

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

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

*Vol 8, n° 2, p. 65 à 128. - Paris : Doin, 1888.*

*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?91487x1888x02>

## DES NODULES DES CORDES VOCALES

Par le Dr WAGNIER, de Lille.

Dans le cours de la laryngite aiguë, ou plus souvent dans la forme chronique de l'affection, on observe parfois un défaut de rectitude du bord de l'une des cordes vocales ou des deux à la fois. Cet aspect irrégulier, plus ou moins prononcé selon les cas, dû à la tuméfaction inégale de l'épithélium, est l'indice de ce que l'inflammation n'existe pas au même degré dans toute l'étendue des rubans vocaux. Ces inégalités s'accroissant, arrivent à constituer sur le bord des cordes vocales de petits *nodules* qui survivent à l'inflammation catarrhale.

Ces petites tumeurs présentent des caractères spéciaux bien nets, qui en font une classe à part et qui doivent être étudiés, ainsi que j'espère le démontrer, moins comme des néoplasmes proprement dits que comme une conséquence de l'état inflammatoire. Elles offrent d'ailleurs un grand intérêt lorsqu'on les observe chez les personnes pour lesquelles la netteté et la pureté de la voix constituent une condition professionnelle de premier ordre.

DÉNOMINATION ÉTIOLOGIQUE. — Comment convient-il de désigner ces produits ? En se basant sur ce qu'elles présentent de plus constant, sur ce qui leur donne un caractère propre : leur origine catarrhale.

Les malades, en effet, chez lesquels j'ai observé ces productions avaient tous été atteints préalablement de rhumes, avec extinction plus ou moins prononcée de la voix ; chez la plupart, ces inflammations se répétaient assez fréquemment, et c'est au cours de l'une de ces périodes aiguës ou subaiguës que je les remarquais. Elles persistent après la terminaison de l'état aigu, seules ou accompagnées d'autres lésions catarrhales ; mais le fait le plus digne de remarque, c'est que ces lésions se présentent presque toujours chez des per

sonnes que les nécessités professionnelles obligent à parler avec effort ou à chanter alors qu'elles sont sous le coup d'un état inflammatoire plus ou moins prononcé du larynx.

C'est alors que le nodule se forme sur le bord libre de l'une des cordes vocales, augmentant l'enrouement et donnant lieu, chez les chanteurs en particulier, à un certain nombre de constatations intéressantes, dont je m'occuperai tout à l'heure.

Ces données étiologiques indiquent que l'affection doit être fréquente chez les orateurs, les prédicateurs, mais surtout chez les chanteurs, les efforts vocaux étant bien plus grands dans cette dernière profession. Stærck, l'un de mes maîtres de Vienne, l'avait constaté en si grand nombre de fois chez les artistes lyriques, qu'il avait appelé ces productions : « *nodules des chanteurs* ». Ils se rencontrent, à la vérité, plus souvent chez les chanteurs populaires que chez les artistes d'un ordre plus élevé; ceux-ci sont moins absolument esclaves des nécessités de la vie et, d'autre part, leurs auditeurs, plus exigeants, ne s'accommoderaient pas de conditions vocales dont se contente le public des premiers. A Vienne, où la profession de chanteur de café-concert est des plus communes, on observe un très grand nombre de ces nodules dans les cliniques laryngologiques, et la dénomination de « *nodules des chanteurs* » y est plus qu'ailleurs justifiée; cependant il n'est pas rare de les rencontrer dans une foule d'autres professions, c'est pourquoi la dénomination de « *nodules inflammatoires ou catarrhaux* » des cordes vocales me paraît répondre mieux à la réalité des faits.

SYMPTÔMES. — Le siège des nodules marginaux des cordes vocales est remarquablement constant; c'est presque toujours vers le milieu des cordes vocales inférieures, et plus près de leur commissure antérieure, qu'on les voit. Ils sont petits, leur grosseur n'excède



guère celle d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, souvent arrondis, hémisphériques, parfois disposés en pointe, habituellement d'un blanc mat, et tranchant par leur coloration sur le reste du bord du ruban vocal. Ils sont le plus souvent bilatéraux et, en ce cas, toujours symétriques et s'affrontant exactement. On les rencontre aussi d'un seul côté, cependant les nodules unilatéraux que j'ai vus m'ont paru, en général, plus gros, plus rebelles au traitement, et je pense que si un certain nombre de nodules doivent être considérés comme de petits fibrômes, ce sont plutôt ceux qui se montrent d'un seul côté que les autres. On trouve souvent, à côté des nodules, d'autres lésions de laryngite chronique : de la rougeur diffuse ou limitée, de la vascularisation, du gonflement épithélial; dans bien des cas cependant le reste du larynx paraît normal.

La phonation est plus ou moins altérée et cette altération est en rapport, d'une part, avec les lésions de la laryngite concomitante quand elle existe; d'autre part, avec les troubles occasionnés par la présence des nodules eux-mêmes. Dans les cas où l'influence du nodule se fait seule sentir, on constate souvent une série de phénomènes intéressants, au point de vue de la production des sons.

En général, et dans le cas de nodules très petits, la gêne est au minimum dans les tons bas; l'émission des notes élevées devient, au contraire, impossible dans le registre de poitrine, elle ne peut avoir lieu qu'en fausset. Ce dernier registre est lui-même très limité, et les tons les plus hauts ne peuvent être produits. Cette particularité s'explique assez bien. Dans le cas de nodules petits, il peut arriver qu'ils ne soient pas en contact dans les notes basses; à mesure que la voix monte, que la fente vocale se resserre, ils se rapprochent; lorsqu'ils arrivent au contact, la phonation perd sa pureté; mais si le sujet prend le registre de tête, la fente vocale s'écarte à nouveau dans sa partie moyenne, les nodules peuvent cesser



d'être en contact pour s'affronter de nouveau dans les notes élevées du fausset.

Un renseignement que j'ai recueilli un certain nombre de fois de la part de chanteurs atteints de cette affection, c'est que, dans les *forte*, la voix devient plus nette. Le cas le plus caractéristique à ce point de vue était celui que présentait une jeune fille de dix-sept ans, qui paraissait offrir les plus heureuses dispositions, mais dont la voix était très fatiguée ; elle n'était pas, disait-elle, sujette aux rhumes, cependant elle avait un coryza chronique et des granulations pharyngiennes assez larges. La voix, quoique plus faible, conservait sa pureté dans les notes basses et moyennes, mais elle ne pouvait donner les tons élevés qu'en *forte*. Les nodules étaient, dans ce cas, très petits et disposés en pointe ; il est probable qu'ils pouvaient être rejetés en avant sous l'influence de l'effort, et perdre ainsi momentanément leur action fâcheuse. Il m'a paru, dans un autre cas, qu'un nodule très petit et unique semblait s'effacer par suite de la tension de la corde vocale, lorsqu'on faisait émettre, sous le miroir laryngoscopique, une note élevée.

Un symptôme plus curieux se produit dans quelques cas ; il consiste dans l'émission simultanée de deux sons différents, dont les artistes se rendent parfaitement compte.

Ce phénomène, déjà observé par Türck et par Rossbach, a été étudié particulièrement par Schnitzler, qui en a rencontré des exemples très nets et remarquables, surtout en ce sens que dans quelques-uns d'entre eux, les deux sons produits simultanément correspondaient toujours au même intervalle musical. J'ai vu à la clinique de Schnitzler un malade chez lequel ce symptôme était caractéristique et appréciable, même pour des oreilles peu exercées. Toutefois, les deux sons produits ne correspondaient pas à un intervalle musical. Ce malade présentait deux nodules à peu près d'égal volume, siégeant vers

la réunion du tiers antérieur avec les deux postérieurs de la fente vocale.

Il n'en était pas de même dans le cas que le professeur rappelait à ce sujet et qu'il présenta en 1874 à la Société musicale de Vienne. Chez ce malade, qui était ténor d'opéra, la double note apparaissait toujours au même point de la gamme pour le même registre. Le son surajouté était toujours plus élevé de l'intervalle de tierce majeure. De l'ut<sub>2</sub> au fa<sub>2</sub>, on entendait un son assez pur et unique, la diphonie se produisait du sol<sub>2</sub> à l'ut<sub>3</sub>; Le double ton disparaissait si le chanteur donnait ces dernières notes en voix de tête, mais il revenait dans ce dernier registre à partir du ré<sub>3</sub> jusqu'au la<sub>3</sub>. Dans ce cas, le nodule était unique et siégeait vers le milieu des cordes vocales, mais, comme c'est en quelque sorte la règle, plus près de leur commissure antérieure, que de leur extrémité postérieure (1).

J'ai observé récemment un cas où ce phénomène de diphonie put être constaté. Il s'agissait d'une chanteuse de café-concert de Lille, âgée de vingt-trois ans, qui vint me consulter au sujet d'une laryngite survenue depuis quelques jours. L'examen laryngoscopique me fit reconnaître, à côté des lésions habituelles de la laryngite subaiguë, l'existence de deux nodules d'inégal volume, siégeant symétriquement, un de chaque côté, sur le bord des rubans vocaux, celui du côté droit plus gros, un peu globuleux.

La fente vocale se trouvait ainsi partagée en deux parties : une antérieure plus courte, une postérieure plus longue. La voix était très enrouée, il y avait en même temps de l'angine et de la bronchite. Après la disparition des phénomènes d'acuité les nodules persistèrent; il est certain, d'ailleurs, qu'ils existaient antérieurement à l'inflammation catarrhale constatée, car, outre que leur aspect l'indiquait, la malade racontait que depuis long-

(1) L. Réthi. *Kasuistische Mittheilungen*. Wiener Med. Presse, 1884.



temps sa voix était altérée et que dans l'intervalle des inflammations laryngo-bronchiques auxquelles elle était très sujette, elle était toujours gênée dans certaines notes.

Dès que l'exercice du chant fut redevenu possible, l'existence d'un double son se produisant dans les notes élevées ne fut pas douteuse; les deux sons entendus parurent, d'après l'opinion d'un musicien très exercé, séparés par un intervalle voisin de celui de quinte. Le son le plus élevé était excessivement grêle mais bien distinct. La diphonie disparaissait dans les notes moyennes et basses mais la voix restait voilée. Je touchai d'abord avec la nitrure d'argent en substance les deux nodules, le plus petit s'affaissa au bout de deux applications, l'autre dut être touché avec un galvanocautère plat appliqué parallèlement au bord de la corde correspondante; la guérison fut ainsi obtenue.

Pour expliquer la diphonie, la seule théorie qui paraisse plausible est celle qui considère la fente glottique comme divisée, au moment où les nodules s'affrontent, en deux glottes distinctes vibrant séparément et rendant chacune un son dont l'intervalle musical est déterminé par les longueurs respectives des parties vibrantes. Ainsi, par exemple, lorsque les deux sons produits sont séparés par l'intervalle de tierce, comme dans le cas cité plus haut, le nombre des vibrations correspondant aux deux notes étant dans le rapport de  $5/4$ , il s'ensuit que la glotte doit être divisée en deux portions dont les longueurs relatives sont exprimées par  $4/5$ . C'est ce que démontrait, en effet, l'image laryngoscopique. D'où l'on peut conclure qu'on pourrait indiquer d'avance, en cas de diphonie causée par un nodule, la position de l'obstacle d'après la hauteur respective des deux sons produits.

Est-il possible d'invoquer une autre explication, d'admettre, par exemple, que l'une des deux cordes vocales, celle qui ne porte pas de nodule ou qui porte le nodule le plus petit, vibre dans toute son étendue tandis que l'autre



ne vibrerait que dans la plus longue des parties en lesquelles le nodule la divise? On comprend difficilement qu'un son puisse se produire dans ces conditions.

Quoi qu'il en soit de la théorie qui peut servir à son explication, le phénomène n'en est pas moins hors de conteste, encore qu'il soit rarement observé. Il ne se produit d'ailleurs d'une façon appréciable que lorsque la laryngite a presque complètement disparu du reste de l'organe vocal.

Il est rare que l'on puisse suivre le développement des nodules, en général, on les découvre alors qu'ils sont déjà constitués, et l'on est obligé pour établir l'époque probable du début de se contenter de renseignements anamnestiques très vagues; cependant j'ai observé, il y a environ cinq mois, une jeune fille de vingt ans qui à mon premier examen présentait une rougeur limitée située vers le milieu de la partie ligamenteuse du côté gauche; le ruban vocal était épaissi et le bord correspondant paraissait faire une légère saillie en cet endroit. Cependant, la voix étant peu altérée, le sujet, une artiste lyrique, continua, malgré mon conseil, ses exercices de chant. Je la vis, pour la seconde fois, après un intervalle de plusieurs mois; un nodule paraissait se former au point primitivement atteint, aujourd'hui il s'accuse peu à peu, sans s'isoler encore nettement et comme englobé dans l'inflammation chronique contre laquelle j'ai institué un traitement par les applications astringentes.

Les nodules une fois formés persistent souvent indéfiniment sans s'accroître, ils disparaissent même parfois spontanément; d'autres fois ils récidivent après que le traitement les a fait disparaître; ils peuvent même se transformer en véritables polypes.

**PATHOGÉNIE.**— La cause de la production de ces petites tumeurs n'est pas douteuse : on ne les rencontre, comme je l'ai dit, presque jamais sur des larynx qui n'ont pas été

antérieurement atteints d'inflammation intense, ou récidivante, ou de longue durée. Souvent l'état catarrhal qui les a produits persiste, entretenu sans doute par cette cause permanente d'irritation. Sous l'influence des efforts de phonation, l'inflammation se localise en un point; il s'y fait une hyperplasie locale limitée peut-être au début à l'épithélium et qui, s'accroissant, peut atteindre tous les éléments de la muqueuse. On les observe donc presque toujours chez des personnes sujettes à l'inflammation catarrhale, il m'a paru qu'ils étaient plus fréquents dans le sexe féminin.

Quant à la situation à peu près constante que les nodules affectent par rapport à la longueur du bord des cordes vocales, elle résulte, à mon avis, de ce que dans la laryngite le rapprochement des cordes vocales étant gêné par le gonflement de la région aryténoïdienne, les muscles adducteurs se contractent avec énergie et amènent en contact la partie antérieure des bords de la fente vocale.

Le point où le nodule naît correspondrait à celui où la vibration est entravée par le contact des bords des rubans vocaux à la partie antérieure. Le son de fausset aigu que prend souvent la voix dans la laryngite aiguë ou chronique vient à l'appui de cette explication. Peut-être aussi la contraction imparfaite du muscle ary-aryténoïdien, conséquence de la parésie dont il est souvent le siège en cas de laryngite et sur laquelle le Dr Moure a récemment appelé l'attention, est-elle la cause première de cette position glottique qui amène une sorte de frottement auquel j'attribue l'origine des nodules catarrhaux.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.**— D'après Stœrck, les nodules sont formés le plus souvent de tissu conjonctif, de fibres élastiques et par l'épithélium pavimenteux proliféré; la muqueuse ne conserverait que très rarement sa texture normale.



Il est probable que les nodules qu'on voit disparaître sous l'influence des traitements les plus simples (topiques astringents liquides ou pulvérulents) et même par le repos seul n'ont pas la structure que Stœrck indique et qui est celle des fibrômes.

Si même l'examen histologique prouvait qu'ils dussent être rattachés à cette variété de tumeurs, toutes les particularités qu'il présente, leur bilatéralité symétrique habituelle, leur siège à peu près invariable vers le milieu de la glotte interligamenteuse, leur état stationnaire après qu'ils ont atteint un volume toujours très petit, en formeraient une classe de fibrômes tout à fait distincte.

Türck a décrit sous le nom de *Chorditis tuberosa* un état d'inégalité, de rudesse de la surface des cordes vocales, cet état est constitué par de petites tumeurs confluentes qui augmentent l'épaisseur de la corde vocale. Cette affection, assez rare, diffère, on le voit, de ce que nous avons décrit; elle est très tenace et, d'après Morell-Mackenzie, défie souvent tout traitement. On peut considérer les nodules des chanteurs comme une forme bénigne localisée de cette affection. Türck pense avec Wedl qu'il s'agit dans ce cas d'une hypertrophie du tissu conjonctif avec prolifération de ses noyaux. Notre savant maître le professeur Schreëter est d'avis que la lésion est variable dans sa nature, que l'on ne peut déterminer avec précision en l'absence de recherches microscopiques suffisantes.

Souvent, dit-il, il ne s'agit sans doute que d'une prolifération de l'épithélium, dans d'autres cas d'une hypertrophie des papilles, dans d'autres enfin de produits circonscrits d'inflammation.

PRONOSTIC. — Comme je l'ai dit en commençant, cette affection présente une importance considérable pour les personnes pour lesquelles l'intégrité parfaite de la fonction vocale est indispensable, surtout pour les chanteurs; toutefois, et quelle que soit la profession du sujet



qui en est atteint, elle occasionne dans la phonation un état de tension et d'effort exagéré, qui n'est pas sans inconvénients ; elle constitue d'ailleurs un facteur important pour la persistance de la laryngite qui l'a causée.

**TRAITEMENT.** — Le traitement permet le plus souvent de faire disparaître ces productions gênantes. Dans les cas légers où on a lieu de croire que la muqueuse n'est que superficiellement altérée, le traitement est celui de la laryngite chronique. Celle-ci guérie ou améliorée, il y a lieu, si le nodule persiste, de le cautériser directement au nitrate d'argent en substance. L'acide chromique pourra être employé sur les nodules plus volumineux. La galvano-caustique doit être réservée pour les cas rebelles. Il est rare que les nodules soient assez volumineux pour que leur exérèse rentre dans le cadre de l'extirpation des tumeurs laryngiennes.

## DE L'ÉPISTAXIS GÉNITALE

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

### I

Les récents travaux de Bigelow, Voltolini, Zuckerkandl, Hack, Kiesselback, John Mackensie, sur la structure de la membrane pituitaire et la présence de tissu érectile dans les fosses nasales ont eu pour résultat de modifier les idées jusqu'alors admises sur la pathogénie de certaines épistaxis. Nous devons maintenant attribuer un rôle important, dans le mécanisme de production de ces hémorragies, à la turgescence exagérée des corps caverneux ; et ils nous semble que les classifications en usage ne peuvent plus désormais être acceptées.

Nous proposons donc la classification suivante :

1<sup>o</sup> Épistaxis traumatiques et ulcéreuses (chute sur la tête, coup sur le nez, cautérisations, ulcérations de la pituitaire).

2° Épistaxis dyscrasiques (altération des vaisseaux, altération du sang, hémophilie, scorbut, maladies du foie, de la rate; artério-sclérose).

3° Épistaxis mécaniques (augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux artériels ou veineux. Efforts, cris, quintes de toux, vomissements; tumeurs du cou. engorgement du cœur droit).

4° Épistaxis vaso-motrices (turgescence par action réflexe du tissu érectile, tenant à une excitation locale ou éloignée).

Ce dernier groupe, le seul que nous ayons à envisager dans ce travail sur l'épistaxis génitale, comprend les saignements de nez que les auteurs ont décrits sous le nom d'épistaxis essentielles, idiopathiques, spontanées.

Indiquons rapidement le mécanisme suivant lequel se produisent ces hémorragies.

L'abondante vascularisation de la pituitaire a été signalée depuis longtemps; toutefois ce ne sont pas des plexus veineux, variqueux que l'on rencontre dans la muqueuse, comme le disent Cruveilhier et Sappey, mais bien un véritable tissu érectile situé immédiatement sous l'épithélium de la membrane nasale. Ces corps caverneux, à mailles étroites superficielles, et à lacunes assez larges dans la profondeur, sont surtout manifestes sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen et aux extrémités postérieures des trois cornets; mais suivant Zuckerkandl et Kiesselback ils existent aussi sur la cloison.

Chez certains sujets ce tissu érectile a une grande aptitude à entrer en turgescence, et à se gorger de sang; si la tension sanguine est trop considérable, et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés et modifiés qui forment le tissu caverneux, ceux-ci se déchirent, et leur rupture entraîne le déchirement de la muqueuse d'autant plus mince et moins résistante qu'elle est réduite à son revêtement épithélial. Le mouvement sanguin a abouti à un raptus hémorragique.

Certains auteurs soutiennent que le tissu érectile



devient turgide à l'état normal, sous l'influence de causes physiologiques, afin de déterminer des réflexes physiologiques et Hack pense que l'augmentation de volume des corps caverneux sert à protéger jusqu'à un certain point, les fosses nasales contre les influences délétères d'agents extérieurs. Nous ne saurions garantir l'exactitude de ces vues, nous nous contentons de considérer le tissu érectile comme susceptible de se gonfler à la suite d'une excitation légère de la muqueuse nasale; il suffit, en effet, d'un léger attouchement, du simple contact de la sonde, ou bien de l'action de certaines odeurs, de certaines poussières, sur la pituitaire pour que l'on puisse constater la turgescence des cornets. Plus ces mêmes causes excitantes se reproduisent fréquemment, et plus les phénomènes de gonflement se montrent avec facilité. L'augmentation de volume sera aussi plus grande, et conduira plus aisément à la rupture vasculaire, à l'hémorragie nasale.

Le rôle que jouent les odeurs, les poussières dans l'étiologie de l'épistaxis est connu de longue date; et dans tous les ouvrages est cité le cas remarquable de Jean de Querceto, secrétaire de François I<sup>er</sup>, qui avait des saignements de nez chaque fois qu'il sentait une pomme; on sait aussi que les vapeurs d'ammoniaque, les particules de jalap et d'ipécacua pénétrant dans les fosses nasales peuvent déterminer des épistaxis et certaines prises énergiques sont réputées comme capables de provoquer des hémorragies nasales.

Mais ces irritations directes sur la membrane pituitaire ne sont pas les seules qui puissent être suivies de gonflement du tissu érectile et d'épistaxis; les phénomènes turgides peuvent avoir pour point de départ des causes agissant en dehors des fosses nasales, des excitations par exemple portant sur les nerfs de la peau, de l'œil (refroidissement, coup de soleil, lumière vive).

Enfin le réflexe prend parfois son origine dans des phénomènes psychiques; et l'on a rapporté des faits



d'épistaxis à la suite d'émotions violentes, de frayeurs excessives, d'accès de colère; c'est ainsi que Morell-Mackenzie fait remarquer avec raison que l'influence étiologique des grandes émotions n'avait pas échappé à l'esprit observateur de Dickens; l'auteur anglais parle en effet dans son *Our mutual Friend* d'une hémorragie nasale dont fut atteint Bradley Headstone, alors qu'il poursuivait Eugène Wrayburn avec l'intention de le tuer.

Un malade d'Arviset avait un saignement de nez chaque fois qu'il se mettait en colère; une jeune fille dont Macnamara cite le cas, faillit mourir d'une épistaxis attribuée à la douleur que lui causait la perte de son père. La turgescence du tissu érectile se produit alors par le même mécanisme que la rougeur de la face d'origine émotive; l'épistaxis tient à un trouble des vaso-moteurs.

Ces hémorragies nasales, dites essentielles, se montrent avec une fréquence variable suivant l'âge des individus; il est d'observation journalière que l'adolescence est le moment de la vie où les saignements de nez se manifestent en plus grand nombre: tous les médecins sont d'accord sur ce point.

Sorre écrit: « On voit l'épistaxis se reproduire plusieurs fois dans la journée, surtout à l'époque de la puberté, au moment où de grands changements s'opèrent non seulement du côté des organes génitaux, mais aussi dans toute l'économie. »

Viennot dit dans sa thèse: « L'enfance et l'adolescence sont les deux époques de la vie où l'on observe le plus souvent l'épistaxis; autrement dit l'épistaxis est aussi fréquente dans la jeunesse qu'elle est rare dans la vieillesse. »

Enfin dans l'excellent *Manuel des maladies des fosses nasales* de Moure, nous lisons: « L'épistaxis spontanée ne se rencontre guère qu'au moment de la puberté. »

Mais si les auteurs s'entendent à reconnaître la grande fréquence des hémorragies nasales pendant l'adoles-

cence, ils diffèrent d'opinion quand il s'agit de déterminer les causes générales qui favorisent, à cette période de la vie, le développement des épistaxis essentielles.

Les uns considérant certains phénomènes qui accompagnent parfois l'épistaxis, pesanteur de tête, céphalalgie frontale, vertiges, troubles de la vue, rapportent l'hémorragie nasale à un état pléthorique des individus; or, ces phénomènes ne tiennent pas à une congestion céphalique, ils sont dus à des réflexes nasaux.

Morell Mackensie écrit: « Lorsque le sang existe en quantité anormale chez les enfants pléthoriques, les hémorragies nasales ne sont pas rares; elles sont souvent précédées d'une sensation de plénitude dans la tête, de céphalalgie. »

Cloquet disait également dans son *Osphrésiologie*: « Parmi les causes de l'hémorrhinie, une des premières est le tempérament sanguin; aussi cette espèce d'hémorragie est-elle surtout fréquente à l'approche de la puberté spécialement. »

D'autres médecins et avec eux Germain Sée rattachent, au contraire, l'épistaxis à un état anémique; nous trouvons, dans le traité des anémies du professeur Sée, les lignes suivantes: « Chez les enfants, l'épistaxis est trop souvent méconnue dans ses effets; les parents l'attribuent aux lois de la circulation normale, les médecins l'envisagent comme le résultat de la pléthore, négligeant cette manifestation morbide qui est l'indice d'une débilitation générale de l'organisme. »

Chomel, Bazin, de Tresfort, Landouzy regardent l'épistaxis spontanée comme une manifestation de la goutte et du rhumatisme. Rendu soutient que les jeunes garçons qui saignent du nez sont des arthritiques, et il cite le cas d'un de ses camarades de collège, fils de goutteux, qui, de quinze à seize ans, fut pris d'épistaxis fréquentes et qui depuis est devenu hémorroïdaire.

Ajoutons enfin que le surmenage intellectuel, et dans un autre ordre d'idées, les coups sur le nez, les piqures



avec l'ongle, les varices nasales, ont été mis en avant pour expliquer le grand nombre d'épistaxis qui survenaient au moment de la puberté.

## II

Ces différentes causes, soit prédisposantes, soit occasionnelles, peuvent bien contribuer à la production de quelques épistaxis, nous ne saurions le nier; mais dans certains cas aussi leur action est bien problématique, surtout en ce qui concerne la pléthore et l'anémie. Alors il faut faire intervenir un autre facteur étiologique qui, chez les jeunes gens surtout, joue un rôle assez important que nous allons nous efforcer de faire ressortir. C'est le facteur génital, dont il n'est question dans aucun des travaux écrits sur le sujet, ni dans les traités de pathologie, ni dans les articles de dictionnaires, ni dans les thèses. Il nous semble donc utile de combler cette lacune; il nous paraît intéressant de montrer l'influence de l'élément génital dans le développement de certaines épistaxis.

Étant donné le mode de production des hémorragies nasales spontanées il est logique de penser que le phénomène réflexe, la turgescence du tissu érectile, et la rupture vasculaire peuvent à la rigueur aussi bien résulter d'une irritation génitale que d'une excitation cutanée, oculaire, intellectuelle. Mais il y a plus, l'intervention génitale mérite d'être mise en première ligne, elle se manifeste d'une façon toute spéciale, avec d'autant plus d'activité et de facilité qu'il existe une corrélation intime, une véritable sympathie, entre l'appareil de la reproduction et celui de l'olfaction.

Ces rapports physiologiques entre le nez et les organes génitaux ont été connus de tout temps, mais l'honneur d'avoir établi ces relations sur une base vraiment scientifique revient à John Mackenzie, qui en 1884 publia dans *The American Journal of medical sciences* un travail ayant pour titre: « Del'excitation de l'appareil sexuel, considérée



comme facteur dans la production des maladies du nez. »

Depuis lors Isch-Wall et Arviset, en étudiant le tissu érectile des fosses nasales ont apporté de nouveaux matériaux à l'édifice en construction. Arviset a fait sur la question une excellente thèse inaugurale (août 1887) et Isch-Wall a écrit d'intéressants articles dans le *Progrès médical* (septembre 1887).

Ces rapports intimes entre le nez et l'appareil reproducteur, rapports qui sont de même ordre que ceux existant entre les organes génitaux, la mamelle, le larynx, ont été remarqués dès la plus haute antiquité et J. Mackenzie rappelle que dans Ayurveda, le vieux classique indien, on trouve cité parmi les causes du rhume ordinaire, du coryza, l'*uxoribus concubitus*. Hippocrate écrit dans ses *De Morbis vulgaribus* : « Timochari hieme distillatione in nares præcipue vexato post Veneris usum cuncta ressicata sunt. »

Celse conseille au début d'un rhume de cerveau d'éviter la chaleur et la femme.

Puis ce sont les poètes et historiens latins qui nous apprennent que ces relations entre le nez et les organes sexuels n'avaient pas échappé à l'observation des anciens.

On connaît le fameux distique :

Noscitur e labiis quantum sit virginis antrum,  
Noscitur e naso quanta sit hasta viro.

Lampridius raconte dans la vie d'Héliogabal, que ce prince dissolu choisissait pour compagnons de ses infâmes débauches des jeunes gens dont le nez avait de grandes dimensions.

Virgile, dans l'*Énéide*, dit que le châtiment réservé aux femmes adultères était l'amputation du nez. « Truncas inhonesto vulnere nares. »

Une foule de proverbes anciens établissent la croyance populaire qu'un fort appendice nasal est le signe d'une grande puissance virile.

De tout temps les parfums, les odeurs ont été recher-

chés par les femmes et employés pour faire naître les désirs vénériens.

Prosper Alpinus rapporte ainsi une coutume égyptienne. « Mulieres unguent vulvam ambaro zibetho, sicque voluptatem coeuntibus conciliant. »

L'odorat, dit Cloquet, est en rapport immédiat avec les fonctions de la génération. Le soin que beaucoup de femmes mettent à se parfumer semble en être une preuve; celle qui est savante dans l'art de plaire ne vous laisse pénétrer jusqu'à elle, qu'après vous avoir préparé à l'effet de ses charmes par celui de l'odorat. »

Kirwan pense même que c'est à une cause semblable : « qu'il faut attribuer le soin que mettent les jeunes filles à orner leurs attraits et à en rehausser l'éclat par le moyen de fleurs, ainsi que l'empressement délicat avec lequel un tendre amant pare de fleurs le sein de sa maîtresse. »

La saison des fleurs, a écrit Cabanis, est en même temps celle des plaisirs et de l'amour. « Fulcite me floribus quia amore langueo » s'écriait déjà la jeune Sunamite du *Cantique des Cantiques*.

Il n'est pas douteux, dit Layet (*Dictionnaire encycl.*), que les fonctions génésiques soient celles sur lesquelles l'action des odeurs paraît se faire sentir le plus. Et ce fait, en dehors des exagérations malades qu'une imagination débauchée peut lui prêter, est en concordance avec ce que l'on observe dans la nature. Chez les fleurs, l'odeur en attirant à elle les insectes chargés de pollen, concourt ainsi à la fécondation.

Chez certains animaux, l'approche du mâle est sollicitée par les odeurs que dégagent, au moment du rut, les glandes placées autour des organes génitaux; ces odeurs sont très pénétrantes dans certaines espèces, (civette, chevroton, buffles, gorilles,) espèces sauvages qui ont le tissu érectile des fosses nasales bien plus développé que celui des animaux domestiques; aussi Arviset se demande avec raison si les corps caverneux des cornets ne sont pas



destinés à devenir turgescents au moment du rut, dans le but de déterminer le réflexe de l'érection.

Le docteur Rullier fait aussi judicieusement remarquer que certains hommes lascifs trouvent, dans l'influence qu'exerce le *smegma vulvæ* sur la pituitaire, le principe de dispositions très érotiques; de même l'odeur de l'homme réveille chez quelques femmes ardentes le besoin du plaisir.

Enfin, est-il besoin de rappeler les *Renifleurs* de A. Tardieu? Tous ces faits sont plus que suffisants pour établir qu'une sensation olfactive détermine souvent l'excitation des organes génitaux.

Entre le nez et l'appareil reproducteur, il existe donc des relations intimes au point de vue physiologique; et maintenant que la première partie de la proposition est démontrée, il nous faut prouver que réciproquement une excitation génitale peut provoquer la turgescence du tissu érectile des fosses nasales.

Il est bien connu, dit Arviset, que lorsqu'un homme est en proie au désir vénérien, lorsqu'il est près d'une femme convoitée, ses narines se dilatent et deviennent battantes; sa respiration est accélérée, bruyante, tous phénomènes qui semblent pouvoir être rapportés à une obstruction partielle des fosses nasales par la muqueuse devenue turgescente. Plusieurs personnes interrogées sur ce point ont affirmé avoir eu de l'enchifrènement, de la gêne de la respiration nasale.

Isch-Wall a fait également une petite enquête à ce sujet : plusieurs individus lui ont répondu que, après une nuit qui avait commencé par des excès vénériens, ils se réveillaient la langue sèche, ayant évidemment respiré par la bouche.

Stalpart Van der Wiel dit avoir connu un homme fort et robuste, qui était pris de trois ou quatre accès d'éternûments chaque fois qu'il caressait sa femme.

Elsberg rapporte le cas d'un individu atteint de catarrhe nasal, qui avait des éternûments après ou même

pendant chaque coït. Il ajoute qu'un fait semblable lui a été communiqué par le docteur Tilly, de Chicago.

Les rapprochements sexuels déterminent chez l'un de nos excellents confrères de la Gironde des éternûments spasmodiques qui l'importunent fort. Nous tenons ce renseignement de notre confrère, qui a depuis été traité par le docteur Moure.

En 1884, nous avons donné des soins à un négociant de Paris atteint d'asthme. En arrivant au Mont-Dore, cet homme jeune et vigoureux est en pleine santé; il nous dit qu'il n'a pas été oppressé une seule minute depuis trois semaines, moment où il a quitté sa famille. Pendant les quinze premiers jours de son traitement, pas la moindre trace de dyspnée; mais une crise d'asthme survient aussitôt que sa femme vient le rejoindre au Mont-Dore. Nous ne saisissons pas alors la vraie cause de la dyspnée. Mais l'année suivante, le malade vient de nouveau seul dans la station, après avoir fait un voyage d'affaires; il respire parfaitement au début de la cure, et l'oppression le reprend encore avec l'arrivée de son épouse. Nos soupçons sont éveillés, nous interrogeons notre client, et il reconnaît qu'il ne peut faire des excès conjugaux sans être atteint d'un accès de suffocation qui débute par des éternûments et du larmolement, symptômes indiquant bien l'origine nasale de l'asthme.

Un autre argument en faveur de notre thèse nous est fourni par l'apparition des phénomènes pituitaires qui se montrent chez certaines femmes aux époques menstruelles. Des personnes, aux moments des règles, ont le nez obstrué, avec accès d'éternûments, sécrétion profuse, ou bien avec toux, migraine, asthme, gonflement et rougeur de la peau du nez, vertiges, tous symptômes qui ont pour point de départ la turgescence du tissu érectile. Ces manifestations se produisent régulièrement à chaque période menstruelle, elles sont surtout prononcées lorsque la crise est à son apogée, elles cessent en même temps que le flux cataménial. John Mackenzie,



qui a plusieurs fois fait l'examen rhinoscopique, au moment des accidents, a constaté la tuméfaction des cornets qui se montrait tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, pouvant varier avec les époques menstruelles.

Arviset a aussi examiné le nez de plusieurs personnes chez lesquelles il a observé pendant les règles la tumescence du tissu érectile.

Nous-même avons traité l'année dernière une jeune femme de vingt-trois ans qui, chaque mois, la veille de son époque, ressentait une violente douleur de tête à la région frontale, avec nausées et vomissements. Il y avait, en outre, de l'enchifrènement, des éternuements et une sécrétion nasale assez abondante. Nous avons nettement vu à plusieurs reprises que les cornets inférieurs augmentaient notablement de volume à l'approche des règles. Nous avons pu, par l'usage du galvanocautère, débarrasser la malade de ses céphalalgies périodiques, ce qui nous a prouvé que nous avions bien affaire à des réflexes nasaux, produits eux-mêmes par un réflexe ovarien.

L'observation clinique nous révèle du reste toute une série de faits qui démontrent bien l'influence du facteur génital sur le développement des affections nasales; et John Mackenzie a insisté sur ce point important dans son savant mémoire.

L'éminent spécialiste de Baltimore a vu chez bon nombre de femmes atteintes de maladies nasales l'affection s'aggraver au moment des règles, ou par suite d'excès génitaux; c'est ainsi que dans les cas d'ozène, l'odeur fétide est bien plus prononcée aux époques menstruelles, remarque qui avait été déjà faite par Trousseau.

L'abus des plaisirs sexuels intervient d'une façon nuisible sur les affections nasales existant déjà; les personnes, par exemple, qui souffrent d'un coryza, constatent une augmentation des symptômes après une nuit consacrée à Vénus.

La coexistence d'une maladie de l'utérus ou des ovaires

exerce une action marquée sur la marche des affections nasales. Mackenzie a rencontré des cas où ces dernières, après avoir résisté à tous les traitements, furent maîtrisées lorsqu'il s'aperçut de la maladie concomitante des organes génitaux et qu'il dirigea contre elle un traitement spécial.

Bien plus, l'excitation sexuelle, portée au-delà de ses limites physiologiques, peut créer de toutes pièces un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale. Les phénomènes morbides, qui au début consistaient en des congestions et des inflammations passagères, par leur répétition et leur augmentation progressive, finissent par se fixer sur la muqueuse d'une façon permanente, et par altérer la structure des cornets. C'est ainsi que les masturbateurs invétérés sont exposés au catarrhe chronique, avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif. (A suivre.)

#### ASPECT DU LARYNX ENVIRON VINGT ANS APRÈS L'EXTIRPATION PAR LA VOIE EXTERNE D'UN ÉPITHÉLIOMA DE CET ORGANE,

Par le Dr J. SOLIS-COHEN. M. D. Philadelphie (1).

Le 25 février 1868, en présence du regretté professeur S. D. Gross, du médecin du malade, feu le Dr John A. Atlee, de Lancaster; du regretté Dr Elsberg, du Dr R. J. Levis et d'autres, après avoir pratiqué l'anesthésie chloroformique, j'enlevai du larynx d'un malade âgé de trente ans une partie considérable de la bande ventriculaire et toute la muqueuse du ventricule gauche auxquels adhérait une masse morbide dont une partie enlevée par la méthode intralaryngée avait été reconnue comme étant un épithélioma par les histologistes les plus compétents de Philadelphie et de Washington.

J'avais fait usage des caustiques chimiques, j'avais enlevé des fragments avec les pinces, les détachant avec

(1) Traduit de l'anglais par le Dr J. Charazac.



le bistouri ou à l'aide du galvano-cautère; mais la tumeur s'accroissait en dépit de l'ablation de masses partielles et avait atteint un volume plus considérable que celui qu'elle présentait lors de mon premier examen; c'est ce qui me détermina à ce mode d'intervention. Je pratiquai la trachéotomie préventive et, ouvrant le larynx, j'enlevai par la voie externe, à l'aide d'instruments tranchants et de pinces, les végétations et la muqueuse du revêtement des ventricules, et je cautérisai tous les tissus sains avec une solution de nitrate acide de mercure (33 1/2 %).

L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

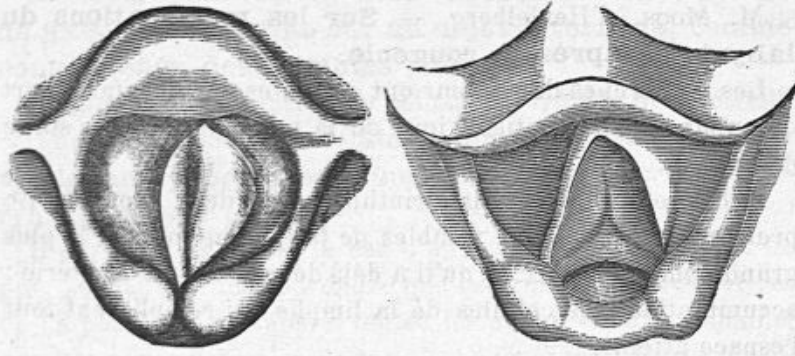
Le malade alla bien, et quelques mois plus tard, comme il n'y avait pas trace de récurrence dans son larynx, j'enlevai la canule. Ce cas fut publié dans le *Medical Record* de New-York (p. 224, 15 juillet 1869) et dans mon *Traité des maladies de la gorge*, de 1872. Dans la seconde édition de ce traité (1879), je faisais observer que le malade vivait encore et qu'une survie aussi longue sans récurrence me portait à croire, malgré l'examen microscopique, que je n'avais pas eu affaire à un épithélioma, mais à une tumeur bénigne.

Ayant observé que le malade n'était exempt de laryngite que lorsqu'il se trouvait dans le climat chaud et égal de l'intérieur des terres, je lui conseillai de fixer sa résidence dans une localité que je lui indiquai. Mon conseil fut suivi. Il fut d'ailleurs confirmé dans cette résolution par ce fait que chaque été, lors de ses visites en Pensylvanie, sa voix devenait rauque et il se produisait une certaine inflammation de la muqueuse, tandis qu'il était absolument indemne tant qu'il restait dans sa nouvelle résidence.

Il y a quelques semaines je fus appelé auprès de lui. Il avait la voix rauque et de la laryngite et était quelque peu effrayé par de récents articles de journaux. Une fois guéri de sa laryngite, sa voix devint très bonne, meilleure

qu'elle n'avait jamais été; elle n'était pas assez voilée pour attirer l'attention. D'ailleurs, la voix, lors de ses précédentes visites, « pouvait être entendue à un mille le long de la ligne de chemin de fer »; elle était donc très satisfaisante.

J'ai cru qu'une image de son larynx lors de ma dernière visite pourrait être intéressante, et mon collègue de la Polyclinique, M. le professeur Watson, a bien voulu me dessiner la planche ci-dessous.



On peut voir qu'un tissu nouveau s'est formé aux dépens de la paroi inférieure du ventricule qui a été en grande partie oblitéré par éversion. Ce tissu remplace la corde vocale gauche.

Comme je l'indiquai lors de la publication de ce cas (*loc. cit.*, p. 245), je suis en partie redevable de cet éclatant succès au professeur Gross qui, après l'ablation de la tumeur et l'arrêt de l'hémorragie, me suggéra d'enlever le ventricule tout entier et faire disparaître, comme il le disait dans son langage énergique, « jusqu'à l'atmosphère de la maladie ».



COMPTE RENDU DE LA 60<sup>e</sup> RÉUNION  
DES  
NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

(Tenue à Wiesbaden du 18 au 24 septembre 1887.)

SECTION D'OTOLOGIE

(Traduit de l'allemand par le Dr WAGNIER, de Lille) (1).

*Séance du 20 septembre.*

Présidence de M. le professeur Moos, d'Heidelberg.

M. Moos, d'Heidelberg. — **Sur les modifications du labyrinthe après la rougeole.**

Les recherches de l'auteur ont été faites sur un enfant mort de pneumonie au septième jour de la maladie, après le stade d'éruption.

Il divise les lésions labyrinthiques en deux groupes. Le premier comprend les troubles de la lymphe qui ont la plus grande analogie avec ce qu'il a déjà décrit dans la diphtérie : accumulation des cellules de la lymphe qui remplissent tout l'espace atteint.

Le second groupe comprend les modifications des parois des vaisseaux sanguins et leur conséquence, la thrombose. Cette thrombose, produite par le ramollissement graisseux de l'endothélium, peut aboutir à l'oblitération complète. C'est à la thrombose que l'auteur rapporte les diverses atrophies, les changements de forme des parties membraneuses, la nécrose et la métamorphose colloïde du tissu osseux. C'est elle aussi qui, selon lui, produit la dégénérescence cireuse du muscle de l'étrier que Zencker a décrite également dans le typhus.

L'auteur décrit aussi l'atrophie des extrémités nerveuses dans les taches et les crêtes des ampoules et dans le limaçon.

L'analogie des lésions observées avec celles de la diphtérie porte l'auteur à admettre l'action d'un micro-organisme qu'il n'a pu découvrir encore, mais ses recherches ne sont pas terminées.

(1) D'après le *Tageblatt der 60 Versammlung deutscher Naturforscher und aerzte in Wiesbaden*, 18-24 septembre 1887.

M. O. WOLF n'est pas tout à fait de l'avis de M. Moos, relativement à la fréquence des maladies de l'oreille dans la rougeole. Il n'a jamais observé de lésions labyrinthiques graves après cette affection.

M. KÖRNER, de Francfort. — **Sur certains rapports topographiques importants du temporal liés à la conformation du crâne.**

Ce travail a déjà paru dans le *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1886.

M. GUYE, d'Amsterdam. — **Sur l'aproxexie ou incapacité de fixer son attention sur un objet déterminé, comme conséquence des troubles nasaux.**

L'auteur décrit l'aproxexie comme un trouble de l'activité cérébrale consécutif à l'obstacle apporté à la respiration nasale par diverses causes : tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, polypes du nez, etc.

Il cite, par exemple, le cas d'un enfant de sept ans qui ne put, pendant un an, apprendre que les trois premières lettres de l'alphabet et qui apprit toutes les autres en une semaine, aussitôt après l'ablation de tumeurs adénoïdes.

Ce qui caractérise l'aproxexie et la différence de la distraction simple, c'est que les malades qui peuvent lire, par exemple, dix fois le même article de journal sans savoir ce qu'ils ont lu, ne pensent pas en même temps à autre chose.

L'auteur cherche à expliquer les symptômes qu'il expose par l'obstacle apporté à l'issue de la lymphe cérébrale par la pression exercée sur la muqueuse.

Il s'établirait ainsi, selon lui, une sorte de surmenage par rétention donnant lieu aux mêmes symptômes que l'épuisement dû à la fatigue cérébrale.

Il croit, d'après son expérience personnelle, que les troubles de la respiration nasale prédisposent à l'aproxexie scolaire et attire sur ce sujet l'attention de la pédagogie.

M. HARTMANN confirme complètement l'opinion de M. Guye.

M. ROLLER, de Trèves, rapporte des cas de névralgies avec irradiations consécutives à des maladies du nez.



M. ROHRER, de Zurich, dit qu'il est à désirer qu'on ne confonde pas les symptômes intellectuels que peuvent produire les maladies nasales avec la dépression psychique qui accompagne l'âge de la puberté.

M. KUHN place au premier rang, dans ces cas, les troubles de la nutrition de la puberté.

M. GUYE attire de nouveau l'attention sur l'importance du succès immédiat de la médication locale, au point de vue de la détermination de la cause des symptômes décrits.

*Séance du 21 septembre.*

Présidence de M. le professeur KUHN.

M. HARTMANN, de Berlin. — **Sur la formation des kystes du pavillon de l'oreille.**

L'auteur a déjà montré qu'une partie des tumeurs du pavillon signalées par les auteurs comme des hématomes n'en étaient pas. Il a observé quatre nouveaux cas qui confirment l'opinion qu'il a précédemment émise.

Dans ces quatre cas, il s'agissait de sujets à l'âge moyen de la vie, vigoureux, dont la nutrition était bonne, l'état mental normal; aucun n'avait éprouvé de traumatisme local, et la maladie s'était développée sans aucun symptôme inflammatoire.

M. JACOBY, de Magdebourg, a observé deux cas semblables, il croit qu'il y avait eu antérieurement de la périchondrite.

M. KESSEL, qui a observé un cas de kyste, croit pouvoir en rapporter la production à une bourse synoviale.

M. TRUCKENBROD, de Hambourg, a observé que dans l'othématome le périchondre se détache facilement, mais qu'il est au contraire très adhérent dans le kyste.

M. KEIMER, de Dusseldorf, cite une malade qui, très nerveuse, vit survenir après de vives douleurs sur le trajet du nerf auriculo-temporal un herpès devant l'oreille, et quelques jours après, un gonflement de la conque qui se développa sans douleur, devint fluctuant et contenait un liquide jaune,

visqueux. Il s'agissait ici de troubles vaso-moteurs auxquels il faut attribuer, sans doute, d'autres cas analogues à ceux cités par M. Hartmann.

---

**M. HARTMANN. — Du traitement des tumeurs naso-pharyngiennes.**

L'auteur expose sa méthode qui consiste à attaquer ces tumeurs avec le thermo-cautère de Paquelin. Il protège les parties saines au moyen d'un tube métallique, comme le spéculum de Zaufal, qu'il entoure d'ouate mouillée.

M. GOTTSTEIN dit qu'il a déjà indiqué cet emploi du spéculum de Zaufal pour détruire les tumeurs naso-pharyngiennes. Il employait comme caustique un galvano-cautère volumineux.

---

**M. WOLF, de Francfort. — Des rapports des maladies de l'oreille avec les maladies générales.**

L'auteur a cherché à établir l'étiologie générale des maladies de l'oreille, sujet d'ensemble qui n'a jamais été traité et pour lequel les indications qu'on trouve éparses dans une foule de travaux particuliers sont fort incomplètes.

L'auteur parle d'abord des maladies générales qui ont une influence pathogène sur l'appareil conducteur du son.

La grippe est de beaucoup la maladie générale qui occasionne le plus grand nombre d'affections de l'oreille, et cela par propagation du catarrhe naso-pharyngien ; les otites qui en résultent sont généralement de forme légère et, avec un traitement approprié, il est rare qu'elles deviennent purulentes.

La pneumonie catarrhale des enfants détermine souvent des altérations plus graves ; elle occasionne aussi parfois des exsudats labyrinthiques avec surdité prononcée persistante et des troubles de l'équilibre d'une durée très longue.

La pneumonie fibrineuse des adultes se complique plus rarement d'affections auriculaires. Cependant l'auteur a remarqué que le plus grand nombre des affections aiguës de l'oreille se produisent aux mêmes époques que les pneumonies,



et il se demande si ce ne sont pas les mêmes microcoques qui produisent ici la pneumonie et l'otite moyenne aiguë.

La scrofule et la tuberculose ont une influence dont les manifestations sont presque aussi fréquentes que celles de l'influenza, et, d'autant plus, que les enfants qui ont une tendance à ces diathèses sont, au cours des maladies exanthématiques, beaucoup plus souvent que les autres, atteints de complications auriculaires. L'auteur est porté à considérer bon nombre d'affections mastoïdiennes à foyers caséeux, comme dépendant de la tuberculose osseuse.

La tuberculose miliaire aiguë peut produire rapidement la nécrose de la chaîne des osselets.

Dans la rougeole, les affections de l'oreille, analogues à celles qui se montrent dans la grippe, n'ont guère d'issue fâcheuse que chez les enfants cachectiques.

A propos de l'otite scarlatineuse, l'auteur se borne à relater deux observations de cas dans lesquels la scarlatine se déclara au cours d'une otite moyenne aiguë en voie de guérison, dans un cas, le seizième, dans l'autre le treizième jour, après le début de l'inflammation. Les symptômes s'aggravèrent aussitôt, et, dans l'un des cas, on dut dépasser l'apophyse mastoïde.

Quant à la diphtérie de l'oreille moyenne, la littérature médicale s'est enrichie depuis quelque temps de nombreux travaux; les récentes découvertes de Moos nous apprennent que le labyrinthe peut être atteint sans aucune lésion de l'oreille moyenne et anéanti dans ses fonctions par la coagulation de la lymphe. Toutefois, dans un certain nombre des cas observés par Moos, il y avait de l'exsudat dans la caisse.

L'auteur a aussi observé dans les oreillons le catarrhe exsudatif de la caisse : la surdité disparut avec l'exsudat; dans d'autres cas, il observa après la disparition des oreillons une surdité labyrinthique complète.

Les affections de la caisse sont fréquentes dans le rhumatisme aigu, et l'auteur se demande pourquoi on n'admettrait pas que le rhumatisme peut atteindre les articulations des osselets.

TRAUTMANN et d'autres encore ont observé des épanchements sanguins dans le revêtement de la caisse à la suite d'embolies, M. Wolf croit qu'il s'agissait d'une lésion semblable dans un cas d'endocardite qu'il observe encore actuellement.

L'auteur traite ensuite de l'influence du diabète et pense qu'il faut lui attribuer un certain nombre d'affections de l'appareil conducteur qu'on observe à l'âge moyen de la vie et au-delà.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Wolf étudie l'action de certaines maladies générales sur l'appareil récepteur du son. Il étudie, à ce point de vue, la méningite, la méningite cérébro-spinale, le typhus, la leucémie, la syphilis, la chlorose et l'anémie, les intoxications par la nicotine, le mercure, le plomb, et mentionne enfin l'influence des parturitions trop nombreuses et à de trop courts intervalles.

**M. KUHN, de Strasbourg. — Sur la carie du temporal et le prolapsus du cervelet.**

Il s'agit d'une tumeur observée chez une fille de huit ans, qui, à la suite d'une carie de la caisse de longue durée, avait perdu toute la partie mastoïdienne du temporal et une portion de l'occipital. La tumeur, de la grosseur d'une pomme, faisait hernie par l'ouverture osseuse. Elle était molle, présentait des pulsations faibles et ne donnait lieu, par la pression, à aucun phénomène nerveux. La tumeur fut enlevée sans aucune manifestation cérébrale et les suites parurent heureuses jusqu'au dix-huitième jour ; mais, à ce moment, il se manifesta de la fièvre, de la prostration, des symptômes méningitiques et la mort survint le vingt-huitième jour après l'opération.

On trouva à l'autopsie une perforation de la paroi supérieure de la caisse qui avait été le point de départ de la méningite purulente.

L'auteur étudie le cas et rapporte des exemples tirés de la littérature médicale de prolapsus du cerveau consécutifs à



des lésions traumatiques dans lesquels l'ablation des parties cérébrales herniées fut faite avec succès.

#### M. KUHN. — Des cholestéatomes de l'oreille.

La question du mode de développement des cholestéatomes de l'oreille est toujours controversée. Les anatomo-pathologistes les considèrent comme de véritables tumeurs, issues des os ou des parties molles, comme les tumeurs perlées des os du crâne ou des méninges; les médecins auristes, au contraire, les regardent comme formés, dans l'immense majorité des cas, par la rétention de produits inflammatoires accumulés et agglomérés formant un noyau autour duquel viennent se déposer des couches concentriques de cellules épidermiques pavimenteuses mêlées de cristaux de cholestérine.

TRÆLTSCHEK reconnaît qu'on voit parfois de véritables tumeurs perlées primitives de l'oreille, mais qu'elles sont beaucoup plus rares que celles dont le mode de développement vient d'être indiqué. Lucæ et Schwartze en ont, chacun de leur côté, décrit un cas, dans lesquels il n'y avait eu aucune inflammation ni perforation tympanique préalable.

WENDL les considère comme un produit de desquamation inflammatoire de l'oreille moyenne dont l'épithélium prend une forme épidermique.

L'auteur présente les pièces anatomiques de cinq cas, de l'examen desquels il tire la conclusion que l'opinion des auristes est beaucoup trop exclusive, que d'ailleurs cette formation de masses de cholestéatome autour d'un noyau purulent desséché consécutive à l'irritation de voisinage est sans analogue dans l'économie.

Il pense que dans une première période ces tumeurs peuvent avoir été congénitales ou s'être développées à une époque très peu avancée de la vie, qu'elles s'accroissent lentement sans donner lieu pendant un très long temps à aucun symptôme pathologique ou même fonctionnel, et, qu'enfin, à la suite de quelque influence nocive, sans doute d'origine tubaire, le néoplasme est irrité, s'enflamme, produit la sup-

puration, la perforation, du tympan et finalement, des désorganisations pyémiques ou autres qui entraînent la mort des malades. M. Bartz soutient qu'il est impossible de considérer le cholestéatome comme une véritable tumeur de l'oreille, car il n'a aucune vascularisation.

---

*Séance du 21 septembre.*

Présidence de M. HAKTMANN, de Berlin.

**M. HESSLER. — De l'otite infectieuse.**

L'otite infectieuse reconnaît pour cause l'introduction dans le conduit auditif, à la suite d'une excoriation, de micro-organismes de la malignité desquels dépend celle de la maladie. L'auteur en cite dix-sept cas. Les symptômes furent des frissons, de la fièvre, l'abattement et un fort gonflement autour et surtout devant et derrière l'oreille. Le diagnostic est plus ou moins difficile, souvent les malades indiquent eux-mêmes la cause. La difficulté est grande quand l'otite infectieuse vient se greffer sur une autre inflammation de l'oreille.

On confond souvent l'otite infectieuse avec le furoncle. Il faut la soupçonner quand la maladie s'arrête sans produire de pus. Dans deux cas l'incision profonde ne donna lieu qu'à l'issue de peu de sang, et pas de pus. Cependant le débridement des tissus enflammés et tuméfiés amena une amélioration notable.

Les saignées locales, les cataplasmes chauds et froids, l'incision, sont souvent restés sans effet. Contre les démangeaisons, il conseille les bains locaux de sublimé, préférablement à l'alcool absolu.

M. KESSEL, d'Iéna, et M. KATZ, de Berlin, confirment les données de M. Hessler en rapportant quelques observations caractéristiques d'otite infectieuse à la suite de l'usage de spéculums malpropres.

M. KESSEL recommande l'introduction de tampons d'ouate imbibés d'une solution alcoolique de sublimé au millième.

---



**M. A. BARTZ, de Berlin. — De la détermination de l'acuité auditive.**

L'auteur conclut que les méthodes usuelles qui consistent à déterminer l'acuité auditive par la distance à laquelle on entend un son ou par la durée de l'audition d'un diapason sont les plus pratiques, parce qu'elles sont relativement simples, parce qu'aussi bien que les autres méthodes elles sont précises et reposent sur une base scientifique.

**M. ROHRER, de Zurich. — Observations bactériologiques de maladies de l'espace naso-pharyngien et de l'oreille.**

L'auteur a trouvé dans quatre cas d'accumulation de cérumen, une fois des cocci de petite dimension, dans un second cas de petits bacilles.

Dans cinq cas de suppuration de l'oreille moyenne, il a trouvé après culture dans l'agar-agar des bacilles de grandeur moyenne. Dans deux cas, il y avait de plus de petits cocci.

Dans l'ozène il a trouvé des monococci et des diplococci de moyenne grandeur, des monococci remarquablement gros, des bacilles de moyenne grandeur répondant comme dimension à ceux observés dans les cultures du pus de la caisse, des bacilles plus gros, et d'autres qui paraissent analogues à celui dont la description se trouve dans la bactériologie de Frankel et qui se montre dans la fermentation butyrique.

Dans la rhinite non fétide, il a trouvé de petits bacilles et les staphylococcus pyogènes, albus citreus et aureus de Rosenbach à côté l'un de l'autre.

Dans les cultures secondaires d'ozène on pouvait constater l'odeur fétide.

Il a trouvé en outre, dans l'ozène, des filaments de leptothrix.

**M. HESSLER. — Affections mastoïdiennes chez les enfants.**

M. Hessler admet, à côté de l'otite moyenne, purulente une

troisième variété qui n'atteint la muqueuse que d'une manière secondaire, et se développe primitivement et spécialement dans les os. Cette ostéite répond à l'ostéomyélite, elle ne peut se produire que dans des os en voie de croissance. L'exsudat de la caisse est symptomatique, secondaire, comme un épanchement articulaire au voisinage d'une ostéomyélite.

L'auteur en a observé deux cas remarquables dans lesquels la trépanation de l'apophyse mastoïde fut faite. Les vacuoles osseuses du diploé étaient remplies de granulations molles, lardacées blanc-jaunâtre. La cicatrisation fut très lente à s'établir dans le premier cas; dans l'autre, une seconde intervention fut nécessaire.

On trouva, cette fois, l'os carié profondément et il n'y a jusqu'à présent aucune tendance à la cicatrisation de la fistule osseuse.

La consistance de l'exsudat qui était séro-fibrineux ne permet pas d'admettre une otite purulente ordinaire. De plus l'os n'était pas, comme dans l'empyème, carié en un point déterminé et circonscrit, mais avait subi un véritable ramollissement carieux; l'opération ne mit pas à jour une quantité appréciable de pus véritable et enfin la marche de la cicatrisation fut toute différente.

L'auteur préconise un traitement énergique si les saignées locales et la glace restent sans effet; on ne doit penser qu'à l'incision de Wilde pour la forme périostique et à la trépanation pour la forme profonde de l'affection.

D<sup>r</sup> WAGNIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Leçons de clinique chirurgicale** par le professeur  
LANELONGUE (recueillies par le D<sup>r</sup> Piéchaud) (1).

Le livre que présente au public médical le savant professeur de clinique chirurgicale de notre faculté est en grande partie consacré à l'étude d'affections qui sortent de notre cadre limité. Toutefois il est plusieurs leçons qui se rattachent

(1) Paris, Masson, éditeur; et Bordeaux, Féret, éditeur, 1888.



assez directement à notre spécialité, et le lecteur trouvera encore à glaner dans ces cliniques si clairement exposées et où sont pas à pas discutés le diagnostic et le traitement de chaque malade tout autant que de la maladie.

La vingtième leçon consacrée à l'épithélioma du canal nasal la vingt-deuxième à deux ulcérations de la langue, les vingt-troisième et vingt-quatrième aux cancers et angiomes de la langue et la vingt-cinquième aux kystes congénitaux du cou, sont de véritables monographies cliniques sur ces différentes affections.

L'observation détaillée du malade, la description minutieuse de la lésion dont il est porteur, telles sont les données sur lesquelles est faite chaque leçon, pratique au premier chef. La simplicité d'exposition du sujet, le style pur et concis, le classement méthodique de chaque affection pouvant offrir des analogies avec celle envisagée par l'auteur, telles sont autant de qualités maîtresses qui font lire cet ouvrage avec plaisir et, par conséquent, avec fruit.

**Guide pratique des maladies de la gorge et du nez**  
(*A practical Guide of the diseases of throat and nose*) par  
le Dr LENNOX-BROWNE (2<sup>e</sup> édit. Londres 1887) (1).

Disons d'abord que cette deuxième édition du livre de M. le Dr Lennox-Browne, complètement refondue et mise au courant des nouveaux progrès de la science, est avant tout un véritable recueil clinique où l'auteur a consigné les résultats d'une expérience déjà longue. La plupart des chapitres sont traités sans prétention aucune ; presque chaque page contient un dessin représentant la lésion décrite par l'auteur. Son crayon habile a su retracer fidèlement l'image des différentes altérations dont peut être le siège la muqueuse supérieure des voies aérienne ou digestive.

Après quelques pages consacrées à l'anatomie de la gorge et du nez, à l'examen de ces parties et aux instruments nécessaires pour atteindre ce but, l'auteur consacre un chapitre à

(1) Baillière, Tindall et Co, éditeurs à Londres.

la séméiologie, à la thérapeutique générales et un autre à l'étiologie et à la pathologie générales des différentes maladies susceptibles d'atteindre ces organes. Les affections du pharynx (de la luvette, des amygdales) forment le prélude à l'étude des laryngopathies.

On comprendra que nous ne suivions pas l'auteur dans la description qu'il fait de chaque maladie de l'organe de la voix ou du pharynx nasal.

Il nous suffira simplement d'ajouter qu'écrit à un point de vue pratique ce livre ne contient aucune longue discussion théorique et que, tout en exposant ses vues personnelles, l'auteur ne néglige pas celles de ses confrères. C'est ainsi qu'il cite, chemin faisant, les principaux travaux sur la question dont il s'occupe, faisant suivre chaque chapitre d'un petit index bibliographique, forcément incomplet.

Peut-être le chapitre des névroses du larynx pourrait-il contenir quelques indications plus précises sur les paralysies isolées des muscles du larynx, le chapitre des complications laryngées des fièvres éruptives nous a également paru un peu trop court. Mais rappelons-nous bien que c'est avant tout un livre *pratique* qu'a voulu faire l'auteur et disons en terminant que ce but est parfaitement atteint.

---

## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

---

### NEZ ET PHARYNX NASAL

**Étude anatomique et clinique de la glande de Luschka**  
(Angine de Tornwaldt), par le Dr Edouard ENJABRAN (1).

Les deux premiers chapitres de ce travail inaugural sont consacrés, l'un à l'histoire de la question et l'autre à l'anatomie et à l'histologie de la glande dite de Luschka. Dans un troisième chapitre sont étudiées les causes de l'angine de Tornwaldt. C'est une affection chronique due à l'irritation fréquemment renouvelée de la muqueuse du pharynx. Aussi

(1) A Paris; A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.



la rencontrera-t-on chez les personnes souvent exposées au froid, chez celles qui ont pour habitude de respirer par la bouche. Elle pourra encore résulter de l'abus des boissons alcooliques, de la fumée du tabac, des poussières minérales. Certaines professions, certaines diathèses y prédisposent beaucoup. On comprendra facilement pourquoi elle se manifeste de préférence chez les adultes.

Comme symptômes, on distingue deux sortes de signes : les uns *objectifs*, les autres *subjectifs*. Les premiers se traduisent par de la rougeur de la muqueuse qui est en même temps granuleuse, épaissie, avec des élevures inégales, isolées et parfois dépouillées de leur épithélium. On trouve aussi sur la paroi postérieure du pharynx des mucosités dont la persistance en un seul point, après *ramonage* sérieux, décèle la situation de la glande; parfois même on peut à ce niveau constater l'existence d'un kyste.

Les signes subjectifs se peuvent diviser en troubles locaux (sensation de sécheresse au naso-pharynx) et en troubles fonctionnels. Ceux-ci comprennent : les modifications de la muqueuse nasale, les affections auditives, la pharyngite granuleuse, la laryngite chronique, l'asthme pulmonaire, le catarrhe *gastrique* et diverses névralgies.

Quant au diagnostic, il se fera le miroir à la main, et de la sorte on pourra *de suite* constater l'affection. Il suffit de signaler l'ozène et le catarrhe naso-pharyngien pour éviter la confusion avec ces affections.

Le traitement pourra être palliatif et consister dans l'emploi de simples *topiques*, tels que : irrigations nasales, insufflations de poudres astringentes; mais, hâtons-nous de le dire, ces moyens sont absolument impropres à faire complètement disparaître l'affection. L'angine de Tornwaldt, en effet, ne cédera qu'aux seules cautérisations, et celles-ci seront faites pour la majeure partie au galvano-cautère, quelques-unes avec le nitrate d'argent. L'affection est-elle liée à une diathèse, on instituera un traitement général approprié; l'auteur n'hésite pas à recommander les sulfureux, les influences qui ont été le plus souvent accusées étant d'origine arthritique ou

strumeuse. C'est, en somme, un bon exposé de ce que l'on sait sur la question depuis le travail de Tornwaldt. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. NATIER.

**Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne.** (*Adenoïde Vegetationen des Nasennachenraumes*), par le Dr LUBLINSKI.

M. Lublinski, après avoir donné la définition des végétations adénoïdes et rappelé l'histoire de ces tumeurs, indique l'opinion de Trautmann qui considère comme cause prédisposante la tuberculose chez les ascendants, et celle des auteurs qui veulent voir une liaison entre la scrofule et les végétations adénoïdes.

Les exanthèmes, la coqueluche, les catarrhes fréquents paraissent avoir sur leur production quelque influence.

Suit l'exposé des symptômes cliniques de cette affection et du traitement qui leur est applicable. C'est un simple exposé de ce que l'on sait sur ce sujet. (*Deutsch. med. Zeit.*, n° 24, 24 mars 1887.) M. N.

**Les tumeurs adénoïdes du pharynx et la laryngite striduleuses,** par le Dr COUPARD.

L'auteur, médecin de l'hôpital Péreire et du Collège Stanislas, a pu observer un grand nombre de malades atteints de végétations adénoïdes, il a aussi rencontré beaucoup de sujets présentant des accidents striduleux et il cherche à établir des rapports de cause à effet entre les deux affections.

Il étudie d'abord la symptomatologie des tumeurs adénoïdes, puis s'occupe de la pathogénie des phénomènes striduleux; il rappelle que le stridulisme était, suivant Hamilton et Kopp, dû à la persistance et à l'hypertrophie du thymus, il repousse cette doctrine et immédiatement aborde l'examen de l'origine nasale des phénomènes, sans discuter et combattre les théories qui rapportent le spasme laryngé à l'adénopathie trachéo-bronchique ou à des symptômes congestifs, inflammatoires de la muqueuse laryngée.

Puis Coupard trace, d'après Grisolle, le tableau d'un accès de faux croup, le rapproche de certains phénomènes dyspnéiques nocturnes signalés chez les enfants portant des végétations



adénoïdes, et dit : « Il n'est pas nécessaire de forcer les analogies pour arriver à cette idée que deux complexus également soudains, comparables dans leur ensemble et dans leurs particularités, doivent avoir souvent la même origine, ce que j'ai vu me porte à le croire; chez cinquante-six malades atteints de végétations, j'ai relevé quarante-cinq fois la laryngite striduleuse. Cette statistique me paraît probante. » Et l'auteur conclut que chez un grand nombre d'enfants une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes, et que beaucoup d'accès striduleux se rapportent à des crises nocturnes de suffocation liées à des végétations adénoïdes.

Les déductions de l'auteur sont-elles bien rigoureuses, la doctrine soutenue repose-t-elle sur des preuves bien convaincantes, l'avenir nous le dira. (*Revue de clinique et thérapeutique*, 7 juillet 1887.)

J. JOAL.

**Aprosexia, c'est-à-dire l'incapacité de fixer son attention sur un objet voulu, comme suite d'affections nasales**, par le Dr GUYE, d'Amsterdam.

Le simple coryza déjà donne des maux de tête, de la lourdeur, et rend la pensée impassible. Cette impassibilité augmente encore dans les cas d'obturation chronique du nez. Un garçon âgé de sept ans ne pouvait, pendant toute une année, qu'apprendre les trois premières lettres de l'alphabet; après l'extirpation des végétations adénoïdes dont l'enfant était affecté, il apprit en une semaine le reste de l'alphabet. L'auteur, après avoir cité plusieurs de ces exemples, explique cette « aprosexia » comme un symptôme de fatigue, d'épuisement du cerveau, tout comme Bastiau affirme qu'à un certain âge tout le monde est affecté d'aphasie. Pour la compression de la muqueuse nasale, l'écoulement de la lymphe provenant du cerveau est empêché; car il existe une communication entre la muqueuse nasale et les cavités lymphatiques de la pie-mère. Cette « aprosexia » augmente par l'accroissement de travail dans les écoles. Les maîtres d'écoles devraient faire attention sur la façon de respirer des enfants; dans la

plupart des cas, on trouvera que les élèves arriérés dorment la nuit la bouche ouverte. Après avoir raconté l'histoire d'un élève qui, après avoir été opéré de ses végétations adénoïdes, était devenu capable d'apprendre les mathématiques, l'auteur propose de faire des subdivisions de l'aproxexia, telles que aproxexia mathematica, aproxexia historica. (*Soixantième Congrès des médecins et naturalistes allemands, à Wiesbaden section de psychiatrie et de néurologie.*) D<sup>r</sup> WAGNIER.

**De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie, par le Dr A. RUULT.**

La cocaïne n'est pas seulement un anesthésique local, elle est aussi un vaso-constricteur local, car la diminution de volume de la muqueuse nasale produite par cet agent est due à la déplétion rapide du tissu érectile sous-muqueux.

Ces deux propriétés de la cocaïne sont indépendantes l'une de l'autre, la disparition de la sensibilité n'est pas due à l'anémie locale, puisque des tissus dépourvus de vaisseaux, ceux de la cornée par exemple, sont anesthésiés avec la plus grande facilité.

L'effet vaso-constricteur n'est pas dû à une action directe sur les vaisseaux. Bosworth a noté que cette action porte uniquement sur les sinus veineux et qu'elle est nulle sur les capillaires. En effet, la muqueuse nasale cocaïnée n'est pas plus pâle qu'avant le badigeonnage, et il est alors probable que cette déplétion sanguine tient à une action réflexe, se faisant sentir sur les artérioles et les fibres lisses du tissu érectile.

Ruault emploie depuis deux ans avec succès la cocaïne comme hémostatique, et il se sert de solutions à 20 et 30 0/0. Il imbibe un tampon de ouate du liquide et le laisse dans la fosse nasale pendant cinq minutes au moins. Dans les épistaxis spontanées, le tampon doit rester deux ou trois heures en place. L'auteur a ainsi arrêté un certain nombre d'hémorragies; l'une des malades avait dû antérieurement se soumettre au tamponnement.



L'emploi de la cocaïne fait aussi cesser les hémorragies qui suivent les opérations nasales, l'ablation des polypes muqueux par exemple. (*France Médicale*, 1<sup>er</sup> octobre 87.)

J. JOAL.

**De l'inflammation croupeuse de la muqueuse nasale.** (*Über croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut*), par le Dr W. MOLDENHAUER, de Leipzig.

L'auteur vient ajouter de nouveaux cas à ceux que Hartmann a publiés récemment. (*Deutsche medic. Wochenschr.* 1887, n° 29).

Les symptômes subjectifs sont les mêmes que ceux du coryza aigu, mais ils sont beaucoup plus intenses; du reste, à un examen attentif, le diagnostic s'impose tellement qu'il est étonnant que cette affection n'ait pas encore été décrite.

La cause réside-t-elle dans l'action du refroidissement, l'irritation directe, ou est-elle de nature spécifique? C'est ce que ni les observations d'Hartmann ni celles de l'auteur n'établissent; il est vrai qu'il y a eu à Leipzig dans cette dernière année un plus grand développement de l'endémie diphtérique, mais l'examen le plus précis ne permit pas d'admettre une extension du croup du pharynx vers le nez. D'ailleurs on sait depuis longtemps que la diphtérie nasale appartient aux formes les plus graves de la maladie, on considère même cette complication comme l'indice d'une issue fatale.

Au contraire, dans trois des cas observés il n'y avait aucun autre trouble local ou général. Seule, une petite fille de neuf ans avait présenté quelques plaques sur les tonsilles, mais le naso-pharynx resta intact et il n'y eut de fièvre ni dans ce cas ni dans les trois autres.

L'examen rhinoscopique peut seul faire distinguer cette affection d'un coryza intense.

Les fausses membranes épaisses, d'aspect gélatineux, ressemblent à certains polypes muqueux aplatis. Elles adhèrent plus ou moins à la muqueuse sous-jacente suivant l'époque de leur évolution. Elles se reproduisent quand on les détache

prématurément; cependant le processus morbide se termine spontanément en huit à dix jours.

Ces membranes se montrent, à l'examen microscopique, en tout semblables à celles du vrai croup.

Quant au traitement, l'auteur repousse celui d'Hartmann, arrachement des fausses membranes et applications sur la muqueuse mise à nu de poudre d'iodoforme; il préconise, au contraire, les pulvérisations chaudes de liquides désinfectants. (*Monatss. für ohrenheilk.* 1887, n° 9).

D<sup>r</sup> WAGNIER (de Lille).

**Corps étranger des fosses nasales; extraction** (*A foreign body in the nasal cavity, removal*), par le D<sup>r</sup> J.-A. STUCKY.

La malade vient trouver le D<sup>r</sup> Stucky, le 20 novembre 1886. Cinq mois auparavant, elle s'était logée dans le nez une épingle à cheveux qu'un médecin avait essayé d'extraire. La tentative n'avait eu d'autre résultat que de faire beaucoup souffrir la malade. Comme elle n'était nullement incommodée par la présence du corps étranger, elle s'était résignée à la garder, mais elle éprouva bientôt de vives douleurs dans l'œil et la joue du côté droit: les parties étaient gonflées et très sensibles à la pression; il lui semblait sentir un corps étranger presser contre les parties supérieures de sa gorge. L'examen rhinoscopique révèle un gonflement considérable de la cloison et des cornets moyens et inférieurs droits, la fosse nasale droite est complètement obstruée.

La rhinoscopie postérieure permet de constater un gonflement des cornets, surtout des cornets supérieurs et moyens, pas assez considérable cependant pour obstruer complètement le choane.

A l'aide d'une solution de cocaïne à 10 0/0, on se rend maître du gonflement, et l'auteur, à l'aide de fines pinces nasales, va à la recherche du corps étranger. Il était logé tout à fait à la partie supérieure des fosses nasales. Toutes les tentatives d'extraction par la partie antérieure furent infructueuses; on dut, pour l'entraîner, le repousser jusque dans la cavité naso-pharyngienne: on put alors le saisir avec des



pincettes retro-nasales et l'extraire par la bouche. C'était une épingle à cheveux ordinaire, longue de deux pouces, (*The Amer. pract. news.* mars 1887.) D<sup>r</sup> J. CH.

#### De l'ozène.

M. Hajek croit, d'après ses recherches, que les bactéries du nez pourraient bien jouer un certain rôle sinon dans l'étiologie de l'ozène, du moins dans la production de l'odeur infecte à laquelle il donne lieu. Il a trouvé dans la sécrétion de l'ozène un coccus très semblable au coccus capsulé de Friedlander. Ce coccus paraît du reste se rencontrer dans toutes les affections du nez; c'est pourquoi on ne saurait lui accorder une action spécifique. On trouve presque constamment dans l'ozène un bacille court qui décompose les matières organiques en développant une odeur infecte; il a des propriétés pathogènes considérables; son inoculation dans le nez n'a eu aucun résultat. En terminant, M. Hajek fait remarquer que l'ozène est le résultat de plusieurs facteurs.

MM. Weichselbaum et Paltauf protestent contre l'opinion exprimée par M. Hajek sur le bacille de Friedlander, qui doit être absolument regardé comme cause de la pneumonie.

M. Roth n'a jamais vu une rhinite chronique se transformer en ozène. Le caractère de ce dernier serait vraisemblablement dû à ce qu'il existe dans la sécrétion, d'après Krause, une graisse dont la décomposition donnerait lieu à l'odeur infecte qui caractérise la maladie. (*Lettres d'Autriche*, 12 nov. 1887; *Sem. méd.*, 16 nov. 1887.)

M. NATIER.

#### De l'empyème de l'antre d'Highmore (*Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle*,) par le D<sup>r</sup> B. FRÄNKEL.

L'empyème de l'antre d'Highmore serait le plus fréquemment, d'après Fränkel, consécutif à l'altération des dernières molaires; ce n'est qu'à titre d'exception qu'on le verrait débiter du côté du nez, comme l'admettent Zuckerkandl et Hunter.

Cette maladie est relativement assez fréquente. Après

réplétion du sinus par le pus, celui-ci peut s'écouler au dehors, ou bien par des fistules, ou bien par la fosse nasale en passant par l'orifice qui fait communiquer les deux cavités.

Comme le pus sortant par les fosses nasales pourrait aussi provenir du sinus frontal ou du sinus ethmoïdal, on pourra par des attouchements à la cocaïne de la muqueuse constater parfois directement le point par où il s'écoule. Dans tous les cas, le malade étant étendu sur le dos, en le faisant appuyer sur le vertex, on verra le pus s'écouler par l'orifice postérieur des narines, si les sinus frontaux ou éthmoïdaux sont en cause.

Les symptômes sont constitués par de la douleur, des sécrétions fétides, du vertige, du dégoût du travail, etc.

Le traitement chirurgical par la voie alvéolaire a dans tous les cas permis à M. Fränkel d'obtenir une cure radicale au bout de quatre à huit semaines. Souvent les fistules préexistantes traceront la voie que devra suivre le chirurgien; ce n'est que rarement que l'on se servira du foret. On devra faire des lavages antiseptiques pour éviter la stagnation des microorganismes dans le sinus. (*Berl. Klin. Wochens.*, 18 avril 1887, n° 16, p. 273.)

M. NATIER.

#### VARIA

##### **Epithéliome kystique de la région sus-hyoïdienne gauche.**

**Ulcération de l'artère faciale. Ligature de la carotide primitive, par LEJARS.**

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme âgé de soixante-neuf ans, chez lequel était apparue, dans la mâchoire inférieure gauche, une petite grosseur qui, au bout de six semaines, sans phénomènes inflammatoires, avait atteint le volume d'une tête de fœtus. Elle s'étendait du rebord orbitaire en haut, au cricoïde en bas; de la commissure en avant au creux parotide en arrière. Ponctionnée, il s'en écoula 400 gr. d'un liquide jaunâtre. La masse s'affaissa pour bientôt reprendre son volume. Une hémorragie persistante ayant nécessité l'incision de la tumeur, on reconnut que l'artère faciale était



ulcérée; on dut lier la carotide primitive pour arrêter l'écoulement sanguin.

Le malade mourut sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, on constata une rupture de la branche horizontale du maxillaire à deux doigts au-devant de l'angle; la glande sous-maxillaire est largement ulcérée; il n'existe plus de ganglion sous-maxillaire; ulcérations de la faciale et de la coronaire labiale inférieure. Le tronc carotidien a été respecté par l'envahissement.

L'examen histologique révèle l'existence d'un épithélioma pavimenteux lobulé; la glande sous-maxillaire semble avoir servi de point de départ au néoplasme.

L'auteur en terminant fait ressortir de son observation les points suivants : l'existence possible au sein des épithéliomas pavimenteux, de cavités kystiques relativement énormes; l'ulcération artérielle au contact du néoplasme ulcéré, et enfin l'hémiplégie brusque qui survint après la ligature du tronc carotidien. (*Soc. anat. de Paris*, déc. 1886. — *Progrès méd.*, 16 juill. 1887, p. 48.)

M. NATIER.

**Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien**, par le Dr Jacques FAUVEL (1).

La première partie de ce travail inaugural est consacrée à l'anatomie de l'espace thyro-hyoïdien.

Dans la seconde, après avoir donné la définition des kystes dermoïdes, l'auteur traite au deuxième paragraphe de l'histoire de la question. Les kystes dermoïdes congénitaux du cou, malgré certain passage de Celse, n'en sont pas moins de découverte toute récente.

Leur histoire pourrait être divisée en trois périodes : dans la première, qui part de 1831 et à laquelle se rattachent les noms de Dupuytren et de Faget, on ne s'occupe que de la nature du contenu du kyste; dans la seconde (1860), avec Broca et Heurtaux, on fait en plus l'étude macroscopique de la

(1) Paris, A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.

paroi; enfin dans la troisième (1879), on pratique à la fois l'examen histologique de la paroi du kyste et de son contenu.

De nombreuses théories ont été admises au point de vue de la pathogénie et de l'étiologie des kystes dermoïdes. En partant de ce principe qu'ils sont dus à une anomalie de développement, on a émis, sur leur formation, les hypothèses suivantes : Théorie de la diplogénèse par inclusion; théorie folliculaire; hétérotopie plastique (Lebert); et enfin, théorie de l'enclavement, du professeur Verneuil; celle à laquelle se rattache l'auteur et qui lui paraît surabondamment prouvée par l'observation des faits et les expériences scientifiques de MM. Masse (de Bordeaux), Achard et Lannelongue.

Les kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, pour des raisons qu'il expose, se trouvent toujours, d'après l'auteur, situées au niveau de la troisième fente branchiale. L'hérédité semble jouer un certain rôle dans leur production.

Il divise en deux paragraphes leur étude anatomo-pathologique; il s'occupe, dans le premier, de la structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés : poils et glandes; et dans le second de leur contenu.

Comme symptômes, on rencontre : de la déformation de la région, une tumeur lisse, arrondie, de grosseur variable, avec fluctuation manifeste; pas d'adhérences à la peau, mais il en existe au contraire avec les parties profondes. Indolore, la tumeur ne détermine aucun trouble, elle est irréductible, et parfois, quand elle offre un volume trop considérable, peut faire saillie dans l'arrière-gorge.

Primitivement rattachés à l'ectoderme, ces kystes s'en séparent par la suite du développement. La masse peut ou bien rester stationnaire, ou au contraire, par une évolution rapide, arriver à former un kyste. Dans les cas ordinaires, l'état stationnaire se maintient jusqu'à la puberté pour les kystes sous-cutanés et pour les kystes profonds jusqu'à l'âge mûr. Il est plus fréquent de les rencontrer chez les garçons que chez les filles.

Dans le diagnostic, on éliminera de suite les affections à marche aiguë; et à certains signes différentiels, on saura



les distinguer des loupes, des lipomes, des kystes séreux, des adénites chroniques, des kystes préthyroïdiens, des laryngocèles, des fistules pharyngiennes borgnes internes, des angiomes profonds, des kystes de la pyramide de Lalouette et des kystes hydatiques de la même région. Enfin dans les cas douteux une ponction exploratrice viendrait fournir la certitude.

Le pronostic est bénin en thèse générale; tout ce qu'on pourrait redouter, ce serait, étant donnée sa situation, de voir le kyste s'enflammer et amener la production d'une fistule.

Quant au traitement, on peut dire que tous les moyens externes sont d'une inefficacité absolue. Le plus souvent on a eu recours : 1° à l'injection de liquides irritants ou caustiques dans la cavité dermoïde ; 2° à l'incision et cautérisation de la poche; 3° au drainage de la poche; 4° à l'extirpation. Ce dernier moyen est encore le plus sûr et a toujours été suivi de succès. Il faudra cependant se tenir en garde contre la possibilité de certaines complications post-opératoires.

Suit une série de dix observations empruntées à divers auteurs. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 241.) M. NATIER.

---

**Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sous-hyoïdienne**, par le Dr J. DELOBEL (1).

Après un paragraphe consacré aux considérations anatomiques de la région et dans lequel il fait ressortir longuement l'intérêt, pour son sujet, des recherches récentes de M. Poirier sur le ganglion pré-laryngé, l'auteur abordant son étude, nous dit que les abcès chroniques de la région sous-hyoïdienne reconnaissent le plus fréquemment pour cause la tuberculose ganglionnaire à forme chronique. On les rencontre surtout chez les enfants. Il en existe trois variétés : 1° l'abcès superficiel ou sous-cutané; 2° l'abcès profond d'origine ganglionnaire; 3° l'abcès symptomatique de lésions des organes voisins ou abcès par congestion.

La symptomatologie est variable suivant qu'il s'agit d'un

(1) Paris, imprimerie A. Davy, successeur de A. Parent, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.

abcès tuberculeux proprement dit ou d'un abcès symptomatique d'une lésion de voisinage.

L'abcès superficiel qui n'accuse aucun trouble du côté des organes sous-jacents, présentera les mêmes symptômes que les abcès sous-cutanés des autres régions.

L'abcès sous-aponévrotique sera bridé, pourra comprimer la trachée et déterminer de l'angoisse. Il déformera le cou à sa base, si son volume est considérable. La peau, dans certains cas, usée, amincie, se perforera et donnera lieu à un écoulement de pus grisâtre, mal lié et grumeleux.

Les abcès symptomatiques de lésions de voisinage seront dus en général à la nécrose de l'os hyoïde et à la périchondrite; celles-ci seront, du reste, occasionnées par la tuberculose, la fièvre typhoïde ou la syphilis. Et alors en remontant à la cause, il sera facile de constater les symptômes révélateurs de la lésion.

Le diagnostic, facile dans le cas d'abcès superficiel, est moins aisé pour les deux autres variétés. On aura à distinguer les abcès sous-hyoïdiens de *l'adénite syphilitique*, de *l'adénopathie cancéreuse*, de la syphilis ou de l'hématome du sterno-mastoïdien, de certains anévrysmes, de la périœsophagite, du cancer de l'œsophage, du trachéocèle, des tumeurs du corps thyroïde et enfin des kystes.

Le pronostic est, on peut le dire, celui de la tuberculose en général pour les abcès superficiels et les abcès profonds d'origine ganglionnaire. Il devient plus grave pour les abcès dus à des lésions des cartilages du larynx.

Quant au traitement, il sera général et local. Le traitement général aura pour but de relever les forces du malade et de le mettre dans de meilleures conditions de résistance. Le traitement local comprend deux procédés : 1° Incision sans grattage; incision avec grattage; incision suivie de cautérisation; 2° Ponction suivie de l'injection de liqueur de Fowler ou d'éther iodoformé. S'agit-il d'abcès dus à une lésion des organes voisins, on devra traiter l'affection primitive. Suivent quatorze observations, dont six personnelles; et un court index bibliographique. (*Thèse de Paris*, n° 209.) M. N.



**Amputation du goître** (*Die amputation der Kropfes*),  
par le Dr NUSSBAUM.

Voici déjà longtemps qu'on opérail les goîtres sans avoir observé les accidents qui surviennent actuellement : cachexie strumiprive, tétanos et myxœdème.

Or ces accidents sont maintenant un sujet de terreur pour les chirurgiens. On a cherché à quelle cause on pouvait bien les rattacher et M. Nussbaum énumère les différentes opinions émises à ce sujet. Il semble résulter de leur examen qu'on peut parer aux accidents consécutifs en n'enlevant pas le goître dans son entier. Aussi cet auteur a-t-il pour habitude de se conformer à cette règle de conduite et de ne pratiquer jamais que des extirpations partielles.

Mais il est des cas où celles-ci ne peuvent être pratiquées, et c'est alors qu'il a recours à l'amputation du goître au moyen du thermo-cautère, comme il a eu l'occasion de le faire dans cinq cas de goître sarcomateux. Les bons résultats obtenus par ce procédé l'engagent à le recommander à l'expérimentation de ses collègues. (*Münch. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1887, p. 273.) M. NATIER.

**Traitement du goître kystique.**

M. Mago Robson pratique une incision antiseptique et suture les parois avec la peau. Il introduit d'abord un tube à drainage qu'il remplace au bout de peu de temps par un tampon de charpie imbibé d'une solution de chlorure de zinc. Un danger, d'après M. Christophe Heath, est à redouter par ce procédé, c'est l'hémorrhagie qu'on peut cependant arrêter assez facilement par le tamponnement au perchlorure de fer. Les cloisons qu'on trouve parfois dans les kystes de la thyroïde doivent, pour M. Gant, toujours être respectées. Ces kystes renferment toujours, d'après les recherches de M. S. Mackenzie, des vaisseaux à parois très minces. L'extirpation paraît à M. Clutton préférable à l'incision, car avec ce dernier procédé on s'expose à la formation de fistules, parfois très longues à se tarir. (Lettres d'Angleterre, *Sem. Méd.* du 26 janvier 1887, n° 4.) M. NATIER.

**Traitement de l'angine diphthérique** (*Tratamiento de la angina difterica*).

L'auteur préconise le traitement suivant :

Dès le début, cautérisations à l'acide phénique pur, si le cas est grave, à l'acide phénique dilué dans la glycérine, dans les cas de moindre gravité. Deux cautérisations par jour.

Toutes les deux ou trois heures, insufflation d'eau de chaux, pour dissoudre les fausses membranes. Ensuite, une pulvérisation avec une cuillerée de solution d'acide lactique dans du jus de citron.

S'il y a accumulation de fausses membranes dans l'arrière-bouche, vomitifs. Si le larynx et la trachée se prennent, potion de pilocarpine de Guttman, suivi d'une cuillerée de vin de malaga, ou pilocarpine en injections sous-cutanées.

Frictions sur la poitrine avec une pommade camphrée.

A l'intérieur, pour combattre l'état général, toutes les deux heures une cuillerée de la potion suivante :

Jus de citron .....	100 grammes.
Sulfate de soude.....	3 —
Chlorure de sodium.....	3 —
Miel.....	20 —
Extrait de quinquina.....	2 —
Phenate de soude.....	1 à 2 grammes.

Évaporation, dans la pièce, de la solution recommandée par Renou.

Acide phénique.....	5 grammes.
— benzoïque .....	2 —
— salicylique.....	1 —
Alcool rectifié.....	40 —
Eau. ....	2 litres.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### Bouche et Pharynx buccal.

- Arthur (Mc.).** — Le chlorate de potasse et le perchlorure de fer dans le mal de gorge (*Corresp. du The med. rec.*, 10 déc. 1887, p. 751).
- Atkinson.** — Mal de gorge (*Md. med. journ.*, 26 nov. 1887).
- Baginski (B.).** — Affection tuberculeuse des gencives (*Berl. med. Gesellsch.*, 2, XI, 1886; *Berlin. Klin. Woch.*, n° 47).
- Baginski (B.).** — Lésion tuberculeuse des gencives (*Berl. med. Gesellsch.*, 2 nov. 1887, *Berl. Klin. Wochensch.*, n° 47, 1887).
- Barker (A.).** — Extirpation d'une partie de la joue, de la langue, du pharynx et du voile palatin pour un épithélioma (*The Lancet*, 3 décembre 1887).
- Barth.** — Tuberculose de la langue (*Soc. med. des hôp.*, Paris, 25 novembre 1887).
- Barwel (R.).** — Sur une méthode d'amputation de la langue (*The Lancet*, 31 déc. 1887).
- Berti (A.).** — Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche (*La Rassegna di sc. med.*, n° 1, janv. 1888, p. 35).
- Broca (A.).** — De la pathologie des glandes salivaires (fistules et calculs) (*Arch. de lar. et rhin.*, n° 2, 15, déc. 1887).
- Cabat (A. F.).** — Corps étranger du canal de Wharton (*Boston Med. a. surg. journ.*, 22 déc. 1887).
- Chiari.** — De la pharyngomycose leptothrícia (*Revue du Dr Moure*, n° 10, oct. 1887).
- Cozzolino (W.).** — Premier cas de papillome diffus de la partie postérieure du pharynx buccal (*Bollet. delle mal. dell'Orech.*, n° 1, janv. 1888).
- Decker u. Seifert.** — Du mycosis leptothrícia du pharynx (*Munch. med. Woch.*, n° 4, 24 janv. 1888).
- Dixon. (J.).** — Calcul salivaire du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire (*The Lancet*, 26 nov. 1887).
- Fehleisen.** — Ligature des deux artères linguales pour une macroglossie congénitale (*Berl. Klin. Woch.*, n° 50, 1887).
- French (F.).** — Papillomes de la luette (*The med. rec.*, 31 déc. 1887).
- Gleitsmann.** — Hypertrophie des glandes de la langue (*The med. rec.*, 17 déc. 1887).
- Griffin (H.).** — Un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx. Opération pour la guérir (*The med. Rec., N.-Y.*, 14 janv. 1888).
- Guinon.** — De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants (*Journ. des con. méd.*, 4<sup>er</sup> déc. 1887).
- Hall.** — Hémorrhagie tonsillaire mortelle (*Boston, Med. surg. J.*, 22 décembre 1887).
- Heurtaux.** — Sarcome buccal avec envahissement ganglionnaire (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 déc. 1887).
- Heurtaux.** — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (*Soc. d'anat. de Nantes*, 28 déc. et *Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv. 1888).
- Hoffmann.** — Traitement et prophylaxie de l'angine tonsillaire (*Med. News*, 26 nov. 1887).
- Ingals (E. Fletcher).** — Abscès rétro-pharyngien (*Cincinnati, Lancet clin.*, 31 déc. 1887).

- Killian (J.).** — Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Monats. f. Ohrenheilk.*, oct. et nov. 1887).
- Kostanciki.** — Ouverture du tube pharyngien, ses rapports avec la cavité naso-pharyngienne (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, XXIX, 4, 1887).
- Lavrand.** — Un cas de syphilis de la gorge (*Soc. des sc. méd. de Lille in J. des sc. méd.*, 7 déc. 1887).
- Lazarus.** — Affections néoplasiques du dos de la langue (*Berl. Klin. med. Gesellsch. u. Berl. Woch.*, n° 50, 1887).
- Leudet.** — Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique (*Arch. de laryng. et de rhin.*, n° 2, 15 déc. 1887).
- Lublinski (W.).** — Concrétion des amygdales (*Monats. f. Orenheilk.*, oct. 1887).
- Lublinski (W.).** — Polype de l'amygdale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, octobre 1887).
- Lucas (Cl.).** — Epithélioma de la lèvre et des ganglions. Extirpation de la tumeur et de cinq centimètres de veine jugulaire. Symptômes du pneumogastrique. Guérison (*The Lancet*, 31 déc. 1887).
- Magitot.** — De la glossodynie (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 2<sup>e</sup> déc. 1887).
- Mercé.** — Glossite parenchymateuse (*Bollet. clinico di Lérida*, n° 18, décembre 1887, an II).
- Montefusco.** — La stomatite dans la rougeole et dans la scarlatine (*Arch. Internaz. di lar.*, fasc. 3 et 4, 1887).
- Murphy.** — Leucoplasie de la langue (*Northumbert. med. Soc.*, in *Brit. med. j.*, 24 décembre 1887, p. 1386).
- Natier.** — Adénome du voile du palais (*Revue du Dr Moure*, n° 11, novembre 1887).
- Orlow. (L.-W.).** — Tuberculose de la langue (Saint-Pétersb. *Med. Woch.* n° 43, 46, 1887).
- Person.** — A propos de staphyloporraphie (*Gaz. hebdomad. des sc. méd.*, 27 nov. et 23 décembre 1887).
- Payer-Porcher.** — Un releveur de la luette (*The med. Rec. N.-Y.*, 14 janv. 1888).
- Pye.** — Fistule branchiale (*Med. soc. of London in the Lancet*, 3 déc. 1887, p. 1113).
- Robertson (W.).** — Hypertrophie des glandes de la langue, emploi du galvanocautère (*The Lancet*, 31 déc. 1887).
- Robson.** — Glossite aiguë (*Brit. med. j.* 3 déc. 1887, p. 1,216).
- Roviralta (J.).** — Amygdalite simple et bicarbonate de soude (*Gacet. med. catal.*, 31 déc. 1887).
- Schnakampf.** — Diagnostic différentiel des maladies de la bouche (*Deuts. med. Woch.*, n° 41, 1887).
- Senator.** — Pharyngite aiguë infectieuse et phlegmoneuse (discussion) (*Berlin. med. Gesells.* — *Munch. med. Woch.*, n° 4, 24 janv. 1888).
- Thorner (U.).** — Le salol, son emploi dans les maladies de la gorge, de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati, Lancet. clin.*, 20 déc. 1887).
- Trelat.** — Lettre à propos de la staphyloporraphie (*Gaz. hebdomad. des sc. méd.*, 15 janv. 1888).
- Trèves.** — Angiomes de la langue (*Pathol. soc. of London, The Lancet*, 7 janv. 1888).
- Tornwaldt.** — De la bourse pharyngée (*Deuts. med. Woch.*, n° 48, 1887).



- Vernet.** — Un cas de nigrilie de la langue (*Gaz. des hôp.*, 31 déc. 1887).  
**Wintermitz.** — Statistique des affections de la langue (*Vierteljahrsh. f. Dermat. u. Syphil.*, 3).  
**Zöge-Manteuffel (W.).** — Un cas de kyste de la langue (*Saint-Petersbourg, Med. Woch.*, n° 2, 1888).

### Nez et Pharynx nasal.

- Barbet.** — Traitement de la coqueluche par la pulvérisation intra-nasale (*Thèse Paris*, 1887).  
**Barth (Ad.).** — Difficulté respiratoire et otite purulente moyenne (*Séparat. Abdr. aus. Berlin, Klin. Woch.*, 1878, n° Gedruckt bei L. Schumacher, in Berlin).  
**Battmann.** — Troubles oculaires d'origine nasale (*Arch. f. Augenheilk.*, XVII, s., 228).  
**Benson (A.).** — Traitement de la sténose nasale par l'usage nocturne de sondes (*Brit. med. j.*, 26 novembre 1887).  
**Bond.** — Observation de polypes muqueux du nez chez l'enfant (*Brit. med. j.*, 10 décembre 1887).  
**Boucher.** — Cas d'incuvation notable de la cloison, sténose de la narine guéri par l'air comprimé (*Arch. Ital. di laryng.*, fasc. I, janvier 1888).  
**Capp.** — Hayfever, quelques notes sur le traitement palliatif (*Philad., Méd. Times*, 1<sup>er</sup> janvier 1888).  
**Cartaz.** — De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes (*Arch. de laryng. et de rhin.*, n° 2, 15 décembre 1887).  
**Chisholm (J.-J.).** — Un cas d'épistaxis difficile à reconnaître (*The med. j.*, 24 déc. 1887).  
**Cozzolino.** — 1<sup>o</sup> Calcul volumineux de la fosse nasale droite; 2<sup>o</sup> Nouvelle pince à mors (*Arch. Ital. di laryng.*, fasc. 1, janvier 1888).  
**Fano.** — Lupus de la peau du nez guéri par l'acide lactique (*Aerzt. Verein, in Triest Wien med. Woch.*, n° 31, 1887).  
**Fisher.** — L'épistaxis et le foie (*N.-Y. med. Rec.*, 17 déc. 1887).  
**Fränkel (B.).** — Maladie de Basedow d'origine nasale (*Berlin. med. Gesellsch. Münch, med. Woch.*, n° 4, 24 janv. 1888).  
**Freudenthal (W.).** — Relations entre l'obstruction chronique du nez et du pharynx nasal et les hernies inférieures (*Monats. f. Ohrenheilk.*, novembre et décembre 1887).  
**Geneuil.** — Des injections de jus de citron dans les épistaxis (*Bul. gén. de therap.*, 30 nov. 1887).  
**Gradle.** — Nouvel instrument pour enlever les végétations adénoïdes (*The med. Rec.*, 10 décembre 1887).  
**Hamilton (J.).** — Rhinoplastie par la méthode indienne (*The Jour. of amer. med. assoc.*, 10 décemb. 1887, p. 751).  
**Jalaguier et Ruault.** — Polype en grappe de la fosse nasale droite faisant saillie dans les pharynx, céphalalgie, névralgie, etc. (*Arch. de laryng. et rhin.*, n° 2, 15 décembre 1887).  
**Kitchen.** — Tampon nasal (*The med. Rec.*, 7 janvier 1888).  
**Largeau.** — Hypertrophie des cornets (*Poitou méd.*, 1<sup>er</sup> décem. 1887).  
**Laurent.** — Chancre siégeant à la racine du nez, coryza spécifique (*Gaz. méd. de Paris*, 17 décemb. 1887).  
**Leflaive.** — Rhino-bronchite annuelle (*Thèse Paris*, décemb. 1887).

- Limon.** — Végétation adénoïde du pharynx (*Northumberland. and Durham med. soc. in Brit. med. j.*, 26 décembre 1887).
- Luc.** — Note sur un cas de trachéite fétide liée à un ozène vrai (*Journ. de méd. de Paris*, 4<sup>e</sup> janv. 1888).
- Mackenzie.** (Hunter). — Scie nasale réversible (*Brit. med. j.*, 24 déc. 1887, p. 1,273).
- Noquet.** — Corps étrangers de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide (*Bullet. méd. du Nord*, n° 11, novemb. 1887).
- Rothholtz.** — Relations entre les maladies des yeux et celles du nez (*Deuts. medic. Woch.*, nos 12, 29 du 1887).
- Ruault.** — Examen du larynx et du nez d'un lépreux (*Arch. de lar. et de rhin.*, Paris, n° 2, 15 décemb. 1887).
- Ruault.** — Les névropathies réflexes d'origine nasale (*Gaz. des hôp.*, 10 décemb. 1887).
- Sandmann.** — Réflexes pulmonaires d'origine nasale (*Arch. f. anat. u. physiol.* V, 1887).
- Saundby.** — Tumeur du corps pituitaire (Birmingham, *Counties, etc.*, in *Brit. med. j.*, 24 décemb. 1887, p. 1,387).
- Schulthess** (W.). — Un cas de rhinosclérome (*Archiv. f. Klin. medicin.*, Bd. XLI, H, 1 u. 2).
- Segond.** — Des tumeurs adénoïdes (*France méd.*, 2<sup>o</sup>, décembre 1887).
- Seiler Carl.** — Du coryza comme cause d'acné de la face (*The Polyclinic*, novemb. 1887).
- Shadle.** — Rhinologie (*The med. Bulletin*, n° 11, 1887).
- Sourdrille.** — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngienne (*Thèse de Paris*, 1887).
- Stanham.** — Polype naso-pharyngien opéré par la méthode de Lawrence récidive, nouvelle opération, guérison (*The Lancet j.*, janv. 1888).
- Tsakyraglous** (M.). — Deux cas de polypes du nez (*Monats. f. Orenheilk*, octobre 1887).
- Uchermann.** — Végétations adénoïdes (*Norsk. Mag. f. lsegevid.*, 11).
- Unna.** — Tuberculose locale chez les enfants (lupus des lèvres et du nez) (*Aerztlich. Verein in Hamburg*, 12 juin 1887).
- Welande** (Edw.). — Un cas de rhinosclérome (langue et bouche). *Hygiène*, nov. 1887).
- Wertheimer et Surmont.** — Voies centripètes du réflexe de l'éternuement (*Soc. de biol.*, Paris, 21 janv. 1887).
- Vignard.** — Périostite suppurée des parois de l'orbite, suite de suppuration du sinus frontal (*Progrès méd.*, 31 décemb. 1887).
- Ziem.** — Des opérations pratiquées dans les arrière-fosses nasales à l'aide du doigt (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 8, 1887).

### Larynx et Trachée.

- Atherton.** — Fracture du larynx (*Toronto. med. Assoc. in Canada med. a. surg. j.*, décembre 1887).
- Baidescu.** — Trachéotomie et laryngotomie pour le traitement du cancer intra-laryngien (*Spitalul*, n° 11, nov. 1887).
- Barclay-Baron.** — Notes sur un cas de laryngite suraiguë (*Brit. med. j.*, 17 déc. 1887).
- Bartholow** (R.). — Quelques névroses respiratoires (*Med. News*, 10 oct. 1887).



- Bergmann (A.).** — De l'érysipèle primitif du larynx (Saint-Petersbourg, *Med. Woch.*, nos 49-50, 1887).
- Beverley-Robinson.** — Aphasie sans paralysie (*N.-Y. neurals soc.*, 1<sup>er</sup> nov., in *N.-Y. med. Rec.*, 19 nov. 1887).
- Bézy et Charazac.** — Polypes des voies respiratoires, expulsion spontanée (*Toulouse méd.*, 1<sup>er</sup> décembre 1887).
- Braun.** — Atteintes à l'acide chromique dans le larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 150, 1887).
- Bridgman.** — Dentier logé dans la gorge pendant quinze mois (*London Lancet*, 24 sept. 1887).
- Carpenter.** — Nouvelle lampe pour l'éclairage laryngoscopique (*The Lancet*, 14 janv. 1888, p. 77).
- Cardone.** — Considération sur un cas de névrose laryngée (*Arch. internaz. di lar. etc.*, fasc. III et IV, 1887).
- Caselli** — (Observ. rédigé par le Dr Macario). — Extirpation du larynx, de la base de la langue, des deux amygdales, etc. Guérison (*Gaz. méd. de Paris*, n° 1, janv. 1888).
- Cheadle et Smilh (Th.).** — Occlusion de la bronche gauche (*Rap. and ch. soc. in The Lancet et Brit. med. j.*, 14 janv. 1888).
- Cheatam.** — Trois cas heureux de tubage pour du croup (*The Ann. pract. and News*, 24 déc. 1887).
- Céreuville.** — Dyspnée laryngée spasmodique analogue au spasme glottique, mort, autopsie (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 déc. 1887).
- Cohen (Salomon-Solis).** — Amélioration des appareils pour l'inhalation de l'air comprimé (*N.-Y. med.*, 24 déc. 1887).
- Cohen (Solis).** — Distension phonatrice (pneumatique) ou hernie du sac laryngien (*Med. News*, 17 déc. 1887).
- Cohen (Solis).** — Traitement des abcès intra-laryngés consécutifs à une névrose des cartilages (*Med. News*, 24 déc. 1887).
- Cohen (Solis).** — Aspect du larynx près de vingt ans après l'extirpation d'un épithélioma par la voie externe (*Med. News*, 3 déc. 1887).
- Compte rendu (officiel).** — De la Société française de laryngologie (*Revue mens. du Dr Moure*, n° 12, 1887).
- Crawford-Renton.** — Observation de trachéotomie (*The Lancet*, 12 novembre 1887).
- Darwin.** — Œdème du larynx (*Clin. soc. of Manchester in Brit. med. j.*, 14 janvier 1888).
- Demons.** — Extirpation du larynx (*Acad. de med.*, Paris, 20 déc. 1887).
- Descroizilles.** — Œdème de la glotte œsophagite, gastro-entérite aiguë par ingestion de bouillon très chaud chez un jeune sujet, mort (*Gaz. des hôp.*, 27 déc. 1887).
- Donagh (M.).** — Tuberculose primitive du larynx (*Ontario med. journ. in Canada pract.*, déc. 1887).
- Egodi.** — Trachéotomie rapide (*Gaz. med. di Roma*, 1<sup>er</sup> déc. 1887, fasc. 23).
- Fasano.** — Contribution à l'étude, statistique de la chorée du larynx (*Bollet. delle mal. dell'orech. etc.*, n° 1, janv. 1888).
- Frohneim.** — La résorcine dans la phtisie laryngée (*Munch. med. Woch.* n° 3, p. 53, 17 janv. 1888).
- Garrard.** — Rupture de la trachée, emphysème, mort (*Brit. med. j.*, 26 nov. 1887, p. 1,159).

- Guément.** — Larynx tuberculeux (*Soc. anat.*, Bordeaux, 15 nov. 1887).
- Hahn.** — Résultats définitifs de mon extirpation du larynx pour carcinome (*Berl. Klin. Woch.*, n° 49, 1887).
- Hermann (J.).** — Contribution à l'étude des maladies du larynx (*Allgem. Wien. mediz.*, Ztg., n° 50, 1887).
- Hofmokl.** — Présentation d'un larynx d'enfant chez lequel on avait pratiqué la laryngo-trachéotomie pour un corps étranger (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wienn. Internat. Klin. Rundschau*, n° 50, 1887).
- Holmes (G.).** — Paralysie des dilatateurs de la glotte (*The Lancet*, 12 novembre 1887).
- Hopmann.** — Simple réflexion à propos de la question des doses massives de créosote dans la tuberculose du larynx et des poumons (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 52, 26 déc. 1887).
- Hontang.** — Pièce d'un cancer du larynx (*Soc. anat.*, Paris, 16 déc. 1887).
- Hooper (F.).** — Effets des différents moyens de stimulation sur l'action des récurrents, communication et préliminaire (*The N.-Y. med. journ.*, 26 nov. 1887).
- Ingaïs (Fletcher).** — Laryngite rhumatismale (*Amer. j. of. med. sc.* n° 4, janv. 1888).
- Jacob.** — Traitement de la phtisie laryngée (*The Lancet*, 7 janv. 1888).
- Jacob.** — Traitement de la phtisie laryngée (*in Brit. med. j.*, 17 déc. 1887, p. 1,338).
- Jacquet.** — Adénopathie trachéo-bronchique, tachycardie (*Soc. anat.*, Paris, 2 déc. 1887).
- Jelenffry.** — Un nouveau chapitre de chirurgie laryngée (*Wien. med. Woch.*, n° 41, 1887).
- Jurist (L.).** — Observation de périchondrite du cartilage cricoïde (*Med. News*, 7 nov. 1887).
- Knakauw.** — Un cas de blennorrhée de Stœrk (*Berl. med. Gesellsch.*, 30 nov., *Munch. med. Woch.*, n° 49, 1887).
- Kribben.** — Contribution à la chirurgie du larynx (*Dissertation Erlangen*, 1887).
- Kœberlé.** — Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx (*Gaz. med. de Strasbourg, Allg. Wien. med. zeitg.*, 1<sup>er</sup> déc. et 29 nov. 1887).
- Landgraaf.** — Observation de laryngosténose (*Gesellschaft der Chant. Aerzte in Berlin. Klin. Woch.*, n° 2, 1888).
- Langlais.** — Une trachéotomie (*Revue gén. de Clin. et Ther.* 15 décembre 1887).
- Langmaid.** — 1<sup>o</sup> Causes constitutionnelles des affections de la gorge (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 déc. 1887); 2<sup>o</sup> Extraction heureuse d'une épingle endurée depuis deux ans dans le larynx.
- L.-H.-P.** — Cancer du larynx (*Bulletin de l'Union méd.*, 26 novembre 1887).
- Ling (H.-M).** — Les nerfs récurrents (*Weekl. med. Rev.*, 12 novem. 1887).
- Lloyd (J).** — Papillomes du larynx (*Midland Med. Soc. in Brit. med. j.*, 24 décembre 1887).
- Mackenzie (H.).** — Cas de thyrotomie pour un polype du larynx récidive (*The Edimb. med. Journ.*, déc. 1887).
- Masucci.** — Crises laryngées dans le tabes (Lettre au Dr Fèlici, *Arch. Ital. di laring.*, fasc. I, janv. 1888).



- Masini.** — Des néo-formations des vaisseaux lymphatiques du larynx (*Arch. Ital. du Laryng.*, fasc. I, janv. 1888).
- Mauriac (Ch.).** — Syphilose laryngo-trachéo-bronchique (Paris, 1887-1888).
- Mollière (D.).** — Laryngectomie dans un cas d'épithélioma du larynx (*Bullet. méd.* 23 déc. 1887).
- Mollière.** — Épithélioma laryngé, résection partielle du larynx (*Lyon med.*, 23 déc. 1887).
- Montgomery (E.).** — Tubage (*Md. med. journ.*, 44 novem, 1887).
- Morell-Mackenzie.** — Sur le cas du Crown-Prince (*The med. Rec.*, 3 déc. 1887, p. 745).
- Moure (E.-F.).** — Papillome diffus de la moitié droite du larynx, thyrotomie, raclage de l'organe vocal, guérison (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 44 nov. 1887).
- Monod et Ruault.** — Cancer du larynx, présentation de pièces (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 6 déc. 1887).
- Moure (E.-J.).** — Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë (*Revue Mens. de laryng.*, n° 10, octobre 1887).
- Myles (R.).** — Nouvelles formes d'électrodes intra-laryngiens (*The med. Rec.*, 19 nov. 1887).
- Onodi.** — Contribution à l'étude des paralysies des cordes vocales (*Gesellschaft der Aerzte in Budapesth. Wien. med. Woch.*, n° 47, 1887).
- Porter.** — Effets des différents modes de stimulation sur les nerfs récurrents (*Weekl. med. Rev.* 24 décemb. 1887).
- Porter.** — Excision du larynx pour une tumeur maligne (*Weekl. med. Rev.*, 24 décemb. 1887).
- Robt (L.).** — Gomme syphil. de la trachée, guérie par l'iodure de potassium à haute dose (*Brit. med. J.*, 24 déc. 1887).
- Roé (Legge).** — Paralysie des dilatations de la glotte (*The Lancet*, 12 novembre 1887).
- Roth.** — Présentation d'un appareil à éclairage pour le larynx et le nez (*K. K. Gesellsch. d. Aerzte Wien.*, 2 décembre, *Munch med. Woch.*, n° 50, 1887).
- Ruault.** — Epiglottite œdémateuse circonscrite primitive (*Revue du Dr Moure*, n° 12, 1<sup>er</sup> décembre et *Arch. de Laryng.*, Paris, n° 2, 15 décembre 1887).
- Satterthwaite.** — Carcinome laryngien (*N.-Y. pathol. Soc. in The med. Rec.*, 24 déc. 1887, p. 804).
- Schleicher.** — Les cliniques de laryngologie (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct. 1887).
- Schnitzler.** — Remarques critiques sur le diagnostic et le traitement des néoplasmes de l'intérieur du larynx (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 47, 1887).
- Schnitzler.** — Traitement de la tuberculose du larynx par l'acide phosphorique (*Internat. Klin. Rundschau*, 52, 1887).
- Schnitzler.** — Traitement de la tuberculose laryngée par la chaux phosphatée (*Intern. Klin. Rundschau.*, n° 52, 1887).
- Schnitzler.** — Périchondrite considérable du larynx complètement guérie par l'iodure de potassium (*Internat. Klin. Rundschau*, 1. 1888).
- Schuchardt.** — Section interne du larynx; son importance dans le traitement des tumeurs du larynx (*Volkman Vorteg.*, n° 302, 1887).

- Segond.** — Trachéotomie pour une laryngite œdémateuse chronique sous-glottique (*France Med.*, 19 janv. 1887).
- Seiler (C.).** — Un cas de sténose laryngée avec articulation de la voix, pouvant être entendue (*Philad. med. Times*, 1<sup>er</sup> janv. 1888).
- Semon.** — Réflexions à propos de la transformation en tumeur maligne d'une tumeur primitivement bénigne du larynx enlevée par les voies naturelles (*Internat. Centralb. f. Laryng. Rhin.*, n° 7, janvier 1888).
- Shau (N.-L.).** — Tubage du larynx (*Cincinnati*), *Lancet clin.*, 12 novembre 1887).
- Shœpffer.** — Œdème aigu de la glotte trachéotomie (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 1, 1888).
- Simar (M.-R.).** — Corps étrangers de la bronche droite. Trachéotomie, guérison (*Brit. med. J.*, 26 nov. 1887).
- Steon (M.).** — Tubage ou trachéotomie (*Med. Reg.*, 12 novemb. 1887).
- Stœrk.** — Extirpation du larynx pour cancer; guérison dans un cas et persistance de la respiration normale et de la phonation (*Wien. med. Wochens.*, n° 50, 1887).
- Swain (H.).** — Laryngite tuberculeuse (*The N.-Y. Med. J.*, 17 décembre 1887).
- Tissier.** — Paralysies laryngées d'origine bulbaire (*Ann. de l'or. et du lar.*, n° 12, 1887).
- Twynam.** — Discussion de la trachéotomie (*New South. Wales Branch. in Brit. med. J.*, 20 déc. 1887, p. 1,283).
- Ulrich (Richard).** — Des kystes du larynx (Wurzbourg, 1887).
- Wagner (Clinton).** — Traitement chirurgical de six cas de cancer du larynx (*The med. Rec.*, 26 nov. 1887).
- Weill.** — De l'ictus laryngé (*La Prat. méd.*, 3 déc. 1887).
- X...** — Sur l'extirpation du larynx (*Journ. of. laryng. and rhin.*, n° 12, déc. 1887).
- X...** — L'extirpation du larynx (*Prat. méd.*, 26 déc. 1887).
- Parker.** — Un cas d'extirpation, d'abord partielle, plus tard totale du larynx pour carcinome. Récidive. Mort (*Berlin Klin. Woch.*, n° 2, 9 janv. 1888).
- Rosenberg.** — Nouveau laryngoscope (*Allg. Wien. mediz., Ztg.*, n° 50, 1888).
- Roth (W.).** — Nouvel éclairer électrique pour la laryngoscopie et la rhinoscopie (*Wien. med. Presse*, n° 51, 1887).
- Schmidtmann.** — Technique de la trachéotomie (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1887).
- Schuchardt (K.).** — De la laryngotomie externe, son importance dans le traitement des tumeurs du larynx (Leipzig, *Druck. u. Verlag., v. Breitkopf. u. Härtel*, 1887).
- Thort.** — Traitement des sténoses laryngées (*Deuts. med. Wochens.*, n° 46, 1887).
- Torday (Franz. V.).** — Un cas de diphtérie du larynx, avec emphysème sous-cutané considérable. Guérison (*Archiv. f. Kinderheilk.*; Bd. 8, S., 444-452, 1887).
- Tsakyroglous.** — Quelques remarques sur le larynx en Asie-Mineure (*Monats. f. Ohrenheilk.*, déc. 1887).
- Vámosy (St. V.).** — Aiguille à coudre, ayant séjourné dix mois dans un larynx (*Wien. med. Presse*, n° 52, 25 déc. 1887).



- Wolff.** — Présentation d'un cas d'extirpation partielle du larynx (*Berlin. med. Gellsch.*, 30 nov. 1887, *Munch. med. Woch.*, n° 49, 1887).  
(*Academy of med.*). — Baltimore, trachéotomie et tubage (*The Med. journ.*, 10 et 18 décemb. 1887).
- X...** — La maladie du prince impérial d'Allemagne (*Alleg. Wien. med.*, *Ztg.*, n° 47, 1887).
- X...** — Du Kronprinz. Résultat de l'extirpation totale et partielle du larynx. — Expulsion spontanée de polypes du larynx, etc. (*Allgem. Wien medicin.*, *Ztg.*, n° 52, 27 déc. 1887).
- X...** — La maladie du prince impérial allemand (*Wien. med. Presse*, n° 48, 1887).
- Zeas.** — Cinquante thyroïdectomies. Contribution au traitement chirurgical du larynx (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXVI, 3).
- Zuckerkanld (E.).** — Asymétrie des cartilages du larynx (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, déc. 1887).
- Zwillingen.** — Recherches cliniques sur l'étiologie de la cardite vocale inférieure hypertrophique (*Wien. med. Woch.*, n° 51, 1887).

## Oreilles

- Auriol.** — Nouveau procédé de destruction des polypes profonds de l'oreille (*Journ. de méd. de Paris*, 23 oct. 1887).
- Bacon (Gorham).** — Emploi de l'incision au lieu de sangsues dans quelques maladies aiguës de l'oreille (*The N.-Y. med. jour.*, 7 janv. 1888).
- Baginsky (B.).** — Les maladies de l'oreille à Railway (*Spine Berlin Klin Woch.*, n° 3, 16 janvier 1888).
- Baratoux.** — De l'audition colorée (*Revue critique in Progr. med.*, 10, 17 et 24 décembre 1887 et 17 janv. 1888 et suiv.).
- Baratoux.** — De l'électrolyse ou de la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache (*La prat. méd.*, 20 décemb. 1887).
- Barclay.** — Diphtérie de l'oreille (*Weckl. med. Rev.*, 12 nov. 1887).
- Bezold.** — Statistique des maladies de l'oreille traitées de 1884 à 1886 inclus (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXV, Bd, III, u, IV, H, 24 nov. 1887).
- Bishop (S.).** — Cathétérisme de la trompe d'Eustache (Correspondance du *journ. of Amer. med. Assoc.*, 12 nov. 1887).
- Bishop (S.).** — Opérations dans les maladies de l'apophyse mastoïde (*The journ. of Amer. Assoc.*, 12 nov. 1887).
- Bishop.** — Relevé statistique de cinq mille sept cents cas de maladies de l'oreille classés par âge, sexe, profession des malades (*The journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887).
- Bishop (S.).** — Traitement de l'otorrhée (*The journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 décembre 1887).
- Bull (C.-S.).** — Progrès de l'otologie (*N.-Y., med. jour.*, 17 décemb. 1887).
- Carpenter (J.-G.).** — Prophylaxie et traitement des perforations du tympan (*Gaillard's med. journ.*, décembre 1887).
- Chisolm (J.-J.).** — Presbyterian eye, ear and throat charity hospital Baltimore (Maryland, *med. j.*, 12 nov. 1887).
- Compte rendu (officiel).** — De la Société française d'otologie (*Revue mens.*, du Dr Moure, n° 12, 1887).

- Corradi.** — Surdité guérie par la pilocarpine (*Archiv. of Ohrenheilk*, Bd., XXVI, H. I, 16 déc. 1887).
- Cozzelino.** — Ostéome trilob  du conduit droit, opéré avec le trépan des dentistes (*Bollet, delle mal. dell'Orech.*, etc., n  1<sup>er</sup> janvier 1888).
- Dallas Pratt.** — Trépanation de l'apophyse masto ide dans les maladies du tympan (*The Dublin Journ. of med. sc.*, 1<sup>er</sup> déc. 1887).
- Dundas Grant.** — Compression de l'artère vertébrale rapport avec les bourdonnements d'oreille (*Brit. med. j.*, 24 décembre 1887).
- F r  (Ch.).** — Audition colorée (*Soc. de Biologie*, 24 décembre 1887).
- Fiessinger.** — Inflammation, suppurative des cellules masto idiennes, guérison par la trépanation (*Lyon méd.*, 6 décembre 1887).
- Gell .** — Leucocyth mie, début par de la surdité et de la paralysie de la face (*Revue mens. du Dr Moure*, n  12, décembre 1887).
- Gell .** — Un cas d'allochirie auditive (*Soc. de Biologie*, 14 janvier 1888).
- Gomez de la Mata.** — Anomalies et vices de conformation du conduit auditif (*Gaceta de ophtalm. et Otol.*, décembre 1887).
- Gomperz (B.).** — Nouvel appareil pour produire de l'ammoniaque (*Monats. f. Ohrenheilk*, nov. 1887).
- Gradenigo.** — Contribution   l tude de l'otite interne primitive. Otite interne dans la syphilis héréditaire (*Arch. f. Ohrenheilk*, XXV, Bd. III, u, IV, H. 24 novembre 1887).
- Grand.** — Sur une cause peu connue de surdité (*Lyon méd.*, 15 déc. 1887).
- Gruber (J.).** — De la pathologie et du traitement des sensations subjectives de l'ouïe, objectivement perçues (*Allgem. Wien. med., Ztg*, n  1, 3 janvier 1888).
- Guranowski (L.).** — De l'emploi de la photoxylene en solution comme obturateur des perforations persistantes du tympan (*Monats. f. Ohrenheilk*, etc., oct. 1887).
- Hermet.** — L'otite dans la rouge le (*Bull. méd.*, 27 nov. 1887).
- Hendrix.** — Régurgitation de lait par l'oreille, observation unique (Saint-Louis, *med. a. Surg. j.*, décembre 1887).
- Hessler.** — Affection de l'apophyse masto ide chez les enfants (*Archiv. f. Ohrenheilk*, Bd., XXVI, H. 1, 16 déc. 1887).
- Hessler.** — Otite due   l'infection (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd, XXVI, H. 1, 16 déc. 1887).
- Hoffmann.** — Contribution   l tude de l'othématome (*Thèse Paris*, décembre 1887).
- Kretschmann.** — Fistules de la partie supérieure du tympan au-dessus de la courte apophyse du marteau, leur pathogénie et leur traitement (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XXV, Bd, III, u, IV, H. 24 nov. 1887).
- Kuhn.** — A propos du chol astome (*Arch. f. Ohrenheilk*, Bd, XXVI, H. 1, 15 déc. 1887).
- Kuhn.** — Carie du rocher avec hernie du cervelet (*Arch. f. Ohrenheilk*, Bd, XXVI, H. 1, 16 déc. 1887).
- Ladreit de Lacharrière.** — De l'audition et de ses rapports avec le langage (*Revue méd.*, n  159, 24 déc. 1887).
- Lannois.** — Lésion de l'appareil auditif et troubles psychiques (*Revue mens. du Dr Moure*, n  12, déc. 1887).



- Lavrand.** — Erysipèle de l'oreille moyenne (*Soc. de méd. de Lille*, 30 nov. 1887).
- Lavrand.** — Myringite aiguë comme manifestation primitive dans un cas d'érysipèle de la face (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 23 décembre 1887).
- Lautenbach.** — Valeur de la nitro-glycérine dans les bourdonnements d'oreille (*Philad.*, 1<sup>er</sup> janvier 1888).
- Lecler** (Saint-Malo). — Fracture du rocher par arme à feu, paralysie faciale, hémorragie, ligature de la carotide primitive, surdité tardive, guérison (*France méd.*, 29 déc. 1887).
- Miot et Baratoux.** — De la contusion du pavillon de l'oreille (*Progrès méd.*, 7 janv. 1888).
- Perron.** — Surdité d'origine quinique (*Revue de Mounre*, n° 11, 9 nov. 1887).
- Pilley.** — Un cas de vers dans l'oreille (*The Lancet*, 14 janv. 1888).
- Pitres.** — Des anesthésies hystériques (Bordeaux, 1887).
- Pomeroy.** — Un cas d'inflammation, desquamation de l'oreille moyenne avec remarques (*New England. med. Monthl.*, 15 nov. 1887).
- Previtt.** — Sarcome de l'oreille (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887, p. 795).
- Rolland.** — Otite moyenne suppurée chronique (Clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Montréal (in *Gaz. méd. de Montréal*, déc. 1887).
- Roubais**(de). — Considérations cliniques sur les contusions du crâne, de la valeur séméiotique des hémorragies auriculaire, nasale, sous-conjonctivale et des troubles fonctionnels des nerfs crâniens dans les fractures des os de la tête (*Presse méd. belge*, n° 43, 23 oct. 1887).
- Rumbold.** — Un cas inaccoutumé de tympano-phonie (Saint-Louis, *Med. a. surg. j.*, déc. 1887).
- Sarage** (G.-C.). — Aspiration et insufflation dans le traitement des maladies de l'oreille moyenne (*Med. Register*, 10 déc. 1887).
- Schleicher.** — Les cliniques d'otologie à Anvers (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct. 1887).
- Sexton** (S.). — Effet des hautes pressions atmosphériques sur l'oreille (*The med. Rec.*, 10 déc. 1887).
- Stacke.** — Traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre (*Deuts med. Woch.*, nos 49 et 50, 1887).
- Suné y Molist.** — L'occipitalgie comme valeur pronostique dans les otites ulcéreuses suppurées (*Revista di lar. otol.*, etc., n° 6, déc. 1887).
- Tansley.** — Difficultés nasales dans les maladies de l'oreille (*Med. soc. of County N.-Y. in N.-Y. med. journ*, 17 déc. 1887, p. 694).
- Thorner** (M.). — Le salol dans les maladies de l'oreille (*Cincinnati, Lancet*, 10 déc. 1887).
- Thomer** (Max). — Le salol dans les maladies de la gorge et de l'oreille (*Cincinnati Academ. of med.*, 14 nov. 1887).
- Turnbull.** — Furonculose du conduit auditif (*Med. Register*, 24 déc. 1887).
- Wagenhäuser.** — Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de l'oreille, 1<sup>re</sup> série six autopsies (*Arch. f. Ohrenheilk*, XXVI, Bd, I, II, 16 déc. 1887).
- Williams.** — Insectes dans l'oreille (Saint-Louis, *Med. a. surg. j.*, novembre 1886, n° 5, p. 295).

## Croup et Diphtérie.

- Barett (A.).** — Diphtérie circonscrite (*Brit. med. J.*, 26 novembre 1887).
- Bauduy.** — La papayotine dans le traitement des manifestations locales de la diphtérie (*Weekl. med. Rev.*, 10 déc. 1887).
- Bauduy.** — Trois cas de diphtérie traités par la papayotine (Saint-Louis, *Med. Soc.*, in *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887).
- Bouchut.** — Le tubage du larynx dans l'asphyxie du croup (*Paris méd.*, 17 décembre 1887).
- Buisd.** — Croup pseudo-membraneux (*Cincinnati, Lancet Clin.*, 5 novembre 1887).
- Cieglewicz.** — Mort subite dans la convalescence de la diphtérie (*Med. chir. Rundschau*, n° 22, 1887).
- Egidi.** — Croup prolongé, cathétérisme du larynx, guérison (*Arch. internaz. di lar.*, fasc. 3 et 4, 1887).
- Filatow.** — De la scarlatino-diphtérie (*Arch. f. Kinderheilk.*, Bd., IX).
- Fullis (C.-W.).** — Un cas grave de paralysie diphtéritique (*Weekl. med. Rev.*, 3 déc. 1887).
- Gaucher.** — Traitement de l'angine diphtéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique (*Arch. de Laryng.*, n° 2, 13 déc. 1887).
- Gezt.** — Diphtérie (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 26 nov. 1887).
- Graham.** — Scarlatino-diphtérie (*Oronto med. Ass.*, in *Canada med. a Surg. j.*, décembre 1887).
- Gray (Ed.).** — Un cas de croup extraordinaire (*The Med. Rec.*, 26 nov. 1887).
- Greenwood (M.).** — Diphtérie laryngée, observation (*Brit. med. j.*, 17 décembre 1887).
- Heygate.** — Diphtérie pendant l'accouchement (Corresp. de *The Lancet*, 17 décembre 1887).
- Landis-Getz.** — De la diphtérie (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 26 novembre 1887).
- Lias (R.).** — Deux mots sur la diphtérie et son traitement (*Revista de sanid. milit.*, 1er janv. 1888, n° 13).
- Lippé (J.).** — Nouvelle série de cas de diphtérie traités par le chlorate de potasse et le benzoate de soude (*Union méd. du Canada*, vol. I, n° 12, déc. 1887).
- Metterheimer.** — La diphtérie est-elle une affect. locale ou constitutionnelle (*The N.-Y. med. j.*, 19 novembre 1887, analyse d'après le *Meinna-bilien*).
- Pasker May.** — Traitement de la diphtérie (*Brit. med. j.*, 26 nov. 1887).
- Philipps (D.).** — Traitement du vrai croup (*The med. Bullet.*, déc. 1887, n° 12).
- Porter (W.).** — Importance du traitement local dans la diphtérie (*The N.-Y. med. j.*, 19 nov. 1887).
- Ranson.** — Quelques cas de diphtérie (Cambridge, *Med. soc. in Brit. med. j.*, 24 déc. 1887).
- Richmond (L. H.).** — Traitement local de la diphtérie (Lettres à l'édit. du *N.-Y. med. journ.*, 10 déc. 1887, p. 665).



- Ross.** — Etiologie de la diphtérie (*Toronto med. Assoc. in Canada med. a. Surg. j.*, déc. 1887).
- Ruhemann.** — Observation d'ataxie consécutive à la diphtérie chez un enfant de huit ans (*Berl. Klin. Woch.*, n° 49, 1887).
- Smith (L.).** Opinion actuelle sur la pathologie et le traitement de la diphtérie (*N.-Y. County med. Assoc.*, 19 déc., in *Med. News*, 14 janv. 1888).
- Sweringen.** — Du chloroforme dans le croup spasmodique (*The med. and Surg. Journ.*, 3. déc. 1887).
- Woronichin.** — Remarques sur le traitement de la diphtérie d'après la méthode du Dr Wiss, etc. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2).
- Zimmermann.** — Diphtérie guérie par l'iode et le bromure de potassium (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1887).

## Varia.

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

- Barbour.** — Notes sur deux cas de goître exophtalmique (*The Amer. pract. and News*, 24 déc. 1887).
- Barlow (Th.).** — Hypertrophie aiguë de la glande thyroïde chez un enfant (*Clinic. soc. of London*, in *The Lancet*, 17 déc. 1887, p. 1219).
- Bresgen.** — De la toux nerveuse (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 49, 1887).
- Cramer.** — Contribution à l'étude de la scrofule maligne (*Archiv. f. Klin. chirurgie*, XXXVI, 2).
- Dauchez.** — Ulcère variqueux de l'œsophage, hématomèse, dans le cours d'une cirrhose graisseuse (*Soc. med. prat.*, Paris, oct. 1887).
- Echer.** — Opération du goître (*Aerztlicher Verein in Triest Wien. med. Woch.*, n° 51, 1887).
- Fasano.** — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Arch. internaz. di laryng.*, etc., fasc. III et IV, 1887).
- Fischer (G.).** — L'œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zts. f. chir.*, 1887, Bd. XXV, p. 565-594).
- Francis.** — Diverticula de l'œsophage (*Cambridge. med. soc.*, in *Brit. med. j.*, 24 déc. 1887).
- Fränkel (E.).** — Syphilis de la trachée et de la glande thyroïde (*Deuts. med. Woch.*, n° 48, 1887).
- Fränkel.** — Gastrotomie par sténose de l'œsophage (*K. K. Gesellsch. Aerzte Wien.*, 2 déc. 1887, *Intern. Klin. Rundschau*, n° 50, 1887).
- Fussel Howard.** — Goître volumineux amélioré par la solution de Lugol (*The med. and surg. Rep.*, 26 nov. 1887).
- Grusen (P.-C.).** — Asthme guéri par l'amélioration de la constipation (*Med. a. surg. Rep.*, 10 décembre 1887).
- Hacker.** — Influence des courbures de la colonne vertébrale sur la situation et la direction de l'œsophage (*Wien. med. Woch.*, n° 46, 1887).
- Haw (W.-H.).** — Hémorrhagie dans le myxœdème (*Corresp. de The Lancet*, p. 41, 7 janv. 1888).
- Hayem.** — Hypertrophie thyroïdienne à forme leucocythémique (*Revue gén. de clin. et therap.*, 29 déc. 1887).

- Krünke.** — La cocaïne contre la coqueluche (*Allgem. med. Central., Ztg.*, n° 36, 1887).
- Leyden et Renvers.** — Canule à demeure pour une sténose œsophagienne (*Münch. med. Woch.*, n° 49, 1887).
- Leyden (E.) et Renvers.** — Traitement du rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Deuts. med. Woch.*, n° 50, 1887).
- Liégeois.** — Traitement du goitre exophtalmique (suite et fin) (*Revue gén. de clin. et thérap.*, nos 30, 31, 39, 41 et 42, 1887).
- Maisch.** — Résection d'une partie de la glande thyroïde (Midland, *Med. soc.*, in *Brit. med. journ.*, 24 déc. 1887).
- Marcani (Enrico).** — Sur une opération de goitre vasculaire caverneux (*La Sperimentali*, n° 11, nov. 1887).
- Martius.** — Des variations de pression respiratoire dans l'œsophage; leur valeur au point de vue du diagnostic d'une fistule broncho-œsophagienne (*Charité Annalen*, 1887, XII, Jahrgang).
- Meyer.** — Des attouchements à l'acide lactique (*Inaug. Dissertation Würzburg.*, 1888).
- Meyer.** — De la ventriloquie (*Berlin. med. Gesellsch.* 23 nov. 1887, *Berlin. Klin. Woch.*, n° 50, 1887).
- Morris.** — Tumeur de la parotide gauche (*The Lancet*, 7 janv. 1888, p. 17).
- Munk.** — Recherches sur les glandes thyroïdes (*Sitzungsberichte des K. preuss. Akademie di Wissensch. zu Berlin* Zodie, 1887, *Münch. med. Wochens.*, n° 49, 1887).
- Murphy.** — Cancer de l'œsophage, gastrotomie (*Northumberland med. soc.*, in *The Lancet*, 3 déc. 1887, p. 1,116).
- Pitts (Bernard).** — Empoisonnement par la cocaïne (*The Lancet*, 24 décembre 1887).
- Pratolongo (P.).** — Un fait clinique de myxœdème (*Gaz. degli ospit.*, n° 6, 18 janv. 1888).
- Potain.** — Rétrécissement syphilitique de l'œsophage (*Journ. de méd. et chir. prat.*, déc. 1887).
- Salles.** — L'acide phénique et le chloral dans la coqueluche (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 janv. 1888).
- Savill et Beever.** — Myxœdème (*Med. soc. of London*, Disc. par F. Seaman Bristone, in *The Lancet*, 3 déc. 1887).
- Shelswell.** — Myxœdème (Corresp. de *The Lancet*, 31 déc. 1887, p. 1314).
- Stewart et Thomson (J.).** — Myxœdème (*Med. chir. soc. of Cambridge* in *Brit. med. j.*, 17 déc. 1887, p. 1,337).
- Sweet.** — Insufflations de quinine dans la coqueluche (*The med. Rec.*, 7 janvier 1888).
- Tanfield.** — Un cas de goitre kystique traité par « Shelling out » (Bristol, *Med. chir. j.*, n° 18, déc. 1887).
- Ungar.** — De la coqueluche (*Berlin Klin. Woch.*, n° 50, 1887).
- Vandermeersch.** — Anévrisme de l'aorte descendante thoracique ouvert dans l'œsophage, autopsie, pièces (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 9 décembre 1887).
- Weissenberg.** — Contribution statistique au traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Centralb., Ztg.*, n° 33, 1887).



**Weissenberg.** — Encore un mot sur le traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Centr. Ztg.*, 92, 1887).

**Weintrauler.** — Du traitement de la coqueluche (*Allgem. med. Centre. : Ztg.*, n° 91).

## NOUVELLES

### Société de Rhinologie d'Amérique.

La sixième réunion annuelle aura lieu à Cincinnati (Ohio), en septembre 1888. M. le Dr Van Klein Dayton a été élu président pour cette session.

### Congrès international d'Otologie de 1888.

Les soussignés, membres de la Commission organisatrice locale du Congrès international d'Otologie de Bruxelles, ont l'honneur de vous faire savoir que, pour la facilité des confrères qui désireraient assister à la réunion des médecins et naturalistes allemands à Cologne, le 4<sup>e</sup> Congrès international d'Otologie se tiendra à Bruxelles, non pas du 5 au 10 septembre, ainsi qu'une première circulaire l'avait annoncé, mais bien du 10 au 16 septembre 1888.

Voici quelques dispositions prises au Congrès de Bâle que nous avons cru opportun de conserver.

On est prié de faire connaître jusqu'au 15 mai 1888 les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques.

Les confrères désireux d'assister au Congrès, sans avoir l'intention d'annoncer des communications, sont priés de faire connaître leur intention à cet égard, afin de permettre au Comité d'être fixé à temps sur le nombre probable des visiteurs.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 mai 1888.

Au commencement de juin 1888, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront fait parvenir leur adhésion.

Les langues officielles du Congrès seront le français, l'allemand, l'anglais, l'italien, le néerlandais. Toutefois l'usage d'une autre langue sera permis, s'il se trouve dans l'Assemblée un membre capable de résumer les communications en l'une des langues officielles.

Pour le Comité organisateur local :

*Le Secrétaire,*  
Dr Ch. GORIS.

*Le Président,*  
Dr Ch. DELSTANCHE.

*N.-B.* — La cotisation fixée à 20 francs donne droit au compte-rendu imprimé des travaux. Adresser les communications relatives au Congrès, au secrétariat, 143, rue Royale, à Bruxelles.

Bordeaux, — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 10