

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 8, n° 4, p. 177 à 240. - 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?91487x1888x04>

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. NATIER, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique.
du D^r E. J. MOURE.

Le mutisme hystérique, dont il n'est fait aucune mention par les anciens auteurs ou plutôt confondu par eux sous des noms divers avec les affections laryngées les plus variées, n'est entré dans le domaine de la pathologie nerveuse, en tant qu'entité morbide, qu'avec le mémoire de Revilliod. Le professeur de Genève, dans sa monographie, publiait trois cas qu'il faisait suivre de considérations fort intéressantes. Ce n'était là qu'une esquisse; aussi Cartaz fit-il œuvre originale, lorsque, s'inspirant des leçons du professeur Charcot, il vint, d'une façon détaillée, traiter la question.

Ce travail, basé sur vingt observations, dont six tirées du service même de Charcot, peut être, grâce à la compétence toute particulière de son auteur en matière laryngologique, considéré comme une étude à peu près complète du mutisme hystérique. Bock (de Berlin), la même année, tenté par la nouveauté du sujet et partant d'une observation personnelle, en reprit la démonstration et ajouta quelques aperçus inédits aux réflexions de ses devanciers.

Par ce que nous venons de dire, on aura peut-être quelque peine à comprendre qu'à notre tour nous osions revenir à cette question du mutisme hystérique déjà si profondément traitée. Nous ne chercherons pas à nous défendre d'un pareil reproche, nous nous bornerons simplement à dire que les observations de mutisme hystérique ne nous ont pas paru si fréquentes qu'il puisse sembler superflu de citer quelques faits nouveaux qu'il nous a été possible de recueillir.

Mais nous ne saurions aller plus loin, sans remercier M. le D^r Cartaz de la très gracieuse obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition deux cas inédits, personnels, et dont il nous a transmis, de sa

propre main, tous les détails. Nous tenons également de M. le professeur Pitres une observation, recueillie dans son service par M. Daurios, externe, et dont il nous a accordé la primeur. C'est une bonne fortune dont nous savons apprécier tout le prix, surtout en songeant que c'est là le seul fait du genre observé par ce maître éminent dans une pratique hospitalière et civile, déjà longue et au milieu de malades plus spécialement prédisposés aux affections de cette nature. Enfin, un quatrième cas a été également observé à la clinique gratuite de notre bon maître, le Dr Moure, et c'est à ce propos qu'il nous a engagé à revoir la question du mutisme hystérique.

Il pourrait paraître fastidieux d'entrer ici dans de longs détails historiques après ceux fournis par Cartaz et Bock et dont ils ne seraient du reste que la répétition. Aussi nous bornerons-nous simplement à énumérer les auteurs ayant signalé des cas de mutisme hystérique postérieurement à ceux de Cartaz et de Bock. Sans être très nombreuses, les observations de mutisme hystérique deviennent maintenant plus fréquentes, car ici comme pour d'autres affections, depuis que leur attention a été attirée de ce côté, depuis surtout qu'ils ont été bien éclairés par l'ensemble symptomatique assigné par le professeur Charcot au mutisme hystérique, les médecins n'ont plus laissé passer inaperçus les cas qu'ils ont pu constater et ils ont eu soin d'en relater les détails dans divers recueils.

C'est ainsi qu'en 1886 Gilles de la Tourette en mentionnait un nouveau cas observé à la Salpêtrière ; diverses observations ont été, l'année dernière, publiées par Amadeï, Boland, Dutil, Pendola, Bouchaud, Ortolani, Dello-Strologo, Dubois, Mendel ; citons enfin les deux cas de Cartaz, celui du professeur Pitres et le nôtre, et nous croyons ainsi réunir toutes les observations nouvelles de mutisme hystérique (1).

(1) Fratini vient encore d'en publier un cas dans le n° 4 de la *Gazetta degli ospitali* de cette année.

Il est un ensemble de « caractères qui distinguent le mutisme hystérique et en font un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous ». C'est ainsi que s'exprime le professeur Charcot (1), dont la leçon sur le mutisme hystérique nous fournira les traits principaux dans l'étude que nous avons entreprise.

Et, d'abord, c'est un point sur lequel sont à peu près d'accord tous ceux qui en ont rapporté des observations, le mutisme hystérique débute le plus souvent d'une façon soudaine. C'est ce qui a eu lieu dans les quarante et quelques cas que nous avons pu analyser.

Quatre ou cinq fois, il est vrai, le début a eu lieu par de l'aphonie plus ou moins prolongée, et le malade en est arrivé peu à peu et comme par étapes à perdre complètement la voix. — En interrogeant les antécédents héréditaires des malades, on apprenait qu'ils étaient issus de parents névropathes et en outre parfois alcooliques. Eux-mêmes pouvaient être classés dans la même catégorie et à quelques exceptions près, ils avaient eu des manifestations névropathiques antérieures caractérisées par des attaques d'hystérie, des convulsions, de la chorée, etc. Nous avons aussi noté dans certains cas une fièvre typhoïde, la variole, la rougeole de la chloro-anémie, l'aménorrhée (Cartaz), mais nous ne ferons que signaler ces faits, n'y voulant attacher qu'une importance secondaire au point de vue étiologique.

Si soudaine que puisse être l'apparition du mutisme hystérique, n'existerait-il pas pourtant certaines conditions capables de la déterminer? Il est fort rare de le voir s'établir d'emblée et presque toujours on peut trouver à son existence une cause occasionnelle. C'est ainsi qu'il survient le plus souvent à la suite d'une émotion vive, d'une frayeur, d'un chagrin violent, ou bien il se produit encore au sortir d'une attaque d'hystérie. Le froid ayant déterminé une simple laryngite catarrhale a, dans certains

(1) Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, 1887.

cas, été suivi de mutisme hystérique, de même que cette affection catarrhale de la muqueuse vocale est très souvent le prélude de l'aphonie nerveuse. Enfin on l'a encore vu se développer à l'occasion d'un traumatisme — section du tendon d'Achille — (Demme).

A côté des causes que nous venons d'énumérer, il en est d'autres qui ressortissent du domaine de l'expérimentation. Le mutisme hystérique peut être, en effet, chez des hystériques hypnotisables, artificiellement provoqué et persister après le réveil. Il suffit pour cela, comme l'a indiqué le professeur Charcot, de causer, pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, quelques instants avec les malades et de feindre ensuite de ne plus rien entendre. On les verra alors remuer les lèvres et faire des efforts pour arriver à parler; mais ils ne sauraient produire le moindre son. Réveillez-les à ce moment et vous verrez persister cet état de mutisme (1). Charcot engage à ne pas le laisser trop se prolonger, car les accidents hystériques, artificiellement produits dans l'hypnotisme, sont d'autant plus difficiles à faire disparaître à l'état éveillé.

Bock prétend que les deux sexes sont également prédisposés à contracter l'affection. En tenant compte de la plus grande fréquence des maladies nerveuses chez la femme et de sa constitution plus délicate, on pourrait, au premier abord, la supposer, plus que l'homme, susceptible d'être atteinte de mutisme hystérique. Or, le relevé statistique auquel nous nous sommes livré nous a donné, en y ajoutant nos propres cas, pour un total de quarante-neuf malades, vingt-huit femmes et vingt et un hommes, soit une proportion de 57,14 0/0 de femmes

(1) Nous possédions dans nos salles, il y a quelques mois, une jeune fille facilement hypnotisable et chez laquelle nous avons, à plusieurs reprises, provoqué du mutisme hystérique, en tout point analogue à celui observé à l'état pathologique. Nous pensions avoir cette malade sous la main, mais au moment où nous avons voulu l'examiner au laryngoscope, elle était sortie de l'hôpital et toutes nos prières pour la décider à venir se faire examiner sont restées absolument vaines.

atteintes, sur 42,86 0/0 d'hommes, c'est-à-dire que les premières sont frappées 14,28 0/0 fois plus souvent que les seconds.

Relativement à l'âge, nous avons noté, dans nos observations, les particularités suivantes :

Hommes :	{	De 20 à 30 ans.....	7 fois.
		30 » 40 —.....	3 —
		40 » 50 —.....	2 —
		55 » » —.....	1 —
		Non indiqué.....	3 —
Femmes :	{	15 à 20 ans.....	3 fois.
		20 » 30 —.....	11 —
		30 » 40 —.....	4 —
		40 » 50 —.....	4 —
Enfants :	{	Garçons : 5 à 19 ans....	3 fois. (5, 11 19 ans.)
		Filles : 6 » 13 — ...	5 — (6, 11, 11, 11, 13 ans.)

En résumé, et, comme on devait s'y attendre, le mutisme hystérique, dans l'un comme dans l'autre sexe, atteint sa plus grande fréquence de vingt à trente ans.

Quels sont les symptômes qui constituent le *mutisme hystérique*? Ils sont de deux ordres : les uns fonctionnels, les autres objectifs. Un premier fait, qui vous frappera tout d'abord dans les cas de ce genre, c'est l'impossibilité absolue où se trouve le malade « *d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchoter autrement dit, et d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui* » (Charcot). Ce symptôme est absolument caractéristique, l'individu étant en effet plus que *muet*, car le muet hystérique est le plus souvent *aphone* et cela d'une façon absolue. Le mutisme a parfois été précédé d'une aphonie plus ou moins complète avant que le malade en arrive à perdre totalement la faculté de parler. Le muet hystérique peut encore souffler et siffler, dit Charcot, le fait est vrai en général, et le cas de Bouchaud, dont le malade pouvait bien souffler et faire un effort quoique étant dans l'impossibilité absolue de siffler, doit être regardé comme une exception.

Les symptômes locaux sont caractérisés par de la douleur assez souvent localisée au niveau du sternum, ou dans la région interscapulaire. Souvent aussi les malades se plaignent de ressentir au niveau du cou une douleur vive qui apporte une gêne considérable tout à la fois à la déglutition et à la respiration. Du côté de la bouche, on a constaté de l'embarras de la langue qui était « lourde comme du plomb » (cas de Bock), de la gêne de cet *organe*, souvent une anesthésie notable des muqueuses, à ce point qu'il était possible de toucher, sans provoquer le moindre réflexe, le voile du palais, le pharynx, voire même l'épiglotte et le larynx. Dans d'autres cas l'anesthésie est moins prononcée, et on ne trouve à sa place qu'une simple diminution de la sensibilité. Souvent enfin cette dernière est conservée parfaitement intacte.

Mais ce qu'il importait surtout de connaître, c'était l'état de l'organe vocal, pendant le mutisme hystérique. Il était *a priori* permis d'admettre que l'on trouverait dans cet examen laryngoscopique la clef du phénomène. Or, jusqu'ici, cet examen a été pratiqué trop rarement, et les résultats obtenus ne sont pas assez unanimes pour qu'il soit possible d'avancer des preuves certaines. Cinq fois seulement sur les vingt observations rapportées par Cartaz, l'organe vocal fut examiné avec le miroir laryngien.

Dans l'observation I, du travail de Cartaz, Revilliod, en 1881, constatait que l'adduction et l'abduction des cordes vocales étaient normales, en même temps qu'il existait un défaut de tension dans le sens antéro-postérieur; *pendant l'effort, elles se touchaient dans toute leur longueur*. En 1884, l'examen laryngoscopique pratiqué à Lyon fournissait les mêmes résultats; mais lorsqu'à son tour Cartaz, en 1886, examinait la cavité laryngienne de ce même malade, il constatait que les cordes vocales occupaient la situation qu'elles ont dans l'inspiration profonde et *qu'entre elles existait un espace ellipsoïde*. Dans l'obser-

vation IV, l'abduction des cordes vocales était complète; on remarquait encore un espace ellipsoïde. Dans l'observation VIII, la corde vocale gauche était immobilisée en position vocale : il est dit dans l'observation IX que les cordes étaient paralysées et, dans l'observation X, qu'elles étaient en position cadavérique. Dans l'observation manuscrite n° 1 qu'il nous a envoyée, Cartaz constata chez sa malade, du côté du pharynx, une anesthésie qui faisait complètement défaut du côté du larynx. Les cordes avaient leur blancheur habituelle et se trouvaient dans l'abduction presque complète. En priant la malade d'essayer de *donner* un son, elle fait le geste et le bruit d'une personne qui souffle bruyamment mais sans produire aucun son. A ce moment, la corde vocale gauche, subit un mouvement d'adduction incomplet; la droite reste immobile en abduction. Chez la malade de Bock, B. Baginsky nota de l'insensibilité de la muqueuse de l'organe vocal, les cordes étaient un peu rouges et très mobiles laissant entre elles, sur la ligne médiane, un petit espace ellipsoïde.

Chez celle de Mendel le même auteur a observé de l'infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale du côté gauche avec immobilité presque complète du cartilage aryténoïde; mais pourrait-on bien attribuer *cette lésion* à l'hystérie seule, et ne s'agissait-il pas ici d'arthrite crico-aryténoïdienne d'une autre nature chez une malade névropathe atteinte de mutisme? Amadeï nous dit que l'examen laryngoscopique de sa malade révélait l'intégrité des muqueuses sans lésions manifestes des muscles. Dans un cas rapporté par Krishaber et que nous n'hésiterons pas à citer comme un exemple de mutisme hystérique, cet auteur observa de l'intégrité complète des cordes et de toutes les autres parties du larynx. Il invita la malade à faire un effort, le miroir en place, et il vit les cordes vocales inférieures et les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs concourir normalement à la produc-

tion du mouvement complexe qui constitue l'occlusion de la glotte pendant l'effort. Enfin, dans le cas qui nous est personnel, l'examen laryngoscopique démontra qu'il n'y avait pas de paralysie des cordes : elles s'écartaient et se rapprochaient normalement de la ligne médiane, toutefois le rapprochement semblait s'effectuer d'une manière brusque, indépendamment de la volonté du malade ; il existait en somme une véritable incoordination motrice des muscles laryngiens.

Au moment de l'émission du son et particulièrement de la voyelle *e*, les cordes vocales, au lieu de se rapprocher s'éloignaient l'une de l'autre, donnant au triangle glottique ses plus grandes dimensions, et se mettant en position inverse à celle de la phonation.

En résumé, on le voit donc, rien de très précis n'a été révélé encore par l'examen laryngoscopique et, de ce côté, le champ reste toujours ouvert aux hypothèses. Tout au plus serait-il possible d'avancer que dans la majorité des cas de mutisme hystérique ce sont les muscles tenseurs et les muscles adducteurs du larynx qui semblent seuls être atteints.

L'ensemble des signes que nous venons d'énumérer rendra, croyons-nous, le diagnostic on ne peut plus facile. C'est qu'en effet, comme le fait remarquer Charcot, chez cette sorte de muets, il s'agit d'une « *aphonie motrice* et purement motrice » ; dans les autres cas d'aphonie il existe toujours, au contraire, d'autres troubles concomitants et un amoindrissement intellectuel plus ou moins prononcé. De plus, dans l'aphonie motrice organique, même la plus complète, le malade peut toujours émettre au moins quelques sons. C'est ce que l'on observe dans le cas de paralysie labio-glosso-laryngée par exemple.

La conservation de l'intelligence est un signe d'une précieuse utilité. Votre malade, en effet, bien qu'étant dans l'impossibilité absolue de parler, comprendra néanmoins tout ce que vous lui direz. Et vous en aurez la preuve si, l'interrogeant, vous le priez de vous répondre.

Vous le verrez alors faire des efforts dans ce sens, mouvoir la langue, agiter les lèvres, mais pas un son ne sortira pour traduire sa pensée. Insistez-vous ? Par sa mimique et le jeu de sa physionomie et de ses membres, il témoignera de son impatience de ne pouvoir vous répondre. Enfin votre conviction sera tout à fait entraînée si le malade sachant lire et écrire, vous lui fournissez le moyen de vous répondre par écrit. Ses réponses seront alors nettes, précises, et ne vous laisseront aucun doute sur l'intégrité absolue de son intelligence.

Cette intégrité de l'intelligence, que vous constaterez presque malgré vous, vous sera très utile pour éviter une erreur de diagnostic. Le cas de Charcot, cité par Cartaz et Bock, et dans lequel il s'agit d'un jeune Espagnol considéré jusque là comme atteint tout à la fois de syphilis et d'épilepsie, alors qu'il ne s'agissait que d'un simple mutisme hystérique, comme put s'en convaincre Charcot, pendant l'examen du malade, apprendra à se tenir en garde contre de semblables erreurs d'interprétation. Si l'on songe que certains muets ne recouvrent la parole que graduellement et en passant par un bégaiement d'une durée plus ou moins longue, on comprendra que le médecin puisse être embarrassé parfois pour porter un diagnostic exact au moment où le malade se présente à lui. C'est dans ces cas que les anamnétiques pourront être d'un grand secours et que l'exploration des divers organes contribuera puissamment à élucider la question.

Les muets hystériques ont souvent été considérés comme des simulateurs, c'est ce que ne s'explique pas très bien Charcot, qui croit, qu'en pareil cas, on doit surtout incriminer l'ignorance du médecin. Une erreur de diagnostic, pourrait n'avoir qu'un médiocre inconvénient, s'il s'agissait d'un malade de la ville ou de l'hôpital; mais elle prendrait beaucoup plus d'importance, si le malade soupçonné de simulation était un prévenu quelconque ou un soldat que l'on supposerait

vouloir de la sorte se soustraire aux obligations militaires.

Charcot, dans sa leçon (*loc. cit.*) rapporte l'histoire d'une jeune détenue qu'il eut l'occasion d'examiner à Saint-Lazare où elle se trouvait en prévention pour infanticide. Cette fille, ayant perdu la parole immédiatement après son premier interrogatoire, on crut qu'il s'agissait chez elle d'un mutisme simulé. Or, il n'en était rien, car un examen plus attentif permit de constater qu'elle était véritablement atteinte de mutisme hystérique. Le cas rapporté par Bouchaud a trait à un militaire qui, étant donné ses antécédents héréditaires et personnels, fut tout d'abord considéré comme frappé de mutisme vésanique et, comme tel, enfermé dans un asile d'aliénés. Charcot n'ayant fait aucune mention de ce genre de mutisme, car le mutisme hystérique se rencontre chez des individus ayant conservé l'intégrité de leur intelligence, nous allons rappeler ce fait pour bien montrer combien peut être, dans certains cas, préjudiciable une erreur de diagnostic.

OBSERVATION I

H... (Louis), vingt-six ans, cordonnier, entré à l'hôpital de Lommelet le 29 mars 1886. Il vient d'un autre asile, avec ce certificat : « En traitement depuis le 3 septembre 1885, est atteint de lypémanie avec hallucinations très fréquentes de l'ouïe et peut-être de la vue. Il se renferme dans un mutisme à peu près complet; je ne puis donc connaître la nature exacte de ses hallucinations, mais à en juger par sa physionomie elles doivent être de nature triste. Malgré le traitement, l'état demeure stationnaire, l'affection dont il est atteint tend à passer à l'état chronique. »

Des douleurs dont se plaignait le malade furent reconnues exactes.

H... est capable d'écrire et répond de la sorte aux questions.

Parmi ses ascendants et ses collatéraux, le malade compte

des alcooliques et des névropathes, lui-même est en possession de ces deux diathèses.

En 1885, étant soldat, il lui arriva, après une nuit d'orgie, de coucher dehors sur le pavé; il perdit la raison et fut conduit à l'hôpital, où il eut plusieurs crises de nerfs sans perdre connaissance. Nombreuses hallucinations de la vue. Cet état dure plusieurs mois, graduellement le malade perd la parole et finit par ne plus parler.

Deux mois après son admission à l'asile, il sentit une certaine amélioration; les hallucinations disparurent, seul le mutisme persista. On le fit surveiller pour s'assurer qu'il ne simulait pas, mais on n'obtint aucun résultat.

A Lommelet, conduite régulière, actes sensés, travaille de son métier. Pas de troubles cérébraux. Refuse d'émettre aucun son, ne parle même pas à voix basse, remue très bien les lèvres, la langue, le voile du palais, etc., par conséquent, pas de paralysie. Il peut souffler et faire un effort, *mais il lui est impossible de siffler*. Comprend très bien et lit ce qu'il écrit; il fait quelques gestes, mais écrit surtout. Organes des sens sains; la sensibilité est un peu émoussée. Pas de réflexes dans l'attouchement du voile du palais, ou de la base de la langue; si on pénètre plus profondément, on provoque des nausées. Le traitement par la suggestion, l'électricité et les douches, n'a produit aucun résultat.

Ce qui, dans ce cas, aurait pu faire croire à un mutisme volontaire, c'est que le malade ne faisait pour parler aucun effort, pourtant il avait un vif désir, étant surtout donné qu'on lui avait promis sa sortie à cette condition.

Voici deux malades chez lesquels la simulation aurait pu être, a même été admise et qui plus est, chez le second, aux dépens de la liberté individuelle. Or un examen plus attentif a permis de reconnaître ultérieurement qu'il ne s'agissait point de simulation, et on a pu, les deux fois, établir le diagnostic de mutisme hystérique. C'est qu'en effet le muet hystérique, suivant la remarque de Charcot, est silencieux, tandis qu'au contraire le simula-

teur exagère toujours dans un sens ou dans l'autre et on ne tarde pas à découvrir sa supercherie.

On comprendra suffisamment, pour qu'il nous soit inutile d'y insister, de quel intérêt peut être, au point de vue médico-légal, la connaissance de semblables faits et leur exacte interprétation.

Il est enfin un dernier point sur lequel nous nous permettrons d'appeler l'attention dans cette question du diagnostic. Assez souvent, il arrive que le « mutisme se présente à titre d'accident hystérique solitaire, *mono-symptomatique* » (Charcot) ; même en pareil cas, l'embaras sera de courte durée, si on a bien présentes à l'esprit toutes les autres manifestations qui constituent le *complexus symptomatique* de l'affection.

On a pu dire du mutisme hystérique que le pronostic était bénin. La chose est parfaitement exacte, si on n'envisage l'issue de la maladie qu'au point de vue fatal. Mais, bien qu'on n'ait jusqu'ici signalé aucun cas de mutisme hystérique, s'étant terminé par la mort, on n'en comprendra pas moins combien, dans certaines circonstances, il a été pénible de voir le mutisme se prolonger pendant des semaines et des mois, des années mêmes. Il est facile de s'imaginer alors, tant que reste inconnue la nature de la maladie, les péripéties de toutes sortes par lesquelles doivent passer les malades. Les erreurs de diagnostic ont pour conséquence presque obligée une thérapeutique désordonnée qui n'est pas, certes, sans nuire aux malades. Il est certain qu'envisagé sous ce jour le mutisme hystérique est loin d'être une affection bénigne. Hâtons-nous d'ajouter que ces faits malheureux constituent l'exception et que, dans l'immense majorité des cas, le mutisme n'est qu'un épiphénomène, sans gravité, d'une diathèse nerveuse plus ou moins grave.

Le mutisme est loin de présenter une durée fixe à limites bien déterminées; le plus fréquemment, on le voit disparaître après quelques heures ou quelques jours au plus. Mais, comme nous le disions tout à l'heure, il a

pu chez quelques sujets persister avec une ténacité désespérante. Telle la malade de Sédillot qui demeura muette pendant douze ans; — celui de Johnston où la parole ne revint qu'au bout de cinq ans — celui de Wernter qui dura treize mois; — celui de Wiedermeister, une année, etc. — C'est donc dire que la durée peut être extrêmement variable.

Variable est aussi la marche de la maladie.

Le retour de la parole, comme sa disparition, peut être soudain ou se faire par degrés, le malade parlant d'abord à voix basse, puis bégayant et finalement recouvrant la voix dans son entier. Dans certains cas aussi le mutisme peut être intermittent, disparaître et revenir à des heures presque fixes; la malade de Mendel (voir aux observations) nous offre un bel exemple du genre.

Une complication assez fréquente du mutisme hystérique est la surdité; de telle sorte qu'on observe la surdité hystérique. On a encore signalé de la cécité (cas de Ball); pouvant alterner avec le mutisme ou l'accompagner. Quant aux autres complications, ce sont les manifestations ordinaires de l'hystérie trop connues pour qu'il nous soit nécessaire de les énumérer. Bock dit que dans certains cas il pourrait exister une altération du facial et de l'hypoglosse, opinion que ne partagerait pas Cartaz.

(A suivre.)

KYSTE DE LA BANDE VENTRICULAIRE GAUCHE

par le D^r AUDUBERT

La tumeur que nous décrivons ici appartient à cette variété de kystes du larynx que Virchow a désignés sous le nom de polypes vésiculaires et qu'il compare aux œufs de Naboth : ils sont formés d'une enveloppe mince assez résistante recouverte par la muqueuse et ayant la même composition histologique que les poches kystiques développées dans d'autres organes : leur contenu est parfois liquide, jaunâtre et transparent, parfois épais, visqueux et blanchâtre.

Les auteurs s'accordent à dire que ces kystes sont le résultat d'une dilatation des culs-de-sac glandulaires, par suite du rétrécissement de leur canal excréteur, dont les causes principales seraient les hyperémies chroniques de la muqueuse du larynx, les inflammations catarrhales, les vapeurs ou poussières, les corps étrangers et les fièvres éruptives.

Le Dr Zawerthal range parmi les causes prédisposantes la diathèse strumeuse.

Notre intention n'est pas de faire ici une étude des kystes laryngiens, suffisamment décrits ailleurs par MM. Moure et Cervesato, nous désirons simplement ajouter aux faits connus une nouvelle observation qui présente un certain intérêt en raison du siège de la tumeur sur l'une des bandes ventriculaires.

En effet, si nous jetons un coup d'œil sur toutes les études et statistiques des kystes du larynx, publiées jusqu'à ce jour, nous voyons que ces derniers ne sont réellement connus que depuis 1863, époque à laquelle Durham communiqua à la Société médico-chirurgicale de Londres le premier cas de kyste laryngé : ce dernier occupait la face antérieure de l'épiglotte.

Depuis cette époque, grâce au laryngoscope, les cas de polypes vésiculaires sont devenus un peu moins rares, et il me suffira de rappeler ici les faits de Bruns, Merkel, Rauchfuss et Schrotter (1866).

En 1868, Morell-Mackenzie en signala un nouvel exemple suivi de 1870 à 1873 par ceux de Schrötter qui en fit connaître neuf autres exemples.

Jusqu'en 1881 de nouveaux cas sont mentionnés par Sommerbrod, Edis, Gerhardt, Heinze, Fauvel, Beschorner, Solis-Cohen, Félix Semon, Oertel, Scheff., W. Gruber, Massei, Eppinger, etc.

Avec eux, apparaissent simultanément les travaux plus importants dus à M. J. Moure et Cervesato.

Si nous consultons le travail du premier de ces auteurs, (*Étude sur les Kystes du Larynx*, 1881), nous voyons que

l'ensemble des cas connus à cette époque formait un total de 68 kystes, dont 38 intra-laryngiens occupant : 23 fois les cordes vocales, 5 fois les ventricules, et 25 extra-laryngiens occupant : 23 fois l'épiglotte, 2 fois les aryténoïdes

Presque en même temps Cervesato traitait le même sujet et arrivait à des conclusions presque identiques.

Or, en 1881, en réunissant les observations inédites fournies par chacun de ces deux auteurs, soit 21 par M. Cervesato et 36 par M. Moure, aux faits publiés antérieurement, on arrivait au chiffre de 101.

En 1883, nous trouvons que ce total s'est élevé à 117 cas de kystes connus jusqu'à cette époque. Ces différents néoplasmes se répartissaient de la manière suivante quant à leur siège :

Épiglotte	50
Cordes vocales	45
Ventricules	8
Cartilages aryténoïdes	4
Replis ary-épiglottiques	3
Cartilages de Santorini	1
Bandes ventriculaires	2
Siège inconnu	4
	<hr/>
	117

Quelque temps après (1883), le Dr Blanc (de Lyon) signale trois nouveaux cas : le premier sur le bord libre de la corde vocale gauche; le deuxième sur l'épiglotte, et le troisième est un kyste dermoïde du ventricule chez une jeune fille.

En 1885, le Dr Franck (de New-York) fait une communication sur un cas d'hémorragie laryngée sous-muqueuse compliquée de kyste.

Schwartz, dans sa thèse d'agrégation (1886), fait ressortir la rareté des kystes du larynx, en général. Sur 100 cas de polypes, on ne trouve, dit-il, en moyenne, que trois polypes kystiques. Après avoir fait le relevé des

cas de kystes connus, il en arrive au chiffre de 138.

Garel, de Lyon, dit avoir observé un grand nombre de ces sortes de tumeurs et sur une moyenne de 60 cas de tumeurs bénignes du larynx : il trouve 16 kystes, soit une proportion de 25 0/0. Une fois, cet auteur aurait trouvé une tumeur d'apparence *kystique* sur la bande ventriculaire gauche, mais il n'a pu en vérifier le fait, le malade n'ayant pas voulu accepter l'opération. Tout récemment enfin, M. le D^r Seifert vient de publier dans cette revue une nouvelle observation de kyste de la corde vocale.

Il est à regretter que ces auteurs, en citant le nombre de cas de kystes connus jusqu'à ce jour, n'aient pas parlé du siège qu'occupait chacun des kystes mentionnés dans leurs ouvrages.

En somme, nous ne connaissons actuellement que trois cas de kystes des bandes ventriculaires, et encore celui de Garel nous paraît-il douteux, puisque ce praticien ne put confirmer son diagnostic par l'opération. Nous pouvons donc conclure de ce rapide exposé que si les kystes du larynx sont encore assez fréquents, ceux des bandes ventriculaires sont au contraire de beaucoup les plus rares.

Connaissant la pathogénie des kystes, nous avons tout lieu d'être surpris de la rareté de cette affection dans une des parties du larynx la plus riche en tissu glandulaire. Il nous est permis de supposer que les inflammations aiguës, les hyperémies chroniques, les vapeurs, poussières, etc., en un mot toutes les causes principales, signalées plus haut comme étant susceptibles de déterminer l'éclosion des kystes du larynx, ne sont pas les seules et que le siège de cette maladie diffère selon que tel ou tel organe fonctionne plus ou moins, et, par conséquent est susceptible d'une plus grande fatigue.

Nous voyons, en effet, que les parties du larynx qui travaillent le plus, telles que les cordes vocales et l'épiglotte, sont également le plus souvent affectées par les

polypes vésiculaires, peut-être serait-ce là une explication possible de l'existence des tumeurs kystiques sur les bandes ventriculaires.

Quoi qu'il en soit, nous allons rapporter un exemple de tumeur kystique de la bande ventriculaire gauche recueillie à la Clinique de M. le D^r Moure :

OBS. — Le 20 décembre 1887, Mlle Rosa D., âgée de vingt-un ans, domestique, est conduite à la clinique pour une extinction de voix datant de quelques années.

Cette jeune fille nous raconte que depuis environ deux ans sa voix a commencé à devenir enrrouée, et que, pendant cette époque, elle a eu de temps en temps des accès de toux, suivis d'expectoration muqueuse sans caractère particulier.

Ces accès se manifestaient surtout pendant l'hiver. Puis sa voix a continué à se voiler de plus en plus, et ce n'est que dans les derniers mois que la malade est devenue aphone.

Interrogée au point de vue des antécédents héréditaires, la malade ne présente aucune particularité intéressante. A part quelques maux de gorge, elle paraît avoir joui d'une bonne santé.

Elle a été réglée à dix-sept ans ; depuis cette époque, ses menstrues ont été régulières.

Quand la malade se présente, sa voix est éteinte. Elle respire aisément, la déglutition se fait bien.

Elle ne tousse, ni ne crache, n'éprouve aucune douleur à l'arrière-gorge, si ce n'est un peu de sécheresse ; elle n'a aucune sensation de corps étranger dont elle cherche à se débarrasser.

A l'examen, la muqueuse du larynx paraît saine dans toutes ses parties, mais au niveau du tiers postérieur nous apercevons une tumeur ronde de la grosseur d'une petite graine de raisin, d'une coloration jaune grisâtre, transparente ; la surface de la tumeur est lisse, unie et luisante. Un vaisseau sanguin se divisant en trois branches parcourt la surface de la tumeur de gauche à droite.

Le siège exact est difficile à déterminer au premier abord,

car, selon qu'on examine le larynx pendant la phonation ou la respiration, la tumeur présente deux aspects différents.

Pendant la phonation, elle paraît naître du ventricule gauche dans son tiers postérieur. Elle repose sur les deux cordes vocales et s'étend même jusque sur la bande ventriculaire droite.

Pendant la respiration la tumeur que nous apercevions appliquée sur la partie médiane est déjetée à gauche ; un pédicule de trois millimètres environ réunit le kyste à la partie postéro-interne de la bande ventriculaire gauche.

Il nous est impossible de connaître la consistance de la tumeur, la malade refusant toute intervention ; néanmoins, à l'aspect de ce néoplasme, M. Moure pense aussitôt à un kyste de la corde vocale supérieure gauche et propose l'opération à la malade qui refuse tout d'abord. Quinze jours plus tard elle revient avec l'intention de se soumettre au traitement radical.

Le larynx est anesthésié avec une solution de cocaïne au 1/10, et la pince de Schrotter est d'abord introduite sans succès, la malade, effrayée, supportant mal les manœuvres laryngoscopiques. M. Moure prend alors la pince de Fauvel et à la seconde introduction il retire entre les mors de la pince un lambeau de muqueuse.

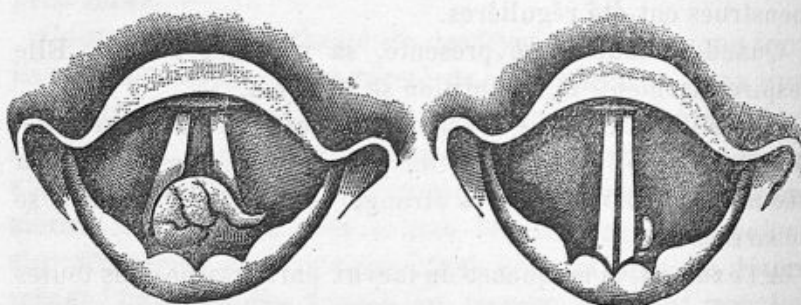


Fig. 1

Aspect de la tumeur pendant la phonation.

Fig. 2

Aspect du larynx après l'opération, la partie blanche indiquant le point d'insertion du néoplasme.

L'image du kyste pendant la phonation et la respiration, que nous reproduisons, nous donne une idée exacte de sa situation.

On examine de nouveau le larynx, la tumeur est complètement affaissée, les parois du kyste sont totalement ratatinées et présentent une surface d'implantation de 0,003 millimètres de long dans le sens antéro-postérieur, sur 0,001 à 0,003 millimètres de large dans le sens transversal. Cette surface repose en arrière sur le bord interne de la bande ventriculaire gauche. L'aspect est rugueux, irrégulier, blanchâtre, se détachant franchement sur la couleur rosée et normale de la corde vocale supérieure.

On fait un léger attouchement de chlorure de zinc au 1/30 pour cautériser le pédicule. Déjà l'aphonie a disparu; la maladie n'a plus que de l'enrouement.

Huit jours après, elle revient, sa voix a presque repris son état normal.

COMPTE RENDU

DU

XII^e CONGRÈS DES MÉDECINS ITALIENS

Tenu à Pavie, du 19 au 26 septembre 1887.

SECTIONS DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE.

Présidence de M. MASSEI pour la laryngologie,
M. LONGHI, pour l'otologie.

Suite et fin (1).

COZZOLINO (Naples). — **Chirurgie intratympanique pour améliorer l'ouïe dans les surdités de l'oreille moyenne, etc.**

Pour supprimer l'excès de tension dans les scléroses de la caisse, d'après ses observations, l'auteur conclut :

1^o La myringotomie galvano-caustique est sans inconvénient et donne une perforation durable ;

2^o L'ablation des lambeaux épaissis et calcifiés, quand il n'y a pas ankylose de l'étrier avec la fenêtre ovale, amène du soulagement dans les paracousies et améliore l'ouïe ;

3^o Il y a même amélioration avec la pligotomie à la Politzer

(1) Voir *Revue*, n^o 3, 1885.

quand il existe une saillie par tension de la petite apophyse;

4° Les dislocations dans l'immobilité de la chaîne des osselets procurent une simple amélioration temporaire, si on ne pratique aussi un traitement mécanique;

5° Au contraire, les amputations du manche du marteau, quand il adhère au promontoire, à la suite d'inflammation chronique, procurent une amélioration plus durable;

Enfin, l'auteur rapporte un cas d'amélioration obtenue avec la perforation galvano-caustique de la fenêtre ronde.

A ce sujet GRADENIGO (Padoue), LONGHI (Milan) et MASINI (Gênes), font des observations.

GRADENIGO (Padoue). — **Contribution à l'étude de l'otite scléreuse et de l'ankylose stapédio-vestibulaire.**

Avant tout l'orateur fait une description très claire de l'otite scléreuse, à partir de son début jusqu'à son complet développement, et il fait observer que cette affection est tout à fait spéciale, et qu'elle n'a rien de commun, quant à ses symptômes, avec l'otite moyenne catarrhale.

D'après ces observations il admet pour l'origine de l'otite scléreuse la théorie embryogénique.

Il nie toute efficacité au traitement topique pratiqué jusqu'à présent.

MASINI (Gênes) admet aussi l'hypothèse embryogénique de M. Gradenigo, mais il accepte également l'opinion que l'otite scléreuse provient d'une inflammation chronique.

COZZOLINO nie absolument l'hypothèse de M. Gradenigo et croit que l'affection est due à la propagation de l'inflammation des voies respiratoires. Il accorde aussi au traitement mécanique une préférence.

GRADENIGO fait un rapport sur les résultats les plus importants de plusieurs de ses **recherches embryologiques sur l'organe de l'ouïe** chez les mammifères supérieurs et l'homme, recherches déjà publiées en partie dans le *Medicinische Jahrbücher* de Vienne.

COZZOLINO présente son **audiomètre électro-téléphonique**.

Après la description, l'orateur analyse tous les avantages de l'instrument.

GRADENIGO rappelle que lui aussi a fait construire un appareil semblable; mais il observe que tous, depuis celui de Hartmann, Urbantschitsch jusqu'à Jacobson ont des inconvénients.

GRADENIGO. — **Sur les otites internes bilatérales aiguës.**

Il admet l'existence d'une otite interne bilatérale primitive, due, selon lui, à la syphilis héréditaire.

MASINI (Gênes) rapporte un cas de **scotome de l'ouïe**, qu'il croit plus juste d'appeler *interférence*. Il accepte pour l'explication du phénomène la théorie de M. Longhi (théorie dynamique).

PINI (Milan) admet cette théorie; mais il en expose une autre, en se fondant sur les phénomènes statiques.

GRADENIGO partage cette dernière opinion.

PINI présente son **cathéter pneumo-électrique** pour la trompe d'Eustache.

SAPOLINI (Milan) présente deux **pincés polypotomes**.

Enfin SAPOLINI et LONGHI proposent l'admission des médecins auristes dans les Sociétés de chemins de fer, en considérant les dangers auxquels sont exposés les voyageurs par suite de l'altération de l'ouïe des employés.

Tous les membres de la Section adressent leurs vœux au Congrès des Sociétés de chemins de fer à Milan.

D^r CARDONE.

EXTRAIT DU COMPTE RENDU

DU

3^e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

TENU A PARIS DU 12 AU 17 MARS 1888

Résection temporaire du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par M. FONTAN (de Toulon).

L'auteur dans un cas a fait pivoter le maxillaire supérieur à l'aide des sections indiquées par Roux, l'ablation du polype fut très facile. Une staphyloraphie ultérieure vint redresser le voile du palais.

Tumeurs gazeuses ou aéroçèles du cou, par L.-H. PETIT (de Paris).

L'auteur rappelle simplement l'étiologie, la pathogénie et les symptômes cliniques de ces tumeurs. Il fait remarquer que certaines d'entre elles sont susceptibles de guérison, alors que d'autres restent dans le *statu quo*

De l'extirpation du goître, par BOREL.

L'auteur a pratiqué vingt fois cette opération avec un seul cas de mort déterminé par l'entrée de l'air dans la veine jugulaire. Il n'a jamais observé de cachexie strumiprive, mais simplement des troubles cérébraux transitoires.

M. PITTS se borne à diviser en pareil cas l'isthme de la glande thyroïde.

J. KESER rapporte que le professeur Socin emploie avec succès la *strumectomie*. L'auteur en a signalé dans sa thèse trente-sept cas pratiqués à la clinique de Bâle avec une réussite complète.

Extirpation du larynx, par le professeur DEMONS de (Bordeaux.)

L'auteur a pratiqué cette opération chez deux malades qui

lui avaient été adressés par le D^r Moure, avec le diagnostic de cancer du larynx. Dans les deux cas, il s'agissait d'anciens syphilitiques. L'ablation fut partielle chez le premier malade : le néoplasme récidivait neuf mois après. Le larynx fut complètement enlevé dans le second cas ; et, depuis, il n'y a pas eu trace de récidive. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic.

L'auteur conclut en disant que, malgré sa gravité, l'extirpation du larynx est parfois nettement indiquée.

M. Dupont (de Lausanne), à propos du manuel opératoire, estime que la canule de Tredenlenburg est parfois insuffisante, et c'est pour parer à cet inconvénient qu'il a, dans un cas, fixé la trachée sectionnée à l'angle inférieur de la plaie.

Des opérations plastiques du palais chez l'enfant,
par EHRMANN de (Mulhouse).

L'auteur a pratiqué quarante-une fois cette opération. Les soins ultérieurs à donner à l'opéré lui paraissent une condition indispensable de succès, et c'est pourquoi ils doivent être confiés à des mains expérimentées. Il lui paraît préférable d'opérer de bonne heure, car on n'aura pas de la sorte, à lutter contre les vices de prononciation déjà acquis.

La laryngotomie et la trachéotomie dans les cas de corps étrangers du larynx, par le D^r LABBÉ.

L'auteur tenta, dans un cas, d'enlever un corps étranger du larynx, par simple laryngotomie sans trachéotomie préalable. Il eut à se repentir de ce procédé, car du sang étant tombé dans la trachée, l'enfant fut menacé de suffocation et il fallut sur-le-champ pratiquer la trachéotomie. C'est pourquoi il recommande, par prudence, de faire une trachéotomie préalable (*Sem. méd.*, n^{os} 11 et 12, 14-21 mars 1888).

L. LACONNET.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Hémianesthésie droite et hémisurdité avec persistance du réflexe de l'accommodation binauriculaire, par M. GELLÉ.

La synergie des deux organes auditifs dans l'accommodation binauriculaire et leur mutuelle dépendance cesse seulement dès que l'appareil de transmission et d'accommodation est immobilisé ou détruit (ankylose, immobilisation, chute de l'enclume). Pour que le phénomène se produise, il faut encore que l'excitation motrice soit transmise au centre réflexe et reportée de là à l'oreille qui écoute. Quelquefois, suivant l'excitabilité du sujet et avec des acuités auditives variées, le réflexe manque ou est exagéré. Il n'est en rapport exclusif ni avec la sensibilité cutanée ni avec la sensibilité sensorielle.

Chez une femme hémianesthésique droite, atteinte d'hémisurdité totale droite, M. Gellé a constaté l'insensibilité du tympan, de la peau du conduit, au contact, au froid, à la piqure, et de la surdité par toutes voies.

Or l'épreuve de l'accommodation binauriculaire a toujours donné un résultat positif : le réflexe était conservé. On ne peut cependant le rapporter à une excitation cutanée ou sensorielle. Le mouvement subit seul éveillerait-il le réflexe moteur ? Par quelle voie ?

Ne peut-on croire que les deux moitiés du corps échangent des fibres nerveuses : la sensibilité peut disparaître d'un côté, mais les fibres du côté sensible gardent la faculté de conduire les excitations, surtout celles des mouvements synergiques. On sait, de plus, que centres sensoriels et foyers réflexes ont des sièges différents dans le système nerveux. (Société de Biologie, séance du 11 juin. — *Semaine médicale* du 15 juin 1887).

L. LACARRET.

Sur l'ouïe des épileptiques (*Sull'udito degli epilettici*),
par M. VENTURI.

D'après les observations faites sur quarante individus sains (vingt hommes et vingt femmes) et sur soixante-quinze épi-

leptiques presque tous aliénés (quarante hommes et trente-cinq femmes), l'auteur conclut que les maxima de sensibilité auditive chez les hommes et les femmes épileptiques furent inférieurs de la moitié à ceux observés chez les individus sains ; et ils n'arrivèrent même pas à atteindre la moyenne des personnes saines.

Les minima chez ces derniers dépassèrent toujours de beaucoup la moyenne des épileptiques où, dans les deux sexes, la sensibilité auditive est beaucoup moindre que chez les individus sains. Les femmes épileptiques offrent une diminution de sensibilité auditive beaucoup plus considérable que celle des hommes.

L'auteur en arrive à conclure que l'existence presque constante de la diminution de sensibilité auditive chez les épileptiques est un symptôme très important dans l'épilepsie constitutionnelle.

Berezowski a de même, observé récemment, sur quatre-vingt-treize épileptiques vingt-six cas d'altération de l'ouïe.

CARDONE.

De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire, par le Dr J. BARATOUX.

L'auteur rappelle les altérations de l'oreille interne, connues jusqu'à présent dans la syphilis.

Il passe ensuite en revue les opinions émises au sujet des lésions de cette partie de l'organe de l'audition chez le nouveau-né, chez le syphilitique héréditaire, par Hutchinson, Lancereaux, Saint-John Roosa, Wreden, Hinton.

A la suite de nombreuses autopsies, l'auteur a pu constater que l'oreille interne était le siège de lésions profondes survenant, soit primitivement, soit consécutivement à une altération de l'oreille moyenne. Sur 43 sujets, il a noté 27 fois des lésions de la caisse, 4 fois des lésions du labyrinthe et 12 fois des lésions de ces deux parties.

Dans les cas où l'oreille interne était prise concurremment avec l'oreille moyenne, cas où il y avait absence de pus dans le labyrinthe, on trouvait toujours une injection vasculaire

des parties molles du labyrinthe avec épaissement des membranes, infiltrées de cellules rondes, surtout au niveau des ampoules des canaux demi-circulaires.

Quand l'oreille interne était seule affectée, les altérations étaient encore plus profondes ; les vaisseaux de l'angle spiral et même le vaisseau de la lame spirale membraneuse offraient une prolifération cellulaire de leurs tuniques, amenant le rétrécissement du canal, et, par suite, une oblitération par caillot fibrineux, qui produisait une dilatation anévrysmale et souvent une rupture vasculaire avec hémorrhagie.

Ces observations complètent donc celles des auteurs qui, dans le cas de syphilis, ont trouvé des altérations analogues des vaisseaux et des hémorrhagies dans les divers organes et tissus de l'économie. (*Progrès médical*, 29 octobre 1887.)

L. LACONNET.

Fracture du rocher par arme à feu. Paralysie faciale. Hémorrhagies abondantes. Ligature de la carotide. Surdité tardive. Guérison, par le Dr R. LE CLERC (de Saint-Malo).

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui s'était tiré dans la bouche un coup de revolver. On constatait, outre la tuméfaction de la joue droite, du voile du palais, du pilier antérieur droit, une plaie située à l'union du voile du palais et de la voûte palatine du même côté. La direction du trajet était oblique en haut, à droite, et en arrière. Les mouvements de déglutition très douloureux s'accompagnaient d'un écoulement de sang rutilant par le conduit auditif externe. Il existait en plus une paralysie du facial supérieur et inférieur. L'ouïe était conservée du côté lésé.

Douze jours après l'accident, en moins de 48 heures, le malade perdait 3 k. 905 gr. de sang, par le nez, l'oreille et la bouche, sans compter les hémorrhagies plus légères des jours précédents. M. Cruveiller pratiqua aussitôt la ligature de la carotide primitive droite dans son tiers supérieur.

L'opération n'eut aucune suite fâcheuse. Il se produisit encore quelques hémorrhagies (600 gr. de sang), mais la guérison ne tarda pas à survenir. Trois mois après sa blessure,

le malade quittait l'hôpital, conservant un écoulement purulent et fétide de l'oreille et une surdité d'abord peu accusée puis complète du côté droit. La paralysie faciale avait disparu. Un an après, l'écoulement de l'oreille se tarissait, et, au bout de quatre ans, le malade entendait à droite presque aussi bien qu'à gauche.

L'auteur pense, étant donnée l'abondance de l'hémorrhagie, sa bénignité relative et la rutilance du sang, qu'on se trouvait en présence non d'une lésion de la stylo-mastoïdienne, ou de la jugulaire interne, mais plutôt de la carotide interne droite.

L'hémorrhagie s'était produite à la chute de l'escharre occasionnée par la contusion. Dans ce cas la ligature de la carotide primitive, plus facile et moins dangereuse que celle de la carotide interne, était indiquée. La statistique des accidents consécutifs à cette opération n'est que de 26 à 29 p. 100.

Les hémorrhagies qui surviennent après l'opération n'entravent souvent pas la guérison et n'autorisent pas à tenter une nouvelle ligature du côté opposé. En raison de la rapidité de la paralysie, on peut admettre que le nerf facial a été sectionné. La lésion s'était réparée dans l'espace de trois mois.

Les troubles auditifs tardifs ne peuvent qu'être mis sur le compte d'une inflammation chronique de la caisse avec désorganisation de son contenu. La disparition de l'écoulement a ensuite permis à l'appareil auditif de reprendre son fonctionnement. (*France Médicale* du 29 décembre 1887.)

L. LACARRET.

Anévrysme de la carotide interne gauche dans le canal carotidien, Otorrhagies, Abscès mastoïdien et abcès du cervelet consécutif, par BOTTARD.

Il s'agit dans ce cas d'une femme morte à l'hôpital du Havre et dont M. Bottard résume ainsi l'observation :

1° Symptôme d'anévrysme spontané (septembre 1883);
2° myringite ulcéreuse (juillet 1884); 3° otorrhagies (à partir du 27 novembre); 4° extension de l'ostéo-périostite de la caisse du tympan à la région mastoïdienne (décembre 1884);

5° paralysie faciale et surdité complète de l'oreille gauche (20 décembre 1884) ; 6° cessation de l'hémorrhagie indiquant une oblitération de la plaie de l'artère par organisation du sang épanché (10 janvier 1885) ; à partir de ce moment, écoulement de pus osseux et fétide ; 7° l'inflammation semble avoir gagné du côté du cerveau et du cervelet par l'intermédiaire de la veine mastoïdienne et du sinus latéral (19 janvier) ; 8° mort (29 janvier).

Il y a eu, dit l'auteur, deux phases distinctes dans la maladie, et à ces deux phases répondaient deux indications différentes pour l'intervention chirurgicale :

1° *L'Anévrysme du premier coude de la carotide interne dans le canal osseux du temporal.* A cette phase répondait l'indication de la ligature de la carotide interne ;

2° *Les abcès mastoïdiens avec toutes ses conséquences.* A cette phase répondait l'indication de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Il fait enfin remarquer, en terminant, combien sont rares les anévrysmes spontanés de la carotide interne dans le canal osseux du rocher. D'ordinaire c'est dans le sinus caverneux et au-delà que la carotide interne est atteinte d'anévrysme. (*Normandie Méd.*, n° 22, 15 novembre 1887.)

M. NATIER.

Affections sympathiques de l'oreille, par le D^r BENNET

Le malade, âgé de trente-cinq ans, est sourd depuis plusieurs mois, l'examen révèle la présence d'abondantes mucosités dans la caisse. La paracentèse est faite à gauche et les mucosités chassées dans le conduit par le cathétérisme. L'audition est notablement améliorée à gauche ; mais, à la grande surprise de l'auteur, une amélioration se produit aussi à droite, qui ne persiste, il est vrai, que trois jours et ne devient définitive qu'après l'évacuation des mucosités.

Le second cas rapporté par Bennet est plus intéressant. Le malade, un peu anémique, se plaint d'éprouver depuis peu des douleurs et de la surdité de l'oreille gauche avec un bourdonnement continu à droite. L'examen révèle la présence

d'un bouchon de cérumen à gauche, rien d'anormal à droite. Le bouchon est enlevé et, non seulement le malade vit disparaître la surdité et la douleur de l'oreille gauche, mais encore les bourdonnements de l'oreille droite. (*Sympathetic affection of the ears*, 30 juillet 1887.) D^r J. CHARAZAC.

Un cas de nécrose du limaçon (*Ein Fall von Nekrose der Schnecke*),
par A. HARTMANN (de Berlin).

Les nombreux cas de nécrose du labyrinthe, relatés dans la littérature médicale, sont dus pour la plupart à Bezold, comme le rappelle l'auteur. Il en rapporte une observation qui pourra servir à enrichir l'histoire de cette affection. Il s'agit d'un étudiant qui, après un refroidissement au mois de novembre 1884, aurait été atteint d'otite moyenne chronique gauche avec écoulement de pus. Au mois d'avril suivant on dut lui enlever avec le serre-nœud un polype de l'oreille; l'opération fut suivie de douleurs vives et de paralysie faciale. A la fin d'avril on ouvrit le temporal avec le ciseau; au commencement de juin on enleva un séquestre de la grosseur d'un pois, après quoi la paralysie faciale commença à s'améliorer. Consécutivement, rétrécissement très notable du conduit et granulations; élargissement avec le couteau et l'anse galvanique. Au mois de mars 1886, après plusieurs autres accidents, il vint trouver l'auteur qui constata la persistance de la paralysie faciale, un écoulement de pus abondant et de mauvaise nature, du rétrécissement du conduit avec granulations. Le lendemain il enlevait avec le crochet un petit séquestre qui lui parut constitué par l'un des deux canaux circulaires supérieurs du limaçon.

Au diapason, le malade entend du côté droit tous les sons d'une hauteur de sept octaves. C-c⁵.

Placés sur l'apophyse mastoïde gauche, la plupart des diapasons furent encore perçus à droite; avec le petit diapason c, il était impossible de distinguer s'il était perçu à droite ou à gauche; les diapasons c¹ et c² étaient manifestement mieux entendus à gauche qu'à droite. Avec la montre, l'acoumètre de Politzer, la voix murmurée, on n'obtint que

des résultats négatifs. Après plusieurs mois de traitement à l'iodoforme, la sécrétion persistait encore pour enfin disparaître complètement par l'usage de l'acide borique.

Parmi les quarante-six cas de nécrose du labyrinthe rassemblés par Bezold, cinq fois seulement on put constater que l'ouïe était conservée. On y pourrait ajouter encore quatre ou cinq cas où la moitié environ des canaux demi-circulaires auraient disparu par nécrose.

Il ne faudra prêter qu'une attention médiocre au dire des malades qui souvent ne peuvent faire une localisation précise et répondent dans le sens où ils sont interrogés.

L'auteur termine en disant que jusqu'à plus ample informé on doit considérer comme démontré que la nécrose du limaçon s'accompagne d'une surdité totale. (*Zeitschr f. Ohrenheilk.*, Bd, XVII, 1,2 H. 1887.)

M. NATIER

Développement de vers dans l'oreille.

Nous lisons dans la *Gazette des Hôpitaux de l'Empire Ottoman* une observation de MM. les docteurs Yanco Effendi et Ananian, relative à l'extraction de vers développés dans l'oreille. Ce cas assez curieux a été observé chez un soldat, âgé de 20 ans, qui se plaignait d'une douleur dans l'oreille gauche, qui le tourmentait depuis 15 jours de la manière la plus inquiétante et la plus intolérable. Il prétendait sentir dans l'oreille des mouvements manifestes de va-et-vient de quelque chose qu'il ne peut définir ; il se plaint de bourdonnements, de vertiges et de démangeaison. L'interrogatoire du malade fit découvrir en outre qu'il existait une otorrhée purulente, datant de deux ans.

Des injections répétées à l'eau tiède firent sortir de l'oreille trois hôtes étranges : c'étaient trois vers blancs, à peu près cylindriques, ayant une tête et une queue effilée, parfaitement vivants, s'incurvant sur eux-mêmes avec une grande vivacité.

Quant aux lésions anciennes de l'appareil auditif, elles consistaient en une otite moyenne suppurée chronique, avec

perforation de la membrane du tympan et état fongueux du conduit.

Les auteurs de cette intéressante communication émettent quelques considérations au sujet de l'étiologie, de l'origine de ces vers. Les conclusions auxquelles ils arrivent leur font considérer que c'est la suppuration de longue durée et fétide, qui a joué ici un rôle incontestable. Les corps vivants, qu'on peut rencontrer dans l'oreille, viennent ou du dehors, comme Bérard a constaté l'existence d'une larve de la mouche carnassière, qui sortit de l'oreille, attirée par l'odeur d'un morceau de viande qu'on plaça à l'entrée du conduit auditif, ou bien ils y sont déposés à l'état d'œufs, dans le cours de diverses affections, qui s'accompagnent de suppuration. On sait à quel point le sens de l'odorat est développé chez certaines mouches. Elles sont attirées de très loin par l'odeur du pus ; elles arrivent au méat auriculaire, déposent leurs œufs dans le conduit, et bientôt des vers s'y développent. (*Presse méd. belge*, n° 43, 9 octobre 1887.)

Concrétions calcaires de l'oreille externe (*Calcareous concretions in the external ear*), par le Dr LESTER CURTES.

Le malade souffrait d'un gonflement du méat auditif droit. On crut tout d'abord à une inflammation simple du conduit et l'on prescrivit des instillations avec une solution de morphine. Les douleurs cessèrent et, deux ou trois jours après, diminuèrent sans toutefois disparaître complètement, il existait aussi une certaine sensibilité de la région. Quinze jours plus tard se produisit un écoulement de pus. Quelques mois après le malade rendit par l'oreille plusieurs petites masses calcaires. A l'examen on constata un espace rouge et induré situé à la portion moyenne de la paroi postérieure du conduit ; au centre de cet espace, une excavation de la grandeur de la masse calcaire et entouré d'une substance granuleuse dure et résistante à la sonde. L'auteur réussit à enlever quelques-unes de ces petites masses granuleuses. Les autres parties de l'oreille étaient normales, l'audition bonne. Une légère inflammation persista quelque temps encore et disparut ensuite. A l'heure

actuelle l'oreille est absolument normale (*The Med. and surg. reporter*, 22 octobre 1887.) Dr J. CH.

Myringite aiguë comme manifestation primitive dans un cas d'érysipèle de la face, par le Dr LAVRAND.

Il s'agit d'un cas d'érysipèle de la face ayant débuté par la membrane du tympan sans altération préalable de l'audition ni inflammation de la trompe ou de la caisse.

Étant donnée la marche de la maladie l'auteur tire les conclusions suivantes :

- 1° Nous avons eu affaire à une myringite primitive aiguë ;
- 2° La marche de l'affection nous autorise à considérer cette myringite comme érysipélatrice ;
- 3° L'érysipèle, parti de l'oreille moyenne, a gagné le pharynx par la trompe, puis le nez et le reste de la face ;
- 4° Deux mois après le début, le tympan n'a pas encore repris son intégrité complète. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 3 décembre 1887.)

Syncope grave consécutive à une injection dans l'oreille.
(*Alarming syncope from syringing the ear.*)

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui, atteint d'otorrhée consécutive à la rougeole, fut traité par des injections boriquées dans l'oreille. A la suite d'une injection survint une syncope qui dura deux heures et parut un instant menacer la vie du malade. La membrane du tympan était largement détruite. Cette observation démontre que chez les jeunes enfants les injections dans l'oreille doivent être faites avec prudence et en ayant soin de modérer le jet du liquide. (*The Lancet*, 15 oct. 1887.)

Otite moyenne suppurée dans les sténoses nasales.

M. Barth. — J'ai observé tout récemment deux malades chez lesquels une suppuration de l'oreille moyenne s'est manifestée après la cautérisation au galvano-cautère des cornets inférieurs. La tuméfaction consécutive à l'intervention avait amené l'obstruction des fosses nasales et cela avait suffi pour expliquer les accidents, car la rhinoscopie posté-

rieure me fit reconnaître que les trompes étaient intactes.

D'autre part, j'ai vu plusieurs fois des suppurations de l'oreille moyenne disparaître à la suite d'opérations qui rendaient de nouveau possible la respiration par le nez. Dans un cas notamment d'extirpation de nombreux polypes muqueux, l'otite moyenne a guéri quatre semaines après l'opération.

De ces faits, je tire une conclusion pratique : dans les otites moyennes, il faut toujours examiner les fosses nasales et s'arranger de façon à rendre possible la respiration par cette voie.

Je ne puis encore décider à quoi tient cette influence de la respiration nasale sur les otites.

Une autre question importante se pose immédiatement. Les opérations pratiquées dans les fosses nasales exposent-elles aux otites ? Je crois que non, si l'on applique à chaque cas la thérapeutique convenable.

Je distingue deux formes de prolifération de la muqueuse nasale. La première est circonscrite au tissu érectile du cornet moyen, la seconde occupe toute la muqueuse. Dans la première, je conseille d'extirper tout le tissu hypertrophié avec un fragment du squelette osseux du cornet en s'aidant de l'anse du galvano-cautère. Cette extirpation sera faite en une séance. Dans l'hypertrophie généralisée, il convient de revenir à plusieurs reprises, qu'on emploie le thermo-cautère, les caustiques, etc. On prévient la tuméfaction consécutive à l'opération, en faisant priser au malade une poudre renfermant de la cocaïne. De cette façon, la cocaïne n'a jamais causé d'accidents.

En diagnostiquant et traitant à temps les altérations des fosses nasales, les médecins rendront souvent de grands services à leurs clients qu'ils pourront préserver plus d'une fois d'une surdité définitive.

M. Lucæ. — Il y a dix-neuf ans, dans cette Société même, j'ai signalé les relations qui existent entre la sténose nasale et l'otite moyenne. Depuis, j'ai vu chez un grand nombre de malades, en particulier des enfants scrofuleux, le traitement

du désordre nasal amener le retour du tympan à sa position normale. Je n'ai pas toujours eu recours à la cautérisation, aujourd'hui si en faveur, il m'a souvent suffi d'introduire des canules en gomme, dont j'ai progressivement augmenté le calibre.

L'influence de la respiration par le nez sur le fonctionnement du tympan est facile à démontrer. Il suffit de rappeler que le tympan se rétracte en dedans toutes les fois que l'on fait un effort de déglutition, pourvu que la bouche et le nez soient maintenus clos.

Comme on ne peut avaler que la bouche fermée, la rétraction du tympan est inévitable à chaque déglutition chez les sujets atteints d'occlusion des narines.

Chez ces personnes, la pression de l'air dans la caisse est inférieure à la pression atmosphérique, et Saunders a montré récemment que ces diminutions de pression sont une cause d'otite catarrhale.

Ces faits expliquent donc la relation signalée par M. Barth.

M. Barth. — L'explication de M. Luœ s'applique parfaitement à l'otite chronique sèche, et la relation entre cet état et la sténose nasale a bien été établie par notre confrère; mais je ne sache pas que cette relation ait été déjà signalée à propos de l'otite suppurée. (Soc. de méd. de Berlin, 7 décembre, et *Bullet. méd.*, 14 décembre 1887.)

Suppuration de l'oreille moyenne (*Suppuration of the middle Ear*), par le Dr W. CHEATHAM.

Lorsqu'il n'existe pas de nécrose des os ni de complication mastoïdienne, le meilleur traitement consiste à détruire avec l'acide chromique cristallisé les granulations s'il en existe, tout en maintenant l'oreille propre avec du peroxyde d'hydrogène 120/0, et des lavages salés et en séchant bien les surfaces avec de l'alcool aussi fort que le malade peut le supporter. D'après l'auteur, la seringue est le seul moyen du lavage parfait pour l'oreille; nous ne saurions partager cette opinion. La plupart des malades à qui l'on prescrit des injections avec la seringue se nettoient fort mal, malgré toutes les indications qu'on a pu

leur donner. Quoi qu'il en soit, après avoir détruit les granulations, l'auteur fait soigner chez lui le malade à l'aide d'injections, des instillations de peroxyde d'hydrogène et de la solution suivante : iodol et acide borique à 3 gr., alcool 60, eau 40 gr. Deux ou trois fois par semaine, douche de Politzer ou cathétérisme. L'auteur, en terminant, affirme que cette méthode lui a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres modes de traitement, bien que dans certain cas fort simple le vieux traitement par des solutions de sulfo-carbonate de zinc ou de nitrate d'argent donne de meilleurs résultats. (*The Amer. Practitioner and News*, 15 octobre 1887.)

D^r J. CH.

L'oreille moyenne du nouveau-né. Étude médico-légale,

par le D^r LENHARDT.

Après avoir exposé l'état foetal de l'oreille, l'auteur fait l'historique de la théorie de la docimasie auriculaire.

Le coussinet muqueux de la caisse subit une diminution manifeste dans les premières heures de la vie sous l'influence de la respiration, influence qui amène la régression du tissu foetal; telle est l'opinion de Wreden, qui attribue à une gêne de la respiration la transformation morbide de ce tissu, dans les cas où il avait trouvé un catarrhe muqueux ou purulent de la caisse. Wendt à son tour dit que l'air entrant dans la caisse du nouveau-né aplatit les parois de cette cavité, en isole le coussinet muqueux, et par suite provoque le retrait et l'atrophie de ce dernier.

Gellé confirme les opinions de ces auteurs. L'échange entre le contenu de la caisse de l'air extérieur ne demanderait douze heures que dans les cas où les mouvements respiratoires seraient faibles, et dans ce cas on opérerait un commencement d'aération.

L'inspection de l'oreille moyenne permettrait donc de se prononcer sur la respiration du nouveau-né et même de juger du genre de mort et de l'époque à laquelle elle a eu lieu, avant ou après l'accouchement, avant ou après les premières inspirations.

Mais à cette théorie on a objecté que l'oreille du fœtus ou du nouveau-né peut être le siège d'une inflammation comme l'ont fait remarquer Koppen, Wreden; de Ernettrets, que le bourrelet gélatineux disparaît souvent pendant la vie intra-utérine (Zaufal, Kutscharianz, de Trœltzsch, Baratoux, Lannois), que le magma gélatineux se trouve aussi chez les enfants dont les poumons sont aérés (Ogston, Moldenhauer, Hoffmann, Baratoux).

M. Lenhardt conclut de ces travaux et de ses recherches personnelles que la présence de l'air dans la caisse d'enfants ayant vécu n'est pas rare et que l'absence du tissu gélatineux de l'oreille moyenne au moment de la naissance est un fait assez commun; qu'elle ne peut servir aucunement pour élucider la question de la respiration du nouveau-né.

L'École de médecine légale de Paris admet que la substance qui compose le bouchon gélatineux se transforme rapidement sous l'influence de la putréfaction, de sorte que ce signe ne peut être invoqué dans le cas où il serait le plus utile, c'est-à-dire quand les poumons sont putréfiés.

En résumé l'examen de l'oreille moyenne et les conséquences médico-légales tirées par certains auteurs peuvent conduire à une erreur complète.

Il est regrettable que l'auteur n'ait donné qu'un très petit nombre d'observations; son travail aurait eu beaucoup plus de valeur s'il avait été accompagné de l'exposé des autopsies faites par lui en 1885 et en 1887. (*Thèse de Paris, 1887.*)

J. BARATOUX.

Otite moyenne hémorrhagique (*Otitis média hemorrhagica*), par le
D^r BUTTET.

Les cas d'otite moyenne hémorrhagique sont rares, le fait suivant rapporté par le D^r Buttet peut être considéré comme typique.

M^{me} C., âgée de 42 ans, mère de neuf enfants, et jouissant d'une excellente santé, est prise de violentes douleurs de l'oreille et du côté gauche de la face. Elle éprouve une sensation de plénitude et de pesanteur dans l'oreille, la mastica-

tication et la déglutition augmentent la douleur. Les parties malades sont très sensibles au toucher. Des symptômes généraux, tels que fièvre, insomnie, agitation, viennent se joindre aux phénomènes locaux. A l'examen la membrane du tympan à gauche est congestionnée et l'on observe une saillie sur le quadrant antéro-postérieur. La paracentèse est faite et par l'ouverture de la membrane, et par la narine gauche s'échappe une quantité notable de sang. La douleur et la sensation de plénitude cessent aussitôt et huit jours après la guérison était complète. (*The Lancet*, 4 juin 1887.) Dr J. CH.

Polype de la caisse sans perforation du tympan (*Polype of the tympanic cavity with imperforate membrane tympani*), par le Dr A. TITELBERG.

Les polypes de la caisse sans perforation du tympan sont très rares, aussi l'observation suivante présente-t-elle de l'intérêt.

Le 3 décembre 1885, Marie B., âgée de quinze ans, vient à ma consultation; elle souffre depuis trois jours de vives douleurs dans l'oreille droite. Trois ans auparavant elle a ressenti des lancements dans cette oreille pendant une semaine et elle a éprouvé des bourdonnements pendant les quinze jours qui ont précédé l'apparition de la douleur.

L'examen montre que la partie postérieure de la membrane du tympan fait une saillie, elle est en outre gonflée dans toute son étendue, la couche épidermique est en partie détruite, et la couleur est rouge grisâtre. Le manche du marteau n'est pas visible. Dans le conduit auditif se trouvent des débris épidermiques qui sont enlevés avant l'examen du tympan.

La douleur est notablement améliorée et disparaît bientôt à la suite d'insufflations d'air avec la poire de Politzer, mais on n'entend pas de bruits de perforation, et la saillie de la membrane n'est en aucune façon modifiée.

L'attouchement de la membrane avec la sonde fait découvrir de la fluctuation et, le gonflement n'ayant pas diminué, on pratique la paracentèse. La perforation ne donne lieu à

aucun écoulement de pus, mais un polype de la grosseur d'un petit pois vient faire saillie dans la perforation; il paraît s'insérer par un large pédicule sur la muqueuse du promontoire. L'écoulement, léger au début, devient ensuite abondant quand l'ouverture du tympan se fut agrandie. En dehors des lavages de l'oreille et des insufflations d'air on pratique des instillations avec une solution boriquée à 4 0/0 contenant 10 grammes d'alcool rectifié et 15 grammes d'eau. Deux semaines plus tard l'écoulement avait beaucoup diminué. Un mois après le polype avait disparu; la perforation devint plus petite et se ferma complètement. Le tympan épaissi prit une coloration grisâtre. Le siège de la perforation était marqué par une ligne brillante. Le manche du marteau resta indistinct. La montre est entendue à 10 centimètres, et la voix moyenne à une distance de 6 mètres, l'oreille gauche fermée. La malade, satisfaite du résultat, cessa alors tout traitement. (*Arch. of Otology*, septembre 1887.)

Dr GORHANS-BACON.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

De la Céphalée postérieure. Ses relations avec les maladies du pharynx, par le Prof. VERGELY.

Cette étude repose sur l'observation de 18 faits qui sont rapportés au commencement de cet intéressant mémoire, traitant un sujet peu connu en France; car dans notre littérature médicale on ne trouve que quelques lignes écrites par Brochon, dans le Dictionnaire de Dechambre; cet auteur, à propos du coryza postérieur, dit que Ch. Fauvel signale comme symptôme de cette affection une douleur derrière la tête au niveau de la ligne courbe inférieure de l'occipital. Cette citation constitue toute la bibliographie française, et M. Vergely pense avec raison faire œuvre utile en portant à la connaissance de ses confrères les résultats de son expérience sur la céphalée d'origine pharyngée.

Il résulte des 18 observations personnelles de l'auteur que dans la pharyngite aiguë, dans les états subaigus dans le catarrhe chronique du pharynx buccal et nasal, il existe assez

souvent une douleur spontanée qui occupe la région de la nuque, l'émergence des nerfs occipitaux, la partie postérieure de l'occipital tout entière, ou particulièrement la bosse occipitale avec irradiations au vertex au front, aux tempes et à l'apophyse mastoïde, en un mot sur tout le trajet des branches du nerf occipital interne.

Cette douleur consiste parfois simplement en de la gêne, en de l'endolorissement, mais d'autres fois la souffrance est très grande, on l'a vue se manifester à la région mastoïdienne avec un tel caractère de violence qu'on a pu croire à une altération des cellules mastoïdiennes. Dans certains cas, enfin, la douleur n'est pas spontanée, on constate seulement à la pression des points douloureux, surtout à l'émergence des nerfs occipitaux.

Quand la trompe, la caisse, le tympan sont affectés, les douleurs se font sentir vers la conque, le tragus, la partie écailleuse du temporal. Si l'inflammation s'est propagée aux fosses nasales, aux sinus frontaux, c'est dans la racine du nez, dans la région sourcilière et sous-orbitaire que la douleur est accusée.

La douleur occipitale mastoïdienne, le cercle occipito-temporo-frontal peuvent exister en dehors de toute douleur perçue par le malade dans le pharynx. L'interrogatoire du malade est négatif et ne fournit aucun renseignement sur l'état de la gorge, il n'en faut pas moins l'examiner avec soin afin d'instituer un traitement rationnel et combattre la lésion pharyngée pour faire disparaître la céphalée.

Le Dr Vergely examine ensuite quelles sont les affections autres que la pharyngite qui déterminent des douleurs occipitales, établit les points de repaire, les traits caractéristiques qui permettent de faire le diagnostic et de repousser l'idée de méningite, de lésions vertébrales, de sclérose, etc., etc. Il cite à ce propos un cas de Legal où une femme hystérique eut l'apophyse mastoïdienne trépanée pour une vive douleur d'origine pharyngée. — Quel est le mécanisme de production de cette céphalée? Le pharynx reçoit des nerfs du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et du trijumeau. Est-ce par

l'intermédiaire des anastomoses de ces nerfs avec les premières paires cervicales qu'a lieu cette excitation douloureuse? Est-ce, au contraire, par action réflexe, le voisinage du pharynx avec la région cervicale, le bulbe centre des réflexes, permet de le supposer.

Quelle que soit la pathogénie de cette céphalée, elle doit être combattue par des moyens dirigés contre l'état du pharynx, l'auteur recommande la glycérine iodée, en badigeonnage, et des applications de cocaïne, contre le catarrhe du pharynx buccal, et des irrigations astringentes contre la rhino-pharyngée. Peut-être, dans certains cas, y aurait-il lieu de faire usage du galvano-cautère, mais c'est là un moyen employé surtout par les spécialistes, et le professeur Vergely se place au point de vue plus général; il s'adresse aux médecins praticiens qui tireront grand profit de la lecture de cet excellent travail. En effet ce mémoire est écrit avec un esprit éminemment clinique, l'auteur y fait preuve d'une grande érudition; il montre par ses nombreuses citations que la littérature allemande et américaine lui est familière.

D^r J. JOAL.

De la stomatite aphtheuse confluyente bénigne et de son traitement, par le D^r Edgard HIRTZ.

Tel est le titre d'une excellente leçon que vient de faire le D^r Hirtz à l'hôpital Lariboisière où il remplace le D^r Bouchard. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître à la stomatite aphtheuse deux formes, la discrète et la confluyente. La première est bien décrite; quant à la forme confluyente, c'est à peine si quelques médecins lui accordent chez nous droit de cité. Un certain nombre d'observations permet au D^r Hirtz d'établir que la stomatite aphtheuse confluyente n'est pas toujours une affection grave et redoutable et qu'elle peut être bénigne avec récidiyes faciles. Il est assez commun d'assister à l'apparition des poussées aphtheuses successives qui constituent un véritable cycle éruptif de plusieurs semaines de durée.

L'exanthème buccal est souvent précédé de prodromes

auxquels quelques malades ne se trompaient pas et qui devançaient la stomatite de 24 ou 48 heures, irritabilité du caractère, impressionnabilité des organes des sens, puis, le lendemain dans la bouche et l'arrière-gorge, il y a une sensation de chaleur âcre et de la rougeur vive. Le surlendemain l'éruption se produit sous forme d'une série de petits points jaunâtres gros comme une tête d'épingle, disséminés sur les lèvres, les joues et le pharynx ; le siège d'élection est l'interligne des grosses molaires supérieures et inférieures. Puis les vésicules s'agrandissent et se rompent et forment de petites ulcérations à fond très rouge. Dans les cas intenses le dos de la langue se desquame en totalité ou par plaques irrégulières.

Cette stomatite n'est contagieuse à aucun titre; elle ne s'accompagne pas de fièvre, elle occasionne seulement un peu de gêne dans la déglutition, et il y a diminution de l'appétit. Elle se manifeste chez les personnes sujettes à une constipation opiniâtre sous l'influence d'erreurs de régime.

Comme traitement, le Dr Hirtz conseille le salicylate de soude en badigeonnage cinq ou six fois par jour, avec une solution à 20/100. Cette médication lui a fourni d'excellents résultats. (*Journal Méd. Chirurgie pratique*, novembre 1887.)

J. JOAL.

Stomatite ulcéro-membraneuse (clinique du Dr DESCROIZILLES).

Le malade qui fait l'objet de cette clinique est un enfant de six ans, qui depuis quatre ou cinq jours présentait quelques troubles fébriles avec un léger embarras gastrique. En examinant la cavité buccale on découvrit, du côté droit, sur la langue, les gencives et en arrière de la lèvre inférieure des érosions à bords sinueux, recouvertes d'un enduit grisâtre, peu épais et très adhérent; un peu de rougeur sur l'isthme du pharynx. L'haleine n'était que légèrement fétide, les ganglions étaient normaux et peu douloureux, la déglutition facile. Les caractères de l'exsudat étaient nets et le diagnostic de stomatite ulcéro-membraneuse s'imposait.

Le chlorate de potasse à l'intérieur en potion et à l'exté-

rieur sous forme de badigeonnages eut bientôt raison de ces accidents. Le malade quittait l'hôpital 15 jours après, complètement rétabli.

La rapidité de la guérison doit être attribuée au bon état général antérieur du sujet, au peu de gravité des symptômes généraux et des lésions buccales, à la promptitude du traitement. Il n'a pas été possible de reconnaître la cause étiologique de l'affection. (*Le Praticien n° du 29 août, 1887.*)

L. LACARRET.

Note sur un cas d'éruption pharyngée dans la varicelle.

par M. MOUTARD, interne des hôp. de Rouen.

La varicelle, tout comme la variole, peut donner lieu aux exanthèmes du pharynx. L'observation publiée par l'auteur en est la preuve.

Il s'agit d'une enfant de 13 ans, atteinte de varicelle confirmée. Deux jours après l'éruption de la face, la petite malade accuse un mal de gorge intense. L'examen ne fait découvrir que de la rougeur du voile du palais. Les amygdales sont légèrement tuméfiées. Le lendemain on constate, surtout dans le pharynx, des ulcérations superficielles et groupées. Le jour suivant une nouvelle poussée de bulles disséminées se produit à la fois vers la peau, vers le voile du palais et la face interne des joues. Les bulles de la muqueuse conservent encore leur revêtement épithélial, elles sont semblables aux bulles cutanées. Cette nouvelle poussée, ses caractères ne présentent aucune analogie avec une éruption herpétique. Rien au larynx, les conjonctives et la muqueuse vulvaire sont indemnes.

Quant à la varicelle, elle a continué son évolution ordinaire. (*Normandie Médic., 15 juin 1887.*) L. LACARRET.

Tuberculose parenchymateuse de la langue, par le Dr BARTH.

L'auteur présente à la Société un malade âgé de trente-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, chez lequel on constate dans l'épaisseur de la langue des nodosités douloureuses ; près du bord gauche on voit des

nodosités exulcérées avec production de matière caséuse. Un traitement syphilitique a été institué sans succès. Les crachats du malade contiennent des bacilles, mais les produits de raclage de la langue n'en renferment pas. M. Barth conclut à de la tuberculose linguale. (*Société médicale des hôpitaux*, 25 novembre 1887.) J. JOAL.

Des grenouillettes du vestibule de la bouche,

par le Dr AUTHENAC.

Dans une première partie sont étudiés les caractères différentiels des grenouillettes sublinguale, génienne labiale, et il est dit que pour tous les kystes salivaires la pathogénie est la même; comme traitement il recommande l'extirpation et l'incision suivie de cautérisation. (*Thèse Montpellier*, 1887.)

J. JOAL.

Un cas d'angiome du pharynx (*A case of angioma of the pharynx*),

par le Dr R. WOLFENDEN.

La malade, âgée de 25 ans, présentait au pharynx un angiome volumineux qui occupait la moitié droite toute entière de la paroi postérieure dans la région pharyngobuccale. Il paraissait naître des parois postérieure et latérale du pharynx derrière le pilier postérieur et faisait une saillie qui s'étendait jusqu'à la ligne médiane. Il était raboteux, ferme et de coloration pourprée. Une petite partie de la tumeur dépassait la ligne médiane; en haut la tumeur atteignait le niveau du voile du palais relevé pendant la phonation; en bas elle descendait jusqu'au niveau de la base de la langue et, aussi loin qu'on pouvait l'examiner jusque dans l'œsophage, on voyait quelques veines variqueuses, partant de la tumeur. Les amygdales étaient peu développées, de sorte qu'il suffisait à la malade d'ouvrir la bouche pour qu'on pût apercevoir la tumeur. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne du fait de sa tumeur. Tout au plus éprouvait-elle une sensation de corps étranger à la gorge lorsqu'elle prenait froid. La déglutition n'était aucunement gênée. L'auteur fit

voir la malade à son collègue le Dr Morell-Mackenzie qui déclare n'avoir jamais observé un cas semblable. (*The Brit. Med. Journ.*, 11 juin 1887.) D^r J. CH.

Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais, par le Dr TRÉLAT.

A l'hôpital de la Charité, le professeur Trélat fait une leçon à propos d'un malade qu'il va opérer, et dit qu'il faut se méfier :

1^o Des individus chez lesquels se produit insidieusement et en dehors de toute scrofule ou tuberculose un gonflement ganglionnaire bilatéral, dont l'origine est ignorée, ces gonflements étant le plus souvent la première manifestation du cancer ;

2^o Des individus également qui ont atteint ou dépassé l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans, et chez lesquels on voit apparaître tout-à-coup, sans cause appréciable, un gonflement ganglionnaire à marche rapide.

C'est là une classe intéressante de malades qu'il faut séparer du type où la maladie débute par de la difficulté à avaler, à parler, ou par des douleurs d'oreille. (*Gazette des hôpitaux*, 17 novembre 1887.) J. JOAL.

VARIA

Sur le traitement et sur quelques particularités de la maladie de Basedow, par le Dr VIGOUROUX.

Depuis longtemps l'électricité a été employée avec succès dans le traitement du goître exophtalmique, mais ce sont les courants induits qu'emploie surtout M. Vigouroux et qui ont donné des effets remarquables.

L'auteur n'a rien obtenu des bromures, de l'ergotine, de la digitale ; il repousse les substances nuisibles, iode, fer, arsenic. Quant aux opérations chirurgicales, elles lui semblent bien difficiles à justifier. C'est un bon sentiment qui fait ainsi juger les médications autres que l'électricité ; M. Vigouroux est spécialiste en la nature, il ne doit pas connaître

le travail de Ihack, et les cas traités avec succès par la destruction des cornets. (*Progrès médical*, 22 octobre 1887.)

J. JOAL.

De l'acide fluorhydrique et de son emploi comme antiseptique contre la diphtérie, par le Dr H. BERGERON.

M. Bergeron emploie depuis 1877 cet acide à l'état naissant dans le traitement de la diphtérie; il a écrit plusieurs Mémoires sur le sujet. Aujourd'hui il rappelle qu'on doit placer les malades dans une chambre de 10 mètres cubes de capacité, qu'on emploie le spalt de fluor chauffé au bain-marie.

Les sujets supportent bien ces inhalations; en 48 heures les malades guérissent, les fausses membranes disparaissent et dans l'entourage des malades il n'y a aucun cas de contagion.

Dr J. JOAL.

Note sur un cas de diphtérie secondaire à une pneumonie chez un enfant de dix-sept mois, guérison, par le Dr G. WEIL

Cas d'un enfant de dix-sept mois qui a guéri après une maladie de 44 jours. Au début, de la broncho-pneumonie, puis muguet et angine pultacée, enfin diphtérie secondaire sans engorgement ganglionnaire ni diphtérie cutanée. (Juin 1887.)

J. JOAL.

Traitements antiseptiques de la diphtérie, par le Dr P. LE GENDRE,
Chef de Clinique, Hôpital des Enfants.

Étude très complète des médicaments employés dans la diphtérie.

L'auteur passe successivement en revue les propriétés et l'action thérapeutique du sublimé, du calomel, du cyanure de mercure, des frictions mercurielles, de l'iodoforme, du brome et des bromures, du soufre et des sulfures, de l'acide salicylique, du benzoate de soude, de l'acide borique, du chloral, de l'acide lactique, de l'acide oxalique, de la résorcine, de la quinoline, de l'essence de térébenthine, de l'acide phénique.

Après bien des essais et des tentatives, le Dr Le Gendre recommande le traitement suivant :

Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des fausses membranes et un peu au-delà avec une solution de sublimé à 1/100 dans l'alcool.

Toutes les 2 heures, irrigations abondantes avec une solution saturée d'acide borique (4/100) chaude ; pulvérisations avec la même solution.

Comme médication interne, le benzoate de soude de 3 à 12 grammes, les vins de Bordeaux, de Champagne et le café. Ce traitement a été expérimenté à l'hôpital des Enfants malades et a donné de bons résultats.

L'auteur termine son travail par quelques conseils essentiellement pratiques sur la façon de faire les irrigations et les pulvérisations, et il insiste sur les points importants que les confrères ne doivent jamais oublier ; à savoir que dans aucun cas il ne faut badigeonner la gorge avec des caustiques et donner des médicaments capables d'entraver les fonctions digestives.

Grâce à ces préceptes, le Dr Hutinel n'a pas perdu, dans les mois de septembre et d'octobre, un seul enfant d'angine diphtérique, si étendues que fussent les fausses membranes sur la muqueuse buccale, les amygdales et les piliers ; plusieurs enfants ont guéri qui avaient des fausses membranes dans les fosses nasales et l'arrière-cavité, avec adénopathies.

Aucun des enfants qui étaient entrés dans le service avec une angine, le larynx étant indemne, n'a pris le croup.

L'auteur reconnaît que dans le croup confirmé, dans l'intoxication générale, il n'y a rien à faire d'utile en dehors de la trachéotomie et du traitement tonique. (*Archives Laryng.*, octobre 1887.) J. JOAL.

Études sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne,
par le Dr BATUT.

La moitié du travail est consacrée à l'historique de la question, à l'anatomie du cou, à l'étiologie, à la symptomatologie de l'hygroma après les auteurs classiques ; puis sont étudiées les différentes méthodes de traitement, et Batut conclut à leur impuissance. Il recommande l'extirpation

complète suivie d'immobilisation de la région à l'aide de la sonde œsophagienne et du pansement compressif de Julliard. (*These Bordeaux*, 1887.) J. JOAL.

Goître kystique; maladie de Basedow; guérison, par le profes. DUBRUEIL.

A propos d'un malade atteint de goître kystique et guéri par l'ablation de la poche, Dubrueil dit que le drainage est dangereux, que l'injection iodée ne réussit pas toujours. L'intervention chirurgicale a fait diminuer l'exophthalmie et la fréquence des pulsations, et il dit qu'on a vu d'autres faits, celui d'Ollier principalement, où les phénomènes de la maladie de Basedow ont été amendés par l'ablation du goître kystique. (*Gazette médicale de Paris*, 20 août 1887.)

J. JOAL.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Epistaxis, par le Dr FLETCHER-INGALS.

L'auteur rapporte plusieurs observations d'épistaxis et termine par les conclusions suivantes :

D'ordinaire l'épistaxis cesse spontanément. Chez les enfants et les adultes jeunes, elle constitue d'ordinaire un effort de la nature pour combattre la pléthore, et, par conséquent, ne réclame pas un traitement actif.

Les épistaxis fréquentes peuvent être parfois guéries par un traitement général, mais le plus souvent il est nécessaire d'employer un traitement local. Quand l'hémorrhagie est abondante, on l'arrête le plus souvent avec des insufflations de cocaïne ou à l'aide d'astringents ; on peut, si c'est nécessaire, pratiquer en même temps le tamponnement des fosses nasales antérieures. Quand cette méthode de traitement ne réussit pas, on doit traiter la cavité nasale à l'aide d'insufflations d'iodoforme et la tamponner soigneusement à l'aide de gaz saturé d'acide tannique. Ce mode de traitement réussit presque toujours, aussi ne doit-on pratiquer le tamponnement postérieur, qui est parfois dangereux, qu'en dernier ressort.

Presque toujours l'examen rhinoscopique, soigneusement fait, permet de découvrir le siège de l'hémorrhagie qui peut toujours alors être guéri par un emploi judicieux de nitrate d'argent ou, mieux, du galvano-cautère (*The Med. News*, 23 juillet 1887.)

D^r J. CHÉLAN.

Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement, par M. G. VILLEDARY.

La plupart des observations rapportées dans la thèse ont été recueillies à la clinique du D^r Moure.

Les épistaxis spontanées sont très rares, et après Chiari, Voltolini, Calmettes, Kœsselbach, Bandles, Hartmann, l'auteur vient soutenir que ces hémorragies reconnaissent pour cause la présence de dilatations veineuses qui siègent le plus souvent à la partie antérieure et inférieure de la cloison osseuse.

M. Villedary fait d'abord une étude anatomique de la muqueuse pituitaire, et fait ressortir la disposition des cornets, la turgescence du tissu érectile, puis viennent sept faits d'épistaxis chez des malades ayant des varices nasales. L'ectasie se dessine sous la forme d'une surface rouge, sombre, légèrement saillante au-dessus de la muqueuse pituitaire et sur les bords on aperçoit un réseau de vaisseaux délicats allant se perdre dans l'épaisseur du tissu ambiant.

Comme traitement des dilatations veineuses de la pituitaire, cautérisation à l'acide chromique ou au galvano-cautère. (*Thèse Bordeaux*, 1887.)

J. JOAL.

Du tissu érectile des fosses nasales, par le D^r ISCH WALL.

Cruveilhier et Sappey avaient parlé des réseaux très riches et comme caverneux de la muqueuse nasale, mais ce n'est que dans ces dernières années que Zuckerkandl, Hack, Fraenkel et John Mackenzie ont étudié le tissu érectile des fosses nasales. Isch Wall a voulu vérifier les recherches des auteurs allemands et américains. Il a examiné la muqueuse nasale d'un certain nombre d'embryons de mammifères sur la cloison d'un fœtus de porc, il a vu de nombreux capillaires dilatés;

sur le cornet inférieur d'un chat nouveau-né existait un riche réseau de capillaires, ainsi que sur des fœtus de taupe, de rat; enfin sur un fœtus humain de sept mois, il a aussi constaté sur le bord libre du cornet inférieur des capillaires en abondance.

En ce qui concerne les animaux adultes, il a vu des dilatations vasculaires chez le tatou, le chevreuil, le chameau, le lapin. Enfin sur une coupe transversale du cornet moyen d'un homme adulte, il a reconnu des lacunes assez grandes d'autant plus larges qu'elles sont plus rapprochées de la couche profonde; le tissu érectile du cornet moyen est surtout épais au niveau du bord libre, il va en s'amincissant vers l'insertion du cornet, il est aussi plus abondant sur la face supérieure que sur la face inférieure. Sur le cornet supérieur il existe une disposition semblable du tissu érectile, il en est de même sur certains points du cornet inférieur; or, l'existence des lacunes chez l'adulte et des capillaires dilatés chez l'embryon montre bien qu'il s'agit d'un tissu érectile.

Il n'y a pas dans la muqueuse nasale de membrane d'enveloppe isolant le tissu spongieux, mais celle-ci n'a rien de caractéristique; et, par exemple, personne ne met en doute la nature érectile de la crête du coq dans laquelle de nombreux capillaires arrivent jusqu'à l'épithélium dont ils ne sont séparés que par la membrane de Bowman, exactement comme cela a lieu pour les corps caverneux de la pituitaire.

Ce tissu spongieux est susceptible de turgescence, l'érection vraie étant rendue impossible par l'absence de membrane d'enveloppe inextensible au-delà de certaines limites. Isch Wall, après d'autres auteurs, a constaté cette turgescence chez certaines femmes au moment des règles, et chez des jeunes gens faisant des efforts de façon à rendre leur face turgide; le gonflement diminue à la suite d'une émotion anémiant qui rend le visage pâle.

Cette turgescence de la pituitaire était probablement destinée à augmenter la surface qui doit être en contact avec les particules odorantes, et à rendre sensibles les impressions les plus délicates en hyperesthésiant les terminaisons ner-

veuses ; les organes caverneux sont surtout développés chez les animaux sauvages qui ont besoin d'une plus grande sensibilité olfactive, pour flairer leur proie ou se garantir de leurs ennemis.

Enfin la turgescence des cornets peut être le point de départ de certains réflexes et notamment de l'érection ; chez certains animaux, la femelle, au moment du rut, répand une odeur spéciale qui impressionne la pituitaire du mâle et détermine l'érection. Du reste J. Mackenzie a démontré qu'il existait de véritables sympathies entre le nez et les organes génitaux, il a fait voir que les excitations sexuelles physiologiques et pathologiques retentissaient d'une façon fâcheuse sur la membrane pituitaire.

En résumé la nature vraiment érectile du tissu spongieux de la pituitaire est prouvée, par son développement, par sa structure, par ses fonctions physiologiques. (*Progrès médical*, 10-17 septembre 1887). J. JOAL.

Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité de l'arrière-cavité des fosses nasales,
par le Dr VERCHÈRE.

Verchère rapporte deux observations.

L'une de polype naso-pharyngien guéri par la destruction lente au thermo-cautère après incision palatine.

L'autre, de sarcome globo-cellulaire des fosses nasales et de l'arrière-cavité du pharynx enlevé après incision préalable du nez.

L'auteur fait remarquer que dans tous les cas où une tumeur siégeant dans la cavité nasale ou dans l'arrière-cavité est inaccessible par les voies naturelles ; il faut avoir recours à une opération préliminaire de la voûte palatine pour les polypes naso-pharyngiens et incision médiane du nez pour les tumeurs des fosses nasales. (*Archives Laryngologie*, octobre 1887.) J. JOAL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Arnold.** — Des kystes dermoïdes de la cavité bucco-pharyngée et de leur situation chez les monstres (*Virchow. Archiv.* CXI, I).
- Bernays.** — Trois cas d'extirpation de la langue (*Saint-Louis med. a surg. J.*, n° 6, déc. 1887).
- Bonome.** — Forme rare de tuberculose pharyngée (*Acad. med. de Turin; Riforma med.*, an IV, n° 46, Rome 1888).
- Beverley-Robinson.** — Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde des fossettes épiglottiques (*The Practit. Soc.*, 6 janv. in *Med. Rec.*, 4 fév. 1888).
- Blache (R).** Hypertrophie des amygdales palatines (*Rev. des mal. de l'enfance*, fév. 1888).
- Broca.** — Quelques observations anatomiques sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Arch. de Laryng.*, n° 3, Paris, 1888).
- Brothers.** — Division congénitale de la langue (*The med. Rec. N.-Y.*, 28 janv. 1888).
- Cheesmann (W.).** — Du souffle buccal (*The med. Rec. N.-Y.*, 3 mars 1888).
- Dencks (Walter).** — Traitement chirurgical de la fissure palatine des nouveau-nés (*Koningsb.* 1887, *Hartung*, 8°).
- Duncan (J. H.).** — Adhérence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, etc (*Canada pract.*, janv. 1888).
- Dupré.** — Ulcération gommeuse mutilante du voile palatin (*France méd.*, 13 mars 1888).
- Ellerman (Cl.).** Deux tumeurs rares du voile du palais (*Brit. med. j.*, 21 janv. 1888).
- Fortescue Fox.** — Symptômes alarmants produits par une pulvérisation de cocaïne dans la gorge (*Brit. med. j.*, 18 fév. 1888).
- Fraenkel (Eugen).** — Anatomie et étiologie de la stomatite aphteuse (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, n° 8, 25 fév. 1888).
- Ghinozzi.** — Allongement du voile du palais (*Riforma medica*, an IV, nos 14-15, Rome 1888).
- Hacker.** — Fissure palatine et restauration chirurgicale (*K. K. Gesells. d. Aerzt, in Wien. Wien. med. Presse*, n° 5, 1888).
- Hadden.** — Sécheresse de la bouche ou suppression de la salive et des sécrétions buccales (*Med. Soc. of London; The Lancet*, 17 mars 1888, p. 523).
- Hager.** — De la pharyngite phlegmoneuse aiguë infectieuse (*Berl. Klin. Woch.*, n° 12, 19 mars 1888).
- Harris.** — Pharyngite phlegmoneuse (*Pathol. soc. of Manchester in Brit. med. Journ.*, 23 février 1888).
- Hontang.** — Gomme ramollie du pharynx simulant un abcès rétro-pharyngien, incision, traitement spécifique, guérison (*Annal. des mal. de l'oreille etc.*, n° 2, 1888).
- Howel Way.** — Un cas de mort par suffocation dans une amygdalite phlegmoneuse (*The med. Rec. N.-Y.*, 25 fév. 1888).
- Koch et Marie.** — Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue (*Rev. de méd.*, 10 janv. 1888).

- Landgraf.** — Phlegmon infectieux primitif du pharynx (*Berl. Kl. Woch.*, n° 6, 6 fév. 1888).
- Lauenstein.** — Carcinome du voile du palais (*Aertz Verein in Hamburg*, 21 fév. 1888, *Munch med. Woch.*, n° 9, 28 fév. 1888).
- Lucas Cl.** — Epithélioma de la lèvre et des ganglions; extirpation de la tumeur et de 5 centimètres de veine jugulaire, etc. (*The Lancet*, 31 décembre 1887).
- Masucci.** — Phlegmons infectieux aigus du pharynx (*Rassegna Crit. internaz. delle malat. del naso., etc.*, an I, janv. 1888, n° 1).
- Morgan.** — Nævus de la langue (*Med. Soc. of London in Brit. med. journ.*, 28 janv. 1888).
- Occhini (F.).** — Ulcérations imaginaires de la langue (*Gaz. med. di Roma*, 15 fév. 1888).
- Poncet.** — Fibro-lipome congénital de la langue (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 9 janv. in *Lyon med.*, 22 janv. 1888).
- Poncet.** — Tumeur de la langue (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 16 janv. 1887).
- Porter.** — La galvano-puncture dans le traitement des hypertrophies amygdaliennes (*Med. Soc. of st. of N.-York in N.-Y. med. journ.*, 11 février 1888, p. 157).
- Reynolds.** — (H.-J.). — Sur un cas d'éruption syphilitique avec chancre sur l'amygdale (*Philadelphia med. Times*, 1^{er} mars 1888).
- Ricard.** — Fibro-lipome congénital de la langue (*Gaz. des hôpit.*, 28 février 1888).
- Ricard.** — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Wharton (*Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1888).
- Rotham (A.).** — Papillome de la cavité buccale (*Orvozi hetil. Budapesth* 1887, XXXI, 1461-1464).
- Rousseau.** — Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë (*Thèse de Paris*, 1888).
- Schech (P.).** — Les maladies de la bouche, du pharynx et du nez (*Zweite auflage Leipziy et Wien. Teplitz et Deutsche* 1888).
- Schliferowitsch (P.).** — Tuberculose de la bouche *Deuts Zts f. Chir.*, Bd. XXVI).
- Sprengel.** — Un cas de tumeur de l'ethmoïde (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berl., 1887, XI, 483).
- Thomsen.** — Brûlure de la langue et de la bouche par un marron rôti (*The Lancet*, 25 fév. 1888).
- Tissier.** — Amygdalite folliculaire et contagion (*Annales des mal. de l'or., etc.*, n° 2, 1888).
- Villar.** — Lymphadénome de l'amygdale (*Soc. anatom.*, Paris, 24 fév. 1888).
- Wolff.** — Uranoplastie et staphylophorie chez les enfants (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXVI, 4, 1888).
- Whitehead.** — Excision de la langue (*The Lancet*, 28 janv. 1888).
- Zemann.** — Un cas de pharyngite infectieuse aiguë (*Gesells. der Aerzte in Wien.*, 9 mars; *Wiener med. Presse*, n° 11, 11 mars 1888).

Nez et Pharynx nasal.

- Antoni.** — Perfectionnement du tampon nasal (rhinobion) (*Bollet. delle malat. dell'orecch., etc.*, n° 2, mars 1888).

- Bayer.** — De la technique des rhinoplasties partielles (*Prager medic. Wochensch.*, n° 40, 7 mars 1888).
- Bosworth.** — Action des caustiques sur le mucus nasal (*Med. Soc. of State of N.-Y.*, tenu à Albany, 7, 8 et 9 février 1888).
- Boulangier.** — Chancre sur l'aile du nez (*La Clinique*, n° 4, 26 janv. 1888).
- Bresgen (Max).** — Rhinite croupale (*Deuts. med. Woch.*, n° 4, 26 janvier 1888).
- Bronner (A.).** — Tumeurs rétro-nasales (Badfort, *Med. ch. Soc. in The Brit. med. j.*, 4 février 1888).
- Chatellier.** — Histologie pathologique des hypertrophies de la muqueuse nasale (*Progr. méd.*, 28 janvier 1888; *Soc. de Biol.*, Paris, 24 janvier 1888).
- Cleland (J.).** — Coryza hypertrophique, ses rapports avec l'adolescence (*Amer. Lancet*, février 1888).
- Coupard.** — Corps étranger de la narine droite (*Soc. de méd. prat.*, 15 mars 1888).
- Dupré.** — Lésion déformante des os du nez, ulcération gommeuse mutilante du voile palatin (*France méd.*, 13 mars 1888).
- Duret et Lavrand.** — Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 21 déc. 1887, in *Journ. des Sc. méd.*, 3 fév. 1888).
- Engel (Gabriel).** — Prophylaxie de certaines affections de la muqueuse nasale des nouveau-nés (*Wien. med. Presse*, nos 8-9, 19 et 26 février 1888).
- Evant (d').** — Deux cas de rhinotomie pour sarcome des fosses nasales (*Gli incurabili*, nos 7, 8, 9, Naples, 1887).
- Felici.** — Corps étranger du nez (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an VI, n° 2, Florence, 1^{er} mars 1888).
- Felici.** — Corps étranger du nez (*Bollet. delle malat. dell'orecch., etc.*, n° 2, mars 1888).
- Ficano.** — Sarcome fusiforme de la cloison du nez (*Gaz. degli Ospit.*, an IX, n° 12, Milan, 8 février 1888).
- Freudenthal.** — Troubles du nez et du naso-pharynx coexistant avec des hernies. (*Monats f. Ohrenheilk* n° 1.-2. Janv. fév. 1888).
- Fritsche.** — Extirpation radicale des polypes du nez (*Therap. Monats.*, 1887, II).
- Good Willie.** — Tubage nasal (*The N.-Y. med. Journ.*, 4 février 1888).
- Gradle.** — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 28 fév. 1888).
- Lermoyez.** — Sur la pathogénie de l'asthme du foin (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, mars 1888).
- Jessop.** — Ulcère simple perforant de la cloison du nez (*Leeds A. W. Riding. med. chir. Soc.*, 2 mars, in *Brit. med. Journ.*, 10 mars 1888).
- Klamann.** — De quelques micro-organismes dans la sécrétion de la rhinite chronique ou atrophique (ozène) avec remarques sur le traitement de l'ozène et sur les variétés de sécrétions (*Allgem. med. Centralb. Ztg.*, 94-97, 1887).
- Krelling.** — Deux cas de localisation extra-génitale d'une affection primitive (une fois sur le nez) (*Vierteljahrschr. f. Dermat. u. syphilis*, XV, I).
- Luc.** — Discussion sur l'ozène (*Soc. de méd. prat.*, 25 février 1888).
- Robertson (W.).** — Le galvano-cautère dans le traitement des maladies du nez et du pharynx (*Northumberland, a. D. med. Soc.*, 12 janvier, in *The Lancet*, 4 fév. 1888).

- Rochet.** — Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens (*Province méd.*, 11 fév. 1888).
- Roé (J.).** — Scie nasale électrique (*The N.-Y. med. J.*, 4 fév. 1888).
- Rutterford-Morrison.** — Rhinoplastie (*British med. Journ.*, 17 mars 1888).
- Schmiegelow.** — Écoulement purulent du nez, sa valeur et son traitement avec une statistique de 23 cas d'empyème de l'antre d'Highmore, des cellules ethmoïdales et du sinus frontal (*Hospital Tidende*, février 1888).
- Seiber (C.).** — Enchondromes de la cloison du nez, leur ablation (*The med. Rec.*, 18 fév. 1888).
- Sibley.** — Absès du cerveau adénome du corps pituitaire (*Path. Soc. of London in The Lancet*, 21 janvier 1888).
- Spicer.** — Tréphine nasale (électrique) (*W. London med. chir. Soc. in Brit. med. J.*, 21 janv. 1888).
- Walsem.** — De la bourse pharyngée (*Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 9, 1887).
- Walsham.** — Nouvelle méthode pour appliquer un appareil pour redresser les déviations de la cloison (*The Lancet*, 25 février 1888).
- Wright Wilson.** — Forceps pour les polypes des arrières-fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 17 mars 1888, p. 597).

Larynx et Trachée.

- Abate.** — Le mutisme des femmes enceintes (Pastore, Catanie, 1887).
- Abate.** — L'électricité et la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (Pastore, Catanie, 1887).
- Abate.** — Métastase laryngée tuberculeuse (Pastore, Catanie, 1888).
- Abate.** — Un cas de chorée vocale (Pastore, Catanie, 1887).
- Abraham.** — Épithélioma du larynx (*Brit. med. J.*, 21 janv. 1888).
- Ady.** — Réduction du thyroïde, luxation de l'os hyoïde (*The med. a. surg. Journ.*, 4 février 1888).
- Baber (Creswell).** — Instrument pour examiner certaines parties du larynx (*Corresp. de The Lancet*, 18 février 1888, p. 356).
- Barendt.** — Fracture du larynx, emphysème du cou, laryngotomie; mort (*The Lancet*, 3 mars 1888, p. 448).
- Blindermann (M.).** — Nouveaux procédés de traitement de la phthisie laryngée; remarque sur les résultats obtenus à la clinique pour les maladies du larynx, etc., de Heidelberg (*Dissertation*, Heidelberg, 1887).
- Bosley (G.).** — Rapport d'un cas de sténose laryngée due à la compression par un goitre, opération (*The N.-Y. med. Journ.*, 28 janv. 1888).
- Bottey.** — Aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique (*Soc. med. prat.*, Paris, déc. 1887).
- Cardone.** — Relevé statistique de la clinique laryngologique de l'Université de Naples (*Progresso med.*, an II, n° 4, Naples, 1888).
- Carpani.** — Un cas de corps étranger dans les voies aériennes (*Morgagni* an XXX, n° 2, Naples, fév. 1888).
- Casadesus (J.-R.).** — Les progrès de la laryngologie, etc. (suite et fin.) (*Revista de laringol., etc.*, n° 8, fév. 1888).
- Cheatam.** — Un cas intéressant du tubage (*The Cincinnati Lancet clinic.*, 18 fév. 1888).

- Cheatam.** — Leçon sur le tubage (*Southein pract.*, mars 1888).
- Demons.** — Extirpation du larynx pour cancer (*Congrès français de chirurgie*, Paris. 1888).
- Desvernine.** — Angiome pédiculé de l'épiglotte (*Rev. des sc. med. de la Havane*, 20 déc. 1887).
- O'Dwyer.** — Tubage du larynx chez un adulte (*Med. Soc. of state of N.-Y.*, 7, 8 et 9, fév. 1888).
- Eisenlohr.** — Contribution à la pathologie des paralysies du larynx d'origine centrale (*Arch. f. Psychiatrie*, XIX, 2).
- Espina y Capso.** — Traitement des complications de la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Revista de méd. y Cir. practica*, 7 et 22 janv. 1888).
- Fratini.** — Cas de mutisme hystérique, produit et guéri par émotion morale (*Gaz. degli Ospit.*, an IX, n° 4, Milan, 1888).
- Fubini.** — Hydrophobie chez l'homme et utilité de la cocaïne dans le spasme pharyngo-laryngé (*Medic. Contemp.*, an V, n° 4, Naples, février 1888).
- Garel.** — Batterie électrique pour l'éclairage du larynx (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 29 fév. 1888).
- Hahn (E.).** — Bon moyen pour enlever de gros morceaux du larynx sans tamponnement ni perte de sang (*Arch. f. Klin. chir.*, XXXVI, 3, p. 605, 1887).
- Hahn.** — Présentation de malades extirpés du larynx (*Berl. Klin. Woch.*, n° 3, 1888).
- Harris.** — Ulcère gangreneux du larynx (*Pathol. soc. of Manchester*, 8 fév. 1888, in *Brit. med. Journ.*, 23 fév. 1888).
- Heryng.** — Le curage des ulcérations tuberculeuses du larynx et ses conséquences (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 6, 7 fév. 1888).
- Heymann.** — Paralysie isolée du muscle crico-arytén-latéral gauche (*Deuts. med. Woch.*, n° 7, p. 134, 16 fév. 1888).
- Hopman.** — Ulcérations verruqueuses de la muqueuse respiratoire (*Allgemn. aertz. Verein. zu Köln.*, 23 janv. 1888, *Munch. med. Woch.*, n° 8, 21 fév. 1888).
- Hooper.** — Anatomie et physiologie des récurrents (suite et fin.) (Traduct. du N.-Y med. Rec. in *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, 1888).
- Kœberlé.** — Tumeurs polypeuses du larynx. Asphyxie. Laryngotomie (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 48, 1887).
- Koch (P.).** — Sur la laryngite sous-glottique aiguë (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, mars 1888).
- Koch (P.).** — Sur le spasme phonique de la glotte (*Annal. des mal. de l'oreille, etc.*, n° 3, mars 1888).
- Kochler (A.).** — De vingt-quatre extirpations du larynx faites depuis 1876 à la clinique chirurgicale de Bardeleben (*Deuts. Zts. f. chir.*, XXVI, 1 et 2, p. 124, 1887).
- Korkunow (A.).** — Formation des ulcérations tuberculeuses du larynx; rôle des bacilles de la tuberculose (*Wratsch.*, nos 32, 33, 1887).
- Kœrner (O.).** — Un cas de cancer primitif des grosses bronches avec obstruction atelectasique d'une durée de sept semaines de tout le poumon droit (*Munch. med. Woch.*, n° 11, 13 mars 1888).
- Kümmel.** — Trois cas d'extirpation du larynx (*Aerzt. Verein in Hamburg*, 24 janv. 1888, in *Munch med. Woch.*, n° 5, 31 janv. 1888).

- Labougle.** — Note sur une artère thymique provenant de la thyroïdienne moyenne de Neubauer (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 mars 1888).
- Landgraf.** — Un cas de fracture du larynx consécutif à un traumatisme du corps (*Friedreichs. Bl. f. gericht. med.*, XXXIX, 1).
- Lennox-Browne.** — Le cas du Kronprinz (*Med. press. and circular*, 22 fév. 1888).
- Lightfoot.** — Tuberculose laryngée (*Brit. med. Journ.*, 17 mars 1888, page 596).
- Lord (J.-N.) et Pearce-Kintzing.** — Un cas d'asthme spasmodique dû à un anévrysme (*The N.-Y. med. Journ.*, 4 fév. 1888).
- Luc.** — Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme (*Union med.*, 16 fév., et *Courrier méd.*, 25 fév. 1888).
- Luc.** — De l'ozène trachéal (*Arch. de laryngol.*, Paris, n° 3, 1888).
- Luc.** — Nouveau cas d'ozène trachéal (*Soc. de méd. prat.*, 25 fév. 1888).
- Luckinger.** — Aphasie transitoire dans un cas d'accouchement tardif (*Munch. med. Woch.*, n° 3, 31 janv. 1888).
- Lyon.** — Aiguille enlevée des voies aériennes (*Northumberland a. D. med. Soc.*, 12 janv., in *The Lancet*, 4 fév. 1888).
- Mackenzie (H.).** — Laryngite chronique probablement tuberculeuse, traitée par la trachéotomie et l'extirpation endolaryngée de la tumeur (*Brit. med. j.*, 4 fév. 1888).
- Mackenzie (Hunter).** — Thyrotomie pour végétation du larynx (*Union med.*, 25 fév. 1888, n° 26).
- Mac-Cormac (W.).** — Fermeture immédiate des plaies de la trachée (Corresp. de *The Lancet*, 4 fév. 1888).
- Massei.** — Étude de la laryngologie (*Riforma med.*, an III, n° 288, Naples, 1887).
- Masucci.** — Études comparatives sur les différentes méthodes de traitement local de la tuberculose laryngée (*Giorn. Intern.*, an IX, n° 11, Naples, 1887).
- Masucci.** — Étude sur la physiologie et la pathologie de la voix (*Rivista clinica e Terap.*, an X, n° 2, Naples, 1887).
- Masucci.** — Physiologie et hygiène de la voix et du chant (*Régina*, Naples, 1887).
- Masucci.** — Sur les névroses laryngées (*Giorn. de clinique Terap.*, an XXX, n° 2, Naples, fév. 1888).
- Mauriac (Ch.).** — Syphilis tertiaire du larynx (*Arch. gén. de Médecine*, février, mars 1888).
- Maydl.** — Pronostic dans les cas d'extirpation du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 4, 1888).
- Miro-Perez.** — Hystéro-épilepsie, aphonie et dysphonie traitées par suggestion à l'état de veille et à l'état hypnotique (*Cren., med, quirug de la Habana*, n° 1, janv. 1888).
- Mollière.** — Laryngectomie partielle pour un épithélioma du larynx (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 15 fév. 1888, in *Rev. med.*).
- Montgomery.** — Analyse de vingt-cinq cas de tubage (*Philadelphia med. Times*, 15 fév. 1888).
- Morell-Mackenzie.** — Le cas du prince impérial d'Allemagne (*The Lancet*, 18 fév. 1888).

- Morell-Mackenzie.** — La maladie de son A. I. le Konprinz allemand (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, p. 159, 23 fév. 1888).
- Moure.** — (Leçon recueillie par Natier.) Application de la laryngoscopie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 fév. 1888).
- Oltszewski (W.).** — Action de l'acide lactique dans la tuberculose du larynx (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 23 fév. 1888).
- Phelippeaux.** — Mandrin trachéotome (*Poitou méd.*, 1^{er} fév. 1888).
- Pieniazck (P.).** — Supplément à la laryngoscopie (*Intern. Centralb. f. laryng u. Rhinol.*, n° 9, mars 1888).
- Pieniazck.** — Extraction d'une aiguille d'une bronche de deuxième ordre du côté droit (*Internat. klin. Rundschau*, n° 6, 1888).
- Przedborski (L.).** — Méthodes modernes de traitement de la phthisie laryngée (*Gazeta lekarska*, n° 37, 38, 39, 1887).
- Rice (Clarence C.).** — Extirpation des polypes du larynx avec le serre-nœud de Dwyer, et le tubage du larynx (*Med. Soc. of st. of N.-York in N.-Y. med. J.*, 11 fév. 1888, p. 157).
- Riegner (O.).** — A propos de l'extirpation du larynx (*Offener Brief an den redacteur, etc., Breslau. aertzl. Zts.*, n° 5, p. 56, 10 mars 1888).
- Rosenbach.** — Étude de la vulnérabilité différente des fibres du récurrent (*Berl. Kl. Woch.*, n° 8, 20 fév. 1888).
- Roser.** — Traitement consécutif à la trachéotomie (*Deuts. med. Woch.*, n° 7, 16 fév. 1888).
- Scanes-Spicer.** — Sur les fonctions de la luette et de l'épiglotte (*Harvelan soc. of London in British med. Journ.*, 17 mars 1888).
- Schech (Ph.).** — Un laryngofantome technique (*Munch. med. Woch.*, n° 11, 13 mars 1888).
- Schnitzler.** — Traitement de la tuberculose laryngée par le phosphate de chaux (*Rassegna. critic. internaz. della malat., del naso, gola, etc.*, n° 1, an I. janv. 1888).
- Schweig (H.).** — Quelques causes de troubles de la voix (*The N.-Y. med. Journ.*, 28 janv. 1888).
- Seifert et Hoffa.** — Un cas de formation membraneuse congénitale guéri par la laryngofissure et le cathétérisme consécutif (*Berl. Kl. Woch.*, n° 10, 5 mars 1888).
- Semon.** — Étude de la vulnérabilité différente des fibres du récurrent (*Berl. Kl. Woch.*, n° 10, 5 mars 1888).
- Stelzner.** — Extirpation du larynx avec présentation de malade (*Jahresbericht der Gesells. f. Natur und. Heilk zu Dresden*, 1886-87).
- Steell (G.).** — Expulsion spontanée d'un polype du larynx (*Brit. med. J.*, 4 fév. 1888).
- Ström (Christiana).** — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (*Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, déc. 1887).
- Tailford (J.).** — Trachéotomie faite, il y a quatre ans, chez un adulte pour une affection laryngée. Malade bien portant et ayant encore sa canule (*The Lancet*, 25 fév. 1888).
- T.** — Présentation d'un larynx atteint de carcinome (*Aerzt. Verein in Hamburg*, 21 mars 1887; *Munch. med. Woch.*, n° 9, 1888).
- Ullini.** — La trachéotomie dans le croup (*Riforma med.*, an V, n° 16, 2, Rome, 1888).
- Virchow.** — Rapport sur l'examen de la tumeur du prince impérial d'Allemagne (*The Lancet*, 10 mars 1888).

- Virchow.** — Larynx de phthisique (*Berl. med. Gesells.*, 25 janv. *Deuts. med. Woch.*, n° 5, 2 fév. 1888).
- Virchow (R.).** — Avis de l'auteur à propos d'un morceau de tumeur extrait du larynx de son A. I. le Kronprinz (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, p. 159, 23 fév. 1888).
- Wesener.** — Deux cas de croup laryngé avec diphtérie primitive des amygdales reconnue après la mort. Quelques réflexions sur les rapports du croup et de la diphtérie (*Munch. med. Woch.*, nos 8, 9, 21-28 fév. 1888).
- Willard (H.). Morse.** — La laryngotomie est-elle préférable à la trachéotomie? (*The med. and surg. reporter*, 3 mars 1888).
- Wise.** — Laryngotomie heureuse pour un cas de sténose laryngée, etc. (*The Lancet*, 17 mars 1888, p. 514).
- White.** — Affection maligne du larynx (*Nottinham med. chir. Soc. British med. Journ.*, 3 mars 1888).
- X.** — La maladie du Kronprinz (*Originale. Correspondenz der « Allg. Wien. mediz. Ztg. » in Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 6, 7 fév. 1888).
- X.** — Les progrès de la laryngologie constituent un progrès de la médecine (*Revista de lar., etc., etc.*, t. III, n° 7, 1888).
- X...** — L'extirpation du larynx atteint de cancer (*Riforma med.*, an III, n° 279, Naples, 1887).

Oreilles.

- Abbe.** — Méningite aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée (*N.-York surg. Soc.*, 25 janvier 1888).
- Ballet (Gilbert).** — Hallucinations auditives à la suite de troubles de l'ouïe (*Soc. medico-psychol.*, 26 nov. 1887 — *Ann. médico-psych.*, n° 1, janvier 1888).
- Barclay.** — Syphilide tuberculeuse de l'oreille (*Journ. of cutan. a. genita. urin. Dis.*, mars 1888).
- Barth.** — Rapports sur les progrès de l'otologie durant le premier semestre de 1887. — Anatomie, histologie, physiologie (*Arch. of Otol.*, déc. 1887).
- Bean (Dudley F.).** — Observations peu communes de maladies de l'oreille (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janv. 1888).
- Beevor.** — Tic spasmodique des oreilles (*Med. Soc. of London, The Lancet*, 3 mars 1888, p. 423).
- Bezold.** — Nécrose du labyrinthe, paralysie aciale (*Arch. of Otol.*, n° 4, déc. 1887).
- Bezold.** — Réponse au traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre, du Dr Stacke (*Deuts. med. Woch.*, n° 7, 16 fév. 1888).
- Bezold (F.).** — Résultats statistiques sur la valeur diagnostique du procédé de Rinne et explication qui en découle pour la fonction physiologique de l'appareil conducteur du son (*Wiesbaden bei, J.-F. Bergmann*, 1887).
- Blake (Cl.).** — Deux cas montrant les effets de la compression exercée par les polypes de l'oreille moyenne, traduit par Lendet (*Ann. des mal. de l'or.*, n° 4, 1888).
- Bryan.** — Abscess cérébelleux consécutif aux maladies de l'oreille (Discussion à la *Med. Soc. of Colombia in Jour. of Am. med. Assoc.*, 10 fév. 1888).
- Bufalini.** — Quelques cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (Milan, 1887).

- Burnett (W.).** — Fréquence relative des maladies de l'oreille dans les races blanche et nègre des Etats-Unis (*Arch. of Otol.*, n° 4, déc. 1887).
- Burnett.** — Morceau d'os expulsé par l'oreille externe (*Med. Soc. of Colombia in Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 fév. 1888).
- Chatellier.** — A propos de l'otite moyenne aiguë par pneumo-coques (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., n° 1, 1888).
- Combemalle.** — Étiologie et pathogénie de l'othématome des aliénés (*Soc. de méd. et de chir. prat. de Montp.*, 6 déc. 1887; *Montp. méd.*, 1^{er} fév. 1888, t. X, n° 3).
- Conadi.** — Deux cas d'anémie grave avec surdité bilatérale (Vérone, 1887).
- Conadi.** — Le cathétérisme avec instruments à angle, contribution à l'otologie (*Tip. delle Emporio*, Venise, 1887).
- Couetoux.** — De la surdité précoce et tardive chez l'adulte au point de vue médico-pédagogique (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., n° 1, 1888).
- Dareix.** — L'audition colorée (*Gaz. méd. de l'Algérie*, nos 3 et 4, fév. 1888).
- Dayton (W.-A.).** — Du devoir de surveiller les complications auriculaires dans les maladies aiguës infectieuses (*Journ. N.-Y., post-graduate med. School a. Hosp.*, janv. 1888).
- Dayton (W.).** — La négligence de traiter le pharynx nasal, considéré comme cause d'insuccès dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques (*Arch. of Otolology.*, n° 4, déc. 1887).
- Demmer (F.).** — Des corps étrangers de l'oreille (*Würzburg*, 1887, A. Memminger, 25, p. 89).
- Elliot (Sq.).** — Insufflation de la trompe d'Eustache (*Brit. med. J.*, 11 février 1888).
- Ferrier (D.).** — Un cas d'abcès cérébral consécutif à une otite moyenne, diagnostic, évacuation heureuse (*Brit. med. J.*, 10 mars 1888).
- Gradenigo.** — Contribution à l'étude des otites internes bilatérales (*Rivista delle Scien. med.*, Padoue, 1887).
- Habermann.** — Contribution nouvelle à l'anatomie pathologique de la tuberculose du conduit auditif (*Verein Deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom*, 3 mars 1888, *Allgem. Wien. med. Ztg.*, 13 mars 1888).
- Hartmann et Schulte.** — Rapport sur les progrès de l'otologie durant la première moitié de 1887 (*Arch. of Otol.*, déc. 1887).
- Imada.** — Position de l'oreille interne (*Mitth. a. d. med. fac. d. K. jap. Univ. Tokio.*, 1887, p. 131-143, 2 pl.).
- Kirchner (W.).** — Manuel des maladies de l'oreille (2^e édit. avec 41 fig. *Verlag von Friedrich Wreden*, Berlin, 1888).
- Körner (Otto).** — Sur la possibilité de déterminer quelques rapports topographiques importants du temporal d'après la forme du crâne (*Arch. of Otol. N.-Y.*, n° 4, déc. 1887).
- Kretschmann.** — L'antisepsie dans le traitement des maladies de l'oreille (*Arch. f. Ohrenheik*, XXVI, Bd. 2 H, fév. 1888).
- Mabille.** — Note sur l'évolution anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille (*Soc. méd. psych.*, 26 déc. 1887; *Ann. médic. psych.*, n° 2, mars 1888).
- Madrazo (E.-D. de).** — Inflammation chronique de l'oreille moyenne (*Gaceta medica catalana*, t. XI, n° 3, 15 fév. 1888).
- Magnan.** — Vertige, raideur et torsion du cou, mouvement de manège à la suite d'un eczéma auditif chez un lapin (*Soc. de Biologie*, Paris, 9 mars 1888).

- Masini (G.).** — Note anatomo-pathologique à propos d'un polype de l'oreille (*Bollet. delle malat. dell'orecch., etc.*, n° 2, mars 1888).
- Minor (J.).** — Trois cas intéressants de maladies de l'oreille (*Memphis med. Monthly*, fév. 1888, n° 2).
- Mollière.** — Vice de conformation de l'oreille (*Soc. des sc. méd.*, Lyon, 15 fév. 1888, in *Prov. méd.*).
- Murdoch (R.).** — Instruments pour l'oreille (*N.-Y. med. Journ.*, 18 février 1888).
- Ponfick.** — Des affections malignes de l'oreille interne et du cholestéatome en particulier (*Verhandl. der medic. Section der schlesischen Gesells. f. vaterl. Cultur. Breslau Aertzl. Zts.*, n° 5, 10 mars 1888).
- Pomeroy.** — Quelques remarques sur le diagnostic différentiel des maladies de l'oreille fait avec le diapason (*Med. Soc. of State of N.-York Albany*, 7, 8 et 9 fév. 1888).
- Pomeroy.** — Quelques points sur le traitement de la trompe d'Eustache dans quelques affections de l'oreille (*The med. Rec. N.-Y.*, 18 fév. 1888).
- Rolland.** — Corps étrangers du conduit auditif externe (Clinique à l'Hôtel-Dieu de Montréal, *Gaz. méd. de Montréal*, fév. 1888).
- Rüdinger.** — Anatomie et développement de l'oreille interne (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 2, janv.-fév. 1888).
- Rüdinger.** — Les canaux d'écoulement de l'endolymphe de l'oreille interne (*Gesells. f. Morphol. u. Phys. et u. München*, 6 déc. 1887, *Munch. med. Woch.*, n° 8, 21 fév. 1888).
- Sagretti.** — Cas de surdité guérie par les bains électriques (*Faro-medico*, an 1, n° 2, Milan, 1888).
- Schmiegelow (E.).** — Quelques cas rares d'affections de l'oreille moyenne compliquées de lésions intracrâniennes (*Separatabdruck aus dem Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXVI, Bd, 2 H, 1888).
- Sexton.** — Accroissement dispendieux pour perte de l'ouïe (*N.-Y. med. Rec.*, 28 janv. 1888).
- Sexton (Samuel).** — Paralysies faciales (*The pract.'s Soc. of N.-York*, 3 fév., in *The med. Rec.*, 25 fév. 1888).
- Sherard (I.-G.).** — Syncope alarmante consécutive à une injection d'eau dans l'oreille (*Journ. N.-Y. Post-Grad. med. School. a. Herp.*, janvier 1888).
- Smith (Th.).** — Abscess du cervelet causé par une maladie de l'oreille (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 fév. 1888).
- Stacke.** — Dix cas d'extirpation opératoire du marteau [Contribution à la statistique de l'excision du marteau] (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXVI, Bd, 2 H, fév. 1888).
- Szenes.** — Rapport sur le service des maladies d'oreilles du professeur Julius Boeke à Rochusspital, pendant l'année 1887 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26, Bd, 2 H, fév. 1888).
- Thorner (M.).** — Érysipèle de l'oreille (*Cincinnati Lancet clin.*, 4 février 1888).
- Valentin.** — Un cas de muguet de l'oreille moyenne (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXVI, Bd, 2 H, fév. 1888).
- Zaufal (E.).** — Nouvelle étude sur la présence des micro-organismes dans les sécrétions de l'otite moyenne aiguë (*Prager medic. Woch.*, 22 fév. 1888, n° 8).

Croup et Diphtérie.

- Armstrong (G.-E.).** — Quelques réflexions suggérées par la présente épidémie de diphtérie à Montréal (Communiqué à la *M.-chir. Soc. of Montréal, Canada med. surg. J.*, fév. 1888).
- Bristowe.** — Adresse sur la diphtérie et les paralysies consécutives (*Brit. med. J.*, 4 fév. 1888).
- Braddon.** — De l'huile de Peppermint comme antiseptique dans la diphtérie (*The Lancet*, 17 mars 1888).
- Caillé.** — Prophylaxie de la diphtérie (*N.-Y. Acad. of méd.*, 19 janv., et *med. Rec. N.-Y.*, 18 fév. 1888).
- Carlsen (Copenhague).** — Du croup et de la diphtérie (*Bibliothek for Leager*, XVIII, 1 fasc.).
- Cheatram.** — Identité du croup membraneux et de la diphtérie du larynx (*The Amer. pract. a. News.*, 4 fév. 1888).
- Cospédal (T.).** — Diphtérie (*Soc. Ginecolog. Española sess.*, du 1^{er} juin 1887).
- Delthil.** — Relation de la diphtérie de l'animal avec celle de l'homme (*Soc. de méd. prat.*, Paris, 8 fév. 1888).
- Dwyer (J.).** — Analyse de 50 cas de croup traités par le tubage (*N.-Y. med. J.*, 14 janv. 1888).
- Gaucher.** — Traitement de la diphtérie (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 28 janv. 1888).
- Hoffmann.** — Recherches sur le bacille de la diphtérie et de sa valeur pathogénique (*Wien. med. Woch.*, nos 3 et 4, 1888).
- Holt.** — Névroses multiples consécutives à la diphtérie (*The N.-Y. med. J.*, 14 janv. 1888).
- Hogeboom.** — Traitement du croup membraneux par le bicarbonate de soude (*The med. Rec. N.-Y.*, 3 mars 1888).
- Kaczorowski.** — Un simple mot à propos du traitement de la diphtérie (*Deuts. med. Woch.*, n° 5, 2 fév. 1888).
- Latimer.** — Un cas de croup membraneux (*Med. Times.*, 1^{er} mars 1888).
- Legroux.** — Diphtérie et créosote (*Arch. de laryngol.*, Paris, 15 fév. 1888, n° 3).
- Lennander.** — La trachéotomie dans le croup (*Stockholm*, 1888).
- Lennander.** — Rapport entre le croup et la diphtérie (*Stockholm*, 1887).
- Ludwig.** — Sur la diphtérie (corresp. *Bl. f. Schw. aertz.*, 15 fév. 1888).
- Masucci.** — Résumé des plus récentes études anatomiques, bactériologiques et thérapeutiques sur les paralysies post-diphtéritiques (*Rassegna crit. internaz. delle malat. delle naso., etc.*, an I. journ, 1888, no 1).
- Ouchterlony (J.).** — De la non-identité du croup membraneux et la diphtérie (*The americ. pract. a. news.*, 4 fév. 1888).
- Petit (L.-H.).** — De l'origine avine de la diphtérie (*Revue in Union med.*, 14 fév. 1888).
- Pirnat (J.).** — Traitement de la diphtérie (*The med. and. surg. report.*, 28 janv. 1888).
- Palardy (M.-J.).** — Troisième étude sur le traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada*, janv. 1888).

- Penzoldt.** — Essais de transmission de la diphtérie aux animaux (*Deuts. Arch. f. Klin. med., etc.*, 1888).
- Roper.** — Mort subite dans la diphtérie (*Cambridge med. soc. in The Lancet*, 28 janv. 1888).
- Robinson (Beverley).** — Diphtérie, tubage (*The pract. Soc. of N.-Y.*, 3 fév. in *med Rec. N.-Y.*, 23 fév. 1888).
- Ræse.** — Le terpeninœl dans la diphtérie (*Deuts. med. Woch.*, no 5, p. 98, 2 fév. 1888).
- Sota y Lastra.** — Trois cas de croup traités par le tubage du larynx (*Revista med. de Sevilla*, 31 déc. 1887).
- Schmeidler (V.).** — Du traitement de la diphtérie (*Breslauer aerzt. Zts.*, no 4, 23 fév. 1888).
- Siebert.** — Du traitement de la diphtérie primitive du pharynx (*Médic. chir. Rundschau*, t. III, 1888).
- Wachsmuth.** — Diphtérie, scarlatine et rougeole (*Deuts med. Ztg.*, no 22, 13 mars 1888).
- White (J.-E.).** — Spray de cocaïne dans le croup spasmodique et le croup inflammatoire (*Can. Pract.*, janv. 1888).
- Wernicke.** — Croup vrai et faux (*Revista Argent de Cienc. med.*, no 8, *Bueynos-Aires*, 1888).

Varia.

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

- Albertin.** — Cancer du corps thyroïde (*Prov. méd.*, 21 janvier 1888).
- Alexander.** — Cécité consécutive à la coqueluche (*Deuts. med. Woch.*, no 41, 18 mars 1888).
- Angerer (O.).** — Rapport sur la polyclinique chirurgicale de l'Université de Munich en 1887 (*Munch. med. Woch.*, no 41, 13 mars 1888).
- Auffret (C.).** — Observation sur les restaurations de la face (*Archiv. de méd. navale*, no 2, févr. 1888).
- Ballet (G.).** — Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goître exophtalmique (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 février 1888).
- Barling.** — Rétrécissement de l'œsophage (*The British med. Journ.*, 17 mars 1888, p. 593).
- Bull.** — De la toux stomacale (*Deuts. med. Woch.*, no 8, 1888).
- Chavasse.** — Tumeur mixte de la parotide (*Pathol. soc. of London*, 21 février 1888, in *Brit. méd. Journ.*, 23 février 1888).
- Cœsfeld.** — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Deuts. med. Woch.*, no 9, 4^{er} mars 1888).
- Craa (R.).** — Un goître énorme (Corresp. de *The Lancet*, 18 février 1888).
- Cramer (P.).** — Contribution à l'étude de la strume maligne (*Archiv. f. Klin. chir.*, XXXVI, 2, p. 239. 1887).
- Dezewiecki.** — L'hydrocyanate de mercure et le salol dans le traitement de la coqueluche (Corresp. de *The Lancet*, 23 février 1888).
- Fischer.** — Œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zts. f. Chirurgie*, 27 Bd., 3, u., 4 H, 10 février 1888).

- Fränkel (B.).** — Maladie de Basedow (*Berl. med. Gesells.*, 18 janv. 1888, *Deuts. med. Woch.*, n° 4, 26 janvier 1888).
- Fränkel.** — Épididymite et parotite (*Aerzt. Verein*, in Hamburg, 21 février 1888, *Munch. med. Woch.*, n° 9, 28 févr. 1888).
- Fränkel.** — Remarques traumatiques du sympathique, etc., de Remak (*Berl. Kl. Woch.*, n° 8, 20 févr. 1888).
- Hale-White.** — Des variations du corps thyroïde humain (*Royal med. and chirurg. soc.*, 13 mars 1888, in *British med. Journ.*, 17 mars 1888).
- Hirsch.** — Un cas de myxœdème (*Berl. Kl. Woch.*, n° 10, 5 mars 1888).
- Holm (J.-G.).** — Maladies du cou et du larynx (*Norsk Magazin f. Lægevidenskaben*, p. 275, avril 1887).
- Howell (Mark).** — Traitement du goître hystique (*The Lancet*, 11 février 1888).
- Israël.** — Extirpation d'un carcinome du cou avec résection du nerf sympathique (*Berl. med. Woch.*, n° 7, 13 février 1888).
- Jackson.** — Traitement de la coqueluche (*Plymouth and. Devamport med. Soc.*, *The Lancet*, 10 mars 1888).
- Karewski.** — Valeur pratique de l'anesthésie par l'erythrophlaein (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 23 févr. 1888).
- Landouar.** — Un cas de myxœdème (*Paris méd.*, 10 mars 1888).
- La littérature laryngienne dans les six premiers mois de l'année 1887 (*Intern. centralb. f. laryng. rhin. etc.*, n° 8, févr. 1888).
- Laycock (R.).** — De l'hémorragie comme symptôme du myxœdème (Corresp. de *The Lancet*, 4 février 1888).
- Makeig (J.).** — Un cas de myxœdème (*Brit. med. Journ.*, 4 février 1888).
- Marconi.** — Opération du goître (*Sperimentale*, no 11, nov. 1887).
- Masucci.** — Quatre cas d'œsophagisme avec considération sur cette névrose (*Gior. di clin. e terap.*, an XIX, no 1, Naples 1888).
- Meltzer.** — Un cas de dysphagie avec remarques (*Berl. Klin. Woch.*, nos 8-9, 20-27 fév. 1888).
- Mœlius.** — Hémiplegie et troubles visuels dans la coqueluche (*Centralb. f. Nervenhe.*, Leipzig, 1887, X, 651-654).
- Morelli.** — Quelques nouveaux instruments pour le traitement local du nez, de la gorge et du larynx (*Orvosi hetil.*, Budapest., 1887, XXXI, 1399, 1434).
- Ormsby.** — Goître congénital (Correspond. de *The Lancet*, 25 février 1888).
- Remak (Ernest).** — Paralysie traumatique du sympathique de l'hypoglosse et de l'accessoire (*Berl. Klin. Woch.*, no 7, 13 février 1888).
- Rona.** — Le lichen ruber (*Konigl. Gesells. der Aerzte, zu Budapesth Internat. Klin Rundschau*, no 10, 1888).
- Roth.** — Altération de la circulation cérébrale dans un cas de carcinome du corps thyroïde (*Munch. med. Woch.*, no 10, 6 mars 1888).
- Rudinger.** — Influence du corps thyroïde sur la nutrition du cerveau (*Aerzt. Verein München*, 11 janvier 1888 *Munch med. Woch.*, nos 5-6, 31 janvier, 7 février 1888).
- Schmiegelow (E.).** — Deuxième rapport sur la clinique des oreilles, du nez et du cou du Kommune-Hospitals (*Separat abd. der Hosp-Tidende* 48, S, Copenhagen, 1887).

- Schrøtter.** — De la pseudo-leucémie (*Allg. Wien. med. Ztg.*, no 5, 31 janvier 1888).
- Segond.** — Un goitre kyst. (*Gaz. des hôp.*, 22 février 1888).
- Terrillon.** — Rétrécissement de l'œsophage, gastrotomie (*Acad. de méd. de Paris*, 6 mars 1888).
- Thornton Pugine.** — Traitement des goitres kystiques (Correspond. de *The Lancet*, 18 févr. 1888).
- Urunucla.** — Cas variés de dyspnée intermittente, d'origine obscure (*Acad. med. quirurg. española semin.*, du 19 janv. 1888).
- Verneuil.** — Épithélioma de l'œsophage (*Le Praticien*, 5 mars 1888).
- Watt (A.).** — Un cas de myxœdème (*The med. Rec.*, 28 janvier 1888).
- Witehead.** — Chirurgie du corps thyroïde (*The Lancet*, 10 mars 1888).
- Webster.** — Goitre congénital (*The Lancet*, 17 mars 1888, p. 527).
- Wolfenden (Norris).** — Goitre gazeux et trachéocèle (*Journ. of Laryng. a. rhin.*, no 3, mars 1888).
- X...** — Durée de l'incubation de la coqueluche (Correspond. du *Brit. med. J.*, 10 mars 1888).

NOUVELLES

Le Dr Salomon Solis-Cohen, de Philadelphie, membre de l'Association laryngologique américaine, a été nommé professeur de clinique médicale et de thérapeutique appliquée à la Polyclinique de Philadelphie ; et il a été en outre nommé professeur de thérapeutique spécial à Jefferson Médical-College.

M. le professeur Caccioppoli, le 19 février, dans l'Hôpital des Incurables, à Naples, a pratiqué une extirpation du larynx avec six anneaux de la trachée.

Il s'agissait d'une femme, P. C. de Cortona, âgée de 62 ans, atteinte de sarcome. L'opérée se porte bien ; seulement un jour la température s'est élevée à 38°. C'est la troisième ablation du larynx pratiquée en Italie.

CARDONE.

NOUVEAU JOURNAL

Nous avons reçu le premier numéro d'un journal italien ayant trait aux maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. Cette feuille spéciale, trimestrielle, publiée à Naples par M. le Dr Masucci, a pour titre : *Rassegna critica internazionale delle malattie del naso, gola e orrechio*. C'est la quatrième publication spéciale italienne (trois d'entre elles publiées à Naples), à laquelle nous souhaitons la bienvenue.

Lordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 46