

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

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

*Vol 8, n° 8, p. 441 à 512. - 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?91487x1888x08>

## SUR UN CAS D'ÉPILEPSIE GUÉRI PAR L'ABLATION D'UN POLYPE DE LA CAISSE QUI OCCUPAIT TOUT LE CONDUIT AUDITIF

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

Les attaques épileptiformes dans les suppurations de la caisse ont été observées par Jackson, Koeppe, Moos, Schwartz, M. Gellé et autres. Ces attaques, tantôt expliquées par des lésions de contiguïté, tantôt par action réflexe, sont donc déjà assez connues. Si je me suis décidé malgré cela à vous communiquer l'observation suivante, c'est parce qu'elle offre quelques particularités qui m'ont semblé dignes d'être signalées.

OBSERVATION. — M. C., âgé de vingt-huit ans, vient à ma consultation le 2 octobre 1887. Il me raconte qu'atteint depuis neuf ans du haut-mal il a suivi plusieurs traitements (*bromures, coques de levant, hydrothérapie*), sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Aussi ce n'est pas pour son épilepsie mais pour une tumeur qui lui a poussé dans le conduit de l'oreille qu'il vient me consulter. Il a gardé depuis six ans cette tumeur parce que, celle-ci étant trop près du cerveau, on lui a conseillé de ne pas y faire toucher. Il m'apprend qu'il y a onze ans il a été pris d'une attaque de méningite qui se manifesta par de violents maux de tête, fièvre, délire et assoupissements. Des sangsues aux pieds et des vésicatoires sur la tête le débarrassèrent de la dite méningite qui se fondit par l'oreille au troisième vésicatoire. Depuis, de son oreille a toujours coulé quelque chose qui ne sentait pas bon et qu'on n'a jamais essayé de tarir, craignant que cela ne se portât ailleurs.

Renseigné suffisamment par cet exposé, j'ai passé à l'examen local et j'ai constaté dans le conduit gauche la présence d'un énorme polype couleur rouge vineuse qui s'étendait

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

jusqu'au niveau de la base du tragus. J'essayais de nettoyer les contours avec de la ouate hydrophile enroulée sur un porte-coton lorsque le malade se raidit et tomba par terre en proie à une véritable attaque d'épilepsie pendant laquelle j'ai eu toutes les peines du monde à empêcher le malheureux de se broyer la langue entre les dents.

L'attaque une fois passée, j'interrogeai avec plus de soin le malade, qui me dit que les attaques d'épilepsie ont commencé deux ans après la prétendue méningite; que, d'abord rares, elles sont devenues plus fréquentes, et que maintenant il en a quelquefois deux ou trois par semaine, surtout dans la belle saison, lorsque le travail des champs l'oblige à se courber souvent vers la terre. En hiver, paraît-il, les attaques sont moins communes et il se passe quelquefois dix jours sans qu'il en éprouve. Il me dit aussi que quand il se nettoie l'oreille ou qu'il se la frotte, il est sûr d'avoir une attaque, de même si en dormant il se tourne du côté malade.

N'ayant plus ce jour-là de temps à donner au malade et désirant compléter l'observation, je l'ai renvoyé au lendemain, après avoir fait le cathétérisme et avoir constaté que l'oreille gauche était saine. Le cathétérisme à droite fut d'abord sans résultat appréciable, et ce n'est qu'après le passage d'une bougie que l'arrivée de l'air fut annoncée par un bruit de friture dans le conduit; ce qui dénotait la perforation du tympan.

Le lendemain le malade me dit n'avoir pas eu d'attaque et avoir senti sa tête moins lourde. Je désirais en avoir le cœur net; aussi, une fois installé, je commençai par presser délicatement sur le polype. Un léger vertige s'ensuivit et disparut en faisant une insufflation. Trois fois je répétai l'expérience, et trois fois elle donna le même résultat. Alors je poussai un peu plus fort et le malade tomba de nouveau foudroyé. Il n'y avait plus de doute pour moi, les attaques d'épilepsie provenaient d'un phénomène de compression dû à la pression faite par le polype sur le tympan ou sur les parties profondes de la caisse.

Une fois le malade revenu à son état normal, je le décidai à subir l'opération, lui faisant entrevoir l'espoir d'être simul-



tanément débarrassé et de son polype et de son épilepsie. Je craignais que l'introduction du serre-nœud ne produisît une nouvelle attaque; aussi allais-je doucement demandant toujours au malade de m'avertir si le vertige survenait. Deux fois je fus obligé de m'arrêter, car, bien que le malade fit une insufflation continuelle pendant que le fil avançait dans le conduit, le vertige augmentait beaucoup à la moindre pression faite par le fil du polypotome. Voulant éviter une autre attaque, j'ai pris une petite érigne et traversant le polype l'attirai doucement à moi de la main gauche pendant que la main droite faisait avancer le polypotome; j'ai pu faire ainsi la section sans produire autre chose qu'un grand vertige.

Le morceau obtenu, que j'ai l'honneur de vous présenter, était long de 1 centimètre et demi et large d'un bon centimètre; un deuxième morceau que je joins au premier fut sectionné le lendemain sans même occasionner de vertige. Le reste fut enlevé en huit séances à l'aide du pincement et du grattage; et, finalement, le galvano-cautère me permit de détruire le pédicule qui était situé à la partie antérieure et inférieure de la caisse; la moitié antérieure du tympan est détruite. La perforation est limitée en arrière par le manche du marteau, en bas et en avant par la circonférence osseuse, et en haut par un lambeau de tympan.

Des pansements à l'acide borique et des injections antiseptiques complétèrent en vingt jours la guérison de l'écoulement, et le malade me quitta au vingt-deuxième jour, sans avoir eu une nouvelle attaque, heureux au-delà de toute description de se retrouver un homme comme les autres.

Depuis cette époque je l'ai perdu de vue jusqu'au 27 février dernier où il revint dans mon cabinet pour une autre cause, et m'assura n'avoir jamais eu depuis l'opération la moindre menace de vertige ni d'attaque.

L'audition est toujours satisfaisante. La montre est entendue au contact du côté droit et à un mètre du côté gauche. En examinant l'oreille, j'ai constaté à travers la perforation que la muqueuse de la caisse est légèrement gonflée, sans



qu'il y ait cependant la moindre trace de suppuration.

Pendant mon examen, je promenai sur la surface tympanique et sur la partie visible de la caisse un portecoton garni et, malgré une pression assez sensible, le malade n'éprouva autre chose que le bourdonnement et le vertige naturels lorsqu'une pression s'exerce sur le marteau.

Quel est maintenant le mécanisme qui a produit, dans ce cas, l'épilepsie ?

Est-ce la compression des filets nerveux du labyrinthe produite par la pression du polype sur le tympan et la chaîne des osselets ?

Est-ce un phénomène réflexe dont la nature intime nous échappe ?

La première hypothèse serait soutenable si on se rappelle que les attaques étaient produites soit par la pression directe, soit par la pression indirecte sur le polype, soit par augmentation de l'afflux sanguin lorsque, en se penchant vers la terre, le malade congestionnait sa tête.

Il est cependant bon de noter que l'impossibilité de provoquer l'attaque par la pression sur les parties profondes de l'oreille, après l'ablation du polype, semble plaider pour la simple action réflexe.

Mais, quelle que soit la façon d'expliquer ce fait, ce qui me semble devoir être retenu, c'est la nécessité qu'il y aurait pour le médecin ordinaire de se familiariser un tant soit peu avec l'examen spécial des malades pour éviter de condamner souvent au bannissement social un être qui, bien conseillé sinon bien opéré, pourrait s'épargner et épargner aux siens les funestes conséquences physiques, morales et sociales, qu'avec elle entraîne fatalement l'épilepsie.

## ABCÈS AIGU DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

par le Dr E. J. MOURE.

Il suffira de consulter les travaux publiés sur les maladies des fosses nasales, ou les traités consacrés à l'étude des affections de cette région pour se convaincre de la rareté des faits analogues à celui que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, et que je vais tout d'abord vous exposer.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, habitant les environs de Bordeaux, qui vint me consulter, le 20 avril 1887, pour un affaissement du dos du nez datant, me dit-elle, de vingt jours seulement. A cette époque, après une promenade en voiture découverte par un temps froid, elle ressentit le lendemain les signes habituels d'un coryza aigu, s'annonçant comme intense. En effet, elle fut prise de frisson, de fièvre violente, de douleurs frontales des plus vives, douleurs s'irradiant au niveau de la région fronto-orbitaire; en même temps la peau du nez devenait rouge, enflammée, douloureuse au toucher, et la muqueuse commençait à faire une saillie appréciable à l'orifice des narines par l'examen de cet organe. L'état général était mauvais, l'appétit nul. Le médecin traitant prescrivit d'abord l'emploi de cataplasmes à la racine du nez et de purgatifs salins à l'intérieur. Les symptômes allant en augmentant d'intensité, la fièvre étant toujours ardente, la face tuméfiée et rouge, l'on pensa à l'existence d'un érysipèle et la malade fut soignée en conséquence. Deux ou trois jours après, la respiration nasale étant à peu près impossible à cause du gonflement de la muqueuse qui venait presque faire hernie à l'orifice des narines, la jeune fille moucha une matière épaisse mélangée de sang; aussitôt après l'expulsion de ces matières putrides et sanieuses, l'amélioration commença à se produire rapidement et, dix à douze jours après le début de l'affection, la muqueuse commençait à reprendre son aspect normal, lorsque la famille s'aperçut que la ligne du nez jusque-là fort droite et très nette,

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

devenait moins régulière et s'affaissait au-dessous des os propres. Cette déformation s'accroissant de plus en plus, elle vint alors me consulter.

L'aspect de la jeune fille, brune, vigoureuse, quoique un peu lymphatique, est le suivant. A l'examen extérieur de l'organe, je constate, au-dessous des os propres du nez, une dépression très accentuée, due à l'affaissement de la cloison à ce niveau. Cette lésion, très visible de face, est bien plus marquée lorsqu'on regarde la jeune fille de profil. La région est encore un peu douloureuse au toucher.

A l'examen des fosses nasales antérieures, en relevant simplement la pointe du nez en haut, je constate l'existence de deux saillies, lisses, rouge-rosées, globuleuses, hémisphériques, sessiles en dedans sur la cloison, c'est tout simplement la muqueuse pituitaire, encore tuméfiée et formant les bourrelets dont j'ai déjà parlé. La lumière du conduit nasal se trouve, par ce fait, notablement diminuée. Poussant plus loin mon investigation avec le rhinoscope, je constate simplement de la rougeur et un peu de gonflement de la muqueuse qui recouvre le septum; celle des cornets est saine. L'attouchement avec le stylet est un peu douloureux au niveau de l'échancrure dans laquelle je ne peux pénétrer. La cloison n'est perforée dans aucune de ses parties.

Malgré tous mes soins et toutes mes demandes, rien dans les antécédents de la malade ne me semble suspect, et je ne trouve d'autre cause que le refroidissement pour expliquer l'apparition de cette lésion.

Je conseille comme traitement l'emploi de douches nasales alcalines, me proposant de réduire la muqueuse saillante, avec le galvano-cautère, au cas où elle ne reprendrait pas sa position normale. Je prescris à l'intérieur un régime tonique.

Huit jours plus tard, je revois la malade et constate une amélioration sensible du prolapsus; la membrane de Schneider diminuant de volume, tend à recouvrir exactement la cloison. Le traitement est continué, et la malade fait construire, sur mes indications, un petit appareil redresseur, qu'elle appli-



quera elle-même pour essayer d'éviter la déformation nasale.

Je revois la malade à divers intervalles, mais, comme il fallait s'y attendre, l'affaissement du dos du nez a persisté sans augmenter, la muqueuse a repris son aspect normal. Aujourd'hui, résignée à supporter cette déformation contre laquelle il eût été difficile de lutter, la jeune fille a cessé tout traitement local.

REMARQUES. — D'après l'exposé de cette observation, il me paraît difficile de discuter le diagnostic de la lésion, car les symptômes présentés par la malade et surtout la marche rapide, aiguë, de l'affection ne permettent de songer qu'à un abcès de la région, dont le siège est révélé par la difformité consécutive. Ce qui constitue surtout le point intéressant de ce fait, c'est l'influence du froid, qui seul ici peut être mis en cause pour expliquer l'apparition du mal. Tous les auteurs, et moi-même dans mon manuel des maladies des fosses nasales, sommes en effet d'accord pour admettre l'influence nette des traumatismes sur la production des abcès de la cloison, mais aucun de nous ne cite le froid comme susceptible de produire, à lui seul, une inflammation assez violente pour qu'un abcès du fibro-cartilage en soit la conséquence. C'est donc à ce titre surtout que j'ai cru devoir publier ce fait.

Quant aux symptômes, ils n'ont présenté rien de bien spécial dans ce cas, et l'on peut même dire que la maladie a évolué d'une manière absolument classique.

#### ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉPREUVE DE WEBER DANS L'AUDITION DU DIAPASON-VERTEX

par M. le Dr GELLÉ.

Dans l'état physiologique, si l'on place un diapason vibrant sur le sommet du crâne d'un homme sain et d'audition normale; puis, si l'on bouche du doigt le

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

méat auditif droit, par exemple, le son est perçu aussitôt à droite exclusivement.

Le son, qui était central, s'est latéralisé; c'est là l'expérience de Weber. On a cherché à l'utiliser en séméiotique auriculaire, soit que l'affection otique donne lieu à une sensation unilatérale du son du diapason-vertex, soit que le son reste perçu au point de contact du corps sonore sans être ni gauche ni droit.

Les troubles de l'audition de causes pathologiques coïncident, en effet, souvent avec la latéralisation du son apporté à l'oreille par les os de la tête, mais cela n'est pas d'observation constante.

Comment se produit cette sensation latéralisée, droite ou gauche, du son transmis par un instrument posé sur le milieu du crâne, chez l'homme entendant? Peut-être cette notion clairement exposée aidera-t-elle à mieux saisir le comment du déplacement du son crânien ou solidien vers l'une ou l'autre oreille par suite des lésions anatomo-pathologiques résultant des affections morbides.

Rappelons tout d'abord que l'orientation a lieu sur la sensation du maximum d'impression acoustique.

Du côté où le nerf auditif est le plus vivement impressionné, nous jugeons que le corps sonore est placé; et notre attention se dirige là où la sensation se trouve ainsi latéralisée.

Par l'occlusion de l'un des conduits, par la pression de la pulpe du doigt, dans cette épreuve de Weber, on constate par conséquent un premier effet: c'est l'accroissement momentané de la sensation auditive du côté oblitéré et pressé; ce qui nous conduit à admettre que cette épreuve transforme pour un instant et modifie les facultés conductrices de l'appareil sur lequel on agit, de telle façon qu'un maximum artificiel du courant sonore se trouve ainsi passagèrement créé.

Comment cela se produit-il? Nous le savons depuis les travaux de Lucæ et de Hinton et mes études personnelles.

Que l'on admette avec Hinton que l'augmentation est due à l'arrêt du courant sonore et de son écoulement au dehors, ou bien qu'avec Lucaë et autres on l'explique par l'effet d'une pression légère exercée ainsi sur le tympan, il est remarquable que la petite modification si fugitive, imprimée à l'appareil acoustique, suffit à amener le *forte*, qui limite l'audition et détermine l'orientation latérale.

Il faut savoir que sur l'homme dont les oreilles sont saines, il suffit de produire une modification bien légère des conditions ordinaires de l'audition pour déplacer le sens de l'orientation au bruit. Ainsi, on obtient la latéralisation droite du son du diapason-vertex par la seule adaptation d'un tube de caoutchouc au conduit de l'oreille droite ; si ce tube est bouché à son bout libre, l'effet est encore plus net.

La poire de Politzer adaptée au méat auditif réalise aussi les conditions du renforcement du son et, par suite, du déplacement ou transfert de la sensation médiane du diapason-vertex vers l'un des côtés de la tête.

Dans ces cas, c'est à la résonnance des cavités ainsi constituées et annexées à l'organe de l'ouïe que le renforcement est dû certainement. D'autre part, en adaptant à l'orifice auriculaire un tube de caoutchouc de 0,40 centimètres de long à l'autre extrémité duquel est introduite la tige du diapason, qui pend en liberté, on constate que les vibrations de l'instrument augmentent d'intensité au plus léger pincement du tube de caoutchouc, qui amènent indirectement une exagération de la tension normale du tympan et de l'appareil de transmission ; ici, c'est par une action sur cet appareil conducteur des ondes sonores que s'explique le renforcement de la sensation, la production d'un maximum et le déplacement de l'orientation, le corps sonore restant toujours sur le milieu du crâne.

C'est en réalité une illusion que l'on crée ainsi artificiellement.



Je ne ferai que rappeler à ce propos les expériences nombreuses au moyen desquelles j'ai démontré, après bien d'autres, mais par des procédés nouveaux, qu'une légère tension imprimée aux membranes tendues accroît leur conductibilité pour le son, tandis qu'une tension exagérée peut arriver à l'éteindre.

De cet exposé rapide, il résulte qu'on doit admettre la dualité des origines du renforcement d'où naît le déplacement latéral et que tantôt il est dû à la formation de cavité de résonance, tantôt à la tension ajoutée par la pression digitale auriculaire.

Ceci établi, l'expérience de Weber peut-elle être utilisée en séméiotique otologique ?

Si la mobilisation facile du son perçu du diapason-vertex caractérise les oreilles saines, comment se comportent à ce point de vue les oreilles malades ?

Quand le son est déplacé, mobilisé, qu'est-ce que cela veut dire au point de vue du diagnostic des lésions et de leur pronostic ? Quand l'épreuve de mobilisation ou de latéralisation est négative, qu'en doit-on conclure dans un cas donné ? Une première simplification pour débiter : l'occlusion du conduit a lieu par des bouchons de cire, par des corps étrangers, exostoses, etc., tous obstacles visibles à l'inspection et qu'il est suffisant d'indiquer tout d'abord pour que l'élimination en soit faite d'ores et déjà.

Toutes les causes de résonance par lésions du conduit auditif externe sont ainsi négligeables.

L'intérêt se concentre sur les faits où la latéralisation est due à des écarts de tension provoquée.

On remarquera que nous voici en plein dans le mode de genèse du déplacement du son du diapason-vertex par des lésions pathologiques.

Cependant, il est telle affection de la membrane du tympan (épaississement) qui s'oppose manifestement à la sortie du courant sonore transmis par les os crâniens, et cause le renforcement suffisant pour produire la latéralisation.

N'oublions pas, pour juger d'un cas semblable, que le plus faible relâchement de l'appareil conducteur est suivi aussitôt d'une enfonçure graduelle, proportionnelle de la chaîne des osselets, et que cet effet consécutif peut produire jusqu'à l'immobilisation de l'étrier. Avant d'atteindre cette proportion, cette pression secondaire joue le plus grand rôle dans le résultat final, au point de vue de l'excitation du nerf labyrinthique, aussi bien que de l'affaiblissement de la conductibilité de l'appareil; l'issue du son au dehors est par là également empêchée, et le son renforcé du côté malade. Ces prémisses posées, étudions l'épreuve de Weber dans un cas pathologique donné.

Supposons un malade chez lequel le son du diapason, posé sur le sommet du crâne, est latéralisé à droite; et admettons que par l'occlusion ou la pression digitale de Weber sur l'oreille gauche le son soit susceptible d'être déplacé et de paraître venir de gauche. En somme, nous trouvons que la sensation est mobilisable par l'application du doigt; or c'est le cas dans l'état normal. C'est conclure que le pronostic est excellent, puisque les organes se conduisent comme à l'état sain, et que le déplacement du maximum unilatéral d'origine pathologique ne résiste pas à la simple augmentation d'intensité sonore que procure à l'oreille gauche, saine, son occlusion avec pression au moyen du doigt.

La clinique nous montre une foule de cas de cet ordre; et je m'empresse de déclarer que, de l'analyse des observations analogues, il est permis de conclure que dans la majorité des cas la possibilité de mobiliser le son du diapason-vertex, latéralisé ou central, a paru être l'indice d'une amélioration possible, rapide et franche.

J'ai pu constater de plus que dans certaines observations où, au début, la mobilisation était nulle, l'amélioration de l'affection auriculaire a coïncidé avec le retour de cette faculté de déplacer *ad libitum* le son du diapason-vertex, qui est la caractéristique de l'état normal.



L'analyse des faits cliniques est très instructive à cet égard, et d'autre part elle montre combien il est vraie que la pression digitale, même légère, s'accompagne d'un effet de pression profonde, d'un accroissement de tension.

Certains faits pathologiques exagèrent pour ainsi dire le phénomène consécutif et rendent indiscutable l'évidence d'un mouvement communiqué.

Voici un cas bien probant à ce point de vue.

(Observation n° 910 *bis*) : Otite suppurée à gauche; à ce moment, le diapason-vertex est perçu à gauche; — une fois la guérison de l'écoulement, montre à 55 centimètres à gauche; à 1 mètre et plus à droite. — Le diapason-vertex est alors perçu central; mais, si l'on presse légèrement sur l'orifice de l'oreille gauche, le son du diapason-vertex est latéralisé aussitôt à l'opposé, à droite.

Comment cela? Le tympan est mou, épais, mobile à l'extrême, et tout l'appareil avec lui, comme après une grave inflammation tympanique; la pression digitale comprime le tout, éteint la conduction et immobilise l'étrier; l'oreille gauche est morte, et la droite seule perçoit encore.

C'est bien là une action profonde qui a dépassé les limites ordinaires, grâce à la mobilité et au peu de résistance des parties récemment enflammées.

Au reste, dans d'autres conditions, le tympan manquant, les osselets disparus, l'étrier étant à nu, libre, on ne constate aucun effet analogue sous l'influence des pressions du doigt au méat (Obs. 1409).

Dans d'autres circonstances, j'ai pu observer un fait curieux: le son du diapason-vertex n'était pas perçu du sujet, mais l'apposition du doigt au méat auditif gauche le rendait aussitôt perceptible, mais rapporté à l'oreille gauche; par l'oreille droite, rien de semblable.

L'oreille gauche seule donnait des résultats positifs à l'épreuve des pressions centripètes et par celle des



réflexes auriculaires, montrant une mobilité excessive, pathologique de l'appareil (Obs. 300).

Observation (résumée). — H. vieille otite chronique. D. V. 0. Si je clos l'oreille gauche, perception immédiate du D. V. à gauche. Audition de la montre = 0; du diapason, bonne à d. et à g.; en bouchant l'oreille droite D. V. = 0; épreuve des pressions centripètes, le diapason posé sur le tube qui unit la poire à air à l'oreille droite = 0; épreuve des synergies binauriculaires ou des réflexes = 0.

La poire à air placée à gauche, le diapason posé sur le tube : extinction du son à chaque pression. Si le diapason est porté en face de l'oreille droite, le son perçu est à chaque pression atténué franchement; le sujet le dit spontanément. Les trompes sont perméables; la mobilité du tympan nette à l'otoscope et à l'inspection; aspect opalescent; manche peu distinct; sécheresse générale; audition très inférieure et peu modifiée par le Politzer.

De ces faits on peut conclure qu'au moyen de la pression digitale on produit une tension artificielle de l'oreille qui tantôt accroît l'audition, tantôt l'affaiblit.

Incidemment, on remarquera qu'il y a là des indications évidentes pour le clinicien dans certains cas.

Cette action est rendue indiscutable par l'analyse de quelques observations où, par l'accroissement des tensions provoqué par la pression digitale, on a pu, à volonté, abaisser la sensibilité de l'oreille opposée (obs. 1005) et ailleurs faire naître un bourdonnement également dans l'autre oreille.

La pression digitale met donc en éveil les synergies binauriculaires et peut les rendre manifestes ou les montrer exagérées par l'état morbide.

Par opposition avec les faits précédents, dans lesquels les écarts de la tension provoquée sont exagérés par le ramollissement et le relâchement des ligaments et des tissus tympaniques, on rencontre des séries de cas où la pression digitale est sans effet, le son latéralisé ou non ne subit aucun déplacement à la suite.

Nous éliminerons tout d'abord les cas d'hémiplégie de tout ordre où la lésion est nerveuse, centrale, et, par suite, ne peut être modifiée par les changements apportés dans la tension des organes d'ailleurs indemnes.

Cependant il est bon de savoir que par les pressions digitales sur le méat auditif du côté sourd, on agit nettement sur l'audition de la bonne oreille chez les hémianesthésiques hystériques entre autres.

Voici maintenant l'analyse de 55 cas de lésions auditives, examinées aussi au moyen des pressions et des occlusions digitales.

Dans un premier chapitre étudions les faits où le diapason, appuyé sur le sommet de la tête, se trouve latéralisé, et en premier lieu, dans cette série, ceux qui offrent la latéralisation du côté le mieux entendant ou seul entendant.

*Cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sain ou le meilleur.*

Tantôt la mobilisation est possible; tantôt elle ne l'est pas.

Voici un malade de ce genre avec mobilisation possible, c'est-à-dire chez lequel le diapason-vertex, perçu d'un côté par la meilleure oreille, peut cependant être déplacé à l'opposé par la pression digitale de Weber de ce côté.

Observation (résumée aux deux conditions strictement nécessaires à connaître ici, n° 293):

Diapason-vertex latéralisé à droite où la montre est perçue à 40 centimètres; non déplacé par l'occlusion de la gauche, où la montre est entendue à 2 centimètres seulement.

Si la pression digitale agit par pression sur les parties profondes et conductrices de l'oreille, l'absence d'aucun résultat ici doit être interprété, dans ce sens que la lésion est forte, l'enfoncement profond, la mobilité nulle et la fixité presque complète.

En effet rien ne bouge, rien ne se meut; tout déplacement vers le labyrinthe est nul ou peut être nuisible, exagérant peut-être la déformation et l'enfoncement des



parties; aussi, on voit à la lecture de l'observation tous les signes négatifs, et le traitement sans effet, le Politzer n'a rien changé à cet état.

Autre observation (n° B. 882):

« Le diapason-vertex est rapporté à droite; là, la montre est entendue à 12 centimètres; si l'on clôt l'oreille gauche, le son reste toujours à droite; la montre est perçue à 3 centimètres à gauche. »

C'est encore un résultat négatif dans un cas rebelle à toute intervention thérapeutique.

Autre observation (n° 576):

Le diapason-vertex est perçu à droite où la montre est entendue à 1 mètre. — L'occlusion de l'oreille gauche ne mobilise pas le son; à l'oreille gauche, la montre non perçue.

L'oreille gauche n'éprouve aucun effet de cette épreuve, aucun traitement n'a pu améliorer la surdité de l'oreille gauche. L'appareil est déprimé, immobile, soudé, fixé par une sclérose irrémédiable.

Même gravité des lésions, même pronostic grave tiré de l'absence de mobilisation du son latéralisé du côté bien entendant.

Observation 760:

Diapason-vertex perçu à gauche; M à 2 centimètres; occlusion de la droite, pas d'effet; M. à droite non perçue; même pronostic, nulle amélioration, sclérose totale. Cependant on rencontre des cas de même latéralisation non mobilisable au début et qui ont pu être modifiés par le traitement, ce qui enlève au pronostic son caractère absolu de gravité.

Observation (anc. 1.):

Diapason-vertex perçu à gauche; montre à gauche à 8 centimètres; oreille droite close, pas d'effet; montre à droite à 1 centimètre. Après traitement sérieux 25 centimètres à gauche et 12 à droite. — Retour de la mobilisation du diapason-vertex perçu toujours à gauche.

Ces cas constituent un groupe pathologique très



nombreux; et c'est un fait d'observation déjà noté par d'Espine, de Genève, que la gravité des surdités unilatérales très accusées; j'ajouterai, quand l'autre oreille s'est conservée excellente.

La pression digitale rend évidente l'incapacité fonctionnelle qui résulte des lésions et permet de porter dès l'abord un pronostic fâcheux, mais non, je le répète, absolument; car le pronostic ne saurait se tirer d'un seul signe, même d'une surdité totale.

J'ai peu de faits dans lesquels, l'audition du diapason-vertex étant latéralisée du côté le meilleur, le son ait été reconnu mobilisable. C'est là encore un signe de lésion sérieuse et de curation douteuse; cependant on peut en tirer cette autre conclusion que les affections bilatérales sont plus fréquentes que les unilatérales, à une période déjà avancée de la maladie.

Observation 732. — D. V. perçu à gauche; M. à gauche à 2 centimètres. — Occlusion droite, mobilisation droite; où M. non perçue.

Dès que l'écart entre la capacité acoustique de deux organes n'est pas extrême, il est clair que les chances d'amélioration sont plus nombreuses (Obs. 795): diapason-vertex perçu à droite; M. à 45 centimètres à droite; occlusion gauche, mobilisation à gauche, où la montre à 20 centimètres.

Prenons maintenant les cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sourd, le moins entendant, du côté malade, et admettons d'abord l'absence de la possibilité de le mobiliser.

Ici les observations abondent. Sur un ensemble de 29 faits pris au hasard, 25 fois le diapason-vertex a été trouvé latéralisé du côté sourd; or, sur ces 25 cas, le son n'a été reconnu mobilisable que 9 fois seulement par la pression digitale de Weber; dans 16 cas cela n'était pas possible. Il faut immédiatement remarquer que, sur les 9 cas mobilisables, 7 ont été rapidement et grandement améliorés; un seul d'entre eux avait un bouchon du

cérumen. 2 cas ont été réfractaires à l'épreuve de mobilisation, et ces 2 faits se rapportent à des lésions que le traitement n'a pu modifier.

De plus, dans les 16 cas, où n'avait pu changer l'audition latérale du diapason-vertex tout d'abord, par la suite du traitement, après un temps variable, 11 ont récupéré la mobilisation, la possibilité de déplacer le son d'un côté à l'autre, 5 sont restés non améliorés et sans qu'on ait pu constater aucun retour semblable.

Dans les autres faits qui servent de base à cette étude, le son du diapason-vertex était central, c'est-à-dire ni droit, ni gauche.

J'ai 21 cas de cet ordre.

La possibilité de mobiliser le son et de central le rendre latéral ne s'est rencontrée que 6 fois; dans ces 6 faits, 4 fois la guérison a été entièrement rapide et nette; en deux cas seulement il y avait des bouchons de cérumen.

Dans les 15 observations où la mobilisation du diapason perçu central n'a pu avoir lieu, on constate que les affections bilatérales, avancées, scléreuses, cependant quelques faits montrent une audition d'un côté relativement bonne; par exemple, la montre est perçue d'un côté à 65 centimètres et à 1 mètre même dans un cas, tandis que le son du diapason-vertex est toujours perçu central.

Cependant les inductions pronostiques que l'on peut tirer de l'épreuve des pressions digitales dans les cas de cette série sont plus aléatoires et inégales; on trouve des cas incurables et d'autres qu'une action thérapeutique a paru modifier avantageusement.

La valeur séméiologique du signe est alors moins nette; mais l'absence de mobilisation reste toujours avec sa signification sérieuse au point de vue de la gravité générale des lésions otiques et de leur ancienneté.

CONCLUSIONS. — L'occlusion du méat par le doigt cause



un léger renforcement du son que les sourds graves ne sentiront pas, mais que les sujets atteints de surdité récente perçoivent souvent encore.

La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion, mais agit sur l'appareil conducteur jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes binauriculaires, mais elle n'est pas graduée, elle est souvent inégale et difficile à bien exécuter; elle est quelquefois mal supportée par le sujet; malgré ces critiques, elle est d'une telle simplicité qu'on a tout intérêt à l'employer, car elle a surtout rapport aux lésions de l'appareil conducteur des sons, et peut renseigner comme on l'a vu, en bien des cas sûrement, sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même. Il résulte, au point de vue du pronostic, des cinquante-cinq faits analysés ici, que la possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason-vertex, constitue certainement un excellent signe pronostic, que le son soit latéralisé ou resté central.

Cependant, l'action de la pression digitale nulle au début peut devenir effective plus tard, et l'observation montre que la réapparition de la mobilisation du son crânien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique. Quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent.

Ce travail a pour but d'appeler l'attention des médecins otologues français sur un signe délicat et pratique, capable de rendre de grands services, ainsi que l'ont depuis longtemps prouvé les travaux de Lucæ et les remarques de Politzer.

#### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. NATIER, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique.  
du Dr E. J. MOURE (Suite.) (1).

OBS. XII (*Carmichael Smith*, d'après Bateman, *Gaz. hebdomadaire*, 1870).  
— Un cas de perte de la parole, de plusieurs mois de durée, cédant à

(1) Voir *Revue*, n° 5, mai 1888.



l'administration d'un émétique (*Medic. communic.*, vol. 44, p. 488, London, 1790.)

OBS. XIII (*Hutchinson*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — La perte de la parole de nature hystérique fut guérie par l'éthérisation (*Med. Times*, 24 juillet 1865).

OBS. XIV (*Richter*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme devenant régulièrement muette à midi et quart. Intégrité absolue de l'intelligence, pesanteur de la langue. Chaque crise s'accompagnait d'une émission abondante d'urine avec sueurs et se terminait par le sommeil. La guérison fut obtenue en administrant du sulfate de quinine.

OBS. XV (*Wells*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme quarante-trois ans, sujette depuis longtemps à des crises hystériques, perdit la parole après un accès, l'intelligence demeurant intacte. Dix jours après, la parole revint au début d'une attaque.

OBS. XVI (*Bright*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Jeune fille de onze ans, fut, après un refroidissement, frappée de trismus et de mutisme hystérique. La bouche ayant été violemment ouverte, elle recouvra la parole.

OBS. XVII (*Willis*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme intelligente atteinte depuis plusieurs années de paralysie des membres et de la langue. Parfois elle parlait facilement, mais après un discours animé et de quelque longueur elle devenait « muette comme un poisson », et cet état ne cessait qu'au bout de quelques secondes.

OBS. XVIII (*Wiedermeister*, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1874, Bd. 28, in *Art. de Bock*). — Jeune femme, au début de son voyage de noces, devint muette et resta ainsi pendant une année. A son retour, elle vit par hasard une église en feu et s'écria : *le feu!* Depuis elle parla toujours.

OBS. XIX (*Morbieu*, *Union médic. et Gazette des hôpitaux*, p. 405, n° 54, 4<sup>er</sup> mai 1875). — Homme, trente ans, bonne santé habituelle, *attaque apoplectiforme*; le lendemain, état satisfaisant. Seule, la parole est très difficile. Six jours plus tard, violente douleur à la région précordiale, constriction au niveau du larynx, convulsions, hyperesthésie de toute la surface du corps. L'intelligence est intacte. Ces accidents durent deux heures et ensuite le malade perd complètement la voix. Le malade peut reprendre ses occupations. La parole lui revint un soir en se couchant, à l'occasion d'une toux légère. Trois jours après, à la suite de douleurs précordiales, il perdait la parole pour ne plus la retrouver. Nouvelles attaques pendant cinq à six mois. Conservation de l'intelligence. Ce jeune homme dirige une exploitation

agricole importante. Quand il ne peut se faire comprendre par le jeu de sa physionomie d'ailleurs très expressive, il exprime facilement sa pensée par l'écriture.

Obs. XX (Howell, *Congrès annuel de l'Associat. médic. anglaise, Gazette hebd. de méd. et de chir.*, p. 648, n° 39, 24 sept. 1875). — Garçon de seize ans perdit l'usage du langage articulé à différentes reprises pendant un, deux et quatre jours avec des intervalles de plusieurs semaines entre chaque attaque. La première attaque eut lieu à la suite d'un usage prolongé de la voix, combiné avec un peu d'excitation et d'anxiété.

Obs. XXI (Fischer, *Deust. med. Woch*, 1877, in *Art. de Bock*). — Un homme est attaqué, ligoté, frappé par quatre individus qui lui passent en outre un lacet autour du cou. On le trouve quelque temps après en pleine connaissance, mais devenu muet. Il pouvait écrire et se faisait ainsi comprendre. Pas de traces de contusion. Fischer, ayant vu le malade un an après, constata que : la mémoire avait conservé toute son intégrité; il pouvait écrire, mais il lui était impossible de lire. Bromure de potassium; au bout de quinze jours le malade pouvait déjà prononcer quelques mots. Peu à peu, la parole revint complètement.

Obs. XXII (Closmadeuc, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 277, n° 48, 3 mai 1878). — Enfant, treize ans, intelligent, étant dans une voiture, est projeté à terre violemment. Reste sans connaissance pendant plus d'une heure, n'a aucune lésion apparente. L'enfant, après avoir repris ses sens, a perdu totalement l'usage de la parole. A partir de ce jour, impossible d'articuler le moindre son; mimique intelligente. Après trois semaines, l'enfant est amené à l'hôpital. Ses parents partis, il est pris de tristesse. Il veut s'enfuir, on l'arrête à la porte; il se met dans une colère violente et un infirmier lui demandant : « Que veux-tu donc ? Tu ne veux pas rester ici ? » — Non, réplique-t-il d'une voix forte. Ce mot prononcé, il recouvre l'usage de la parole.

Obs. XXIII (Thermes, *France méd.*, 1879, p. 290, in *Mém. de Cartaz*). — Femme, vingt-un ans, muette peu à peu à la suite d'un refroidissement. Corde vocale gauche immobilisée, le bord de la lèvre occupant la ligne médiane. La parole revient par l'hydrothérapie.

Obs. XXIV (Liouville et Debove, *Progrès méd.*, 20 fév. 1879, in *Mém. de Cartaz*). — Jeune fille, dix-huit ans, hystérique. Antécédents héréditaires très nerveux; mutisme survenu lentement après l'aphonie due à une frayeur. *Paralysie des cordes vocales*.

Obs. XXV (Schnex., *Erlenmeyer's Cbl. f. Nervenheilk*, 1879,



in *Art. de Bock*). — Homme, ayant vu sa maison en feu, perd tout à coup la parole. Il comprenait tout et répondait par signes. Il guérit après cinq jours d'un traitement dérivatif.

Obs. XXVI (Ball, *Encéphale*, 1<sup>re</sup> année, p. 5, n° 4, 1884). — Homme, quarante-cinq ans, pas d'antécédents névropathiques ni alcooliques, devient subitement muet après violente colère, avait conservé la faculté de traduire ses pensées par l'écriture. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

Quelques jours plus tard la parole revenait sans médication et aussi brusquement qu'elle avait disparu.

M. Ball prétend qu'il s'agit, dans ce cas, d'une ischémie fonctionnelle ou spasmodique, limitée à un territoire vasculaire très circonscrit et produisant des troubles fonctionnels destinés à disparaître avec le retour de la circulation.

Obs. XXVII (Ball, *Encéphale*, 1<sup>re</sup> année, n° 4, p. 7, 1884). — Homme, trente-trois ans, bonne constitution, agriculteur; devenu violent, emporté depuis son mariage. Après un accès d'emportement, perd connaissance pendant deux heures et reste ensuite muet. Le traitement demeura inefficace.

Six mois plus tard, intelligence nette, surdité complète à gauche. Le malade répond par écrit. Le traitement institué par Ball n'a amené aucune amélioration.

Obs. XXVIII (Ball, *Encéphale*, 1<sup>re</sup> année, p. 45, n° 4, 1887). — Homme, vingt-six ans, passementier, bonne santé habituelle, devenu subitement sourd-muet à la suite d'une discussion. Il ne peut ni parler, ni entendre ce qu'on lui dit. Effrayé, il écrit sur un morceau de papier le nom et l'adresse d'un médecin qu'il désire consulter.

Le lendemain, à quatre heures de l'après-midi, la parole revint subitement. Il demeura sourd des deux côtés et privé de sensibilité du côté gauche.

L'année suivante cet homme revint à l'hôpital offrant les mêmes symptômes; il était sourd, muet et anesthésique du côté gauche. Ces accidents étaient survenus sans cause. Traité par l'électricité statique, la guérison fut beaucoup plus lente que la première fois.

Un mois et demi après il avait une troisième rechute à l'occasion d'une émotion violente.

Obs. XXIX (Sevestre, *Soc. méd. des hôp.*, 1882, in *Mém. de Cartaz*). — H..., vingt-deux ans. Attaques de nerfs antérieures. Crises caractérisées par de la cécité disparaissant pour donner place à de l'aphasie et *vice versa*.



Obs. XXX (Sevestre, *ibid.*, in Mém. de Cartaz). — H..., vingt-cinq ans, hystérique. Mutisme survenu à la suite d'une crise. La parole revint progressivement.

Obs. XXXI (Sevestre, *ibid.*, in Mém. de Cartaz). — H... Stigmates hystériques. Un matin en s'éveillant tombe sans perdre connaissance et reste quarante-huit heures sans pouvoir parler.

Obs. XXXII (Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 10 nov. 1882, in Mém. de Cartaz). — H... Sujet à des crises hystériques accompagnées de mutisme.

Obs. XXXIII (Revilliod, *Revue de la Suisse romande*, 1883, in Mém. de Cartaz). — H..., quarante-huit ans, paralysie complète du mouvement et du sentiment à gauche. Surdité complète, mutisme absolu. Guérison par l'électrisation.

Obs. XXXIV (Revilliod, obs. 3 du mémoire, in Mém. de Cartaz). — F..., quarante-sept ans, hystérique. Mutisme absolu et paralysie de la langue, la perte et le retour de la voix sont graduels.

Obs. XXXV (Wilks, *diseases of the nervous system.*, 1883, p. 163, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-deux ans, traitée pour maladie de la moelle, ne peut parler depuis un an. La parole revient sous la menace d'accuser la malade d'imposture et après quelques séances d'électrisation !

Obs. XXXVI (Wilks, *ibid.*, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-huit ans. Alit  e depuis quatre ans, a perdu la parole il y a dix mois. Persuasion morale et électricité; guérison.

Obs. XXXVII (L  wenfeld, *Zur Kasuistik der transitorischen Aphasieen.   rztliches intelligenzbl.*, 1883, in art. de Bock. — Femme, quarante-et-un ans, névropathe. Sort du lit un matin à quatre heures, veut ensuite se recoucher, croit voir quelqu'un sous le lit, a peur, pousse un cri et reste par terre. Son mari la recouche, elle veut lui parler, mais ne peut plus se faire comprendre. Il lui semblait avoir dans la gorge quelque chose l'empêchant absolument de parler. Elle demeura ainsi, comprenant tout, mais ne pouvant proférer un seul mot jusqu'à neuf heures du matin où la parole revint.

Obs. XXXVIII (Demme, *Wien. medic. Blätter*, 18 déc. 1884, in Mém. de Cartaz). — Fillette de six ans devient subitement muette à l'occasion de la section du tendon d'Achille. La parole revient au bout de huit jours.

Obs. XXXIX (Cartaz, d'après Peugniez, *Thèse de Paris* 1885. — Jeune fille, onze ans, ascendants et collatéraux névropathes. Depuis un an, la voix s'est graduellement affaiblie. Altération du goût, de l'odorat, de la vue. La parole revint après une vive frayeur.

Obs. XL (Johnson, *Paralysis of the larynx*, *New-York med. Journ.*, 14 nov. 1885, in *Mém. de Cartaz*). — F..., vingt-quatre ans; *corde vocale dans la position cadavérique*. Santé bonne; traitée sans succès pendant cinq ans; recouvre subitement la parole au bout de ce temps. Les muscles aryténoïdiens paralysés laissent en arrière une ouverture triangulaire.

Obs. XLI (Communiquée par le Dr Chauffard, in *Mém. de Cartaz*). — F..., vingt-huit ans, antécédents héréditaires névropathiques. Elle-même très nerveuse. Elle a perdu peu à peu la parole au bout de deux ans. La voix revient par l'électrisation.

Obs. XLII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., trente-sept ans. Ascendants, alcooliques et névropathes. En 1878, aphonie persistant soixante-douze jours. En 1880, première attaque de mutisme jusqu'en juin 1881. Alors les cordes vocales fonctionnent normalement mais ne peuvent se tendre. Nouvelles attaques de mutisme en septembre 1882 et en janvier 1883. A son entrée à la Salpêtrière en 1885, muet depuis quatre mois. Stigmates hystériques, les cordes vocales écartées sont en position d'inspiration profonde avec espace ellipsoïde au milieu. La parole revient cinq mois après.

Obs. XLIII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., vingt-six ans, antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels : enfance chétive, malaise de nature névropathique. Syphilis à vingt ans. Crises de nerfs prises pour des attaques d'épilepsie; muet depuis sa dernière crise; stigmates hystériques. La parole revient au bout de quelques jours, mais le malade bégaye un peu.

Obs. XLIV (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — F..., vingt-et-un ans. Mère morte hémiplegique. Fièvre typhoïde à dix-neuf ans; chorée ayant duré six mois à la suite d'une frayeur, puis mutisme de huit jours. Le mutisme reparait après crises nerveuses. Hoquet avec spasmes respiratoires.

Obs. XLV (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — F..., dix-neuf ans, névropathe; muette à la suite d'une frayeur; stigmates hystériques; intégrité parfaite de la muqueuse, *abduction complète des cordes vocales*; espace ellipsoïde. La parole revient au bout de trois semaines.

Obs. XLVI (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., trente ans, attaques nerveuses fréquentes, suivies d'aphasie passagère; recouvre la parole dès que disparaît la sensation de pression.

Obs. XLVII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., vingt ans, subitement sourd-muet en apprenant une mauvaise nouvelle. La parole revient au bout de quinze jours; la surdité s'atténue.

Obs. XLVIII (Bock, *Deuts medic. Zeitung*, n° 103, p. 1117,



23 déc. 1886). — Thérèse P..., vingt-trois ans; une tante atteinte d'aliénation mentale. Fièvre typhoïde à dix ans, rien depuis. Céphalées occipitales depuis l'enfance, plus vives à gauche; accès de rire convulsifs; menstruation régulière. A dix-sept ans, boule hystérique. Mariée à dix-huit ans; dans l'espace de trois ans, deux enfants vivants et bien portants; son mari, devenu fou, est mort dans un asile. Depuis, insomnie et caractère très excitable. A la mi février, accès de rire spasmodiques, souvent répétés et sans cause, mais s'annonçant par de la lassitude. Au commencement de mai, elle devint subitement muette à la suite d'une attaque. Elle comprend et répond par écrit. Ce mutisme persiste une heure et demie; après quoi la malade peut à grand peine et en bégayant prononcer quelques mots. Le lendemain, elle se rend à l'hôpital où elle recouvre la parole après électrisation, mais l'après-midi elle devenait encore muette. Le même phénomène se reproduisit le jour suivant; la scène s'étant renouvelée une troisième fois, la parole revient spontanément. La malade, pendant son mutisme, éprouvait d'ordinaire de la douleur dans la langue; mais, dès que la parole revenait, cette douleur disparaissait... Les accès de fou rire, suivis de mutisme, se renouvelèrent plusieurs fois les semaines suivantes, et c'est pour cette raison que la malade vint à la polyclinique. Un jour qu'on l'examinait, elle eut un accès de rire avec dyspnée et devint muette; elle recouvra la parole par l'application d'un aimant.

A l'examen, on constate que le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx sont assez insensibles jusque vers la ligne médiane, où existe un point d'*hyperesthésie*. En touchant ce point avec une sonde, on provoque un accès de toux se terminant par une crise de rire.

L'examen du larynx pratiqué par B. Baginsky révèle de l'insensibilité de la muqueuse de l'organe vocal. Cordes vocales un peu rouges et très mobiles, laissant entre elles, sur la ligne médiane, un petit espace ellipsoïde. La lumière du réflecteur met la malade en sommeil hypnotique. Elle tomba dans un profond sommeil, et la muqueuse nasale, sensible auparavant, devint complètement anesthésique...

Eulenburg constata, par l'excitation électrique, que les réflexes étaient normaux.

Après l'examen laryngoscopique, excitation de rire violent se renouvelant toute la journée et la laissant muette. Parla au bout de deux jours, elle bégaya pour recouvrer complètement la parole après électrisation.

... Le 2 juillet, crises de pleurs et de toux, ce qui ne lui était encore jamais arrivé. Trois jours après, la malade, à la suite d'une électrisation



énergique du bras gauche, éprouva une sensation désagréable et devint enrouée comme elle ne l'avait encore jamais été jusque là. Quelques heures après, crise de larmes et mutisme. Le soir électrisation et retour de la parole. Les tremblements du bras gauche, ainsi que les soubresauts, disparaissent complètement après cette séance d'électrisation. Aussi la malade, obligée auparavant de tenir ce bras en écharpe, put-elle alors s'en servir.

Le 9 juillet, la malade, après une crise de frayeur et de toux et de larmes, devint complètement aphone. Ce jour-là, pour la première fois, la faradisation du larynx, qui chez elle avait toujours réussi, échoua, mais deux jours après elle réussissait. La malade est encore en traitement et après chaque crise on fait disparaître le mutisme par l'électrisation.

Obs. XLIX (Wertner, cité par Kussmaul, *tirée du travail de Bock*). — Jeune fille, treize ans, sur laquelle avait passé une voiture ; de légères éraillures de la peau, muette pendant treize mois, divers traitements sans résultats : à la fin on lui donna du bromure de potassium. Un jour, comme elle venait d'en prendre, elle se jeta dans les bras de sa mère en s'écriant : « *Mère, je puis parler!* » Quelques semaines plus tard elle était guérie.

Obs. L (Todd, in *Art. de Bock*). — Homme, cinquante-cinq ans, tempérament irritable, hypocondriaque, à la suite d'un entretien pénible, — l'intelligence demeurant intacte, — perd la parole sans autre symptôme de paralysie. Il demeura muet une semaine environ, après quoi la parole revint tout à coup.

Obs. LI (Mendel, *Berliner Klin Wochensch.*, 8 août 1887). — H..., cinquante-et-un ans, pas d'antécédents héréditaires. — A vingt-huit ans, traumatisme du bras droit avec douleur et impotence consécutive. L'année suivante à la suite de piqûres de morphine dans ce bras, attaques convulsives persistant encore, mais atténuées. En 1872, attaques d'épilepsie ayant duré une année. En 1875, contracture totale du membre supérieur droit ayant persisté pendant quatre ans. En 1883, on observe les mêmes phénomènes sur le bras gauche, avec cette particularité que le coude n'était contracturé, que depuis six heures de l'après-midi jusqu'au milieu de la nuit, les articulations des doigts étaient normales de ce côté.

Le 28 mars 1886, léger accès convulsif, à la suite surdi-mutité. Quinze jours après le malade n'est plus sourd-muet que de cinq heures du soir à six heures du matin. Au mois de mai, il devient sourd-muet à partir d'une heure de l'après-midi jusqu'à six heures du matin. Depuis le mois de juin 1886, l'état est le suivant : *le malade*

*parle de six heures à neuf heures du matin, après quoi il cesse, et à partir de ce moment, aussi bien le reste du jour que pendant la nuit, il demeure sourd.*

... L'examen du larynx fait par Baginsky fournit les résultats que voici : infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale du côté gauche avec *immobilité presque complète du cartilage aryénoïde*. La voix, au moment de la phonation, est légèrement couverte. Toux avec anesthésie; du côté droit de la tête, à la partie supérieure de la poitrine et du larynx, sensation de resserrement. Compression iliaque des deux côtés sensible. Réflexes moteurs et sensitifs normaux.

L'intelligence est très bien conservée.

L'auteur fait ressortir l'intérêt de ce cas, le seul existant dans la science, avec un autre de Ball mais qui ne fut que de courte durée, alors que celui-ci affecte une marche chronique.

Il s'agit ici, vraisemblablement, à son avis, d'un état lié à l'aphonie hystérique; ce serait une lésion des centres subcorticaux et peut-être aussi des agents conducteurs. Il existerait certains obstacles périodiques empêchant d'une part les perceptions auditives et d'autre part paralysant l'action motrice de la parole.

Il conseille comme traitement l'hypnotisme. La guérison a été plus tard obtenue grâce à un traitement mixte : par les aimants, l'hypnotisme, la suggestion et les courants continus.

Dans la discussion qui suit, B. Baginsky fait remarquer *qu'il existe de l'infiltration tuberculeuse de la corde vocale et de la bande ventriculaire gauche.*

Il a constaté en outre que si l'on priait le malade d'émettre un son, le miroir laryngien en place, le malade pouvait à ce moment donner le dit son, mais qu'il lui était impossible, sans le miroir, d'émettre ce son et qu'alors il ne produisait qu'un léger souffle.

Obs. LII — Gilles de la Tourette (*Leçons de Charcot : Maladies du système nerveux*, t. III, 26<sup>e</sup> leçon, p. 434, 1887). — H..., trente-trois ans, Antécédents nuls. Pendant six ans, attaques hystériques. Subitement muet à la suite d'une laryngite accompagnée d'aphonie. Guéri par la



simple application du miroir. Vient à la Salpêtrière pour un nouveau mutisme dû à la même cause.

OBS. LIII (Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 26<sup>e</sup> leçon, recueillie par Gilles de la Tourette, t. III, p. 433, 1887). — F..., vingt-quatre ans, arrêtée pour infanticide, perd subitement la parole après le premier interrogatoire. Stygmata hystériques indéniables. Le mutisme est pris pour de la simulation.

OBS. LIV (Dutil, *Gazette médic. de Paris*, n° 23, 4 juin 1887). — F..., vingt-deux ans, domestique. Au mois de mars 1887, après s'être fait, la veille (pendant la période cataméniale), des ablutions à l'eau froide, elle fut prise de sa première attaque de nerfs. Le lendemain, nouvelle série d'attaques après lesquelles elle reste muette, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure latérale gauche. Attaques consécutives nombreuses, nécessitant le transport à l'hôpital. Anesthésie totale; ni paralysie, ni contracture.

...Le lendemain 22, légère modification (yeux ouverts, sensibilité de la peau et des muqueuses à l'exception du pharynx), *mutisme persistant*.

Le 23, la malade avait à peu près recouvré sa motilité. Le mutisme et la contracture de la langue et des muscles masticateurs persistèrent sans modification, les 25 et 26 mars. Le 27, on pratique le massage des régions massétérides, en disant à la malade qu'elle parlera le lendemain. Cette suggestion réussit pleinement, bien que la malade ne fût pas hypnotisable.

OBS. LV (publiée par Amadei, *Gazzeta degli Ospitali*, an VIII, n° 42, p. 90-92, 1887, traduit de l'italien, par M. Montanari). — Virginie-Vill. Ponz. a perdu la voix et la parole depuis longtemps et a vainement tenté toutes sortes de traitements pour les recouvrer.

...F..., de quarante-trois ans, mariée, mère de sept enfants dont deux vivants, active, intelligente, caractère excellent. Pas d'antécédents héréditaires. Malade névropathe. Atteinte depuis un peu plus de deux ans, d'aphonie et de mutisme avec diminution de la vue du côté droit. Règles très abondantes et trop fréquentes.

...Hémianalgésie droite totale, diminution de la sensibilité tactile générale, pas de zone hyperesthésique, douleur ovarienne à la pression. Anesthésie très prononcée du pharynx et du larynx. A l'examen laryngoscopique, on observe de l'intégrité des muqueuses, sans lésion manifeste des muscles.

Au commencement d'octobre 1884, la voix a baissé graduellement à tel point, que la malade ne pouvait bientôt plus parler qu'à voix



basse. La fatigue qu'elle éprouvait était même si considérable qu'elle se résolut finalement à ne parler que le moins possible.

Pendant l'été de l'année 1886, la voix disparut complètement, et cet état a toujours persisté depuis. Elle n'est plus maintenant atteinte d'aphonie, mais bien d'un véritable mutisme.

... Evidemment il s'agissait d'un cas de mutisme hystérique, postérieur à une aphonie qui était accentuée de plus en plus... Je recourus à l'hypnotisme : je commençai à faire expirer la malade, à la faire tousser, râcler de la gorge avec sonorité sur des tons variés et de plus en plus forts. Il était au commencement nécessaire que je produisise le même son pour que la femme l'imitât ; plus tard, elle le faisait simplement sur mon ordre. Je passai ensuite à la prononciation des voyelles et j'obtins bientôt l'*e* et l'*a* ; un peu plus tard l'*o* et, avec une grande peine, l'*i* et puis l'*u* (prononcez *ou*). Je fis unir ensuite les voyelles entre elles... Plus tard je combinai les voyelles avec les consonnes les plus faciles, les labiales *em*, *am*, *pa*, *po*, etc., comme on fait pour les enfants à qui on apprend à lire.

... Après quelques heures d'essais, j'obtins de la sonorité de l'expiration le 8 septembre, le 9 la prononciation de l'*e* et de l'*a*, de l'*o* et de l'*ea*, *eo*, *em* ; le 12, l'*i*, l'*u* (*ou*), puis *pa*, *bé*, *ta*, etc., et deux syllabes ensemble ; le 13, les mots non épelés et les dernières consonnes ; le 14, la malade parlait seule et en épelant mieux ; le 15, l'élocution était beaucoup plus facile. A ce moment, satisfaite, la malade retourna chez elle.

Il faut noter que la malade, au début, quand elle prononçait, éprouvait une grande fatigue avec oppression rétro-sternale et comme de la lassitude cérébrale.

Obs. LVI (E. Marcel et G. Marinesco, *Archive roumaines de méd. et de chir.*, extrait 1887). — Jeune homme, dix-neuf ans : mère, morte tuberculeuse ; père, très nerveux ; quatre sœurs, l'une très impressionnable, *hystérique* ; un cousin, hystérique ou épileptique. Accidents scrofuleux du bas âge. Tempérament nerveux. Employé comme caissier-comptable dans une grande ferme, il croit une nuit voir des voleurs enfoncer la porte et se jeter sur lui avec l'intention de l'étrangler. Le lendemain, il est sans connaissance au pied de son lit. Impossible de le faire revenir à lui, il reste treize jours dans cet état. Pendant les premiers jours qui suivirent son accident, il avait à la même heure (quatre heures de l'après-midi) des accès d'hystéro-épilepsie.

Le malade sort de son coma le quatorzième jour et se croit au lendemain de son accident. La mâchoire inférieure est contracturée ;

il ne peut articuler un seul mot. Vivement impressionné, il a, selon toute probabilité, une attaque d'hystéro-épilepsie. Trois heures après il se réveille dans un état de faiblesse extrême; il lui est impossible de marcher, sa mâchoire est toujours contracturée; il répond mal et par gestes aux questions qu'on lui pose; *écrire lui est impossible*.

Vingt jours après le début des accidents, le malade voit mal et de très près; la mâchoire est moins contracturée, langue refoulée au fond de la bouche.

A partir de ce moment, le malade au réveil (le jour ou la nuit) avait de la contracture des mâchoires. Cet état dure neuf jours environ, et peu de temps après pendant deux nuits consécutives il a des cauchemars, croit se battre avec de nombreux voleurs et *prononce quelques vagues paroles, les seules depuis son accident*.

Peu à peu, tout rentre dans l'ordre, le malade reconnaît son entourage et recouvre toute son intelligence, l'usage de l'écriture, mais pas celui de la parole.

*État actuel.* — État général satisfaisant. Intelligent; répond par une mimique très expressive, et écrit très correctement ce qu'il veut dire. Stigmates hystériques. Diminution de l'acuité et du champ visuels. Pendant quinze jours la contracture de la langue empêche l'examen du larynx. Au bout de ce temps on constate que : les cordes vocales inférieures sont dans l'*abduction forcée*, les cartilages aryténoïdes très écartés de la ligne médiane. Lorsqu'on engageait le malade à prononcer la voyelle *i*, aucun son ne sortait naturellement, mais on voyait monter le larynx, les cordes vocales et les aryténoïdes, restant immobiles. Image laryngoscopique analogue à celle de la respiration forcée.

Le bromure de potassium, les courants faradiques au devant de la trachée; l'électrisation endo-laryngée, l'anesthésie par le chloroforme, les émotions vives furent vainement employés. L'hypnotisme et les suggestions n'eurent également aucun résultat. En dernier lieu, en associant à l'hypnotisme la *gymnastique vocale*, on put faire revenir la voix.

Un détail noté par les auteurs : le malade qui, avant son accident, avait une voix de ténor, possédait maintenant une belle voix de baryton, ce qu'ils expliquent par le travail moindre que les sons graves exigent des cordes vocales. Six semaines après le début du traitement le malade parlait correctement; il lui arrivait cependant parfois, à la suite d'une émotion vive ou d'une attaque de sommeil, de perdre la parole, d'ordinaire pour quelques heures seulement. Et cette perte était subite ou graduelle, de même pour le retour de la parole. On



put même constater, au laryngoscope que la contracture des cordes vocales disparaissait peu à peu et au fur et à mesure que la voix se rapprochait de la normale et *vice versa*.

Le fait qui leur paraît le plus saillant dans cette observation, c'est la contracture spasmodique des cordes qui accompagnait le mutisme; ces auteurs estiment que le mutisme hystérique peut exister avec ou sans troubles laryngés, et que lorsque ceux-ci existent, ils se manifestent, soit sous forme de paralysies, soit sous forme de contractures.

Nous ne pouvons nous refuser à donner ici la façon d'après laquelle, suivant MM. Marcel et Marinesco, pourraient s'expliquer le mutisme subit et le mutisme graduel.

On peut, disent-ils, supposer que dans le premier cas l'émotion, après avoir impressionné le centre psychique, celui-ci à son tour réagit sur le centre de Broca, et de là, par voie centrifuge, sur l'organe phonateur qui, suivant la nature de l'émotion ou la prédisposition du malade, serait plus ou moins impressionné et donnerait ainsi naissance au *mutisme hystérique avec troubles laryngés (paralysies ou contractures)*. Mais il peut arriver aussi que l'impression s'arrête au centre du langage articulé sans se propager au larynx, ce qui nous explique les cas assez rares, d'ailleurs, du *mutisme hystérique sans troubles laryngés*.

Dans le second cas, lorsque le patient passait par un état aphonique avant de devenir muet, on peut admettre que l'émotion, après avoir agi sur le centre psychique, se réfléchit en *premier lieu*, non plus sur le centre du langage articulé, mais, par une voie inconnue, sur l'organe phonateur, d'où l'aphonie. (A Suivre).

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Manuel des maladies de l'oreille** (*Handbuch der Ohrenheilkunde*), par le Dr W. KIRCHNER (1).

Ce manuel, publié pour la première fois en 1885, vient d'avoir cette année une deuxième édition. Il forme actuellement un livre de 200 pages avec 41 figures.

Il a été divisé par son auteur en huit sections qui comprennent : l'étiologie des maladies de l'oreille renfermant l'influence des autres maladies sur l'organe de l'ouïe, l'hérédité; l'examen de l'oreille, l'éclairage, etc. L'auteur étudie ensuite le pavillon de l'oreille; son importance, ses déformations, othémathome, eczéma et autres affections du pavillon; oreille externe, anatomie et furoncles, otite externe diffuse, tumeurs, eczémas, champignons, pityriasis versicolor, psoriasis, bouchons de cérumen, sténose et atrésie, corps étrangers, névroses.

Le chapitre IV est consacré à la membrane du tympan, sa structure anatomique et sa pathologie, myringite aiguë, chronique, tympan artificiel, lésion du tympan. Dans le 5<sup>e</sup> est étudiée : la trompe d'Eustache, sa structure anatomique, son rétrécissement, sa dilatation, salpingite aiguë, chronique, ammoniacque à l'état naissant, cavité naso-pharyngienne, ses maladies, ses lésions.

Vient ensuite la caisse du tympan, sa situation anatomique, ses maladies : otite moyenne catarrhale aiguë; paracentèse du tympan. Otite moyenne catarrhale chronique. Emploi des vapeurs. Raréfacteur de Delstanche, défauts de tension, leur traitement opératoire, otite moyenne suppurée, aiguë. Paracentèse du tympan. Méningite, thrombose. Rétention de pus dans les apophyses mastoïdes. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Otite moyenne suppurée chronique. Lavage de l'apophyse mastoïde. Granulations, galvano-caustique. Polypes de l'oreille, ulcérations, cholestéatome, hémorragies, otite intermittente. Névroses, troubles psychiques.

(1) Berlin, Verlag v. Friedrich Wieden, 1888.



Le 7<sup>e</sup> chapitre comprend le labyrinthe, sa structure anatomique, vestibule et canaux semi-circulaires, limaçon, maladies du labyrinthe, leur traitement par l'électricité, maladie de Ménière, paracousie, diacousie; et enfin le 8<sup>e</sup> est consacré à l'étude de la surdi-mutité; l'hérédité, et les causes de la surdi-mutité congénitale sont successivement passées en revue; la simulation, les moyens de la reconnaître, les appareils de l'ouïe, et l'explication des planches terminent ce dernier chapitre.

En somme, l'auteur publie un manuel très précis, mais forcément incomplet, qui convient surtout aux médecins déjà un peu familiers avec l'étude des maladies de l'oreille.

M. NATIER.

---

**Les maladies du larynx avec considérations sur la laryngoscopie et la technique de la thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants,**  
par le Dr GOTTSTEIN (1).

Ce livre, dont la première édition datant de 1883, est déjà épuisée, vient d'être amélioré et augmenté par son auteur dans une deuxième édition parue au commencement de cette année. Il forme actuellement un beau volume de 330 pages, avec 39 figures intercalées dans le texte, et constitue l'un des bons traités de laryngologie que nous possédions en ce moment.

La première section comprend un premier chapitre consacré à l'*anatomie* du larynx, un second à la *physiologie*. Le troisième chapitre a pour objet : l'*étiologie générale*; le quatrième le *diagnostic général*; dans ce chapitre, sont décrits les divers instruments et les meilleures sources de lumière dont on pourra faire usage. Le cinquième chapitre comprend la *symptomatologie générale*, et le sixième la *thérapeutique générale* avec description des instruments qui seront employés.

La deuxième section se subdivise en deux parties. Dans la première, sont étudiées les affections primitives du larynx,

(1) Leipzig, u. Wien Franz Deuticke, 1888.

et cette étude fait l'objet de sept chapitres : 1° maladies de la muqueuse du larynx (anémie, hyperémie, hémorragies, catarrhe aigu, laryngite catarrhale des enfants, pseudo-croup, etc., etc.) ; 2° maladies du périchondre et des cartilages (périchondrite du larynx) ; 3° lésions du larynx (plaies, fractures) ; 4° soudure membraneuse et sténose cicatricielle ; 5° néoplasmes du larynx : (A) tumeurs bénignes, (B) tumeurs malignes ; 6° corps étrangers du larynx ; 7° névroses du larynx : (A) troubles de la sensibilité, (B) troubles de la motilité.

La deuxième partie, consacrée aux maladies secondaires du larynx, ne comprend pas moins de douze chapitres où sont successivement étudiées : les lésions laryngées dans la tuberculose ; dans la syphilis ; le lupus du larynx ; la lèpre du larynx ; les lésions laryngées dans la rougeole ; dans la scarlatine ; la variole ; la fièvre typhoïde ; l'érysipèle ; la coqueluche. Viennent ensuite les affections du larynx liées à des lésions cérébrales, à des maladies de la moelle.

Comme on peut le pressentir déjà, d'après le plan suivi par l'auteur, son livre est fort intéressant et certains chapitres sont traités par l'auteur avec une compétence toute particulière : telle l'étude des névroses laryngées. Du reste, on nous promet pour bientôt une traduction française de cette œuvre, et nous nous ferons un véritable plaisir de la signaler à nos lecteurs aussitôt sa publication.

M. NATIER.

---

## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

---

### OREILLES

**De la pathologie et de la thérapeutique des sensations auditives à la fois subjectives et objectives.** (*Zur Pathologie und Therapie der objectiv wahrnehmbaren subjectiven Gehörs empfindungen*), par le Prof. GRUBER.

Ces bruits ont leur origine dans un état anormal des vaisseaux ou des muscles qui appartiennent en propre à l'appareil auditif ou qui ont avec lui des rapports étroits.



Dans quelques circonstances favorables à la production du phénomène la pulsation d'une très petite artère peut donner lieu à un bruit intense qui peut être perçu par le médecin en même temps que par le malade.

Il en est de même des bruits de souffle d'origine chlorotique ou anémique.

Les anévrysmes non-seulement des artères de l'oreille ou de son voisinage immédiat, mais encore ceux des vaisseaux intracrâniens et en particulier de l'artère basilaire peuvent parfois être reconnus ainsi au stéthoscope appliqué sur le crâne. On distingue généralement les bruits qui ont cette origine à ce qu'ils s'arrêtent à la suite d'une pression exercée sur le tronc d'où émane l'artère qui est le siège du bruit.

Quant aux muscles qui peuvent donner lieu à la perception de ces bruits, ce sont le muscle tenseur du tympan et le tenseur du voile du palais dont les effets moteurs sont faciles à constater sur le tympan ou sur le voile, en même temps que les bruits sont perçus.

Ces mouvements peuvent se produire d'une façon réflexe, et on les constate, en ce cas, le plus souvent chez les sujets anémiques ou chez les jeunes filles chlorotiques au moment de la puberté.

Dans ces cas le traitement doit avoir pour but de relever l'état général et doit surtout être tonique.

Mais il y a une autre origine de ces contractions, que l'auteur n'a trouvé signalée nulle part, et qui consisterait en une sorte d'habitude prise dès l'enfance de faire contracter ces muscles et de produire ainsi un bruit.

Cette contraction volontaire qui débute probablement par la tension du voile du palais s'étend par la répétition de la manœuvre au muscle tenseur du tympan, s'augmente par l'habitude et donne lieu à un bruit analogue à celui qu'on obtient en faisant craquer l'une contre l'autre les extrémités de deux ongles.

Ce qui distingue cette variété de bruit, c'est que les contractions des muscles peuvent cesser sous l'influence de la volonté; il n'en est pas de même quand il s'agit de contraction

réflexe. Le traitement doit consister à corriger cette habitude; on y parvient après un temps plus ou moins long par l'attention et la volonté. (*Allg. Wien. med. Zeit*, 1888, n° 1.)

WAGNIER.

**L'électricité galvanique comme moyen de déceler la simulation de la surdité, par EICHBAUN.**

Le moyen proposé par M. Eichbaun pour surprendre les simulateurs est basé, d'une part, sur la connaissance parfaite de la manière dont l'ouïe réagit sous l'influence de l'excitation galvanique aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal; d'autre part, suivant que le sujet soumis à l'épreuve fera une réponse conforme à l'un des types de réaction connus ou non, on pourra croire à une affection réelle qu'il s'agira ensuite de déterminer, ou bien on affirmera la simulation.

Les différents types de réaction peuvent se classer sous cinq chefs :

**I. Réaction normale :**

- 1 La fermeture du circuit au pôle + donne un son,
- 2 L'ouverture du circuit au pôle + donne un silence,
- 3 La fermeture du circuit au pôle — donne un silence,
- 4 L'ouverture du circuit au pôle — donne un son.

Le son perçu est variable, tel que sonneries, bourdonnements, sifflements, etc.; quand on répète fréquemment l'épreuve de l'ouverture et de la fermeture du circuit, la sensibilité de l'ouïe s'exalte et on peut obtenir la réaction normale avec des courants d'intensité de plus en plus faible.

Les termes *silence*, inscrits en 2 et 3, doivent être pris, non au sens absolu, mais dans ce sens que le bruit perçu dans ces deux cas est beaucoup plus faible que dans les deux autres; c'est seulement dans le cas où l'on emploie les courants les plus faibles qu'il y a silence proprement dit.

**II. a. Réaction de l'hyperesthésie.** — Le type est le même, mais pour obtenir la réaction caractéristique, il suffit d'employer des courants beaucoup plus faibles. A égalité d'intensité du courant, les bruits sont beaucoup plus intenses qu'à l'état normal (catarrhe de la caisse, perforation simple du



tympan, maladies du labyrinthe avec dureté de l'ouïe).

II. *b. Torpeur de l'ouïe.* — Le type de formule est encore le même, mais il faut des courants plus intenses qu'à l'état normal (bouchons de cérumen, atrésies du conduit auditif externe).

III. *Hyperesthésie avec réaction paradoxale.* — Les choses se passent comme en II *a*, avec cette particularité que de plus, l'oreille non excitée réagit aussi et sans spécification des électrodes (lésions graves du labyrinthe, hyperexcitabilité excessive).

IV. *Perversion quantitative et qualificative de la formule normale.* — On a alors :

1 son,	ou bien : son.
2 silence,	— bruit.
3 bruit,	— bruit.
4 bruit,	— bruit.

dans les degrés élevés de l'ouïe après des suppurations ou des lésions graves du labyrinthe.

V. *Inversion du type normal.* — L'intensité du bruit 2 est plus grande que celle du bruit 4; de même, l'intensité du bruit 3 est plus grande que celle du bruit 1, tandis qu'à l'état normal, nous avons dit que c'était l'inverse (lésions graves du labyrinthe et maladies cérébrales).

Cette exploration n'est pas toujours sans inconvénients; suivant l'intensité des courants, certains individus ont des nausées, des vomissements même, des vertiges, des douleurs cutanées, etc.; ces inconvénients tiennent à l'impossibilité de localiser strictement l'action du courant sur le nerf acoustique même. De plus, elle réclame un bon appareil galvanique, un rhéostat aussi exact que possible, et un bon galvanomètre; il faut, de plus, que celui qui se sert d'un appareil déterminé le connaisse bien. (*Deut. militärartz. Zeitsch.*, p. 531, et *Arch. de méd. pharm. milit.*, janvier 1888.) LEROY.

#### Troubles auditifs dus à l'impression de la lumière électrique,

M. d'Arsonval a, dans une communication précédente

(voir *Bullet. Méd.*, p. 690, 1888), indiqué les phénomènes auditifs qui succèdent à l'impression lumineuse d'un arc voltaïque. Depuis il a continué les mêmes recherches et s'est tout d'abord assuré que la nature de la lumière avait une grande importance, car il n'a rien pu provoquer d'analogue, même avec une lumière très intense due à toute autre source. Il faut que ce soit un arc voltaïque, que la lumière qu'il produit soit très intense, et, de plus, que cette lumière soit engendrée par un courant très fort.

En faisant agir l'excitation lumineuse sur un seul œil, il a observé les mêmes phénomènes que quand on excite les deux yeux, la surdité, et, dans les cas plus légers, la diminution de l'audition s'est produite des deux côtés.

Il ajoute enfin que ces expériences ne sont pas sans danger; dans certains cas, les phénomènes de surdité ont persisté pendant dix-sept jours et pendant les huit premiers avec une très grande intensité. La diminution se fait peu à peu.

Il croit que les rayons qui provoquent ces phénomènes sont les rayons extra-violet, et appuie cette manière de voir sur les résultats négatifs qu'il a observés à la suite de l'emploi de toute autre source de lumière.

*M. Dastres.* — M. d'Arsonval, outre la surdité, a-t-il observé quelques phénomènes cérébraux?

*M. d'Arsonval.* — Il y avait de la céphalée, une certaine pesanteur de tête, mais jamais de vertiges. Je répéterai que ces troubles de l'audition avaient déjà été remarqués par certains électriciens, mais qu'ils les avaient attribués à la céphalalgie qui souvent succède à ces impressions lumineuses très vives.

*M. Gellé.* — On observe fréquemment à la suite de lésions intenses de l'oreille des troubles de la vue, mais alors ils ne se produisent que du côté correspondant.

*M. Brown-Séquard.* — Les phénomènes du côté des sens ne sont pas rares à la suite des excitations du trijumeau : je crois que dans les observations de M. d'Arsonval le trijumeau est bien plutôt en cause que le nerf optique. Ces influences dynamiques sont loin d'être rares. On a vu la perte des sens du même côté provoquée par une irritation violente limitée au conduit auditif externe. (Soc. de Biol., séance du 23 juin 1888, d'après le *Bullet. méd.*)



**Trois cas intéressants d'affection de l'oreille** (*Three interesting cases of ear diseases*), par le D<sup>r</sup> JAMES MINOR.

Sous ce titre l'auteur rapporte trois observations. La première a trait à un nègre pris subitement de vives douleurs d'oreille, l'examen fit apercevoir au centre du tympan un pou énorme (*pediculus capitis*), une injection d'eau tiède fit disparaître les symptômes douloureux en délogeant l'insecte.

Dans le second cas il s'agit d'une rupture du tympan consécutive à un coup porté sur l'oreille. La cicatrisation fut la conséquence d'un traitement approprié, l'ouïe revint mais légèrement diminuée.

Dans le troisième cas il s'agit d'un corps étranger de l'oreille (perle en verre) entouré de cérumen, dont la présence fut révélée par une vive douleur ressentie par la malade, fillette de onze ans, pendant un bain de mer, à la suite du choc des vagues contre l'oreille. (*Memphis medical Monthly*, février 1888.) D<sup>r</sup> J. CH.

**Vers dans l'oreille** (*A cases of maggots in the ear*), par le D<sup>r</sup> J. PILLEY.

Le cas est assez rare pour être rapporté. Le malade, domestique, récemment arrivé des colonies, éprouvait dans l'oreille une assez vive douleur qui ne tarda pas à s'accroître. A l'examen on constate de petits corps blancs et allongés se mouvant dans l'oreille. Une injection les expulsa au dehors et permit de constater qu'il s'agissait de larves de la mouche commune (blow-fly). Le conduit et le tympan étaient légèrement congestionnés. On fit dans l'oreille une insufflation d'air et tous les symptômes disparurent. (*The Lancet*, 14 janvier 1888.) D<sup>r</sup> J. CHARAZAC.

**Mutilation volontaire par perforation de la membrane du tympan**, par le D<sup>r</sup> JUSTIN KARLINSKY.

Karlinsky rapporte trois faits curieux de mutilations volontaires qu'il a eu l'occasion d'observer dans l'armée roumaine.

Dans le premier cas on trouva, à un premier examen, des traces de lésions traumatiques de la partie interne du conduit auditif (égratignures et sang); les symptômes fonctionnels

allégués n'étaient justifiés par aucune lésion ni de la membrane du tympan, ni de la caisse, ni de la trompe.

La simulation était fortement présumée; le sujet revint à plusieurs reprises à la visite présentant parfois des lésions inflammatoires du conduit auditif externe plus ou moins profondes, allant même jusqu'à la membrane tympanique. Enfin un jour le corps du délit fut trouvé dans les produits de sécrétion; c'était la tête d'une allumette phosphorique.

Dans ce cas il n'y eut pas de perforation; mais dans le cas suivant elle fut obtenue, accompagnée d'une otite externe suraiguë, grâce à l'introduction, dans le conduit, de chaux vive à sec, mouillée ensuite. Dans les produits tirés du conduit on avait retrouvé des fragments de chaux.

Dans la dernière observation, une large perforation à bords renversés en dedans avait été produite par un fil de fer recourbé; il existait en même temps des éraillures des parois du conduit. Le sujet se servait habituellement de fil de fer pour se curer les oreilles, de sorte qu'il y eut un certain doute sur le point de savoir si la perforation était bien intentionnelle ou si elle avait été réellement accidentelle. (*Deuts. militärarzt. Zeitsch.*, 1888, 2, p. 66. et *Arch. de med. et pharm. milit.*, mai 1888.)

**Deux cas montrant les effets de la compression des polypes dans l'oreille moyenne** (*Two cases illustrating the effects of pressure from polypi in the middle ear*), par le D<sup>r</sup> J. CLARENCE BLAKE.

Premier cas. — Homme âgé de 45 ans est vu pour la première fois, il y a dix ans, avec deux polypes volumineux naissant de la paroi externe de la partie supérieure de la cavité tympanique, accompagnés d'un écoulement purulent qui datait de l'enfance et était survenu à la suite d'une fièvre scarlatine. Ces polypes furent enlevés facilement, l'écoulement cessa, et le malade fut perdu de vue pendant huit ans.

La récurrence se produisit, le malade éprouva une sensation de plénitude dans l'oreille, des bourdonnements et un écoulement fétide, mais négligea tous ces symptômes jusqu'au jour



où il vit survenir de légers vertiges accompagnés d'une sensation d'engourdissement dans la moitié correspondante de la face. La nuit qui précède le jour où il vient se consulter, il a eu une attaque de vertige grave avec une paralysie faciale bien marquée.

L'examen montre la membrane du tympan détruite et une masse polypeuse naissant de la partie postéro-supérieure de la caisse du tympan. L'ablation de cette première masse permet d'apercevoir un polype plus volumineux comprimant l'enclume et la paroi interne et postérieure de la caisse. Ce second polype fut enlevé à l'aide de pinces recourbées. L'oreille fut ensuite lavée à l'aide d'une solution faible de bicarbonate de soude. L'injection donna issue à une grande quantité de matières caséeuses, de pus et d'épithélium macérés. L'oreille ensuite fut pansée avec de l'acide borique. Les vertiges disparurent immédiatement, et la paralysie faciale six heures après l'opération. Celle-ci reparut de nouveau un an plus tard, en même temps qu'un écoulement purulent de l'oreille, et cessa à la suite de l'extraction d'un nouveau polype.

Deuxième cas. — Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, qui depuis son enfance est atteinte d'une otorrhée consécutive à la scarlatine. Il existe une large perforation dans la moitié postérieure du tympan, et à travers cette perforation on voit sortir un polype muqueux naissant de la paroi externe de la portion supérieure de la cavité tympanique, en arrière de la tête du marteau. Ce polype fut enlevé à l'aide de pinces recourbées. Deux ans plus tard la malade revint se plaignant d'écoulement, etc., accompagné d'un léger vertige. L'examen démontra la présence d'un nouveau polype qui fut enlevé, et les symptômes disparurent. La malade resta trois semaines en observation. Trois mois plus tard elle revenait, l'écoulement avait de nouveau reparu, très abondant, accompagné de vertiges, de bourdonnements, de douleur de tête et de nausées. La surface du corps est chaude, le pouls faible, les traits tirés. La malade rapporte le siège de la douleur aux parties profondes de l'oreille correspondant à la région parié-

tale. Un polype plus volumineux et plus résistant que les premiers fut enlevé à l'aide des pinces, son volume égalait celui d'une sphère de 6 millimètres de diamètre. Après l'extraction de la plus grande partie de la tumeur les nausées diminuèrent et les vertiges furent notablement améliorés. Trois semaines plus tard la malade pouvait revenir chez elle, il existait encore un léger écoulement, mais le vertige avait disparu.

Dans les deux observations précédentes, une tumeur, située entre la paroi externe de la caisse et l'enclume, avait déterminé une compression du labyrinthe par la fenêtre ovale.

Dans le premier cas la tumeur comprenait aussi cette portion de la paroi qui sépare le canal facial de la cavité tympanique.

Gruber a démontré que dans certains cas la paroi osseuse séparant la caisse du facial fait défaut, ce qui permet d'expliquer comment la simple compression de la lame membraneuse qui la remplace suffit à amener une suspension momentanée dans les fonctions du nerf. (*Boston med. and Surg. Journal*, 16 février 1888.)

GORHAM BACON.

#### **Abcès du cervelet consécutif à une maladie de l'oreille**

(*Abcess of the cerebellum caused by disease of the ear*), par le Dr J.-C. SMITH.

H. N., âgé de 15 ans, est atteint depuis l'enfance d'une otorrhée consécutive à la rougeole, qui a amené une surdité presque complète. Depuis lors il a éprouvé à diverses reprises de violentes douleurs de tête et, quand l'auteur le voit pour la première fois, il est en proie à une céphalalgie violente. Il a aussi un peu de fièvre, il est constipé et a perdu l'appétit, le pouls est lent. A la seconde visite il apprend que le malade a eu des convulsions.

Les oreilles sont examinées et le conduit auditif gauche est rempli de pus. La mère déclare que l'écoulement n'a pas cessé depuis que le malade a eu la rougeole et que rien n'a été tenté pour l'arrêter. Quelques jours plus tard l'enfant tomba dans le coma et la mort s'ensuivit.

*Autopsie.* — Le conduit auditif externe est rempli par une



matière purulente épaisse sanguinolente, la dure-mère est normale, sauf à la partie postérieure de la portion pierreuse du temporal gauche où elle est plus adhérente que de coutume autour d'une fissure de l'os. Cette fissure a un quart de pouce de diamètre et communique avec la cavité tympanique. Cette cavité est elle-même augmentée par l'usure progressive des tissus osseux. Le cerveau est normal, l'hémisphère gauche du cervelet est occupé par un abcès considérable. (*Journ. of Amer. med. Association*, 18 février 1888.)

D<sup>r</sup> GORHAM-BACON.

**Des affections de l'oreille dans le « Railway-Spine »** (*Über Ohrerkrankungen bei Railway-Spine*), par le D<sup>r</sup> BAGINSKY, de Berlin.

Les observations de l'auteur ont porté sur cinq malades atteints de névropathies consécutives à des accidents de chemin de fer et traités dans les cliniques des maladies nerveuses des professeurs Mendel et Eulenburg.

Ces cinq cas présentaient un grand nombre de caractères communs : aucun de ces malades, qui appartenaient tous au personnel des chemins de fer, n'avait remarqué antérieurement de troubles dans la fonction auditive. Tous se plaignaient principalement de surdité et en outre de bruits variés, bourdonnements, tintements, sifflements, etc.

La perception de la parole et des différents diapasons, aigus ou graves, était considérablement diminuée; la perception crânienne très amoindrie ou complètement disparue.

L'appareil transmetteur du son paraissait intact dans quatre des cas observés.

Le résultat du traitement fut nul dans tous les cas.

Se basant sur les faits qu'il rapporte et sur les travaux de Henrot, Skokalsky, Briquet, Desbrosse, Rabenau, Jolly, Urbanschitsch, Habermann, Ouspensky, Fulton, Lévi, Walton et surtout de Charcot, l'auteur discute la nature de l'affection. S'agit-il de simulation; faut-il admettre un trouble hystérique, un trouble fonctionnel de l'audition occasionné par la peur ou s'agit-il de troubles organiques? Il rejette l'hypothèse de simulation et celle d'hystérie et conclut à l'existence de

troubles cérébraux sans exclure les lésions labyrinthiques concomitantes possibles.

L'apparition relativement tardive des accidents le fait pencher pour une lésion organique, pour un processus dégénératif causé par l'ébranlement. Il admet d'ailleurs, de la part des ouvriers de chemin de fer qui sont si sujets aux affections de l'oreille, une prédisposition particulière, Politzer ayant fait remarquer qu'un ébranlement même léger du crâne pouvait suffire à aggraver considérablement une affection de l'oreille moyenne. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 3, 1888.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

#### LARYNX ET TRACHÉE

**Les fonctions de la luette et de l'épiglotte** (*The fonctions of the uvula and epiglottis*), par le D<sup>r</sup> SCANES SPICER.

Dans ce travail l'auteur discute les opinions des divers auteurs sur le rôle de l'épiglotte dans la déglutition, la phonation, l'articulation, la respiration et les sécrétions. Il décrit ensuite une importante fonction qui paraît avoir échappé à tous les auteurs : c'est que la luette, pendant la respiration normale (respiration nasale) sert à conduire les sécrétions nasales et lacrymales sur la tonsille linguale où elles sont absorbées et pénètrent de nouveau dans la circulation. De l'amygdale les parties non absorbées s'accumulent dans la fossette glosso-épiglottique et de là dans les sinus pyriformes ou fossettes hyoïdiennes. L'auteur ensuite étudie les fonctions de l'épiglotte. (*The Lancet*, 31 mars 1888.) D<sup>r</sup> J. CH.

**De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes**, par le D<sup>r</sup> CARTAZ.

Après avoir indiqué brièvement les symptômes des végétations, Cartaz insiste sur les troubles du côté de la prononciation : le langage est mort, le timbre de la voix est voilé, éteint; l'émission franche des nasales est difficile, les M et les N sont transformées en B, le malade dit : baba pour maman, et dez pour nez.



Ces troubles vocaux disparaissent en général, dès qu'on a rendu à la cavité pharyngo-nasale son calibre normal, dès qu'on a extrait ou détruit les végétations. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et Cartaz a constaté la persistance d'un nasillement assez prononcé chez deux enfants qu'il avait opérés avec la pince de Læwenberg.

Il attribue ce phénomène à un certain degré de parésie musculaire du voile du palais, consécutivement à l'inaction due à la présence de tumeurs adénoïdes; il y a une sorte de déséquilibre de tension et de relâchement des muscles, un défaut de coordination.

Cartaz conseille en pareil cas la gymnastique vocale. On obtient des résultats rapides en donnant tous ses soins à la parfaite articulation des syllabes, à la lecture posée, à haute voix, lentement, en scandant bien les mots. Il attribue une grande importance à l'éducation par le solfège où les sons sont tenus un certain temps. Si ces moyens étaient insuffisants, il faudrait recourir à l'électrisation du voile. (*Archives de laryngologie*, déc. 1887.) J. JOAL.

---

**Etude sur les paralysies des muscles du larynx,**  
par le Dr Fernand LUBET-BARBON (1).

L'auteur dans les premiers chapitres rappelle l'anatomie et la physiologie pathologique des muscles et des nerfs du larynx. Dans le second, consacré à la symptomatologie, il étudie : 1° les troubles de la déglutition dans les cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien; 2° ceux de la respiration, lors de la paralysie des muscles dilatateurs; 3° ceux de la phonation quand sont atteints les muscles constricteurs.

A la fin de son travail, il rapporte quinze observations de paralysies du larynx dont treize personnelles, et il termine par un index bibliographique un peu incomplet. En somme il nous résume simplement ce que nous savons sur ce sujet pourtant fécond, mais qui eût peut-être demandé à être traité d'une manière plus complète. (*Thèse de Paris*, 1887.)

---

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, 1887.

**Observation d'un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique**, par le Dr BOTTEY.

Malade de trente-six ans, hystérique, atteinte depuis dix-huit mois d'aphonie et traitée d'abord sans succès par l'hydrothérapie, l'électrisation faradique humide de la région laryngée et de la nuque. Au moyen d'un courant galvanique de faible intensité, appliqué sur les régions temporales, la malade est mise dans un état de somnambulisme imparfait, et l'auteur lui fait prononcer par injonction toutes les lettres de l'alphabet, puis des mots et des phrases; puis il lui suggestionne de continuer à parler; ce que fait la malade après son réveil.

Après cinq séances semblables, la voix laryngée était totalement revenue et d'une façon persistante. (*Société médico-pratique*, 28 novembre.) J. JOAL.

**Un cas de laryngite œdémateuse suraiguë** (*A case of extremely acute œdematous laryngitis*), par le Dr BARCLAY J. BARON.

E. N., âgée de trente ans, mère de 7 enfants, est admise à l'hôpital, souffrant d'une dyspnée très intense, faisant craindre une asphyxie prochaine. Rien à la gorge en dehors d'une légère congestion. Les poumons, les reins, le cœur, ne présentent rien de particulier. Au laryngoscope, on constate un œdème énorme de l'épiglotte obstruant presque complètement l'orifice du larynx. Au bout de quelques jours de traitement, cataplasme chaud sur le larynx, pulvérisation au benjoin (etc.), la malade était guérie.

L'auteur fait observer que ce cas est remarquable par la rapidité (trois heures) avec laquelle l'œdème est survenu en dehors de toute lésion du cœur, des poumons ou des reins. Il considère ce fait comme un cas d'œdème aigu idiopathique. (*Brit. Med. Journ.*, 17 décembre 1886.) Dr J. CH.

**Cas de sténose laryngée avec articulation sonore** (*A case of laryngeal stenosis with audible articulation*), par le Dr CARL SEILER.

Il paraît impossible de prime abord qu'un son articulé puisse se produire alors qu'il existe une sténose complète du larynx; il est en effet admis que le langage articulé est composé de



sons produits par les vibrations des cordes vocales. Carl Seiler cependant rapporte un cas de sténose complète du larynx dans lequel le malade pouvait émettre des sons articulés bien qu'aucune colonne d'air ne pût traverser son larynx. Nous résumons en quelques mots cette observation : D..., enfant de trois ans, présentait en 1881 des papillomes pédiculés paraissant insérés sur la corde vocale gauche; il n'existait à cette époque aucune gêne respiratoire, et l'auteur conseille à la mère d'attendre que le malade soit plus âgé afin qu'on puisse pratiquer l'extraction par les voies naturelles, en l'engageant toutefois à le ramener si la dyspnée venait à se produire. En 1885, le Dr Seiler revoit l'enfant qui avait été trachéotomisé depuis un an déjà. Le larynx tout entier était rempli de papillomes, et la sténose du larynx absolue, et cependant l'enfant pouvait produire des sons articulés assez élevés et assez distincts pour pouvoir se faire entendre dans une chambre assez spacieuse. L'auteur put extraire du larynx les papillomes qui obstruaient la partie sus-glottique; le traitement dura environ trois mois, et pendant ce laps de temps il put étudier suffisamment la méthode d'articulation adoptée par le jeune malade; il donnait à sa cavité buccale la forme nécessaire pour la production de la voyelle à émettre et produisait un bruit de raclement en appliquant les côtés de la langue contre les dents inférieures, forçant l'air contenu dans la cavité pharyngienne à passer à travers la cavité buccale rétrécie. Pour les consonnes ouvertes B, P, S, T, etc., il les produisait en forçant l'air à passer à travers le canal rétréci, par un effort musculaire de la langue et des constricteurs du pharynx. Il ne pouvait produire les consonnes fermées, telles que M, N, H, etc., mais, après une courte pratique, l'oreille de l'auditeur y suppléait parfaitement.

Malgré l'extraction des papillomes, situés au-dessus de l'orifice glottique, la sténose persistait encore, et l'on dut inciser, au-dessus de la canule trachéale, la trachée et le cricoïde, ce qui permit d'enlever avec des pinces les papillomes qui remplissaient la cavité sous-glottique. Le malade guérit complètement. (*Philad. Med. Times*, 1<sup>er</sup> janv. 1888.)

Dr J. CH.

**Laryngotomie dans un cas de sténose laryngée, guérison**  
(*Successful laryngotomy for laryngeal stenosis*), par le Dr WISE.

Le malade, âgé de trente-neuf ans, s'est enrhumé trois mois auparavant; sa voix rauque tout d'abord est devenue progressivement aphone. En même temps survenaient de violents accès de dyspnée qui sont devenus de plus en plus fréquents, la gêne respiratoire est permanente.

Au laryngoscope on trouve l'explication de tous ces symptômes. Les cordes vocales sont légèrement congestionnées et on constate un tubercule (?) aplati inséré à l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen de la corde vocale gauche. Mais, ce qui frappe le plus, c'est la position des deux rubans vocaux qui sont en position vocale et paraissent en contact immédiat dans leur tiers antérieur. Toutes les parties voisines sont gonflées, en particulier les replis ary-épiglottiques; sur le repli gauche il existe des plaques grisâtres de la largeur d'un petit pois, mais on ne peut constater d'ulcérations. Le malade a eu la syphilis.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne fut faite *in extremis*, l'asphyxie était presque complète, et l'on dut pratiquer la respiration artificielle pour ranimer le patient. Quelque temps après l'opération, le traitement spécifique fut institué, l'amélioration ne tarda pas à se produire, et deux mois après la canule fut définitivement enlevée. (*The Lancet*, 17 mars 1888.)  
D<sup>r</sup> J. CH.

**Examen du larynx et du nez d'un lépreux**, par le Dr RUAAULT.

Le début de l'affection remonte à huit ans, la face, les oreilles, les membres sont couverts de tubercules lépreux typiques et d'assez nombreuses ulcérations; le malade est âgé de trente-six ans.

Le nez dont la peau est couverte de tubercules brillants de couleur jaunâtre est affaissé. Vaste perforation de la cloison cartilagineuse; cornets inférieurs de chaque côté presque détruits et réduits à un bourrelet faisant très peu saillie sur la paroi externe de la fosse nasale. Cornets moyens, épaissis et formant des tumeurs rougeâtres qui commencent à se



creuser d'ulcérations superficielles. Le plancher est de couleur jaune sale ; l'odorat est aboli.

Les dents sont déchaussées à la région antérieure, les gencives ulcérées profondément ; la voûte palatine porte à son centre une ulcération ; sur la langue deux grandes ulcérations à gauche, près du bord de l'organe.

L'épiglotte est très épaissie ; elle porte sur la plus grande partie de son bord libre, des érosions mal limitées ou cratéri-formes ; les ligaments aryépiglottiques, la région aryténoïdienne, les bandes ventriculaires n'offrent pas des tuméfactions appréciables, ni d'ulcérations. Les cordes vocales ont perdu leur aspect nacré, elles sont jaunâtres et rugueuses, leurs bords libres sont serratiques. La motilité du larynx paraît diminuée mais non pas altérée, la voix est très rauque et un peu nasonnée. (*Arch. de laryngologie*, déc. 1887.) J. JOAL.

**Tubage du larynx. — Asphyxie consécutive à l'obstruction du tube** (*Intubation of the larynx. Asphyxia from obstructed tube*), par le Dr DEMING.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, chez lequel le tubage avait été fait à l'aide d'un tube de O'Dwyer. Le tube, à un moment donné, fut obstrué par une matière blanchâtre, probablement du lait coagulé. L'asphyxie s'était produite et l'enfant paraissait mort ; on put cependant le ranimer par la respiration artificielle. La dyspnée était telle que le tube dut être remplacé. Le malade mourut quelques jours après de pneumonie (*Med. Record*, 18 février 1888.) Dr BRYSON-DELAN.

**Un cas d'angiome du larynx** (*A case of Angioma of the larynx*), par le Dr PERCY KIDD.

La tumeur fut observée chez une femme de cinquante ans environ : elle était de forme ovalaire imparfaitement trilobée de couleur rouge sombre ; elle s'insérait sur la partie antérieure de la corde vocale gauche par un pédicule rubané permettant quelques mouvements à la tumeur. L'ablation fut faite à l'aide des pinces à polypes de Mackenzie. Au microscope, la tumeur offre la structure des angiomes. (*The Brit. cope Journ.*, 17 mars 1888.) Dr J. CH.

**Du traitement de la tuberculose du larynx par le phosphate acide de chaux** (*Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalk*), par le Dr RÉTHI, assistant à la polyclinique de Vienne.

A l'assemblée générale des naturalistes et médecins allemands de 1887, M. le professeur Schnitzler, traitant des nouvelles méthodes et des nouveaux médicaments appliqués au traitement de la tuberculose du larynx, parlait du phosphate de chaux qu'il avait expérimenté à l'exemple de Kolischer et Freund qui ont préconisé cet agent dans la tuberculose articulaire (1). Les résultats encore incomplets lui en avaient paru assez peu décisifs.

M. le Dr Réthi, assistant très distingué du professeur Schnitzler, rend compte des divers essais qu'il a faits avec ce médicament dans les diverses périodes de la tuberculose laryngée, après s'être assuré préalablement dans chaque cas de la présence des bacilles.

Il se servit de la solution primitivement indiquée par Kolischer :

Phosphate neutre de chaux, 5 gr.

Eau distillée, 50 gr.

Ajoutez peu à peu :

Acide phosphorique, Q S. jusqu'à solution parfaite.

Ajoutez ensuite :

Acide phosphorique dilué, 0 gr. 60.

Eau distillée Q S. ad., 100 gr.

On mettait également en contact avec ces ulcérations de la gaze imprégnée de cette même solution, mais dans laquelle on avait ajouté, non plus 0 gr. 60 d'acide phosphorique dilué, mais 6 gr.

Ces dernières applications se faisaient avec le cathéter de Schroetter, autour duquel on fixait la gaze ou avec l'aide d'un instrument particulier construit dans ce but. Les malades supportaient ces applications de 20 minutes, au début, jusqu'à une heure.

Les résultats des applications au pinceau ont été peu brillants ; en général, ils n'ont été appréciables que dans les

(1) Voyez n° de janvier 1888, page 22.



cas très peu avancés et sur des sujets relativement vigoureux ; ceux de l'application de la gaze imprégnée ont été plus marqués, mais c'est surtout lorsqu'on avait pratiqué le traitement par la curette tranchante, préconisé par Héring (1), que ces applications ont paru constituer un traitement consécutif, de nature à rendre plus complets les résultats de l'opération, sans cependant qu'on puisse jusqu'à présent leur attribuer une action beaucoup supérieure à celle de l'acide lactique, du bismuth, de l'acétate de plomb ou de l'iodoforme.

Le phosphate acide paraît donc à l'auteur mériter au moins l'un des premiers rangs parmi les agents du traitement local de la tuberculose, et il y aurait peut-être lieu, selon lui, d'expérimenter son action en injections interstitielles — après trachéotomie ; — en attendant et pour se rendre compte de leur effet, dans la faible mesure où cela est possible dans ces cas, on pourrait employer ces injections lorsqu'on a pratiqué la trachéotomie pour obvier à la suffocation. (*Wiener Medizinische Presse*, 1887, n<sup>os</sup> 44 et 45.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

**De la trachéotomie dans la phtisie laryngée** (*On tracheotomy in laryngeal phthisis*), par le Dr PERCY KIDD.

L'auteur rappelle les idées professées sur cette question par les principaux écrivains dont les uns, Mackenzie, Solis-Cohen, etc., n'admettent la trachéotomie dans la tuberculose que lorsqu'il y a danger immédiat de mort par sténose laryngée ; tandis que d'autres, Larkowsky, Ripley et surtout Beverley-Robinson, la considèrent comme opération curative et recommandent la trachéotomie précoce.

Sur 4,000 tuberculeux inscrits à l'hôpital de Brompton en 4 ans, quatre seulement ont été trachéotomisés ; Percy Kidd rapporte sommairement leurs observations. Les résultats dans ces quatre cas furent loin d'être aussi favorables que ceux relatés par Moritz-Schmidt. Le premier malade mourut deux jours après, le second vécut trois mois, le troisième huit, et le quatrième mourut un mois après l'opération. L'auteur termine

(1) Voyez n<sup>o</sup> de janvier 1888, page 21.

son travail par une discussion des opinions des divers auteurs et des raisons émises pour ou contre la trachéotomie. Il conclut en adoptant la manière de voir de Solis-Cohen et de Mackenzie; c'est, je crois, la seule rationnelle, et on n'est autorisé à faire la trachéotomie dans la tuberculose que dans les cas de dyspnée grave accompagnant des lésions du poumon peu avancées. (*The Lancet*, 31 mars 1888.) D<sup>r</sup> J. CH.

---

**Une aiguille restée dix mois dans le larynx** (*Eine Nähnadel zehn Monate lang im larynx*), par le D<sup>r</sup> VAMOSSY, de Sechshaus.

Il s'agit d'un tailleur qui vint à l'hôpital disant qu'il avait avalé par mégarde une aiguille portant un bout de fil. L'homme toussait sans interruption et souffrait au niveau du cou.

Malgré la toux, on put, quoique avec beaucoup de peine, apercevoir sur le bord gauche de l'épiglotte un morceau de fil noir qu'on put saisir avec une pince et qu'on enleva, mais sans l'aiguille. Tout rentra néanmoins dans l'ordre, et ce n'est que dix mois plus tard que l'aiguille, toute rouillée, fut expulsée dans un effort de toux. (*Wien. med. Presse*, 1887, n° 52.) D<sup>r</sup> WAGNIER.

---

**Des rapports qui existent entre la laryngite striduleuse et l'asthme spasmodique des enfants.**

Comme le fait remarquer M. Morton, ces deux affections débutent en général la nuit, ont une tendance marquée à se répéter plusieurs nuits de suite et attaquent de préférence le sexe masculin. Toutes deux disparaissent, le plus souvent, vers six ans, sont aussi communes en été qu'en hiver et s'accompagnent fréquemment d'un léger catarrhe bronchique ou gastrique. Aussi M. Morton pense-t-il que la laryngite striduleuse, l'asthme et la fièvre de foin ne sont que différentes manifestations du même processus morbide. M. C. West a observé que les enfants atteints de laryngite striduleuse dans leur jeune âge sont sujets à des accès d'asthme. M. Hughlings-Jackson attribue le spasme de la laryngite striduleuse à une irritation anormale de la moelle allongée et du pont de Varole. (Lettres d'Angleterre, in *Sem. méd.*, du 26 juin 1887.)

M. NATIER.

---



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### Bouche et Pharynx buccal.

- Albertin.** — De la tuberculose linguale (*Province méd.*, 2 juin 1888).
- Andradas (G.).** — La grenouillette (*El dictamen*, Madrid, 20 février 1888).
- Beach (H.-H.-A.).** — Cancer de la langue, extirpation complète sans effusion de sang (*Boston Med. surg. j.*, 1888, CXVIII, 374).
- Beissel.** — Ulcérations syphilitiques et mercurielles de la langue (*Monats. f. dermat.*, n° 6, 1888).
- Bellamy.** — Epithélioma du maxillaire supérieur (*The Lancet*, 2 juin 1888).
- Bellamy.** — Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (*Thèse Paris*, 1888).
- Bellido (M.).** — Urticaire et glossite paludéenne (*Cronica medica*, n° 51, mars 1888, p. 106).
- Bellido (M.-T.).** — Nécrose du maxillaire inférieur. Traitement. Guérison (*Cronica medica*, n° 51, mars 1888, p. 106).
- Bleynie.** — Traitement de l'angine couenneuse et du croup par la glace (*Echo médic.*, n° 28, 16 juin 1888).
- Bleything.** — Sarcome de la langue guéri par opération (*New-York med. journal*, 23 juin 1888).
- Bergmann.** — Fibro-lipome de la langue provenant du frein (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, 4 juin; *Wien. Klin. Woch.*, 1888).
- Bouchet.** — Mal de Pott rétro-pharyngien inférieur (*Soc. savantes, Loire méd.*, 15 mai 1888).
- Bobone.** — D'une forme d'amygdalite folliculaire, infectieuse, contagieuse (*Bollett. delle mal. della gola*, etc., an VI, n° 4, 1<sup>er</sup> juillet 1888, Florence).
- Brandt.** — De l'uranoplastie, staphylophagie avec prothèse (*Verlag v. Aug. Hirschwald*, in Berlin 1888).
- Brosin.** — Langue noire (*Monats. f. prak. dermat.*, 1888, Appendix).
- Brust.** — Esquinancie (*Cincinnati Lancet clinic.*, 7 avril 1888).
- Bulhões.** — Quelques réflexions sur le processus de la résection totale du maxillaire supérieur (*Brazil. med.*, 19 avril 1888).
- Cardone (F.).** — Observations cliniques et bactériologiques sur l'érysipèle primitif du pharynx (*Estratto dal Giorn. intern. delle scienze mediche*, anno X; *Napoli*, 1888).
- Carle.** — Résection du pharynx (*Actes de l'Acad. méd. Turin*, in *Riforma med.*, an VI, n° 15, Rome 1888).
- Castel (Du).** — De l'angine syphilitique précoce (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juin; *Sem. méd.*, n° 24, 13 juin 1888).
- Chaintre.** — Epithélioma intra-labial siégeant sur la lèvre supérieure à peu près à égale distance du lobule et de la commissure droite. Tumeur non ulcérée, développée très probablement dans les glandes profondes de la peau (*Lyon médical*, 24 juin 1888).
- Clarke.** — Ligature d'une amygdale pour une hémorragie (*New-York med. journ.*, 7 juillet 1888).
- Clellan.** — Amputation de la moitié gauche de la langue pour un épithélioma (*The Journ. of amer. Association, Philadelph. county med. Soc.*, 25 avril 1888).
- Cooper (A.).** — Contagion de la syphilis par la salive (*J. of laryng. a. rhinol.*, juin 1888).

- Coopmann.** — Pyohémie à la suite de carie dentaire. Mort. Considérations sur la prophylaxie (*Berl. klin. Woch.*, n° 23, 4 juin 1888).
- Croly.** — Sarcome de l'amygdale (*Transact. of. Acad. med. Ireland*, mars 1888).
- Corminas (E.).** — Guérison d'une énorme hypertrophie des amygdales par une angine scarlatiniforme (*Revista de ciencias medicas de Barcelona*, 10 mayo 1888).
- Cutter.** — Aliments et affections de la gorge (*Journal of laryng.*, n° 7, juillet 1888).
- Déclat.** — Cancroïde ulcéré à la langue guéri une première fois par le traitement phéniqué. Récidive après interruption de ce traitement, opération et mort (*La médecine des ferments*, n° 34, 1888).
- Desmartin.** — Pharyngo-tympanite (*Journal de médecine*, 24 juin 1888).
- Farlow (J.-W.).** — Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue. Observations (*Boston med. surg. Journ.*, 2 février 1888).
- Fussel (M.-H.).** — Valeur diagnostique du bacille de la tuberculose dans les crachats (*Proc. Phila. C. m. soc.*, 1887; *Phila.*, 1888, VIII, 90, 100).
- Gache.** — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-cautérisation (*Th. de Paris*, 1888).
- Garde-Soler.** — Epithélioma de la lèvre inférieure (*Revista de sanidad militar.*, 15 julio 1888).
- Gillot (d'Autun).** — Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur séméiologique (*Union méd.*, 26 mai 1888).
- Gleitsmann.** — Hypertrophie notable de l'amygdale et de la langue (*Med. record*, 7 juillet 1888).
- Grawitz.** — Morbus maculosus de Werlof (*Greifswalder medic. Verein*, 3 mars; *Deuts. med. Woch.*, n° 26, 28 juin 1888).
- Grubliam.** — Traitement de l'amygdalite par le salicylate de soude (*Practitioner*, mai 1888).
- Hall (Havilland de).** — Amygdalite aiguë parenchymateuse, traitée par la cocaïne (*Clinic. soc. of London*, 11 mai; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).
- Harris (Th.).** — Destruction complète de la langue (*Manchester med. Soc.*, 2 mai; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).
- Harrisson (D.).** — Un cas de glossite aiguë (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 18).
- Harrisson.** — Angine goutteuse (*Medical news*, 16 juin 1888).
- Heath.** — Deux cas d'extraction de toute la langue pour un épithélioma, etc. (*The Lancet*, 23 juin 1888).
- Herescu.** — Uranoplastie (*Spitalul*, mai 1888).
- Hillaby.** — Traitement de l'amygdalite par le salicylate de soude (*Pract.*, avril 1888).
- Horowitz.** — Traitement mécanique du psoriasis syphilitique de la muqueuse buccale (*Wien. med. Presse*, n° 42, 1887).
- Inders (Oldambt).** — Dysphagie provoquée par un morceau d'os (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Jacquemard.** — Note sur une petite épidémie d'angine observée dans une salle de l'Hôtel-Dieu (*Loire méd.*, 15 juin 1888).
- Joachim (O.).** — Contribution à la psychologie du voile du palais (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Ba XIX, H. 1, juin 1888).
- Kümmell.** — Sarcome de l'amygdale (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, 29 mai; *Munch. medic. Woch.*, n° 23, 5 juin 1888).



- Larabrie (De).** — Bec de lièvre compliqué (*Soc. anat. de Nantes*, 12 juin; *Gaz. méd. de Nantes*, 9 juillet 1888).
- La Torre.** — Hygiène de la bouche (*Bergame*, 1888).
- Lazarus (A.).** — Des fonctions sécrétoires des épithéliums des glandes salivaires (*Archiv. f. d. phys.*, XIII, 11-12, 1888).
- Lediard.** — Hypertrophie des amygdales (*Edimb. med. J.*, avril 1888).
- Looten.** — Calcul du canal de Warthon (*Bullet. méd. du Nord*, n° 5, mai 1888).
- Lorentzen (L.).** — Un cas de cancer de la langue (*Ugeskrift f. Laeger*, 1<sup>er</sup> juin 1888).
- Marsh (H.).** — Conditions de succès dans les opérations de la voûte palatine (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 7).
- Morrison.** — Cas de paralysie unilatérale de la langue consécutive à la lésion du nerf hypoglosse (*British med. journal*, 14 juillet 1888).
- Oltuzewski.** — Un cas de mycosis leptothrix du pharynx (*Gazetta lekarska*, n° 4, 1888).
- Ouspenski.** — Hypertrophie tonsillaire dans l'enfance, son importance et son traitement (*Ann. mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, juillet 1888).
- Pancoast.** — Amygdalite (*Med. Times*, 15 mai 1888).
- Pasteur.** — Abscess en dehors de l'amygdale chez un enfant, causant la dysphagie et la dyspnée, traité par opération par le cou (*The Lancet*, 14 juillet 1888).
- Pel.** — Hémiatrophie de la langue, démonstration à la *Nederlandsche Macho-Chappy Pot Bevoeding der geneest* (*Weekbl., von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Petczynski.** — Pharyngite aiguë et desquamation générale de l'épiderme (*Gazetta lekarska*, n° 3, 1888).
- Petersen.** — Infection syphilitique extragénitale (*Monats. f. dermat.*, n° 7, 1888).
- Phedran (Mc).** — Tonsillite nécrosique (*Toronto med. Soc., can. pract.*, juin 1888).
- Physen.** — Spasme glosso-labial hystérique (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Piering.** — Mikrophtalmie, microglossie, palatoschisis combinés (*Verhandl. aerzt. Gesells in Prag.*, 9 mars; *Berl. Klin. Woch.*, n° 27, 2 juillet 1888).
- Pitts.** — Kystes congénitaux de la bouche (*Brit. med. J.*, 3 mars 1888).
- Poncet.** — Adéno-chondrome volumineux du voile du palais. Mort par asphyxie (*Gaz. des hôp.*, 19 juin 1888).
- Poncet.** — Traitement chirurgical du cancer de la langue (*Province méd.*, 2-16 juin 1888).
- Poncet.** — Énorme sarcome de la langue (*Soc. nat. de méd. Lyon*, 14 mai 1888; *Lyon méd.*, 20 mai 1888).
- Poncet.** — Tuberculose de la langue (*Province méd.*, 2 juin 1888).
- Portugalov.** — Traitement de l'hypertrophie des amygdales (*Med. Obo*, 1888, n° 4).
- Ranke (H.).** — Etiologie et anatomo-pathologie du noma gangréneux (*Jarbuch f. Kinderheilk.*, 1887).
- Reclus.** — Leucoplasie et cancéroïde de la muqueuse buccale (*Gaz. des hôp.*, 28 juin 1888).
- Remak (E.).** — Paralysie traumatique du sympathique, de l'hypoglosse et de l'accessoire (*Berl. Klin. Woch.*, 1888, XXV, 121, 125).

- Rethi (L.).** — Résection de l'apophyse styloïde du temporal pour cause de dysphagie (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 24, 18 juin 1888).
- Robinson (B.).** — Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue (*N.-Y. med. rec.*, 4 février 1888).
- Ruault (A.).** — Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) (*France médic.*, n° 63-66, 5-7 juin 1888).
- Schwartz.** — De la glossodynie et de son traitement par la cautérisation ignée (*Revue gén. de clin. et thér.*, 31 mai 1888; *Journ. méd.*, 20 mai 1888).
- Schnitzler.** — Emploi et action de la créoline dans les maladies de la bouche, du naso-pharynx et du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 27, 1<sup>er</sup> juillet 1888).
- Schonhron.** — Présentation d'un cas de sarcome des amygdales (*Kreisversammlung der Aerzte von Unterfranken in Würzburg*, 14 juillet 1888).
- Seitz.** — Néphrite dans un cas de stomatite (*Correspond. f. schw. aerzte*, n° 22, 1887).
- Smith (Cl.).** — Excision de la langue (*South. Indian Branch.*, 13 janvier; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).
- Smith (A.-H.).** — Sur un sarcome de la bouche ayant amené la mort en trente-quatre jours (*The medic. analectic*, 10 mai 1888).
- Société médicale de Lyon.** — Tuberculome intra-lingual (*Lyon médical*, 3 juin 1888).
- Stewart (R.-H.).** — Un singulier cas de syphilis de la bouche (*Lancet*, 20 juin 1888, p. 1293).
- Symonds (C.).** — Epithélioma de la bouche; ablation de l'amygdale, d'une partie du voile du palais, du pharynx et de la langue (*Brit. med. J.*, n° 1433, 16 juin 1888).
- Trélat.** — Tumeur épithéliomateuse de la mâchoire inférieure (*Gaz. des hôpit.*, n° 68, 13 juin 1888).
- Treves (F.).** — Angiome de la bouche et de la langue (trois cas) (*Pathol. Soc. of London; J. of laryng. a. rhinol.*, juin 1888).
- Wassilieff.** — Où se produit le réflexe de la déglutition (*Berner Dissertation München. Druck von R. Oldenbourg*, 1887).
- Weill (E.).** — Traitement de la pharyngite chronique (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1888).
- Weill.** — Du traitement de la pharyngite chronique (*Med. korresp. bl. d. Würtemb. aerzt. Landesver.*, 12, 1888).
- Winternitz.** — Statistique des affections de la langue (*Vierteljahrs. f. Dermat. u. syphilis*, H. 3, 1887).
- Walsham.** — Un cas de tumeur de la joue, etc. (*British med. journal*, 12 mai 1888).
- Voss.** — Becs de lièvre (*Tidsskrift for prakt. medic.*, p. 25, 1888).
- Voss.** — Fissure palatine (*Tidsskrift f. prakt. medic.*, 1<sup>er</sup> février 1888).
- X...** — Récente épidémie de maux de gorge à Edimbourg et ses relations avec le lait distribué (*Brit. med. J.*, n° 1432, 9 juin 1888).
- X...** — Des angiomes de la langue (*Paris médical*, 2 juin 1888).
- X...** — Traitement de l'angine tonsillaire des enfants (*Paris médic.*, n° 24, 16 juin 1888).

### Nez et Pharynx nasal.

- Ambrosio (D').** — Note sur la rhinoplastie (*La Medicina contemporanea*, an V, n° 2, Naples, 15 juin 1888).



- Aronsohn.** — Électrisation de l'olfactif (*Centralb. f. d. medic. Wissensch.*, n° 20, 1888).
- Bloch (E.).** — Recherches sur la physiologie de la respiration nasale (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 18, t. 3 u. 4, juin 1888).
- Bradburg.** — Epistaxis (*The Lancet*, 19 mai 1888, p. 981).
- Bresgen.** — Instruments pour le nez et le larynx (*Therap. Monatsch.*, mars 1888).
- Broich.** — Embout nasal très simple, son emploi en thérapeutique (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, 1888).
- Bronner.** — L'ozène, sa nature et son traitement (*Med. Press. a Circ. London*, 1888, N.-S. XIV, 343-345).
- Bronner.** — Tumeurs rétro-nasales et leur relation avec les affections de l'oreille moyenne (*British med. journ.*, 14 juillet 1888).
- Campbell.** — Electrolyse dans le traitement des néoplasmes du nez et du pharynx (*The med. record; Améric. med. Associat., Cincinnati*, 8, 9 10 et 11 mai 1888).
- Cardone.** — Contribution à la nature parasitaire du coryza aigu (*Archiv. ital. di laryng.*, an VIII, fasc. 3, 1888).
- Carpentier.** — Quelques affections du naso-pharynx, leur nature et leur traitement (*Pract.*, avril 1888).
- Clair (R.-W. St.).** — Lipome du nez guéri par l'électrolyse (*Med. Brief.*, janvier 1888).
- Gradle (H.).** — Irritation morbide du nez (*Journ. amer. medic. Assoc.*, 12 mai 1888).
- Echevarria.** — De l'épistaxis (*El Dictamen*, Madrid, 29 février 1888).
- Ernyée.** — La térébenthine comme hémostatique dans les épistaxis persistantes (*Orvosi heti szemle*, Budapest, 1888, I. 353-356).
- Figano.** — Speculum nasi modifié (*Gazetta degli ospitali*, 15 juillet 1888).
- Fox.** — Catarrhe nasal et aprosexie (*The Lancet*, 12 mai 1888).
- Garry.** — Eternuement spasmodique (*British med. journ.*, 30 juin 1888).
- Gaucher.** — Epistaxis incoercibles (*Soc. med. des hôp. in Un. méd.*, 26 juin 1888).
- Gaucher.** — Epistaxis répétées chez un homme atteint de néphrite (*Bulletin médical*, 25 juin 1888).
- Genth (C.).** — Traitements de l'hay fever (*Brit. med. j.*, n° 1433, 16 juin 1888).
- Getz.** — Electrolyse comme premier agent dans l'enlèvement d'un néoplasme du nez et du pharynx (*Medical news.*, 2 juin 1888).
- Groh.** — Ecoulement de liquide cérébro-spinal par le nez (*Wien. med. Bl.*, 1888, XI, 264).
- Gruhn.** — Blennorrhée lacrymale dans les maladies du nez (*Munch. med. Woch.*, n° 207, 3 juillet 1888).
- Hermet.** — Cautérisation de la partie postérieure des cornets (*Soc. de l'Elysée*, février 1888; *J. of. Laryng. a Rhinol.*, juin 1888).
- Howe.** — Fibromes naso-pharyngiens (*Eclectic med. Journ.*, janv. 1888).
- Ingals.** — Fibrome naso-pharyngien (*The med. and surg. reporter*, 2 juin 1888).
- Jarvis (W. C.).** — Tumeurs vasculaires des fosses nasales; leur extirpation par l'anse froide. Observation (*Intern. journ. of surgery and antiseptis* janv., 1888).

- Jarvis.** — Indications pour le traitement chirurgical de la déviation de la cloison, etc. (*New-York med journ.*, 7 juillet 1888).
- Johnston.** — Polypes muqueux (Spécimens histologiques présentés à la medico-chirurgical Soc. of Montréal (*Med. and surg. Journ.*, mars 1888).
- Jones (E.-J.).** — Corps étranger (*N.-Y. Med. Rec.*, 18 fév. 1888).
- Judkin (S.-B.).** — Procédé pour arrêter les épistaxis (*Med. Brief*, septembre 1887).
- Kirmisson (pour Ledru).** — Epithélioma du nez. Polype naso-pharyngien (*France méd.*, 14 juillet 1888).
- Lavrand.** — Polypes du nez (*Journal des Sciences méd. de Lille*, 6 juillet 1888).
- Lockwood (S.).** — Pathologie du pollen en été ou asthme de foin (*J. N.-York Mer. Soc.*, 1888, IV, 99-105, 1 pl.).
- Martin Pierre.** — Contribution à l'étude des sinus frontaux (*Thèse Paris*, 1888).
- Masini.** — Calcul de la fosse nasale droite (*Gaz. degli ospitali*, 4 luglio 1888).
- Mackenzie (G.-H.).** — Lecture sur la rhinite chronique et ses suites (*Brit. med. J.*, n° 1433, 16 juin 1888).
- Mollière.** — Chirurgie du nez envisagée au point de vue esthétique (*Province méd.*, 26 mai 1888).
- Moure (E.-J.).** — Du coryza atrophique (ozène essentiel) (*Gaz. des hôp.* 3, 10 juillet 1888).
- Netchaieff.** — Névroses réflexes d'origine nasale (*Bulletin méd.*, 8 juil. 1888).
- Nikiforow.** — Du rhinosclérome (*Archiv. f. experim. Pathol. u. Pharmacol.*, Bd, XXIV, 1888).
- Nikitin (V.-N.).** — Maladies des fosses nasales (Saint-Pétersbourg, 1888, 131 p. 8°).
- Ottolenghi (S.).** — Squelette et forme du nez chez les criminels, les épileptiques, et les crétins (*Archiv. di psichiat*, etc., Torino, 1888, IX, 3-28, 1 tab.).
- Platt.** — Fibro-adenenchondrome du naso-pharynx, etc. (*Medical news*, 2 juin 1888).
- Pierre.** — Quelques considérations sur la présence des larves de la *Lucilia hominivora* dans les fosses nasales (*Thèse Paris*, 1888).
- Poltre (F.-H.).** — Tuberculose du nez, de la bouche et du pharynx (*Buffalo med et surg. Journ.*, fév. 1888).
- Reinhjer (Nymèges).** — Arrachement du cornet moyen par suite d'extirpation de polype muqueux au moyen du serre-nœud de Blake (*Weekbl. von stel Nederl. Fydschr. voor geneest.*, n° 23, 1888).
- Rethi.** — L'acide chromique, son emploi comme caustique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx (*Paris médical*, 23 juin 1888).
- Ricci (A.).** — Des tumeurs adénoïdes du pharynx, considérées spécialement au point de vue de leur siège et de leur traitement (*Gazet. degli. osp.*, 30 mai 1888).
- Richet.** — Tumeur fongueuse des fosses nasales (*Le Praticien*, 9 juil. 1888).
- Ringer.** — Remarques sur l'éternuement paroxystique (*British med. Journ.* 23 juin 1888).
- Roé (J.-O.).** Hay fever, analyse de 44 cas traités par l'auteur et résultats du traitement (*Tr. Am. laryngol., Assoc.*, 1887 ; *N.-Y* 1888, IX, 117-127).
- Rosenthal.** — Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux (*Thèse de Paris*, 1888).



- Rumbold.** — Fonctions de la membrane muqueuse du nez, de la gorge et des oreilles (*The med. and surg. reporter*, 5 mai 1888).
- Sannes.** — De l'application du menthol sur la muqueuse nasale (*Weekbl. von slet Nederl. Tydscher. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- La Sota (R. de la).** — Corps étrangers des fosses nasales (*Gaceta de oftamologia y laryng.*, etc., juin 1888).
- Smart's.** — Note sur quelques formes de névroses respiratoires non décrites (*Edinburgh medical journal*, juillet 1888).
- Soustre.** — Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse Paris*, 1888).
- Thirifay.** — Polype naso-pharyngien, résection temporaire de l'auvent nasal (*Acad. roy. de méd. de Belgique*, 20 mai 1888).
- X...** Inhalateur nasal et buccal (*Brit. med. J.*, n° 1433, 16 juin 1888).
- X...** — Speculum du nez (*Illustr. Monatsch. f. aerztl. Polytechnick.*, n° 2 1888).
- X...** — Rhinoplastie (*Brit. med. J.*, 17 mars 1888).
- Watson.** — Respirateur combiné pour le nez et l'oreille (*The Lancet*, 2 juin 1888).
- Watson (Sp.-W.).** — Un cas de rhinite chronique hypertrophique avec ronflements inspiratoires spasmodiques (*Med. press. and circular*, 12 oct. 1887).
- Ziem.** — Notice sur les opérations qui se pratiquent dans l'arrière-nez à l'aide du doigt (*Monats f. ohrenheilk.*, n° 5, mai 1888).
- Ziem.** — Du moyen le plus convenable pour ouvrir l'antre d'Highmore (*Therap. Monatsch.*, nos 4 et 5, 1888).

### Larynx et Trachée.

- Abrath (G.-A.).** — Canules élastiques en argent dans la trachéotomie et le traitement de l'hémoptysie (*Med. Press a. Circ.*, London, 1888, XIV, 308).
- Aldabalde.** — La trachéotomie dans l'esquinancie (*Archivos de medicina y cirugía de los di niños*, 30 avril 1888).
- Aronsohn (Ed.).** De la pathologie de l'orifice glottique (*Deuts. med. Woch.*, n° 26-27, 28 juin, 5 juil. 1888).
- Aveilza.** — Aphasie et aphonie traumatiques essentielles guéries par l'hypnotisme (*La cronica medica de Valencia*, avril 1888).
- Baratoux.** — Cancer du larynx (*Progrès médical*, 23 juin 1888) (suite et fin).
- Baratoux.** — Traitement palliatif de l'épithéliome du larynx et du pharynx par la teinture de thuya occidentalis (*Pratique médic.*, n° 21, 12 juin 1888).
- Bardleben, Bergmann, etc.** — La maladie de l'empereur Frédéric III (*Deuts. med. Woch.*, n° 28, 12 juil. 1888).
- Bäumler.** — Présentation d'un aphasique (13<sup>e</sup> réunion des névrologistes et médecins aliénistes du Sud-Ouest de l'Allemagne, 9, 10 juin (*Sem. méd.*, n° 24, 13 juin 1888).
- Bennett (Eh.).** — Rupture de la trachée avec fracture du sternum et des côtes (*Brit. med. j.*, 1888, 1, 537 et *Med. Press a. Circ.*, 1888, vol. XIV, 376).
- Beregszassy.** — Noyau de cerise dans le sinus pyriforme droit ayant séjourné pendant un mois et présenté tous les symptômes d'une laryngite intense (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 26, 24 juin 1888).
- Beregszassy.** — Morceau d'os enclavé dans la portion sous-glottique du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 26, 24 juin 1888).

- Bonome** (de Turin). — Sur une forme insolite de tuberculose laryngée (*Echo méd.*, 7 juil. 1888, traduit de l'italien).
- Bouchut**. — Tubage du larynx (*France méd.*, 17 juil. 1888).
- Brandsford**. — Trachéotomie dans les empoisonnements par la morphine (*The journal of amer. Association*, 19 mai 1888).
- Castex**. — Diagnostic du cancer du larynx (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. anat.*, 29 juin 6 et 13 juillet 1888).
- Cersoy**. — De l'influence de la fumée du tabac sur les pneumogastriques (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1888).
- Chairman**. — Paralysie diphtéritique (*Medical news*, 2 juin 1888).
- Chambris** (J.-W.). — Tubage du larynx (*Maryl. med. J.*, 4 fév. 1888).
- Clemeska** (J.-W.). — Un cas de trachéotomie dans la diphtérie; guérison (*Canad. med. a. surg. Journ.*, juin 1888).
- Cristobal Garcia**. — Traitement de l'angine diphtéritique par le sulfate de quinine et l'acide phénique (*La Andalusia medica*, 30 marzo 1888).
- Dacre** (J.). — Tubage du larynx (*Bristol med. chir. J.*, juin 1888, p. 73).
- Darier**. — Syphilis du larynx et pachydermie verruqueuse (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. anat.*, 29 juin, 6 et 13 juillet 1888).
- Darier**. — Syphilis laryngée, présentation de malade (*Journ. des connais. méd.*, 12 juillet 1888).
- Dauchez**. — Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps (*France méd.*, 26 juin 1888).
- Denning** (W.-C.). — Tubage du larynx; asphyxie par obstruction du tube (*N.-Y. med. rec.*, 8 fév. 1888).
- Desvernine**. — Etude critique et expérimentale sur la tension des cordes vocales (*J. of Laryng.*, n° 2, fév. 1888).
- Drinkwater**. — Trachéotomie (*Northumberland a. North. Durham medic. Soc. in J. of Laryng. a Rhinol.*, juin 1888).
- Echberg** (J.). — Deux cas de tubage du larynx (*Cincinnati Lancet clinic.*, 31 mai 1888).
- Editor**. — Question légale relative à l'intubation (*Cincinnati Lancet clinic.*, 25 fév. 1888).
- Editor**. — Opération pour résection du larynx. (*J. of laryngol.*, may 1888).
- Emmet** (Th.-A.). — Trachéotomie sans canule (*N.-Y. med. J.*, 2 juin 1888).
- Espissa y Capo**. — Traitement des complications de la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Revista med. y cir. Practicos*, 22 marzo, 22 avril et 22 mayo 1888).
- Exner**. — Remarques sur l'innervation du muscle crico-thyroïdien (*Archiv. f. d. ges. Physiol.*, Bone, 1888, XXII, 22-29).
- Frank** (E.). — Le rapport officiel sur la maladie de l'empereur Frédéric III (*Allgem. Wien. medic. Presse*, n° 29, 17 juil. 1888).
- Frank** (D.). — Cancer du larynx (*Brit. med. J.*, 19 mai 1888).
- Gallina**. — Trois cas divers d'angine catarrhale oedémateuse syphilitique (*Gaz. med.*, Turin, an. XXXIX, n° 46, Turin, 5 juin 1888).
- Gardner** (U.). — Cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma (*The Lancet*, 23 juin 1888).
- Garel**. — Périchondrite spécifique simulant un oedème aigu du larynx et coïncidant avec un polype laryngé (*Ann. malad. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin 1888).
- Gerhardt, Bergmann, Schrötter**. — La maladie de l'empereur Frédéric III; contribution à la pathologie et à la thérapeutique du carcinome du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 29, 15 juil. 1888).



- Gill (H.-T.). Rapport sur la trachéotomie (*Kansas City medic. Rec.*, déc. 1887).
- Grant (D.). — Cancer du larynx (*Hunterian Soc.*, 25 avril; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).
- Gottstein. — Traitement local de la tuberculose laryngée (*Bresl. Aerzt. Ztsch.*, n° 13, 14 juil. 1888).
- Gouguenheim et Tissier. — De la phthisie laryngée pseudo-polypeuse (*Ann. mal. de l'or., du larynx, etc.*, juillet 1888).
- Guidi. — La gymnastique de la voix (*Typ. Fagnani*, Bergame, 1888).
- Hawkins. — Corps étranger de la trachée (*The Lancet*, 26 mai 1888).
- Hawley. — Blessure du cou et fracture de l'os hyoïde dans un accident de chemin de fer (*The Journal*, 16 juin 1888).
- Hennig. — Tumeur tuberculeuse du larynx; laryngotomie (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, 1888).
- Heymann. — Catarrhe hyperplasique du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 13 juin; *Deuts. med. Woch.*, n° 25, 21 juin 1888).
- Hollinshead. — Périchondrite du larynx (*British. med. Journal*, 2 juin 1888; *Lancet*, 9 juin 1888).
- Humrichouse (J.-W.). — Deux cas de tubage du larynx (*Maryland med. J.*, 3 mai 1888).
- Hunter Mackenzie. — Cas d'extirpation endo-laryngée de tumeurs des cordes vocales (*Edimburg medical Journal*, juil. 1888).
- Jacques. — Tubage du larynx dans le croup (*Paris méd.*, 2 juin 1888).
- Jelenffy. — Contractilité électrique des muscles du larynx après la mort et de l'« ether-effect » (*Berl. Klin. Woch.*, n° 26, 25 juin 1888).
- Johnston. — Tubage dans la diphtérie (*Medic. chir. Soc. of.*, Montréal, *Can. med. a. surg. journ.*, avril 1888).
- Jones. — Intubation à la place de la trachéotomie (*Med. Register*, Phil., 25 fév. 1888).
- Kaup (E.-A.). — Paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, etc. (*Boston med. et surg. J.*, 19 avril 1888).
- Kidd (Percy). — Paralysie complète bilatérale des cordes vocales à la suite d'une laryngite aiguë. Guérison (*Clinic. Soc. of. London*, 11 mai; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).
- Kilner (W.). — Corps étranger dans la bronche droite (*The Lancet*, 23 juin 1888).
- Knight (Ch.). — Affection maligne du larynx (*Medic. Analectic*, vol. V, n° 21, 24 mai 1888).
- Knight (C.). — Cancer du larynx (*N.-Y. med. J.*, 2 juin 1888).
- Krause (H.). — Troubles des fonctions du larynx dans les maladies du système nerveux central (*Journ. of Laryng. et Rhin.*, n° 7, juillet 1888).
- Krieg. — Rapport sur un cas de trachéocèle diagnostiquée par Norris Wolfenden (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 5, mai 1887).
- Larauza. — Contribution à l'étude des manifestations laryngées du rhumatisme (*Revue gén. clin. et therap.*, 21 juin 1888).
- Le Dentu. — Trachéotomie et chloroforme (*Soc. chir.*, Paris, 29 mai 1888).
- Le Dentu. — Extirpation totale du larynx (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. chir.*, 18 juillet 1888).
- Leod (Mac. K.). — Trachéotomie (*Indian. med. Gazette*, juil. 1888).
- Loewe (L.). — Sécrétions pathologiques du larynx enlevées au moyen d'injections forcées d'eau (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 5, mai 1888).

- Luca (de).** — Observations cliniques sur une forme peu ordinaire de gomme du larynx (*Typ. Galati*, Catane, 1888).
- Luncewisch (M.).** — Sténose de la trachée d'origine syphilitique (*Prat. kawkos med.*, ob. n° 11, 1887).
- Lewnox-Browne.** — La cocaïne dans la trachéotomie (*Brit. med. J.*, 7 avril 1888).
- Mader.** — Chorée intermittente du côté droit avec faiblesse des extrémités à droite et trouble de la parole; guérison (*Bev. et K. K. Krankenast, Rudolph Stiftung in Wien.*, 1887).
- Marshall-Cuwer.** — Rapport sur un cas d'ablation du corps thyroïde occasionnant une sténose trachéale (*New-York med. Journ.*, 7 juin 1888).
- Martel.** — Du faux croup (*Revue intern. des Sc. médic.*, V. n° 4, 30 avril 1888).
- Marty.** — Lupus du larynx (*Thèse de Paris*, 1888).
- Masini.** — Traitement de la syphilis gommeuse du larynx par les injections intra-musculaires de calomel (*Gazzetta degli ospitali*, 17-20-24 juin 1888).
- Masini.** — Sur la cure de la laryngite hyperplasique par le raclage, etc., (*Arch. of laryng. a rinol.*, fasc. 1-2, anno IV).
- Masini.** — Chordite hyperplasique nodulaire (*Gazzetta degli ospitali*, 11 luglio 1888).
- Massei (F.).** — Croup ou corps étranger (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 6, an X).
- Massei.** — Quelques indications du cathétérisme du larynx (*Arch. ital. di Laring.*, an VIII, fasc. 3, 1888).
- Masucci.** — Les troubles de la parole (*Arch. intern. de laring., rinol., otol.*, fasc. III, anno IV).
- Meiser.** — Extirpation des tumeurs endo-laryngées (*Inaug. dissertation*, Berlin, 1887).
- Michael.** — Sténose diphtéritique du larynx. Trachéotomie dans six cas (*Maryland med. Journ.*, 4 fév. 1888).
- Michel.** — Etude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration (*Thèse Paris*, 1888).
- Minorigi.** — Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx (*Thèse Paris*, 1888).
- Moll.** — Tubage du larynx (Lettres de Hollande à la *Sem. méd.*, n° 28, 11 juil. 1888).
- Molony.** — Une aiguille avalée, traitement par l'acide hydrochlorique (*British med. Journ.*, 14 juil. 1888).
- Monis (H.).** — Deux cas de laryngotomie (*British. med. Journ.*, 21 avril 1888).
- Morse (W.-H.).** — La laryngectomie est-elle préférable à la trachéotomie? (*Med. et surg. Reporter*, 3 mars 1888).
- Monod et Terrier.** — Chloroforme et trachéotomie (*Soc. de chir.*, 6 juin, 1888).
- Mynlieff.** — L'histoire d'une trachéotomie (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Newman (D.).** — Observations de sept cas de cancer du larynx (*Glasgow med. J.*, fév. 1888).
- Nunn.** — Nécrose de la grande corne de l'os hyoïde et portions ossifiées du cartilage thyroïde, etc. (*Clin. Soc. of London*, 11 mai; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).



- Okell (J.-B.).** — Trachéotomie pour tuberculose du larynx (*Prov. méd. J.*, avril 1888).
- Onodi (A.).** — Contribution à l'étude de l'innervation et des paralysies du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 4, avril 1888).
- Ogston.** — Tubage du larynx (*Brit. med. Journ.*, 9 juin 1888).
- Paté.** — Un caillou dans la trachée, mort (*Soc. méd. de Reims*, 18 avril 1888).
- Paté.** — Corps étranger de la trachée (*Soc. méd. Reims*, du 4 avril 1888 (*Union méd. du Nord-Est*, 15 mars 1888).
- Pollak.** — Contribution au diagnostic des formes précoces de la syphilis du larynx (*Monats. f. Dermat.*, n° 7, 1888).
- Ramon de la Sota y Lastra.** — De la conduite à tenir dans le tubage du larynx (*El siglo medico*, 24 juin 1888).
- Rauzier.** — Un cas de croup chez un enfant de trois ans, tubage, trachéotomie, etc. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, 26 mai 1888).
- Reggiani.** — Trachéotomie pour corps étranger du larynx (*Gaz. degli ospit.*, 27 mai 1888).
- Reid.** Un homme sans larynx (*The journal of amer med. Assoc.*, 30 juin 1888).
- Robertson.** — Langage réflexe (*J. ment. Sc. London*, 1888-89, XXXIX, 34-51).
- Rothziegel.** — Traitement de la phtisie pulmonaire et autres maladies de l'appareil respiratoire au moyen de certaines exhalations (*Wien. med. Blätter.*, 1887).
- Rushmore.** — Du traitement chirurgical de la laryngite pseudo-membraneuse (*The New-York med. journal*, 19 mai 1888).
- Scheier (M.).** — Cancer du larynx et résultats de son traitement (*Deuts. medic. Woch.*, n° 23, 7 juin 1888).
- Schneider (O.).** — Sténoses dues aux granulations qui se forment après la trachéotomie (*Bresl. aerzt. Ztsch.*, nos 9, 10, 11, 12, 1888).
- Schwarz.** — Un cas d'aphonie réflexe (*Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1888, XXIV, 221-224).
- Seifert.** — De la trachéotomie dans la phtisie laryngée (*Kreisversammlung der Aerzte Unterfrank in Würzburg*, 14 juil. 1888).
- Senac-Lagrange.** — Des espèces laryngiennes physiologiques et pathologiques et de leur traitement général (*Annales des maladies de l'oreille, etc.*, n° 5, mai 1888).
- Semon.** — Transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes (Lettres d'Angleterre, *Sem. méd.*, n° 28, 11 juil. 1888).
- Serrand.** — Du diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire (Extrait du *journal de médecine de Paris*, 1888).
- Shoemakers.** — Toux réflexe (*The Polyclinic. Philad.*, juin 1888).
- Simanowski.** — Remarques laryngologiques pour l'année 1885-86 (*Wratsch*, nos 49-52, 1887, et *Intern. centralb. f. Laryng.*, etc., n° 12, juin 1888).
- Simpson (E.-C.).** — Traitement de la toux réflexe (*Prov. méd. J.*, march 1888).
- Simpson.** — Tumeurs du larynx (*The British med. Journal*, 26 mars 1888).
- Sojo.** — La mort subite dans les affections laryngées (*Independencia medica de Barcelona* 1888).
- Sokolowski.** — Contribution à la statistique des polypes du larynx (*Gazetta Lekarska*, n° 9, 1888).

- Srebruy. — Tuberculose pharyngée et laryngée, et nouveau mode de traitement (*Gaz. Lekarska*, n° 9, 1888).
- Stoessef. — Plaie du larynx par arme à feu (*Ann. des mal. de l'or., lar., nez, etc.*, juin 1888).
- Sextor (L.). — Etiologie et traitement de la laryngite striduleuse (*Med. Brief*, mai 1888).
- Shaw (D.-W.-E.). — Cinq cas nouveaux de tubage du larynx dans le cas de laryngite diphtéritique (*Cincinnati Lancet clinic.*, 3 mai 1888).
- Sørensen. — Division de la paroi postérieure de la trachée dans la trachéotomie (*Ugeskrift f. Laeger*, juin 1888).
- Tamburrini. — La chorée du larynx (*Arch. ital. di Laring.*, an VIII, fasc. 3, 1888).
- Terrier et Schwartz. — Nouvelle canule à trachéotomie (*Soc. chir.*, Paris, 13 juin 1888).
- Teulière. — Des complications mortelles de l'adénopathie trachéobronchique (*Thèse de Paris*, 1888).
- Thomsom (R.-S.). — Un cas d'aphasie avec convulsions répétées localisées à la langue et au côté droit du frein (*Glasgow, M. J.*, 1888, XXIX, 177-192).
- Trifletti (A.). — Laryngosténose aiguë, trachéotomie, mort (*Arch. ital. de Laryng.*, an VIII, fasc. 3, 1888).
- Tschudnowski (L.). — Quelques cas de sténose laryngée consécutifs à des péri-chondrites du larynx à la suite de la fièvre typhoïde (*Prot. kawask med. obsch.*, n° 12, 1887 et *Intern. central. f. Laryngol., etc.*, n° 1, juil. 1888).
- Uhler (J.-R.). — Trachéotomie et intubation (*Cincinnati, Lancet clinic.*, 14 janv. 1888).
- Urñuela. — Polype laryngé très volumineux et de nature fibreuse occupant toute la région sus-glottique, etc. (*Revista de laringologia, otologia et rinologia*, mai 1888).
- Vierordt (O.). — Strume et laryngite hypoglottique combinées (*Beitr. Z. pathol. Anat. u. Klin. med. Leipzig*, 1887, 51-60).
- Walker. — Papillome de la corde vocale gauche (*Edimb. med. J.*, avril 1888).
- Waxham. — Rapport sur le tubage (*The journal, of. am. med. Assoc.*, 16 juin 1888).
- Weirr (G.-C.-H.). — Œdème aigu de la glotte; tubage; guérison (*N.-Y. med. rec.*, 5 mai 1888).
- Wilson. — Spasme congénital de la glotte (*Cincinnati Lancet clinic.*, 28 janv. 1888).
- Winslow. — Trachéotomie dans la diphtérie. Trois cas (*Maryland. med. j.*, 4 fév. 1888).
- Wise. — Trachéotomie suivie de guérison pour sténose du larynx. Enlèvement du tube après douze semaines (*Lancet*, mars 1888).
- Witt (H.-H.). — Deux cas d'intubation suivis de succès (*Cincinnati Lancet clinic.*, 3 mai 1888).
- Wolfenden (N.) et Martin. — Etude anatomo-pathologique (particulièrement en ce qui regarde les néoplasmes du larynx (*London J.*, A. Churchill, éd., 1888).
- Wolfenden (Norris). — De l'extirpation du larynx (*J. of Laryng.*, n° 4, janv. 1888).
- X... — Procédé de Hahn pour la résection du larynx (*J. of Laryng. and Rhinol.*, n° 5, mai 1888).



- X...** — Un cas d'aphonie datant d'un an, etc. (*Revue int. des Sc. méd.*, n° 4, 1888).
- X...** — La maladie de l'empereur Frédéric III (*Notizen. Wien. med. Presse*, n° 29, 15 juil. 1888).
- Zemann (A).** — Un cas d'angio-sarcome de la trachée (*Wien mediz. Presse*, n° 21, 20 mai 1888).

### Oreilles.

- Bacon (G.).** — Erysipèle de la face consécutif à une otite (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H. 2; avril 1888).
- Barclay.** — Syphilide tuberculeuse du pavillon de l'oreille (*J. of cut. a. gen. urin. dis.*, mars 1888).
- Barr (Th.).** — Un cas d'abcès du cerveau ayant débuté par une affection de l'oreille; trépanation par le Dr Maceven; abcès du lobe temporo-frontal, évacuation; guérison complète (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H. 2, avril 1888).
- Bargellini.** — Des sympathies de l'oreille à l'état sain et pathologique (*Arch. intern. laring. ot. rinol.*, fasc. 1-2, anno IV).
- Barth (A.).** — Rapport sur la pratique et les progrès de l'anatomie et de l'histologie normales et pathologiques, ainsi que de la physiologie de l'organe de l'ouïe et du naso-pharynx dans le 2<sup>e</sup> semestre de l'année 1887 (*Ztschr. f. Ohrenheilk.*, 28 Bd, H. 3, u. 4, juin 1888).
- Beerwald.** — Appareil pour douche d'air (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 26 mai 1888).
- Bezold.** — Corps étrangers de l'oreille (*Berl. Klin. Woch.*, n° 26, 25 juin 1888).
- Bezold (J.).** — Appendice aux résultats statistiques sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Rinne, etc. (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H., 3, u. 4, juin 1888).
- Blau.** — Otite due à l'infection (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3. u. 4, H., 26 mai 1888).
- Boucheron.** — La surdité paradoxale et son opération (*Acad. des sc.*, 9 juillet 1888).
- Bourgougnou.** — Corps étranger de l'oreille chez un enfant de quatre ans; symptômes ressemblant à ceux d'une méningite; extraction à l'aide d'une pince (*Gaz. des hôp.*, 3 juil. 1888).
- Bøker (A.-R.).** — Les Compagnies d'assurances sur la vie devraient-elles assurer les personnes qui sont atteintes d'inflammation chronique suppurée de l'oreille moyenne (*Cleveland med. Gaz.*, janv. 1888).
- Bürkner.** — Rapport sur les cas de maladies de l'oreille observés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1887 au 13 mars 1888, à la polyclinique de Göttingen (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).
- Campbell.** — Complications auriculaires de la fièvre scarlatine (*The physician et Surgeon, Soc.*, mai 1888).
- Cleary (G.).** — Abcès cérébral supposé, résultant d'une inflammation chronique suppurée de l'oreille moyenne (*Denver. med. Times*, mai-juin 1888).
- Cotter.** — Traitement préventif de l'otorrhée de l'oreille moyenne (*Southern. med. Record*, mai 1888).
- Cozzolino.** — Formulaire thérapeutique pour les maladies des oreilles, etc. (*Arch. intern. di laring., rinol., otol.*, fasc. 1-2, anno. IV, 1888).
- Cozzolino.** — Mastoidites, etc. (*Bollett. delle malat. della gola*, Florence, an VI, n° 4, juil. 1888).

- Cozzolino.** — Troubles psychiques dans les maladies auriculaires (*Giorn. di Psichiatria*, an V, Naples, 1887).
- Cozzolino.** — Formulaire thérapeutique de la maladie des oreilles, etc. (*Arch. intern. di laring., rinol. otol.*, fasc. 1-2, anno IV).
- D'Arsonval.** — Surdité passagère produite par l'action de la lumière électrique sur la rétine (*Soc. de biol. ; Tribune méd.*, 19 mai 1888).
- Dayton.** — Suppuration chronique de l'oreille (*Médical Times*, 15 juin 1888).
- Duplay.** — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1888).
- Edgelou.** — Le traitement des exostoses auriculaires (*British med. journal*, 23 juin 1888).
- Edmunds (W.).** — Remarques sur le diagnostic différentiel des affections intra-crâniennes secondaires et des maladies de l'oreille (*S. Thomas's Hosp. Rep. London*, 1887, n. s. XVI, 247-252).
- Eulenburg.** — Electrode modifié pour l'oreille (et le larynx) (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n   5, mai 1888).
- Faugeman (C.-W.).** — Mal d'oreilles (*Cincinnati med. J.*, avril, 1888).
- Ferré.** — Canaux de Jacobson du mouton (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 juin 1888).
- Field (G.-P.).** — Traitement des exostoses de l'oreille (*Brit. med. j.*, n   1433, 2-16 juin 1888).
- Field.** — Cas de maladies de l'oreille (*Brit. med. j.*, n   1432, 9 juin 1888).
- Fitzgibbon.** — Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde pour une inflammation s'étant étendue de l'oreille interne aux sinus et aux membranes du cerveau, etc. (*Tr. Acad. M. Ireland Dubl.*, 1887, v, 125-130).
- Friedenberg (E.).** — Trépanation de l'apophyse mastoïde (*N.-Y. med. Presse*, mars 1888).
- Golscheider.** — Réponse à l'article d'Urbantschitsch (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 26 mai 1888).
- Goode.** — Affections de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati Lancet clinic.*, 2 juin 1888).
- Grout.** — De la migraine (dentaire), névralgie du trifacial, de son traitement et de celui de la névralgie sciatique par la n  vrotomie auriculo-temporale (section et cautérisation simultanées de l'anthélix, Rouen, 1887, M  t  r  e, 60 p., 3 tabl. in-8  ).
- Habermann.** — Contribution nouvelle à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'organe de l'ouïe (*Verhandl. aerzt. Gesellsch.*, 2 mars; *Berl. Klin. Woch.*, n   27, 2 juil. 1888).
- Hartmann.** — Rapport sur la pratique et les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des affections de l'oreille dans la première moitié de l'année 1887 (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H., 2 avril 1888).
- Hassenplug (G.-K.).** — Quelques observations pratiques d'ophtalmologie, d'otologie et de laryngologie (*Driver. med. Times*, mars 1888).
- Hessler.** — Quatre cas de carie de l'oreille moyenne avec propagation au sinus transverse (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).
- Heustson.** — Hémorrhagie due à l'érosion de l'artère carotide interne gauche associée à une affection maligne du temporal, etc. (*The Lancet*, 26 mai 1888).
- Jacob.** — Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne (*Thèse Paris*, 1888).



- Joél (E.).** — Atrésie congénitale de l'oreille (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H., 3, u. 4, juin 1888).
- Jones.** — Progrès de l'otologie (Saint-Louis, *Courrier of médecine*, mai 1888).
- Jones.** — Syphilis de l'oreille interne moyenne et externe (*Saint-Louis Courier of Medic.*, avril 1888).
- Karlinsky.** — Mutilation volontaire par perforation de la membrane du tympan (*Deutsch. militär. Aerzt. zeitsch.*, n° 2, 1888).
- Kidd et Taylor.** — Arrachement de tumeurs osseuses du conduit auditif externe (*The Lancet*, 2 juin 1888).
- Kynaston (A.).** — Réflexes auriculaires (*Lancet*, 20 juin 1888, p. 1327).
- Lavrand.** — Paralyse faciale complète d'origine intra-temporale, moins le filet de l'orbiculaire (*Journ. des sc. méd.*, Lille, 13 juillet 1888).
- Lœwenberg.** — Nature et traitement du furoncle, surtout dans l'oreille externe (*Deuts. med. Woch.*, n° 28, 12 juil. 1888).
- Lewis.** — Nécrose du labyrinthe et paralysie faciale (*North. Carolina med. journal*, mai 1888).
- Lucæ.** — Nouveau spéculum-auris et modification pratique pour le tenir à la bouche (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 25 Bd, H., 2, 16 fév. 1888).
- Mahoney (J.-A.).** — L'otophone, son histoire, description de ses différentes formes, etc. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. 1, juin 1888).
- Masini.** — Sur la perception du son avec un diapason appliqué sur la mâchoire inférieure, etc. (*Bolletino delle mal. dell orec.*, etc., 1<sup>er</sup> juillet 1888).
- Mastin.** — Les injections nasales postérieures comme cause de maladie de l'oreille moyenne; un cas remarquable (*The med. and. surgical reporter*, 12 mai 1888).
- Masucci.** — Contribution à l'étude des altérations qui peuvent simuler la maladie de Ménière (*Giorn. Intern. di Sc. med.*, an X, n° 5, Naples, 1888).
- Moos (L.).** — Recherches sur l'invasion du labyrinthe dans la rougeole (*Zts. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H., 2 avril 1888).
- Neumann (J.-F.).** — Etiologie de la marche du pus dans l'apophyse mastoïde (*Saint-Petersb. medic. Woch.*, n° 26, 25 juin 1888).
- Orloff (L.-V.).** — Trépanation du temporal pour thrombose du sinus transversal (*Vratch. Saint-Petersb.*, 1888, IX, 64, 1888).
- Palhier.** — Otite purulente, mal de Pott dorsal (*Soc. anat. clin.*, Lille, in *Journ. Sc. med. Lille*, 1888).
- Pallin (R.).** — Un cas de maladie de Ménière (Eira, Gætebourg, 1887, XI, 683).
- Perron.** — De l'existence d'un tissu érectile dans la muqueuse de l'oreille moyenne (*Gaz. hebd. des scien. méd. de Bordeaux*, 27 mai 1888).
- Perron.** — Contribution à l'étude de quelques questions d'otologie (*Gaz. hebd. des sc. med. de Bordeaux*, 1<sup>er</sup> juillet 1888).
- Pomeroy.** — Remarques sur le diagnostic différentiel de certaines affections de l'oreille au moyen du diapason (*New-York med. journal*, 23 juin 1888).
- Queely.** — Corps étrangers de l'oreille ayant séjourné pendant cinq ans (*The Lancet*, 23 juin 1888).
- Ring.** — Résultats désastreux d'une nouvelle membrane artificielle du tympan (*Med. record.*, 30 juin 1888).

- Roosa (J.).** — Remarques cliniques sur l'affection de l'apophyse mastoïde et esquisse historique de l'origine des opérations y tentées (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H. 3, u. 4 juin 1888).
- Rossi.** — Essai de clinique spéciale chirurgicale (*Otoïatrie in typ. Pallotta*, Rome, 1888).
- Rüdinger.** — Anatomie et développement de l'oreille interne (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1888).
- Rüdinger.** — Rôle des plaques nerveuses épithéliales des deux saccules pour la conduction du son dans le labyrinthe (*Gesells. f. Morphologie u. Phys. zur München*, 25 mai, *Munch. medic. Woch.*, n° 28, 10 juil. 1888).
- Siebenmann (F.).** — Nouvelles recherches botaniques et cliniques sur l'otomycose (*Zeitsch., f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. 1, juin 1888).
- Sieveking.** — Arrachement de tumeurs osseuses du conduit auditif externe (*The British. med. journ.*, 26 mai 1888).
- Smith (J.-H.).** — Quelques-unes des causes qui font échouer le traitement de l'oreille moyenne chronique suppurée (*Daniell's. med. Jour.*, avril 1888).
- Stein (von).** — La résorcine dans les maladies de l'oreille (*Med. Obozr. Mosk.*, 1888, XXIX, 66-72).
- Stepanow (E.-M.).** — Contribution expérimentale à l'étude des fonctions du limaçon (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1888).
- Stone.** — Exostoses éburnées enlevées du conduit auditif externe (Liverpool, *med. chir. journ.*, 1888).
- Story (J.-B.).** — Otomycosis aspergillina (*Tr. Acad. M. Ireland. Dublin*, 1887, v. 262).
- Swann (A.).** — Corps étrangers de l'oreille remontant à dix-huit ans (*Lancet*, 7 juil. 1888, p. 16).
- Szenes (S.).** — Deux erreurs en otologie (*Allgem. Wien. mediz. Ztg.*, n° 29, 17 juil. 1888).
- Thiery.** — Fracture du rocher par arme à feu (*Soc. anat.*, 27 avril, 4 et 11 mai; *Bul. méd.*, du 20 mai 1888).
- Toujan.** — Obstruction de la trompe d'Eustache et, en particulier, de son traitement (*Thèse de médecine*, Montpellier, 1888).
- Turnbull.** — Traitement de l'inflammation aiguë et chronique de l'oreille moyenne (*New-York med. journal*, 23 juin 1888, et *Journ. of am. Association*, 6 juin 1888).
- Turnbull.** — Abscess de l'oreille et du cerveau (*Maryland med. journal*, 26 mai 1888).
- Urbantschitsch.** — Réflexions à propos de la critique de Goldscheider (25<sup>e</sup> Bd de ces Archives) sur mon article : *Influence de l'excitation du trijumeau, etc.* (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).
- Vogan (N.).** — Réflexes auriculaires (Lettres, *Lancet*, 7 juil. 1888, p. 49).
- Voss.** — Contribution à l'étude de l'otite moyenne scarlatineuse (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).
- Walb.** — Fistules de la portion supérieure du tympan (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).
- Webster (D.).** — Otite moyenne aiguë et mastoïdite, ouverture spontanée de l'apophyse mastoïde (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H. 2; avril 1888).
- Zaufal (E.).** — Coccus en chaînette de l'otite moyenne, affection qu'il détermine (*Prager med. Woch.*, n°s 20-21, 16-23 mai 1888).



## Croup et Diphtérie.

- Adriani** (Oldambt). — Cas de diphtérie avec croup diphtérique (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Andersot**. — Diphtérie laryngée ou vrai croup (*Maryl. med. J.*, 3 mai 1888).
- Armand** (J.-A.). — Traitement local de la diphtérie (*Med. Register Phil.*, 4 fév. 1888).
- Arnozan**. — Nouveau cas d'anesthésie chloroformique pendant une trachéotomie faite pour le croup (*Soc. méd. et chirur.*, in *Journal méd. de Bordeaux*, 22 juillet 1888).
- Barbier** (H.). — Etude clinique de l'albuminurie diphtéritique et de sa valeur sémiologique (Paris, 1888, 134 p., in-4°).
- Baruch** (S.). — Notes thérapeutiques sur la diphtérie et remarque spéciale sur la valeur de fortes doses d'huile de térébenthine (*N.-Y. med. rec.*, 24 déc. 1887).
- Berentsen**. — Résultats d'une diphtérie (*Medic. Revue*, 1878, p. 174).
- Bond**. — Diphtérie (*Med. Review.*, Saint-Louis, 7 janv. 1888).
- Bolduc**. — De la diphtérie et de son traitement (*Union méd. du Canada*, mai 1888).
- Brouardel et du Mesnil**. — Epidémies de diphtérie (*Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof.*, 23 mai; *Bull. méd.*, n° 45, 6 juin 1888).
- Boyd**. — Quelques observations cliniques sur la diphtérie et la vératrine comme base du traitement (*The med. record.*, 9 juin 1888).
- Bryhn**. — La diphtérie sous des formes diverses (*Nordsk. Magazin f. Laegevidenskaben*, 1888, p. 386).
- Cain** (A.-R.). — Diphtérie (*Med. Register Philad.*, 21 janv. 1888).
- Cane**. — Rapport du goître avec l'insanité (*The Can. pract.*, mai 1888).
- Casadesus** (R.). — Le chlorhydrate de pilocarpine dans le traitement de la diphtérie (*Revista di laring. otol., etc.*, n° 12, juin 1888).
- Chapin** (H.-D.). — Diphtérie. (*Baly hood*, mars 1888).
- Chiari**. — Un cas de sténose trachéale survenue sept ans après la diphtérie, guérie par le tubage (*Ann. mal. du larynx, etc.*, juillet 1888).
- Cluness** (W.-R.). — Trachéotomie suivie de guérison dans la diphtérie (*Sacramento med. Times*, oct. 1887).
- Cohn** (S.-S.). — Diphtéroïde de la gorge (*Archiv. of Pediatrics*, fév. 1888).
- Coutts**. — Paralysie diphtéritique après un léger mal de gorge (*British med. journal*, 14 juillet 1888).
- Crésantignes** (De). — Propagation de la diphtérie (*Bulletin méd.*, 5 juillet 1888).
- Davis**. — Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie, etc. (Thèse Paris, 1888).
- Downies** (A.). — Diphtérie; ses manifestations sur la gorge (*Epidem. soc. of London Lancet*, 7 juil. 1888, p. 21).
- Downies**. — La diphtérie et ses rapports avec les maux de gorge (*British. med. journ.*, 21 juillet 1888).
- Duncan**. — Intubation dans la diphtérie (*Toronto med. Soc. the Can. pract.*, mai 1888).
- Fisher**. — Traitement de la diphtérie (*N.-Y. med. Rec.*, 18 février 1888).
- Goldschmidt**. — De l'emploi du perchlorure de fer contre la diphtérie (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juil. 1888).

- Gratia.** — Diphtérie; présentation de la portion duodénale de l'intestin d'un enfant mort de la diphtérie (*La Presse méd. belge*, n° 24, 1888).
- Griffiths.** — Dix ans de diphtérie à l'hôpital Saint-Georges (*The Lancet*, 14 juil. 1888).
- Hare.** — Cinq cas consécutifs de trachéotomie pour diphtérie (*British med. journ.*, 14 juil. 1888).
- Hatfield (M.-P.).** — Peroxyde d'hydrogène comme topique local dans la diphtérie (*Archiv. of pediatrics*, février 1888).
- Hoffmann-Wellenhof.** — Recherches sur le bacille de Klebs-Laffler dans la diphtérie et de son rôle pathogénique (*Wien. med. Woch.*, n° 3-4, 1888).
- Howard (R.-J.-B.).** — Croup membraneux (pièces présentées à la *Med. Chir. Soc. of Montréal*, Canada; *Med. Chir. J.*, avril 1888).
- Hughes (C.-H.).** — Diphtérie (*Med Review*, Saint-Louis, 14 janv. 1888).
- Huhnnan (A.).** — Diphtérie (*Med Review*, Saint-Louis, 14 janvier 1888).
- Jacobi.** — Thérapeutique de la diphtérie (*The med. and surg. reporter*, 23-30 juin 1888, *Medical news*, 16 juin 1888).
- Knaggs.** — Les sulfureux dans la diphtérie (*Med. Bulletin*, mai 1888).
- Kurchinski (V.-P.).** — Traitement de la diphtérie et de l'angine (*Vratch.*, Saint-Petersb., 1888, IX, 148, 182).
- Latunre (J.-L.).** — Diphtérie; observation (*Cincinnati Lancet clinic*, 4 février 1888).
- Martino.** — Laryngosténose diphtéritique, trachéotomie (*Ann. clinici degli incurabili*, an II, n° 1 à 4, Naples, 1888).
- Meursinge.** — Du croup et de son traitement par suite de quelques trachéotomies (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Minnich.** — Le croup; ses relations avec la diphtérie (*Wien. med. Klin.*, 1888, H. 2 u. 3).
- Minnich (F.).** — Le croup; sa localisation dans la diphtérie (*Wien. Klin.*, 1888, XIV, 31-412, 2 tab.).
- Ninni.** — Un cas de croup trachéo-bronchial (*Arch. intern. di Sc. med.*, an. X, n° 4, Naples, avril 1888).
- O'Dwyer.** — Discussion sur la diphtérie et le tubage du larynx (*New-York med. journal*, 30 juin 1888; *Med. news*, 8 juin 1888).
- Palardy (J.).** — Quatrième étude sur le traitement de la diphtérie; procès de la cautérisation (*Union méd. du Canada*, Montréal, 1888, u. s. 11, 175-180).
- Panne.** — Trachéotomie dans le croup avec chloroforme (*Thèse Paris*, 1888).
- Parks.** — Le mercure dans la diphtérie (*The Lancet*, 26 mai 1888).
- Pearse.** — Aspirateur pour les membranes dans la diphtérie après la trachéotomie (*Brit. med. Journ.*, 9 juin 1888).
- Peters.** — Bacilles encapsulés trouvés dans les membranes de plusieurs cas de diphtérie de l'homme (*Berl. Klin. Woch.*, n° 21, 21 mai 1888).
- Postri (W.).** — Diphtérie (*Med. Review*, Saint-Louis, 14 janv. 1888).
- Sanderson.** — Les principes et la pratique du traitement local de la diphtérie (*Brit med. Journ.*, 28 avril 1888).
- Schmitz (J.-J.).** — Marche de la diphtérie (*Cal. Medic. J.*, janv. 1888).
- Talles (C.-W.).** — Un cas de paralysie diphtéritique grave (*Weekly med. Review*, Saint-Louis, 3 déc. 1887).



- Thompson.** — Paralyse diphtérique (*The journal of Am. med. Assoc.* 16 juin 1888).
- Vilato.** — Dysphonie. Paralyse de la moitié droite du voile du palais et de la langue et parésie générale des muscles volontaires à la suite de la diphtérie. Traitement par la suggestion hypnotique. Guérison (*Gaceta medic.*, Catal., 19 mars 1888).
- Von Anrooy** (Rotterdam). — Des anomalies pathologiques de la cavité nasale et pharyngienne (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Watkins** (L.). — Contagion de la diphtérie (*Cal. med. J.*, fév. 1888).
- Ziemssen.** — Des paralysies diphtériques et de leur traitement (*Klin. Vorträge*, 6, Vg., IV. Nervensystem, Leipzig, F. C. Wogel, 1887).

### Varia.

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

- Audebert.** — Thyroïdite aiguë typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde. Ponction simple. Guérison (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juillet, 1888).
- Barbot** (Alex.). — Du traitement de la coqueluche par les insufflations intranasales de poudres antiseptiques (Paris, 1888, 54 p., 4°, n° 62).
- Barton** (J.-M.). — Epithélioma de l'œsophage; gastrotomie, mort (Philad., *Med. Times*, 1887-88, XVIII, 422, et *J. amer. med. Assoc.*, Chicago, 1888, 517).
- Berg.** — Deux cas de gastrotomie (*Sevenska Läkare Sällskapets Förhandlingar*, p. 140, *Hygiea*, juil. 1887).
- Broadbent.** — Rapport sur le myxœdème (*The Lancet*, 2 juin 1888).
- Clutton.** — Un cas d'œsophagotomie pour extraction d'un palais artificiel. Guérison. Réflexions (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 16).
- Chrétien.** — De la thyroïdectomie (*Thèse Paris*, 1888).
- Davezac.** — Coqueluche et pulvéris. phéniquées (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1888).
- Davis** (P.). — Dilatation graduelle des rétrécissements de l'œsophage (*The med. record et American med. Association*, 8, 9, 10 et 11 mai 1888).
- Decressac.** — Kyste hydatique du corps thyroïde; présentation de malade (*Journal des connais. méd.*, 12 juil. 1888).
- Dennetières.** — Lymphadénomes multiples de la région du cou (*Journal des sciences méd. de Lille*, juil. 1888).
- Desvernine.** — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, junio 1888).
- D'Heilly.** — Le traitement de la coqueluche (*Revue génér. de clin. et thér.*, n° 21, 31 mai 1888).
- Dubousquet-Laborderie.** — Coqueluche et antipyrine (*Bull. génér. thérapeut.*, 15 mai 1888).
- Dunster.** — Proposition d'organisation d'une Société anglaise de laryngologie et de rhinologie dans la Grande-Bretagne (*The med. record*, 9 juin 1888).
- Epstein** (M.-J.). — Un cas de goitre traité par l'électro-puncture (*Saint-Louis Courier of med.*, oct. 1887).
- Fasano.** — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Archiv. internaz. de laryng. rinol., etc.*, fasc. 1-II, anno IV).

- Franck (R.).** — Rétrécissement de l'œsophage. Dilatation après gastrotomie (*Anzeiger*, n° 31, 1887).
- Frew.** — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger (*Annals of surgery*, mai 1888).
- Fronmy.** — Cas de fistule bronchique (*Archiv. med. belges*, mai 1888).
- Galli.** — Contribution clinique expérimentale à la chirurgie de l'œsophage (*Gaz. med. de Turin*, an XXXIX, nos 47, 48, 49, 1888).
- Gaultier.** — De la cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow (*Lyon méd.*, 27 mai 1888).
- Harrison.** — Un cas de noyau de prune logé dans la bronche droite (*British med. Journal*, 23 juin 1888).
- Hendrix.** — Triple affection simultanée : coqueluche, diphtérie et varicelle ; guérison (*Journ. de méd., de chir. et de pharmacol.*, n° 10, 1888).
- Hodenpyle.** — Epithélioma de l'œsophage (*Med. record*, 30 juin 1888).
- Holt.** — Usage de l'antipyrine dans la coqueluche (*New-York med. journ.*, 7 juil. 1888).
- Iversen-Axel.** — Résection du pharynx et de l'œsophage (*Nord. medic. Arkiv.*, vol. XIX, 3, 1887).
- Jaccoud.** — Goitre exophtalmique (*Gaz. méd.*, Paris, 49 mai 1888).
- Jouliard.** — Du cancer de la glande sous-maxillaire (*Union méd.*, 29 mai 1888).
- Kurella.** — Maladie de Basedow et peau bronzée (*Centralb. f. d. med. Wissensch.*, Berl. 1888, XXVI, 129).
- Köhler (M.).** — Carcinome de l'œsophage (*Cincinnati Lancet clinic.*, 40 mai 1888).
- Le Dentu.** — Tumeur thyroïdienne (*Soc. de chir. de Paris*, 13 juin 1888).
- Lée.** — Toux, coqueluche (*The Lancet*, 2 juin 1888).
- Le Serrec de Kervily.** — Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche (*Thèse Paris*, 1888).
- Lewis.** — Œsophagotomie pour extraire une brosse à dent (*New-York med. journal*, 30 juin 1888).
- Leyders.** — Traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Kongress f. inn. medicin*, 9-12 avril; *Beilage zum centralblatt f. klin. medic.*, 1888, n° 23, p. 33).
- Manasse.** — Du myxœdème (*Berl. Kl. Woch.*, n° 29, 16 juil. 1888).
- Mason.** — Tumeur maligne du corps thyroïde (*Brooklyn med. journal*, mars 1888).
- Mayer.** — Action de l'ichthyol (*Berl. Klin. Woch.*, n° 29, 16 juillet 1888).
- Mosler (Fr.).** — Du myxœdème (*Deuts. med. Woch.*, n° 21, 24 mai 1888).
- Moure.** — Tumeur du corps thyroïde (*Soc. de méd. de Bordeaux*, in *Journ. de médecine de Bord.*, 4<sup>er</sup> juil. 1888).
- Munk.** — Recherches sur le corps thyroïde (*Sitzungsberichte der Königl. Preuss. Akademie der Wissens zu*, Berlin, 1887).
- Murrel (J.-C.).** — Un cas de goitre traité avec succès (*California medic. j.*, oct. 1887).
- Nicaise.** — Gastrostomie dans le cancer de l'œsophage (*Académie de méd.*, 18 juil. 1888).



- Orcel.** — Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus (*Lyon médical*, 3 juin 1888).
- Patterson.** — Tumeur de la parotide (*Glasgow, Med. J.*, avril 1888).
- Péan.** — Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (*Gaz. hôp.*, 17 juil. 1888).
- Pepper.** — Tuméfaction de la glande thyroïde, etc. (*Philadelphia medical Times*, 13 juin 1888).
- Pernet.** — Gros calcul salivaire (*Bull. méd. des Vosges*, avril 1888).
- Pic (A.).** — Un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaire et jumeaux (*Lyon médical*, 1<sup>er</sup> juil. 1888, p. 307 et 314).
- Posthuma** (Amsterdam). — Des fumigations sulfureuses dans la coqueluche (*Weekblad. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).
- Rafin.** — De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses (*Lyon médical*, 8 juillet 1888).
- Rendu (H.).** — Un cas d'aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium (Goitre exophtalmique de cause iodique.) (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 23, 7 juin 1888).
- Rollet (E.).** — Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë (*Gaz. méd. de Paris*, 19-26 mai 1888).
- Shattock.** — Sarcome récidivé du thyroïde combiné avec une hypertrophie du lobe accessoire du thyroïde (*Lancet*, 7 avril 1888).
- Sherry (H.-C. Mac).** — Symptômes extraordinaires consécutifs à l'application locale de la cocaïne (*Maryl. med. J.*, 24 mai 1888).
- Shoemaker.** — Toux réflexe de l'accouchement (*The med. and surgical reporter*, 9 juin 1888, et *New-York med. journ.*, 23 juin 1888).
- Ssemtschenko (D.-G.).** — Des bactéries de la coqueluche (*Saint-Petersb. Medic. Woch.*, n°s 22-23, 28 mai, 4 juin 1888).
- Stocks.** — Forceps œsophagien (*Brit. med. J.*, 25 avril 1888).
- Søderbaum.** — Un cas de lymphangiome kystique congénital du cou (*Eira* 1887, p. 483).
- Thomson, Stewart, Affleck.** — Myxœdème (*Edimb., Med. Journ.*, avril 1888).
- White.** — Simple coup d'œil sur les variations microscopiques du corps thyroïde humain (*Lancet*, 17 mars 1888).
- Wright (G.-A.).** — Œsophagotomie pour extraire un ratelier (*Manchester med. Chronicle*, déc. 1887).
- X.** — Injection de teinture d'iode dans les goitres kystiques (*Soc. de méd. de Strasbourg*, 5 avril; *Gaz. méd. de Strasb.*, n° 6, 1<sup>er</sup> juin 1888).
- Zuccaro.** — Thyroïdectomie expérimentale (*Gaz. degli ospit.*, 10 juin 1888).