède. — Le dessinateur m'a fait défaut. J'espère toutefois que mes explications pourront suffire. — On trouverait, d'ailleurs, chez M. Dubois, un instrument du même genre si on désirait le voir (1).

(1) Depuis que j'ai envoyé mon manuscrit au journal, j'ai appris qu'un docteur de Bruxelles avait eu la même idée que moi de construire un serre-nœud galvano-thermique; et il aurait fait un instrument analogue au mien. Certains détails de construction le font différer; mais c'est le même principe. J'aime à croire que mon confrère ne verra dans mon appareil que le résultat d'une similitude d'idée.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

9^me CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-YORK LES 26, 27
ET 28 MAI 1887.

Traduit de l'anglais (1), par le D^r J. CHARAZAC, de Toulouse.

1^{er} jour. — 26 mai.

Le président, le D^r E. FLETCHER INGALS, ouvre la séance et remercie ses collègues de l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire en l'élevant à la présidence; il lit ensuite une note sur le **tubage du larynx** (*Intubation of the larynx*).

En 1880, O'Dwyer introduisit dans la pratique le tubage du larynx, donnant ainsi aux praticiens une des opérations les plus utiles qui aient été pratiquées dans les temps modernes. Pendant le traitement consécutif (*The after Treatment*) à l'introduction du tube, on doit proscrire les liquides d'une façon absolue, car on risque fort de déterminer une bronchite ou une pneumonie. Dans les cas favorables, le gonflement et les fausses membranes diminuent au bout de cinq à six jours d'une façon si notable, que le tube est rejeté par un accès de toux et qu'il n'est pas nécessaire de l'introduire à nouveau.

Il a pratiqué le tubage du larynx dans 12 cas de croup. Il a obtenu 3 guérisons. Dans 1 cas, le malade vécut huit jours et mourut subitement une heure après l'ablation du tube. Un autre vécut également huit jours et mourut de pneumonie.

Ingalls donne des détails sur les malades qu'il a observés. Il résulte de son expérience que, dans le traitement consécutif au tubage du larynx, on doit : 1^o Proscrire les liquides, sauf en lavements; 2^o donner fréquemment une préparation mercurielle à dose relativement élevée.

L'auteur a recueilli 514 cas avec 134 guérisons; le nombre serait beaucoup plus élevé si l'on surveillait avec plus de soins l'emploi des liquides. Les résultats obtenus par le tubage sont aussi favorables que pour la trachéotomie chez

(1) D'après le *Medical New* et le *Medical Record* des 4 et 11 juin 1887.

les enfants au-dessus de trois ans; ils sont supérieurs au-dessous de cet âge. Pour l'introduction du tube, Ingalls préfère l'ouvre-bouche de Goodwillie à celui de O'Dwyer.

Le D^r SAJOURS fait une communication sur **une nouvelle méthode de tubage du larynx** (*a new method of intubation of the larynx*).

Jusqu'à présent, les résultats de la statistique sont favorables à la trachéotomie, mais il croit que le tubage donnera des résultats supérieurs quand on aura perfectionné les instruments qui lui servent. On peut reprocher au tubage les dangers qui résultent : 1^o de l'obstruction du tube par les fausses membranes; 2^o de l'accumulation dans la trachée des membranes détachées pendant l'introduction du tube; 3^o de passage des aliments dans la trachée; 4^o de l'arrêt momentané de la respiration pendant l'introduction du tube; 5^o de la pénétration du tube dans la trachée; 6^o du rejet du tube par un accès de toux.

Les avantages que présentent les instruments qu'il propose sont les suivants : ils donnent à l'air aspiré une ouverture à peu près égale à celle du larynx normal; ils sont relativement courts, ce qui constitue une disposition favorable pour empêcher les fausses membranes détachées de s'accumuler au-dessous; leur forme permet au malade de respirer librement tout en s'opposant à l'entrée des aliments; ils ne peuvent être rejetés par un accès de toux ni pénétrer dans la trachée.

Sajours présente, en outre, un instrument destiné à enlever les fausses membranes de la trachée.

Le D^r F.-H. HOOPER, de Boston, n'a pas d'expérience personnelle à ce sujet, mais il a observé à l'hôpital de Boston un certain nombre de cas. Depuis le mois d'octobre dernier, dix malades ont été traités par le tubage du larynx : il y a eu deux guérisons. Dans un cas, la tentative d'introduction amena du spasme au larynx et l'on fit la trachéotomie. Dans tous les cas la dyspnée fut améliorée. Dans trois cas le tube fut chassé et avalé.

Le D^r BRYSON-DELAN fait observer que pour éviter tout danger de suffocation par aliments on pourrait nourrir le malade à l'aide du tube œsophagien.

Le D^r MORRIS J. ASCH dit que parmi les objections les plus sérieuses on doit ranger l'accumulation des fausses membranes au-dessous du tube; elles sont très difficiles à enlever, même par la trachéotomie; il est, en outre, difficile aux praticiens ordinaires de procéder à l'extraction du tube.

Les D^{rs} WOODBRIGE, de Brooklyn, J. SOLIS-COHEN, de Philadelphie, CHAPMAN, de New-Haven et INGALS prennent part à la discussion.

Le D^r J. SOLIS-COHEN, décrit **une modification de la laryngectomie** (*A modified laryngectomy*).

Cette modification est applicable aux cas dans lesquels la maladie n'est pas trop étendue; elle présente sur la laryngectomie complète cet avantage de laisser intacte la plus grande partie du cartilage thyroïde, tandis que la portion respiratoire du larynx est enlevée toute entière. La laryngectomie ainsi modifiée présente les avantages suivants : 1^o rapidité, facilité et en même temps sécurité relative pour le malade; 2^o plaie relativement peu étendue; 3^o les ligaments et les muscles les plus importants sont conservés; 4^o la déglutition n'est en aucune façon gênée; 5^o enfin, on conserve un support pour les pièces artificielles destinées à remplacer plus tard le larynx.

Cette opération doit être préférée à la laryngectomie complète, quand la lésion cancéreuse n'est pas trop avancée.

MM. les D^{rs} de Blois, Morgan, Allen, présentent à la Société différents instruments.

Séance du soir.

Le D^r JOHN N. MACKENSIE lit une note sur les **réflexes pathologiques du nez** (*Pathological nasal Reflex*).

Il est hors de doute qu'il existe une relation constante entre les maladies de la muqueuse du nez et celles des autres par-

ties de l'appareil respiratoire et d'autres portions éloignées de l'organisme. La fièvre des foins a été décrite du temps de Galien. Le fait que la titillation de la muqueuse du nez arrête le hoquet est rapporté par Platon. L'action irritante que produit l'odeur des fleurs était connue dès les temps les plus reculés.

Le Dr J. O. ROE, de Rochester, présente une communication sur la **fièvre des foins; analyse d'un certain nombre de cas avec les résultats du traitement** (*Hay fever; Analyse of cases, with Results of treatment*).

Pendant la durée de la dernière saison de la fièvre des foins l'auteur a traité 42 malades. L'étude qu'il en a fait tend à confirmer les idées par lui émises en 1883, en les modifiant cependant sur certains points. Sur ces 42 cas il compte 26 hommes et 16 femmes. Les accès se sont produits du 1^{er} mai au 1^{er} août. Dans tous les cas, les symptômes aiguës ont disparu à la première apparition du froid. Il existait toujours une affection de la muqueuse nasale; les zones de sensibilité ne sont pas exactement localisées, mais elles sont ordinairement plus marquées dans les parties hypertrophiées. Les zones ne siégeaient pas plus spécialement à la partie antérieure des cornets qu'à la partie postérieure. Dans la plupart des cas, la sensibilité était aussi grande sur la cloison que sur les cornets. 31 malades ont eu des accès d'asthme, 12 seulement avaient un tempérament nerveux.

Le méthode de traitement adoptée par l'auteur consiste à ramener les fosses nasales à leur état normal et à détruire les zones sensibles. Les zones doivent être détruites par la cautérisation. Les cautérisations profondes ont été les plus efficaces, tandis que les cautérisations superficielles n'ont produit aucun effet. On doit se préoccuper aussi de l'état du larynx, du pharynx et des bronches. L'hypertrophie des amygdales entretient l'irritation des cornets. L'auteur compte 35 guérisons; 17 malades ont été délivrés des accès pendant une période de une à neuf années; 4 n'ont éprouvé aucune amélioration en raison du traitement imparfait qu'ils ont suivi; 4 ont été perdus de vue.

Voici la conclusion de ce travail :

1° Tous les cas d'hay fever ont pour point de départ une affection des fosses nasales ;

2° Une affection quelconque des tissus du nez détermine dans les centres ganglionnaires auxquels elles sont reliées une activité anormale qui détermine les réflexes des autres organes ;

3° Les zones sensibles du nez ne règnent pas dans une portion déterminée de la cavité. Il n'existe pas de zone dont l'irritation soit susceptible de déterminer les mêmes phénomènes réflexes ;

4° L'irritation réflexe se produit sur les points qui présentent le moins de résistance. L'irritation d'un même point peut réfléchir tantôt d'un côté tantôt d'un autre.

5° La maladie du nez peut produire dans les autres parties de l'appareil respiratoire une affection qui peut devenir indépendante de la source de l'irritation ;

6° La fièvre des foins provient d'une irritation des zones sensibles du nez ;

7° Elle ne constitue pas, à proprement parler, une névrose. Il n'est pas nécessaire pour qu'elle se produise que la personne ait une constitution névropathique. Elle n'est pas nécessairement associée au tempérament nerveux ;

8° L'état nerveux que l'on considère souvent comme la cause de la fièvre des foins est souvent le résultat de l'irritation locale ;

9° Par un traitement sérieux de l'affection des fosses nasales uni au traitement des autres parties de l'appareil respiratoire, qui deviennent des sources secondaires d'irritation, on arrive à guérir la fièvre des foins.

Le Dr SAJOUS, dans la dernière réunion de la Société, a rapporté des cas d'hay fever dans lesquels le traitement galvano caustique ne détermina qu'une amélioration passagère. Cet échec était dû à une cautérisation superficielle, car depuis lors il a guéri ses malades en faisant des cautérisations profondes.

Le D^r MACKENZIE considère l'hay fever comme une névrose (1). Il ne croit pas à l'existence d'une affection des fosses nasales produisant des phénomènes réflexes. Lorsqu'on constate chez un malade atteint des fièvres des foins une affection de la muqueuse du nez, on doit se demander si cette affection est primitive ou secondaire, ou ne constitue qu'une coïncidence. Il existe toujours, d'après lui, une affection plus centrale que la maladie du nez. L'été dernier, dans le traitement de la fièvre des foins, il n'a pas fait d'application locale dans le nez et a obtenu de très bons résultats. Il donne le zinc, la noix vomique, la quinine et l'arsenic à haute dose.

Les D^{rs} KNIGHT, GLASGOW, HOOPER, SOLIS-COHEN, prennent part à la discussion et soutiennent dans une large mesure les idées de Mackenzie. Le D^r ROE termine la discussion.

Le D^r BRYSON-DELANVAN fait une communication sur le **traitement de la rhinite atrophique par les applications de courant galvanique** (*The treatment of atrophic rhinitis by applications of the galvanic current*).

Il y a quelques années, le D^r E. L. Shurly, de Detroit, recommandait l'emploi de l'électricité dans le traitement de catarrhe sec du pharynx et rappelait des cas dans lesquels l'état du malade s'était beaucoup amélioré à la suite de son emploi. Il conseillait aussi le même traitement dans la rhinite atrophique. Nulle affection n'est plus décourageante pour le médecin et le malade que la rhinite atrophique. Le D^r Delavan a fait usage de cette méthode dans quelques cas. Le pôle positif d'une pile à courant constant étant appliqué sur la nuque, on applique sur la muqueuse nasale le pôle

(1) Le D^r John Mackenzie considère l'hay fever comme une névrose, mais il ne nous explique pas comment il se fait que cette affection soit presque inconnue en France où les névropathes ne manquent pas. Les D^{rs} Roe, Sajous, etc., admettent une irritation réflexe produite par une affection du nez, mais comment se fait-il que cette irritation réflexe ne se produit pas chez les Français ou les Allemands qui, pas plus que les Anglais ou les Américains, ne sont exempts d'affections des fosses nasales? (D^r J. CHARAZAC.)

néгатif composé d'un électrode en fil de cuivre entouré de coton absorbant. La force du courant employé varie de quatre à sept milliampères. Dans les cas récents, ce mode de traitement donne des résultats très marqués. Il se produit aussi une amélioration dans les cas anciens. La seule objection que l'on puisse faire à cette méthode est le temps considérable qu'exige son emploi.

Le Dr DE BLOIS a fait usage dans deux cas de ce mode de traitement avec un avantage très marqué.

MM. les Drs KNIGHT, ROE, SAJOURS, prennent la parole à propos de cette communication.

Le Dr S.-H. CHAPMANN, de New-Haven, fait quelques remarques sur la **Myalgie du larynx et du pharynx** (*Myalgia of the pharynx and larynx*).

Il appelle l'attention de la Société sur certains états particuliers des muscles du pharynx et du larynx survenant fort souvent à la suite de la malaria, et qui doivent, en raison de leur gravité, attirer l'attention des spécialistes. Les muscles plus gravement atteints sont les pectoraux, les muscles de la déglutition et ceux de la voix.

Le Dr F. I. KNIGHT, de Boston, ouvre la discussion sur les **affections sensorielles de la gorge** (*Sensory affections of the throat*).

Ses études ont surtout porté sur l'hypéresthésie et la paresthésie: Dans l'hypéresthésie, d'ordinaire, on ne s'occupe pas suffisamment de l'état général du malade. Les cas les plus rebelles s'observent chez les sujets alcooliques ou souffrant de troubles digestifs. Ces malades se trouvent bien, d'ordinaire, de la suppression de l'alcool et d'un régime alimentaire bien réglé. La paresthésie s'observe surtout chez les hystériques. Les causes excitantes sont une affection de la gorge. La fatigue, d'ordinaire, exagère les sensations. Quelques observateurs ont noté la paresthésie du larynx comme symptôme précoce de la phtisie laryngée; Knight ne l'a jamais rencontrée. Dans la plupart des cas de paresthésie,

le pronostic est favorable, pourvu que le traitement soit fait soigneusement.

Le D^r W. C. JARVIS, de New-York, a vu un malade qui, depuis plus de deux ans, souffrait d'une douleur siégeant sur un côté de la langue. Il avait eu la syphilis et souffrait, en même temps que de sa névralgie de la langue, d'une névralgie frontale et de douleurs dans d'autres parties du corps. Un autre malade vient régulièrement le consulter, tous les cinq ou six mois, pour une douleur siégeant sur le pilier antérieur droit. Il croit qu'il s'agit, dans ce cas, d'un trouble psychique et qu'il n'existe aucune lésion pour l'expliquer.

Le D^r SAJOUS a vu deux ou trois cas analogues; dans l'un d'eux il existait de la pharyngite granuleuse; la douleur persista après la disparition des lésions.

Le D^r GLASCOW également a vu plusieurs cas de ce genre, qu'il croit pouvoir attribuer à la malaria et aussi à la diathèse goutteuse.

Vendredi 27 mai. — Séance du matin.

Le D^r FRANC-DONALDSON, de Baltimore, lit une note intitulée : **Nouvelles recherches sur les fonctions du recurrent** (*Further researches upon the fonctions of the recurrent laryngeal nerve*).

Dans une précédente réunion il a fait une communication dans laquelle il critiquait les idées du D^r F.-H. Hooper, de Boston. Le D^r Donaldson soutenait que l'action des constricteurs n'est point suspendue dans les cas d'anesthésie profonde ou de perte complète du sentiment par toute autre cause; qu'on n'obtient pas toujours l'abduction par l'irritation du recurrent quand le sujet en expérience a perdu connaissance; que l'abduction n'est pas un acte réflexe et n'est pas sous la dépendance de la perte du sentiment (*unconsciousness*); qu'avec une excitation faible on produit l'abduction, et l'adduction par une excitation plus énergique. Les résultats obtenus sont les mêmes, que l'animal soit plongé dans un sommeil narcotique

léger ou profond, ou lorsque la moelle a été détruite, ou que l'animal est dans un état de mort partielle; qu'après des excitations énergiques ou longtemps prolongées, les abducteurs cessent de répondre aux excitations.

Ces conclusions de Donaldson ont été vivement critiquées. Les expériences qu'il rapporte dans sa communication ont eu pour objet d'établir l'exactitude de ses vues. Il a montré que l'abduction des cordes vocales peut être obtenue sans éthérisation du sujet (*without ether*) et qu'au point de vue physiologique l'ouverture et la fermeture de la glotte dépendent de l'énergie de l'excitation. Avec une excitation faible on produit l'abduction, tandis qu'avec des stimulants énergiques on obtient l'adduction des cordes vocales.

Le D^r F-H HOOPER, de Boston, lit ensuite une note sur l'**anatomie et la physiologie du nerf récurrent laryngé** (*The anatomy and physiology of the recurrent laryngeal nerve*).

L'anatomie du récurrent est maintenant complète et exacte, mais, jusqu'à une date relativement récente, une grande confusion régnait à son sujet. Pour bien expliquer comment ces nerfs deviennent récurrents, il est nécessaire de commencer cette étude chez l'embryon. La récurrence est due à certaines modifications des arcs branchiaux et à la descente du cœur dans la cage thoracique. A une certaine période de leur développement, les récurrents sont droits, mais ils sont entraînés lors de la descente du cœur. On peut prouver ce fait par la position anormale de ce nerf dans les anomalies des gros vaisseaux qui partent de l'aorte. Ces nerfs (au moins chez les chiens et chez les chats) ne contiennent pas de fibres sensibles.

Le larynx remplit trois fonctions principales avec l'aide de trois groupes musculaires distincts, tous innervés par les récurrents. Ces fonctions sont : 1^o la respiration; 2^o l'occlusion (sphincter action) qui empêche les corps étrangers de pénétrer dans le larynx et joue un rôle important dans leur expulsion; 3^o la phonation.

L'excitation des récurrents produit l'adduction chez certains animaux (chiens), l'abduction chez d'autres. On n'a fait chez l'homme qu'un petit nombre d'expériences : elles sembleraient démontrer que l'excitation détermine l'occlusion de l'orifice glottique, sous l'influence de l'éther ou du sommeil narcotique profond; l'excitation du récurrent chez les chiens, produit l'ouverture de la glotte. L'auteur rapporte 312 expériences; quelques-uns de ces animaux étaient soumis à l'influence du chloral, du chloroforme, de la morphine ou de l'éther. Dans l'anesthésie par l'éther, de faibles excitations produisaient la dilatation, tandis qu'on ne pouvait obtenir aucune contraction avec des excitants énergiques. Quand les chiens commencent à en ressentir l'influence, on ne peut produire la dilatation quel que soit le courant employé, tandis que la contraction se produit avec des courants dont l'intensité décroît à mesure que l'influence de l'éther cesse de se faire sentir. Dans un cas, l'auteur a observé des effets identiques à la suite de l'usage de la morphine à haute dose. A la suite de petites doses d'éther, l'excitation produit deux effets différents : d'abord la vibration (vibration), ensuite l'occlusion. Lorsqu'on donne l'éther à haute dose, il se produit quatre effets distincts suivant l'intensité de l'excitation : la vibration, la dilatation complète, des mouvements mixtes, l'occlusion. L'excitation à la suite de l'emploi de petites doses de morphine, de chloral et de chloroforme, produit les mêmes effets qu'avec l'éther à petites doses.

Le D^r KNIGHT dit que les résultats obtenus chez divers animaux ont été si différents, à la suite des différences de poids, de taille, etc., qu'on ne doit appliquer les résultats à l'homme qu'avec la plus grande réserve.

Le D^r J. W. LANGMAID, de Boston, dit que dans une expérience récente du D^r Hooper, le crâne avait été trépané et l'insensibilité obtenue par la compression de la substance corticale. Dans ce cas, l'excitation du récurrent produisit une dilatation très marquée.

Le D^r M. ALLEN STARR, de New-York, a vu récemment

à Paris des expériences d'hypnotisme faites par Charcot. Tout le monde sait que, dans cet état, une légère percussion d'un nerf amène une contraction du muscle qu'il innerve. Dans un de ces cas, un choc léger porté sur le récurrent, au-dessous du larynx, amena un tel rapprochement des cordes vocales, qu'on en vint à se demander si la trachéotomie ne serait pas nécessaire.

Le D^r HOOPER a fait un grand nombre d'expériences d'après la méthode du D^r Donaldson. Elles ne lui ont donné aucun résultat.

Séance du soir.

Le D^r WILLIAM GLASCOW fait une communication sur **quelques moyens de calmer les céphalalgies congestives** (*Certain measures for the relief of congestive headaches*).

Les symptômes les plus pénibles sont : la douleur et une sensation de constriction frontale. Si l'on analyse les sensations douloureuses, on constate qu'elles sont des deux ordres. Le malade ressent une sensation de plénitude dans le crâne et parfois un battement à la tempe. En second lieu, une douleur lancinante, si généralement connue comme constituant la névralgie.

Les deux variétés sont parfois associées l'une à l'autre. Dans la première il existe de la congestion des vaisseaux, dans la seconde un désordre nerveux.

Les deux variétés sont dues souvent à un même état pathologique des cavités nasales. Pendant la durée de la céphalalgie congestive, si l'on pratique l'examen des fosses nasales, on constate un état de tension et de plénitude des corps caverneux du nez. La méthode de traitement qu'il a adopté, dans ces dernières années consiste dans une saignée locale. Il n'est pas nécessaire d'employer le bistouri, une aiguille est suffisante. Dans bon nombre de cas l'amélioration est instantanée. On peut répéter l'opération une ou deux fois par mois. L'auteur a vu des cas dans lesquels la guérison est

devenue permanente et n'a pas exigée que l'opération fut répétée plus de cinq ou six fois.

Le malade perd rarement plus de trente grammes de sang. L'auteur rapporte un grand nombre d'observations à l'appui.

Le D^r MACKENZIE constate que la précédente communication tend à démontrer quelques unes de ses idées relatives au gonflement des cornets pendant la période menstruelle. Il croit que bon nombre de céphalalgies qui surviennent à l'époque des règles sont dues à la congestion des cornets.

Il y a de cela quelques années, il conseillait, dans les cas de coryza aigu, une incision des cornets avec un bistouri à pointe très aiguë.

Le D^r RICE, de New-Work, dit que ses expériences diffèrent un peu de celle de l'auteur. Dans les cas d'hypertrophie des cornets il n'a jamais eu d'écoulement de sang.

MM. les D^r HARRISON, ALLEN, SAJOUS, BOSWORTH, prennent part à la discussion..

Le D^r GLASGOW la termine en faisant observer qu'il n'est pas question d'hypertrophie des cornets et n'a jamais recommandé la saignée dans ce cas. La plénitude des sinus caverneux indique simplement un état de réplétion des sinus frontaux, mais n'en constitue pas la cause. S'il prend du sang sur les cornets, c'est par ce que c'est le point qui lui a paru le plus favorable.

D^r J. CHARAZAC.

(A suivre).

COMPTE RENDU DU 4^e CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ITALIENNE

TENU A GÈNES DU 4 AU 7 AVRIL 1887

Présidence de M. Caselli

1^o M. DE ROSSI (de Rome). — **Des polypes fibreux naso-pharyngiens.**

Le rapporteur parle surtout de la littérature, de l'impor-

tance, et enfin de l'opération de ces polypes. Il recommande l'emploi de l'électrolyse, qui, toujours, lui a donné de bons résultats. Il admet que chez les femmes on n'observe pas ces polypes et que leur développement s'arrête après l'âge de 26 ans. La même remarque a été faite par Legouest et Gosselin et c'est pour cela qu'on a même observé des guérisons spontanées.

Dans la discussion, M. DURANTE (de Rome) admet un arrêt de développement des polypes, mais il nie la guérison sans l'extirpation complète. Il ne doute pas de l'avantage de l'électrolyse.

MM. MONTENOVESI et PACI assurent avoir observé ces polypes même chez la femme.

M. DE ROSSI garde son opinion et croit que le traitement radical, en général, n'amène pas à la guérison.

2° M. CASELLI (de Gênes). — **De la trachéotomie et d'un nouveau trachéotome.**

Il fait observer qu'aujourd'hui, pour ouvrir la trachée et y pénétrer rapidement — deux points capitaux dans chaque trachéotomie — on est dépourvu d'instruments suffisants. Il les énumère et en fait la critique. Enfin, il montre son nouveau trachéotome et il en décrit l'emploi. Autrefois, sur 132 malades trachéotomisés par l'auteur, 50 sont morts; après l'emploi de son instrument, sur 18 patients, 3 sont morts et 13 guéris.

M. NOVARO (de Turin) s'étonne des succès extraordinaires de l'auteur. La statistique qu'il rapporte est la plus favorable qu'il connaisse jusqu'à présent; mais, selon lui, ces avantages ne sont pas dûs seulement à l'emploi du nouveau trachéotome.

M. DE ROSSI (de Rome). — **Tumeurs malignes de l'apophyse mastoïde.**

Il rapporte deux cas opérés par lui sans succès. Dans le second, il s'agissait d'un épithélioma primitif des cellules

mastoïdiennes. Tel fut le diagnostic fait par lui, et il en énumère les raisons.

Il ajoute que les glandes de la région stérno-cleido-mastoïdienne du même côté étaient tuméfiées et que l'une d'entre elles avait été extirpée pour établir le diagnostic. L'autopsie confirma la diagnose d'épithélioma avec diffusion intracrânienne.

Dans la discussion, M. D'ANTONA (de Naples) fait observer à M. DE ROSSI que les caractères allégués par lui ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic sur le point d'origine de la tumeur),

M. DURANTE approuve les idées de M. D'ANTONA.

M. BOTTINI (de Pavie) demande des détails sur l'examen histologique et conteste au chirurgien le droit d'extirper des organes dans un but diagnostique.

M. DE ROSSI répond que pour les caractères cliniques et isthologiques, il est bien convaincu du diagnostic. Il affirme que, grâce à la muqueuse qui revêt les cellules mastoïdes, l'origine d'un épithélioma est bien possible. Enfin, l'extirpation d'une glande peut être permise, comme on permet la laparatomie dans un but diagnostique. D^r F. CARDONE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la Diphtérie Par M. le D^r V. COZZOLINO (1).

Sous ce titre, l'auteur a publié un ouvrage, dont le résumé avait été déjà donné, il y a peu de temps, et la *Revue* ne manqua pas d'en donner un aperçu (voir n° 4 p. 206). Le premier volume, qui embrasse diverses parties du sujet, sera bientôt suivi du second. C... établit en principe une statistique et en arrive à conclure que la diphtérie, tant en Italie que dans le reste de l'Europe, a fait beaucoup de progrès dans ces dernières années; il attribue ce fait au manque absolu d'hygiène dans la diphtérie.

(1) Naples 1887.

Il envisage la diphtérie au point de vue des saisons, de l'âge, du sexe et des conditions sociales, et nous indique l'état de la science sur ce sujet.

D'autres chapitres sont destinés à la biologie clinique du virus diphtérique pathogénique parasitaire en général, et à celle de la diphtérie en particulier.

Depuis Bretonneau et Trousseau jusqu'à Klebs et Loeffler, toutes les opinions des auteurs sur l'étiologie de cette affection sont exposées aussi brièvement que possible. Cozzolino est absolument d'avis que la diphtérie est une affection d'origine parasitaire et qu'elle est due au micrococcus de Klebs et de Loeffler. Il ajoute même que l'italien Atto Rigri avait déjà remarqué, dans tous les cas analogues, un *criptogama ramosa*, qu'il envisageait comme la cause de la diphtérie. Aussi nous propose-t-il d'appeler *Bacillus Rigri* ce qui est connu sous le nom de Klebs et Loeffler. Cette opinion serait acceptable à la condition où l'auteur pourrait nous démontrer que le cryptogame de M. Rigri et le coccus de Klebs sont identiques.

Relativement à l'origine du diphtérique, C... conclut que la diphtérie est transmise à l'homme non seulement par les volailles, mais aussi par les chiens, les vaches et les cochons. Il nie absolument toute autre espèce d'étiologie.

Enfin, il traite de l'hygiène publique et privée dans la diphtérie. Il indique toutes les mesures hygiéniques que l'on doit observer pour empêcher le développement du virus diphtérique.

D^r F. CARDONE.

Des Fistules congénitales du cou (Fistules branchiales),

Par le Dr SATURNINO GUZMAN.

Dans le premier chapitre de sa thèse, le D^r Guzman commence par dire ce qu'on doit entendre par fistules congénitales du cou et en donne une définition très claire. Il fait ensuite l'historique de la question et montre qu'il faut arriver jusqu'en 1864 pour voir Heusinger fournir une explication exacte de la pathogénie de ces fistules. En 1866, sous l'inspiration de Nelaton, Demoulin fait sur ce sujet sa thèse

inaugurale et montre, grâce à l'examen histologique, fait par le professeur Robin, la disposition congénitale de ces fistules.

L'auteur, dans son deuxième chapitre, rappelle qu'il ne faut pas confondre avec les fistules congénitales du cou, l'hygroma sous-hyoïdien, et, à ce propos, il signale l'erreur où était tombé Nélaton avec sa théorie de la grenouillette sous-hyoïdienne. Il rejette encore la théorie de l'hétérotopie de Lebert pour se rallier entièrement à la théorie embryologique. Après avoir fait l'embryologie de l'appareil branchial, il montre comment, avec les notions fournies par cette étude, on est en mesure d'interpréter la pathogénie des fistules du cou, et comment, par suite d'arrêts de développement, on pourra se trouver en présence soit d'une fistule médiane, soit d'une fistule complète, soit d'une fistule borgne interne ou externe. Il explique encore comment peuvent se produire les kystes superficiels ou profonds, cutanés ou muqueux, et comment, à leur tour, ceux-ci peuvent donner naissance aux fistules. C'est encore grâce à l'embryogénie que se comprennent les vices de conformation de l'oreille, accompagnant ces fistules.

L'hérédité joue un grand rôle dans la production de ces fistules. Si on les rencontre plus fréquemment dans la race Saxonne qu'en France, il ne faudrait voir là qu'un défaut d'observation chez nous. L'auteur, en même temps, prend soin de nous venger de l'injuste ignorance où Fischer nous accuse d'être demeurés, relativement à leur existence, jusqu'en 1868.

C'est à l'étude anatomo-pathologique de ces fistules que M. Guzman consacre le troisième chapitre de sa thèse. Il leur distingue deux sortes de caractères : 1° macroscopiques ; 2° microscopiques.

Au point de vue macroscopique, il divise les fistules en deux classes : A) Fistules congénitales primitives ; B) Fistules congénitales secondaires à un kyste branchial. Les premières peuvent être complètes, borgnes internes ou borgnes externes.

Les secondes peuvent être borgnes internes et, en s'ouvrant

une voie à l'extérieur, devenir complètes. Les unes et les autres offrent à l'étude un orifice externe, un trajet et un orifice interne, qu'il décrit soigneusement.

L'examen microscopique montre que ces fistules sont composées : 1° d'une couche externe fibro-élastique; 2° d'une couche interne contenant de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles et de l'épithélium pavimenteux stratifié. Cette dernière couche serait très vasculaire et on y rencontrerait parfois tous les éléments constitutifs de la peau. Quant au liquide de sécrétion, sa couleur, sa consistance et son aspect, peuvent varier suivant la proportion relative des éléments qu'on y rencontre.

La symptomatologie et le diagnostic des fistules font l'objet du quatrième chapitre. Les symptômes objectifs ayant été relatés dans l'anatomie pathologique, il s'attache à fournir les symptômes fonctionnels. Ce sont : une indolence spontanée de la fistule et de la douleur lors de l'exploration. Un écoulement continu ou intermittent du liquide variant avec la fréquence des mouvements de déglutition. Le diagnostic sera fourni par les caractères du liquide, par la situation des orifices de la fistule, par l'examen du conduit. C'est au moyen de liquides colorés, de substances sapides, du cathétérisme, d'issue par l'orifice externe de substances alimentaires, que pourront être reconnues les fistules complètes. Le laryngoscope et le pharyngoscope pourront être également d'un utile emploi.

Bien que très controversée et d'un diagnostic difficile, l'existence des fistules borgnes internes est pourtant admise par l'auteur qui voit là « l'explication de ces faits dans lesquels une fistule complète a été précédée par une tumeur kystique en communication avec le pharynx. » Les fistules secondaires aux kystes n'offriraient guère de caractères spéciaux. Le diagnostic des kystes est important au point de vue de leur extirpation. Il sera parfois assez difficile d'en faire le diagnostic avec les autres kystes de la même région; on devra alors constater leur mobilité, l'existence d'un pédicule, et, par dessus tout, en examiner soigneusement le contenu. Un

simple examen suffira pour établir un diagnostic différentiel entre les fistules congénitales et les nombreuses fistules de tout genre qui pourraient se montrer à ce niveau.

Bénignes en général, les fistules congénitales réclament néanmoins l'intervention, par suite de la gêne qu'elles procurent et des difformités qu'elles occasionnent. Elles peuvent cependant s'accompagner de troubles auditifs et respiratoires, de dysphagie et de lésions pulmonaires. Force est aussi d'avouer que si l'on voit des fistules guérir spontanément ou céder facilement à l'intervention opératoire, il en est d'autres qui, par leur résistance au traitement, font à la fois le désespoir du patient et du médecin.

Le traitement des fistules congénitales du cou a subi de nombreuses fluctuations; à côté des chirurgiens qui se prononcent radicalement pour la non-intervention, nous en voyons d'autres qui, très timorés encore, n'osent agir que dans certains cas bien déterminés. Les fistules complètes ont toujours été traitées avec beaucoup de prudence et de réserve à cause des accidents auxquels on a vu donner lieu la fermeture spontanée et passagère de leur orifice externe. En Allemagne, on respecte complètement ces fistules. L'avis de l'auteur est que ces fistules doivent être traitées, (chez les enfants exceptés), par les injections iodées. Quant aux fistules borgnes externes, il les croit, lorsqu'elles ne dépassent pas trois centimètres, justiciables du traitement par l'électrolyse, suivant la méthode du professeur Le Fort; si celle-ci échoue, et dans tous les autres cas, excision du trajet fistuleux, curage de la plaie (procédé Trélat), devront être employés. Enfin, s'il s'agit d'une fistule borgne interne menaçant de s'abcéder, faire une ouverture externe et traiter comme une fistule complète.

Quinze observations, dont deux personnelles, et quatre pages d'une bibliographie soignée, terminent la thèse inaugurale de M. Guzman (*Thèse*, Paris, 1886, n° 184). M. NATIER.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Kyste branchial siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille droite, par le Dr CHAPOTOT.

Une femme de vingt-neuf ans avait vu, dix ans auparavant, au début d'une première grossesse, apparaître une petite tumeur au-dessus de l'oreille droite. La tumeur subit une augmentation de volume à l'occasion de deux nouvelles couches; période stationnaire de six ans. Le néoplasme mesure dans son plus grand diamètre 4 centimètres; il est fluctuante, sans adhérences à la peau qui le recouvre et paraît s'attacher en arrière à la conque, en avant, au point de réunion de l'hélix et de l'anthélix par une base large et profonde. M. Poncet, dans le service duquel était la malade, porta le diagnostic de kyste dermoïde, se basant en cela sur les affirmations de la mère qui aurait vu, dès l'âge de huit mois, une petite grosseur occupant le siège de la tumeur actuelle. C'est là un fait très rare en tant que siège du kyste branchial; l'auteur signale en même temps l'influence des premières grossesses sur le développement du kyste.

Dans des cas analogues, alors qu'il est impossible d'enlever dans son entier la poche kystique, M. Poncet juge suffisante pour une guérison durable, une ablation partielle avec modification de la portion restante de la poche. (*Lyon méd.*, 9 mai 1886, n° 19.)

M. N.

Les injections d'éther iodoformé dans les hématomes de l'oreille, par le Dr A. LEBRUN.

Divers procédés ont été employés dans le traitement des hématomes de l'oreille: les uns ouvrent largement la poche, d'autres se bornent à la ponction simple ou à l'application d'un petit séton. Follin applique d'abord des compresses résolutives, et si ce moyen échoue, il pratique quelques ponctions. M. A. Lebrun, qui a mis en usage la méthode de Follin, prétend n'avoir jamais, de la sorte, obtenu de guérison; les autres procédés sont d'une longueur désespérante. Se basant alors sur

l'action résolutive de l'iodoforme, l'auteur a songé à l'employer en injections pour traiter les hématomes. Après avoir vidé le petit kyste par aspiration, il injecte dans la poche un gramme d'iodoforme; simplifiant encore, il a injecté, sans ponction préalable, une solution d'éther iodoformé dans la tumeur. Dans le premier cas, la guérison est survenue rapidement; dans le second, au contraire, il a fallu plus de vingt jours pour l'obtenir. (*La clinique*, n° 6, 10 fév. 1887.) M. N.

Considérations sur les écoulements d'oreille,

par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

A la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, à propos d'un cas de méningite otitique, récemment observé par lui, le Dr J. Charazac attire l'attention de ses collègues sur la question de l'otorrhée que bon nombre de praticiens considèrent encore comme une affection que l'on peut négliger sans danger, lorsqu'elle n'est pas pour le malade un exutoire salutaire pour les humeurs.

Rappelant les rapports anatomiques de l'oreille avec les organes importants contenus dans la boîte crânienne (méninges, sinus, cerveau) il démontre ce fait, bien connu de tous les otologistes, qu'une otorrhée légère, peut, à un moment donné, amener de graves complications et la mort du malade. (*Revue méd. de Toulouse*, 1^{er} mars 1887.)

Papillomes multiples inflammatoires du conduit et du pavillon, etc. (*Papillomi multipli inflammatorii del condotto e del padiglione dell'orecchio*, etc. Par le Dr F. FELICI.

Femme de soixante-six ans, paysanne, ayant souffert pendant treize ans d'otite moyenne suppurée à droite, sans s'être jamais traitée. Mais l'inflammation chronique, la surdité complète de l'oreille droite et une vive douleur résultant d'une ulcération superficielle, la poussèrent à venir se faire traiter à l'hôpital clinique.

Un examen minutieux révéla les faits suivants : occlusion complète du conduit auditif et de la conque du pavillon, due à un tissu granuleux, riche en vaisseaux saillants, sur le

derme ulcéré. On constate en même temps de la périchondrite du conduit, une congestion interne et une dureté notable du pavillon, douleurs locales, ulcération saignante dans la partie supérieure de la tumeur, et absence complète de l'ouïe.

La tumeur, dans son ensemble, ressemblait à un épithélioma partant du fond du conduit auditif. Et cette opinion paraissait d'autant plus vraisemblable, si on tenait compte de l'âge avancé du sujet, de son état anémique et de la dureté assez considérable des ganglions cervicaux.

Mais le traitement chirurgical, raclage de la tumeur du pavillon, du conduit et de la caisse du tympan, injection d'une solution concentrée d'alcool et acide borique, etc., etc., guérèrent la malade et lui permirent d'entendre.

L'examen microscopique de la tumeur révéla qu'il s'agissait bien de papilles hypertrophiques et dégénérées, et le diagnostic fut ainsi confirmé (*Bollettino delle malattie della gola, dell' orecchio*, etc., an. V, n° 2, Florence, 1887).

D^r F. CARDONE.

Remarque sur un cas d'abcès cérébral consécutif à une otite, traité avec succès par la trépanation (*Remarks on a case of cerebral abscess with otitis, successfully treated by operation*) par le D^r W. S. Greenfield.

Il n'existe dans la science que trois cas rapportés par Gowers et Barker, Schondorff, Trückenbrod, d'abcès cérébral d'origine otitique, guéri par la trépanation. M. Greenfield en rapporte un quatrième.

W. H..., ouvrier, vingt-six ans, est apporté à l'infirmerie d'Edimbourg dans un état semi-comateux, le 31 décembre 1886. Deux mois et demi auparavant, il avait eu, au dire d'un de ses amis, une otite moyenne avec surdité à gauche (le malade a, depuis, nié ce fait) qui avait disparu, et le malade avait pu reprendre son travail, lorsque, quinze jours plus tard, il ressentit de vives douleurs de tête ; il devint triste et abattu. Constipations, vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents. A la céphalalgie succéda un état de somnolence. Pas d'antécédents personnels en dehors d'une scarlatine lorsqu'il était enfant.

A son entrée à l'infirmierie, le malade est très pâle, plongé dans la torpeur, paupières closes et bouche ouverte. Parole lente mais très intelligible. Il se plaint de céphalalgie, mais elles sont moins fortes qu'avant son entrée. Abdomen retractoré; n'est pas douloureux à la pression. Température : 97°; pouls, 68, légèrement irrégulier; respiration 20, elle est facile; cœur et poumons sains. Pas de délire.

Le Dr Mc Bride constate une petite perforation sur le tympan gauche. Oreille droite normale. L'état du malade s'étant aggravé, M. Greenfield décide de pratiquer la trépanation, au niveau du siège supposé de l'abcès cérébral (ce fut le diagnostic porté), à savoir sur la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche.

On choisit pour pratiquer la trépanation la région temporale; on fait une incision verticale d'environ deux pouces et demi de largeur, les fibres du temporal sont divisées, le périoste soulevé, et l'opérateur applique une couronne de trépan à une distance d'environ un pouce et quart en arrière de l'angle externe de l'apophyse zygomatique, à un pouce environ au-dessous de l'arcade. La dure-mère, mise à nu, fut incisée, puis un couteau de Græfe introduit dans la plaie à la recherche de l'abcès cérébral. Une grande quantité de pus fétide sortit aussitôt de l'incision. On introduit un drain dans la plaie, et l'on fait un pansement antiseptique. Le malade fut opéré le 8 janvier. A partir du jour de l'opération l'état du malade ne cesse de s'améliorer et, le 30 janvier, il peut quitter le lit. Le 7 février le malade partait guéri.

L'auteur fait suivre cette remarquable observation de quelques considérations sur le diagnostic et le traitement. Le diagnostic fut fait par la similitude des symptômes que présentait le malade avec les cas analogues déjà publiés et aussi par exclusion. (*The Brit. Med. jour.*, 12 février 1887).

D^r J. CH.

Otite moyenne suppurée, complications cérébrales,
par le D^r BOULENGIER.

M. Boulengier ayant présenté les pièces anatomiques de deux cas d'otite moyenne purulente, compliqués tous deux de

méningite qui ont emporté les malades, conclut en disant que, dans ces cas, les simples lavages sont insuffisants et que la trépanation, conformément aux préceptes de Politzer, paraît indiquée. Aux observations de ses collègues qui demandent avant de recourir à la trépanation qu'on établisse l'existence de signes cliniques comme point de repère, il répond que les indications de la trépanation, sont : 1° douleurs localisées et opiniâtres; 2° abcès sous-cutané ou gonflement de l'apophyse mastoïde, (*Société d'anat. patho. de Bruxelles*, 9 janv. 1887; *La Clinique*, 13 janv., n° 2, et in *Extensio Presse Méd. Belge.*, n° 5 et 8, 1887.)

M. NATIER.

Vomissements persistants, cause de troubles du côté de l'oreille (*Persistent vomitives as a cause of ear troubles*, par le Dr Ch. ALKIN.

Un premier malade, atteint d'un cancer de l'estomac à la suite de vomissements par les bronches et les fosses nasales, éprouva une sensation de plénitude dans l'oreille droite avec diminution de l'ouïe, bourdonnements (bruit du pouls) et autophonie, tympan normal.

Un second, ataxique, sujet à de violentes crises gastriques, devient sourd, tympan sain; l'insufflation par la méthode de Politzer ne donne pas de résultat, cependant le diapason révèle qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil de transmission. Quelques semaines plus tard, il existait une perforation sur chaque tympan et le malade entendait beaucoup mieux. L'auteur croit que, dans ces cas, les crises gastriques ont influé sur le développement de la maladie d'oreille (*The Brit., Med. Journ.* 12 février 1887).

Dr J. CH.

Un cas de surdité verbale (*Un caso di sordità verbale*) par M. le professeur L. BIANCHI.

L'A., tenant compte de plusieurs points encore contestés de la physiologie pathologique de la surdité verbale, indique tous les avantages qu'il a su tirer de la méthode pédagogique employée dans un but thérapeutique, en utilisant toutes les impressions optiques (sauf les verbales), tactiles, gustatives, etc., dont l'intégrité était bien manifeste. L'A. a su tirer

même parti de la possibilité où se trouvait le patient de pouvoir écouter des monosyllabes et des bisyllabes pour en venir à son but, c'est-à-dire pour lui faciliter la juste compréhension des mots et des objets environnants. (*Progresso medico*, an. I, n° 1 à 4, Naples, 1887.) D^r F. CARDONE.

L'essence de térébenthine dans différents cas de fistule, carie du rocher et ozène des scrofuleux, par le D^r CECCHINI.

Quatre malades atteints de carie du rocher, bilatérale dans deux cas, guérissent complètement en trois ou quatre mois. Dans ces cas, le D^r Cecchini commença par prudence à n'injecter que quelques gouttes. Puis, les phénomènes de la réaction n'ayant rien d'effrayant, il procéda plus courageusement et obtint rapidement une grande amélioration, puis la guérison.

Encouragé par ces résultats, le D^r G. Malacrida essaya du même remède dans un cas d'ozène chez une fillette de dix ans, scrofuleuse. L'ozène datait de longtemps et avait résisté à tous les moyens employés en pareil cas.

Après une douche nasale d'eau salée à laquelle l'enfant était déjà habituée, il sécha les fosses nasales et introduisit dans chacune d'elles un petit tampon de coton imbibé de quelques gouttes d'essence de térébenthine. Le lendemain, l'odeur avait presque complètement disparu, mais l'enfant se plaignait d'un vif sentiment de brûlure dans le nez et les conjonctives. Nouvelle douche et réapplication du médicament en prenant la précaution d'enrober le tampon dans une couche légère de coton sec, afin de diminuer l'action irritante sur la muqueuse.

Le traitement continué de cette façon pendant une semaine fit disparaître complètement l'odeur, et les douches ne ramenaient plus que quelques petites masses verdâtres et épaisses. La guérison s'est maintenue. Depuis, l'auteur a guéri par ce traitement cinq ou six cas semblables; la durée du traitement ne dépasse pas un mois. (*Il Morgagni*, 1886, 6 et *Bull. gén. de thérapeutique*, 15 juin 1886.) D^r J. CH.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Faits cliniques relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales, par le Dr Luc, ancien interne des hôpitaux.

Sur 19 cas de polypes muqueux de fosses nasales qu'il a eus à traiter, le docteur Luc a remarqué que son plus jeune malade avait dix-huit ans, et sa plus vieille, soixante-neuf ans. Il croit la récurrence d'autant plus fréquente que les sujets sont moins âgés.

Chez deux malades, les polypes étaient implantés sur la cloison, siège très rare. Dans le premier cas, on avait cru à une tumeur maligne, et, dans le second, il existait une perforation de la cloison que M. Luc veut bien considérer comme due à l'irritation de la muqueuse par les ongles de la malade, suivant l'explication déjà donnée dans cette *Revue*, par Schmiegelow.

Relativement à la conduite à suivre dans le traitement opératoire des polypes muqueux des fosses nasales, les conclusions auxquelles arrive l'auteur, sont que : l'extirpation d'un polype muqueux, siégeant à l'entrée d'une fosse nasale, est une opération des plus simples : *L'important, et en même temps le difficile, consiste à tout enlever et à prévenir la récurrence.* Le premier ordre de difficultés sera vaincu par l'habileté plus ou moins grande de l'opérateur. Quant au second point, il rappelle en terminant que l'on arrivera à prévenir la récurrence par des séances opératoires rapprochées et la cautérisation ignée des points d'implantation. (Communication à la *Société de Méd. de Paris*, séance du 27 novembre 1886, in *Union Méd.*, 12 février 1887, n° 20). M. N.

Un cas de rhinolithe (*A case of rhinolith*, par le Dr A. CLAY

Le calcul nasal fut extrait de la narine droite d'un malade âgé de quarante-sept ans. Il avait occasionné de vives douleurs de tête et un développement considérable du côté de la narine droite. Il avait la forme d'un triangle isocèle, sa surface était rugueuse et très irrégulière. Il s'était développé autour d'un noyau de cerise (*The Brit. Méd. Journ.* 12 février 1887). D^r J. CH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Bénard.** — Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale superficielle, etc. (*Ann. de la Soc. d'hydr. méd. de Paris*, T. XXXII, 4 et 5^e liv., 1887).
- Boutard.** — Note sur un cas d'éruption pharyngée dans la varicelle (*La Normandie méd.*, 15 juin 1887).
- Brown (B.).** — Erysipèle du pharynx et du larynx à l'état épidémique et sporadique (*Journ. of the amer. med. assoc.*, 2 juill. 1887, p. 11).
- Bryant.** — Sarcome du maxillaire développé après une suppuration prolongée de l'antre d'Higmore (*The Lancet*, 18 juin 1887).
- Bryson-Delavan.** — Sept cas de tuberculose buccale avec remarques sur les ulcérations tub. de la langue (*The N.-Y. med Journ.*, 14 mai 1887).
- Callender.** — Macroglossie (*Harveian Soc. of London*, 17 mai 1887).
- Campana.** — Une variété d'herpès buccal (*R. acad. méd. Gênes*, in *Gazzetta degli Ospitali.*, an VIII, n° 44, Milan 1887).
- Canalis.** — Scission des cellules mucipares dans la glande sous-maxillaire du chien (*Rev. académique m. de Turin*, d'après *la Riforma med.*, an III, n° 144, 1887).
- Cardone.** — Myxome papillaire de la cavité buccale chez un enfant (*Arch. ital. di laring. ofax.*, 3 juillet 1887).
- Clutton.** — Opération d'une division de la voûte palatine chez un enfant de 12 mois (*The Lancet*, 4 juin p. 1133, 1887).
- Coën (R.).** — Les maladies de la luette et leur influence sur la voix et la parole (*Wien. med. Presse*, 19 juin 1887, n° 25, p. 870 u. 26 juin, n° 25, p. 901).
- Davies (J.-T.).** — Erysipèle du pharynx (*Saint-Louis, Cour. méd.*, avril 1887).
- Descroizilles.** — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Gaz. des Hôp.*, 7 juillet 1887).
- Dunott.** — Hypertrophie de la langue, macroglossie (*Amer surg., assoc.* du 11 au 14 mai, in *the med. Rec. N.-Y.*, 4 juin 1887).
- Ferré.** — Sur un cas de pharyngo-mycose (*Soc. anat. de Bordeaux*, in *Journ. de méd. de Bord.*, 17 juillet 1887).
- Fusi.** — Kyste sous-lingual (*Gazzetta med. de Torino*, an XXXVIII, Turin, 25 juin 1887).
- Gaduchau.** — Chancre syphilitique de l'amygdale (*Soc. de méd. de Nantes*, 3 juin in *Gaz. méd. de N.*, 6 juin 1887).
- Gallozi (C.).** — Un cas d'hypertrophie de la langue (*Acad. méd. chir. de Naples dans les Incurabilités*, an II, n° 11, Naples 1887).
- Garcia (L.-L.).** — Polype du pharynx (*El siglo médico*, 17 juillet 1887, p. 439).
- Gorsuch.** — Incision des amygdales (Corresp. de *The Lancet*, 11 juin 1887).
- Gray Croly (H.).** — Sarcome de l'amygdale (*Acad. of med. in Ireland*, in *The Lancet*, 18 juin 1887).
- Green.** — Remarques sur le traitement de l'amygdalite chez les enfants (*Brit. med. Journ.*, 28 mai 1887).

- Guillabert.** — De l'inflammation de la luette et de son excision (*Le Courr. méd.*, 28 mai 1887).
- Heurtaux.** — Tumeur épithéliale du plancher de la bouche. Fibro-sarcome du maxil. inf. (*Soc. Anatom. de Nantes, in Gaz. méd. de N.*, 9 juin 1887).
- Hutchinson (J.).** — Sur une forme d'inflammation des lèvres et de la bouche (*The Lancet*, 18 juin 1887, p. 1233).
- Jessett (F.).** — Sarcome myéloïde enveloppant les deux maxillaires supérieurs, le voile et la voûte du palais (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Kilner Clarke.** — Ablation de la langue au moyen de l'écraseur galvanique (*Prov. méd. Journ.*, 1^{er} mars 1887).
- Kinnier (D.-F.).** — Eruption circinée de la langue, etc (*Journ. Cutan. et Genito-Urin. Dis. N.-Y.*, 1887, p. 56-59).
- Leloir.** — Recherches sur la nature et l'anat. pathol. de la leucoplasie buccale (*Acad. des Sc.*, 13 juin 1887).
- Lindemann (M.).** — Deux cas rares d'affections de l'estomac liées à des lésions œsophagiennes (*Münsch. med. Woch.*, 28 juin 1887, n° 26, p. 493).
- Marchant (G.).** — Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal (*Soc. Anat.*, Paris 19 nov. 1886, *in Progr. méd.*, 4 et 11 juin 1887).
- Martel (E.).** — Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée (*Rev. internat. des Sc. méd.*, n° 5, 31 mai 1887).
- Masucci.** — Sclérose syphilitique primitive de l'amygdale (*Arch. internaz. de laryng.*, etc., fasc. I et II, 1887).
- Pel (P.-K.).** — Un cas d'hémiatrophie de la langue avec paralysie du côté gauche du voile du palais, etc. (*Berl. Klin. Wochensch.*, 18 juillet, 1887, p. 521).
- Poncet.** — Epithélioma du plancher de la bouche (*Soc. des Sc. méd.*, Lyon, 11 mai 1887).
- Roth (Wilh.).** — Néo formation piliforme de la langue (*Wien. méd. Presse*, 26 juin 1887, n° 26, p. 897, u. 3 juillet, n° 27, p. 933).
- Rovira y Oliver.** — Amygdalite simple et bicarbonate de soude (*Gaceta méd. Catal.*, n° 7, *in Journ. of Laryng.*, juin 1887, n° 6, p. 207).
- Ruault.** — Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes (*Union méd.*, 26 mai 1887).
- Sands.** — Hémorragie après l'amygdalotomie, guérison après la ligature de la carotide primitive (*N.-Y. surg. soc.*, 11 mai, *in Méd. News*, 28 mai 1887).
- Schwabach.** — A propos de la bourse pharyngée (*Deuts. med. Woch.*, 30 juin 1887, n° 26, p. 578).
- Sevestre.** — Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse (*Journ. de méd. et chirurg.*, juin 1887).
- Smurra (P.).** — Tumeur kystique de l'amygdale (*Arch. Internaz. di lar. Rin.* etc., fasc. I et II, 1887).
- Stern (M.-J.).** — Un cas d'ulcération phlegmoneuse de la gorge avec œdème s'étendant au voile du palais et aux piliers dans la moitié de leur hauteur (*Med. Register.*, 16 avril 1887).
- Tillaux.** — De la grenouillette aiguë sublinguale. Extr. de la thèse de M. Bourée (*Paris méd.*, 11 juin 1887).
- Tito.** — Abscès rétro-pharyngien (*Notes in Gaz. degli Ospit.*, 29 mai 1887).
- Wells.** — Erysipèle du pharynx (*Méd., Register.*, 16 mars 1887).
- Widerhofer.** — De l'amygdalotomie (*Allgem. Wien. Ztg.*, 14 juin 1887, n° 24, p. 294).
- Wolfenden.** — Angine du pharynx (*Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).

- Wolfenden (N.).** — Moyen très simple de faciliter la déglutition quand elle est empêchée par un ulcère s'étendant à l'épiglotte (*Lancet*, 2 juill. 1887).
- X...** — Traitement de la diphtérie pharyngée par la chinoline (*Rev. de chir. et de thérap.*, 21 avril 1887, *Lyon méd.*, n° 21, p. 127, 22 mai 1887).

Nez et Pharynx nasal.

- Bazatoux.** — Des végétations adénoïdes (suite et fin) (*La prat. med.*, 24 mai 1887).
- Bardescu.** — Fibrome naso-pharyngien (*Spitalul*, n° 5, mai 1887).
- Barton Isaac.** — La tébérène dans le coryza chronique (*The med. Bullet.*, n° 7, juin 1887).
- Bérenger Féraud.** — Contribution à l'étude des corps étrangers de la face (*Bullet. de thérap.*, 30 juin 1887).
- Berruoco.** — Nature des polypes du nez et de leur traitement (*Annales de Otol., y Laring.*, n° 3, 1887).
- Boerne Bettman.** — Troubles oculaires d'origine nasale (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 7 mai 1887).
- Bresgen (Max).** — Réponse à la réplique de Tornwaldt à propos de la bourse pharyngée (*Deuts. medic. Woch.*, 9 juin 1887, n° 23, p. 502).
- Bronner.** — Végétations adénoïdes du pharynx nasal (*The Lancet*, 11 juin 1887, p. 1487).
- Calmettes (R.).** — Opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887).
- Calmettes.** — Les névroses réflexes d'origine nasale (*Progrès méd.*, 9 juillet 1887).
- Cartaz.** — De la tuberculose nasale (*France méd.*, n° 84, p. 1007, 19 juillet 1887, à suivre).
- Chabrely.** — Encéphalocèle de la région fronto-nasale. Autopsie (*Soc. anat. Journ. de méd. de Bord.* 5 juin 1887).
- Clark (A.).** — Méthode de traitement de l'hay fever (*Brid. med. Journ.*, et *The Lancet*, 11 juin 1887).
- Cozzolino (lettre du D^r).** — A propos d'un cas de coryza diphtéritique primitif (*Bollet. delle mal de l'orrech.* etc., n° 4 1^{er} juillet 1887).
- Curtis Holbroock.** — Trephine nasale et ses avantages, considérations sur des batteries et appareils électriques employés en chirurgie nasale (*The med. N. York med. journ.*, 28 mai, 1887).
- Desprès.** — Kyste congénital du dos du nez (*Un. med.*, 12 juillet 1887).
- Echevaria (D.).** — Epistaxis rebelle (*El Dictamen*, 30 juin 1887).
- Emond.** — De l'asthme des foins et son traitement au Mont-Dore (*Bullet. gén. de thérap.*, 30 mai, 1887).
- Farago (G.).** — Des néoformations dans le catarrhe nasal (*Gyogyaszat Budapest*, 1887, XXVIII, 38).
- Farnham.** — Pince coupante pour le nez (*The N.-Y. med. Journ.* 21 mai 1887).
- Finne (G.).** — Symptômes nerveux dans les maladies du nez (*Norsk magasin for Laegevidenskaben*, juin 1887, p. 429).
- Forbes (Litton.).** — Les maladies du nez formant la seconde partie de la 5^e édit. du traité *De la surdité et de son traitement curatif.* (5^e édit. Lond., 1887, H. Renshaw. 30 p. 8).

- Gourraud.** — I. Papillome du pharynx nasal. — II. Végétation adénoïdes (*Soc. anat., de Nantes, in Gaz. med.*, 9 juin 1887).
- Guye.** — Névroses réflexes d'origine nasale (*Brit. med. Journ.*, 9 juill. 1887).
- Hunt (P.).** — Hay fever (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 439).
- Hunt.** — Deux cas de diagnostic et de traitement de corps étrangers du nez (*Glasgow med. journ.*, mars 1887).
- Ingals (Fletcher).** — Epistaxis (*The med. and. surg. report*, 4 juin 1887).
- Jelenefy (Z.).** — Nouveau speculum fixe du nez (*Gyogyaszat, Budapest* 1887, XXVII, 54).
- Killian (G.).** — Quelques remarques sur les végétations adénoïdes et leur traitement avec la curette de Hartmann (*Deuts. med. Woch.* 23 juin 1887, n° 25 p. 542).
- Lennox Browne.** — Association réflexe des maladies des yeux et du nez (*Brit. med. Journ.* 28 mai 1887).
- Major.** — Du catarrhe nasal chronique, sa nature et son traitement (*Canad. med. a. surg. Journ.* mai 1887).
- Marinescu.** — Polype fibreux du nez (*Spitalul, Bucharest*, n° 5 mai 1887).
- Massei.** — Sur un cas de fibrome énorme de la cavité pharyngienne (*Arch. ital. di laring. etc.*, fasc. 3, juillet 1887).
- Meyerson (S.).** — Atresie membraneuse complète des arrières fosses nasales (*Medycina Warszawa*, 1887, XV. 413, 434).
- Michel (Carl.).** — Traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens riches en vaisseaux (*Monatss f. Orhenheilk.* mai 1887, n° 5, p. 416).
- Morgan (Ethelbert C.).** — La bourse pharyngée : Ses relations avec les affections du naso-pharynx (*Baltim.*, 1887, 6 p. 120 *Repr. from ; Maryland, M. J.*, 1887).
- Penny.** — De la rhinite (*Bristol med. chir. Journ.* juin 1887).
- Poole (G.-K.).** — Tamponnement des fosses nasales postérieures (*Brit. med. Journ.*, 25 juin 1887, p. 1386).
- Potter (F. H.).** — Quelques règles générales pouvant servir à déterminer la nécessité d'une opération dans les fosses nasales (*Buffalo. med. et surg. J.*, Mai 1887).
- Ray (J. M.).** — De la rhinite, ses effets et son traitement rationnel (*Amer. Pract. a. News Louisville*, 1887 N. S. III, 74-74).
- Richardson.** — Attaques d'épilepsie occasionnées par un polype des arrières fosses nasales (*Asclepiad*, n° 43; 1887 et *Am. J., med sci.*, avril 1887).
- Roé.** — De la difformité désignée sous le nom de nez retroussé (pug nose) et sa correction par une opération simple (*The med. Rec.*, 4 juin 1887).
- Rossi (de).** — Les polypes fibreux naso-pharyngiens (*Congrès ital. de chir.*, 4, 5 et 6 avril 1887, in *Gazetta degli Ospitali*).
- Rumbold.** — Quelques nouveaux termes en rhinologie, otologie (*Saint-Louis med. a. surg. Journ.* n° 6, juin 1887).
- Rumbold.** — De l'importance des mesures hygiéniques dans le traitement du catarrhe nasal (*Journ. of. Amér. med. assoc.*, 28 mai 1887);
- Salinger.** — Affections réflexes des voies aériennes supérieures (*The Polyclinic*, juin 1887).
- Schaus.** — Déviation de la cloison du nez (*Archiv. f. klinik. chir.* XXXV. I.).
- Schneider.** — Inflammation de l'antre d'Highmore avec suppuration consécutive (*Deutsche Monats. f. Ohrenh.*, mars 1887).
- Sprengel.** — Un cas d'ostéome de l'ethmoïde (*Archiv. f. klin. chir.* XXXV.-I).

- Swasey (E.-P.).** — Tenaculum caché servant à faciliter l'extirpation de la partie postérieure des cornets hypertrophiés (*Med. Rec.*, 9 juill., p. 62).
- Tornwaldt.** — A propos de la bourse pharyngée (*Deutsche med. Woch.*, 9 juin 1887, n° 33, p. 504).
- Valentin.** — Catarrhe chronique et ozène (*Correspond.f. Schweizer Aerzte*, n° 2, 1887).
- Verdos (P.).** — Un cas de polype du nez avec perforation du maxillaire (*Rev. de lar. Ot. etc.*, mai 1887).
- Vieusse.** — Kyste dermoïde du dos du nez (*Revue méd. de Toulouse*, 15 juin 1887).
- X...** — Transactions of American rhinological association (*N.-York*, 1887).
- X...** — Valeur diagnostique de l'épistaxis (*Med. Rec.*, 7 juill. 1887, p. 51).
- Zuckerkindl (E.)** — Le centre de l'olfaction. Étude d'anatomie comparée 1887, Stuttgart, *Pr. Enke*.
- Zürn.** — Sarcome de l'antre d'Highmore (*Thèse de Wurzburg P. Scheiner*, 1887).

Larynx et Trachée.

- Anderson (J.-A.).** — Tubage et trachéotomie. Etude comparative, avec compte-rendu de dix cas du premier genre et trente-deux du second (*Pacific. M. et S. J.*, San-Francisco, 1887, XXX, 129-136).
- Ariza (R.).** — Laryngite syphilitique (*Revista de Laring. Otol. y Rinol.*, mai 1887).
- Ariza (R.).** — Laryngite folliculaire. Hypertrophie amygdalienne. Traitement (*Anales de Otol. y laring.*, 1887).
- Armstrong.** — Trachéotomie suivie de succès pour une graine d'ivraie dans le larynx (*Index med.*, mars 1887, n° 3, p. 132).
- Audry.** — Trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, n° 21, p. 120, 22 mai 1887).
- Barlow.** — Convulsions respiratoires et remarques sur la laryngite striduleuse et affections analogues des enfants (*Brit., med., Journ.*, 18 juin 1887).
- Beschorner.** — Paralysie double du muscle crico-aryténoïdien postérieur due à la compression du récurrent par un anévrysme de l'aorte. Rupture de cet anévrysme. Mort (*Monats., f. Ohrenheilk.*, mai 1887, n° 5, p. 121).
- Bidwell (W.-D.).** — Un cas de trachéotomie pour croup avec fausses membranes (*Kansas City M. Index*, 1887, VIII, 121).
- Boland.** — Cas d'aphonie nerveuse guéris par suggestion à l'état de veille (*Le Scalpel*, 12 juin 1887).
- Boursier (A.).** — Leçons de clinique chirurgicale (Paris, 1887).
- Boyce (Ch.).** — Corps étrangers des voies aériennes (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Broca et Hartmann.** — De l'anesthésie dans la trachéotomie (*Revue de Chir.*, 10 mai 1887).
- Caillé.** — Contribution à la discussion sur le tubage du larynx (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Chabanet.** — Tubage de la glotte (*Thèse, Paris*, juin 1887).

- Cheatam.** — Un cas de trachéotomie heureuse pour œdème de la partie supérieure du larynx (*The Amer. pract. a. News*, 28 mai 1887).
- Cacciola (L.).** — Lésions anatomo-pathol. dans un cas de paralysie labio-glosso-laryngée (*R. académique m. de Rome*, in *Riforma med.*, an III, n° 132, Naples 1887).
- Cohen (Solis).** — Description de la laryngectomie modifiée (*In. N.-Y. med. Journ.*, 18 juin, reproduit in *Annal. des malad. de l'or.*, juillet 1887).
- Cohn (Eug.).** — Résultats consécutifs à des extirpations de larynx (*Deuts. med. Woch.*, 2 juin 1887, n° 22, p. 470).
- Coupard.** — Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses (*Rev. génér. de Clin. et Thérap.*, 7 juillet 1887).
- Davezac (Clinique Demons).** — Laryngectomie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juin 1887).
- Delavan Bryson.** — *Transactions of American Laryngological Assoc.*, (T. VIII, 1886, New-York).
- Descroizilles.** — D'une forme de laryngite simple et à diagnostic difficile (*J. de méd. et Ch. prat.*, juillet 1887).
- Dietz.** — Croup du larynx (*Deut. med. Ztg.*, 14 juill. 1887, p. 627).
- Dillon-Brown.** — Rapport statistique du tubage (N.-Y., *Acad. of med.*, 2 juin, in *Med. News*, 11 juin 1887).
- Dillon-Brown.** — Dangers et accidents du tubage (*The med. Rec.*, 23 juin 1887).
- Dubrueil.** — Tubage du larynx (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 2 avril 1887).
- Dutil.** — Sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887).
- Dwyer (J.).** — Alimentation après le tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Eichberg.** — Deux cas de tubage du larynx pour croup avec fausses membranes; trachéotomie pour enlever le tube (*Index med.*, mars 1887, n° 3).
- Etienne et Lévy.** — Rétrécissement congénital du larynx (*Revue méd. de l'Est*, 1^{er} juill. 1887, n° 13, p. 402).
- Falls (M.S.).** — Amygdalite phlegmoneuse foudroyante (*Eastern. M. J., Worcester*, 1887, VII, 43-47).
- Ferreri (G.).** — Catétherisme pour sténose consécutive à la laryngite syphilitique (*Lo Sperimentale*, fasc. 6, juin, p. 609).
- Fonte.** — Un cas d'aphonie nerveuse et d'angine de poitrine dans la diphtérie (*Brazil med.*, 21 mars 1887).
- Fränkel (B.).** — Œdème aigu de la glotte comme manifestation première d'une atrophie rénale (*Berl. mediz. Gesells.*, 18 mai 1887, in *Deutsche mediz. Ztg.*, 18 mai 1887, n° 43, p. 492).
- Garel.** — Kystes du larynx (*Ann. des malad. de l'or.*, etc.; n°s 6 et 7, 1887).
- Gersuny.** — Canule trachéale (*Illustr. Monatsschrift. f. ärztl. Polytechnick*, 1887).
- Gouguenheim.** — La cocaïne dans les affections du larynx (*Soc. de Thérap.*, 27 avril 1887).
- Grünwald (L.).** — Coexistence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx (*Münch. medic. Woch.*, 24 mai 1887, n° 21, p. 392, 31 mai, n° 22, p. 414).
- Havilland et Hall (H.).** — Chirurgie intra-laryngée et affection maligne du larynx (*Brit. med. Journ.*, 16 juill. 1887, p. 152).
- Hooper (Franklin H.).** — Anatomie et physiologie du nerf récurrent laryngé (N.-Y. *med. Journ.*, 9 juill. 1887, p. 29).

- Huber (F.). — Tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Ingals (E.-F.). — Tubage du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 9 juill. 1887).
- Ingals Fletcher. — Tubage du larynx (*N.-Y. med. Journ.*, 2 juillet 1887).
- Irwin H. Hance. — Trachéotomie suivant le tubage (*The med. Rec.*, 25 juin 1887).
- Isch Wall. — Tubage du larynx (*Progrès méd.*, n° 23, 18 juin 1887, suite et fin).
- Julian Lopez Ocana. — Valeur thérapeutique de la trachéotomie (Clinique du Dr Ariza (*An. de Otol.*, etc., n° 3, 1887).
- Kitchen. — Hérésie laryngologique (*The Med. Rec.*, 1887, Correspond.).
- Kidd (F.). — Paralyse bilatérale des muscles dilatateurs de la glotte avec parésie consécutive des constricteurs (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 408).
- Kohl. — Des causes de la difficulté du décanulement après la trachéotomie pour la diphtérie chez l'enfant (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXV, 4).
- Lennox-Browne. — Chirurgie intra-laryngée et tumeurs malignes du larynx (*Brit. med. Journ.*, 25 juin 1887, p. 1412).
- Lennox Browne. — Chirurgie intra-laryngienne et tumeurs malignes du larynx (*Correspond. du Brit. med. J.* 11 juin 1887).
- Lovett et Munro. — Réflexions sur 327 cas de trachéotomie faite à « Boston city hospital » (*Y Amér. Journ. of med. Sc.*, juillet 1887).
- Lubet-Barbon. — Paralyse du larynx (*Thèse de Paris*, 1887, n° 293).
- Lublinski. — Traitement efficace de la stenose de la trachée par le cathétérisme de ce conduit (*D. med. Ztg.*, 27 juin 1887, n° 4, p. 572).
- Lublinski (W.). — La tuberculose laryngée (fin) (*Deut. med. Ztg.*, nos 53 et 55, p. 593 et 615, 4, 7 et 11 juillet 1887).
- Mackensie. (H.). — Diagnostic des tumeurs malignes du larynx (*Corresp. du Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).
- Mac-Naughton. — Tubage du larynx (*The N.-Y. med. J.* 4 juin 1887).
- Major. — Sur deux cas de tumeurs laryngiennes (*Proceed. of Montréal med. chir. Soc.*, 28 janv. 1887).
- Major. — Extraction (*Of a met. Shell*) enclavé dans le larynx (*Canada med. a. surg. Journ.*, mai 1887).
- Martel (E.). — Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire par l'examen du larynx (*Rev. Internat. des Sc. méd.*, n° 3, 31 mai 1887).
- Massei (F.). — Trois cas de trachéotomie pour affections syphilitiques (*Eco. d. clin. Napoli*, 1887, II. 4-5).
- Masucci (P.). — Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de l'œdème aigu de la muqueuse des aryénoïdes (*Giorn. Internaz. delle Scienze med.*, an IX, n° 3, Naples, 1887).
- Montgomery. — Trachéotomie et intubation (*Am. J. of Obst.*, 1887, p. 406).
- Mudd. — Trachéotomie et tubage (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 23 juin 1887).
- Muller. — De la toux utérine (*Thèse de Paris*, juillet 1887).
- Naismith. — Corps étranger dans les bronches, trachéotomie, guérison (*Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887).
- Newman (D.). — A propos de la signification diagnostique et des indications thérapeutiques relatives à des symptômes laryngés consécutifs à la compression par un anévrisme du pneumogastre et du récurrent laryngé (*Brit. med. Journ.* 2 juill. 1887, p. 4).

- Northrup.** — Anatomie pathologique des voies respiratoires après la mort consécutive à la diphtérie laryngée et après le tubage (*The med. Rec.*, 18 juin 1887).
- Palmer (L.-L.).** — Tubage du larynx (*Canad. Pract., Toroto*, 1887, XII, 4-3).
- Pery.** — Discussion sur la laryngite diphtérique et autres chez l'enfant (*Soc. de médecine et chir. de Bordeaux*, 1^{er} juillet).
- Pichevin.** — Anesthésie et trachéotomie (*Gaz. des Hôp.*, 4 et 11 juin 1887).
- Porteous.** — Traitement local de la phtisie (*Edinb. med. Journ.*, mai 1887).
- Réid (J.).** — Sténose laryngée, tubage (*The med. a. surg. rep.*, 14 mai 1887).
- Relton (B.).** — Cas grave de glossite aiguë (*Lancet*, 16 juill. 1887, p. 412).
- Revillout.** — Tubage du larynx (*Paris méd.*, 9 juillet 1887).
- Rosenberg.** — Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Berl. Kl. Woch.*, 27 juin 1887, n^o 26, p. 466).
- Roszbach.** — Compte rendu de 88 opérations de polypes du larynx (*Correspondenzblatt d'allg. ärzt., Vereins von Thüringen*, 2, 1887).
- Rousseau.** — Papillome sous-glottique du larynx (*La Clinique*, 19 mai 1887).
- Ruault.** — Nouvelle note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques maladies de la gorge et du larynx (*France méd.*, 7 juin 1887).
- Rugg (P.).** — Aphonie : retour de la voix dans un cas supposé incurable (*Brit. med. Journ.*, 9 juill. 1887, p. 70).
- Santwoord (V.).** — Tuberculose du pharynx (*N.-J. Path., Soc.*, in *N.-J. med. J.*, 2 juillet 1887).
- Schrötter.** — Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx (1 livr., Vienne, 1887, *Braumüller*, 8^o).
- Schrötter.** — Thérapeutique hydrothérapique des laryngites (*Intern. Klin. Rundschau*, 2 septembre 1887).
- Semon (E.) et Buttin.** — Chirurgie intra-laryngienne et tumeurs malignes du larynx (*The Lancet*, 4 juin, et *The Brit. med. J.*, 18 juin 1887, *Correspond.*).
- Shimwell (B.-T.).** — Intervention opératoire dans les cas de membranes du larynx (*Med. Reg. Phila.*, 1887, p. 174-176).
- Shingleton Smith. a. Waldo.** — Trois cas de tubage du larynx (*The Lancet*, 18 juin 1887, p. 1232).
- Sidney Barwise.** — Aspirateur simple pour la trachéotomie (*Brit. med. Journ.*, 21 mai 1887, p. 1105).
- Sota (R.).** — Tubage du larynx dans le croup (*Revista medica de Seville*, n^o 8, t. X).
- Stewart.** — Thyrotomie pour un épithélioma du larynx (*The Lancet*, 22 mai 1887).
- Tauber (B.).** — Hypertrophie chronique des bandes ventriculaires consécutive à un épaississement inflammatoire (*Cincinnati. Lancet Clinic.*, 1887, IV, S. XVII, 259).
- Tipton (F.).** — Tubage du larynx chez un nègre, guérison (*The med. Rec.*, 28 mai 1887).
- Trifletti.** — Un cas de voix eunuchoïde (*Arch. Ital. di laring.*, fasc. 3 juillet 1887).
- Vander Veer (A.).** — Tubage du larynx (*Albany M. Ann.*, 1887, VII, 41-53).

- Virchow.** — Rapport sur une parcelle de tumeur enlevée du larynx de S. A. I. et R., le Kronprinz, par le Dr Mackenzie, au moyen d'une pince (*D. med. Woch.*, 23 juin 1887, n° 25, p. 562).
- Watson (C. Scott).** — Trachéotomie et insufflation chez un nouveau-né (*Lancet*, 16 juillet 1887, p. 107).
- Wolff (J.).** — Contribution à l'étude du goître (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, p. 510, 11 juillet 1887).
- X.** — Papillome ou épithélioma intra-laryngien (*Med. New.*, 25 juin 1887).

Oreilles

- Allcock.** — Otite : Absès du cerveau. Trépanation du crâne. Mort (*Brit. med. Journ.* 9 juillet 1887, p. 71).
- Ariza.** — Clinique otologique (Suite et fin. — *El siglo med.*, 9 juillet 1887).
- Ariza (R.).** — Le bacille de Koch dans l'otite tuberculeuse (*Ann. de otol., etc.*, n° 4, 1887).
- Althaus.** — Des bourdonnements et de leur traitement par l'électricité (Londres 1887, Longmans et C^{ie}, 48 pages, 12^o).
- Bacon (G.).** — Erysipèle facial compliquant les maladies de l'oreille (*Arch. of. otol.*, juin, n° 2, 1887).
- Baracz (R.).** — Trois cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (*Pvzegl. lek., Krakow*, 1887, XXVI, 59).
- Barck.** — De la nécessité d'instituer un traitement hâtif dans les affections de l'oreille moyenne (*Saint-Louis, med. a. surg. Journ.*, n° 6, juin 1887).
- Barker.** — Remarques sur les absès du cerveau dus aux maladies de l'os temporal et leur traitement (*The Lancet*, 11 juin 1887).
- Barr (Th.).** — Absès du cerveau consécutif à une maladie de l'oreille, trépanation, etc., (*Arch. of. otol.*, n° 2, juin 1887).
- Bezold.** — Quelques remarques sur l'hérédité dans les affections des oreilles (*Münch., med. Woch.*, 5 juillet 1887, n° 27, p. 505).
- Bishop.** — Opérations mastoïdiennes (*The med. and., surg., Rep.*, 4 juin 1887, p. 744).
- Blower.** — Imperforation du méat auditif externe (Liverpool, *M. Chir., J.*, 1887, VII, 207).
- Bockelmann.** — Des polypes de l'oreille (*Thèse Wurzburg*, 1887).
- Boulengier.** — Otite moyenne purulente (*Soc. Anat. Path. de Bruxelles*, 9 avril, 1887).
- Bride (M.).** — Diagnostic et traitement des absès du cerveau consécutifs aux maladies de l'oreille (*Edimb. med. Journ.* juin 1887).
- Bucklin.** — Stenose nasale, son effet sur l'œil, l'oreille, le pharynx, le larynx et le cerveau (N.-Y., *med. Times*, mai 1887).
- Bullel.** — Otite moyenne hémorragique (*The Lancet*, 4 juin 1887).
- Bulle (H.).** — Contribution à l'anatomie de l'oreille (*Arch. f. mikr. Anat.* Bonn, 1887, XXIX, 237-264).
- Bürckner (K.).** — De la fréquence et de l'importance de la surdité (*Deutsche, Rev., Breslau u. Berlin*, 1887, XII, 199-204).
- Eurnet et Malancy.** — Cornets acoustiques (*The Polyclinic.*, mai 1887).
- Cardy (M.).** — Diagnostic et traitement de la surdité chronique (*Columbus med. Journ.*, juin 1887).

- Carralero.** — Polype de l'oreille (*Gac., de oftalmol. otol., etc.*, n° 5 et *Revista di laring, etc.*, n° 12, 1887).
- Cheatam (W.).** — Un cas de surdité de l'oreille moyenne et interne (*Alabama M. et S.-J., Birmingham*, 1887, II, 32).
- Couetoux et Hamon du Fougeray.** — Nouveau procédé de dessèchement du conduit auditif (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, n° 7, 1887).
- Cousins (J.-W.).** — Tintement d'oreille, son traitement, injection et aspiration d'air (*New. England med. Monthly*, 15 juin 1887).
- Cozzolino.** — Leçons sur les maladies de l'oreille (Naples, 1887).
- Cozzolino.** — Formulaire thérapeutique des maladies de l'oreille (*Arch. Internaz. di lar. etc.*, fasc. 1 et 21, 1887).
- Delstanche.** — Considérations sur l'emploi du tympan artificiel (*La Clinique*, 21 juillet 1887.)
- Erskine.** — Traitement de l'inflammation suppurée chronique de l'oreille (*The Provincial med. Journ.* 1^{er} juin 1887).
- Field.** — Un cas de pus collecté dans la caisse du tympan (*Brit. med. Journ.*, 11 décemb. 1886).
- Flament.** — Absès sous-périostique de l'apophyse mastoïde consécutif à une otite externe (*Soc. Anat. Clin. de Lille, in Journ. des Sc. méd.* 8 juillet 1887).
- Flechsig (P.).** — Réponse aux remarques de Forel « A propos d'acoustique » (*Neurol. Centralb., Leipzig*, 1887, VI, 33).
- Forel (A.).** — A propos d'acoustique (*Neurol. Centralb.*, 1887, VI, 31-33).
- Gellé.** — Hémi-anesthésie et demi-surdité avec persistance du réflexe de l'accommodation bi-auriculaire (*Soc. de Biol.*, 11 juin, in *Sem. méd.*, 15 juin 1887).
- Gellé.** — Physiologie de l'audition, fonctions du limaçon (Suite, *Trib. méd.*, 22 mai 1887).
- Giovanni Longhi.** — Quelques cas de scotome de l'audition (*Bollet. delle malat. dell' orecch., etc.*, n° 4, 1^{er} juillet 1887).
- Gomez de la Mata.** — Notes cliniques d'otologie (*Ann. de otol., etc.*, n° 3, 1887).
- Hartmann (A.).** — Les maladies de l'oreille et leur traitement [Traduction de la 3^e édition, par James Erskine] (*Edimb.*, 1886, Y.-J. Pentland, 317 pages, 80).
- Hartmann.** — Maladies de l'oreille et leur traitement (*N.-Y. med. Journ.*, 23 juin 1887).
- Hummel.** — Détermination de la capacité de l'organe de l'ouïe à l'état normal et à l'état pathologique (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIV. H. 4, 20 mai 1887, p. 263).
- Jones.** — Sarcome du pavillon (*Saint-Louis, cour. of. med.* février 1887).
- Kay (Mc.).** — Nouveau forceps auriculaire (*Saint-Louis, med. Journ.*, avril 1887).
- Kirdiner.** — Des maladies du limaçon (*Physik. medic. Gesellsch. zu Wurzburg*, 1887).
- Kretschmann (F.).** — Carcinome du temporal (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIV H. 4, 20 mai 1887, p. 231).
- Kun.** — Ecoulement chronique purulent du tympan; ses graves effets sur l'organe de l'ouïe (*Gyozsaszat, Budapest*, XXVI, 921-933).
- Laborde (F.).** — Contribution à l'étude des otorrhées (*Annales de Otol. y Laring.*, n° 3, 1887).

- Lannois (M.).** — De l'hyperacousie dans la paralysie faciale et de l'influence de la mastication sur l'acuité auditive (*Lyon méd.*, n° 24, p. 203, 12 juin 1887).
- Lopez (G.).** — Note sur la fréquence et la nature des othématomes dans les maladies mentales (*Cronica med. quirug. de la Habana*, mai 1887).
- Løwe (L.).** — L'oreille. Ses fonctions, ses maladies (Berlin, 1887, Hugo, Steinitz, 4 Mk., 50 p. fg).
- Mackensie Booth.** — Otite parasitaire (*Brit. med. journ.* 4 juin 1887, p. 1217).
- Magalhães.** — Otomycosis, Myringomycosis, aspergillus de Wreden (*Revist. des cursos prat. y teor. Rio Janeiro*, déc. 1886).
- Martin (J.).** — De l'ablation de l'oreille externe pour un cancer (*Med. Press. et Circ.*, Londres, 1887, N. S. XLIII, 242).
- Odenthal (J.).** — Des myringites aiguës (Bonn). (*Oberhausen*, 1886 Bauer et Witzler, 30, p. 80).
- Piétrkowski.** — Un cas d'ostéome du méat auditif (*Wratsch.*, 7).
- Pitres.** — (Leçon recueillie par Darezac). Anesthésies sensorielles de l'ouïe et de la vue (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juin 1887).
- Pollak (J.).** — Fonction du tenseur du tympan (*Wien. med. Jahrb.*, 1886).
- Prince (A.).** — Le politzomètre et instrument pour augmenter, faciliter et préciser les insufflations dans l'oreille moyenne (*Med. News Philadelphia* 4 juin 1887).
- Purjesz (L.).** — Formation d'un pont de substance conjonctive dans l'oreille externe (*Wien. med., Woch.*, 1887, XXXVII, 8).
- Reichmann (E.).** — Ecoulements passagers de l'oreille moyenne (Bonn) (*Oberhausen*, 1886, Bauer et Wetzler, 37, p. 80).
- Roosa.** — Observations cliniques sur les maladies de l'apophyse mastoïde (*Arch. of Otol.* n° 2, 1887).
- Sexton (S.).** — Coups sur l'oreille (*The med. Rec.*, 11 juin 1887).
- Schultze.** — Méningite et surdité. (*Congrès des neurologistes et des médecins aliénistes du Sud-Ouest à Strasbourg*, 11-12 juin 1887, in *Münch. med. Woch.*, 21 juin 1887, n° 25, p. 476).
- Schwalbe (G.).** — De l'organe de l'ouïe (*Manuel d'anatomie des organes, des sens*, Erlangen, 1887, S. 289-339).
- Schwalbe.** — Glomérules artériels du limaçon (*Anat. Anzeiger*, 1887, n° 4).
- Spencer.** — Inflammation de la portion attique du tympan (*Saint-Louis Cour. of med.*, mai 1887).
- Stewart.** — Suppuration de l'oreille moyenne (*Brit. med. journ.*, 23 juillet 1887, p. 23).
- Tataroff (Dmitry).** — Muscles du pavillon de l'oreille et particularités des cartilages de l'oreille (*Archv. f. Anat. u. Phys. Anat. Abth.*, 1887, n° 1).
- Teichmann (L.).** — Trois cas rares de difformités consécutives à la surdité (*Gaz. lek. Warszawa*, 1887, 2 S., VII, 47-53).
- Verdos (P.).** Rhumatisme auriculaire (*Revista de Ciencias medicas*).
- Waldschmidt.** — Contribution à l'étude de l'anatomie du cerveau du sourd-muet (*Allg. zetsch. f. Psychi.*, 4 et 5, 1887).
- Welster (D.).** — Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, comprenant les cellules mastoïdiennes, perforation spontanée de l'apophyse (*Arch. of Otol.*, juin, n° 2, 1887).
- Zaufal (E.).** — Les microbes du pus de l'otite moyenne aiguë (*Prager med. Woch.*, n° 27, p. 225, 6 juillet 1887).

Ziem. — Un bouton d'ambre dans l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mai 1887, n° 5, p. 143).

Croup et Diphtérie.

- Alvarez (Gonzalez).** — Prophylaxie individuelle de la diphtérie (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 30 juin 1887).
- Alvarez (Gonzalez).** — Moyens hygiéniques pour éviter la diphtérie (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 31 mai 1887).
- Alvarez (G.).** — Diphtérie pharyngée traitée par le thermo-cautère (*Arch. de med. y cir. de los niños*, 30 juin 1887).
- Ariza.** — Observation pratique de diphtérie naso-pharyngo-laryngienne gangréneuse, septicémie, guérison (*El siglo med.*, 26 juin 1887).
- Blanco (J.).** — Diphtérie (*Ann. de Otol.*, etc. n° 4, 1887).
- Brothers.** — Diphtérie (*N.-Y. pathol. soc.*, 27 avril 1887).
- Brothers.** — Mort de diphtérie après le tubage (*N.-Y. Path. soc. in Philad. med. Times*, 28 mai 1887).
- Carbo Vallès.** — Différence entre l'angine diphtéritique et le croup. (*Revista de Ciencias med.*, n° 23).
- Chaffey.** — Dépôt fibreux dans le cœur dans la diphtérie chez les enfants (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet 1887).
- Corral y Maira.** — Étude médicale sur la diphtérie et son traitement (Madrid, 1887).
- Cozzolino (V.).** — Traité de la diphtérie (Tome 4, Naples 1887).
- Dumolard.** — Difficulté du diagnostic dans un cas de diphtérie. Guérison (*J. Soc. de méd. et pharm. de VIsère*, Grenoble, 1886-7, XI, 25-29).
- Farnham.** — Diphtérie (*Philadelphia med. Times*, 14 mai 1887).
- Fry (R.-W.).** — Trachéotomie dans un cas de diphtérie (*South. clinic*. Richmond, 1887, X, 97-101).
- Gillet de Grandmont.** — Observation de diphtérie transmise de la gorge à l'œil et réciproquement (*Journ. de méd. de Paris*, 8 mai 1887).
- Gouguenheim.** — Le tubage du larynx dans la diphtérie (*Rev. clin. et thérap.*, 26 mai 1887).
- Heubner (O.).** — Contribution à l'étude de la diphtérie (*Jahrb. f. Kinderh.* Leipzig 1887, N. F., XXVI, 52-89, 1 plan, 1 diag).
- Kappesser.** — L'essence de térébenthine contre la diphtérie et le croup (*Centralb. f. klin. med.*, 25 juin 1887, n° 26, p. 481).
- Liell (Ed.).** — Observations sur la diphtérie, complications et traitement (*The N.-Y. med Journ.*, 21 mai 1887).
- Lletget.** — Diphtérie naso-pharyngo-laryngée gangréneuse, septicémie, guérison (*El siglo med.*, 19 juin).
- Mayol.** — Deux cas d'angine diphtéritique (*An. de Otol. y lar.*, n° 4, 1887).
- Oyler.** — De la diphtérie (*The med. and surg. rep.*, 28 mai 1887, p. 679).
- Parker.** — Trachéotomie hâtive dans la diphtérie (*Brit. med. J.*, 11 juin 1887).
- Pollart.** — Croup, trachéotomie (*Le Scalpel*, 12 juin 1887).
- Reynier (E.).** — Cas de croup. Opération. Guérison (*Soc. med. Neufch.*, 2 mars 1887. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, n° 6, p. 344, 15 juin 1887).
- Rouse (W. H.).** — Quelques cas anormaux de diphtérie (*Med. Age, Detroit* 1887, V. 97-100).

- Schrøtter. — Croup et diphtérie (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nos 26 et 27, 28 juin-3 juillet 1887).
- Simon (J.). — Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie (*Progr. méd.*, nos 23, 25 et 26, 4, 18 et 25 juin).
- Sota (de la) Ramon. — La trachéotomie dans le croup et la diphtérie (suite) (*Journ., of. Laryng.*, n° 6, p. 197, juin 1887).
- Suss (A.). — De la paralysie diphtérique du pneumo-gastrique (*Rev. mens. des mal. de l'Enf.*, juillet 1887, p. 289).
- Teissier (Lyon). — Etiologie de la diphtérie (*Acad. des sc. de Paris*, juin 1887, in *Sem. méd.*, 13 juin).
- Thoresen. — Expériences et remarques critiques sur la diphtérie (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben Januar*, 1887).
- Tonini. — Un cas intéressant de diphtérie (*La Rassegna di sc. Med.*, juillet 1887).
- Valera y Jimenez (U.). Angine diphtérique (*El siglo med.*, 29 mai 1887).
- Varela (Ez. A.). — Diphtérie et gangrène de la bouche (*El siglo med.*, 3 juin 1887).
- Weil. — Note sur un cas de diphtérie secondaire à une pneumonie d'un enfant de dix-sept mois (*Rev. méd. de l'Est.*, 1^{er} juin 1887).
- Zelenkoff (A. P.). — Ligature de la carotide primitive dans un cas de suppuration diphtérique consécutive à la scarlatine (*Vrach, Saint-Petersb.*, 1887, VIII, 132, 164).

Varia.

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

- Augier. — Cancer primitif du corps thyroïde (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 27 mai 1887).
- Bonnett-May. — Œsophagotomie pour extraire une pièce de monnaie avalée depuis trois ans (*Brit. med. journ.*, 21 mai 1887).
- Carralero (Lopez). — Polypes de la région hyoïdienne (*Gaceta de oftalmologia, otol. y laring.*, mai 1887).
- Ceccherelli (A.). — Un cas d'hygroma de la bourse de Boyer (*Gazetta degli Ospitali*, 17 juin 1887, p. 452).
- Chénieux. — Ablation du corps thyroïde, bronchocèle (*Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 4 avril 1887).
- Drobnik. — De la ligature de l'artère thyroïde (*Gaz. lek., Warszawa*, 1887, 2, S., VII, 110-117, in *Wien. med. Woch.*, 1887, XXXVII, 65).
- Durdufi (G.-N.). — Pathogénie de la maladie de Basedow (*Deutsch. medic. Wochensch.*, 26 mai 1887, n° 21, p. 448).
- Duret. — Ulcération et perforation de l'œsophage (*Soc. méd. de Reims in Un. méd. de l'Est.*, 15 juin 1887).
- Fasano. — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Arch. internaz. di laring.*, etc., fasc. I et II, 1887).
- Fauvel. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace thyro-hyoïdien (*Thèse de Paris*, juin 1887).
- Fillenabum. — Anesthésie locale par la cocaïne (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1887).
- Fischer (G.). — Œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zeitsch. f. chir.*, XXV Bd 64, p. 565, 1887).

- Fraser.** — Extirpation de la glande thyroïde dans le goitre exophtalmique (*Soc. méd. chir. d'Edimbourg*, 15 juin 1887, *Brit. med. journ.*, 9 juillet 1887, p. 70).
- Fuhr (Ferd.).** — Extirpation de la thyroïde (*Arch. f. exp. pathol. u. pharmak et centralb. f. Klin. med.*, n° 1, 1887).
- Giommi.** — Oesophagotomie externe pour un corps étranger (*Gaz. de gli Ospit.*, 6 juillet 1887).
- Girard.** — Excision d'un goitre kystique (*J. Soc. de méd. et pharm. de l'Isère*, Grenoble, 1886-87, XI-49, 51).
- Glascow (W.).** — Etiologie et mécanisme de l'asthme (*Amer. journ. of med. sc.*, juillet 1887).
- Golding-Brid.** — Gastrotomie pour un épithélioma de l'oesophage (*Brit. med. journ.*, 21 mai 1887).
- Goodbridge.** — Du traitement de la dyspnée paroxystique dans les anévrysmes de l'aorte (*Brit. med. journ.*, 4 juin 1887).
- Gouguenheim.** — Propriétés anesthésiques de la cocaïne (*Soc. therap., Paris*, 27 avril 1887).
- Haywood.** — Sur un cas d'oesophagotomie externe (*North Car. m. j. Wilmington*, 1887, XIX, 429-431).
- Hiéronymis (De).** — Epidémie de coqueluche. Observations cliniques et thérapeutiques (*Rivista clin. e terapeut.*, an IX, n° 7, Naples 1887).
- Hunter.** — Cas de goitre (*Brit. med. journ.*, 2 juillet 1887, p. 23).
- Koch (Copenhague).** — Recherches sur l'origine et les rapports du nerf hypoglosse (*Thèse de Copenhague*, 1887).
- Labbé (E.).** — Traitement de la coqueluche (*Soc. de therap., Progrès méd.*, 16 juillet 1887, p. 31).
- Le Dentu.** — Note sur l'oesophagotomie interne à séances multiples (*Soc. de chir. Paris*, 28 juin 1887).
- Lejars.** — Epithélioma kystique de la région sus-hyoïdienne gauche. Ulcération de l'artère faciale. Ligature de la carotide primitive (*Soc. d'anat. de Paris*, déc. 1883. *Prog. méd.*, 16 juillet 1887, p. 48).
- Lublinski (W.).** — Un cas rare de cancer de l'oesophage (*Berl. mediz. Gesells* 18 mai 1887, in *deuts mediz Ztg*, 30 mai 1887, n° 43, p. 432).
- Malmsten.** — Un cas très rare de tuberculose (*Svenska Läkare Sällskapet Porhandlingar*, 1887).
- Martha.** — Des injections iodées dans le traitement des goitres (*Gaz. des Hop.*, 9 juillet 1887).
- Massei.** — Un cas de sténose œsophagienne (Leçon clinique. *Eco della clinica*, an II, n° 12, Naples 1887).
- Masse.** — Tumeur dermoïde de la région sus-hyoïdienne (*Gaz. hebd. des sc. méd. Bord.*, 22 mai 1887).
- Medici (de).** — Note de pédiatrie : abcès rétro-pharyngien, coqueluche, traitement de la diphtérie (*Gazzetta degli Ospitali*, an VIII, n° 43, Milan, mai 1887).
- Ochel (R.).** — Contribution à l'étude de la thyroïdectomie et de la cachexie strumiprive (*Inaug. Dissert.*, 1887, Berlin).
- Potain.** — Du rétrécissement syphilitique de l'oesophage (*Sem. méd.*, 29 juin 1887).
- Reverdin.** — Contribution à l'étude du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 15 mai 1887).

- Rockwell.** — Du dosage du courant galvanique (*The med., Rec.*, 4 juin 1887).
- Sloan (Th.)** — Le goître chez les animaux (*The Lancet*, 28 mai 1887).
- Smith.** — Guérison heureuse d'un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Améric. Lancet*, juin 1887).
- Snow.** — De l'arsenic dans le traitement du goître (*The Brit. med Journ.*, 28 mai 1887).
- (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 13 mai 1887). — Discussion sur l'emploi des vapeurs phéniquées dans la coqueluche
- Storch.** — Des inhalations d'acide nitrique et d'oxyde d'argent comme traitement de certaines maladies des voies aériennes (*Hospitali Tidende*, mai 1887).
- Terillon.** — Goître plongeant, fixation de deux lobes du corps thyroïde aux aponévroses du cou, méthode de Bonnet (*Ann. des mal. de l'or.*, etc. n° 7, 1887).
- Terillon.** — Kyste du corps thyroïde (*Soc. de chir.*, Paris, 15 juin 1887).
- Terillon et Sébilleau.** — Le traitement des goîtres parenchymateux et fibreux par les inject. interst. de teinture d'iode (*Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1887).
- Wichmann.** — Emploi de l'acide lactique contre le lupus (*Teidskrift for prakt. medicin.*, janvier 1887).
- Wiglesworth (J.)** — Tumeur de la glande parotïde (Liverpool, *Méd. chir. J.*, 1887, VII, 227).
- William.** — Inhalation d'hydrogène sulfuré (*Med. news*, 14 mai 1887. *Corresp.*).
- Wyne.** — Tumeur maligne de l'œsophage (*Sheffield med. ch. soc.*, in *The Lancet*, 18 juin 1887).
- Zielewicz.** — Un cas de myxœdème avec stomatite intense et hépatite intersticielle (*Berl. Klin Woch.*, 30 mai 1887, n° 22, p. 400).

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs, que M. le Ministre de l'Intérieur vient de créer à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, une clinique officielle de laryngologie.

Par arrêté ministériel du 30 juin dernier, notre sympathique collaborateur, M. le Dr A. Ruault, médecin-adjoint de l'Institution, a été chargé de ce service.

M. le Ministre de l'Instruction publique vient de charger M. le Dr J. Baratoux d'une mission scientifique pour aller au Canada et aux Etats-Unis étudier l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, ainsi que la fièvre des foies, qui, on le sait, est aussi commune dans ces contrées qu'elle est rare dans les nôtres.

MM. les docteurs Gouguenheim et J. Moure viennent d'être nommés membres correspondants de la Société de Laryngologie d'Amérique à la dernière séance tenue cette année à New-York, les 26, 27 et 28 mai.