

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 8, n° 6, p. 297 à 376. - 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?91487x1888x06>

UN CAS DE CANCER DU LARYNX. — CONSIDÉRATIONS SUR LA LARYNGECTOMIE

Par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse (1).

Krishaber (2) considérait comme très rares les tumeurs malignes primitives du larynx; mais, même en nous plaçant à son point de vue et en ne désignant sous la dénomination de *cancer du larynx* que les tumeurs malignes de cet organe débutant primitivement par un point quelconque autre que la face aryénoïdienne, on a assez souvent l'occasion d'en observer des exemples. Aussi l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre n'aurait-elle par elle-même grand intérêt si elle ne nous permettait de soulever au sein de la Société de Laryngologie une question toute d'actualité : la question de la laryngectomie.

OBSERVATION. — M. X..., âgé de soixante ans, se présente dans mon cabinet le 1^{er} octobre 1887. Depuis de longues années il était sujet à des enrrouements fréquents qui survenaient surtout lorsqu'il fatiguait sa voix plus que de coutume, et qui avaient aussi probablement pour cause l'abus du tabac. Mais, depuis environ un an et demi, l'aphonie est devenue permanente et, sur le conseil de son médecin, le malade a suivi pour se soigner diverses stations thermales, Caunterets d'abord, puis Luchon, d'où il m'est adressé par mon excellent confrère et ami, M. le Dr Ferras.

Quand le malade se présente à mon examen, son état général est excellent, les forces et l'appétit sont conservés, le sommeil est bon, la respiration facile, la toux et l'expectoration sont nulles, l'haleine est forte, mais non fétide. En somme, la perte de la voix est le seul symptôme qui inquiète le malade; il éprouve cependant de légères douleurs lanci-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 avril 1888.

(2) Krishaber : Cancer du larynx. *Dictionnaire Encyclop. des sciences méd.*, 2^e série, t. 1^{er}, p. 770.

nantes qui se produisent surtout le soir et qui vont s'irradiant du côté droit du larynx à l'oreille correspondante.

M. X... n'a pas d'antécédents héréditaires ni morbides; marié jeune, sa conduite a toujours été austère; il nie la syphilis et ne présente d'ailleurs aucun signe pouvant faire songer à cette affection; notons en passant (1) que sa femme est morte depuis quelques années d'un cancer au sein. A l'auscultation, le cœur et les poumons sont absolument normaux. La voix, sans être absolument éteinte, est très altérée, le malade est obligé de faire un effort pour arriver à émettre un son.

A l'examen, le pharynx est sain, le larynx révèle les conditions suivantes : l'épiglotte et le côté gauche du larynx sont congestionnés et présentent les signes ordinaires de la laryngite chronique simple; à droite, l'aryténoïde et le repli ary-épiglottique sont normaux, mais au niveau de la corde vocale on constate une ulcération grisâtre, assez profonde, à fonds grisâtre et occupant le centre d'une tuméfaction qui a envahi la bande ventriculaire et qui retrécit de moitié l'orifice glottique. Il n'existe cependant pas, nous l'avons vu, de gêne respiratoire.

Les antécédents du malade, la marche et le siège de la lésion, son aspect, ne me permettaient guère d'admettre la syphilis, encore moins la tuberculose; je portai donc le diagnostic, tumeur maligne du larynx, probablement de nature épithéliale; mais, sachant combien dans certains cas l'erreur est facile, je prescrivis par acquit de conscience le traitement spécifique: sirop de Gibert, deux cuillerées à bouche par jour et un traitement général tonique. Ce traitement fut suivi pendant quinze jours sans amener aucune amélioration.

Le 15 octobre, je fais cesser le sirop de Gibert, et je prescris des pulvérisations phéniquées, de l'arsenic à l'intérieur, du vin de quinquina.

Le 5 novembre, le malade se plaint d'éprouver depuis quel-

(1) On a décrit un microbe dans le cancer, et quelques rares auteurs croient à la contagion de cette maladie. Bien qu'une pareille théorie soit loin d'être démontrée, j'ai tenu à noter cette particularité dans le cas de mon malade.

ques jours un peu de gêne respiratoire, qui se manifeste surtout quand il se livre à un exercice un peu pénible; la douleur à la gorge, sans être considérable, est cependant plus marquée. Au laryngoscope, je constate un léger accroissement de la tumeur dont une saillie lisse et d'un rouge vineux vient me cacher la partie ulcérée. Le malade rend de loin en loin des crachats striés de sang.

A partir de cette époque la gêne respiratoire s'accrut tous les jours en même temps que la tumeur envahissait le côté droit tout entier du larynx. Le dimanche, 18 décembre, à la suite d'une course assez longue, un premier accès de suffocation se produisit qui dura un quart d'heure environ, mais la nuit suivante la respiration devient de plus en plus gênée, et je dus, au milieu de la nuit, me rendre à la maison de campagne du malade prêt à faire la trachéotomie. A mon arrivée, M. X... respire assez bien, et tout danger paraît provisoirement écarté. Dès ma première consultation, je l'avais prévenu de la probabilité d'une intervention chirurgicale prochaine; de nouveau, je lui annonce la nécessité d'intervenir bientôt.

Le 25, je revoie le malade en consultation avec MM. les D^{rs} Ferras (de Luchon) et Cadène. On décide que le malade viendra habiter Toulouse où l'on pourra plus facilement lui donner les secours que pourrait nécessiter son état. Pendant toute la durée de janvier, la situation va s'aggravant. Le 4 février, l'examen du larynx révèle l'état suivant : le côté droit est envahi tout entier par une tumeur violacée, bourgeonnante, d'aspect muriforme. L'aryténoïde infiltré ne fonctionne plus. A gauche, la corde vocale est érodée rouge, la muqueuse est légèrement œdématiée, mais ne paraît pas cependant envahie par le processus néoplasique, la respiration se fait de plus en plus mal, il existe un tirage permanent, la respiration est bruyante, la nuit surtout.

A partir du 10 février les accès de suffocation reparaissent assez fréquents sous l'influence de la cause la plus légère; la trachéotomie est décidée, j'expose encore une fois au malade la gravité de la situation et lui fais entrevoir la possibilité

d'une seconde opération destinée, après la trachéotomie, à tenter une cure radicale. Mais, ne voulant prendre sur moi seul la responsabilité d'une pareille décision, je fais venir de Bordeaux M. Moure en consultation. M. Moure constate les lésions précédemment décrites, confirme mon diagnostic et se prononce avec M. Ferras et moi en faveur de la possibilité d'une extirpation du larynx.

Le 19 février, je pratique la trachéotomie assisté de MM. les Drs Moure, Ferras et Cadène. L'opération fut rapidement faite sans incidents. Les suites furent des plus simples, le malade n'eut pas de fièvre, un peu de trachéïte sans inflammation des bronches et, quelques jours après, il était debout.

Depuis cette époque j'ai pu constater à diverses reprises les progrès lents mais certains de la tumeur. Cependant, au point de vue général, le malade se trouve tout à fait bien.

Le sommeil est bon, l'appétit et les forces se maintiennent, le malade a vu son poids augmenter de trois kilos depuis l'ouverture de la trachée; il se plaint toutefois d'accès de toux qui surviennent pendant les repas et qui sont dus au passage de parcelles d'aliments par le larynx, parcelles qui sont ensuite rejetées par la canule. L'examen laryngoscopique que j'ai pratiqué une dernière fois le 23 avril permet d'expliquer cet accident. L'infundibulum laryngé est rempli tout entier par la tumeur et soulève légèrement l'épiglotte encore saine et l'empêche de remplir son rôle obturateur pendant la déglutition. Il n'existe pas encore d'engorgement ganglionnaire.

Dans l'observation qui précède, nous avons cru pouvoir proposer au malade l'extirpation du larynx, sans lui cacher toutefois les dangers que pouvait lui faire courir cette opération. Si elle n'a pas été faite, cela tient à des raisons qui n'ont absolument rien de scientifique. Cependant, lorsqu'on parcourt la liste déjà longue des laryngectomies pratiquées jusqu'à ce jour, on est effrayé du nombre considérable de décès qui en sont la conséquence. En prenant pour base la statistique fort complète publiée

récemment par notre confrère, M. Baratoux (1), nous voyons qu'il a été fait jusqu'à ce jour cent cinquante-trois extirpations du larynx (2); sur ce nombre cent trente-cinq seulement ont été pratiquées pour des tumeurs malignes. Sur ces cent trente-cinq extirpations l'ablation totale a été faite quatre-vingt-dix-huit fois, avec soixante-seize morts et vingt-une guérisons; la résection partielle, soit totale, moins l'épiglotte, soit seulement partie du cartilage neuf fois, avec six morts et trois guérisons; l'ablation unilatérale vingt-huit fois avec quatorze morts et treize guérisons. Il résulte de ces chiffres que dans l'extirpation totale les deux tiers des opérés et la moitié dans l'extirpation partielle meurent à la suite de l'opération, et encore convient-il d'ajouter que parmi ceux qui échappent aux dangers inhérents à l'intervention chirurgicale, la moitié succombent dans les quatre ou cinq premiers mois qui suivent l'extirpation. De sorte que si l'on analyse les cas de guérisons, et en ne considérant comme réellement guéris que les malades qui ont obtenu une survie d'au moins un an, on constate que dix-huit opérés seulement sur cent trente-cinq ont retiré la laryngectomie un réel bénéfice.

La trachéotomie dans le cancer laryngé n'est qu'une opération palliative. « Elle donne cependant, ainsi que le fait observer Schwartz (3), des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par la laryngectomie, sans faire courir aux malades les dangers inhérents soit à l'extirpation totale soit à l'extirpation partielle du larynx. » Le tableau suivant emprunté au même auteur (4) nous permettra d'apprécier les résultats fournis par la trachéotomie.

(1) Baratoux. — De l'extirpation du larynx (*La Pratique Médicale*, 22 et 29 novembre 1887).

(2) En ajoutant à ce chiffre les deux malades de M. Moure, opérés par M. le professeur Demons, et la malade du professeur Cacciopoli, de Naples, nous arriverons au chiffre de cent cinquante-six opérés avec cinquante-une guérisons.

(3) Schwartz. — Des tumeurs du larynx, p. 284.

(4) *Ibid.*, p. 276.

Survie après la trachéotomie pour cancer du larynx :

Mort immédiate.....	3 fois.
0 à 1 jour.....	3 —
1 à 2 jours.....	2 —
2 à 8 jours.....	5 —
15 jours à 1 mois.....	6 —
1 à 2 mois.....	6 —
2 à 6 mois.....	19 —
6 mois à 1 an.....	32 —
1 à 2 ans.....	12 —
2 à 3 ans.....	2 —
3 à 4 ans... ..	1 —
Quelques jours.....	3 —
Quelques mois.....	2 —

Comme on le voit par ce tableau, certains opérés ont pu vivre un an, quelquefois plusieurs années après la trachéotomie, et l'on peut en moyenne évaluer de six à huit mois la survie que l'on obtient par cette opération.

En présence de tels résultats on comprend facilement que certains laryngologistes, et non des moins expérimentés, Solis-Cohen, par exemple, se soient posés en adversaires résolus de la laryngectomie. Doit-on cependant la rejeter d'une manière absolue et s'en tenir toujours à la trachéotomie? Nous ne le pensons pas.

La trachéotomie est moins dangereuse, elle procure aux malades dans bien des cas une survie égale et même supérieure à celle fournie par la laryngectomie, mais elle ne les guérit pas. En outre, le bien-être relatif qu'ils éprouvent après l'ouverture de la trachée n'est le plus souvent que de courte durée. Le mal continue ses progrès, les douleurs s'accroissent, la déglutition devient de plus en plus pénible, et l'infortuné malade passe les derniers mois de sa vie dans une cruelle situation à laquelle pour beaucoup d'entre eux la mort peut paraître préférable.

En présence d'une pareille perspective et malgré les dangers de l'extirpation, nous croyons que le chirurgien est autorisé à la tenter dans certains cas. Elle peut en

effet réussir et permettre au malade de vivre quelquefois pendant des années dans des conditions très supportables. Je suis d'ailleurs persuadé que les statistiques iront s'améliorant à mesure que les chirurgiens, tenant un compte plus exact de la situation des malades, élimineront les cas défavorables et dans lesquels l'insuccès peut être considéré comme la règle pour s'en tenir à ceux qui présentent les chances les plus grandes de réussite. Tous les cas de cancer du larynx ne sont pas, en effet, justiciables de l'extirpation, et, lorsqu'on parcourt les observations publiées jusqu'à ce jour, on s'aperçoit que dans un bon nombre de cas l'intervention devait presque fatalement aboutir à un insuccès opératoire ou à une récurrence prochaine.

Un certain nombre d'opérés avaient plus de soixante-dix ans; deux d'entre eux ont survécu quelques mois, les autres sont morts dans les trois ou quatre jours qui ont suivi l'opération.

Aussi croyons-nous qu'à moins d'avoir affaire à des sujets d'une vigueur exceptionnelle, on devra, dans les cas de ce genre, se contenter de pratiquer la trachéotomie. A cet âge en effet, qui confine à l'extrême vieillesse, l'organisme d'ordinaire n'a plus la force de réaction suffisante pour supporter une opération de cette gravité. Les complications pulmonaires qui accompagnent si souvent la laryngectomie sont plus fréquentes et plus graves chez le vieillard.

Dans d'autres cas, les opérés, sans être aussi âgés, étaient très affaiblis lors de l'extirpation, par le manque d'air consécutif à la sténose laryngée qui s'était progressivement établie et durait parfois depuis longtemps.

Quant à la récurrence, elle était à prévoir dans bien des cas, soit parce qu'il existait de l'infiltration ganglionnaire, et l'on sait cependant combien elle est tardive dans le cancer du larynx, soit en raison de la situation du néoplasme.

L'extirpation ne présente en effet de chances sérieuses

de succès que lorsque la tumeur est exactement limitée à l'intérieur du larynx et lorsqu'elle n'a pas franchi la cuirasse protectrice qui lui est fournie par le cartilage du larynx. A ce point de vue nous partageons pleinement les idées de Butlin (1) : « Le cancer extrinsèque du larynx, » dit-il, celui qui naît à la limite des voies digestives, est » de tous le plus mauvais : il atteint les ganglions, et » quelquefois de bonne heure il s'infiltré profondément » et s'étend assez rapidement ; contre lui l'extirpation du » larynx est pour ainsi dire frappée d'insuccès, la récurrence » est donc presque certaine, laissant de côté toute question opératoire. Quant au cancer intrinsèque, il est » moins grave, il diffuse plus lentement, il envahit bien » plus rarement les glandes lymphatiques. De plus il est » assez souvent localisé à la moitié de l'organe. Dans » ces conditions l'extirpation partielle ou totale est permise ; elle est contre-indiquée si les ganglions sont » pris et si la maladie a franchi les limites cartilagineuses. »

L'extirpation partielle donne des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par l'ablation totale ; de plus, la récurrence n'est pas plus fréquente dans le premier cas que dans le second. Aussi est-il fort important d'établir de bonne heure le diagnostic de la maladie, d'autant plus que l'intervention aura des chances d'autant plus grandes de réussir que le malade sera moins affaibli.

L'examen du larynx pratiqué par un laryngoscopiste expérimenté *permettra dans la plupart* des cas d'arriver à un diagnostic précis. Le plus souvent le cancer débute dans le larynx par un gonflement irrégulier, mal défini, siégeant sur l'un des côtés de l'organe, le plus souvent sur la bande ventriculaire ou sur la corde vocale. La tumeur reste longtemps limitée à la partie primitivement atteinte et ne gagne que lentement les parties voisines. C'est à cette période que la laryngectomie partielle

(1) Cité par Schwartz, *loc. cit.*, p. 264.

peut être tentée avec les chances les plus grandes de succès. Plus tard le néoplasme s'ulcère, envahit la région aryténoïdienne, tout en restant limitée à un côté de l'organe; l'intervention est encore possible, mais il faut pratiquer l'extirpation totale. A cette période de l'évolution de la maladie, le diagnostic est encore plus facile qu'au début. D'ailleurs à l'une ou l'autre de ces deux phases du cancer laryngé, la syphilis est la seule maladie avec laquelle on puisse facilement le confondre. On devra donc toujours se conformer à cette règle posée par Morell-Mackenzie : « On ne doit jamais affirmer qu'un malade est atteint de cancer avant de lui avoir fait suivre un traitement antisyphilitique destiné à lever tous les doutes. »

Dans ces conditions le diagnostic étant porté de bonne heure, l'intervention, si elle est acceptée, aura beaucoup plus de chance de succès, et la laryngectomie, nous en sommes convaincus, tout en restant une opération des plus graves, pourra entrer dans la pratique chirurgicale ordinaire.

REMARQUES SUR CERTAINES OBSTRUCTIONS NASALES

par le Dr E. MIOT (Suite et fin) (1).

Pile. — A la tête plus que dans toute autre région, il faut rejeter de la pratique les piles à grande tension à cause de l'ébranlement trop violent des centres nerveux. Tous les instruments de ce genre, dont la tension est la plus faible, sont donc ceux que l'on doit choisir de préférence.

On peut, du reste, diminuer la tension d'une manière très sensible, la rendre même très faible en rapprochant l'un de l'autre les points d'application des deux électro-

(1) Voir *Revue*, n° 5, mai 1888.

Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

des et en les plaçant sur des tissus meilleurs conducteurs que la peau, comme la muqueuse ou l'intérieur des tissus.

Les piles dont nous nous sommes servi pour nos divers essais de galvano-caustique chimique sont les éléments Leclanché, les petits éléments Grenet et enfin la pile au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc de Gaiffe.

La pile doit être munie d'un collecteur destiné à augmenter le nombre des éléments un à un et d'un galvanomètre d'intensité, bien gradué, comme celui de Gaiffe, qui est généralement regardé comme le meilleur. Ce galvanomètre est indépendant de la pile ou en fait partie.

Choix des pôles. — Depuis les expériences de Volta, on sait que quand on fait passer un courant dans de l'eau pure, celle-ci est décomposée : l'oxygène se porte au pôle positif, — et l'hydrogène au pôle négatif. — En agissant sur un liquide salin, les acides sont attirés vers le pôle positif, et les bases s'accumulent au contraire au pôle négatif. Il était tout naturel de voir cette action, décomposante et appelée en chimie : électrolytique, utilisée bientôt en chirurgie. Ce fut en 1807 qu'Humphry Davy se servit, le premier, de la pile pour décomposer les tissus animaux, et Fabré-Palaprat qui fit la première application chirurgicale.

Dans ses recherches sur l'élimination des virus, Pravaz découvrit l'effet coagulant du courant électrique sur le liquide sanguin. Guérard pensa que cette découverte pouvait être appliquée à la cure des anévrysmes, et elle fut utilisée par Pétrequin, Ciniselli, Anderson, Charlton, Bastian, Brown, Frantz Fisher, Bowditch, Dujardin-Beaumetz, Proust, Ball, Bernutz, etc.

En 1841 seulement, Crussel, de Saint-Petersbourg, démontra l'effet destructif du pôle négatif dans le traitement des tumeurs. Nélaton conseilla de se servir des effets chimiques des piles pour la destruction des tumeurs

vasculaires ou profondément situées et, en particulier, des polypes naso-pharyngiens. Depuis cette époque Broca, Julius Althaus, Cutter, Rodolpho-Rodolli, Maringel, E. Cyon, Golding-Bird, Tripier, A. Lefort, Brown, Kimbal, G. Thomas, Monoyer, Semeleder, Aimé Martin, Chéron, Gallard, Apostoli, et dans ces derniers temps Garrigou-Désarènes, Baratoux, Gellé, Brocq..., etc., ont prouvé l'action bienfaisante de la galvano-caustique chimique dans un grand nombre d'affections.

D'après les recherches de A. Tripier, le pôle positif est dit coagulant ; il produit une cautérisation acide ou positive donnant une eschare dure et sèche déterminant la formation d'une cicatrice rétractile. Le pôle négatif donne, au contraire, une cicatrice molle, peu rétractile. Ce dernier agit en outre avec plus d'énergie que le pôle positif pour produire la dénutrition des tissus. Voilà pourquoi nous avons opéré sur la cloison avec le pôle négatif pour obtenir un effet maximum, tandis que nous nous sommes servi du pôle positif quand nous avons craint d'avoir une hémorrhagie de quelque importance.

L'électrode positive doit être terminée par une plaque large de métal ou de charbon, recouverte d'une étoffe épaisse ou de peau de chamois, ou de terre glaise (Apostoli), ou de gélatine, pour éviter la douleur résultant d'une action chimique. Elle peut encore avoir la forme d'une tige métallique entourée d'une couche suffisante de terre glaise ou de gélatine ayant la forme d'une masse allongée, un peu aplatie, que l'on assujettit dans la fosse nasale opposée à celle dans laquelle on opère. Dans certains cas, c'est une aiguille semblable à celle du pôle négatif et destinée à être introduite dans les tissus pathologiques à côté de l'aiguille négative. Quelle que soit la matière placée sur l'électrode, elle doit être humide, afin d'opposer le moins de résistance possible au courant et de bien imbiber l'épiderme. Aussi faut-il appliquer cette électrode sur une région où la couche épidermique est mince comme à l'avant-bras, au

cou, etc. Mais il est préférable de l'introduire dans la fosse nasale toutes les fois que l'intensité du courant n'est pas trop élevée.

L'électrode négative, ou positive suivant les cas, a une forme différente avec le but que nous nous proposons. Pour agir sur les cornets et même sur la cloison, nous lui donnons la forme d'une lame métallique (L, *fig. 6*),

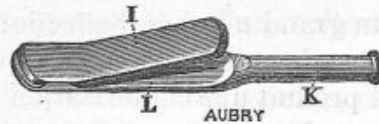


Fig. 6.

L, lame métallique; — K, borne; — I, lame isolante faisant ressort.

plane ou recourbée en gouttière, munie d'une borne recouverte d'un tube en caoutchouc et destinée à recevoir le fil de la pile. A l'extrémité opposée à la borne est fixée une plaque en baleine ou autre matière isolante I, faisant ressort. Ces deux lames étant réunies à angle aigu et assez éloignées l'une de l'autre à leur extrémité opposée, il en résulte que leur introduction dans les fosses nasales est facile et qu'elles s'appliquent avec assez de force contre deux surfaces opposées pour se maintenir où on les a placées.

Les lames métalliques planes sont plutôt destinées aux surfaces régulières, et les lames en gouttière sont réservées aux cornets, principalement au cornet inférieur. Ces plaques diffèrent donc en tous points de celles qui ont été construites jusqu'ici.

A ces lames nous préférons les aiguilles A, B, C, D, (*fig. 7*), toutes les fois que nous voulons agir sur une tumeur quelconque, et nous les enfonçons plus ou moins profondément dans les tissus. Ces aiguilles sont en acier ou en platine. Elles sont coudées sous un angle de 140° environ comme en B, ou recourbées comme en A, pour être introduites plus facilement et sont tenues à la main ou assujetties au spéculum. Les aiguilles en acier

sont trempées, excepté au niveau de l'angle et des parties voisines, afin que l'on puisse modifier leur courbure à volonté. Toutes sont recouvertes d'un enduit isolant, si ce n'est sur une longueur de 2 ou 3 centimètres environ à leur extrémité piquante. L'extrémité opposée à la pointe est terminée par une borne K. Au lieu d'une ai-

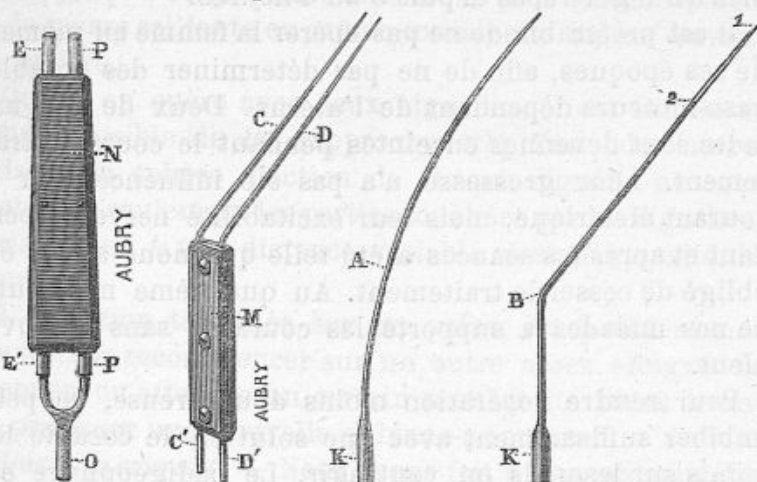


Fig. 7.

A, aiguille courbe. — B, aiguille coudée. — CD, aiguilles jumelles. — K, borne pour le fil de la pile. — M, matière isolante.

guille on peut en employer deux, CD, comme l'indique la figure ou plusieurs. Ces aiguilles sont séparées l'une de l'autre par la matière isolante, M, et peuvent être assujetties au manche, N, disposé de telle sorte qu'on peut à volonté faire aboutir un pôle à chaque aiguille ou un seul pôle aux deux aiguilles en enlevant ou en mettant la borne O. Nous nous servons aussi de manches pouvant recevoir plusieurs aiguilles.

L'opérateur est assis et placé en face ou à gauche du malade, la lampe située derrière la tête du patient ou un peu à sa gauche, afin que les rayons lumineux frappent le moins obliquement possible le miroir réflecteur.

Après avoir assujetti l'électrode positive, très exceptionnellement l'électrode négative au point d'élection, il n'y a plus qu'à éclairer suffisamment les points sur les-

quels on veut opérer, afin de pouvoir y assujettir la plaque ou les aiguilles.

L'opéré est placé dans la position assise ou couchée, la tête maintenue par un aide ou appuyée contre un coussin. Il peut être à jeun, mais il vaut mieux qu'il ait pris un léger repas depuis 3 ou 4 heures.

Il est préférable de ne pas opérer la femme au moment de ses époques, afin de ne pas déterminer des troubles vaso-moteurs dépendant de l'utérus. Deux de nos malades sont devenues enceintes pendant le cours du traitement. Leur grossesse n'a pas été influencée par le courant électrique, mais leur excitabilité nerveuse pendant et après les séances a été telle que nous avons été obligé de cesser le traitement. Au quatrième mois, une de nos malades a supporté les courants sans inconvénient.

Pour rendre l'opération moins douloureuse, on peut imbibier suffisamment avec une solution de cocaïne les points sur lesquels on veut agir. Le badigeonnage est pratiqué deux fois à deux minutes d'intervalle, et la séance de galvano-caustique est commencée trois minutes après le second badigeonnage. Mais l'opération peut être faite sans anesthésie préalable, puisqu'elle est bien supportée sans cette précaution, ainsi qu'on le verra en lisant les observations.

Procédés opératoires. — 1^{er} Procédé. — A l'exemple des praticiens qui emploient des plaques métalliques pour traiter par la galvano-caustique chimique les diverses rhinites, nous nous sommes servi aussi de lames en métal ayant la disposition indiquée précédemment pour agir sur les épaissements de la cloison.

On saisit chacune de ces plaques par la borne et on l'introduit de manière à la faire correspondre aux surfaces sur lesquelles on veut agir, en ayant soin de ne pas appuyer ses bords contre les tissus sains. Après avoir constaté leur faible action, nous les avons remplacées par des aiguilles.

2^e Procédé. — Il n'a jamais été employé avant nous pour faire disparaître les épaissements dont nous parlons.

L'aiguille tenue à la main ou fixée à un manche est introduite dans la cloison, parallèlement à cette dernière, jusqu'à ce qu'on ait traversé la plus grande partie de la masse saillante ou même toute cette masse d'avant en arrière.

Quand on opère avec deux aiguilles, il est inutile et même nuisible de les rapprocher trop l'une de l'autre, puisque la sphère d'action de chaque aiguille ne comprend pas seulement les parties touchées par les aiguilles, mais s'étend à une distance variable avec l'intensité du courant.

L'opération terminée sur un point, on peut, séance tenante, la recommencer sur un autre assez éloigné du premier, ou attendre un certain nombre de jours avant de pratiquer une nouvelle galvano-puncture.

Durée du courant. — Nous avons fait à nos malades des applications de courant pendant un temps variable, et nous avons constaté que six à dix minutes suffisaient pour obtenir le résultat cherché. Nous nous sommes demandé si nous obtiendrions le même résultat en augmentant la durée et en diminuant l'intensité, et réciproquement. Mais nous avons remarqué, comme Apostoli au sujet de l'utérus, que l'effet obtenu était peu appréciable avec un courant prolongé et faible, tandis qu'il était en rapport direct avec l'intensité du courant.

Action du courant. — On doit distinguer celle qui se produit pendant le passage du courant, c'est-à-dire l'action immédiate et les changements qui surviennent après l'opération, c'est-à-dire l'action médiate ou consécutive.

Action immédiate. — Malgré que nous ayons eu recours dans quelques cas à l'anesthésie locale avec la cocaïne, la douleur a été assez vive mais supportable d'une manière générale. A 15 milli-ampères et au-dessus le ma-

lade ressent une douleur qui s'irradie, par ordre de fréquence, aux régions sous-orbitaire, malaire, aux dernières molaires inférieures, aux dernières molaires supérieures et aux incisives supérieures. Il y a de plus du larmolement de l'œil du côté opéré, des phosphènes, une saveur métallique, une sécrétion abondante de salive et de mucus nasal, des envies d'éternuer et des éternuements. Ces symptômes disparaissent pour ainsi dire toujours avec le courant.

Autour de chaque aiguille, on voit pendant le passage du courant la muqueuse ou la peau devenir très pâle par suite de la contraction des vaisseaux, de telle sorte qu'il existe une aréole plus ou moins régulière, d'un rouge très pâle sur la muqueuse, d'un jaune tendre sur la peau bien distincte des tissus voisins. Avec une intensité de 18 milli-ampères par exemple, l'aréole a une largeur de 12 à 15 millimètres sur la muqueuse de la cloison et à peu près la même étendue à la peau.

Au niveau de l'aiguille négative, on voit des bulles nombreuses de gaz se dégager et former une mousse blanche, parfois sanguinolente, remplissant la fosse nasale.

Les aiguilles, fichées et immobilisées dans les tissus, ne tardent pas à glisser facilement dans le trajet qu'elles y ont creusé et l'on aperçoit une dépression au point d'émergence des aiguilles, de telle sorte que, quand on a enlevé ces dernières, on voit à la place qu'elles occupaient une ouverture en infundibulum ayant trois à quatre fois la largeur de l'aiguille et provenant de la destruction de ces tissus en ces points. Cette ouverture est proportionnelle à l'intensité du courant; on voit souvent s'échapper un peu de sang de celle qui a été faite avec l'aiguille négative, tandis qu'il s'en écoule en moins grande abondance et beaucoup moins fréquemment de la plaie positive.

Action médiate ou consécutive. — Les douleurs causées par le courant disparaissent ordinairement avec lui ou peu de temps après lui. Nous les avons vues cependant

persister chez deux malades pendant plusieurs jours avec une grande violence après l'action d'un courant ayant une intensité de 30 milli-ampères.

Après la galvano-puncture, l'aréole se colore en rouge vif, ainsi que toutes les parties voisines. Et l'on voit même la région, dans une certaine étendue, rester plus colorée qu'avant le traitement galvanique. Cette suractivité circulatoire augmente considérablement la résorption des tissus, mais elle devient nuisible si elle est trop vive. Voilà pourquoi il nous semble nécessaire de ne pas trop rapprocher les séances, afin de laisser diminuer la congestion, et de les rendre d'autant moins fréquentes que celle-ci est plus vive.

La perte de substance à surface rouge, sanguinolente, s'agrandit encore après la galvano-puncture et prend des dimensions en rapport avec l'intensité du courant et la nature des tissus. Ainsi nous avons vu se produire dans la cloison une perte de substance en forme de sillon, (2, fig. 4), de 5 millimètres de profondeur et de largeur, à la suite d'une galvano-puncture pratiquée pendant 10 minutes avec une aiguille n'ayant qu'un millimètre d'épaisseur et un courant de 21 à 23 milli-ampères en moyenne. Cette perte de substance se couvre de bourgeons charnus et se cicatrise peu à peu.

Les parties voisines des pertes de substance deviennent le siège d'une congestion assez vive et subissent un retrait considérable dépendant d'une action atrophique bien distincte de l'action électro-chimique. Ces modifications de nutrition se prolongent pendant plusieurs jours. Voilà pourquoi il faut attendre que tout l'effet sur les tissus se soit produit avant de pratiquer une nouvelle opération.

Intervalles entre les opérations. — D'après ce que nous venons de dire, les séances de galvano-puncture doivent être séparées par un certain intervalle de temps qui varie avec la région sur laquelle on opère et doit être de 10 à 15 jours pour la cloison.

Nombre des séances. — En fichant 3 ou 4 ou 5 aiguilles dans toute l'étendue de la partie exubérante de la cloison, il est facile d'en obtenir la destruction en une séance et de rendre absolument libre la fosse nasale ; mais en agissant ainsi, on court le risque de produire la destruction de la lame cartilagineuse de la cloison. Il vaut donc mieux opérer avec deux aiguilles, même avec une seule, et obtenir le même résultat en trois ou quatre séances.

CONCLUSIONS. — Les procédés chirurgicaux ont une grande efficacité en ce sens qu'ils permettent d'agir comme on le veut sur les diverses parties épaissies. Mais ils exigent une certaine habileté opératoire, et inspirent de la crainte aux malades. Plusieurs d'entre eux ont le grave inconvénient de laisser des cicatrices visibles comme chez le malade de l'observ. III.

La dilatation exige un certain temps, est douloureuse, produit de la rhinite et ne donne qu'un résultat partiel dans la plupart des cas.

La cautérisation, faite avec des caustiques et surtout avec le galvano-cautère thermique, exerce une action sur ces néoplasmes. Mais elle a l'inconvénient de causer une inflammation vive des tissus susceptible de s'étendre à la cloison et d'en produire l'élimination plus ou moins étendue.

La galvano-puncture est bien supérieure aux modes de traitement indiqués ci-dessus, ainsi qu'à la galvano-caustique chimique ordinaire. C'est un moyen d'une application facile, d'une très grande efficacité, dont l'action se fait sentir pendant plusieurs jours. Il n'offre pas d'inconvénients, a l'avantage de ne déterminer aucune cicatrice visible, de ne pas effrayer les malades, et d'obtenir avec la plus grande facilité le rétablissement complet de la respiration nasale.

OBS. I (1). — 7 juin 1886. — M^{lle} L..., âgée de neuf ans

(1) Tous ces malades ont été opérés avec l'aide de mon chef de clinique, M. Pottier, qui a pris une partie des observations.

et demi, assez petite pour son âge, à tissus flasques et pâles, vient à ma clinique, parce qu'elle ronfle en dormant et éprouve la plupart du temps beaucoup de difficulté à respirer par le nez. Depuis l'âge de deux ans, elle est ainsi et se plaint de plus d'être obligée de se moucher fréquemment. Elle n'a pas d'anosmie.

La fosse nasale gauche est réduite à l'état de fente très étroite, remplie de mucosités et laissant passer très difficilement l'air pendant l'inspiration et l'expiration fortes. La fosse nasale droite est assez perméable à l'air.

La cloison forme, du côté gauche, dans ses parties inféro-

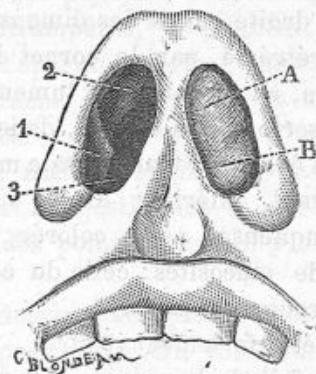


Fig. 8.

antérieures, une tumeur convexe, A B (*fig. 8*), mamelonnée, qui arrive presque au niveau du méat nasal antérieur et touche l'aile du nez. Pour voir la tumeur dans une étendue plus grande et avoir une idée de ses dimensions, on est obligé de se servir d'un spéculum et d'un stylet recourbé en crochet, de manière à accrocher en haut et en arrière le bord de la tumeur. Il n'y a plus alors qu'à mesurer la longueur de tige qui a pénétré dans la fosse nasale. C'est ainsi que nous avons pu nous assurer que la partie supérieure du bord postérieur de la tumeur se terminait à vingt-cinq millimètres environ au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur, et que ce bord, à sa partie moyenne, était situé à deux centimètres en arrière de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur. (La tête de la malade, pendant ces mensurations, est

très inclinée en arrière.) La muqueuse recouvrant la tumeur est humide, d'un beau rouge tendre, et se congestionne facilement, si ce n'est dans les parties les plus inférieures, les plus exposées à l'air, où elle est un peu sèche, comme gercée, et d'une couleur rouge passée.

Cette tumeur se continue directement avec la cloison et n'est point pédiculée. Elle est ferme, élastique au toucher et cède un peu, ainsi que la cloison, au doigt qui la presse fortement de gauche à droite. En la piquant avec un stylet fin et acéré, on constate qu'elle se laisse pénétrer assez facilement et donne une sensation demi-résistante, comme cartilagineuse.

La fosse nasale droite aurait des dimensions suffisantes, si elle n'était pas rétrécie par le cornet inférieur. La face droite de la cloison, au niveau de la tumeur, est légèrement convexe, de telle sorte que la cloison, dans ses parties inféro-antérieures, a une épaisseur transversale maximum de 18 millimètres. Le cornet inférieur droit, volumineux, touche la cloison. La muqueuse, assez colorée, sécrète une assez grande quantité de mucosités; celle du cornet inférieur est particulièrement rouge et épaisse.

Traitement général fortement ioduré.

6 juillet. — On fait de la galvano-caustique chimique en appliquant une plaque métallique sur la plus grande partie de la tumeur.

Intensité : 15 milli-ampères, dix minutes. *Traitement consécutif*; solution boriquée au trente-cinquième, à aspirer tiède par le nez.

10 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 6 minutes.

20 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 7 minutes.

22 juillet. — Muqueuse très tuméfiée, sanguinolente. Attouchement avec une solution de cocaïne à 1/15.

24 juillet. — Attouchement de la muqueuse avec la solution de cocaïne.

5 août. — La tumeur ne paraissant pas diminuer d'une manière sensible, nous avons recours à la galvano-puncture.

Parallèlement à la cloison, nous enfonçons dans la tumeur, A B les deux aiguilles, C D (*fig. 7*), communiquant avec les pôle négatif. Intensité : 15 milli-ampères ; durée 6 minutes.

On imbibe préalablement la muqueuse nasale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20.

9 août. — La tumeur a diminué de moitié environ. La muqueuse est congestionnée, non sanguinolente. Même pansement.

12 août. — Moins de congestion de la muqueuse, même pansement.

17 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles négatives. Intensité : 16 milli-ampères, 8 minutes ; une céphalalgie frontale le jour de l'opération. Même pansement.

23 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles, 16 milli-ampères, 40 minutes.

24 août. — La malade se mouche assez souvent. La muqueuse nasale est congestionnée et sécrète plus que d'habitude. Au niveau des points piqués il y a une petite croûte grisâtre.

28 août. — La cloison, dans tous les points occupés par la tumeur, est à peu près plane. On voit seulement à 15 millimètres en arrière du bord postérieur du méat nasal antérieur deux ou trois petits mamelons qui sont les vestiges de la tumeur. La fosse-nasale est pour ainsi dire normale. La respiration nasale est libre. La malade ne ronfle plus. Le cornet inférieur gauche est petit, comme aplati contre la paroi externe.

25 septembre, 12 octobre. — La guérison se maintient.

17 avril 1888. — La guérison est parfaite.

OBS. II. — 27 février. — M. X..., vingt-quatre ans, cultivateur, a les tissus flasques et peu colorés, quoique jouissant d'une excellente santé. Il a remarqué, dès son jeune âge, une difficulté de plus en plus grande à respirer de la narine droite. A mesure que la respiration nasale est devenue plus difficile, le nez tout entier s'est dévié de telle sorte, que sa partie moyenne forme une voussure prononcée à droite, tandis

que son extrémité est tournée du côté gauche. Ce malade dort la bouche ouverte, ronfle en dormant, et a la gorge sèche, le matin.

Il y a un mois, on lui a incisé la lèvre supérieure sur la ligne médiane et on lui a extrait une incisive supérieure dans le but de pénétrer plus facilement dans la fosse nasale droite afin d'en enlever une tumeur, mais on n'a pas terminé l'opération, et l'on s'est contenté de réunir les lèvres de la plaie. En l'interrogeant, il dit avoir fait une chute sur le front, mais ne se souvient pas d'avoir reçu de coups sur le nez ni d'avoir eu d'hémorrhagies nasales.

Il n'y a pas d'anosmie à gauche; mais elle existe à droite, la fosse nasale étant imperméable.

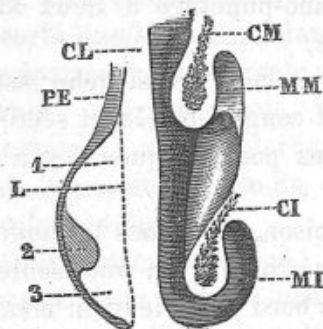


Fig. 9.

L'inspiration et l'expiration par la narine gauche sont faciles, mais sont à peu près impossibles à droite; cependant le malade parvient aujourd'hui, après de grands efforts, à faire passer un peu d'air par cette fosse nasale.

La fosse nasale droite est obstruée à l'union de son tiers antérieur avec ses 2/3 postérieurs par la cloison CL (*fig 9*), ayant un épaissement de 21 millimètres et formant une convexité si grande qu'elle touche la paroi externe et ne permet pas de voir les parties situées en arrière du rétrécissement. La muqueuse qui la tapisse a une surface peu humide, lisse, d'un rouge clair.

La face gauche de la cloison est un peu convexe dans les parties correspondant à la tumeur. Elle est, au contraire, un

peu concave dans ses parties postérieures, de telle sorte qu'elle représente d'avant en arrière une S italique.

La muqueuse nasale de la fosse nasale droite dans les parties visibles est à peine humide, rougeâtre. Celle du pharynx nasal est humide et sécrète un liquide muco-purulent ayant une odeur fade.

Après avoir assujetti le pôle positif sur la partie postéro-latérale droite du cou, on enfonce, parallèlement à la cloison, une aiguille sur une longueur de 2 centimètres dans la partie la plus convexe. Intensité : 14 milli-ampères pendant deux minutes. Douleur locale assez vive. On augmente peu à peu le courant jusqu'à 26 milli-ampères. Douleur en picotements. Sensations lumineuses sans douleurs dans l'œil droit. Salivation abondante.

Au bout de six minutes, on diminue l'intensité du courant jusqu'à 20 milli-ampères pendant deux minutes. Immédiatement après l'opération qui a duré dix minutes, les douleurs cessent.

L'aiguille retirée et les bulles de gaz enlevées, on aperçoit une solution de continuité, plus large que l'aiguille, à contours plus rougés que le reste de la cloison. Le malade ayant quitté la clinique sans nous prévenir a recommencé, le lendemain, ses travaux habituels, sans prendre aucune précaution.

5 mars. — Le malade n'a rien ressenti depuis le 27 février. Il respire si bien de la fosse nasale droite qu'il se croit guéri.

La solution de continuité, 2, est profonde et large. Après avoir enlevé les liquides sécrétés, renfermés dans les parties antérieures de la fosse nasale droite, et n'ayant pas le temps d'opérer ce malade, aujourd'hui, on place un cône de coton enduit avec de la glycérine iodée que le malade gardera pendant une heure.

12 mars. — Deux jours après la première séance, les glandes sous-maxillaires se sont engorgées. La droite est de la grosseur d'une forte noisette, la gauche est moins volumineuse.

La respiration nasale est si facile, que les inspirations et les expirations sont pour ainsi dire normales.

La solution de continuité, 2, est assez vaste et permet de constater que la convexité de la cloison s'arrête brusquement dans des points qui paraissent être situés au niveau des bords postérieurs du cartilage quadrangulaire. Le bord postérieur de cette saillie, dans sa partie supérieure, est situé à 45 millimètres en arrière et un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur; dans sa partie inféro-moyenne, il est à 30 millimètres de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur.

Galvano-puncture. — On traverse la partie, 1, de la tumeur avec deux aiguilles négatives, distantes l'une de l'autre de 6 millimètres. Durée du courant : 5 minutes. Intensité : 25 milli-ampères. Douleur locale assez vive. Douleur sous-orbitaire. Phosphènes, salivation. Il se dégage une telle quantité de gaz, que celui-ci remplit la fosse nasale sous la forme d'une mousse blanche et s'échappe au dehors pour s'étaler sur les lèvres.

19 mars. — La respiration est très libre. Les inspirations et les expirations sont aussi faciles que de l'autre côté.

La cloison est à peu près plane, excepté en haut où il existe encore une partie de la tumeur.

26 mars. — *galvano-puncture.* — Deux aiguilles négatives dans la partie restante de la tumeur 3.

19 avril. — La tumeur n'existe plus. Le cornet inférieur droit est petit, pour ainsi dire aplati contre la paroi externe. La respiration nasale est libre. Il n'y a plus d'anosmie.

Le nez est tellement redressé qu'il est à peu près droit.

REM. — Nous nous abstiendrons de donner un plus grand nombre d'observations, afin de ne pas nous exposer à des redites fastidieuses. Sur dix malades opérés, nous avons eu dix guérisons.

SUR LE TRAITEMENT DES OBSTRUCTIONS DE LA TROMPE

Par M. le Dr Ferdinand SUAREZ de MENDOZA (d'Angers) (1).

Le gonflement de la muqueuse de la trompe avec ou sans rétrécissement proprement dit est le plus souvent la cause des obstructions de ce conduit.

Les moyens employés pour combattre cet important état morbide, facteur des plus communs de la surdité (insufflations, cathétérisme, injections médicamenteuses, bougies et galvanocaustie chimique) ont été déjà étudiés par bon nombre d'auristes célèbres; aussi il n'est pas dans ma pensée d'abuser de vos précieux instants en vous répétant ce qui est déjà publié par d'autres, et partant connu de nous tous; je désire seulement vous communiquer les modifications qui, apportées par moi aux moyens précités, m'ont rendu service dans quelques cas rebelles d'obstruction du canal tubaire.

Dans l'engouement de la trompe qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, il arrive quelquefois que, malgré le passage de la bougie, le gonflement de la muqueuse est assez considérable pour reprendre aussitôt la bougie enlevée, la place occupée par celle-ci et empêcher l'air d'arriver dans la caisse.

Plusieurs fois dans ce cas, après avoir essayé en vain de faire passer par la trompe des vapeurs ou des solutions médicamenteuses, je me suis bien trouvé de la combinaison du procédé de Politzer et du cathétérisme. Voici comment je procède. Après avoir placé le cathéter et fixé dans sa partie conique l'ajutage qui le met en communication avec un des ballons de l'appareil de M. Miot, je donne au malade un verre d'eau et un chalumeau et lui conseille d'aspirer à l'aide de celui-ci, pendant que le ballon de caoutchouc se remplit d'air, l'eau

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

contenue dans le verre, et d'avaler au moment où, mon ballon rempli d'air, je contracte la main pour chasser celui-ci dans l'appareil.

Le malade fait vite son apprentissage et, sans qu'il soit nécessaire de l'avertir, il avale chaque fois en temps voulu, pourvu que la main qui tient la poire soit à la portée de son regard. En faisant ainsi, on arrive à faire pénétrer l'air dans la caisse chez des malades où par des procédés habituels on ne réussissait pas, et, chez ceux où l'air ne passe que par saccades avec le cathétérisme simple en faisant le cathétérisme combiné, il pénètre dans la caisse avec beaucoup plus d'intensité et de continuité, comme l'auscultation me l'a souvent prouvé.

Voici en outre l'observation d'un cas où j'ai pu constater l'avantage de la modification que je vous propose :

M^{lle} P..., âgée de treize ans, débarrassée, il y a trois ans, par moi, d'une otite moyenne catarrhale, entretenue par la présence des végétations adénoïdes, s'est bien portée depuis jusqu'à il y a deux mois, où, sans cause apparente, elle fut prise de douleurs auriculaires terribles. Lorsque je la vis, le 4 mars, le tympan était rouge ecchymotique et fortement bombé. La paracentèse fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-muqueux rougeâtre.

Ni le cathétérisme, ni l'insufflation de Politzer qu'on ne peut pas trop forcer à cause de l'autre oreille qui est saine, ne suffisent à vider la caisse. L'arrivée de l'air n'est pas constaté par l'auscultation malgré le passage de la bougie. Alors, faisant boire la malade à l'aide du chalumeau, je pratique l'insufflation par le cathéter, et le courant s'établit bientôt entraînant avec lui une quantité considérable de sécrétion muco-sanguinolente. L'enfant fut soulagée immédiatement et, vingt-sept jours après, suivant un traitement rationnel, tout était rentré dans l'ordre.

Quant au vrai rétrécissement de la trompe, lorsque le cathétérisme avec simple passage des bougies ou la

dilatation intermittente et progressive, comme l'a conseillé M. Menier, ne m'ont pas réussi, j'ai essayé, à l'instar de ce qui s'est fait dans les rétrécissements de l'urèthre et du canal nasal, de laisser la sonde à demeure, et je me suis très bien trouvé.

L'inconvénient pour mettre mon dessein en pratique était l'impossibilité pour les malades de rester toute la journée avec une sonde dans le nez, chose non seulement impossible pour la perte du temps qu'elle occasionne au malade, mais aussi parce que au bout d'un certain temps qui varie de une demi-heure à 1 heure et demie, lorsque l'effet mécanique a cessé, la bougie tombe entraînée par le poids de la sonde avant de produire le travail irritatif particulier qui, utilisé dans la juste mesure, donne l'effet résolutif connu.

J'ai alors imaginé de construire une sonde composée de telle façon, que faite en deux moitiés comme deux grandes gouttières on puisse, une fois qu'on l'a placée dans le nez, dégager par une pression du pouce l'une de l'autre les deux moitiés. Alors, enlevant la moitié supérieure d'abord et puis l'inférieure, la bougie restait en place.

La sonde ainsi construite quoique un peu grossière remplissait suffisamment l'indication ; ainsi, j'espérais revenir à Paris pour faire faire par nos habiles fabricants un modèle fini lorsque deux moyens plus simples me permirent d'arriver au même résultat.

Voici ces deux moyens dont je me sers habituellement et dont je n'ai qu'à me louer. Le premier consiste dans l'emploi d'une sonde en forme de gouttière dont voici un exemple, que j'ai construite, en ouvrant, à l'aide de la machine White, un cathéter ordinaire. Cette sonde m'est utile quand je veux laisser la bougie en place dans des rétrécissements faibles où celle-ci ne semble pas trop serrée dans le canal tubaire. Voici le *modus faciendi*. La sonde, armée d'une bougie qui est couchée dans sa cannelure, est engagée dans la trompe. On pousse alors la

bougie, et une fois que le rétrécissement est franchi, on insinue entre la sonde et la bougie une tige cylindrique dont le calibre est égal à la lumière de la sonde. Cette tige poussée doucement déplace en haut la bougie et, une fois qu'elle est arrivée au bout (ce qui est indiqué par un trait), la sonde est libre, et on la retire laissant en place la bougie. Il n'y a alors qu'à fixer celle-ci à l'aide d'un fil et d'un morceau de taffetas collé au voisinage du nez, et à couper la bougie au niveau des narines. A la prochaine séance, pour introduire la bougie ainsi coupée, on se sert d'un porte-bougie ou simplement on colle les deux bouts ensemble à l'aide d'un papier gommé. Lorsque le rétrécissement est assez prononcé pour retenir sensiblement la bougie olivaire, j'emploie un procédé plus simple. Le cathéter ordinaire mis en place, j'introduis une bougie longue de deux fois et quart le cathéter. Une fois le rétrécissement franchi, je maintiens d'une main immobile la bougie, et de l'autre je fais glisser la sonde sur elle comme sur la bougie de M. Verneuil glisse le porte-olive œsophagien. Une fois la sonde sortie, je finis comme il vient d'être dit, et pour recommencer le surlendemain, je colle bout à bout les deux morceaux de bougie.

J'ai pu par ce moyen laisser la bougie à demeure de deux heures à dix heures, chez des malades qui continuaient quand même à vaquer à leurs occupations, et habituellement il m'a suffi de quatre à dix séances pour triompher des rétrécissements qui avaient résisté au moyen ordinaire et dans lesquels il ne reste à employer que la galvano-caustique.

Je crois donc qu'en généralisant ce procédé, l'indication de la galvano-caustique deviendra encore plus rare et que le plus souvent nous n'aurons à demander à la pile que l'action résolutive ou insinuante, si on peut dire ainsi, qu'on obtient en se servant d'un courant très faible pour franchir un rétrécissement récalcitrant.

En terminant, je résume ainsi ce qu'une pratique de

dix ans m'a appris sur les indications thérapeutiques dans l'obstruction des trompes :

1° Lorsque avec le cathétérisme simple, surtout dans les affections mono-auriculaires, il n'est pas possible de faire parvenir l'air dans les caisses, on doit employer le cathétérisme combiné avec le Politzer ;

2° Lorsque par ces deux méthodes la perméabilité n'est pas rétablie, si la solution de cocaïne ne réussit pas, l'introduction de la bougie est indiquée, et, si le rétrécissement est constaté, la dilatation intermittente s'impose ;

3° Lorsque la dilatation intermittente seule ou aidée des médications locales appropriées ne réussit pas, il faut avoir recours à la dilatation continue laissant les bougies de trois, cinq, huit ou dix heures ou plus, selon la tolérance des malades ;

4° Dans les rétrécissements infranchissables, il faudra, avant d'instituer le traitement sus-indiqué, s'aider de l'action d'un faible courant de 1/2 à 1 mille-ampère pour franchir la première fois l'obstacle ;

5° Pour les cas extrêmes, sûrement très rares, qui résisteront à ces moyens, on recevra la galvano-caustique chimique.

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

SESSION DE 1888

Séance du jeudi 26 avril.

ORDRE DU JOUR

Élection du bureau.

M. GARRIGOU-DESARÈNES, président de la réunion d'octobre 1887, déclare la session ouverte et invite MM. les membres présents à procéder à l'élection du bureau :

M. BOUCHERON est nommé président ;

MM. MOURE et SCHIFFERS, vice-présidents ;

M. JOAL, secrétaire.

M. BOUCHERON remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui font en l'appelant à la présidence.

M. MÉNIÈRE établit la situation financière de la Société ; ses comptes sont approuvés.

Il y avait à l'ordre du jour une demande de modification de l'article 12 du règlement ainsi conçu : « La Société se réunit chaque année en session générale dans la semaine après Pâques, et en session ordinaire dans le mois d'octobre. » Après avoir entendu un excellent rapport de M. Ménière sur la proposition de M. Vacher (d'Orléans), l'article 12 est ainsi modifié :

« La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunit chaque année à Paris, dans la même semaine que les Sociétés savantes. »

M. MOURE. — **De l'ozène et de son traitement.**

Cette question a été proposée par le Comité pour être étudiée en 1888. M. le Dr Moure (de Bordeaux), qui a été chargé d'exposer le sujet, lit le travail suivant (1).

M. VACHER emploie souvent dans le traitement de l'ozène les solutions iodées ou chloralées, les eaux sulfureuses ; ces

(1) Sera publié.

médications donnent de bons résultats, elles permettent, dans quelques cas, de guérir les malades.

M. Henri CHATELLIER. — Comme vient de nous le dire si bien M. Moure, pour arriver à la vérité en ce qui concerne la nature même de l'ozène vrai, il faut se garder d'être exclusif et de s'attacher exclusivement à une théorie seule en excluant les autres. Toutes, en effet, contiennent une partie exacte, et je pense qu'en empruntant à chacune d'elles quelque chose, on arrive à une formule qui doit, à mon sens, être l'expression de la vérité. Je me disposais à exposer devant vous cette formule, quand je l'ai vue presque telle que je me la figurais, dans le travail que M. Moure vient de nous lire.

L'ozène est une maladie qui doit avoir pour lésion primitive une lésion de l'appareil sécréteur de la muqueuse nasale. Les sécrétions modifiées rendent les cavités nasales habitables à un micro-organisme spécial. Ce micro-organisme (fort probablement un ferment) détermine des décompositions spécifiques des humeurs sécrétées et la formation de substances volatiles (fort probablement de la série des acides gras), substances volatiles qui sont toujours les mêmes et sont la cause de la mauvaise odeur. La mauvaise odeur, en effet, est toujours identique dans tous les cas d'ozène ; c'est même l'élément diagnostic qui est le plus fidèle, et permet de distinguer l'ozène vrai de beaucoup d'autres états du nez avec mauvaise odeur, et totalement différents de l'ozène vrai (lésions syphilitiques, etc.). A côté de ces trois faits capitaux, lésion spécifique de l'appareil sécréteur, ferment spécifique et odeur spécifique, viennent s'en grouper d'autres d'une importance secondaire : état rudimentaire du cornet inférieur, largeur exagérée des fosses nasales, accumulation des sécrétions, empyème des différents sinus, etc., etc., qui sont fréquents mais qui ne sont pas tous absolument constants.

Ainsi la largeur exagérée des fosses nasales se rencontre souvent sans qu'il y ait pour cela ozène vrai, avec odeur caractéristique. D'un autre côté, cette largeur exagérée existe chez des sujets qui ont de l'ozène vrai avec punaisie spéciale, chez d'autres qui ont une mauvaise odeur qui n'est pas celle

de l'ozène, et enfin chez d'autres personnes encore qui ne présentent aucune mauvaise odeur. Il en est de même pour les sécrétions accumulées.

Le point capital à élucider dans la pathologie de l'ozène, c'est certainement la nature de la lésion de la muqueuse nasale, cause efficiente des accidents ultérieurs. Chez un malade de quarante-quatre ans, mort de péricardite dans le service de M. le Dr Gouguenheim, et qui avait présenté pendant la vie un ozène avec puanteur caractéristique des plus intenses, j'ai constaté des lésions que je vous demande la permission de vous décrire. Les sinus sphénoïdaux et l'antrum d'Highmore droit étaient remplis de pus ; mais ce pus *n'avait aucune odeur*. Je pense donc, à l'encontre de Michel de Cologne, que ces empyèmes n'avaient aucun rôle dans la production de la punaisie. Les cornets inférieurs étaient courts, terminés par deux extrémités atténuées, hauts de 6 millimètres à leur partie moyenne. Les deux fosses nasales avaient une très grande largeur.

Les pièces ont été recueillies dans la liqueur de Muller, soumises à la décalcification, puis coupées et colorées.

Un fait bien remarquable frappe tout d'abord à l'examen, c'est l'absence absolue de glandes dans toute l'étendue de la muqueuse qui tapisse la face interne des cornets inférieurs, tandis que la muqueuse qui tapisse leur face externe et la partie correspondante du maxillaire supérieur en est abondamment pourvue. De plus, la muqueuse de la face interne des cornets est parcourue par des vaisseaux nombreux, sanguins et lymphatiques, qui se ramifient dans une direction généralement perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Enfin la membrane vocale est d'une minceur assez grande. Faut-il voir dans le fait de l'absence des glandes la lésion caractéristique de l'ozène ? Oui, certainement, disent les partisans de la nature atrophique de la maladie. Nous devons faire observer, à ce propos, que chez notre malade, la muqueuse a une épaisseur au moins égale à celle de la muqueuse normale et que l'os ou squelette du cornet semble aussi avoir son épaisseur normale.

Pour moi, je pense que la disparition des glandes doit être considérée non comme le facteur principal de la maladie, mais bien comme l'un de ses effets.

A mon avis la maladie frappe primitivement les glandes, et altère leurs produits de sécrétion dans un sens que nous ne connaissons pas encore, de telle sorte que le ferment spécial à l'ozène trouve, dans les liquides nasaux, un milieu de culture dans lequel il se développe. Ce ferment est l'agent de décomposition qui donne naissance aux substances volatiles odorantes. Mais en même temps la lésion des glandes aboutit à leur destruction, et c'est pour cette raison que, sur les pièces que nous présentons à la Société, les glandes ont en partie disparu de la muqueuse nasale.

A notre avis l'ozène n'est pas causé par la destruction des glandes, car il arrive une période de la vie où il guérit et où la mauvaise odeur disparaît complètement. Peut-on admettre que les glandes, après avoir disparu, se sont reformées de nouveau? Non, évidemment, car les glandes sont des organes formés par des involutions épithéliales et que la période de reformation dans les muqueuses ne dépasse pas la période embryonnaire. L'homme adulte est aussi incapable de faire des glandes nouvelles dans sa muqueuse nasale que dans sa peau ou dans son intestin.

L'ozène guérit quand, les glandes ayant disparu, les milieux de culture propices au micro-organisme spécifique ont également disparu.

Si la destruction simple des glandes suffisait à produire l'ozène vrai, la perte des cornets, à la suite de la syphilis par exemple, devrait aussi produire l'ozène vrai. Or il n'en est rien. Dans ces cas, il se produit de mauvaises odeurs du nez, mais elles ne ressemblent aucunement à celles de l'ozène vrai. De plus, ces états sont permanents, tandis que l'ozène vrai guérit.

Pour le moment, la question de l'ozène est plus que jamais obscure, car si l'on voit bien ce qu'il y a d'erroné dans la plupart des théories émises, on ne sait pas encore quelle est la nature véritable de cette maladie.

M. NOQUET. — Je crois qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance aux théories émises sur les causes et la nature de la rhinite atrophique, et je serais, à ce point de vue, volontiers éclectique, comme M. Moure. Ce qui, pour moi, est certain, c'est, d'une part, que l'on peut rencontrer, notamment après l'ablation des polypes muqueux, des malades ayant des fosses nasales larges, des cornets inférieurs et mêmes moyens, en quelque sorte aplatis, sans ozène, et d'autre part, que la muqueuse du cornet inférieur peut, dans certains cas de rhinite atrophique, se régénérer après un traitement prolongé.

Je serais assez disposé à admettre que dans l'affection qui nous occupe, la muqueuse enflammée s'hypertrophie tout d'abord pour s'atrophier ensuite, et c'est sans doute quand cette atrophie est à son maximum, quand les glandes sont complètement détruites, que la formation des croûtes fétides s'arrête spontanément. N'est-il pas admis à peu près par tous les observateurs que, vers l'âge adulte, la mauvaise odeur s'atténue ou même disparaît sans aucune médication ?

Quant au traitement, il peut varier. La plupart des antiseptiques sont capables de rendre des services. Ce qu'il faut avant tout, c'est beaucoup de persévérance. J'ai obtenu de très bons résultats avec la méthode dont j'ai parlé l'année dernière et que je rappelle sommairement. Les douches sont pratiquées alternativement avec une solution de chlorate de potasse et une solution phéniquée. Elles sont suivies d'une pulvérisation faite avec une solution de chloral et d'acide borique. Enfin, deux fois par semaine, je badigeonne la muqueuse des fosses nasales et celle de l'arrière-cavité avec une solution de chlorure de zinc au cinquième.

M. COUPARD. — Depuis trois mois, au lieu de me servir de l'ouate introduite dans la cavité nasale, j'emploie la gaze iodoformée, salolée, boratée, et cette gaze est beaucoup plus facilement supportée que l'ouate. L'air passe plus facilement entre les plis de cette gaze qui ne se tasse plus comme l'ouate. Je la fais renouveler deux fois par jour.

Je répondrai à M. Chatellier, qui ne croit pas à la régénération du tissu glandulaire, que l'on constate la reproduction des organes génitaux chez les coqs châtrés.

M. RUULT a expérimenté le naphthol B dans le traitement de l'ozène vrai. Le traitement a consisté en irrigations nasales trois ou quatre fois par jour avec le liquide suivant préparé immédiatement avant chaque lavage.

Eau tiède..... 1 litre.

Ajoutez une cuillerée à dessert du mélange :

• Biborate de soude..... {
Bicarbonate de soude..... { à à

et une cuillerée à café de la solution :

Naphtol B..... 12 gr.

Alcool à 90°..... 84 —

Dans les cas les plus rebelles, on introduit dans les fosses nasales, après le premier lavage, et on laisse en place pendant un quart d'heure des tampons d'ouate imbibée de l'émulsion naphtolée suivante dont M. Ruault doit la formule à l'obligeance de M. Lebeuf :

Naphtol B..... 12 gr.

Teinture de Quillaya..... 88 —

Eau..... 400 —

Le seul inconvénient du naphthol dans le traitement de l'ozène indiqué ci-dessus est la sensation de cuisson légère, éprouvée par les malades après son emploi. Quelques-uns ont un peu de larmoiement, mais ces sensations durent peu et les malades s'y accoutument bientôt.

Les avantages sont la disparition de l'odeur et la diminution notable des sécrétions croûteuses qu'on obtient assez rapidement.

Quant à la valeur absolue de ce traitement, M. Ruault n'a pas encore une expérience suffisante pour donner des renseignements précis sur ce point. Ce qu'il peut dire dès maintenant, c'est que le naphthol, dans l'ozène, donne des résultats au moins égaux à ceux des autres antiseptiques.

M. GOUQUENHEIM. — Je crois, comme M. Ruault, qu'il n'y

a pas qu'un seul microbe, il y en a probablement plusieurs. On n'a donc pas à compter avec une seule cause de fétidité; elles sont, au contraire, nombreuses, mais elles n'ont pas été toutes trouvées. Je suis disposé à penser que l'odeur des différentes rhinites est variable, probablement suivant l'espèce du microbe. La rhinite atrophique n'est donc pas toujours seule cause de la fétidité; celle-ci peut exister dans la rhinite hypertrophique et quelquefois le même malade peut avoir simultanément de la rhinite hypertrophique d'un côté et atrophique de l'autre.

Quant à la dilatation des fosses nasales, même quand elle n'est pas une suite de la rhinite atrophique et lorsqu'elle est consécutive à des polypes du nez, je l'ai toujours vue accompagnée de fétidité qui n'était pas aussi prononcée que dans l'ozène, mais qui semblait produite par le séjour et la formation des croûtes.

En thérapeutique, je suis éclectique, et tout peut réussir à condition que la médication ne soit pas trop rapide dans son action.

M. CHARAZAC. — M. Chatellier, se basant sur l'examen histologique dont il vient de nous parler, se demande si les glandes sont régénérées dans les cas de guérison de l'ozène. Si la guérison se produit spontanément avec l'âge, c'est précisément par la disparition du tissu glandulaire; celui-ci détruit, les sécrétions cessent et partant l'odeur qu'elles déterminent.

J'ai vu des cas d'élargissement des fosses nasales, absolument sans odeur; bien plus, j'ai observé des malades ayant de véritables bouchons de mucosité concrètes dans le nez, et cela sans odeur.

M. BARATOUX. — Il existe, en effet, des rhinites fétides et des ozènes que l'on peut facilement distinguer par la culture. Dans tous les ozènes j'ai pu retrouver le micrococcus décrit par Loewenberg et aussi d'autres cocci comme celui de Friedlander.

Certains ozènes commencent par la surface de la muqueuse

à l'orifice des glandes et amènent l'atrophie de la muqueuse ; ces cas peuvent guérir, je l'ai souvent constaté. Dans ma communication relative aux essais de greffe, j'ai parlé de syphilis et d'ozène. Dans l'ozène vrai, je n'ai pas dit qu'il y avait des ulcérations mais des exulcérations.

M. MOURE. — Il est évident qu'il existe plusieurs affections des fosses nasales susceptibles de produire de l'ozène, de véritables rhinites fétides d'origine variable, mais, ainsi que je l'ai dit dans ma communication, je n'ai en vue, dans ce travail, que *le coryza atrophique*, l'affection, non ulcéreuse, des fosses nasales entraînant la punaisie, l'odeur connue de tous.

Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie, par le Dr CHARAZAC (de Toulouse) (1).

M. RUALT s'associe d'autant plus volontiers aux conclusions de M. Charazac, qu'elles concordent avec celles d'une note qu'il a présentée à la fin de l'année dernière à l'Académie de Médecine, en commun avec M. Charles Monod. Ce sont d'ailleurs celles que MM. Moure et Demons ont tirées des deux faits qu'ils ont présentés récemment au Congrès de chirurgie. Toutefois M. Ruault fait remarquer que dans leur communication à l'Académie, M. Monod et lui ont cherché à établir les indications de la laryngectomie, plus exactement que l'ont fait MM. Demons et Moure et M. Charazac. Ceux-ci disent : cancer extra-laryngé, pas de laryngectomie ; cancer intra-laryngé, laryngectomie. MM. Monod et Ruault, tout en posant en principe que ce sont surtout les cancers intra-laryngés qui sont justiciables de l'opération, insistent sur l'indication formelle d'enlever, soit par la laryngectomie totale ou partielle, soit par la thyrotomie si le diagnostic est établi dès le début, les épithéliomas lobulés cornés des cordes vocales inférieures. Les statistiques montrent en effet que ces cancroïdes peuvent rester plus longtemps sans récidive que les autres cancers. Le malade, dont le larynx a été présenté à l'Académie par MM. Monod et Ruault, portait une tumeur

(1) Voir p. 297.

de cette nature *exactement limitée* à la partie ligamenteuse de la corde vocale inférieure. Les cas analogues ne sont pas très rares, et l'on comprend l'intérêt qu'il y aurait à faire le diagnostic de bonne heure et à opérer de suite.

D'ailleurs, dans tous les cas de cancer du larynx, l'opération aurait toujours plus de chance de réussir si elle était faite dès le début. Si les laryngologistes étaient un peu plus chirurgiens, et si les chirurgiens connaissaient mieux la laryngologie encore étrangère à beaucoup d'entre eux, la laryngectomie serait pratiquée plus souvent avec succès. Il est bien probable que si les statistiques actuelles sont aussi désastreuses, c'est que dans la grande majorité des cas l'opération a été faite beaucoup trop tard. Le laryngologiste qui fait le diagnostic n'ose pas opérer lui-même, il a recours au chirurgien; celui-ci hésite souvent à opérer de suite, il conseille de recommencer le traitement anti-syphilitique; le temps passe, la lésion marche et, quand l'opération est enfin décidée, on a déjà perdu 30 ou 40 0/0 de chance de succès qu'on avait au début. M. Ruault ne doute pas, pour sa part, que la laryngectomie n'arrive d'ici peu à entrer dans la pratique chirurgicale. Cette opération sera toujours, *comme toutes les ablations de cancers*, une opération seulement *palliative* dans l'immense majorité des cas heureux et très exceptionnellement *curative*, mais selon toute vraisemblance elle donnera dans beaucoup de cas une survie bien plus longue que l'abstention encore conseillée l'an dernier par quelques chirurgiens de l'Académie de Médecine. M. Ruault dit *l'abstention*, parce qu'il se refuse absolument à considérer la trachéotomie comme un traitement du cancer du larynx. La trachéotomie n'est qu'une opération de nécessité, parant momentanément aux accidents immédiats dus à la sténose laryngée.

La trachéotomie ne peut pas plus être considérée comme un mode de traitement dans le cancer laryngé que la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage.

M. MOURE appuie l'opinion de MM. Charazac et Ruault. Les statistiques d'extirpation du larynx, faites jusqu'à ce jour,

ont une valeur bien minime, étant données les mauvaises conditions dans lesquelles on a généralement opéré; les deux faits rapportés par M. Demons en sont un exemple. Dans l'un, la tumeur avait débuté par l'épiglotte et envahi les parties extra-laryngées. La récurrence était possible et elle se produit en ce moment sur la base de la langue, ainsi que je l'ai constaté, il y a déjà plus d'un mois. Le deuxième malade atteint d'un épithélioma intra-laryngé est et reste guéri.

M. Moure s'élève ensuite contre l'opération palliative, c'est-à-dire la thyrotomie dans le cas de tumeur maligne de l'organe vocal. C'est là une opération au moins inutile qui ne permet pas de dépasser les limites du mal et, par conséquent, expose presque fatalement à une récurrence. Il rapporte deux faits qu'il a pu observer et dans lesquels l'insuccès de la thyrotomie a été évident, malgré les apparences laryngoscopiques les plus favorables à l'opération. La thyrotomie a de plus le grave inconvénient, au moment où la récurrence se fait, d'offrir une porte de sortie à la tumeur qui vient alors faire hernie au-devant du cou et former une plaie hideuse qui tourmente le malade et son entourage jusqu'au moment fatal.

M. COUPARD croit intéressant d'attirer l'attention sur un fait récemment observé qui montre combien est parfois difficile le diagnostic du cancer. Un malade âgé consulte l'an dernier quatre spécialistes de Paris qui font le diagnostic de cancer : un traitement à l'iodure de potassium, sirop de Gibert, frictions mercurielles, n'a donné aucun résultat. Le malade va à Vienne, deux médecins diagnostiquent encore le cancer; la laryngectomie est proposée, mais pas acceptée. Le sujet revient en France et doit subir la trachéotomie. Alors on le soumet aux injections de peptonate de mercure, et le malade est actuellement en voie de guérison. M. Coupard insiste sur la nécessité de faire en pareil cas un traitement spécifique des plus rigoureux.

M. BARATOUX. — Les statistiques, même celle que j'ai publiée, contiennent quelques erreurs par suite des observations parues en double ou en triple, et par suite aussi des

erreurs de diagnostic; on a dit en effet que certains opérés étaient atteints de cancer lorsqu'ils n'avaient que des sténoses syphilitiques ou des tumeurs de nature tuberculeuse.

L'extirpation totale a été faite 112 fois, dont 105 pour des cancers et 7 pour des sarcomes.

L'extirpation partielle a été pratiquée 30 fois dont 28 pour cancers et 2 pour sarcomes.

L'extirpation unilatérale a été faite 25 fois, dont 22 pour cancers et 3 pour sarcomes.

Il est nécessaire de bien distinguer l'opération partielle de l'unilatérale, car le résultat est bien différent : la première a donné 23 0/0 de morts dans les premiers jours et 12 0/0 de guérisons; la seconde, au contraire, n'a donné qu'une mortalité de 12 0/0 dans les deux premières semaines, et la guérison a été de 20 0/0. Quand l'extirpation est totale, il y a seulement 8,5 0/0 de guérisons.

Les chirurgiens français ont d'abord préféré la trachéotomie, mais ils ne tardèrent pas à devenir partisans de la laryngectomie, car il résulte de ma statistique au sujet de la trachéotomie que

24 malades sont morts dans les deux premières semaines ;

4 — ont succombé immédiatement;

20 — ont pu vivre plus de deux mois ;

82 — ont succombé dans le cours de la sixième année,

et que 17 seulement (dont un malade que j'ai adressé en 1883 à M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis et qui n'a pas été opéré, je ne sais pour quel motif) ont vécu de un à cinq ans; ce qui donne seulement une proportion de 12 7 0/0 de guérisons, chiffre bien inférieur à celui que donne l'extirpation unilatérale, mais égal toutefois à celui de l'extirpation partielle.

M. GOUGUENHEIM demande si dans le cas de grande survie il y a eu examen microscopique de la tumeur, car les erreurs de diagnostic ne sont pas impossibles; et l'on peut facilement prendre pour des cancers certaines tumeurs en choux-fleurs de nature tuberculeuse, et certaines tumeurs mamelonnées, d'origine syphilitique.

M. BARATOUX répond qu'il a écarté de sa statistique tous les cas douteux.

Séance du 27 avril.

M. le D^r BERGER (de Graetz), présenté par MM. GUGUENHEIM et CHATELLIER, est nommé membre de la Société ; le vote a lieu après avis favorable du Comité.

Des épaissements de la lame triangulaire de la cloison déterminant une obstruction complète des fosses nasales, par le D^r MIOT (de Paris) (1).

M. MOURE demande si chez les malades traités par M. Miot il n'y a jamais eu, après l'opération, d'adhérence entre la cloison et les cornets.

M. MIOT. — Il ne s'est pas formé de synéchies chez nos malades pour la raison suivante. Au niveau des points sur lesquels les aiguilles ont agi, on observe une résorption de tissu, telle qu'il s'est formé une excavation remplie par des produits de sécrétion et dont le fond est assez éloigné de la partie externe des fosses nasales.

M. GELLÉ demande si, à la suite de ces cicatrices épaisses succédant à des pertes de substance profonde, M. Miot n'a pas vu se produire des déformations consécutives de la cloison ou des cornets. M. Gellé se sert de ce procédé qui consiste à faire des pertes de substance avec la pâte de Vienne sur la muqueuse des cornets pour obtenir par l'effet de la rétraction cicatricielle un élargissement des voies nasales ; il a été conduit à essayer ce mode de vaincre certaines sténoses nasales, par l'observation de malades chez lesquels il a pu constater la déformation des cloisons et des cornets inférieurs allant jusqu'à l'oblitération totale, à la suite de l'évolution de rhinites chroniques suppurées de l'enfance.

M. MIOT dit ne pas avoir observé de semblables déformations chez les malades qu'il a traités par la galvano-caustique.

(1) Voir *Revue*, p. 305.

Sur une forme de sténose nasale, par M. le D^r J. BARATOUX (de Paris) (1).

M. MOURE n'a pas à se louer de l'emploi de la scie : dans un cas il a voulu se servir de cet instrument, mais l'écoulement sanguin a été si abondant qu'il a dû terminer l'opération avec de forts ciseaux d'un usage facile et rapide.

M. BARATOUX répond que chez plusieurs de ses malades il eût été impossible de sectionner la tumeur osseuse avec les ciseaux, l'une des branches de l'instrument ne pouvant être introduite sur l'un des côtés du bourrelet osseux.

Etude critique de l'épreuve de Weber ou du transfert du diapason-vertex suivant l'oreille close, par le D^r GELLÉ (de Paris) (2).

M. BOUCHERON. — Toutes les fois qu'une augmentation de pression existe depuis quelque temps sur le labyrinthe, il est nécessaire de tenir compte des effets de l'excès de pression sur le nerf acoustique ; il faut considérer : 1^o l'*anesthésie* plus ou moins complète du nerf qui diminue ou annihile la fonction auditive ; 2^o la *destruction* partielle ou totale du nerf qui produit aussi une perte totale ou partielle de l'ouïe.

Les explorations de l'ouïe basées sur une modification expérimentale de la pression labyrinthique (pression digitale dans le conduit auditif externe) ne donnent donc malheureusement que des résultats approximatifs sur la mobilité de l'appareil de conduction, et sur l'état du nerf, parce que nous ne pouvons chercher tout d'abord si la diminution de la fonction est due à l'anesthésie ou à la destruction du nerf.

C'est seulement quand le labyrinthe a été décomprimé que la distinction se fait ; la surdité par anesthésie disparaît, la surdité par destruction du nerf persiste.

A ce moment les expériences sur la mobilité de l'appareil de conduction sont valables.

(1) Sera publié.

(2) Sera publié.

M. GELLÉ. — M. Boucheron nous parle de l'anesthésie par compression du labyrinthe comme explication de la surdité. Je pense qu'il faut se rappeler que la plus légère compression du labyrinthe cause chez l'individu sain les troubles si communs du vertige auriculaire allant jusqu'à la chute à terre. Il est aussi évident que l'action de la compression est plus active à produire l'éréthisme du nerf labyrinthique, comme l'appelle Triquet, ou tout au moins cette action doit au début causer cette hyperesthésie avant l'apparition des troubles dus à l'anesthésie par compression. Aussi je croirai à la compression du labyrinthe quand j'aurai vu l'étrier pénétrant dans le vestibule, ce que, pour ma part, je n'ai jamais observé. Jusqu'à présent, je pense que les lésions immobilisent l'appareil conducteur et rien de plus.

De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par le Dr BOUCHERON (de Paris) (1).

M. NOQUET. — Si j'en juge par ma pratique, les crises épileptiformes provoquées par l'otite moyenne chronique simple sont rares. Je n'ai en effet rencontré que deux cas bien nets, y compris celui que j'ai communiqué, il y a deux ans, à la Société. Les phénomènes vertigineux sont de beaucoup les plus fréquents.

M. GELLÉ rappelle que dans tous les cas de sa pratique, où il lui a été donné de constater l'existence de troubles épileptiformes, il a constamment eu affaire à des faits d'otorrhées anciennes et d'otites anciennes ayant détruit une bonne partie de l'organe de l'ouïe. L'observation que valait M. Suarez confirme son opinion sur la genèse par méningite de ces accidents épileptiformes.

M. BARATOUX ne pense pas également que l'épilepsie puisse se produire sous l'influence d'une affection légère de l'oreille moyenne, tous les accidents épileptiformes qu'il a observés se sont montrés chez des malades atteints d'otite moyenne suppurée.

(1) Sera publié.

M. BOUCHERON. — Les épilepsies d'oreille par lésions de la caisse ont été observées depuis les temps les plus anciens (Fabrice de Hilden), parce qu'une lésion grossière de l'oreille ne pouvait ne pas frapper un observateur attentif, et la disparition des crises épileptiques avec les lésions de l'oreille ne pouvait manquer de faire rattacher l'épilepsie à la maladie de l'oreille.

L'épilepsie acoustique proprement dite par excitation isolée du nerf acoustique est d'une observation plus délicate, puisque le trouble de l'ouïe peut être léger ou même fugitif. Mais maintenant que l'attention est attirée sur les faits, on recueillera des cas nombreux, car selon notre observation l'épilepsie acoustique est bien plus commune qu'on aurait pu le supposer.

Cas d'attaques épileptiformes disparues après l'ablation d'un polype de la caisse qui occupait le conduit auditif, par le D^r SUAREZ DE MENDOZA (1).

Traitement des obstructions de la trompe, par le D^r SUAREZ DE MENDOZA (2).

M. MIOT combat les conclusions de M. Suarez; son expérience personnelle lui permet de dire que chez les enfants l'on n'a jamais besoin de dilater la trompe. La guérison est ordinairement obtenue par l'emploi de la cocaïne et par l'électrisation; il ne saisit donc pas quelle est l'indication des bougies dans le traitement du catarrhe de la trompe chez les enfants.

M. NOQUET. — La pratique m'a prouvé qu'il est rarement utile de dilater la trompe d'Eustache avec des bougies. Le plus souvent des insufflations d'air, de vapeurs et de liquides modificateurs, faites par la sonde, ou simplement chez les enfants par le procédé de Politzer, suffisent pour rendre la trompe perméable si l'on prend soin de s'attaquer, concurremment aux lésions nasales et pharyngées, qui, comme on le sait, sont très fréquentes dans les cas de ce genre.

(1) Sera publié.

(2) Sera publié.

M. MIOT pense aussi, avec M. Noquet, que la dilatation de la trompe n'est pas souvent pratiquée chez l'adulte ; il ajoute qu'il ne saurait être partisan de l'emploi de la galvano-caustique qui peut provoquer des adhérences, et qui doit être appliquée très exceptionnellement.

M. MOURE insiste sur la nécessité de diriger les moyens thérapeutiques sur le naso-pharynx ; il faut traiter le catarrhe naso-pharyngien, enlever les tumeurs adénoïdes ; en un mot combattre les diverses affections de l'arrière-cavité nasale qui déterminent l'obstruction de la trompe. Avec ce traitement local il suffit d'avoir recours au procédé de Politzer pour avoir raison des accidents qui se manifestent du côté de la trompe.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Je suis absolument de l'avis de M. Miot sur ce fait que les rétrécissements de la trompe chez les enfants sont très rares, sinon introuvables. Mais dans ma communication il n'est pas question de rétrécissement de la trompe chez l'enfant, mais seulement de l'obstruction de ce conduit par gonflement de la muqueuse qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, et alors je ne conseille pas l'emploi des bougies à demeure mais bien le cathétérisme combiné avec le Politzer. Du reste ma méthode n'a son indication que dans les cas rebelles où le simple passage des bougies ne suffit pas.

Je partage l'opinion de MM. Noquet et Moure lorsqu'ils soutiennent qu'il faut toujours se préoccuper dans les affections de l'oreille du traitement des maladies concomitantes du naso-pharynx, et j'ai fait remarquer que l'otite catarrhale de Mlle G. avait été guérie la première fois par l'ablation des végétations adénoïdes ; mais à la deuxième poussée inflammatoire, survenue trois ans après, ce n'est que par le cathétérisme combiné que j'ai pu vider la caisse et soulager la malade séance tenante. Il est probable qu'avec la simple insufflation je serais arrivé au même résultat, mais plus lentement, ce qui est à considérer.

Des symptômes des maladies du sinus sphénoïdal,
par le Dr EM. BERGER (de Grœtz) (1).

(1) Sera publié.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES

Contribution à l'étude de l'othématome

Par le Dr HOFFMANN.

Après un historique aussi complet que possible, l'auteur aborde l'étiologie de l'othématome spontané, et constate que si cette affection est fréquente chez les aliénés, on la rencontre également chez les individus sains d'esprit. Sa cause n'est pas unique; en dehors d'une altération cartilagineuse et des lésions athéromateuses, il faut tenir compte des poussées congestives qui se produisent aux oreilles sous l'influence d'un trouble du système nerveux. Les observations VI et VIII de ce travail viennent confirmer la théorie nerveuse vaso-motrice. L'auteur divise l'évolution de l'othématome en trois périodes qu'il étudie successivement : 1^o période congestive; 2^o période d'épanchement; 3^o période de résorption.

Les symptômes, la marche de la maladie sont ensuite examinés; quant aux terminaisons, les deux plus fréquentes sont : la résolution complète, sans laisser de traces, et la déformation de l'oreille après la résorption de l'épanchement. Une autre terminaison spontanée, très rare, qui fait le sujet de l'observation VIII et sur laquelle M. Hoffmann insiste tout particulièrement, est la suppuration. Il ne sait à quoi attribuer cette modification peu fréquente et tardive de la lésion.

Le siège de l'othématome est entre le périchondre et le cartilage, rarement entre les lames du périchondre, soit inter-cartilagineux. L'évolution et la marche de l'othématome, son absence de réaction sur l'organisme permettent de faire aisément le diagnostic différentiel. Cette collection sanguine ne paraît pas avoir d'influence sur la maladie dans le cours de laquelle elle se produit, ni sur le développement d'une affection mentale ultérieure.

Quant au traitement, les divers procédés employés sont : l'expectation, les ponctions simples avec ou sans aspiration, suivies ou non d'injections irritantes; l'incision, le séton, etc.

De l'avis de l'auteur, le meilleur traitement consiste en badi-geonnages répétés avec le collodion élastique et en massages.
(Thèse de Paris, 1887.) L. LACONNET.

De l'audition colorée par J. BARATOUX.

Après avoir défini le phénomène de l'audition colorée et fait l'historique de la question, M. Baratoux passe en revue, d'après les observations des auteurs et les siennes propres, les diverses couleurs, leurs nuances, perçues par les sujets selon la nature des bruits et des sons. Cette faculté se développe dès l'enfance et se conserve généralement intacte. Elle est assez commune. D'après les documents recueillis en Allemagne, la proportion des personnes jouissant de la faculté de colorer les sons serait de 12,5 0/0. Les hommes sembleraient plus fréquemment doués de cette propriété que les femmes (59 hommes pour 41 femmes). — Ce phénomène semblerait se trouver souvent chez les personnes d'une même famille.

Certains sujets n'extériorisent pas la couleur; d'autres, au contraire, l'extériorisent. Par quelle voie? Par l'appareil optique, ou par l'appareil auditif? Les avis sont partagés à ce sujet.

On s'est demandé comment ce phénomène curieux pouvait se produire, et chaque auteur a fourni une hypothèse plus ou moins ingénieuse. « De l'examen des faits, dit M. Baratoux, » il résulte que le centre chromatique peut être excité, non » seulement par une impression venant de la rétine, mais » aussi par des agents irritants perçus par d'autres organes » des sens. Si on admet que les cellules de certains sens sont » reliées à d'autres centres, plus ou moins éloignés, par des » conducteurs nerveux, il est naturel de supposer que cer- » taines cellules auditives sont unies à des éléments sem- » blables du centre chromatique, ce qui explique alors faci- » lement pourquoi telle cellule auditive irritée produit tou- » jours la même perception. Nous croyons que l'audition » colorée est un phénomène physiologique. »

L'auteur ajoute que la réciproque est vraie d'ailleurs et

qu'on a aujourd'hui des exemples d'ébranlement nerveux s'irradiant du centre chromatique au centre auditif. On rencontre de même des personnes chez lesquelles un son éveille l'idée d'une odeur ou d'une saveur, d'autres qui perçoivent d'autant mieux les couleurs qu'on produit des sons plus élevés, etc. Il en est de même pour les autres sens. Il existe donc entre eux des rapports physiologiques réciproques. (Publications du *Progrès Médical*, 1888). LACARRET.

De l'otite moyenne purulente aiguë, par le Dr Adam POLITZER.

L'auteur étudie l'étiologie, la marche, les divers symptômes, les complications de l'otite moyenne purulente aiguë. Il décrit les formes spéciales qu'elle peut revêtir, ses allures parfois irrégulières. Il en donne les modes de terminaison, et indique les difficultés du diagnostic, la variabilité du pronostic, selon la constitution médicale du sujet.

Quant au traitement, l'auteur fournit les indications de la paracentèse de la membrane. Si l'exsudat sort mal, on favorisera son expulsion soit au moyen de bains chauds d'oreille par la méthode de Trœltzsch, soit par l'instillation de huit à dix gouttes d'une solution de pilocarpine chaude à 2/100 dans le conduit auditif.

Si les douleurs persistent, on fera dans l'oreille des instillations d'une solution de cocaïne à 3, 5 ou 10 0/0, ou d'une solution mixte de cocaïne et d'atropine. En cas d'insuccès, lavages chauds par la trompe.

Pendant les premiers jours qui suivent la perforation, on pratiquera des irrigations d'eau pure chaude. On joindra à ces lavages les douches d'air par le procédé de l'auteur.

Si ces divers moyens échouent, on devra faire des insufflations d'acide borique pulvérisé et en petite quantité pour éviter la rétention du pus. Dans les cas rebelles, M. Politzer s'est bien trouvé de remplacer pendant quelques jours l'acide borique par l'iodoforme.

Quand au bout de cinq à six jours la suppuration n'est pas modifiée, on aura recours aux instillations chaudes de dix à quinze gouttes de solutions aqueuses de sulfate de zinc ou

d'acétate de plomb (0,2 pour 20 gram.) qu'on laissera dans l'oreille pendant 10 à 15 minutes.

Lorsque les douleurs et l'écoulement persistent, on fera des lavages de la caisse à l'eau chaude par le cathéter. On cautérisera avec le perchlorure de fer ou les instillations d'alcool de plus en plus concentré les granulations.

La suppuration tarie on hâtera le retour de l'ouïe par les douches d'air pratiquées par le procédé de l'auteur et de plus en plus espacées. M. Politzer a obtenu des progrès de l'ouïe par un séjour dans les Alpes.

Enfin, comme l'otite moyenne purulente aiguë a une tendance à récidiver, on recommandera aux malades l'emploi de tampons d'ouate par les temps froids et venteux, on les avertira du danger de la pénétration de l'eau dans les oreilles (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, nos 29-30, 1887.)

L. LACONNET.

Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes ; guérison par la trépanation de l'apophyse mastoïde, par le Dr CH. FIESSINGER.

L'inflammation suppurée primitive des cellules mastoïdiennes est rare, il n'en est pas de même de l'inflammation suppurative secondaire. Cette dernière peut se terminer par la guérison de plusieurs manières, mais la mort en a été souvent la conséquence. Pour éviter les accidents, et frayer une issue au pus, il faut trépaner l'apophyse mastoïde. L'auteur fait l'historique de cette opération, donne les statistiques rassurantes de G. Poinso (mortalité de 11 0/0) et de P. Rupprecht (mortalité de 3 à 4 0/0). Il indique d'après Hartmann les points de repère dont la connaissance rend la trépanation sûre et aisée.

M. Fiessinger rapporte une observation d'inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes guérie par la trépanation. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, atteint depuis une dizaine d'années d'un écoulement purulent par l'oreille gauche. Le malade avait fait plusieurs chutes sur la tête, et les symptômes du début de la maladie furent ceux de la méningite ou d'un abcès du cerveau : ralentissement du pouls,

avec élévation de la température, constipation, céphalalgie, vomissements. En présence de douleurs plus vives, cependant du côté de l'apophyse mastoïde, et d'un léger empâtement à ce niveau, la trépanation fut faite de bonne heure et donna issue à une assez grande quantité de pus. Après l'opération, les douleurs et les symptômes cérébraux disparurent.

L'auteur recommande de veiller attentivement à l'écoulement du pus par le tube de drainage. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire de perforer le tympan, dans les cas où la membrane est intacte, pour favoriser l'écoulement du liquide après la trépanation. (*Lyon Médical*, 6 novembre 1887.)

LACARRET.

L'otite de la rougeole, par le Dr HERMET.

L'otite consécutive à la rougeole est fréquente, l'auteur l'a constatée dans 70 0/0 des cas. Elle peut apparaître à toutes les périodes de cette affection, cependant elle commence d'ordinaire à se produire en même temps que l'exanthème lui-même sans qu'il survienne toutefois des signes extérieurs de son apparition. L'auteur combat ce préjugé qui fait encore considérer, par bon nombre de médecins, l'écoulement d'oreille comme un dérivatif utile et qu'il faut respecter. Ce préjugé, dit-il, a fait peut-être plus de sourds-muets que les mariages consanguins.

Toute otite purulente constatée doit être traitée dès son apparition. L'otorrhée peut en effet déterminer de graves accidents. L'auteur indique le mode de traitement qu'il emploie et sur lequel nous n'insisterons pas; et la question est en effet bien connue des lecteurs de la *Revue*. (*Le Bulletin médical*, 27 nov. 1887.)

J. CH.

Érysipèle de l'oreille moyenne (*Société des Sciences médicales de Lille*), séance du 30 novembre 1887.

M. Lavrand. — Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, atteinte de syphilis héréditaire tardive; l'érysipèle a débuté par l'oreille moyenne, qui a présenté d'abord les signes d'une myringite aiguë. Le lendemain on constata sur la face, du

côté droit, une plaque érysipélateuse, qui envahit secondairement le pavillon de l'oreille. Le point important à noter est que l'oreille moyenne a été primitivement atteinte.

M. Desplats, qui avait la malade dans son service, demande si on peut différencier cliniquement l'otite moyenne aiguë de l'érysipèle de la caisse. Il fait observer que la jeune fille présentait des syphilides ulcéreuses du pharynx; il est donc probable que l'érysipèle a débuté autour de ces solutions de continuité pour s'étendre à la trompe d'Eustache et gagner ainsi le tympan.

M. Lavrand dit que l'éruption cutanée a pu seule indiquer la nature de la myringite; ce qui lui fait croire que cette myringite est primitive, c'est que, dès le premier malaise accusé par la malade, cette myringite a pu être reconnue à ses signes classiques.

M. Duret s'explique difficilement un érysipèle débutant dans une caisse saine. Le microbe ne peut en effet pénétrer que par effraction. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 6 janvier 1888).

L. L.

LARYNX ET TRACHÉE

Quelques remarques ayant trait à la signification diagnostique et aux indications thérapeutiques des symptômes laryngés résultant de la compression du nerf vague et du récurrent par les anévrysmes, par le Dr David NEWMANN.

L'auteur, dans ce Mémoire, se propose tout d'abord de démontrer qu'il peut exister des anévrysmes de l'aorte et du tronc trachéo-céphalique donnant lieu uniquement à des symptômes laryngés, mais que dans un bon nombre de cas des symptômes physiques, unis aux signes laryngiens, peuvent nous permettre d'arriver à un diagnostic positif ou tout au moins très probable.

En second lieu que la compression précoce peut déterminer de violents accès de dyspnée accompagnés de cornage laryngiens et de quintes de toux; qu'à une période plus avancée la paralysie survient ordinairement sans être toujours limitée à un seul côté. Enfin, dans certains cas, la trachéotomie doit

être faite non seulement pour prévenir la mort par asphyxie, mais encore comme mesure thérapeutique.

Quatre observations viennent à l'appui des idées de l'auteur. Dans le premier cas le malade atteint d'anévrysme du tronc trachéo-céphalique et de l'aorte descendante fut pris d'abord d'accès de dyspnée consécutif au spasme des adducteurs de la corde vocale droite, plus tard de spasme bilatéral des adducteurs et, vers la fin, de paralysie des adducteurs. La dysphagie et les symptômes laryngiens furent les seuls signes de l'anévrysme. Le traitement prescrit ne fut pas suivi par le malade qui mourut asphyxié par compression de la trachée par la tumeur. Le diagnostic fut vérifié par l'autopsie.

Dans le second cas le malade syphilitique présentait, quand l'auteur le vit pour la première fois, de la dysphonie résultant de la compression du récurrent gauche. En dehors des signes laryngés pouvant faire supposer l'existence d'un anévrysme, on constatait simplement une différence dans le rythme et la force des deux pouls radiaux. Plus tard on put constater une zone de matité sur le trajet de l'aorte ascendante et descendante, et l'on vit survenir des accès de dyspnée dus à la compression de la trachée, suppression partielle de la respiration et du murmure vésiculaire dans le poumon gauche, hypertrophie du ventricule gauche. Le traitement améliore le malade et amène une diminution du volume de l'anévrysme.

Dans la troisième observation il s'agit d'un anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte, dyspnée, toux sèche sans altération de la voix ; l'examen physique au début révèle simplement une hypertrophie du ventricule gauche sans bruits anormaux. Le traitement fut mal suivi, et l'auteur vit apparaître les symptômes évidents de l'anévrysme : dyspnée continuelle et exacerbation paroxystique.

Dans la quatrième observation, le malade, âgé de 68 ans, présentait de la paralysie de la corde vocale gauche avec aphonie et dyspnée sous l'influence d'un effort. Soupçon d'anévrysme de la trachée, pas d'augmentation des symptômes pendant six mois, amélioration de la voix due à l'action

compensatrice de la corde vocale droite. En dernier lieu légère gêne de la déglutition (*The Brit. Méd. Journal*, 2 juillet 1887.)

Dr J. CH.

Aliénation mentale et mutisme hystérique (par le Dr BOUCHAUD, Prof. de Path. In., méd. en chef de l'asile de Lommelet).

Grâce aux études de M. Charcot, la confusion entre le mutisme hystérique et le mutisme vésanique devient aujourd'hui plus difficile. La différence n'en est pas toujours aisée cependant. L'observation rapportée par l'auteur en est la preuve.

Il s'agit d'un nommé H..., atteint de lypémanie avec hallucinations fréquentes de l'ouïe et de la vue. Ce sujet présentait en outre depuis quelque temps une mutité qui fut mise, dans un autre asile, sur le compte de son état cérébral. Entré à l'asile de Lommelet et étudié par le Dr Bouchaud, il devint bientôt évident qu'on avait affaire à une mutité hystérique. Contrairement aux faits publiés par Cartaz, le début n'en avait pas été soudain ni provoqué par les causes signalées jusqu'ici; l'affection avait coexisté avec des troubles intellectuels de nature alcoolique et leur avait survécu. Fait qui n'avait pas encore été étudié, il y a eu, dès le commencement, absence complète de rêves. Quoique le malade ne puisse pas siffler, il présente tous les autres symptômes qui sont, d'après Charcot, la caractéristique du mutisme hystérique. La conservation de la faculté d'écrire a été ici un signe précieux, permettant d'apprécier l'état intellectuel, mais on comprend toute la difficulté de diagnostic, chez un sujet qui ne sait ni lire ni écrire. L'auteur cite encore une observation du Dr Ch. Evans (1838) où il est manifestement question d'un mutisme hystérique qui s'est produit et a disparu, chez une aliénée sans influencer d'ailleurs sur son état de démence habituel.

Cette forme de mutité ne rentre pas dans le cadre des mutités vésaniques tracé par Snell et ne paraît pas avoir été signalé chez les aliénés. Cependant les diverses manifestations de l'hystérie doivent se montrer aussi bien chez les déments,

atteints de cette névrose, que chez ceux dont l'intelligence est saine. On a donc dû quelquefois méconnaître des cas de véritable mutisme hystérique, erreur qui sera désormais évitée par l'étude plus complète et approfondie des divers symptômes.

L. LACARRET.

Galvano-caustie et extirpation des tumeurs des cordes vocales (*Electric cauterization and evulsion of morbid growths on the vocal bands*), par le Dr J. SOLIS-COHN.

Dans cet article le Dr J. Solis-Cohn décrit tout d'abord un cautère laryngien destiné à la cautérisation des tumeurs insérées sur le bord libre ou au-dessous de la corde vocale. Le cautère aplati est muni sur une de ses faces d'une mince couche d'amiant destinée à empêcher la cautérisation du côté non malade.

Les petits néoplasmes insérés à la surface des cordes vocales sont difficiles à saisir avec les pinces ordinaires arrondies à leur extrémité. Le Dr J. Solis-Cohn a modifié les pinces de Mackenzie en donnant à l'extrémité terminale de la pince une forme carrée pour augmenter les points de contact de l'instrument avec la corde vocale. (*Med. News*, 3 septembre 1887.)

Dr J. CH.

Observations critiques sur le diagnostic et la thérapeutique des néoplasmes du larynx, par le Profes. JOHN SCHNITZLER.

Le diagnostic entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne du larynx est en général facile ; il est cependant des cas où même l'examen microscopique ne vient fournir aucun éclaircissement. Quelle sera alors la conduite du médecin ? Il devra considérer le néoplasme comme bénin, et, avant d'entreprendre une opération sanglante, il cherchera à l'enlever par les voies naturelles. Ce procédé opératoire, plus commode et moins dangereux, sera renouvelé à chaque récurrence et jusqu'à la guérison complète. On n'aura pas à s'inquiéter de la perte de temps, et on ne craindra pas la transformation en tumeur maligne d'un néoplasme primitivement bénin. Le cas est au moins rare et n'a-t-on pas alors plutôt affaire à une tumeur maligne d'emblée ?

Le professeur Schnitzler se sert de la voie naturelle pour enlever même les épithéliomas bien circonscrits du larynx, il emploie le galvano-cautère, et au moyen de cautérisations profondes il a obtenu des résultats surprenants. Il rapporte notamment l'observation d'une femme opérée de cette façon et qui vécut au moins une dizaine d'années après l'opération. La tumeur examinée par plusieurs histologistes (professeurs : Bisiadecki, Scheutauer, Türck et Weil) fut reconnue de nature carcinomateuse. Comme les erreurs sont fréquentes, surtout en ce qui concerne la syphilis, le traitement spécifique sera toujours essayé avant de proposer au malade une opération extra-laryngée. Mais celle-ci, une fois bien décidée et rendue nécessaire par la malignité du néoplasme, après l'insuccès complet de la méthode endolaryngée, il faudra s'assurer qu'elle n'offre aucun danger ; le malade aura d'autant plus de chances de vivre qu'elle sera faite de meilleure heure. On pratiquera alors, selon les indications, la laryngofissure, l'extirpation partielle ou totale, la trachéotomie. (*Internat. Klin. Rundsch. Wien.*, 20 novembre 1887, n° 47).

L. LACARRET.

Cancer du larynx, par M. MONOD et RUULT

Un homme de soixante-trois ans est atteint de cancer du larynx, le diagnostic de la tumeur a été fait au début de l'affection, il y a six mois, par M. Ruault ; la tumeur était grosse comme une noisette ; il fut décidé de faire l'ablation partielle du larynx après une trachéotomie préalable.

Cette première opération fut seule pratiquée, car le malade mourut de ses suites, le sang des veines thyroïdiennes pénétra dans le poumon et détermina une pneumonie. L'autopsie démontra que la tumeur était limitée à la partie ligamenteuse de la corde, et l'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé cerné, renfermant de nombreux globes épidermiques isolés.

Les auteurs pensent que dans un cas analogue une opération semblable à celle qui avait été projetée peut réussir et amener la guérison sans récurrence locale aussi bien que l'abla-

tion d'un cancroïde de la lèvre, par exemple; en tout cas cette opération assurerait au malade une survie supérieure à celle qu'on obtiendrait en abandonnant la lésion à elle-même ou en se contentant de la trachéotomie. La question de controverse de l'opportunité de la laryngotomie se réduit à ceci : porter un diagnostic exact et le porter de bonne heure, comme l'a si bien fait le D^r Ruault. (*Acad. de médecine*, 6 décembre 1887.)

J.-JOAL.

Cancer du Larynx, par Paul TISSIER, interne des hôpitaux.

L'auteur ne s'occupe que du cancer primitif, et il divise son sujet en trois périodes : la première, antérieure à l'emploi du laryngoscope, la dernière datant du jour où l'extirpation du larynx prend droit de cité dans la chirurgie moderne.

Passant à l'anatomie pathologique du cancer, soit ostial, soit cavitaire, il étudie le siège, la variété de ces néoplasmes, leur fréquence, leurs lésions du voisinage, les caractères qui sont propres à chaque espèce de tumeur, etc., etc. M. Tissier étudie ensuite l'étiologie du cancer et ses symptômes; il indique les résultats de l'examen laryngoscopique, la marche de la maladie selon la variété de néoplasme, les phénomènes terminaux. Il fait le diagnostic différentiel des affections avec lesquelles on pourrait le confondre aux diverses périodes de son évolution.

Enfin, à la question du traitement, l'auteur examine les résultats fournis par les différents procédés opératoires employés jusqu'à ce jour. (*Gazette des hôpitaux*, du 19 novembre 1887.)

L. LACARRET.

De l'extirpation du larynx cancéreux, par Maurice HACHE.

L'auteur fait d'abord l'historique de la question et indique le manuel opératoire de l'extirpation, soit totale, soit partielle du larynx, et les soins consécutifs que réclament les malades. Il rapporte les statistiques établies jusqu'à ce jour et expose les résultats opératoires; en comptant comme définitivement guéris les malades qui ont dépassé deux ans, on

trouve 8 guérisons sur 105 cas, pour l'ablation totale de l'organe, et 2 guérisons certaines et 4 probables sur 27 cas, pour l'extirpation partielle.

Le traitement palliatif et, en particulier, la trachéotomie, quoique plus grave ici que lorsqu'elle est pratiquée dans d'autres circonstances, a donné de meilleurs résultats : sur 94 cas, on a obtenu une survie moyenne de 8 mois. Il serait cependant prématuré de porter sur la question un jugement définitif. Mais on peut dire que tout cancer, qui a dépassé le larynx, n'est plus justiciable que du traitement palliatif ; quand l'affection est tout entière endo-laryngée, on peut tenter la cure radicale, si le malade est suffisamment robuste.

L'extraction par les voies naturelles est insuffisante et par cela même dangereuse, elle ne peut servir qu'à faire le diagnostic.

La laryngotomie avec ablation large des parties malades, malgré ses résultats précaires, est applicable, quand on se trouve en face d'une lésion limitée, quitte à surveiller la récurrence. Dans les cas douteux, elle est précieuse comme opération exploratrice préliminaire.

L'extirpation partielle, moins grave que l'ablation totale, doit lui être préférée toutes les fois qu'elle est suffisante. Elle présente des résultats fonctionnels bien supérieurs à ceux de la laryngectomie totale, qui doit être réservée pour le cas où l'affection, sans toutefois dépasser les limites du larynx, est néanmoins trop étendue. (*Bulletin médical*, 23 novembre 1887.)

L. LACONNET.

Thérapeutique des maladies du larynx. — De l'extirpation du larynx.

Après une historique qui énumère tous les auteurs et praticiens qui se sont occupés de ce sujet depuis Desault jusqu'à Billroth, vient un résumé des observations d'extirpation du larynx. L'auteur fait ensuite la statistique de l'ablation totale, partielle ou unilatérale, il indique les causes qui ont nécessité l'opération, il en donne les résultats.

Analysant les cas de guérison, on trouve que l'extirpation totale détermine habituellement la mort avant le sixième mois, dans plus des deux tiers des cas. Dans l'extirpation partielle le succès est obtenu deux fois sur trois, tandis que dans l'ablation totale, c'est à peine si un tiers des opérés échappe à la mort, et encore la moitié de ceux-ci ne dépasse guère en général le quatrième mois.

Les indications de l'opération, ses avantages suivant une extirpation partielle ou totale, sont passés en revue. Suit le procédé opératoire : trachéotomie préalable, anesthésie, tamponnements divers (canule tampon de Tredelenbourg, etc.), puis l'opération elle-même et ses trois temps ; mise à nu du larynx, son isolement son ablation. Ce travail continue par les soins à donner à l'opéré pour éviter diverses complications, il se termine par la description, accompagnée d'une figure, du larynx artificiel de Gussenbauer. (*La Pratique Médicale*, de 22 et 29 novembre 1887.)

LACARRET.

De la trachéotomie, par le Dr DEFONTAINE (du Creuzot).

Article fait à un point de vue essentiellement pratique où l'auteur étudie les cas dans lesquels l'opération doit être tentée et les procédés opératoires employés.

Defontaine est d'avis que dans le croup la trachéotomie doit être proposée par acquit de conscience, faite par devoir, mais froidement et sans enthousiasme.

Il estime que la chloroformisation doit être essayée pour les enfants atteints de croup, excepté dans les cas où la mort est imminente ; elle rend l'opération plus régulière, permet d'éviter les incisions latérales de la trachée et les difficultés d'introduction de la canule.

Il est partisan de l'emploi du bistouri. Le thermo-cautère n'a que des propriétés hémostatiques insuffisantes, quelle que soit la lenteur avec laquelle on le fait agir, et il a le grave inconvénient d'empêcher d'aller vite. (*Pratique Médicale*, septembre 1887.)

J. JOAL.

Un cas de trachéotomie (*Case of tracheotomy*),
par le Dr CRAWFORD RENTON.

J.-C., âgé de dix-sept mois, présente, le 22 janvier 1886, quelques signes de laryngite, sans tumeur compacte ni engorgement ganglionnaire. La température est de 101° Far., le pouls a 120 pulsations. Le 26 janvier, de violents accès de suffocation se produisent. La trachéotomie décidée en principe est pratiquée le 31 janvier sans trop de difficultés. Le malade alla bien pendant trois jours ; après quoi, un abcès s'ouvrit dans la trachée, et l'enfant mourut.

Après la mort, l'auteur, introduisant le doigt dans la plaie trachéale, perçut la sensation d'un corps étranger évidemment situé sur la paroi postérieure entre la trachée et l'œsophage. Une incision fut faite qui permit de retirer une grosse épingle, longue de 6 centimètres. Il fut permis d'examiner le cadavre et l'on trouva un abcès situé entre la trachée et l'œsophage et dont l'ouverture dans la trachée avait déterminé la mort. Le larynx était sain. (*Th. Lancet*, nov. 1887.)

Dr J. CH.

Une trachéotomie difficile (*A difficult tracheotomy*),
par le Dr SOLIS-COHEN

Le Dr Solis-Cohen a récemment pratiqué une trachéotomie présentant de très grosses difficultés. Le malade était atteint d'un cancer du corps thyroïde, avec déviation notable de la trachée à gauche. L'incision fut faite directement sur l'isthme du corps thyroïde hypertrophié. La calcification des tissus situés en arrière de la tumeur était si prononcée que l'on dut se servir d'une curette pour arriver jusqu'à la trachée. Cette dernière ouverte, une hémorrhagie épouvantable survint ; elle se produisit sur une portion de la tumeur qui avait penché dans le côté gauche de la trachée, cette hémorrhagie fut si soudaine et si abondante que le malade serait certainement mort si l'on n'avait pu lui faire prendre une potion qui lui permit de rejeter par la plaie trachéale le sang qui s'écoulait en abondance. La canule fut très difficile à introduire ; le Dr Solis-Cohen échoua en se servant des dilatateurs de

Trousseau et de Golding-Berd. Il réussit avec le dilatateur de Laborde. (*The Polyclinic*, octobre 1887.) J. CH.

Recherches sur le tubage du larynx par le procédé de O'Dwyer (*Versuche mit O'Dwyers larynx intubation*), communication faite par le Dr THIERSCH.

L'orateur rappelle qu'il y a cinquante ans déjà en France, Bouchut essaya de remplacer la trachéotomie par le tubage, opération qui consiste à introduire une canule dans le larynx, par les voies naturelles.

Aujourd'hui cette méthode est reprise en Amérique où elle compte de nombreux partisans; l'Académie de médecine de New-York vient de publier un rapport très favorable pour cette opération; dans ces trois dernières années 806 tubages furent pratiqués par 65 opérateurs et donnèrent 27 4 0/0 de guérisons; dans aucun cas la trachéotomie ne fut pratiquée.

Encouragé par ces résultats, le Dr Thiersch a voulu essayer le procédé de O'Dwyer dans sa clinique; le procédé est commode, car il nécessite aucun aide; les résultats immédiats sont surprenants, on assiste à une véritable résurrection de l'enfant, mais le résultat final n'est pas aussi brillant.

Dans les 3 derniers mois, sur 32 cas, Thiersch a été obligé de pratiquer 18 fois la trachéotomie pour combattre la dyspnée; 14 fois la dyspnée put être éloignée; finalement il ne survécut que trois enfants auxquels on n'avait fait que le tubage.

Thiersch donne la conclusion suivante :

Le tubage peut remplacer la trachéotomie dans les cas de formation peu abondante de membranes peu épaisses; lorsque les membranes sont épaisses ou lorsqu'il existe du gonflement de l'épiglotte ou de la muqueuse sous-glottique, le tubage est contre-indiqué. Si le tubage peut être pratiqué plus souvent en Amérique qu'en Allemagne, c'est que la diphtérie diffère dans les deux pays : en Allemagne les membranes sont très compactes.

Ensuite dans le tubage la déglutition est plus fréquente et, comme l'orifice supérieur du larynx ne peut être couvert par

l'épiglotte, il est très fréquent de constater des pneumonies par introduction de matières dégluties dans les voies aériennes. D'un autre côté la déglutition étant douloureuse, l'enfant refuse bien souvent de s'alimenter.

Enfin l'existence de la canule dans le larynx finit par y produire des ulcérations destructives, des pertes de substance considérables. Parfois la canule est rejetée au dehors par la toux.

L'enfant doit être l'objet d'une surveillance constante, car il serait dans un danger mortel si une membrane un peu épaisse venait à fermer l'orifice de la canule.

Finalement, dans l'introduction de la canule il est impossible d'empêcher les doigts de l'opérateur de blesser la muqueuse et, par suite, d'ouvrir une porte à l'infection.

M. le Dr ROHN, de Francfort-sur-le-Mein, a vu que sur 14 enfants auxquels on avait fait le tubage un seul pouvait bien déglutir, les autres déglutissaient mal et avec de la douleur des aliments à demi-liquides; au début même on ne leur donnait que des lavements nutritifs.

Dans quelques cas on fut obligé d'enlever la canule deux et trois fois par jour, afin de faire prendre des aliments aux malades.

Sur 13 cas il a vu 4 guérisons; il regarde la forme gangréneuse de la diphtérie comme une contre-indication au tubage.

M. le Dr ROSE, de Berlin, se rappelle avoir fait autrefois des essais de tubage laryngien dans la diphtérie sans en avoir tiré de bons résultats. (*Deutsche Meddizinal Zeitung*, n° 31, 1888. Compte rendu du XVII^e Congrès de Chirurgie de Berlin, tenu du 4 au 7 avril 1888.)

V. RAULIN

Les sulfureux dans la tuberculose laryngée, par
le Dr CHARAZAC (de Toulouse).

Dans une communication faite au Congrès international de Copenhague, le Dr MOURE s'est, le premier, élevé contre l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée.

S'appuyant sur une expérience de plusieurs années et sur

nombre de faits rigoureusement observés, le savant directeur de cette Revue a conclu avec juste raison que les sulfureux devaient être absolument proscrits dans le traitement de la tuberculose de l'organe vocal.

Le Dr Charazac reprend aujourd'hui cette importante question. Tout en étant convaincu de l'efficacité de ces eaux dans bon nombre d'affections de la gorge, il croit qu'en raison de leur activité indéniable il est dangereux de les employer à tort et à travers ; et il pense être utile à ses confrères en protestant de nouveau contre la tendance de bon nombre de médecins qui sont portés à envoyer indistinctement à Cauterets, aux Eaux-Bonnes, à Luchon, tous les malades atteints d'une affection de la gorge, quelle qu'en soit la nature.

Les eaux sulfureuses agissent par le soufre qu'elles contiennent, et le soufre pris à l'intérieur, même à faible dose, est un excitant très énergique, cela est admis par tous les praticiens. Toutes les sources sulfureuses sont excitantes et congestives, quoiqu'en dise le Dr Duhourcau, même l'eau de Mauhourat qui est toujours *irritante*, jamais *anti-congestive*, de l'aveu même de M. Sénac-Lagrange.

Du reste, cette propriété des sources sulfureuses est démontrée par l'expérience de chaque jour. Si on examine la gorge d'un malade atteint de phthisie laryngée, on est frappé de la pâleur de la muqueuse qui tapisse le voile du palais, du pharynx et du larynx ; cette anémie locale a été signalée par tous les auteurs, et constitue un symptôme important de la tuberculose. Eh bien, si ce malade prend des eaux sulfureuses, on voit bientôt un état congestif remplacer l'anémie et déterminer un chatouillement au larynx et une sensation de chaleur âcre au fond du gosier ; Pidoux avait du reste constaté ces phénomènes congestifs qui sont mis en relief par plusieurs observations rapportées par Charazac, les unes personnelles, les autres communiquées par Moure.

Parmi les faits cités par Charazac à l'appui de sa thèse, il en est un bien curieux qui mérite d'être rappelé, d'autant plus qu'il a été publié par le Dr Duhourcau, *pour défendre l'emploi des sulfureux dans la tuberculose*.

Il s'agit d'un malade de vingt-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée ; lorsque le sujet arrive à Cauterets, la muqueuse pharyngée et vocale est pâle, sauf au niveau de l'aryténoïde droit où il y a un peu de rougeur, et, avant la fin de la cure, le malade est pris d'étouffement, de dysphagie, de cornage, symptômes déterminés par un œdème glottique ; la trachéotomie est pratiquée mais inutilement, et le client du D^r Duhourcau meurt. Aussi Charazac ne peut s'empêcher de dire que dans ce cas typique on aurait bien dû administrer les eaux de Mauhourat et faire bénéficier le malade de leurs prétendues propriétés sédatives ! Aussi l'auteur n'hésite pas à soutenir, avec le D^r Rozier, de Cauterets, qu'il ne faut jamais envoyer de tuberculose laryngée aux stations sulfureuses ; il estime que faire absorber ces eaux, c'est fournir un engrais à une terre parfaitement ensemencée et qui renferme des germes prêts à se développer. Enfin Charazac termine par le mot de Pidoux :

« Les eaux sulfureuses sont toujours vaines ou nuisibles dans la vraie phthisie laryngée. » (*Société de Médecine de Toulouse*, août 1887).

J. JOAL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Alderson.** — Calcul de l'amydale (*Brit. med. journ.*, 1888).
- Audry.** — Présentation de pièces provenant d'un malade atteint de glosso-stomatite mercurielle (*Soc. des Sc. médic.*, 14 mars 1888; *Province méd.*, 17 mars 1888).
- Audry.** — Glosso-stomatite mercurielle (*Soc. des Sc. médic. de Lyon*, fév. 1888; *Lyon méd.*, n° 13, 25 mars 1888).
- Audry.** — Sur les rétrécissements de l'œsophage par hyperplasie musculaire (*Bull. médic.*, n° 27, 4 avril 1888).
- Arnold (J.).** — Les polypes (villeux) de la cavité bucco-pharyngée et de leur situation chez les tératomes (*Archiv. f. pathol. anat. et phys., etc.*, Bd CXI H. 1, 5 janv. 1888).
- Baruck (Max P.).** — Pharyngite phlegmoneuse aiguë infectieuse (*Berl. Klin. Woch.*, n° 13, 26 mars 1888).
- Baumel.** — Maladies de l'appareil digestif (Montpellier 1888).
- Beauregard (H.).** — Considérations sur les deux dentitions des mammifères (*J. des connaiss. méd.*, n° 13, 29 mars 1888).
- Beauregard (H.).** — Deuxième note sur les deux dentitions des mammifères (*J. des conn. méd.*, 3 avril 1888).
- Besnier et Baratoux.** — Stomatite et glossite épithéliales; prescriptions thérapeutiques (*La pratique méd.*, 1^{er} mai 1888).
- Blair (L.).** — Dangers de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie (*Albany med. ann.*, n° 2, fév. 1888).
- Bloch (E.).** — De la bourse pharyngée (*Berl. Klin. Woch.*, n° 14, 2 avril 1888).
- Bœckel.** — Kyste séreux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1^{er} mai 1888).
- Bouchet (Victor).** — Mal de Pott; abcès rétro-pharyngien inférieur (*La Loire méd.*, 15 avril 1888).
- Boulengier (O.).** — Eléphantiasis syphilitique des os du crâne; perforation de la voûte palatine osseuse (*Presse méd. belge*, nos 3, 4 et 5, 15, 22, 29 janvier 1888).
- Burckhardt.** — De l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens (*Centralb. f. chir.*, n° 4, 1888).
- Cadet de Gassicourt.** — De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, avril 1888).
- Chauveau.** — Nerfs sécréteurs de la glande parotide (*Soc. de biol.*, 17 mars; *Tribune médic.*, n° 1024, 1^{er} avril 1888).
- Coraffoli (O.).** — Deux cas de noma consécutif à la rougeole (Plaisance, Panari, édit. 1888).
- Cozzolino.** — Syphilose des amygdales (*Bollet della cliniche*, liv. III, an 1888, Milan).
- Crosson.** — Conduit anormal venant de la glande parotide au-devant de l'oreille (*Virginia med. monthly*, avril 1888).
- Dersser (A.).** — Traitement de la stomatite mercurielle par des lavages au sublimé (*Thérap. contemp.*, 7 avril 1888).
- Dickinson-Howship.** — La langue, ses modifications et ses maladies (*El siglo med.*, 6 mai 1888).

- Dickinson-Howship.** — Séméiologie de la langue dans la maladie (*Brit. med. j.*, n° 24, 31 mars, 7 avril 1888).
- Dickinson-Howship.** — Valeur séméiologique de la langue dans les maladies (*Lancet*, n° 3369, 24 mars 1888).
- Duret et Delassus.** — Suicide par coup de revolver tiré dans la bouche (*J. des Sc. méd. de Lille*, n° 48, 4 mai 1888).
- Felici (F.).** — Granulome ou sarcome du pharynx (*Morgagni*, an XXX, n° 3, mars 1888, Milan).
- Fenwick.** — La salive comme réactif des maladies du foie (in-8°, 78 p., Londres).
- Forgue et Kiener.** — Contribution à l'étude de la tuberculose buccale (*Soc. de méd. et de chir. pratiques de Montpellier*; 24 janv. Montpellier méd., n° 7, 1888).
- Fuller.** — Hémorrhagie alarmante après l'excision des amygdales (*Amer. journ. of med. Sc.*, n° 4, avril 1888).
- Galippe (V.).** — Perforation de la voûte palatine, anomalies de siège. — appareil servant à la fois d'obstruteur et de correcteur (*J. des conn. méd.*; n° 42, 22 mars 1888).
- Gillot.** — Valeur séméiologique des dilatations ampullaires de la langue (*Congrès pour l'avancement des Sc.*, Oran, 1888).
- Giovanni (de).** — Affection vaso-motrice très rare de la langue (*Riforma medica.*, an. IV, nos 83-84, Rome, 10-11 avril 1888).
- Girode.** — Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée (*France méd.*, n° 34, 20 mars 1888).
- Griffiths.** — La cocaïne dans l'amygdalite aiguë (*Therapeutic memoranda*, in *Brit. med. j.*, 28 avril 1888).
- Guinard.** — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon (*La Pratique méd.*, n° 17, 24 avril 1888).
- Heath (C.).** — Maladies de la langue (*Brit. med. j.*, 21 avril 1888).
- Hers (Ph.).** — Cas d'atrophie hémilatérale de la langue (*Weekblad von het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 2, 1888).
- Iversen (Axel).** — Des résections du pharynx et de l'œsophage (*Nord méd.*, *Arch. Stockholm*, XIX, n° 46, 1887).
- Jariwsson (A.).** — Pharyngite hémorrhagique (*Brit. med. j.*, 21 avril 1888).
- Lataste (Fernand).** — Considérations positives sur les deux dentitions des mammifères (*J. des connais. méd.*, n° 43, 29 mars 1888).
- Lavrand.** — Erysipèle de la face à répétition dans un cas d'angine de Tornwaldt (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 27 avril 1888).
- Leclerc.** — Du cancer de l'amygdale (*La Normandie méd.*, n° 40, 15 mai 1888).
- Lennox-Browne.** — Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue (*Med. rec.*, n° 904, 11 fév. 1888).
- Magitot.** — Sur les deux dentitions des mammifères (*J. des conn. méd.*, 5 avril 1888).
- Mauriac.** — Syphilome des lèvres et de la muqueuse buccale (*Echo méd.*, n°s 9-10, 31 mars, 7-28 avril 1888).
- Maxwell (Th.).** — La résorcine dans les ulcérations chroniques et douloureuses de la langue (*Lancet*, 21 avril 1888).
- Mercier.** — Epidémie d'angine pseudo-membraneuse et de croup (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1888).

- Mercier (L.)**. — Epidémie d'angine pseudo-membraneuse, etc. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 3, mars 1888).
- Moure**. — Mycosis de l'arrière-gorge (*Congrès d'Oran, Bull. méd.*, n° 27, 4 avril 1888).
- Murphy**. — Hémorrhagie mortelle après une ponction faite dans l'amygdale (*Correspond. der Albany med. Annales*, n° 3, mars 1888).
- Nicolas (A.) et Prenant (A.)**. — Observation d'une monstruosité rare absence du maxillaire inférieur, etc. (*Journal de l'Anatomie et de la Physiol.*, n° 2, 1888).
- Noquet**. — Abscès chronique développé dans un moignon d'amygdale (*Soc. franç. d'ot. et de lar.*, avril 1888; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).
- Ouspenski**. — Hypertrophie des amygdales (*Médic. Obozrénie*, n° 2; *Bull. méd.*, n° 24, 25 mars 1888).
- Orwin**. — Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx (*Lancet*, nos 33-70, 31 mars 1888).
- Petel**. — Corps étranger implanté sur la portion pharyngienne de la langue (*Normandie méd.*, 1^{er} avril 1888).
- Porcher (Peyre)**. — Excision des amygdales hypertrophiées (*J. of amer. med. Assoc.*, p. 283, 3 mars 1888).
- Potter (P.-H.)**. — La galvano-puncture dans les cas d'hypertrophie des amygdales (*Med. Soc. of the News of N.-Y.*, fév.; *Med. rec.*, n° 901, 11 février 1888).
- Quénu**. — Fistules consécutives à l'hydropisie du tissu maxillaire (*Soc. de chir.*, 28 mars; *Bull. méd.*, n° 26, 1^{er} avril 1888).
- Renzi (De)**. — Le sublimé dans le traitement de la stomatite mercurielle (*Supplém. alla Gazzetta degli ospitali, Gazzetta degli ospitali*, n° 24, 21 mars 1888).
- Richardson**. — Sarcome des amygdales enlevé par une incision externe; guérison (*Boston med. a. surg. j.*, 23 fév.; *Med. News*, 10 mars 1888).
- Ruault**. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne (*Archives de laryng.*, etc., n° 4, 15 avril 1888).
- Ruault et Rendu**. — Chancre syphilitique de l'amygdale (*Soc. clinique de Paris*, 8 mars 1888).
- Ryerson (St.)**. — De l'amygdalotomie (*Correspond. de l'Albany med. Annals.*, n° 3, mars 1888).
- Schwartz**. — Traitement de l'épulis (*Soc. méd. du VII^e arrond.*, 27 février 1888; *France méd.*, 12 mai 1888).
- Schwartz**. — Traitement de l'épulis (*Soc. méd. du VII^e arrond.*, séance du 27 février 1888; *France méd.*, 12 mai 1888).
- Spicer (Scanes)**. — Rôle de la luette et de l'épiglotte (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).
- Sternberg**. — Nouvel instrument pour l'exploration de la bouche (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 23 mars 1888; *Deuts. med. Ztg.*, n° 26, 29 mars 1888).
- Trélat (W.)**. — A propos de la ligature rubanée dans la palatoplastie (*Écho médical*, n° 8, 24 mars 1888, et *Archives de Laryngol., de Rhinol., etc.*, n° 4, 15 avril 1888).
- Trélat**. — Guérison et formation des fentes palatines congénitales avant et après la naissance (*Progrès méd.*, 15 avril 1888).
- Wacquez**. — Énorme tumeur récidive occupant la région du maxillaire inférieur, la région sous-hyoïdienne, etc. (*J. des Sc. méd. de Lille*, n° 16, 20 avril 1888).

- Way.** — Mort par suffocation dans la pharyngite phlegmoneuse (*Medic. rec.*, 23 fév. 1888).
- Weir.** — Cancer de la lèvre non récidivée après excision (*Med. rec.*, n° 906, 17 mars 1888).
- White** (Georges). — Une épingle logée dans le pharynx (*The med. record*, 7 avril 1888).
- White.** — Releveur du voile du palais (*Virginia med. monthly.*, n° 12, mars 1888).
- Wolff.** — Réunion opératoire d'une fissure intéressant à la fois les lèvres et le voile du palais chez un enfant de cinq mois (17^e *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin*, 3 bis, 7 avril; *Deuts. med. Ztg.*, n° 31, 16 avril 1888).

Nez et Pharynx nasal.

- Antona** (d'). — Enorme fibro-sarcome de la cavité nasale gauche (*Rivista clinica de l'Università de Naples*, an. IX, n° 2, fév. 1888).
- Baber** (Creswell). — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Brighton and Sussex medico-chir. Society in Brit. med. journ.*, 28 avril 1888).
- Bacon** (S.). — Sarcome du nez (*Chicago med. Soc. journ. of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).
- Baratoux.** — Sténose nasale (*Soc. fr. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888. *Sem. méd.*, 2 mai 1888).
- Berger.** — Symptômes des maladies du sinus sphénoïdal (*Soc. franç. d'ot et de lar.*, avril 1888).
- Blake** (Clarence-J.). — Relation des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx avec les affections de l'oreille moyenne chez les enfants (Traduit de l'anglais par Roques de Fussac, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 4, avril 1888).
- Bosworth** (J.-H.). — Emploi des caustiques dans les fosses nasales (*N.-Y. med. journ.*, 10 mars 1888).
- Bosworth** (F.-H.). — Effet des applications caustiques sur la muqueuse nasale (*Med. Soc. of N.-Y.*, fév. *Med. rec.*, n° 901, 11 fév., et *Journ. of laryng.*, n° 4, avril 1888).
- Bride** (M.). — Empyème de l'antre d'Hyghmore, symptômes du côté du nez seul (*Edimb. med. journ.*, avril 1888).
- Bronner** (A.). — Traitement de l'empyème du sinus maxillaire (*The Lancet* 14 avril 1888, p. 727).
- Casselberry.** — Fibrome nasale (*The journ. of amer. med. Assoc.*, 21 avril 1888).
- Cozzolino** (V.). — Lésions hybrides (scrofulo-syphilit.) étudiées au point de vue des lésions locales (*Gazz. degli ospit.*, 10 avril 1888).
- Després.** — Kystes du sinus maxillaire (*Soc. chir.*, Paris, 4 avril 1888).
- Dobre.** — Eléphantiasis du nez; cure radicale par la décortication (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, n° 3, mars 1888).
- Gleitsmann** (J.-W.). — Nouvelle anse galvanique pour enlever les hypertrophies des cornets (*Med. rec.*, n° 906, 11 fév. 1888).
- Hacker.** — Un cas de rhinoplastie (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 6 avril; *Allgem. Wien. med. Ztg.*, n° 15, 10 avril 1888).
- Herring.** — Traitement de l'épistaxis (*North. Carolina medic. journ.*, fév.; *Med. et surg. Report.*, 17 mars 1888).

- Heydenreich (A.).** — Arrachement des polypes naso-pharyngiens (*Sem. méd.*, 9 mai 1888).
- Israël.** — Un cas de rhinoplastie (17^e *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin*, 4 et 7 avril. *Deuts. med. Ztg*, n° 31, 16 avril 1888).
- Jarvis (W.-C.).** — Indications pour le traitement de la déformation de la cloison avec cent observations à l'appui (*Soc. med. of the county of N.-Y., The med. rec.*, 28 avril 1888).
- Jessop.** — Simple ulcère perforant de la cloison du nez (*Leeds and west riding. medic., chir. Soc. Lancet*, 28 avril 1888).
- Joal.** — Céphalées de croissance (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, av. 1888).
- König.** — Nouvelle méthode d'opérations des polypes naso-pharyngiens (*Centralb. f. chirurgie.*, n° 10, 1888. *Province médic.* n° 12, 24 mars 1888).
- Kruch.** — Les végétations adénoïdes du naso-pharynx, causes fréquentes de maladies de l'oreille (*Gazzetta med. italiana*, 1888, Milan).
- Küster (E.).** — Les néoplasmes de l'antre d'Highmore, des suites de leur traitement opératoire (*Berl. Klin. Woch.*, n°s 14 et 15 ; 29 avril 1888).
- Leyden.** — Traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Congress. f. innere medicin in Wiesbaden*, 9-12 avril; *Deuts. mediz. Ztg*, n° 34, 26 avril 1888).
- Magitot.** — Kystes du maxillaire supérieur (*Soc. de chir.*, séance du 11 avril 1888; *Sem. méd.*).
- Ménière.** — Céphalée quotidienne guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, avril 1888; *Sem. méd.*, 2 mai 1888).
- Menocal.** — Polype fibreux naso-pharyngien (*Rev. des Sc. méd. de la Havane*, 5 mars 1888).
- Mibellé.** — Un cas de rhinosclérome (*Giorn. ital. delle malat. venere, etc.*, an. XXIII, n° 1, Milan, 1888).
- Miot.** — Epaissement de la lame triangulaire de la cloison déterminant une obstruction complète des fosses nasales (*Soc. franç. d'ot. et de laryng.*, av. 1888).
- Moure.** — Abscès chaud de la cloison des fosses nasales (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, av. 1888).
- Moure.** — De l'ozène (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, av. 1888).
- Nothnagel.** — Tumeur au niveau des tubercules quadrijumeaux; hydrocéphale, écoulement du liquide céphalique par le nez (*Wien. mediz. Blætt.*, fév. 1888).
- Ottolenghi.** — Le squelette et la forme du nez chez les criminels, les fous, les épileptiques et les crétins (Bocca, édit., Turin 1888).
- Poeschel (H.).** — Traitement des maladies de la cavité naso-pharyngienne (*Münch. med. Woch.*, n° 14, 3 avril 1888).
- Poncet.** — Tumeur nasale de nature douteuse (*Soc. nationale de médecine de Lyon*, 23 avril, in *Lyon méd.*, 29 avril 1888).
- Porter (J.-H.).** — La galvano-caustique dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales (*Med. News*, 10 mars 1888).
- Royetski.** — Du traitement du catharre cervical rebelle et de l'opération de Chister (*Thèse de Paris*, 1888).
- Schulte.** — Les végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause fréquente des maladies de l'oreille (*Gazz. méd. ital. Lomb.*, 10 mars 1888).
- Stevenson.** — Acide carbonique dans le catarrhe nasal (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

- Tauzin.** — De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille (*Thèse de Bordeaux*, 1888).
- Urannela (Eustasio).** — Remarques sur l'application du chlorhydrate de cocaïne dans les maladies de la gorge et des fosses nasales (*Revista di laryngol., otol., etc.*, an IV, n° 33, mars 1888).
- Walle.** — Observations sur les maladies du nez et de la gorge (in-8°, 87 p., Bonn).
- Wright (J.).** — Nouveau polypotome du nez (*Med. rec.*, n° 906, 17 mars 1888).
- X...** — Atrophie des cornets constituant une affection incurable (*Saint-Louis med. et surg. journ.*, n° 4, avril 1888).
- X...** — Le nez considéré comme source de toutes nos misères (*Med. rec.*, n° 898, p. 74, 21 janv. 1888).
- Zaleski.** — Inappropriation des tubes en argent dans la trachéotomie (*Lancet*, 28 avril 1888).

Larynx et Trachée.

- Averbeck (H.).** — Le massage du larynx (*Deuts. mediz. Ztg.*, nos 33 et 34, 23-26 avril 1888).
- Baber (Creswell).** — Traitement de la phtisie du larynx et d'un abcès de l'antre d'Highmore (*British and Sussex med. chir. Soc.*, 1^{er} mars; *Brit. med. j.*, 24 mars 1888).
- Bandler (A.).** — Diagnostic de l'œdème aigu du larynx (*Prager medic. Woch.*, n° 49, 9 mai 1888).
- Baratoux.** — Traitement palliatif de l'épithélioma du larynx par la teinture de tuya (*Soc. de méd. prat.*, Paris, 3 mai 1888).
- Baratoux.** — Des complications laryngées et trachéales de l'ozone (*Pratique médic.*, n° 13, 27 mars 1888).
- Baron-Barclay.** — Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans les cas de phtisie pulmonaire (*The Bristol med. chir. journ.*, mars 1888).
- Beckay.** — Le menthol dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Edimb. med. journ.*, janvier 1888).
- Bergmann.** — Présentation d'un malade opéré depuis trois ans d'une extirpation totale du larynx sans trace de récurrence (*Deuts. med. Ztg.*, n° 30, 12 avril 1888; *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin vom*, 4 et 7 avril).
- Bitot (Emile).** — Etude sur quelques cas de spasmes rythmiques respiratoires d'origine hystérique (*Gaz. hebd. des Sc. médic.*, n° 15 et 16, 8 et 15 avril 1888).
- Bosley (G.-H.).** — Un cas de sténose laryngée dû à la compression d'un goître; opération; guérison (*N.-Y. med. j.*, 28 janvier 1888).
- Bouchut.** — Le tubage du larynx (*Bullet. méd.*, 2 mai, et *Paris méd.*, 5 mai 1888).
- Briggs (Waldo).** — Laryngite syphilitique occasionnant de la suffocation; symptômes tertiaires généraux; trachéotomie; guérison (*Saint-Louis med. and surg. j.*, n° 4, avril 1888).
- Caccioppoli.** — A propos de la première extirpation de larynx pratiquée à Naples (*Progresso medico*, an II, n° 3, 1^{er} mars 1888).
- Cazal (Du).** — Plaies du larynx (*Soc. de Chir.*, 4 avril; *Bull. méd.*, n° 28, 8 avril 1888).
- Charazac.** — Cancer du larynx consid. sur la laryngotomie (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888).

- Chauvel.** — Plaies du larynx (*Soc. chir.*, Paris, 4 avril 1888).
- Cheatham (W.).** — Syphilis du larynx (*Louisville surg. Soc.*, 6 février; *Amer. pract. news*, 3 mars 1888).
- Corradi.** — L'aphonie nerveuse (*Rivista veneta di S. med.*, Venise, 1888).
- Curtis (James).** — Tubage du larynx dans le cas de diphtérie (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).
- Dehio (Karl).** — Néoplasme tuberculeux primitif du larynx (*Saint-Petersb. medic. Woch.*, n° 16, 16 avril 1888).
- Delassus.** — Trachéotomie et vapeurs d'eau (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 29 fév.; *J. des Sc. méd. de Lille*, n° 16, 20 avril 1888).
- Delassus.** — Obstruction de la trachée après la trachéotomie (*Journal des Sc. méd. de Lille*, n° 16, 20 avril et 11 mai 1888).
- Delavan (B.).** — Epithélioma du larynx (*N.-Y. pathol. Soc.; The med-rec.*, 31 mars 1888).
- Delavan (B.).** — Fistule de la trachée (*N.-Y. clin. Society*, 27 janv.; *N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).
- Desguin.** — Divers types d'une nouvelle canule pour la trachéotomie (*Soc. de méd. d'Anvers; Annales et bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, fév. 1888).
- Desvernine.** — Tumeur kystique du larynx (*Med. progress.*, 28 avril 1888).
- Dévos.** — Cancer du larynx (*Soc. anat.-path. de Bruxelles; Presse méd. belge*, n° 12, 1888).
- Donaldson (F.).** — Note sur la physiologie des nerfs laryngés récurrents (*N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).
- Dujardin-Beaumetz.** — De l'aérophorisation (*Bullet. génér. de therap.*, 15 avril 1888).
- Dwyer.** — Du tubage du larynx (*Arch. of laryng. and rhin.*, n° 4, avril 1888).
- Fagnart.** — Fièvre typhoïde datant de trois mois; pneumonie double; cicatrisation des ulcères intestinaux avec taches pigmentaires; périchondrite laryngée et hypertrophie de la rate (*Presse méd. belge*, n° 2, 1888).
- Fortunato.** — Nouveau procédé opératoire de la trachéotomie (Tocco, édit., Naples 1888).
- Fussell (M. Howard).** — Fracture du larynx (*Med. News*, 17 mars 1888).
- Godet.** — Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx; thyrotomie; guérison (*Arch. de méd. et ph. milit.*, décembre 1887, n° 6).
- Gottstein (J.).** — Affections laryngées liées à des lésions organiques du système nerveux central (*Wien Franz Deuticke*, 1888).
- Gottstein (J.).** — Les maladies du larynx (2^e édit., *Wien Franz Deuticke*).
- Gouguenheim et Périer.** — Kyste de la région sous-hyoïdienne, déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, n° 4, avril 1888).
- Gray (L.-C.).** — Lecture clinique sur certains cas d'hystérie (*J. of nervous and. mental diseases*, févr. 1888).
- Hajeck (M.).** — Du diagnostic de la périchondrite tuberculeuse et carcinomateuse du larynx (*Klin. Rundschau* 9, in *Deuts med Ztg.*, n° 26, 29 mars 1888).
- Hance (J.).** — Nouveaux instruments pour pratiquer l'intubation du larynx (*Soc. vaudoise de méd.*, 7 janv.; *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 2, 20 fév. 1888).

- Heise.** — Tumeurs thyroïdiennes intra-laryngées et intra-trachéales (*Annals of surgery*, avril 1888).
- Hendrix et Hicquet.** — Un cas de tubage de la glotte, obstruction et expulsion répétées de la canule (*J. de méd. de chir. et de pharm. de Bruxelles*, n° 3, 1888).
- Hering.** — Contribution à l'étude du phlegmon nécrosique du larynx; rapport avec l'angine érysipélateuse (*Thèse Paris*, mai 1888).
- Heryng** (traduit par Schiffers). — De la curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical (Paris et Bruxelles, 1888).
- Huissman.** — Kyste de l'épiglotte (*Weekblad van het Nederland Teidschr. voor Geneesk.*, n° 14, 1888).
- Jacques.** — Intubation du larynx dans le croup (*Thèse de Paris*, 1888).
- Jenny.** — Suites de la trachéotomie dans les cas de diphtérie et de croup chez les enfants (*Deuts. Ztg. f. chir.*, 27 bd., 5, 6 H, 27 avril 1888).
- Jessett** (Bowieman). — Papillomes du larynx (*Medic. Soc. of London; The Lancet*, 5 mai 1888).
- Jessett** (Bowieman). — Trachéotomie pour affection syphilitique du larynx (*Medic. Soc. of London, Brit. med. j.*, 5 mai 1888).
- Joubert.** — La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx (*Thèse de Paris*, 1888).
- Jouret** (A.). — Aphonie hystérique simple (*Scalpel*, n° 43, 22 avril 1888).
- Kidd** (Perny). — La trachéotomie dans la phtisie laryngée (*Lancet*, 31 mars 1888, p 6 48).
- Kurz** (E.). — Toux réflexe (*Deuts. med. Woch.*, n° 13, 29 mars 1888).
- Ledard.** — Causes et traitement de la coqueluche (*Thérap. contemporaine*, n° 11, 16 mars 1888).
- Lemcke** (Chr.). — Contribution au traitement des sténoses laryngées cicatricielles (*Berl. klin. Woch.*, n° 13, 26 mars 1888).
- Lennox-Browne.** — Un cas de périchondrite traumatique du larynx (*Brit. med. journ.*, 28 avril 1888).
- Luc.** — A propos d'une question de priorité relative à l'ozène trachéal (*Archives de Laryngol.*, etc., n° 4, 15 avril 1888).
- Marique.** — Larynx avec ulcérations tuberculeuses (*Soc. anat. path. de Bruxelles. Presse méd. belge*, n° 14, 1888).
- Mash** (W.-G.). — Deux cas de laryngotomie, etc. (*Brit. med. journ.* 21 avril 1888).
- Masini** (G.). — Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx (*Académie de med. de Turin*, 2 mars. *Deuts. med. Ztg.*, n° 38, 10 mai 1888).
- Massei.** — Revêtement muqueux, circulation et innervation du larynx (*Giorn. internaz. delle Sc. med.*, an X, n° 3, Naples, 1888).
- Massei.** — Compte-rendu annuel de la clinique laryngologique de l'Université de Naples (1886-87) (*Progresso medic.*, fév. 1888, et *Supplemento alla Gazzetta degli ospitali*, an IX, n° 2, fév. 1888).
- Masini** (Guilio). — Etude expérimentale sur des centres moteurs corticaux du larynx (*Academia di medicina de Turino*, 2 mars; *Gazzetta degli ospitali*, n° 22, 14 mars 1888).
- Masucci.** — Résumé complet sur les résultats de l'extirpation du larynx dans ces derniers temps (*Rassegna crit. internaz. delle mal. del naso*, etc., n° 2, avril 1888).

- Meier.** — Œdème aigu de la glotte : tubage, guérison (*The med. record*, 15 mai 1888).
- Meunier.** — Appareil hyoïdien ossifié chez l'homme (*Soc. anat.*, Paris, 6 avril 1888).
- Meurer.** — L'extirpation du larynx (*La Province méd.*, 28 avril 1888).
- Mollière.** — Résection partielle du larynx (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, février; *Lyon méd.*, 18 mars 1888).
- Monod.** — Œdème aigu du larynx (*Soc. de Chir.*, 11 avril 1888; *Semaine méd.*).
- Musmeci.** — Un cas de mutisme hystérique (*Gazetta degli ospitali*, 9 mars 1888).
- Noll (F. W.).** — Un cas de séparation de la trachée et du larynx avec intégrité presque complète des parties molles externes, etc. (*Deuts. Ztsch. f. chir.*, 27 Bd. 5, 6. H. 27 avril 1888).
- O'Dwyer (J.).** — Tubage du larynx (*Med. Soc. of the state, J. of N.-Y.*, fév.; *Med. rec.*, n° 901, 11 février 1888).
- O'Dwyer (J.).** — Tubage du larynx pour sténose chronique du larynx; cinq cas (*N.-Y. med. j.*, 10 mars 1888).
- O'Dwyer (J.).** — Analyse de cinquante cas de croup traités par le tubage du larynx (*N.-Y. med. j.*, 14 janvier 1888).
- Ormsby.** — Goître congénital (*Lancet*, 5 mai 1888).
- Ozanam.** — Polypes du larynx et de la trachée-artère extirpés une première fois par les voies naturelles; guérison (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).
- Pinkham (J.-W.).** — Dix cas de tubages du larynx, avec remarques (*N.-Y. med. journ.*, 17 mars 1888).
- Playfair (J.).** — Une épingle enclavée dans la bronche gauche (*Med. chir. Soc. of Edimb.*, in *Edimb. med. journ.*, mai 1888).
- Puech.** — Cancer de la trachée et tuberculose pulmonaire (*Soc. de méd. et de chir. pratiques de Montpellier*, 29 fév., *Montpellier méd.*, n° 10, 1888).
- Reynal O'Connor.** — Canule à trachéotomie (*Progrès méd.*, 28 avril 1888).
- Rice (C.-C.).** — Extirpation de tumeurs du larynx (*Med. Soc. of the state of N.-Y.*, fév.; *Med. rec.*, n° 901, 11 février 1888).
- Richardson.** — Un cas de polype du larynx (*The journ. of amer. med. Assoc.*, 21 avril 1888).
- Rumbold (F.).** — Respirateur pour trachéotomie (*J. of the amer. med. Assoc.*, 14 avril 1888).
- Schneider (Otto).** — Sténoses dues aux granulations qui se forment après la trachéotomie (*Breslauer Aerzt Zts.*, n° 9, 12 mai 1888).
- Schuster.** — Les lavements d'acide carbonique hydrosulfuré de Bergeon dans les affections des poumons et du larynx (*Deuts. medic. Woch.*, n° 15, 12 avril 1888).
- Schweig (H.).** — De quelques causes de troubles de la voix (*N.-Y. med. j.*, 28 janvier 1888).
- Semon (F.).** — Périchondrite et cancer du larynx (*Correspond. in Brit. med. j.*, 21 avril 1888).
- Semon et Shattoch.** — Affection maligne des voies aériennes (*Soc. pathol. of London*, in *The British. med. journ.*, 7 avril 1888).
- Smart.** — Névrose respiratoire (*Med. chir. Soc. of Edimburgh*, in *The Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

- Sommerbrodt (J.).** — Du rôle du larynx chez les ventriloques (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 14, 2 avril 1888).
- Souza-Leite.** — Un cas d'aphasie motrice fonctionnelle chez un enfant de 11 ans (*Braz med.*, 9 février 1888).
- Størk (Karl).** — De l'extirpation du larynx dans le cancer (traduit par Laurent; *Scalpel*, n° 40-42, 1^{er}-22 avril 1888).
- Størk.** — Du choc après l'extirpation du larynx (*Wien. med. Woch.*, 24 mars 1888).
- Stoker (G.).** — Périchondrite du larynx (*Correspondance*, in *Brit. med. j.*, 28 avril 1888).
- Thiersch.** — Tubage du larynx (17^e Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin vom, 4 à 7 avril. *Deuts. med. Ztg.*, n° 31, 16 avril 1888).
- Thornton-Pugine.** — Canules à trachéotomie (*The Lancet*, 7 avril 1888).
- Toison.** — Cancer du larynx; trachéotomie (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 29 févr.; *J. des Sc. méd. de Lille*, n° 16, 20 avril 1888).
- Trifiletti.** — Un cas probable de tuberculose primitive du larynx (in-8°, Florence).
- Trifiletti.** — Une cause d'altération de la voix dans le chant (*Revista clin. e terapeut.*, avril 1888, n° 4).
- Tsakyroglous.** — Ozène laryngien (Athènes, 1888).
- Uréchia.** — Mutisme et paralysie hystériques ayant fait croire à une hémiplegie avec aphasie; guérison par l'hypnotisme (*Soc. médico-psych.*, 27 fév. *Annales médico-psych.*, n° 3, mai 1888).
- Waldo.** — Un cas de tubage du larynx chez l'adulte (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).
- Waxham.** — Tube laryngien perfectionné (*Chicago med. Soc.*, in *Journ. of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).
- Vilato (Francisco-Xavier).** — Dysphonie; paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue et paralysie générale de tous les muscles volontaires, consécutivement à la diphtérie, etc. (*Gazetta medic. catalana*. t. XI, n° 5, 15 mars 1888).
- Wolfenden (Norris) et Martin-Sidriez.** — Etudes curatives pathologiques sur les polypes du larynx : I, papillomes (Churchill, éditeur, in-8° avec planches, Londres, 1888).
- Wolfenden (Norris).** — Périchondrite du larynx (*Brit. med. journ.*, 14 avril 1888).
- X...** — Tubage du larynx dans le croup (*Echo méd.*, 5 mai 1888).
- X...** — L'empereur d'Allemagne (*Brit. med. journ.*, 31 mars 1888).
- X...** — La santé de l'empereur d'Allemagne (*Lancet*, n° 3390, 31 mars 1888).
- X...** — La maladie de l'empereur d'Allemagne (*Allgem. Wien. mediz. Ztg.* n° 19, 8 mai 1888).
- Zaleski (S.).** — De la contre-indication des canules en argent après la trachéotomie (*Berl. klin. Woch.*, n° 16, 16 avril 1888).

Oreilles.

- Arufreim.** — Contribution à l'étude de la théorie de la localisation du sens de l'ouïe dans les canaux semi-circulaires (in-8°, Iéna, 1888).
- Bacon (Gorham).** — Emploi d'une ventouse humide à la place d'une sangsue dans certaines affections aiguës de l'oreille (*N.-Y. med. j.*, n° 475, 7 janv, 1888).

- Bacon** (Gorham) et **Muzzy**. — Carcinome de l'oreille prenant probablement naissance dans l'oreille moyenne ou l'apophyse mastoïde (*Arch. of otol.*, mars 1888).
- Barr** (Thomas). — Un cas d'hémorrhagie grave de la caisse du tympan chez un enfant (otite moyenne hémorrhagique) (*Brit. med. journ.*, 28 avril 1888).
- Barr** (Th.). — Affection traumatique de l'oreille (*Edimb. med. journ.*, janv. 1888).
- Barker** (A.). — Note sur un cas de suppuration du cerveau dû à une otite moyenne traitée par la trépanation et le drainage (*Brit. med. j.*, 14 avril 1888).
- Barth**. — Contribution à l'anatomie de l'oreille (*Arch. of Otol.*, mars 1888).
- Beane** (F.-Dudley). — Affections peu communes de l'oreille (*N.-Y., med. j.*, 28 janv. 1888).
- Bense** (O.). — Contribution à la statistique des perforations du tympan dans l'otite moyenne suppurée (*Göttingen, Vandenhoeck et Rupprecht*) 1888.
- Blake** (C.-J.). — Relation des végétations adénoïdes avec les maladies de l'oreille moyenne chez les enfants (*Boston med. a surg. journ.*, 15 mars 1888).
- Blaud Sutton**. — Tumeur de l'apophyse mastoïde (*Bull. med.*, n° 26, 1^{er} avril 1888).
- Boucheron**. — Opération de la surdité otopérisique (*Acad. des Sc.*, 16 avril; *Sem. méd.*, n° 17, 25 avril 1888).
- Boucheron**. — Épilepsie de l'oreille comparée aux autres épilepsies (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*).
- Boucheron**. — Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopérisique (*Académie des Sc.*, 26 mars; *Bullet. médic.*, n° 25, 27 mars 1888).
- Bull**. — Fistules des fissures branchiales et malformation particulière du tympan (*Arch. of Otol.*, mars 1888).
- Cozzolino**. — La syphilis acquise et héréditaire de l'appareil auditif, etc. (*Collect. ital. de lectures sur la médéc.*, série IV, n° 9, Milan 1888).
- Cozzolino**. — Hygiène de l'oreille (*Morgagni*, an XXX, n° 4, avril 1888, Naples).
- Duplay** (S.). — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Archives générales de médéc.*, mai 1888).
- Eichbaum**. — L'électricité galvanique comme moyen de déceler la simulation (*Deutsch. Militarart. Zeitsch.*, 1888, p. 534; *Anal.*, in *Arch. de méd. et pharm. milit.*, n° 1, 1888).
- Eichbaum**. — Des perceptions subjectives de l'ouïe et de leur traitement (Berlin, 1888, L. Heuser).
- Eitelberg** (A.). — De l'emploi thérapeutique de la créoline en otologie (*Wien med. Presse*, n° 13, 25 mars 1888).
- Gellé**. — Étude sémi-biologique du rôle de l'épreuve de Weber dans l'audition du diapason-vertex (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).
- Gellé**. — Surdité complète subite dans l'albuminurie (*Soc. de Biologie*, 24 mars; *Bull. méd.*, n° 25, 27 mars 1888).
- Gordon** (J.). — Occlusion du méat auditif (*Brit. med. Journ.*, 14 avril 1888, p. 802).
- Grosch**. — Traitement du furoncle de l'oreille (*Bert. Klin. Woch.*, n° 18, 30 avril 1888).

- Gruber.** — Traité des maladies de l'oreille (2^e édit., *Wien Carl. Gerald's Sohn*) 1888.
- Heddaens.** — Surdité réflexe (*Berl. Klin. Woch.*, n  17, 23 avril 1888).
- Hessler.** — Otite externe due à l'infection (*Deuts. medic. Woch.*, n  17, 26 avril 1888).
- Huntington (R.).** — Diagnostic des maladies de l'oreille sans instruments (*The med. rec. N.-Y.*, 31 mars 1888).
- Jack (J.-L.).** — Un cas de nécrose du temporal, extirpation du labyrinthe, guérison (*Boston med. a surg. journ.*, 29 mars 1888).
- Jackson (Vincent).** — Epithélioma de l'oreille droite; extirpation de la moitié supérieure de l'oreille; guérison; réflexion (*Lancet*, n  3370, 31 mars 1888).
- Jaugemann (C.-W.).** — Otologie (*Cincinnati Lancet clin.*, 3 mars 1888).
- Lemck.** — Les institutions des sourds-muets du Ludwigs-lurt-Mecklinberg (*Arch. of. Otol.*, mars 1888).
- Lopez (Giovanni).** — Trois cas de syphilis du labyrinthe (*Bollet. delle Malat. dell'orech., etc.*, an IV, n  3, 1888).
- Lopez (Giovanni).** — Un cas d'occlusion presque complète du conduit auditif externe par une cloison fibreuse à la suite d'une otite moyenne purulente chronique de l'enfance (*Bollet. dell'orechio, etc.*, an IV, 1^{er} mai, n  3, 1888).
- Magnan.** — Vertige d  à une lésion de l'oreille moyenne (*Soc. de Biologie*, Paris, 7 avril 1888).
- Miles.** — Vertige labyrinthique (*Baltimore med. Acad.*, in *Journ. of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).
- Mollière.** — Malformation de l'oreille (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, fév. 1888; *Lyon méd.*, n  42, 18 mars 1888).
- Moos.** — Invasion bactériologique de l'oreille interne dans la diphtérie (*Arch. of Otol.*, mars 1888).
- Moos et Steinb gge.** — Fonctions du limaçon (*Arch. of Otol.*, mars 1888).
- Passarini.** — Otite de la caisse. Inflammation des cellules mastoïdiennes e. ostéo-périostite consécutives, etc. (*Montpellier médic.*, n  10, 1888).
- P tel.** — Corps étranger du conduit auditif externe (*Normandie médic.*, n  7, 1^{er} avril 1888).
- Philipps.** — Inflammation furonculeuse de l'oreille externe (*Atlanta med. a surg. journ.*, avril 1888).
- Pomeroy (O.).** — Quelques remarques à propos du diagnostic différentiel des maladies de l'oreille au moyen du diapason (*Med. Soc. of the state of N.-Y.*, fév. 1888; *Med. rec.*, n  904, 11 fév. 1888).
- Renvers.** — Présentation d'un cerveau, surdité gauche (*Verein f. innr. medic. zu Berlin*, 26 mars; *M nch. med. Woch.*, n  14, 3 avril 1888).
- Roosa (John).** — Diagnostic différentiel entre les affections périphériques et centrales de l'oreille (*Medic. News*, 21 avril 1888).
- Shirmunski.** — De la transplantation artificielle du tympan (*Wratsch.*, 1887, n  40, et 41, et *Monats. f. Ohrenh.*, 1888, n  1).
- Steinbr gge.** — I. — Affection labyrinthique double dans le cours d'une méningite cérébro-spinale; II. — Affection labyrinthique dans la leucémie (*Arch. of Otol.*, mars 1888).
- Suarez.** — Traitement des obstructions de la trompe (*Soc. franc. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).

- Szenes (S.).** — Progrès obtenus dans la thérapeutique des oreilles (*Allg. Wien med. Ztg*, n° 13, 27 mars 1888).
- Trifiletti.** — Un cas d'otite moyenne aiguë avec propagation au cerveau (*Bolletino delle malatt. dell'orec., etc.*, an VI, n° 3, 1^{er} mai 1888).
- Turnbull.** — Cornets acoustiques, expériences sur des sourds-muets (*The med. Bulletin*, n° 4, avril 1888).
- William.** — Abscess de la caisse consécutif à un mal de dent (*Saint-Louis med. a surg. journ.*, n° 3, mars 1888).
- William.** — Fungus parasitaire de l'oreille (*Weekly med. rev.*, 10 mars 1888).
- W. N. S.** — Avis demandé à propos du traitement d'oreille (*Med. surg. Reporter*, 17 mars 1888).
- X...** — Traitement de l'oreille dans la diphtérie (*Saint-Louis med. et surg. J.*, n° 4, avril 1888).
- X...** — Traitement de l'otorrhée, sec ou humide? (*Saint-Louis medic. and surg. j.*, n° 4, avril 1888).

Croup et Diphtérie.

- Abbe (R.).** — Névrite multiple à la suite de la diphtérie : paralysie, ataxie, et déformation spéciale du cou (*N.-Y. clin. Soc.*, 23 décembre 1887; *N.-Y. med. j.*, 14 janv. 1888).
- Aldabalde.** — La trachéotomie dans le croup (*Archives de méd. y cir. de los niños*, 30 avril 1888).
- Baker (H.).** — Prophylaxie de la diphtérie. (*J. of amér. medic. Assoc.*, 14 avril 1888).
- Barbier (H.).** — Albuminurie dans la diphtérie. (*Gaz. des hôp.*, 10 et 12 mai 1888).
- Beaupère (Eugène).** — Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphtérie laryngée. (*Union méd.*, 10 mai 1888).
- Braddon (Léonard).** — Huile de pippermint comme antiseptique et comme remède dans la phtisie et dans la diphtérie (*Lancet*, n° 3369, 31 mars 1888).
- Caillé (A.).** — Moyen pour prévenir la diphtérie (*N.-Y. Acad. of med.*, 19 janvier; *N.-Y. med. j.*, 24 mars 1888).
- Clebsch.** — Les maladies du cœur dans la diphtérie (*Goettingen, Vandenhoeck et Rupprecht* 1888).
- Corbin (J.).** — Fumigations mercurielles dans la diphtérie du larynx ou le croup diphtéritique (*N.-Y. med. j.*, 10 mars 1888).
- Coté.** — Traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada*, vol. 11, n° 3, mars 1888).
- Delach.** — Angine diphtérique suivie de paralysie des membres et de cavernes dans le poumon (*Archives med. belges*, févr. 1888).
- Farnsworth.** — Diphtérie (*The med. a. surg. journ.*, 28 avril 1888).
- Farnsworth (P.-J.).** — A quelle classe de champignons appartient la diphtérie. (*Med. a. surg. Reporter*, 24 mars 1888).
- Féréol.** — Diphtéries anormales graves (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 mai 1888).
- Gaucher (F.).** Traitement de la diphtérie (*Soc. méd. des hôpitaux; J. des conn. méd.*, n° 12, 22 mars 1888).
- Guelpa.** — Alimentation dans la diphtérie (*Soc. de Thérap.*, 25 avril 1888).
- Hage (J.-J.).** — Un cas de diphtérie avec exanthème (*Weekblad van het Nederl. Teidjschr. voor Geneestz.*, n° 8, 1888).

- Hebert (Th.)**. — La bronchotomie dans le croup pseudo-membraneux (*New-Orléans med. and. surg. journ.*, mars 1888).
- D'Heilly**. — Tubage du larynx dans le croup (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 avril 1888).
- Jacques**. — Intubation du larynx dans le croup (*Thèse de Paris*, mai 1888).
- Mohammed ben Nekkach**. — Traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer et le lait (Congrès d'Oran, 30 mars; *Progrès méd.*, n° 14, 7 avril 1888).
- Ertel**. — Pathogénie de la diphtérie épidémique d'après les preuves histologiques (in-8° X.-188 p., 16 pl., *Leipzig*).
- Ertel**. — De la diphtérie (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).
- Paget (J.)**. — Des intestins dans la diphtérie (*Pathol. Soc. of London, in Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).
- Palardy**. — Quatrième étude sur le traitement de la diphtérie. (*Union méd. du Canada*, n° 4, avril 1888).
- Raven (T.-F.)**. — Traitement de la diphtérie et de l'amygdalite (*Brit. med. j.*, 24 mars 1888).
- Thornton**. — Traitement de la diphtérie (*Lancet*, 28 avril 1888).
- Valdekama (D.-S.)**. — Emploi de la pilocarpine dans la diphtérie (*Revista med. de chile dec.*, 1887).
- X.** — Le cyanure de mercure dans la diphtérie en Suède. (*Lancet*, n° 3369, p. 391, 24 mars 1888).
- X.** — Diphtérie (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).

Varia.

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

- Alsberg**. — Œsophagotomie externe dans un cas de carcinome (*Aerzt. verein in Hamburg*, 20 mars; *Munch. med. Woch.*, n° 13, 23 mars 1888).
- Antona (d')**. — Varice anévrysmale entre la carotide externe et la jugulaire (*Congrès chir. Ital., Morgagni*, n° 5, mai 1888, Naples).
- Antona (d')**. — Varice anévrysmale entre la carotide externe et la jugulaire; opération, guérison (Cinquième réunion de la *Soc. ital. de chir.*, tenue à Naples du 26 au 28 mars; *Sem. méd.*, n° 13, 28 mars 1888).
- Ardle**. — Œsophagotomie (Dublin, *Journ. of med. Soc.*, 2 avril 1888).
- Arnaud et Butte**. — Action des pneumogastriques sur la sécrétion urinaire (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).
- Arthaud et Butte**. — Du syndrome clinique et des lésions anatomo-pathologiques déterminées chez les animaux à la suite de la névrite des nerfs vagues (*Arch. de Physiol.*, 1^{er} avril 1888).
- Audry (Ch.)**. — Epithélioma kystique du maxillaire inférieur (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).
- Ballet (Gilbert)**. — Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goître exophtalmique (*Soc. méd. des hôp. — Praticien*, n° 13, 23 mars 1888).
- Ballet (Gilbert)**. — L'ophtalmologie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophtalmique et l'hypertrophie (*Revue de méd.*, n° 5, mai 1888).
- Barraquer**. — Origines et traitement de quelques formes de céphalalgie (*Gazetta med. catalana*, 15 avril 1888).

- Bazy** (Clinique de M. Richet). — Corps étrangers de l'œsophage, œsophagotomie externe (*France méd.*, 12 avril 1888).
- Beney**. — De l'ulcère simple de l'œsophage (*Thèse Paris*, mai 1888).
- Berdez**. — Goître plongeant et paralysie des deux nerfs récurrents avec tétanie (*Soc. vaudoise*, 7 fév.; *Revue méd. de la Suisse romande.*, n° 3, 20 mars 1888).
- Berens**. — Angiome du thymus (*Med. News*, 14 avril 1888).
- Berti**. — Deux cas de goître kystique, ablation (*Rassegna di Sc. medic.*, an III, n° 4, avril 1888, Modène).
- Bock**. — Syphilis gommeuse de la glande parotide (*La Clinique*, n° 16, 19 avril 1888).
- Borel**. — Extirpation du goître (*Med. Soc. of London*, 19 mars; *Lancet*, n° 3369, 24 mars 1888).
- Ceccherelli**. — Quelques considérations sur l'extirpation complète de la parotide (*Riforma medica*, an IV, n° 77, 3 avril 1888, Rome).
- Chavanix**. — Ulcère simple de l'œsophage, ouverture dans la trachée (*Loire médic.*, n° 3, 15 mars 1888).
- Daraignez**. — Goître kystique plongeant, ponction, hémorragie dans la poche kystique; mort (*Soc. d'anat. et de phis. de Bordeaux*, 23 janv.; *J. de méd. de Bordeaux*, n° 36, 8 avril 1888).
- Day** (Richard H.). — Exophtalmie aiguë (*Med. News*, 28 avril 1888).
- Delorme**. — Phlegmon sushyoïdien (*Soc. de Chir.*, 9 mai 1888; *Progrès méd.*, 12 mai 1888).
- Eve**. — Lupus expérimental (*Pathol. Soc. of London*, 20 mars; *Brit. med. journ.*, 24 mars 1888).
- Federn**. — Coexistence d'une atonie partielle de l'intestin avec la maladie de Basedow (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 6 avril, *Deuts. med. Ztg.*, n° 31, 16 avril 1888).
- Foy**. — Chirurgie de la glande thyroïde (*Royal acad. of med.*, in Ireland, in *Dublin Med. journ.*, mai 1888, p. 440).
- Fuhr** (F.). — Du goître dans la vieillesse (*Archiv. f. Pathol. anat. u., Physiol.*, etc.; Bd, CXII, H. 2, 1^{er} mai 1888).
- Gautier**. — De l'iodisme chronique, ses rapports avec les névroses et le goître exophtalmique (*Soc. méd. de Genève*, fév. 1888; *Revue gén. de clinique et de therap.*, n° 14, 5 avril 1888).
- Gauthier**. — L'antipyrine dans le goître exophtalmique, le diabète et l'épilepsie (*Revue génér. de chir. et de therap.*, 10 mai 1888).
- Genser**. — Pathologie et traitement de la coqueluche (*K. K. Gesells. Aerzte in Wien*, 6 avril; *Allgem. Wien. med. Ztg.* n° 13, 10 avril 1888).
- Girode**. — Varices œsophagiennes (*Journal des connais. méd.*, 10 mai 1888).
- Godlee** (R.-J.). — Cas d'acromégalie (*Chir. Soc. of London*, 13 avril; *Brit. med. j.*, 24 avril 1888).
- Greene**. — Acide phénique dans la coqueluche (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).
- Griffiths**. — Tumeur du cou ayant envahi la veine jugulaire (*Pathol. Soc. of London*, 17 avril; *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).
- Guttmann**. — Réflexe respiratoire d'origine cornéenne (*Soc. de méd. de Berlin*, 21 mars; *Bull. méd.*, n° 24, 25 mars 1888).
- Hadden et Ballance**. — Cas d'acromégalie (*Clin. Soc. of London*, 13 avril; *Brit. med. j.*, 24 avril 1888).

- Heller (J.). — Contribution au traitement du lupus (*Wien. medic. Presse*, n° 46, 47 et 48, 13, 22-29 avril 1888).
- Hunter. — De la spécialité dans la pratique générale surtout au point de vue des yeux, de la gorge et des oreilles (*Edimb. med. journ.*, avril et mai 1888, p. 904 et 1036).
- Johnson (J.-B.). — Le thym vulgaire dans le traitement de la toux coqueluchoïde (*Med surg. reporter*, 17 mars 1888).
- Labauch. — L'art du chant en Italie (*Tip. Tizzano*, Naples 1888).
- Lannois. — Goitre exophtalmique guéri par une opération (*La Province méd.*, 14 avril 1888).
- Larabrie. — Tumeur mixte de la parotide (chondrome myxomateux) (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1888).
- Lefflaive (E.). — De l'asthme d'été (*Gaz. des hôp.*, n° 36, 24 mars 1888).
- Lehmann. — Influence des bases et des acides sur l'excitation au centre respiratoire (*Archive f. ges. phys.*, XLII, 56, 1888).
- Lloyd (J.-H.). — Un cas de goitre exophtalmique rapidement mortel (*Philadelphia neurol Soc.*, 27 fév.; *Med news*, 24 mars 1888).
- Mackey (Edward). — Valeur de la résorcine dans certains troubles gastriques et cutanés (*Lancet*, n° 3360, 31 mars 1888).
- Masséi. — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage (*Riforma medica*, an IV, n° 64, 19 mars 1888, Rome).
- Mérigot de Tréguy. — Du myxœdème dans les états infectieux (*Revue génér. de clin et de therap.*, n° 44, 5 avril 1888).
- Médico-chirurg. (Soc. of Edinbourg). — Du myxœdème, présentation de malades par MM. Thomson, Stewart et Affleck (Séance du 7 décembre 1887, in *Edimb. med. journ.*, avril 1888, p. 933).
- Monow (P.-A.). — Traitement du lupus (*Med rec.*, n° 904, 11 fév. 1888).
- Mosny. — Tuberculose cérébrale. Localisations, perforation de l'œsophage par un ganglion tuberculeux (*Soc. anat.*, *Bull. méd.*, n° 28, 8 avril 1888).
- Ollivier (A.). — Origine et nature de la coqueluche (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, mai 1888).
- Orecchia. — Sur deux cas de fistules branchiales du cou (*Gazetta med.*, an XXXIX, n° 43, 5 mai 1888, Turin).
- Ouchterlony (J.-A.). — Un cas de myxœdème (*Amer. pract. and News.*, 3 mars 1888).
- Pietro. — Un cas clinique de myxœdème (*Gaz. d'ospit.*, n° 6, 1888).
- Piffard (H.-G.). — Note sur le traitement du lupus (*Med. rec.*, n° 904, 14 fév. 1888).
- Pilliet. — Goitre surrénal et goitre vrai (*Soc. anat.*, 13 et 20 avril 1888).
- Pilliet (A.). — Pleurite tuberculeuse propagée au pneumo-gastrique (*Progrès méd.*, n° 16, 21 avril 1888).
- Rendu. — De la maladie de Basedow (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 19 mai 1888).
- Richard. — Des tumeurs hématiques profondes du cou (in-8°, 45 p., Iena).
- Richet. — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (Clinique de l'Hôtel-Dieu, leçon recueillie par P. Bazy, *France méd.*, n° 37, 44, 27 mars et 14 avril 1888).
- Roux. — Résection de l'œsophage, guérison (*Soc. vaudoise*, 7 janv.; *Revue méd. de la Suisse romande*, n° 2, 20 fév. 1888).
- Sands. — Rétrécissement traumatique de l'œsophage chez un enfant traité avec succès par la dilatation et l'œsophagotomie interne (*N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).

- Selenkow.** — Kyste sanguin du cou (*Gesells. der russischen Aerzte*, 7 janvier, *Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 40, 5 (17) mars 1888).
- Shaskey.** — Paralysie alcoolique phrénique, du pneumogastrique et autres nerfs (*Pathol. Soc. of London*, 17 avril; *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).
- Simpson.** — Traitement de la toux coqueluchoïde (*Provincial med. journ.*, 4^{er} mars 1888).
- Taylor-Madison.** — Diagnostic rapide du goître exophtalmique (*Philadelphia county med. Soc.*, 14 mars 1888).
- Terrillon.** — Un cas de gastrotomie pour rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'œsophage (*Soc. de Chir.*, 9 mai 1888; *Progrès méd.*, 12 mai 1888).
- Thomson.** — Corps étrangers de l'œsophage (*Roy. ac. of med. in Ireland, surg. in Dublin journ. of med. sc.*, 2 avril 1888).
- Verneuil.** — Adénophlegmon sushyoidien et périostite du maxillaire inférieur (*Bulletin méd.*, 2 mai 1888).
- Waetzoldt et Renvers.** — Traitement des sténoses œsophagiennes par les canules à demeure (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 12 avril 1888).
- Weinlechner (J.).** — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Dilatation du rétrécissement à l'aide de bougies, etc. (*Allgem. Wien. mediz. Ztg.*, n° 48, 1^{er} mai 1888).
- Weissenberg.** — Traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Central Zt.*).
- X...** — L'électricité pour le diagnostic précoce du goître exophtalmique (*N.-Y. med. j.*, 21 janv. 1888).
- X...** — Tétanos consécutif à l'emploi d'une sonde œsophagienne (*N.-Y. med. Press.*, déc. 1887; *Medic. and. surg. Reporter*; *Boston med. and. surg. journ.*, janv. 1888; *France médic.*, 17 mars 1888).
- X...** — Traitement de la coqueluche (*Bull. médic.*, n° 27, 14 avril 1888).
- X...** — Maladie de Basedow ou goître exophtalmique (*Paris méd.*, 28 avril 1888).
- Ziem.** — Pathogénie de l'érysipèle de la face (*Deuts. medic. Wochens.*, n° 49, 10 mai 1888).

NOUVELLES

Association laryngologique d'Amérique.

La 41^e réunion annuelle de l'Association laryngologique d'Amérique aura lieu à Washington D. C., les 18, 19 et 20 septembre 1888, en même temps que le Congrès des physiciens et chirurgiens américains.

Ainsi que les sessions générales du Congrès, les séances régulières de l'Association laryngologique Américaine auront lieu comme à l'ordinaire.

Comme renseignements à ceux qui le désireraient, on fournira un programme renfermant les noms des auteurs et les titres des notes et autres communications.

L'Association adresse une invitation affectueuse à son Congrès, à tous ceux que peut intéresser l'étude de la laryngologie. Ce Congrès, le onzième, promet d'être d'un intérêt et d'une importance inaccoutumée.

D^r BRYSON-DELAN, Secrétaire.

N° 1, East, 33^d. St. New-York.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.