

Bibliothèque numérique

medic@

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

*Vol 8, n° 10, p. 561 à 624. - Paris : Doin, 1888.
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320*



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1888x10>

DE L'OMBRE SONORE COMME CAUSE D'ERREUR
DANS LA MESURE DE L'ACUITÉ AUDITIVE

par M. le Dr^e GUYE, professeur d'Otologie, à Amsterdam (1).

MESSIEURS,

Tout le monde sait que l'ombre sonore n'est pas d'une observation aussi facile que l'ombre lumineuse. Tandis que les ombres lumineuses sautent aux yeux, l'ombre sonore n'est observée que dans des conditions spéciales. Ce défaut apparent d'analogie entre les phénomènes de la lumière et du son n'a rien qui nous déroute aujourd'hui. Nous savons qu'il tient tout simplement à la différence énorme entre la longueur d'une onde sonore et d'une onde lumineuse. Comme l'onde sonore moyenne est plus de cent mille fois plus longue que les ondes lumineuses, il est évident qu'un obstacle très grand pour la lumière pourra être très petit pour le son. Quand l'obstacle est très petit relativement aux dimensions des ondes, les ombres lumineuses ne sont plus distinctes.

Pour les ondes sonores, les obstacles sont en général trop petits pour projeter des ombres distinctes.

Habituellement, nous observons seulement l'ombre sonore lorsqu'elle est projetée par un grand bâtiment, une rue, etc., mais dans nos maisons, en général, nous n'en apercevons rien.

Cependant, il y a bien des années que j'ai observé que dans certaines conditions il est nécessaire de compter avec l'ombre sonore quand on mesure l'acuité auditive, et je n'ai jamais négligé de fixer l'attention de mes élèves sur cette cause d'erreur.

Je suppose qu'on mesure l'acuité auditive par la distance où une montre est entendue par chacune des oreilles séparément, méthode qui n'a qu'une valeur restreinte, mais qui, dans la pratique journalière, rend encore des services notables. On peut alors mesurer

(1) Congrès de Bruxelles, septembre 1888.

cette distance pour l'une des oreilles sans s'inquiéter de l'autre oreille, aussi longtemps que la distance ne dépasse pas quelques centimètres, en général 10. Cependant, du moment où on dépasse cette distance, il faut que le malade ferme l'autre oreille, en y appliquant sa main, par exemple. Si on ne prend pas cette précaution, l'expérience est défectueuse, car l'autre oreille, si elle a une acuité auditive plus grande, va se mettre de la partie et troubler le résultat.

J'ai toujours cru que tous les otologistes, qui emploient la montre ou un appareil analogue, par exemple l'acoumètre de Politzer, pour mesurer l'acuité auditive, connaissaient cette cause d'erreur et sauraient l'éliminer de la manière très simple que je viens de décrire. Cependant, en 1884, M. Brunschwig a publié une observation, prise par lui dans la clinique de M. Baratoux, à Paris (*Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, 1884, n° 2), que je ne connais que par un extrait donné dans la *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* (1884, p. 334), observation dont l'explication me paraît avoir échappé, tant à l'observateur qu'à l'auteur de l'extrait. Voici l'observation en question :

Un homme de vingt-deux ans entend la montre distinctement à une distance de 20 à 16 centimètres, il ne l'entend pas de 16 à 13 centim., et de 13 à 0 centimètres il l'entend de nouveau. L'expérience répétée donna le même résultat. Cependant, plus tard, l'auteur ne put plus jamais observer, ni chez ce malade, ni chez d'autres, ce phénomène remarquable, qu'il considère comme analogue au scotome oculaire, et qu'il nomme *le scotome de l'audition*.

Lorsque je lus cette observation, il me parut aussitôt qu'elle s'expliquerait par l'ombre sonore. Le malade devait entendre, selon moi, la montre de 0 à 13 centim. par son oreille droite, et de 16 à 20 centimètres par son oreille gauche. La non-réussite de l'expérience dans les épreuves consécutives devait tenir à une position plus favorable, dans laquelle probablement l'oreille gauche se sera trouvée lors de la première expérience, c'est-à-

dire plus près d'un mur ou d'un meuble qui puisse réfléter une partie des vibrations sonores et les envoyer dans cette oreille, tandis que plus tard on aura choisi une situation moins favorable.

Depuis cette époque, j'ai fait un certain nombre d'expériences à ce sujet, que je me permets de vous communiquer, non pas seulement comme explication du curiosum de M. Brunschwig, mais parce que les résultats de ces expériences me semblent présenter un certain intérêt général.

J'ai donc trouvé que la tache obscure de M. Brunschwig peut facilement être démontrée, non seulement chez des personnes qui ont une oreille dont l'acuité auditive est normale, tandis que l'autre oreille n'entend la montre que jusqu'à environ dix centimètres, mais également chez des personnes dont les deux oreilles sont normales, pourvu toutefois qu'ils entendent la montre au moins d'un côté à une distance de quelques mètres. Lorsque ces personnes ferment l'autre oreille en appliquant leur indicateur sur le tragus, elles continuent généralement à entendre la montre de ce côté-là à une distance de 4 à 10 centimètres. Là commence la tache obscure, et depuis une distance de 15 à 25 centimètres ils entendent la montre par l'autre oreille. Le malade généralement ne sait pas, du moins en commençant et avant de s'être exercé à ces expériences, s'il entend la montre par l'une ou par l'autre oreille ou par les deux simultanément.

J'ai trouvé encore que la distance à laquelle l'oreille bonne est placée d'une armoire ou d'un autre meuble faisant l'office de réflecteur est d'une grande influence sur la distance où la montre est entendue de l'autre côté.

Mes expériences ont été faites avec une montre qui a un battement faible d'un son musical passablement haut, et qui est entendu distinctement par des oreilles normales, du moins par celles de personnes jeunes, à une distance de 9 mètres.

J'appelle la distance de l'oreille, jusqu'où la montre est entendue par cette oreille même, avec occlusion de l'autre oreille, soit que l'oreille examinée soit ouverte ou fermée, *la première zone*. Suit un espace que j'appelle *la tache obscure*, où la montre n'est pas entendue lors même que l'autre oreille est ouverte, et enfin vient *la deuxième zone*, l'espace où la montre est entendue lorsque l'autre oreille est ouverte.

Je vous présente ici un tableau, dont les chiffres méritent beaucoup de confiance, parce que le sujet est un étudiant en médecine (I. v. d. B. R 401), qui, à la suite d'expériences réitérées pour mesurer son acuité auditive, sait accuser exactement le moment où il entend la montre et celui où il cesse de l'entendre.

Table I. J. v. d. B. (R 401) 20/2/88.

Acuité auditive : o. dr. 9 M.; o. g. 4.50 M.

Le sujet ferme l'oreille gauche au moyen de l'indicateur.

Distance de l'oreille droite de

l'armoire.....	3 M.	2 M.	1 M.	0.50 M.	0.25 M.
Première zone :	0—0.08	0—0.08	0—0.08	0—0.08	0—0.08
Tache obscure :	0.08—0.25	0.08—0.25	0.08—0.48	0.08—0.14	0.08—0.14
Deuxième zone :	0.25—2	0.25—3	0.18—4	0.14—4.50	0.14—6

Nous voyons dans cette table que la première zone reste invariable de 0—0.08 M, quelle que soit la distance entre l'oreille gauche et l'armoire, et que, au contraire, la deuxième zone s'élargit continuellement lorsque cette distance devient plus petite. Cet élargissement a lieu tant à la limite interne qu'à la limite externe de la deuxième zone.

Voici une autre table concernant le même sujet, lorsque son ouïe n'était pas encore aussi bonne. Je pouvais alors faire l'expérience sans l'occlusion de l'oreille examinée.

Table II. J. v. d. B. 27/12/87.

Acuité auditive : o. dr. 3 M.; o. g. 0.04 M.

Distance de l'oreille droite de l'armoire.....	3 M.	0.25 M.
Première zone.....	0—0.45	0—0.45
Tache obscure	0.45—0.25	0.45—0.20
Deuxième zone	0.25—0.60	0.20—1

On voit dans cette table ce que nous verrons encore mieux dans la table suivante, que la première zone est aussi sous l'influence de l'autre oreille. Car en mesurant l'acuité auditive avec occlusion de l'oreille droite, je trouvais 0.04 M., plus tard avec l'oreille droite ouverte 0.15 M. En d'autres termes : la collaboration de l'oreille droite augmente la distance où la montre est entendue à gauche, même à une distance où l'oreille droite seule ne pourrait pas encore l'entendre. Ce phénomène me paraît ne pouvoir être expliqué qu'en admettant la sommation de deux sensations dans les deux oreilles, sensations qui séparément seraient trop faibles pour être perçues.

La table suivante en est un exemple encore plus frappant.

Table III. M. v. D. (K. 78) 25/8/87.

Acuité auditive : o. dr. 0.04 M.; o. g. 3 M.

L'oreille gauche à 0.50 M. de l'armoire.

L'oreille droite ouverte : la montre est entendue de 0—0.50.

L'oreille droite fermée { tache obscure de 0—0.18.
{ deuxième zone de 0.18—0.50.

Il y avait donc ici un espace entre 0.04 et 0.18 centimètres de distance de l'oreille droite, où ni l'oreille gauche, ni la droite n'aurait pu séparément entendre la montre et où cependant ensemble elles l'entendaient. En d'autres termes, l'impression que produisaient les vibrations sonores sur chacune des deux oreilles était trop faible pour être perçue; cependant ces deux impressions combinées produisaient une sensation distincte. Il me semble que cela doit s'expliquer par une sommation centrale des deux impressions nerveuses, qui doit avoir lieu dans le cerveau, probablement dans le centre acoustique.

Je ne veux point approfondir plus loin la portée physiologique de ce phénomène, ni rechercher les conditions sous lesquelles en général l'ombre sonore est perçue. Ceux qui désirent étudier l'ombre sonore trouveront des

détails très intéressants dans un article de lord Rayleigh dans le recueil anglais *Nature* du 28 juin de cette année. Je veux seulement lui emprunter un détail historique assez curieux, c'est que le défaut apparent d'analogie entre le son et la lumière par rapport à la formation des ombres a eu une grande influence sur un homme de génie comme Newton.

Il paraît qu'il a été le motif qui a fait rejeter par Newton la théorie de l'ondulation de la lumière, parce que, selon lui, si la lumière était comme le son une vibration, elle devrait faire le tour des objets sans produire d'ombres, de la manière dont on se figure généralement que cela a lieu pour le son.

Dans les expériences de lord Rayleigh les vibrations sonores sont rendues visibles par des flammes sensibles, méthode évidemment très propre à la démonstration.

Quant à moi, j'ai désiré simplement chercher l'explication de la tache obscure et montrer qu'elle existe même pour des oreilles normales. Je m'abstiens de vous donner les tables d'autres expériences, parce que je me suis le plus souvent borné à constater l'existence de la tache obscure et parce que d'ailleurs la précision des chiffres notés laisse beaucoup à désirer lorsque le sujet qu'on examine n'a pas l'habitude de faire des observations exactes.

DES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr Henri GUINIER, agrégé de la Faculté de Montpellier.

(Suite et fin) (4).

Cela dit, examinons le point où en est arrivée la question de l'*emploi des eaux sulfureuses de Cauterets dans la tuberculose laryngée*.

Il faut le reconnaître d'abord, les *tubercules du larynx*

(4) Voir *Revue*, n° 9, 1888.

sont généralement envoyés aux Eaux sulfureuses, et à Cauterets en particulier, à une période trop avancée, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire. Malgré ces conditions défavorables, les résultats sont tels que la clientèle des *maladies graves du larynx* s'est accrue, à Cauterets, depuis le commencement du siècle, dans des proportions fort remarquables ; et, dans cette clientèle spéciale, la *tuberculose du larynx* figure pour une large part.

Mais ces maladies chroniques n'y guérissent pas toutes ; les tubercules du larynx s'y aggravent, dit-on.

Nous ne le contredisons pas. — Mais est-on bien sûr que les malades font toujours, à Cauterets comme ailleurs, une cure intelligente, bien appropriée aux indications, d'une *durée suffisante*, enfin sagement et sagacement dirigée ?

Qui pourrait l'affirmer ? Tant de causes peuvent compromettre la cure thermale la plus sûre, sans compter l'indocilité et l'indépendance trop souvent indisciplinables des malades.

Mais on cite des cas ; on appelle en témoignage des noms ; on énumère des observations.

On a publié des faits, à l'aide desquels on a voulu démontrer que des malades, atteints de phtisie du larynx, sont venus à Cauterets, et qu'ils sont morts, à leur retour des eaux, avec tous les signes d'une *congestion inflammatoire locale*.

De là pourtant à dire que les *sulfureux* (et, sous cette dénomination inexacte, on comprend les *eaux sulfureuses de Cauterets* et plus particulièrement l'eau de la *fontaine Raillère*) sont formellement contre-indiqués dans des cas analogues, il y a loin, selon moi.

Et cependant, c'est là l'affirmation qui retentit à l'horizon laryngologique, et l'on va jusqu'à formuler cette étrange règle :

« Les eaux sulfureuses (lisez l'eau de la *Raillère* de Cauterets) sont toujours vaines et *nuisibles* dans la *vraie*

*phtisie laryngée.» (Revue mensuelle de laryngologie, 1888,
p. 359.)*

Cette affirmation restera peut-être moins absolue dans l'esprit de celui qui voudra bien parcourir avec impartialité le présent article.

Il faudrait savoir en effet *en quel état* les malades sont arrivés à la station pyrénéenne incriminée (et plus spécialement à Cauterets), à quelle *période* et à quel *degré* de leur maladie, après quels *traitements*. Ces traitements préalables sont quelquefois incendiaires et rendent toute cure thermale sinon impossible tout au moins fort difficile et même dangereuse.

Y aurait-il eu au moins un moyen préférable à la cure thermale restée infructueuse ? Et, si celle-ci est restée infructueuse, par exemple, parce qu'elle n'était plus que l'unique chance de salut, ne devient-elle pas assimilable alors à ces opérations de nécessité, à la suite desquelles le malade paraît quelquefois succomber plus tôt qu'il n'aurait péri s'il avait été laissé tranquille, comme lorsqu'il succombe au choc traumatique ? Et quel chirurgien pourtant hésitera, dans ces cas, à opérer sans délai ?

De plus, pour pouvoir incriminer logiquement la cure thermale elle-même, il faudrait aussi montrer en quoi l'eau sulfureuse, à Cauterets, par exemple, a pu être *nuisible* ; et cela, d'après les détails journaliers de l'emploi de l'eau minérale et d'après les effets quotidiens observés. Croit-on, par exemple, indifférent de boire chaque jour telle ou telle dose de telle ou telle source, de faire ou de ne pas faire une pulvérisation avec tel ou tel appareil, d'une durée plus ou moins longue, de gargariser une ou plusieurs verrées à telle ou telle fontaine, de prendre concurremment tel ou tel bain minéral, etc. ?

Il faudrait surtout comparer les faits malheureux dont on fait si grand cas, avec les faits heureux de la pratique thermale à Cauterets ou ailleurs ; et ces faits heureux ne manquent pas depuis les écrits de Bordeu. Car il serait vraiment étrange que toutes les maladies

chroniques graves du larynx se soient donné rendez-vous dans la célèbre cité pyrénéenne, depuis plus d'un siècle, pour y *activer* leurs lésions au lieu de les y *guérir*.

Il faudrait enfin, à l'aide de ces rapprochements et de ces comparaisons qui ne peuvent guère se faire utilement que *sur place*, arriver à déduire la conduite à tenir dans des cas analogues, voir, par exemple, s'il ne serait pas préférable de ne pas attendre si tard pour se décider à conseiller la cure de la *Raillère* ou de telle autre source renommée, s'il ne conviendrait pas aussi de laisser une plus grande latitude d'action au médecin thermal, en refusant au client ces prescriptions de complaisance qui règlent d'avance son traitement thermo-minéral, en limitent la durée et gênent si souvent l'intervention expérimentée du praticien responsable de l'action thérapeutique des eaux sulfureuses.

Agir autrement, n'est-ce pas s'exposer à ne voir qu'une des faces du problème clinique, et formuler, par conséquent, des conclusions sans valeur ?

D'autre part, malgré les beaux progrès de la diagnose du larynx depuis l'usage du laryngoscope, est-il donc si facile de se prononcer encore pratiquement d'une manière incontestable sur la réalité ou l'apparence de la tuberculose du larynx ? J'avoue, pour ma part, n'être pas encore arrivé à ce degré de certitude, malgré le grand nombre de cas de ce genre passés sous mes yeux durant ma longue carrière.

Dans le doute, pourquoi se priver des bons effets constatés depuis des années, auprès de certaines sources médicinales des Pyrénées (et en particulier auprès des vieilles sources de Cauterets), dans la cure des maladies chroniques les plus graves du larynx ?

En tous cas, priver de cette ressource ultime de malheureux phthisiques voués à une mort certaine, qu'une dernière illusion amènerait auprès de ces sources bienfaisantes, où ils puisent souvent une survie de quelques

semaines et même de quelques mois, où ils gagnent au moins une confiance et un espoir qui adoucissent leurs derniers moments, c'est peut-être agir de manière à satisfaire une théorie préconçue, mais ce n'est ni bien humain, ni bien pratique médicalement.

Il ne faudrait pas d'ailleurs exiger l'impossible et demander à Cauterets des miracles. Son action thérapeutique est précise et précieuse ; mais, comme toutes les meilleures médications, elle a ses limites. Ce serait, par exemple, une erreur de croire que cette action doit suffire, à elle seule, à toute la guérison. Il faut au contraire que le malade y aide par tous les moyens en son pouvoir, parmi lesquels le genre de vie, le climat, l'hygiène thérapeutique, occupent le premier rang.

De ce que la cure thermale la plus sûre, par la méthode et la prudence de la direction, peut être compromise par les imprudences ou l'indocilité d'un malade, doit-on en priver ceux qui sauraient en recueillir tous les fruits ?

Et quel est enfin le moyen thérapeutique qui ne compte ses insuccès ?

Quel est surtout le moyen curateur à préférer à celui que l'on semble répudier aussi légèrement ?

Parmi les faits de ma pratique thermale, je ne veux en citer qu'un seul. Celui-là est incontestable par la sécurité du diagnostic, la gravité des lésions, la simplicité de la cure thermale, l'évidence de l'action minérale et la rapidité de la guérison.

N'existerait-il, en effet, que le fait dont on va lire les détails, il s'agirait évidemment de chercher à en multiplier les exemples. Or, et c'est là le véritable encouragement qui doit résulter de cette trop courte étude en un aussi vaste sujet, cette multiplication deviendra facile pour celui qui voudra bien tenir compte de cette dissertation.

OBSERVATION. — Tuberculose laryngée et pulmonaire guérie par la cure thermale de Cauterets (1874-1875).

Il s'agit d'un adulte de trente à quarante ans, dont le diagnostic a

eu pour signataires les noms connus de Mandl, de Lasègue et de Martin-Damourette.

Voici les points importants de leurs consultations écrites :

« L'aphonie, dit Lasègue, s'est produite déjà en 1870 ; elle a cédé incomplètement et a reparu vers la fin de 1873. Depuis, elle a suivi une marche lentement progressive.

» Je n'hésite pas à croire qu'il s'agit d'une affection *diathésique* et non d'une simple irritation locale.

» Parmi les diathèses acquises, le *fracastorisme* est à éliminer.

» Reste la possibilité d'une constitution herpétique ou d'une prédisposition aux néoplasmes. *Je pense qu'il s'agit de cette dernière forme.* La lésion se propage aux bronches du côté gauche, en se limitant à la fosse sous-clavière gauche. Il existe, au niveau du sternum, et dans une petite étendue, de la matité complète, une respiration insuffisante et des mucus fins sous-crépitants, à bulles rares. A droite, la respiration est supplémentaire et presque bronchique.

» Le poumon en masse est parfaitement sain. Le malade tousse très peu, expectore seulement le matin et n'éprouve que peu ou pas de dyspnée.

» L'appétit est conservé ; il n'y a pas à noter de troubles digestifs. Mais M. X... se sent fatigué, sans avoir maigri (*le malade avait une maigreur naturelle, l'habitus cachectique*), et le pouls indique un léger *mouvement pyrétique*.

» Dans ces conditions, et en supposant *au mieux* une affection herpétique du larynx, de la trachée et des bronches du sommet gauche, je considère les eaux de Cauterets comme particulièrement indiquées.

» Paris 3 juillet 1874. »

» *Signé : Prof. LASÈGUE.* »

Le Dr Martin-Damourette, après avoir affirmé que le diagnostic précédent est, en tout point, conforme à celui qu'il avait porté lui-même, ajoute ces mots dans sa consultation écrite :

« Le caractère légèrement *pyrétique* de l'affection avait beaucoup attiré mon attention et me faisait penser que la médication devrait être instituée avec une grande réserve. »

Enfin voici l'opinion de Mandl :

« Mon malade est atteint d'une *phtisie laryngée*. Vous constaterez à première vue le *gonflement* et les *ulcérations* de l'épiglotte, du repli supérieur gauche, etc. Voix couverte, toux, 96 pulsations (il paraît que le matin il y en a moins)...

» Je vous supplie en grâce de ne faire *aucun traitement local*. Ce

pauvre garçon a été déjà martyrisé par des cautérisations répétées, et, bien entendu, il n'en a tiré aucun profit... »

On remarquera la forme différente des consultations *ouvertes* de Lasègue et de Martin-Damourette, restées à la libre connaissance du malade, et de la lettre personnelle *fermée* de Mandl qui m'adressait le client à Cauterets. Lasègue et Martin-Damourette éloignent de l'esprit du malade les affirmations trop précises et surtout les mots de *tuberculose* et de *phtisie*. Mandl, qui n'a pas les mêmes ménagements à garder, prononce nettement les mots et décrit avec précision les lésions.

Ce monsieur, arrivé le 15 juillet 1874 à Cauterets, fut mis au quart de verre de *Raillère* et de *Mauhourat*, chaque jour, avec augmentation graduée jusqu'à *demi verre* (cent grammes) de chaque source, matin et soir. Sauf une légère fatigue due à un dérangement intestinal passager et peu intense, tout alla bien pendant les *quinze* premiers jours de la cure.

A ce moment, survinrent les signes réactifs ordinaires de la muqueuse laryngienne. De blafarde et flasque, elle devint sensiblement turgesciente, et elle prit une teinte plus vivante, un peu rosée. Pendant ce temps, les forces du malade se relevaient sensiblement ; il prenait confiance ; et, si je ne l'eusse préalablement averti de la nécessité de sa part d'une grande docilité, et, de ma part, de beaucoup de prudence, il aurait résisté à mon conseil d'interrompre tout traitement thermal.

La cure fut donc suspendue pendant huit jours, à cause du degré de réaction de la muqueuse du larynx. Le malade alla passer ces huit jours à Pau, pour mieux résister à la tentation de visiter les sources où il sentait puiser sa vie.

A son retour de Pau, la stimulation locale s'était atténuée ; mais l'aspect du larynx restait meilleur.

La cure thermale fut reprise, dans les mêmes conditions qu'au début, et continuée encore *quinze* jours.

La stimulation laryngée se reproduisit, mais ne dépassa pas les limites physiologiques. Au moment du départ, le larynx avait le meilleur aspect relatif, sans que ni le gonflement de l'épiglotte, ni les ulcérations eussent sensiblement diminué.

La *durée* de cette première cure thermale fut de *quarante* jours, repos compris.

Mon client partit très content, plein d'espoir et de confiance ; son état général était très amélioré ; il alla passer l'hiver en Égypte.

L'été suivant, il revint à Cauterets dans d'excellentes conditions relatives.

L'intérieur du larynx conservait une teinte remarquable de vitalité. Les ulcérations étaient à peine perceptibles ; le gonflement de mauvaise nature, signalé par Mandl, était presque entièrement disparu.

La seconde cure thermale, très surveillée, comme la première, fut moins longue. Les réactions du larynx furent moins intenses que l'année précédente ; il fut à peine nécessaire de suspendre la cure, par prudence, pendant un ou deux jours. Cette cure ne dura que *vingt-sept jours*, tout compris.

L'amélioration fut extrême. Le larynx revint à l'état normal.

Le malade partit guéri, pour revenir passer un second hiver en Egypte.

Ce second hivernage assura la guérison.

Cette guérison se maintenait encore *six ans après*, d'après des renseignements reçus en 1881.

Dans ce cas remarquable, la *stimulation physiologique* eu la cure thermale de Cauterets a été sensiblement disciplinée, et elle a servi d'agent curateur. Il n'y a jamais de trace d'*excitation*.

Cette excitation n'aurait pas manqué de se produire, si le malade eût été soumis à des doses plus fortes de boisson, à des topiques laryngiens, tels que pulvérisation, etc., à de grands bains minéraux, à des douches. La susceptibilité nerveuse était, en effet, des plus impressionnables.

En dehors de sa petite dose de boisson (deux verres par jour, dont un de *Raillère* et l'autre de *Mauhourat*, en tout *quatre cents grammes* d'eau sulfureuse), je ne lui permettais que quelques gorgées (et à la fin une seule verrée) de gargarisme avec l'eau de *Raillère* et un *pédiluve* de cinq à huit minutes à l'eau courante de *César* (43° c.).

Mais il est bon de remarquer que la durée de sa cure dépassa sensiblement, chaque fois, les *vingt-un jours empiriques*, si déplorablement imposés par la routine à toutes nos cures thermales. J'ai signalé, dans un autre travail, l'extrême importance de la *durée* des cures thermales pyrénéennes. C'est surtout dans les cas graves et délicats, du genre de ceux dont nous nous occupons en

ce moment, que la limite de la *durée* doit être entièrement laissée à l'appréciation du médecin thermal.

Tous les malades, en effet, ne sont pas les mêmes; tous ne présentent pas l'impressionnabilité signalée dans le cas présent; et toutes les cures thermales de phtisie du larynx ne sont pas toujours aussi simples dans leurs moyens d'action balnéaires.

Ce qu'il faut surtout bien surveiller et, par conséquent, bien connaître, pendant les cures à Cauterets de la tuberculose laryngée, ce sont les réactions locales de la muqueuse du larynx, sous la double influence de l'eau de *Raillère*, en boisson, et en lavage, topiques (gargarismes, pulvérisations, etc.). Les applications locales méritent surtout la plus minutieuse attention; c'est le plus souvent leur abus qui provoque les accidents congestifs de la muqueuse du larynx, en deçà desquels la stimulation doit toujours s'arrêter.

J'ai, depuis longtemps, signalé ces particularités de pratique thermale, dans ma *Méthode pratique du GARGARISME LARYNGO-NASAL* (3^e édit., 1881, p. 136 et *passim*).

On doit donc diriger sans les craindre les réactions laryngiennes. La suspension momentanée de la cure, l'emploi rationnel des demi-bains minéraux à 35° c. au moins, des pétiluves à eau courante (43° c.), des douches chaudes sur les membres inférieurs, sont, à Cauterets, les moyens faciles de cette direction. Le silence absolu est aussi de rigueur pendant ces cures délicates; et combien peu de malades consentent à s'y soumettre?

En général, les réactions laryngiennes franches, à marche rapide, bien proportionnelles à la sollicitation balnéaire, sont celles qui donnent les meilleurs, plus prompts et plus durables résultats. L'observation précédente en fournit une preuve saisissante.

Qu'ajouter maintenant à l'exposé qui précède?

Le cas ci-dessus résume réellement, à lui seul, toute cette dissertation.

Nombreux sont les cas analogues; et, s'ils n'ont pas tous la même certitude de diagnostic, ils n'en confirment pas moins la preuve de la puissance singulière de l'eau de la fontaine *Raillère* (associée ou non à l'eau de la source *Mauhourat*), prise sur place, et prudemment maniée, contre la *tuberculose du larynx*, « la vraie phtisie laryngée ». Que de médecins j'ai rendus témoins de faits de ce genre, quelquefois sur eux-mêmes! — Toutes les sources sulfureuses pyrénéennes, réputées dans la cure des maladies du larynx, fourniraient aussi, j'en suis convaincu, bon nombre de faits analogues.

Or, par une singulière coïncidence, ce sont les laryngologistes, qui ne sont pas encore venus étudier Cautelets et les Eaux pyrénéennes sur place, qui en contestent les beaux résultats.

Après ce qui précède, il n'est donc plus permis de dire : « Donner des eaux sulfureuses dans la tuberculose laryngée, c'est fournir un engrais à une terre parfaitement ensemencée et qui renferme des germes qui ne demandent qu'à se développer » (*Revue médicale de Toulouse*, 1887, p. 364, et *Revue mensuelle de Laryngologie*, 1888, p. 359).

Car, nous pourrions aussi répondre, d'après une expérimentation analogue également sortie du « laboratoire de l'imagination » : Pour nous, dans la tuberculose du larynx, l'eau sulfureuse de *Raillère* agit à la fois des deux manières les plus précieuses contre la prolifération du bacille de Koch :

1° En stérilisant le terrain organique qui devient réfractaire au développement du bacille;

2° En tuant directement le bacille déjà développé.

Mais les cas malheureux incriminés?

Eh! bien, il faut reconnaître que l'action thermo-sulfureuse est arrivée trop tard.

Tantôt elle a pu, en exagérant imprudemment sa stimulation salutaire, accroître, au lieu de l'éteindre, la

réceptivité du terrain organique qu'elle a contribué à trop appauvrir.

Tantôt elle a pu provoquer les perturbations ultimes auxquelles l'organisme ne pouvait plus résister.

En résumé, pour mener à bien, à Cauterets, par exemple, la cure thermale de la *tuberculose laryngée*, il faut d'abord connaître à fond la marche de cette redoutable maladie, ses tendances et ses modes divers de terminaison; — avoir l'expérience du médicament thermo-minéral, des propriétés singulières de l'eau sulfureuse de *Raillère* sur la vitalité de l'organe vocal et de l'appareil respiratoire tout entier, — et savoir enfin *mesurer au cas particulier à traiter* l'action stimulante, trophique et résolutive à la fois, du médicament naturel, spécial à Cauterets.

CONCLUSIONS

A l'encontre des idées déjà émises par quelques laryngologistes, nous formulons, à notre tour, les affirmations suivantes :

1^o Bien que dites *sulfureuses*, les eaux thermo-minérales de Cauterets, bien maniées, exercent une action thérapeutique que l'on ne saurait identifier à celle des *sulfureux*, envisagés d'une manière générale;

2^o Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est (et ce ne sont pas les *moins sulfureuses*), qui exercent primitivement une action sédative, antispasmodique, hyposthénisante, antiphlogistique, puisque, employées en bains, elles éteignent directement la chorée, l'hystérie, l'eczéma humide, les névralgies rhumatismales (fontaines *Petit-Saint-Sauveur*, *Pauze-Vieux*, *Le-Bois*).

3^o Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est une qui exerce une action très remarquable sur l'innervation et la nutrition, qu'elle régularise et *stimule* de manière à rétablir les fonctions organiques générales, perverties ou épuisées par les dyscrasies les plus graves, telles que la *tuberculose*.

Cette fontaine exerce, de plus, une action élective des plus singulières et des plus favorables sur les tissus et l'innervation nutritive des organes respiratoires, et en particulier sur la muqueuse laryngo-bronchique et sur la muqueuse du pharynx et des fosses nasales (fontaine *Raillère*).

4^e Employée en boisson, en bains, ou, topiquement, sur la muqueuse accessible des voies laryngo-bronchiques, en pulvérisation, gargarisme, etc., utilisée seule ou associée avec d'autres sources sulfureuses de Cauterets, l'eau de la fontaine *Raillère* peut améliorer et guérir la *phtisie largnée* la plus authentique, même à une période avancée.

COMPTE RENDU

DU

IV^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

BRUXELLES, 1888

par le Dr WAGNIER de Lille.

Séance d'ouverture, 10 septembre.

M. le Dr DELSTANCHE fils, assisté de MM. les membres organisateurs du Congrès, prononce un discours d'ouverture dans lequel il souhaite la bienvenue à ses confrères étrangers et propose de constituer le bureau définitif.

Sur la proposition de M. Ménière, M. le Dr DELSTANCHE est élu président par acclamation et MM. DELSTANCHE père, et SAPOLINI (de Milan), sont élus présidents d'honneur.

MM. BENNI (de Varsovie), EEMAN (de Gand), GORIS (de Bruxelles), ROHRER (de Zurich) et SCHIFFERS (de Liège), sont nommés secrétaires.

Séance du soir.

Présidence de M. DELSTANCHE fils.

M. GRADENIGO fait une communication sur le **développement du pavillon de l'oreille chez l'homme et chez**

les mammifères ; cette communication a déjà été publiée *in-extenso* (1).

M. ROHRER dit avoir eu l'occasion de reconnaître l'exactitude de la théorie de His en ce qui concerne le développement de l'oreille qu'il approuve par conséquent.

M. HARTMAN (de Berlin). — De la polyotie.

L'auteur rapporte deux cas de malformation de l'oreille et présente des photographies de ces malformations. Ces deux cas avaient ceci de commun qu'ils se trouvaient au devant de l'oreille sous forme d'appendices auriculaires. Il existait en outre, dans un de ces cas, une deuxième malformation que l'on a pu considérer comme une oreille supplémentaire à cause de sa ressemblance avec le pavillon. Au devant de celle-ci existe une fistule.

On observait dans les deux cas une asymétrie de la face, portant principalement sur le maxillaire inférieur. Il y avait en outre sur la sclérotique, et dans les deux cas, de petites tumeurs de la grosseur d'une lentille. Dans le cas de polyotie, existait encore une fistule à deux millimètres au dessous de l'aile du nez.

L'asymétrie de la face peut être rapportée à un arrêt de développement du premier arc branchial.

Voici de quelle façon pourraient être expliquées les autres anomalies : 1^o Que dans le développement de ce premier arc le même organe s'est développé plusieurs fois; 2^o Qu'il s'est formé un arc branchial double ayant donné naissance à chacune de ses extrémités à un organe; 3^o D'après Albrecht, ces malformations pourraient être expliquées par des arrêts de développement au niveau du *Rhinidion*, de l'*Ophthalmion* et de l'*Otidion*. C'est ainsi que s'expliquent les anomalies du nez, des yeux et de l'oreille.

ROHRER rappelle des faits analogues cités par Mayer et M. Knapp.

M. KNAPP (de New-York) dit avoir publié une observation analogue, dans laquelle l'oreille supplémentaire était bien plus déve-

(1) *Arch. per la sc. med.*, Turin, 1888, et *Arch. f. de med.*, Wissenck, nos 5 et 6, 1888.

loppée que dans ceux rapportés par M. Hartmann; le malade avait aussi une tumeur épisclérale.

M. GELLÉ. — Des réflexes biauriculaires; démonstration d'un centre réflexe oto-spinal; de son siège dans la moelle cervicale.

Dans une première partie de ce travail, l'auteur expose les méthodes qui lui sont personnelles pour l'examen et la constatation du jeu fonctionnel de l'appareil de conduction et d'accommodation de l'oreille.

Dans le chapitre suivant, il démontre l'association fonctionnelle des deux organes auditifs dans l'accommodation.

Par suite de pressions faites sur l'oreille gauche, on observe l'atténuation du son du diapason placé en face de l'oreille droite, il s'agit là d'un réflexe normal, d'accommodation biauriculaire. Quand ce réflexe manque, toutes les autres conditions restant normales, il faut bien admettre que c'est le centre réflexe lui-même qui est atteint. Quel en est le point de départ? le mouvement imposé à l'appareil transmetteur d'un côté, c'est-à-dire les sensations musculaires, tendineuses, articulaires, etc. L'auteur prouve qu'on ne peut admettre comme origine du réflexe ni l'excitation du nerf acoustique, ni celle de la sensibilité générale (5^e paire). C'est donc le grand sympathique. Quel est le siège de ce réflexe?

L'auteur, dans la dernière partie de son travail, passe en revue toutes les maladies de la région cervicale et recherche les affections nerveuses, médullaires, dans lesquelles, les oreilles et l'audition restant normales, le réflexe biauriculaire faisait défaut, se guidant sur la notion du centre réflexe papillaire. Il a trouvé ce réflexe altéré dans huit observations de pachyméningites cervicales.

M. Gellé se croit donc autorisé à conclure que le centre réflexe de l'accommodation biauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale. (Voir aussi *Gazette des Hôpitaux*, 26 juillet 1888.)

M. GUYE (Amsterdam). — De l'ombre sonore comme cause d'erreur dans la mesure de l'acuité auditive (1).

(1) Voir page 401.

M. GELLÉ demande si tous les malades présentaient les mêmes phénomènes aux mêmes distances ?

M. GUYE. — Le sujet en observation étant étudiant en médecine ne pouvait être suspecté, d'autant plus que les résultats étaient identiques quand il avait les yeux fermés ; mais il ne faut pas oublier que ces résultats peuvent changer suivant la disposition de l'appartement et la place qu'occupe le malade.

M. SAPOLINI. — L'audition variant avec l'angle formé par l'acoumètre et le conduit, il est indispensable de se tenir dans la même direction.

M. POLITZER. — Il est évident que les expériences de M. Guye sont très concluantes, car il n'est point douteux que le sujet en observation était toujours placé dans les conditions identiques.

M. GELLÉ observe que le son est perçu ou rejeté par l'oreille, suivant que l'acoumètre est placé dans l'axe du conduit ou un peu en arrière.

M. GUYE dit avoir toujours pris la direction normale un peu en avant du pavillon, et qu'ainsi que le faisait observer M. Politzer, ses expériences étaient faites dans des conditions identiques.

M. GRADENIGO rappelle que M. Longhi a publié cinq cas de scotome de l'audition.

M. GUYE se propose de revoir ces faits dont il n'avait pas eu connaissance.

M. SAPOLINI (Milan). — **Sur un procédé usité depuis longtemps dans la pratique de l'auteur en vue de diminuer l'hypoacusie des vieillards.**

L'auteur fait fondre du phosphore dans de l'huile d'olive jusqu'à saturation et il introduit le liquide dans le conduit et sur le tympan à l'aide d'un pinceau.

Sur 69 vieillards traités il aurait obtenu 62 améliorations. Le résultat était bon toutes les fois qu'il n'y avait pas de paralysie de l'acoustique. Sous l'influence du traitement le tympan deviendrait plus souple, moins épais et sa vascularisation se trouverait augmentée.

M. ROOSA (de New-York) observe avec raison que chez les vieillards l'hypoacusie ne dépend pas seulement de la membrane tympanique mais de lésions atrophiques et de paralysies. Il pense qu'Orne

Green a raison d'attribuer la surdité à l'atrophie du nerf et des tissus de la caisse. Aussi tout traitement est-il inutile et l'on doit se borner à préconiser des moyens hygiéniques.

M. le Dr BENNI lit les conclusions du travail de M. le Dr STEIN (de Moscou) **sur l'emploi de la résorcine** dans les maladies de l'oreille.

M. Stein étant absent, le mémoire n'est pas discuté.

M. BÖKE (Budapest). — **Des maladies de l'oreille dans le typhus et de leur traitement.**

Les complications auriculaires dans le cours du typhus ne sont pas très rares, elles surviennent généralement au moment de la convalescence. Elles sont ou inflammatoires ou centrales et portent sur l'appareil nerveux. La surdité est généralement complète et souvent bilatérale.

On observe dans ces cas des otites moyennes catarrhales ou suppurées et dans ces dernières l'apophyse est assez souvent atteinte.

L'auteur cite trois cas typiques de cette complication :

I. Il s'agit d'une femme sans antécédents héréditaires, ayant une ouïe à peu près normale avant le typhus dont elle fut atteinte. Pendant sa convalescence elle fut prise de bourdonnements et de surdité; à l'examen le tympan était déprimé et l'on trouvait les signes de l'obstruction tubaire. Le diapason seul était entendu sur le vertex. Sous l'influence de politzérisations quotidiennes puis du cathétérisme et de l'administration d'iodure de potassium, une amélioration considérable se produisit. La malade entendait à 0,20 cent. à droite et à 0,30 cent. à gauche la montre ordinaire.

II. Le deuxième fait est relatif à une femme atteinte d'otite moyenne suppurée avec fongosités dans la caisse à droite, et de traces d'otorrhée à gauche, toujours consécutifs au typhus. Sous l'influence du traitement, l'oreille droite entendit à 0,10 cent. et la gauche à 0,60.

Le Rinne devint positif des deux côtés.

III. Le troisième malade eut une otorrhée avec périostite mastoïdienne.

L'auteur conclut en disant que les complications auriculaires du typhus ne diffèrent pas des autres affections de l'oreille et réclament le même traitement.

M. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers) appelle l'attention de ses confrères sur l'emploi de la pilocarpine dans les otites exsudatives survenues après la fièvre typhoïde. Une amélioration notable survient en général après 7 à 8 injections.

M. GELLÉ. — Tout le monde sait qu'au cours de la fièvre typhoïde la surdité (d'origine nerveuse) est la règle, mais il n'est pas rare de voir au moment de la convalescence une oreille redevenir normale et l'autre rester plus ou moins sourde. Cette dernière présente alors des lésions qu'il est important de traiter sans attendre une guérison naturelle qui ne se produirait pas.

M. BOKE. — Je n'ai point parlé de la pilocarpine pour montrer que l'on pouvait arriver à un bon résultat avec les moyens habituels.

M. SUAREZ DE MENDOZA pense que la maladie disparaît plus vite par ce moyen.

M. NOQUET (de Lille) lit un travail sur **Quelques considérations sur l'otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques** (1).

Séance du 11 septembre, matin.

M. NAGEL propose de renvoyer à la dernière séance la lecture des mémoires dont les auteurs sont absents.

M. GELLÉ approuve la proposition qui est adoptée.

M. KNAPP. — **Sur l'utilité d'adopter une notation uniforme de l'acuité auditive.**

M. KNAPP expose l'utilité qu'il y aurait à adopter une base conforme de notation et qui consiste à exprimer les degrés de diminution de l'ouïe par une fraction.

Ce procédé est emprunté à l'ophtalmologie.

On a objecté que l'intensité du son n'étant pas en raison directe (inverse) de la distance à laquelle se trouve le corps sonore dont la vibration est perçue mais en raison du carré de cette distance, on devra l'exprimer par la racine carrée de

(1) Sera publiée *in extenso*.

cette distance. La remarque est faite, mais elle s'applique également à l'optométrie, et cependant on n'en tient pas compte dans la notation. Chacun sait ce que cela signifie.

L'auteur voudrait qu'on ne réduisit pas non plus les fractions; que si un acoumêtre, par exemple, qu'on entend normalement à 10 mètres n'est entendu qu'à 5 mètres, on doit écrire non $1/12$ mais $5/10$.

La méthode d'Hartmann lui paraît compliquée et longue.

Il confirme par l'équation $h = 0,5/2$ la diminution de l'acuité dans laquelle la montre est entendue à cinquante centimètres, tandis qu'à l'état normal elle est perçue à 2 mètres.

$H = c/2$ indique que cette même montre est entendue au contact.

$H = p/2$ indique qu'il faut presser la montre près de l'oreille pour qu'elle soit perçue.

$H = t/2, v/2, d/2, ub/2$, indique que la montre est perçue sur la tempe, le vertex, les dents ou de tous les points de la tête. $H c/2 = 0, H m/2 = 0, H ub/2 = 0$ indique que la perception n'a pas lieu.

La même notation est applicable à l'acoumêtre, par exemple, les résultats de l'acoumêtre de Politzer entendu normalement à 15 m. s'exprimeront par $15/15, 2/15, 0,1/15$, etc.

Pour la voix, dit l'auteur, que chacun se rende compte de la manière dont sa propre voix est entendue normalement et on exprime alors ainsi les résultats.

V (voix haute) = $10/10$ normal, $5/10, 0,3/10$.

V (voix basse) = $20/20$ normal, $4/20, 0,5/20$.

Les mêmes notations s'appliquent au diapason; ainsi, si l'on veut exprimer qu'un diapason $c/2, 5/12$, doubles vibrations, est entendu pendant trente secondes sur l'apophyse mastoïde alors que, devant le pavillon, il est entendu pendant soixante secondes, on écrira F (furca) $C^2A = 60/60, Fc^2O = 30/30$, et on indiquera de la même manière les variations pathologiques.

$FC^2O = 0$ indique que le diapason n'est pas perçu sur l'apophyse mastoïde.

L'auteur fait voir les avantages de sa méthode de notation qu'on peut appliquer à tout procédé actuel ou à découvrir.

M. POLITZER accepte la proposition ; toutefois, il ne saurait admettre qu'on puisse comparer les résultats de la montre à ceux de l'acoumètre. Cependant il reconnaît que les résultats de l'acoumètre qu'il a inventé ne sont pas toujours identiques parce que les fabricants ne se conforment pas absolument au type primitif. Il se propose de modifier son acoumètre de façon à ce qu'il puisse être entendu normalement à 24 mètres.

M. Urban PRITCHARD indique le procédé de Gardner Brown qui consiste à mettre le diapason sur le nez et à comparer la durée de la perception tactile à celle de la proportion auditive.

M. POLITZER (Vienne). — 1^o Recherches sur les changements pathologiques de l'oreille moyenne, avec démonstration.

Le savant professeur de Vienne expose d'abord l'état de l'oreille moyenne pendant la vie fœtale, rappelant que la caisse est au moment de la naissance remplie d'un bouchon gélatineux qui se résorbe ensuite. A ce moment on trouve encore dans la caisse des filaments parfois assez nombreux dont il montre la disposition sur des pièces préparées qu'il fait circuler dans l'assemblée. Ces filaments *normaux*, dit l'auteur, servent-ils à l'audition ? c'est là un problème à résoudre. Si l'on ne peut rien affirmer à cet égard, il est au contraire à peu près certain qu'après l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la caisse, ces filaments deviennent le point de départ d'adhérences cicatricielles et favorisent ainsi l'ankylose de l'étrier.

M. Politzer expose ensuite le résultat des recherches faites par lui à l'hospice des Vieillards à Vienne, sur les modifications qui surviennent au niveau des branches ou de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale. Les exsudations qui se font à ce niveau, dit le savant praticien, deviennent le point de départ d'adhérences ultérieures qui sont : soit *membra-neuses*, soit *osseuses*, suivant que le processus est plus ou moins avancé. L'auteur montre aux membres du Congrès un

magnifique cas d'adhérence osseuse où toute trace de platine a disparu, tellement elle fait corps avec les parois auxquelles elle est soudée. M. Politzer rappelle alors que M. Gradenigo a démontré que la platine de l'étrier était formée d'une couche cartilagineuse naissant de l'anneau labyrinthique et d'une couche osseuse extérieure. C'est cette disposition qui expliquerait l'ankylose osseuse de la base de cet osselet.

Passant aux suppurations chroniques de l'oreille moyenne, l'auteur établit que la niche des fenêtres ovale et ronde est remplie d'un tissu de nouvelle formation soudant l'étrier à la fenêtre ovale.

Enfin, de toutes ses longues et patientes recherches M. Politzer conclut qu'il est très important, au point de vue thérapeutique, de faire des recherches anatomo-pathologiques.

Ajoutons, pour être complet, que toutes ces théories étaient appuyées sur une quantité considérable de préparations microscopiques que chaque membre du Congrès a pu voir facilement à la loupe, et l'explication de chaque pièce anatomique était accompagnée d'un dessin très agrandi fait au fusain par l'auteur lui-même.

Malheureusement, M. Politzer a dû ne présenter que le squelette de son importante communication qu'il sera utile de lire *in extenso* dans le compte rendu du Congrès.

M. GRADENIGO pense que le Professeur de Vienne vient de traiter une question fort importante, et il affirme avoir trouvé dans un cas une adhérence *normale* entre la base de l'étrier et la fenêtre ovale.

C'est la forme d'adhérence que l'on observe surtout dans l'otite scléreuse, qui est la plus héréditaire. Peut-être pourrait-on expliquer cette prédisposition par un état embryologique spécial de la fenêtre ovale.

M. TURNBULL. — Un cas de nécrose d'une partie des cellules mastoïdiennes et d'enlèvement complet du labyrinth, avec paralysie du nerf facial et recouvrement partiel de l'ouïe.

Le titre indique le sujet traité par cet auteur.

M. HARTMAN (de Berlin) a observé un cas de nécrose avec exfoliation du labyrinthe, et cependant le diapason vertex était entendu de ce côté, mais le malade était sourd à la voix.

M. POLITZER observe qu'un fait analogue à celui-là, montré par M. Burckhardt Mérian, au Congrès de Bâle, semblait indiquer que le son peut être perçu directement par le nerf acoustique.

M. BARR (Glasgow) montre le sequestre du labyrinthe osseux d'un enfant de dix ans, atteint depuis plusieurs années d'otorrhée consécutive à une scarlatine. Le malade avait une paralysie faciale mais pas de trouble de l'équilibre, bien que les canaux semi-circulaires fussent éliminés.

M. GELLÉ. — Je demanderai à mes confrères s'ils pensent que l'on peut entendre sans oreilles, ou s'il ne vaudrait pas mieux supposer que les sequestres éliminés ne contenaient pas l'oreille toute entière. Je préférerais croire, pour ma part, qu'il existait encore une partie du labyrinthe qui percevait le son du diapason plutôt que de supposer qu'il existe des faits contraires à la physiologie.

M. SUÑÉ Y MOLIST. — Sur les Otopathies consécutives aux traumatismes du maxillaire inférieur (1).

M. MORPURGO (Trieste). — Traitement des douleurs d'oreille.

L'auteur recommande l'emploi de solutions phéniquées au 1/10 faites dans la glycérine, dans les cas d'otite moyenne catarrhale douloureuse. La plupart du temps, les douleurs se calment et très rarement l'oreille suppure.

D'après son expérience, M. Morpurgo engage vivement ses confrères à employer cette méthode, soit en instillations dans l'oreille, soit en badigeonnages sur le tympan avec un pinceau.

M. GELLÉ demande si les douleurs remontaient à plusieurs jours.

M. MORPURGO répond qu'il s'agissait, en général, de douleurs récentes.

M. MOURE demande si l'on n'a jamais observé des vésications de la membrane après l'emploi de solutions phéniquées au 1/10.

M. MORPURGO observe que le tympan tolère très bien cette médica-

(1) Sera publié *in extenso*.

tion et qu'il n'a jamais vu survenir d'inconvénients après l'emploi de ce procédé.

M. MÉNIÈRE dit employer, depuis déjà longtemps, la solution phéniquée au 1/10, qui est sa solution faible, et arriver même à des solutions plus concentrées, jusqu'à 1/2, dans les cas de perforations et d'otorrhées rebelles. Il n'a eu qu'à se louer de ce mode de traitement.

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOTOLOGIE D'AMÉRIQUE

21^{me} CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON CONN. LE
17 JUILLET 1888.

par le Dr GORHAM BACON, de New-York.

Traduit de l'anglais par le Dr J. Charazac.

Le Congrès est ouvert sous la présidence du Dr J. S. PROUT, de BROOKLYN, qui déplore la perte que vient de faire la Société dans la personne du Dr C. R. AGNEW, de New-York. MM. les Drs GORHAM BACON et W. H. CARMALT sont chargés de préparer une note à ce sujet.

Les Drs GREEN, THÉOBALD et CARMALT sont nommés membres du Comité.

Le Dr F. WILLIAMS, de Cincinnati, est élu membre honoraire de la Société.

Le Dr W. H. CARMALT présente le rapport de la Commission du Congrès des médecins et chirurgiens d'Amérique. Les conclusions du rapport sont adoptées, et il est décidé que la Société devra s'ajourner pour se rencontrer à Arlington-Hôtel, Washington, le 18 septembre 1888. Il est décidé, sur la motion du Dr J. GREEN, que dans cette réunion on ne s'occupera exclusivement que de questions scientifiques.

On lit le titre de deux communications du Dr S. SEXTON intitulées : **Périostite externe de l'apophyse mastoïde et sur quelques indications pour l'excision du tympan et du marteau.**

Le Dr Ch. H. BURNETT, de Philadelphie, rapporte un cas de vertige otique (maladie de MÉNIÈRE) guéri par l'excision du tympan et du marteau.

La malade, une fille âgée de trente six ans, avait été traitée six ans auparavant pour un catarrhe chronique naso-pharyngien et une otite moyenne catarrhale chronique accompagnée de dureté de l'oreille, de bourdonnements et d'une sensation de plénitude de l'organe malade. Le traitement n'avait amené aucune amélioration. Après un intervalle de six ans, les symptômes s'aggravèrent, la malade en outre éprouva des vertiges auriculaires très prononcés. Le tympan au niveau du manche du marteau adhérait au promontoire, et les vertiges, les bourdonnements et la sensation de plénitude furent attribués à la rétraction de la chaîne, conséquence de la dépression du tympan. L'excision de la membrane et du manche du marteau fut pratiquée après éthérisation de la malade. Les vertiges, les bourdonnements et la sensation de pression disparurent d'une façon complète, immédiatement après l'opération, et cet heureux résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour. L'audition n'a pas été altérée par l'opération. L'enclume fut détachée de l'étrier, mais ne put être enlevée en raison de son adhérence à la partie supérieure de la caisse.

Le Dr J.-O TANSLEY, de New-York. — J'observe en ce moment une jeune fille opérée depuis environ dix-huit mois. Quand je la vis pour la première fois, le conduit auditif était rempli par des végétations, et elle présentait des symptômes cérébraux très sérieux. Les polypes furent enlevés, et je trouvai une portion du tympan conservée et au-dessus un point nécrosé, laissant pénétrer la sonde d'environ un quart de pouce. La malade fut observée chaque jour pendant deux mois. La nécrose guérit et la malade va assez bien. Il existe encore quelques symptômes cérébraux. Je considère l'excision du tympan et du manche du marteau comme une opération très sérieuse et qui ne doit pas être pratiquée à la légère.

Le Dr Ch. BURNETT. — Ma cliente n'est pas restée à Philadelphie, mais j'ai appris que, trois semaines après l'opération, un écoulement se produisit. Je ne considère pas l'opération comme dangereuse.

Le Dr CHAS. J. KIPP, de New-York. — Lucae a pratiqué fort souvent cette opération pour traiter les bourdonnements et les vertiges, mais l'a depuis abandonnée.

Le Dr S. SEXTON, de New-York, a très souvent pratiqué cette opération et a obtenu une amélioration notable des bourdonnements et des symptômes subjectifs, mais jamais d'aggravation.

Le Dr S. SEXTON présente une nouvelle **batterie portative** pour l'accumulation de la force électro-motrice et une **lampe** pour l'emploi de la lumière électrique en chirurgie. La batterie se compose de trois éléments. La lampe est une modification de celle de TROUVÉ, mais avec une lumière beaucoup plus vive. Un pareil éclairage est indispensable dans toutes les opérations sur l'oreille lorsque le malade est anesthésié. La batterie peut fonctionner d'une façon continue pendant vingt-quatre heures et conserve sa puissance pendant plusieurs mois.

La communication qui suit, du Dr BUCK, de New-York, traite : **Des influences réflexes sur la production du catarrhe naso-pharyngien.**

L'auteur s'est proposé d'attirer l'attention sur certaines causes qui agissent d'une façon indirecte dans la production du catarrhe naso-pharyngien et dont on peut s'expliquer l'action par l'intervention des fibres vaso-motrices du grand sympathique. La plus commune des causes indirectes du catarrhe naso-pharyngien est l'action du froid sur la surface du corps. L'irritation du conduit gastro-intestinal est parfois une cause très puissante du catarrhe naso-pharyngien et des troubles auditifs consécutifs à ce catarrhe. Chez bon nombre de malades, chez les hommes surtout, entre trente et quarante ans, chez lesquels on a toutes sortes de raisons de croire que

le tube gastro-intestinal est le siège d'une irritation habituelle plus ou moins grande, nous trouvons la muqueuse de la gorge rouge et gonflée. Dans les cas de ce genre, les troubles digestifs doivent surtout attirer l'attention du praticien. Les influences réflexes portant leur action sur la voûte du pharynx peuvent provenir également de sources beaucoup plus éloignées.

Une dame, âgée de quarante ans, se plaignait de bourdonnements dans les deux oreilles. Elle avait eu, à diverses reprises, de légères attaques de catarrhe rétro-nasal. Les bourdonnements étaient toujours améliorés par une forte cautérisation de la voûte du pharynx au nitrate d'argent. Mais bientôt ce moyen ne réussit plus à la soulager. La malade, en même temps, éprouvait des douleurs à la région pelvienne. Un gynécologue, consulté, constata une rétroversion de l'utérus avec périmétrite. Celle-ci guérie, les bourdonnements disparurent sans aucun traitement du catarrhe.

L'auteur constate que ces diverses causes indirectes ont été décrites comme pouvant aggraver un catarrhe existant déjà, mais à l'état latent; il ne voit pas pourquoi dans certains cas elles ne joueraient pas le rôle de cause excitante, bien que cette opinion soit très difficile à prouver.

Le Dr J.-O. TANSLEY a rencontré plusieurs cas de catarrhe naso-pharyngien chez des jeunes filles de quinze à vingt ans, qui étaient anémiques et chlorotiques et souffraient de constipation, et considère cet état comme une cause de catarrhe.

Le Dr S.-D. RISLEY, de Philadelphie, dit qu'il est admis d'une manière générale que le catarrhe naso-pharyngien survient spécialement chez les arthritiques et les goutteux. Le catarrhe naso-pharyngien est une des manifestations les plus constantes de la lithémie.

Le Dr C.-H. BURNETT, de Philadelphie, vu le nombre considérable de cas de surdité uniquement dus à la dyspepsie, considère le nitrate d'argent dont on vient de parler comme la plus mauvaise substance à employer en application locale

dans le nez et à la voûte du pharynx. Son emploi, tôt ou tard, s'accompagne de sclérose ou d'atrophie.

Le Dr S. SEXTON a vu plusieurs cas dans lesquels le catarrhe naso-pharyngien et des symptômes auriculaires avaient été déterminés par une vive irritation de la bouche.

Le Dr J.-F. VOYES, de Detroit, dit qu'il est important dans notre pratique spéciale de tenir compte de la médecine générale.

Le Dr Samuel THÉOBALD, de Baltimore, estime que l'atrophie consécutive au catarrhe hypertrophique est la conséquence de la continuation du catarrhe et non de l'application du nitrate d'argent. Il considère ce remède comme très utile.

Le Dr CHAS J. KIPP partage l'opinion du Dr THÉOBALD. Les solutions les plus fortes qu'il emploie ne dépassent jamais 1 gramme pour 30.

Le Dr A.-H. BUCK lit un travail intitulé : **Contribution à l'étude de l'anatomie de l'oreille de l'éléphant.**

L'auteur montre une oreille d'éléphant et signale les particularités intéressantes. Le conduit auditif est entouré de cellules contenant de l'air, il mesure six pouces et demi de longueur. Le canal, au moment de l'examen, était rempli de produits de desquamation. Dans l'oreille moyenne, le manche du marteau paraît situé sur un plan horizontal. Il n'est pas vertical comme dans l'oreille humaine. La trompe d'Eustache passe à travers un système de cellules aériennes (air-cells) et vient s'ouvrir à travers l'une d'elles, tout près de la membrane du tympan.

Le Dr Huntington RICHARDS, de New-York, rapporte : **un cas d'angiome polypiforme de l'oreille.**

La tumeur fermait presque complètement le conduit auditif, elle était de couleur rouge pourprée. La malade, âgée de six ans, fut amenée le 4 mai 1888. Il existait un écoulement abondant, fétide, non accompagné de douleurs et remontant aux premiers jours de février. L'audition était bonne. Pas

d'otorrhagie, état général excellent. La tumeur fut enlevée au serre-nœud en deux séances, et chaque fois une hémorragie abondante suivit l'extirpation. L'angiome paraissait inséré à la surface externe de la membrane du tympan, près de la saillie formée par la courte apophyse du marteau. Trois photographies (micro-photographs) accompagnent le travail.

Le Dr RICHARDS rapporte : un cas de fausse membrane du tympan (*False drum membrane*).

Le malade, âgé de vingt et un ans, était absolument sourd de l'oreille malade. Le patient paraît avoir eu dans son enfance une otite moyenne chronique. L'autre oreille est atteinte d'otorrhée. A l'examen on constate une membrane obstruant le conduit auditif, dont la coloration est semblable à celle de la peau du conduit auditif. Une ouverture triangulaire est pratiquée à travers cette membrane. On aperçoit alors la paroi interne de l'oreille moyenne mais sans membrane du tympan. Il en résulte une légère amélioration de l'ouïe. Le malade, quelques jours après, ne présentait aucun écoulement de l'oreille.

MM. les Drs S. SEXTON, SUTPHEN, MATTHEWSON et THEOBALD prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Séance du soir.

Le Dr J.-B. EMERSON, de New-York, fait une communication sur **un cathéter flexible servant de tube de drainage** (*The flexible cathéter as a drainage tube*).

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles il a fait usage d'un cathéter flexible, qu'il considère comme constituant le meilleur moyen de drainage dans certaines affections du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde. Il s'en est servi avec avantage dans un cas d'exostose du conduit auditif et deux cas d'affection de l'apophyse mastoïde.

Le Dr CHAS J. KIPP, de New-York, rapporte : **trois cas de nystagmus passager, bilatéral, consécutifs à une**

otorrhée (three case of transient bilatéral, horizontal, nystagmus in connection with purulent, inflammation of the middle ear).

1^{er} cas. — Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-et-un ans, qui a eu une otorrhée sept à huit ans auparavant. Trois mois avant d'être traité, il a eu un accès aigu et a souffert de violentes douleurs dans l'oreille et dans la tête. L'écoulement a diminué. Depuis deux ou trois semaines, il voit tous les objets en double, il a des vertiges et ne peut marcher. Le nystagmus est très marqué dans la position horizontale. Le vertige et le nystagmus durèrent quatre jours. Après la disparition de ce dernier, le vertige cessa.

2^e cas. — Dans cette observation, il s'agit d'un homme atteint six ans auparavant d'une otite moyenne purulente. On pratiqua la paracentèse du tympan, mais les douleurs persistèrent longtemps. Un gonflement se produisit sur l'apophyse mastoïde accompagné de plusieurs accès épileptiformes. En comprimant l'apophyse mastoïde, on fit un jour sourdre du pus par le conduit. Il se produisit en même temps une douleur lancinante dans la tête et du nystagmus. Ce dernier persista pendant dix minutes et se reproduisit à chaque pression exercée sur l'apophyse mastoïde. Depuis lors, l'apophyse mastoïde a été ouverte et l'état du malade s'est beaucoup amélioré.

3^e cas. — Un jeune homme a eu une otorrhée accompagnée de vives douleurs. Le traitement n'a pas réussi à améliorer son état et n'a été continué que pendant trois semaines. Un gonflement se produisit derrière l'oreille, une incision fut faite qui laissa s'écouler une grande quantité de pus. Il en résulta pour le malade un soulagement notable. Quelques jours plus tard, une injection ayant été faite avec force dans la plaie, le liquide s'écoula par l'oreille. En même temps le malade éprouvait une vive douleur lancinante dans la tête et du nystagmus qui persista quelques minutes. Les injections produisirent toujours le même phénomène lorsque celles-ci étaient faites avec force.

Le Dr J.-O TANSLEY, de New-York, présente **un serre-nœud pour l'oreille.**

On lit le titre d'un travail du Dr S. SEXTON, de New-York, sur **les corps étrangers du conduit auditif externe.**

Séance exécutive.

On nomme les membres du Comité pour l'année suivante :

Président : Dr J. S. PROUT, de Brooklyn.

Vice-Président : Dr GORHAM-BACON, de New-York.

Secrétaire et Trésorier : Dr J.-J. B. VERMYNE, de New-Bedford-Mass.

Membres du Comité : MM. les Drs A. MATTHEWSON, D. B. SAINT-JOHN ROOSA et JOHN GREEN.

MM. les Drs W. H. CARMALT, de New-Haven, et GORHAM-BACON, de New-York, sont délégués au Congrès des médecins et chirurgiens américains.

La Société se sépare pour se réunir de nouveau à Washington, Arlington-Hôtel, le 18 septembre 1889.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Traitements de la stomatite mercurielle par des lavages au sublimé, par M. A. DERSSER.

C'est à M. de Renzi qu'on doit l'idée de ce traitement. Il consiste à se laver tous les jours la bouche avec un demi-litre d'une solution de sublimé à 0 gr. 25 pour 1000.

Pour expliquer un pareil traitement d'une apparence si paradoxale, l'auteur a émis l'hypothèse suivante : le mercure ne produit la stomatite qu'indirectement, en modifiant la nutrition des éléments anatomiques de la bouche, en les affaiblissant et en les mettant dans de très mauvaises conditions pour s'opposer aux fermentations toujours imminentes dans cette cavité peuplée de germes. Dès lors on comprend l'utilité du sublimé comme antiseptique pour détruire ces fermentations putrides. (*La Thérap. contemp.* n° 14, 6 avril 1888.)

E. P.

Les dangers d'hémorragie après l'amygdalotomie (The dangers of hemorrhage after tonsillotomy), par le Dr LOUIS E. BLAIR.

Le Dr Blair rapporte deux cas d'ablation de l'amygdale faite avec l'amygdalotome chez deux malades âgés, le premier, de vingt-un ans, le second de vingt-sept ans, qui donnèrent lieu à une hémorragie considérable. La compression dans les deux cas put seule arrêter l'écoulement sanguin. (*Albany medical Annals*, février 1888.) Dr J. CH.

Communication sur le phlegmon infectieux primitif du pharynx (Ueber acute infectiose Phlegmone des pharynx), par le Prof. SENATOR.

Ont pris part à la discussion : les Drs Guttmann, Senator, Virchow et Sonnenbourg ; l'opinion du Dr Guttmann étant celle qui doit être regardée comme la conclusion à laquelle s'est arrêtée la discussion, nous allons la résumer en quelques mots :

Le Dr Guttmann s'étonne que le Dr Senator ait dit que cette maladie n'était nulle part décrite ; c'est une erreur, il y a longtemps que les auteurs français l'ont fait ; on en trouve aussi une excellente description dans la *Pathologie spéciale* de Ziemssen, au chapitre des maladies infectieuses ; de même dans la *Pathologie* de König et dans celle de Eichhorst ; mais cette affection a été décrite sous un autre nom, sous celui d'*Érysipèle primitif du pharynx*.

Il ne saurait revenir sur la nature de l'affection décrite par Senator ; cet auteur a dit que ce n'était pas un érysipèle, parce qu'il n'avait trouvé ni érysipèle de la face, ni microbes d'érysipèle dans les tissus. Toutefois le Dr Guttmann se permet de faire les remarques suivantes :

Dans la *Pathologie* de Ziemssen, il est dit qu'à côté de l'érysipèle secondaire consécutif à cette même affection de la face il existait une localisation primitive de la maladie dans le pharynx, qui envahit secondairement le larynx, s'accompagne de grosse rate, d'albuminurie, etc., et qui amène la mort par infection générale. Ensuite il fait remarquer qu'il est très délicat d'affirmer qu'il n'y a pas de microbes d'érysipèle dans le corps parce que l'on n'en a pas trouvé dans un morceau de tissu. Senator ne peut pas, en se basant sur l'analyse d'un

seul cas, nier l'origine érysipélateuse de son affection ; du reste, nous n'avons jusqu'ici aucun moyen exact de reconnaître si une inflammation du pharynx est de nature érysipélateuse ; pour cela il faudrait avoir recherché si les microbes érysipélateux existent oui ou non dans la muqueuse d'un pharynx atteint d'érysipèle secondaire consécutif à celui de la face. Il n'existe encore aucune communication en bactériologie qui établisse l'existence du microbe érysipélateux dans une muqueuse atteinte de cette affection.

Quant aux nombreux microbes isolés et cultivés par Langerhorns, ils n'ont rien à faire avec l'affection décrite, puisque inoculés chez des animaux ils ne l'ont pas reproduite.

En résumé, pour ce qui concerne la nature de la maladie, Guttmann la regarderait volontiers comme érysipélateuse, mais toutefois il préfère laisser la question pendante.

Quant à la description de la maladie, elle a été très bien faite depuis longtemps, ce n'est donc pas un nouveau type clinique que celui que décrit Senator. (Société médicale de Berlin, séance du 18 janvier. *Berl. Klin. Woch.*, n° 6, 1888.)

V. RAULIN.

Contribution à l'étude du phlegmon infectieux primitif du pharynx (Zur Keuntniss der acuten infectiosen Plegmone des Pharynx)
par le Dr W. HAGER de Waudsbeck.

L'auteur rapporte un cas de phlegmon infectieux du pharynx dans lequel, comme dans ceux de Senator, on pût reconnaître trois périodes dans l'évolution.

La première période fut caractérisée par une angine débutant brusquement avec du délire et sans cause connue.

Dans la seconde période, l'inflammation gagna le voisinage, l'œsophage, l'estomac, le tissu péri-œsophagien, le larynx où elle détermina des accidents qui firent penser un instant à pratiquer la trachéotomie.

A la troisième période, on fut en présence d'une septicémie générale consécutive à la résorption du pus formé dans le tissu cellulaire péri-œsophagien.

L'auteur a cru devoir publier ce cas qui est intéressant à plusieurs points de vue.

D'abord la durée de la maladie a été d'un mois, tandis que

la durée la plus longue des cas observés par Senator fut de 16 jours; ensuite la propagation du phlegmon à la couche péri-œsophagienne est à remarquer, de même pour les phénomènes métastatiques dus à la septicémie, accidents observés du côté des plèvres et des articulations; enfin la maladie s'est terminée par la guérison, ce qui n'avait pas encore été observé. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 12, 1888.) V. R.

Des néoplasmes de la mâchoire supérieure et des résultats de leur traitement opératoire (*Ueber die Neubildungen des Oberkiefers und den Erfolg ihrer operativen Behandlung*), par le Profes. KUSTER.

L'auteur, après avoir cité les travaux sur la question de Rabe, d'Ohlemann, de Winiwarter, de Beyer et de Birnbaun, rapporte les cas de tumeurs primitives qu'il a observés sur la mâchoire supérieure.

Carcinome.....	20
Sarcome	14
Adénome.....	2
Fibrome.....	2
	<hr/>
	38

Les fibromes ont été observés sur le rebord alvéolaire ou bien sur la paroi nasale de la mâchoire supérieure.

Les adénomes ne naissent pas à proprement parler de la mâchoire supérieure, mais de la muqueuse riche en glandes des cornets de l'antre d'Higmore et de la portion nasale de la mâchoire supérieure; dans les deux cas observés, la tumeur qui remplissait le sinus maxillaire fut enlevée par la résection totale du maxillaire et n'a pas récidivé.

Les sarcomes primitifs ont occupé les points suivants :

- 1^o Sarcomes à cellules géantes

le rebord alvéolaire.....	5 fois.
	la voûte palatine osseuse. 4
le corps du maxillaire....	3

2^o Sarcomes à petites cellules rondes.... 5 cas observés.
ou fusiformes (sarcomes malins).

Les 9 cas de sarcomes à cellules géantes ont guéri sans récidives, 6 résections partielles et 3 résections totales furent pratiquées.

Les 5 cas de sarcomes malins furent traités par la résection totale de la mâchoire supérieure; deux malades moururent des suites de l'opération et les 3 autres de récidives.

Sur les 20 cas de carcinome, 17 furent traités par la résection totale du maxillaire supérieur; 1 cas nécessita l'ablation des 2 maxillaires; deux fois Küster pratiqua une résection partielle; 5 des malades sont morts des suites de l'opération, 1 d'une maladie intercurrente, 13 de récidives et 1 vit encore avec une récidive.

Les opérations et les résultats opératoires pratiqués pour toutes ces tumeurs de la mâchoire supérieure fournissent les données suivantes :

Résection partielle.....	8 fois	8 guérisons
Résection totale.....	29	21
Résection ostéoplastique.....	1	1
Opérations diverses de récidives	10	10

Les causes des 8 cas de mort après la résection totale se répartissent ainsi :

Broncho-pneumonie putride.....	4 fois
Anémie.....	2
Accidents métastatiques.....	1
Gastro-entérite hémorragique.....	1
(Empoisonnement par le sublimé.)	

(*Berl. Klin. Woch.*, n° 14, 1888.) V. R.

Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la fosse épiglottique (amygdale linguale) (Two cases adenoid tissue in the epiglottidean fossæ), par le Dr BEVERLEY-ROBINSON.

Le Dr Beverley-Robinson rapporte deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue. Dans le premier, le malade était atteint d'une paralysie de la corde vocale droite; il présentait en outre de l'hypertrophie des glandes de la trachée (?). Pendant le traitement qui consistait en application locale d'acide chromique à l'aide de l'instrument de M. Coy, le malade fut pris d'une gêne respiratoire énorme qu'on essaya de combattre à l'aide des tubes de O'Dwyer, mais sans grand résultat.

La respiration redevint facile après le rejet par le malade

d'une grande quantité de pus provenant sans doute d'un abcès de la trachée ouvert par l'application des tubes.

Le malade présentait à la base de la langue des masses de tissu adénoïde hypertrophié mais qui ne nous paraissent avoir aucun rapport avec la paralysie de la corde vocale.

Dans le second cas, il existait également de l'hypertrophie notable de l'amygdale linguale qui avait déterminé chez la malade, d'abord une légère fatigue de la voix chantée, plus tard le chant devint impossible et la malade ne pouvait lire à haute voix que pendant un temps très court. A plusieurs reprises même, elle a été absolument aphone. (*The med. Record*, 4 février 1888.)

D^r J. CH.

Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale,
par le Dr ALBERT RUAULT.

L'amygdale linguale, tout aussi bien que les amygdales palatines, peut être le siège d'un état inflammatoire aigu, subaigu ou chronique. La forme chronique paraît être la plus commune, elle consiste en une hypertrophie de tous les éléments des follicules linguaux qui sont ainsi augmentés de volume en totalité. Il est rare que l'amygdalite préépiglottique soit la seule lésion que révèle l'examen ; il existe d'ordinaire, en même temps de la pharyngite granuleuse, de l'hypertrophie tonsillaire de la rhinite hypertrophique ou de la laryngite.

Les symptômes sont multiples, aucun d'entre eux n'est pathognomonique, la réunion de plusieurs d'entre eux peut cependant faire soupçonner la maladie. Le symptôme le plus fréquent paraît être la sensation de corps étranger à la gorge. Il est des malades qui croient avoir dans la gorge un cheveu, un fil, une boule ; ils font pour s'en débarrasser de continuels mouvements de déglutition. Quelquefois, la sensation de corps étranger est remplacée par un sentiment d'étranglement, de constriction à la gorge.

Les troubles de la voix accompagnent très souvent l'hypertrophie de l'amygdale linguale ; ils consistent soit en une sensibilité insolite à la fatigue, les malades ne pouvant parler et chanter que très peu de temps sans éprouver une fatigue

insurmontable, soit en des inégalités, la voix est bonne un jour, mauvaise le lendemain. Certains chanteurs se plaignent que leur voix a perdu sa pureté; d'autres sa justesse.

La toux survenant par quintes, quelquefois incessante, des accès asthmatiques ou des phénomènes dyspnéiques ressemblant à des accès d'asthme, des accidents dyspeptiques peuvent être la conséquence de l'amygdalite linguale. La dyspepsie est peut-être due à la grande quantité de salive qu'avalent certains malades pendant les efforts de déglutition qu'ils font presque continuellement pour se débarrasser du corps étranger qui les gêne.

Diagnostic: Impossible à faire à l'aide des seuls symptômes le miroir seul permet d'y arriver facilement. L'important est d'y penser. Pronostic bénin, si l'affection est convenablement traitée.

L'inflammation aiguë de l'amygdale linguale hypertrophiée n'est pas très rare d'après le Dr Ruault. Gleitsman en a rapporté un cas. L'auteur en a observé deux.

Le traitement consiste à réduire le volume de l'amygdale hypertrophiée. On a conseillé l'acide chromique, le nitrate d'argent, les solutions iodo-iodurées, le galvano-cautère. C'est à cette dernière méthode que l'auteur donne la préférence.

Les cas observés par lui sont au nombre de 14, 8 femmes et 6 hommes. Les malades avaient de 18 à 45 ans. Il rapporte l'observation de deux d'entre eux qui lui a paru intéressante par ce fait que les malades ont guéri uniquement par le traitement local de l'amygdale hypertrophiée. Le travail se termine par un cas d'inflammation aiguë. (*Archives de laryngologie; France méd.*, n°s 65, 66 et 67, 15 juin 1888.)

Dr J. CHARAZAC.

Dysphonie, paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue.... etc. (*Disfonia, parálisis de la mitad derecha del velo del paladar y de la lengua.... etc.*), par le Dr D.-F.-J. VILATO.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de sept ans, d'un tempérament lymphatique très prononcé. Il y a trois ans, après des troubles gastro-intestinaux de longue durée, la malade contractait la coqueluche, et, pendant la convales-

cence de cette dernière, la diptérite. On constatait à partir de ce moment des troubles de la voix, de la déglutition, etc.. A l'examen on pouvait voir que la langue se déviait à droite, et qu'il existait en outre une paralysie de la moitié droite du voile du palais. Les membres supérieurs et inférieurs étaient atteints de parésie manifeste. Le corps était courbé en avant, la sensibilité normale. Point de côté à droite, quelques quintes de toux, respiration normale, pas d'affection thoracique. M. Vilato diagnostiqua une paralysie de la moitié de la langue, du voile du palais, du larynx, une parésie générale, la toux d'origine diptéritique. Ce praticien eut l'idée de traiter ces paralysies par la suggestion hypnotique. Il endormit la malade et lui ordonna de parler plus distinctement et à haute voix, de redresser son corps, etc. Après quelques séances, il se produisait une guérison radicale.

Nous croyons avec M. Vilato aux bons effets de la thérapeutique suggestive, mais nous sommes persuadés d'un autre côté, connaissant surtout les lésions profondes de la paralysie diptéritique, que cet auteur a fait une erreur de diagnostic au point de vue de l'étiologie de l'affection, qui, incontestablement, doit être rapportée à l'hystérie. (*Gazeta Médica Catalana*, 15 mars 1888.)

LACOARRET.

LARYNX ET TRACHÉE

De l'ictus laryngé, par le Dr Ed. WEILL, agrégé et médecin
des hôpitaux.

Après avoir dit ce que l'on doit entendre sous le nom d'ictus laryngé et fait l'historique de la question, l'auteur cite une observation personnelle, qui présente quelques particularités intéressantes.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, vigoureux et obèse, alcoolique, sans antécédents héréditaires. Pour la première fois, il y a huit ans, il eut des accès d'asthme fréquents. Depuis six ans, les accès se sont espacés, et on trouve actuellement des signes de bronchite emphysématose. Rien de particulier ni du côté des organes, ni du côté des urines. A chaque accès d'asthme, outre une oppression continue qui

dure quelques jours, le malade présente une toux quinteuse spasmique, se répétant plusieurs fois dans la journée et d'une durée de dix minutes à une heure. Cette toux est précédée d'une sensation de chatouillement au gosier, et s'accompagne parfois d'une véritable anxiété : le malade asphyxie.

Parfois, le chatouillement laryngé provoque quelques secousses de toux, et très rapidement, sous cette anxiété asphyxique habituelle, sa tête s'incline sur la poitrine, *il perd connaissance pour un temps très court*, qu'il évalue à deux secondes. Alors il redresse la tête, et s'aperçoit que son membre supérieur droit est agité pendant quelques secondes de mouvements cloniques. En même temps et exclusivement du côté droit, il éprouve une sensation auditive de bruit de cascade. Ces deux phénomènes concomitants s'effacent ensemble. A ce moment, le malade a la tête un peu lourde et l'oppression habituelle aux asthmatiques, oppression qui n'est cependant pas aussi prononcée que lors de ses accès de toux spasmique. Le souvenir est conservé, ces crises n'ont jamais présenté le caractère épileptique.

Les accès d'ictus laryngé se sont toujours produits sous l'influence asthmatique. La relation entre ces deux états est donc ici bien nette.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est que les convulsions succèdent à l'ictus et s'accompagnent de bruits auriculaires de cascade. Le malade distingue très nettement les deux sortes de crises qu'il éprouve, et on peut remarquer que la perte de connaissance se produit dans les accès non asphyxiques et ne dépend pas conséquent pas d'eux.

L'auteur expose ensuite la physionomie habituelle de l'ictus laryngé et recherche l'interprétation pathogénique des phénomènes signalés. Il rappelle les expériences de Vulpian, Rosenthal, Franck, Brown-Séquard, sur la sensibilité de la muqueuse laryngée, et les cas cliniques de Krishaber et de Charcot sur les phénomènes réflexes produits par l'irritation du larynx. S'appuyant sur ces faits, il lui paraît rationnel d'admettre que les différents traits de l'ictus laryngé ont pour

raison d'être une propriété physiologique de la muqueuse de l'organe vocal, propriété susceptible d'être actionnée par nombre d'influences morbides. Mais le plus souvent cette excitation de la muqueuse détermine un spasme des muscles du larynx et crée une asphyxie, qui, pour son propre compte, détermine des symptômes nerveux analogues à ceux de l'ictus laryngé. Dans ce cas, au lieu d'agir isolément, les deux influences ajoutent leurs effets, et on doit savoir faire la part de ce qui revient à chacune.

L'ictus laryngé se rencontre dans des conditions pathologiques diverses, en pleine santé, chez les asthmatiques, comme symptôme de polypes du larynx ou de lésions tabétiques, etc. (l'auteur fait des réserves au sujet du spasme de la glotte et de la coqueluche). On peut donc le considérer comme un syndrome relevant de causes diverses, mais sous la dépendance d'une excitation laryngée.

Le pronostic en est variable, selon la maladie à laquelle il est associé.

Le traitement doit avoir pour objet de calmer la susceptibilité du larynx en agissant soit directement sur l'organe, (révulsifs, badigeonnages à la cocaïne, aspiration de vapeurs d'acide carbonique), soit en modifiant l'excitabilité des centres nerveux (bromure). (*La Province médicale*, 3 décembre 1887.)

L. LACOARRET.

Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans les cas de phtisie pulmonaire (*Significance of hoarseness and aphonia in cases of pulmonary phthisis*), par le Dr BARCLAY BARON.

L'enrouement et l'aphonie accompagnent souvent la phtisie pulmonaire, mais, s'il est fréquent d'observer des troubles de la voix, il est rare de constater l'aphonie complète. Divers états pathologiques révélés par l'examen laryngoscopique déterminent les troubles vocaux.

1^o Le catarrhe simple du larynx. — La muqueuse du larynx et des cordes vocales est rouge et gonflée, il existe une exagération des sécrétions de la muqueuse. En somme, il s'agit d'une laryngite catarrhale plus ou moins intense. C'est dans les cas de ce genre que l'aphonie s'observe le plus sou-

vent. Certaines de ces laryngites guérissent, mais le pronostic doit être réservé, car la répétition de ces laryngites est souvent suivie d'infiltration tuberculeuse.

2^o Anémie du larynx. — Dans certains cas d'enrouement, chez les tuberculeux, on constate simplement au larynx un état d'anémie considérable. Le malade, dans les cas de ce genre, est très rarement aphone.

3^o Paralysie d'une corde vocale. — Dans les cas de ce genre, la corde paralysée affecte la position cadavérique, les causes de la paralysie sont la compression du récurrent par les glandes bronchiques hypertrophiées ou l'induration avec gonflement pleurétiq[ue] du sommet du poumon.

4^o Phtisie laryngée. — L'infiltration tuberculeuse du larynx détermine souvent l'enrouement ou l'aphonie. Le malade peut être aphone avec des lésions légères ; dans certains cas, on rencontre simplement une tuméfaction ou des papillomes à la région interaryténoïdienne.

5^o La syphilis laryngée peut coexister avec la tuberculose pulmonaire ; on doit alors donner le traitement spécifique. (*The Bristol Medico chir. Journ.*, mars 1888.) Dr J. Ch.

Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme, par le Dr M. Luc, ancien interne des hôpitaux.

M. le Dr Luc rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte d'une tuberculose laryngée et pulmonaire déjà avancée : le sommet du poumon gauche présentait de la matité et des craquements humides ; du côté du larynx, les cordes vocales rouges gonflées ne pouvaient se rapprocher par suite de l'infiltration considérable de la muqueuse aryténoïdienne recouverte de masses végétantes qui proéminaient dans la glotte.

Ces végétations furent détruites au galvano-cautère après anesthésie du larynx à l'aide d'une solution de cocaïne à 1/5 ; à la chute des escharres on put constater une diminution de l'infiltration et le rapprochement plus ais[er] des cordes vocales. Enfin, durant six mois, le larynx de la malade fut badigeonné

avec une solution d'acide lactique à 5 0/0, puis rempli par insufflation d'iodoforme porphyrisé.

La malade a aujourd'hui la voix presque normale, le corrage et les douleurs laryngées ont disparu, et l'expectoration a diminué. Le larynx est redevenu à peu près normal, et les lésions qu'il présentait sont cicatrisées. Néanmoins, la tuberculose pulmonaire existe toujours. (*Union médicale*, 16 février 1888, n° 21.)

E. P.

Communication sur l'emploi de l'acide lactique dans la tuberculose du larynx (*Ein Beitrag zur Wirkung der Milchsäure bei Tuberkulose des Kehlkopfs*), par le Dr WŁADISLAUS OŁTUSZEWSKI de Varsovie.

La possibilité de guérir la tuberculose laryngée sur laquelle le travail de Hering a attiré l'attention des médecins et l'existence de la phtisie laryngée primitive admise depuis longtemps par les cliniciens et dernièrement par les anatomo-pathologistes après la publication du cas observé par Dr Pogrebinski, changent complètement nos vues sur la thérapeutique de la phtisie laryngée.

A côté du traitement général, on doit maintenant faire jouer un grand rôle au traitement local. D'après les observations de Krause, de Jellinck et de Héring, contrôlées et confirmées par l'auteur, l'acide lactique est appelé à rendre de grands services dans le traitement local de la tuberculose laryngée.

L'action de l'acide lactique consiste à faire disparaître les tissus pathologiques, les infiltrations tuberculeuses et les ulcérasions sans attaquer les parties saines de la muqueuse : il tue en outre les bacilles de Koch.

L'auteur rapporte 9 cas de phymie laryngée ulcéreuse qu'il a traités par l'acide lactique, il a eu 6 guérisons complètes, une incomplète, une amélioration et un seul résultat négatif.

Se basant sur ces observations, et d'accord avec Krause, Jellinck et Héring, l'auteur constate :

1° Que l'acide lactique modifie très vite les ulcérasions tuberculeuses du larynx, qui sont accessibles à son action, celles des cordes vocales de l'épiglotte.

Ces ulcérations surtout, si elles sont superficielles, guérisent constamment après quelques attouchements à l'acide lactique ;

2^o Que l'action de l'acide lactique dans les ulcérations de la paroi postérieure du larynx, quoique lente, est encore favorable, surtout si ces ulcérations ne sont pas situées trop profondément ;

3^o Que les infiltrations plastiques ou réactives s'amoindrissent par l'emploi de l'acide lactique, les premières moins vite que les dernières ;

4^o Que l'acide lactique facilite la déglutition, et améliore la voix.

Lorsque les ulcérations de l'épiglotte, des fausses cordes vocales, de la paroi postérieure du larynx s'accompagnent d'une infiltration périphérique, plastique, très intense et de granulations, l'action de l'acide lactique est plus efficace si l'on a eu soin de gratter ses néoformations avec la cuillère tranchante.

L'auteur est loin de regarder l'acide lactique comme le spécifique de la phymie laryngée, mais il pense que, par son emploi local combiné avec la médication générale, il est possible d'obtenir une guérison sûre et durable, guérison qui dépend aussi de l'état général du malade, de sa température et du stade auquel est arrivée la maladie. (*Deut. med. Woch.*, n° 8, 1888.)

V. R.

Un cas de néoformation tuberculeuse primitive du larynx
(*Primäre tuberkulose Neubildung des Larynx*), par le Dr KARL DEHIO, de Dorpat.

L'observation concerne un malade âgé de quarante et un ans, en bonne santé et ne présentant aucun symptôme de tuberculose ou de syphilis.

Le malade se plaignait depuis le mois de juin 1887 d'un enrouement intermittent et, depuis le mois de novembre, de quelques douleurs à la déglutition ; pas de troubles respiratoires.

Quelques petits ganglions durs, douloureux de chaque côté du larynx, particulièrement à gauche.

A l'examen laryngoscopique, on trouve : l'épiglotte, le cartilage arytenoïde droit, le repli aryteno-épiglottique droit, décolorés ; le côté gauche du larynx était un peu enflé, rouge, mais sans traces d'ulcération.

L'intérieur du larynx se trouvait occupé par une tumeur qui, par une large base, s'implantait sur presque toute la largeur de la bande ventriculaire gauche ; elle s'avancait sur la ligne médiane au point de cacher la corde vocale gauche ; en arrière seulement, on pouvait en voir la partie attenant à l'apophyse vocale ; la tumeur, d'un aspect grisâtre, avait une surface bosselée et se continuait sans ligne de démarcation bien nette avec la muqueuse rouge et gonflée de la bande ventriculaire.

Du côté de l'appareil respiratoire, pas de symptômes pouvant faire penser à une lésion, pas de toux, pas d'expectoration, pas de douleur, etc.

Le Dr Karl Dehio, pensant être en présence d'une tumeur maligne, en proposa l'extirpation par la laryngotomie ; l'opération fut faite par le Dr Wahl ; la tumeur fut enlevée avec une partie saine de la muqueuse adjacente et du tissu cellulaire sous-muqueux qui ne paraissait nullement atteint.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par le Prof. Thoma, permit de reconnaître qu'elle était constituée par des tubercules miliaires ; en outre, dans la masse tuberculeuse, on constata l'existence de nombreux bacilles de Koch ; on était en présence non point d'une infiltration tuberculeuse diffuse, qui est la forme la plus ordinaire, mais d'une forme rare caractérisée par une tumeur circonscrite à marche lente. Dans ce cas, il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse primitive ; dans les cas rapportés au Congrès de Copenhague par Schnitzler et Schäffer, il s'agissait au contraire de tumeurs secondaires, la lésion pulmonaire permettait de faire le diagnostic.

Après l'opération, la maladie évolua très vite ; le malade mourut sept semaines plus tard après avoir présenté de la toux, de la fièvre hectique, des expectorations muco-purulentes et les symptômes physiques de la tuberculose pulmo-

naire; la tumeur avait récidivé quelques jours après; l'autopsie ne put être faite.

On doit, dit l'auteur, retenir de ce fait: 1^o Qu'il existe des tumeurs tuberculeuses primitives du larynx qui peuvent rester assez longtemps sans subir la calcification; 2^o Que l'ablation de ces tumeurs est dangereuse pour les malades, car les germes de l'infection, jusqu'alors enfermés dans la tumeur, pénètrent par la plaie nouvellement faite dans tout l'organisme et déterminent l'infection secondaire des poumons; 3^o Si toutefois on voulait les enlever, il faudrait le faire au galvano-cautère et non au bistouri. (*St-Petersb. Med. Woch.*, n° 16, 1888.)

V. RAULIN.

Fracture du larynx (Fracture of the Larynx),
par le Dr HOWARD FUSSELL.

L'auteur rapporte un cas intéressant de fracture du larynx survenu chez un enfant de quinze ans, à la suite d'un coup de balle lancée avec force et ayant porté directement sur le larynx. Quelques minutes après l'accident, il rejeta une quantité de sang considérable, et la respiration devint très difficile. Au bout d'une demi-heure, il perdit connaissance et resta dans cet état jusqu'à ce que la trachéotomie eût été faite. Le Dr Fussel vit le malade une heure après l'accident, il était sans connaissance, la face et les mains étaient cyanosées et une écume sanglante s'écoulait de la bouche, la respiration était striduleuse, la partie antérieure du cou était affaissée, et les deux côtés du cou étaient le siège d'un emphysème considérable. Le moindre attouchement du larynx déterminait des accès de suffocation, en même temps qu'il permettait de sentir la crépitation des deux ailes du thyroïde. La trachéotomie fut faite et le patient parut ressusciter, mais trois heures après, alors qu'il paraissait en excellent état, il mourut subitement. L'autopsie ne fut pas faite, mais la canule trachéale, enlevée, était absolument libre. L'obstruction était probablement le résultat de la fracture du thyroïde, qui avait été repoussé en arrière. (*Med. News*, 17 mars 1888.)

Dr BRYSON-DELAVAN.

Résection partielle du larynx.

M. D. Mollière présente un malade qui était porteur dans le larynx d'une tumeur d'aspect malin provoquant de violents accès de suffocation. L'ablation d'une portion du larynx fut décidée. La trachéotomie préventive fut faite avec la canule de Trendelenburg qui resta gonflée sans inconvenient pendant une semaine. Le malade fut anesthésié avec l'éther. Après incision faite sur le cartilage thyroïde, la tumeur fut amenée au dehors, à travers la membrane thyroïdienne, puis disséquée. Pour se faire jour, l'auteur dut sectionner couche par couche environ le tiers du cartilage thyroïde à gauche, en ménageant l'insertion de la corde. Le soir, le malade fut alimenté avec la sonde œsophagienne et dès le lendemain il put manger. Il n'a eu ni fièvre ni dyspnée. La canule a été enlevée le douzième jour. Actuellement cet homme est guéri. Il a gardé une corde normale et l'autre est cicatricielle. Il parle à haute voix, quoique un peu rauque. La tumeur, de la grosseur d'une noix, était un épithélioma. C'est la première résection partielle du larynx faite à Lyon. (Société des Sciences médicales de Lyon, séances de février 1888.)

Laryngotomie modifiée, par le Dr SOLIS-COHEN, de Philadelphie.

Partant de ce principe qu'on a, dans nombre de cas, extirpé sans nécessité le cartilage thyroïde, M. Solis-Cohen s'attache à conserver ce cartilage toutes les fois que la chose sera possible. Le thyroïde remplit alors sa fonction protectrice; la perte de substance est insignifiante, et il reste un solide point d'appui pour un appareil prothétique.

Une trachéotomie préliminaire ayant été pratiquée, l'opération est exécutée suivant certaines règles fixées par l'auteur. L'antisepsie doit être rigoureuse et si possible la trachéotomie faite quelques jours avant l'opération.

Les avantages du procédé, énumérés par M. Solis-Cohen, le feront, dit-il, sauf contre-indication due à l'extension des lésions, préférer à tout autre. (Ann. des mal. de l'oreille, etc.; n° 7, juillet 1887.)

M. NATIER.

Dix cas de tubage du larynx avec remarques (Report of ten cases of intubation of the larynx with remarks), par le Dr PINKHAM.

Le Dr Pinkham insiste sur la nécessité dans le tubage d'agir à la fois rapidement et avec douceur ; il vaut mieux renouveler une tentative d'introduction que de s'acharner à placer quand même le tube au risque de faire beaucoup souffrir le malade et de compromettre sa vie. Le tubage est parfois difficile, soit en raison du gonflement des tissus, soit à cause de la contraction spasmodique de l'épiglotte.

On a souvent prétendu que le tubage du larynx pouvait être pratiqué par tout praticien sans essais préalables sur le cadavre. Telle n'est point l'opinion de l'auteur et, en dehors des laryngologistes habitués à examiner le larynx et à pratiquer des opérations sur cet organe, la plus grande partie des médecins ordinaires s'exposeraient à de graves accidents s'ils essayaient de placer un tube dans le larynx sans s'être préalablement exercés sur le cadavre.

L'accumulation de mucosités au-dessus du tube, mucosités que l'enfant est incapable de rejeter, détermine parfois une gêne considérable de la respiration. Le Dr Pinkham a fait construire pour les enlever un aspirateur spécial qu'il figure et décrit dans son travail.

Pour les malades sur lesquels il a pratiqué le tubage, l'auteur a obtenu les résultats suivants :

1^o : Garçon de cinq ans, mort quatre jours après le tubage; 2^o fille de treize mois, porta le tube quatre jours, mourut le sixième jour; 3^o garçon de trois ans, mourut vingt-quatre heures après le tubage; 4^o fille de dix ans, mourut trois jours après le tubage; 5^o fille de cinq ans, *guérison*; porta le tube pendant six jours; 6^o garçon de deux ans, mourut vingt-quatre heures après le tubage; 7^o fille de onze ans, mourut six jours après le tubage; 8^o fille de cinq ans, mourut un jour après le tubage; garçon de deux ans et demi, *guérison*; porta le tube sept jours et sept heures. (N.-Y. med. Journ., 17 mars 1888.)

Dr J. CHARAZAC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

- Bell.** — Syphilis primitive de la langue (*The Lancet*, 4 août 1888).
- Biondi.** — Fentes labiales et complications (*Giorn. Internaz. di Sc. med.*, an. X, n° 5, mai 1888, Naples).
- Brandt (L.).** — Uranoplastie, staphylorrhaphie et prothèse (In-8°, 34 p., 2 gr., Berlin, 1888).
- Castelo.** — Fissure de la langue (*Rivista di medicina y cirurgia practicas*, Madrid, 22 juill. 1888).
- Chagin (E.-B.).** — Amygdalite gangrénouse (*N.-Y. medic. J.*, 1^{er} septembre 1888).
- Cruet** — Traitement chirurgical de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (*Journ. des Connaiss. méd.*, 13 sept. 1888).
- Downie.** — Sécheresse du pharynx chez les buveurs de thé (*Union méd. du Canada*, juill. 1888).
- Duser (E.-H. van).** — Herpès des amygdales (*Hahnemannian, Monthly*, mai 1888).
- Gallozzi.** — Hypertrophie de la langue (*Incurabili*, an. III, n° 16, 15 août 1888, Naples).
- Heurtaux.** — Sarcome du maxillaire inférieur (*Soc. anat. de Nantes*, 25 juill.; *Gaz. méd. de Nantes*, n° 10, 9 août 1888).
- Hill.** — Rôle de l'amygdale pharyngée dans la santé et la maladie (*British med. Journ.*, 1^{er} sept. 1888).
- Hunt.** — Glossite idiopathique (Cas présenté à *The Ontario med. in Canada Practitioner*, juill. 1888).
- Israël.** — Présentation d'une préparation de tumeur tuberculeuse de la paroi postérieure du pharynx (*Gesells. d. charite Aerzte*, in Berlin, III, *Berlin. Klin. Woch.*, n° 33, 1888).
- J. L. O.** — La stomatite aphteuse (*Dictamen*, 20 mars 1888).
- Kirmisson.** — Traitement chirurgical du cancer de la langue. Nécessité d'une antisepsie buccale vigoureuse avant l'opération (*Bull. méd.*, 12 septembre 1888).
- Lardier.** — De la contagiosité de l'impétigo et de l'amygdalite impétigineuse (*Revue gén. de clin. et thérap.*, 9 août 1888).
- Lataste (J.).** — Encore sur les deux dentitions des mammifères (*J. des Connaiss. méd.*, n° 33, 16 août 1888).
- Lewis.** — Remarques sur les amygdales et l'amygdalotomie (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Lober.** — Contribution à l'étude de la pharyngomycose (*Bulletin méd. du Nord*, juin 1888).
- Logan.** — Leucome de la langue (*The Liverp. med. chir. Journ.*, juillet 1888).
- Magitot (E.).** — Contribution à l'histoire de la stomatite ulcéruse ou ulcéro-membraneuse chez l'adulte (*J. des Connaiss. médic.*, 13 sept. 1888).
- Maxwel.** — Emploi de la résorcine dans l'ulcération chronique douloureuse de la langue (*The am. Pract. and News*, 18 août 1888).

- Miller.** — Contribution à l'étude des champignons de la bouche (*Deuts. medic. Woch.*, n° 30, 26 juil. 1888).
- Netter.** — Présence du streptocoque dans la salive des sujets sains (*J. des Connaiss. médic.*, 13 sept. 1888).
- Petersen (O.).** — Infection syphilitique extra-génitale. Un cas de chancre de l'amygdale (*Monatscheft f. prakt. Dermatol.*, Bd. VII, n° 7, 1888).
- Piskaick.** — Un cas de fibrome congénital du maxillaire inférieur. Ablation trois jours après la naissance. Guérison (*Wien. Klin. Woch.*, n° 21, 1888).
- Potter.** — Note sur le traitement de l'amygdalite aiguë des enfants (*Buffalo, Med. a. surg. J.*, 1888).
- Rice.** — Le traitement chirurgical des maladies de la gorge (Commun. à *The Ontario med. in Canada Practitioner*, juill. 1888).
- Rousseau.** — Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë (Paris, 1888).
- Seiler.** — Hypertrophie des amydales (*Soc. med. de Philadelphie, The med. and. surg. Report.*, 28 juillet 1888).
- Schnitzler (J.).** — Emploi et action de la créoline dans les maladies de la bouche, du nez et du larynx (Suite et fin). (*Internat. Klin. Rundschau*, 22 juillet 1888).
- Schreiber.** — Pigmentation mélanique de la muqueuse palatine (*Verein f. Winensch. Heilk zu Königsberg; Berl. Klin. Woch.*, n° 34, 1888).
- Spicer.** — Observations cliniques et pathologiques sur les amydales buccale, pharyngée et linguale au point de vue de leurs fonctions (*British méd. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Sticker (G.).** — Valeur diagnostique du signe gingival de Frédéricq Thompson dans le cas de ptisie (*Münch. med. Woch.*, n° 37, 11 sept. 1888).
- Suarez de Mendoza (Albert et Ferdinand).** — Etude sur le bec-de-lièvre compliqué (*Bull. génér. de thérap.*, 30 août 1888).
- Tacchetti (G.).** — Cas d'herpès lingual dans la jaunisse (*Giorn. di m. milit.*, Rome, an 6, juin 1888).
- Uhthoff (W.).** — Un cas de saillie extraordinaire de la paupière supérieure dans les mouvements de la mâchoire inférieure (*Berl. Klin. Woch.*, n° 36, 3 sept. 1888).
- Valude.** — Tuberculose des glandes salivaires. (Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme, tenu à Paris du 25 au 31 juillet 1888, in *Semaine méd.*, 4^e août 1888).
- Vamossy.** — Contribution à la statistique des lésions typhiques du voile du palais et du larynx (*Wien. Klin. Woch.*, n° 18-20, 1888).
- Weill.** — Un nouveau crochet palatin (*Monatsch f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1888).
- Wolff.** — Un cas d'uranoplastie et de staphylorrhaphie (*Berl. medic. Gesells.* II, VII; *Deuts. medic. Ztg.*, n° 59, 1888).
- X... —** La langue comme guide diagnostique des lésions des vaisseaux intracrâniens (*Med. Rec.*, 11 août 1888).
- X... —** Des réflexes observés après les opérations utéro-ovariennes et surtout du réflexe guttural (*Pratique médic.*, 14 sept. 1888).

Nez et Pharynx nasal.

- Baber.** — Les causes, les effets et le traitement de la sténose nasale (*British med. journ.*, 15 septembre 1888).

- Baracz. — Nouvelle méthode opératoire des polypes naso-pharyngiens (*Congress polnischer Aerzte, etc., zu Lemberg, juill.; Wien medic. Presse*, n° 35, 26 août 1888).
- Bayer. — Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Congrès otol.*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 sept. 1888).
- Bride. — Méthodes de traitement des polypes du nez et du pharynx nasal (*Edinburgh med. journal*, août 1888).
- Bronner (A.). — Traitement local de l'empyème et du sinus maxillaire (*Lancet*, 25 août 1888).
- Bronner. — Tumeurs rétro-nasales (*Brit. med. journ.*, 1^{er} sept. 1888).
- Buck (A.-H.). — Influences réflexes dans la production du catarrhe naso-pharyngien (*Amer. otol. Soc.*, 17 juill.; *N.-Y. med. j.*, 28 juill. 1888).
- Charazac. — Etude sur les rhinolithes (*Revue méd.*, Toulouse, 1^{er} septembre 1888).
- Cholewa. — Le menthol dans la diphtérie nasale (*Therap. Monatsch.*, n° 6, 1888).
- Cholewa. — Un nouveau speculum du nez (*Deuts. medic. Woch.*, n° 30, 26 juill. 1888).
- Cholewa (R.). — Hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H II, sept. 1888).
- Clellan. — Note sur le traitement de l'inflammation catarrhale des voies respiratoires supérieures (*The journ. of amer. Assoc.*, 18 août 1888).
- Compared. — Valeur du traitement hydro-minéral dans l'ozène (*Boletin de medicina y cirurgia*, juill. 1888).
- Greswel-Baber. — Pulvérisations d'alcool contre les maladies du nez (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Sem. méd.*, 10 sept. 1888).
- Dalton (H.-C.). — Catarrhe naso-pharyngien chronique avec propagation de l'inflammation au sinus frontal. Trépanation. Guérison (Saint-Louis, *Medic. a. surg. journ.*, n° 3, sept. 1888).
- Favarelli (E.). — Rapports entre les maladies de l'appareil lacrymal et celles du nez (*Gaz. degli ospit.*, n° 64, 8 août 1888).
- Fenger (C.). — Ostéomes du nez et des cavités accessoires (*J. of americ. medic. Assoc.*, 11 août 1888).
- Grant. — Obstruction nasale (*British med. journ.*, 15 sept. 1888).
- Gruhn. — De la blennorrhée lacrymale dans les maladies du nez (*Münch. medic. Woch.*, n° 27, 1888).
- Griffin. — Névroses occasionnées par l'obstruction des narines (*The med. record*, 21 juill. 1888).
- Hajek. — Bactéries dans le coryza aigu et chronique ainsi que dans l'ozène; leur rôle dans ces maladies (*Berl. Klin. Woch.*, n° 33, 13 août 1888).
- Hill. — Le rôle des différentes amygdales (*British med. Journ.*, 13 septembre 1888).
- Hinde. — Deux cas d'affection intra-nasales (*Med. rec.*, 11 août 1888).
- Howe (A.-J.). — Fibrome naso-pharyngien (*Eclectic. medic. j.*, janv. 1888).
- Jones (E.). — Atrophie des nerfs optiques combinée avec un écoulement liquide du nez (*Ophth. Rev.*, avril 1888).
- John-Lewis. — L'arrachement de polypes naso-pharyngiens (*Brit. med. journ.*, 15 sept. 1888).

- Kidd et Hodgkinson.** — Hémorragies du pharynx et du larynx et autres hémorragies qui leur ressemblent (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Kinnear.** — Fièvre de foin considérée comme une affection nerveuse centrale avec faits à l'appui (*The med. Rec.*, 14 juin 1888).
- Klein (C.-H. von).** — Nouveaux procédés d'examen du nez et de la gorge (*Medic. Register*, 9 juin 1888).
- Köhler.** — Deux cas de rhinosclérome (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1888).
- Kreling.** — Deux cas de localisation extragénitale d'une affection primitive (*Vierteljatnes. f. dermatol. et syphib.*, 1888).
- Lacoarret.** — Traitement du catarrhe chronique des fosses nasales (*Thèse Bordeaux*, 1888).
- Lafforgue (D.).** — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale (*Thèse Bordeaux*, 1888).
- Lennox-Browne.** — Tumeurs adénoïdes dans le pharynx nasal (*British med. Journal*, 1^{er} sept. 1888).
- Lapthorn-Smith.** — Corps étranger dans le nez (cas présenté à la *Medico chirurgical Soc. of Montréal* in *The Montréal med. Journ.*, juil. 1888).
- Le Gendre.** — Les coryzas chez les petits enfants; diagnostic, complications, traitement. (*Rev. prat. d'obs. et d'hygiène de l'enfance*, Paris, 1888).
- Mac-Donald.** — Remarques sur la pathologie de l'ecchondrose du cartilage triangulaire. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Maloney (J. A.).** — Du sphénoïde et quelques-unes de ses fonctions probables. (*N.-Y. med. J.*, 10 août 1888).
- Martiny.** — Nez artificiel en céramique se fixant sans lunettes. (*Tr. internat. M. Congrès Wash*, 1887).
- Matheson.** — Bégalement ou balbutiement dans la maladie naso-pharyngienne. (*British med. Journ.*, 1^{er} sept. 1888).
- Mac-Bride.** — Sur l'hay-fever. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Makenzie.** — Sur un cas de tumeur du pharynx nasal. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Molière (D.).** — Note sur la chirurgie esthétique du nez. (*Lyon médic.*, 16 août 1888).
- Nicolai.** — Exirpation de la base du crâne avec l'anse métallique d'un énorme polype fibro-muqueux. (*Bul. de la Polyclin. de Milan*, 1888).
- Noorden.** — Deux cas d'ostéomes des sinus frontaux (*Mittheil aus d. chir. Kling. zu Tübingen*, 3 Bd., 1888).
- Peltzsohn.** — Trois cas de suppuration des sinus frontaux et orbitaires. (*Centralb. f. Prakt. Aug.*, 2 juin 1888).
- Roé.** — Des relations fréquentes des maux de tête dits congestifs avec l'état pathologique de la muqueuse des cavités nasales (*The med. record*, août 1888).
- Raymondaud (E.).** — Rhinoplastie indienne par le procédé du sillon (*J. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne*, n° 6, juin 1888).
- Robertson (W.).** — « A plea » pour l'usage du rhinoscope (*Lancet*, 18 août 1888).
- Schadde.** — Rapports de l'asthme spasmodique et du coryza hypertrophique (*The med. Rec.*, 28 juillet 1888).

- Schnitzler.** — Extirpation de polypes du nez pendant le sommeil hypnotique (Lettres d'Autriche, *Sem. médic.*, no 35, 29 août 1888).
- Schmtyla.** — De l'extirpation de polypes du nez dans le sommeil hypnotique avec remarques sur l'emploi de l'hypnotisme dans les névroses du larynx (*Bulletin méd.*, 5 sept. 1888; *Intern. Klin. Rundschau*, no 32, 5 août 1888).
- Seiler (C.).** — Extirpation chirurgicale des tumeurs gommeuses des fosses nasales (*Intern. J. of surg. antisep.*, avril 1888).
- Seiler.** — Influence du catarrhe nasal sur la production de l'acné (*The med. and. surg. Reporter*, 18 août 1888).
- Seiler.** — Polypes du nez (*The med. and. surg. Reporter*, 18 août 1888).
- Spicer.** — Un cas de lupus envahissant les voies respiratoires supérieures, avec quelques tumeurs (lupoïdes?) du larynx (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Stoker et Havilland.** — Sur l'usage et l'abus du traitement local dans les affections des voies respiratoires supérieures (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Stone.** — Améliorations dans la chirurgie nasale (*New-York med. Journ.*, 21 juillet 1888).
- Suchannek.** — Des maladies du nez et de leurs relations avec les maladies des autres organes, des névroses réflexes (*Thèse de Zurich*).
- Suchanck.** — Affections nasales liées à des lésions d'autres organes et névroses réflexes. (*Habilitationsrede Zürich*, Albert Muller).
- Suchanck.** — Contribution à l'anatomie normale et pathologique de la voûte du pharynx (*Betrage z. anat. u. pathol.* [ziegler in Nauwerth, Bd. III, 1, 1888]).
- Warden.** — Un cas de polype fibro-muqueux du pharynx nasal (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Wright.** — Une condition pathologique du cornet moyen (*The med. Record*, 8 sept. 1888).
- Waterhouse (E.-R.).** — Rhinite chronique (*Americ. med. J. of Saint-Louis*, avril 1888).
- Ziem.** — De la diminution du champ visuel dans les affections du nez et des cavités du voisinage. (*Berl. Klin. Woch.*, no 37, 18 sept. 1888).
- Zuneshaburo-Kikuzi.** — Tuberculose de la muqueuse nasale (*Mittheil. aus d. chirurg. Klin. zu. Tübingen*, 3, Bd., 1888).

Larynx et Trachée.

- Alcabalde y Valle.** — La trachéotomie dans l'amygdalite (*La Clinique, Navarre*, 17 juillet 1888).
- Bennett.** — Rupture de la trachée, fracture du sternum et des côtes (*Roy. Acad. of med. in Irlande et Dublin; J. of med. Sc.*, août 1888).
- Berger.** — Epingle implantée dans le vestibule du larynx, extraction par les voies naturelles (*France méd.*, 8 sept. 1888).
- Brochmann.** — Les pinces creuses de Gottstein (*Monats. f. Ohrenheilk.*, no 6, juin 1888).
- Casadesus (J.-R.).** — Un cas d'implantation d'une épingle dans la corde vocale gauche. Extraction par les voies naturelles (*Revista de laringol., otol. y rinol.*, t. IV, no 4, juillet 1888).
- Cheatam.** — Intubation (*Americ pract. a News*, no 68, 4 août 1888).

- heatam.** — Rapport sur la laryngologie (*The amer. pract. News.*, 18 août 1888).
- Delbecq.** — Laryngite grave (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 7 sept. 1888).
- Desson (L.-A.).** — Dilatation de la sténose du larynx (*Intern. J. of surgery & antisep.*, avril 1888).
- Desvernine.** — Angiome de l'épiglotte occasionnant l'hémoptysie (*The med. record.*, 21 juillet 1888).
- Edwards (Blanche).** — Adénopathie trachéo-bronchique, etc. (*France méd.*, n° 88, 28 juillet 1888).
- Garel (J.).** — Toux spasmodique coqueluchoise; guérison par une pulvérisation de chlorure de méthyle (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, n° 8, août 1888).
- Gouguenheim.** — Syphilis et tuberculoses laryngées; diagnostic des formes associées (*Revue générale de clin. et de thérapeut.*, n° 30, 26 juill. 1888).
- Gouguenheim (A.) et Tissier (P.).** — Phtisie laryngée (in-8°, 339 p. avec fig.).
- Graser.** — Tubage du larynx (*Münch. medic. Woch.*, n° 38, 18 sept. 1888).
- Grazzi.** — Trois cas remarquables de tumeur sous-glottique et trachéale extirpées par la voie laryngoscopique (*Estratto dal. Raccoglitore medico*, série V, vol. IV, n° 16).
- Grazzi.** — Modification aux pinces pour l'extirpation des tumeurs laryngées (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an VI, n° 5, 1er sept. 1888, Florence).
- Grümwald.** — Nouvel électrode double du larynx avec courant interrompu et renversement du courant (*Münch. medic. Woch.*, n° 35, 28 août 1888).
- Heryng (Th.).** — Preuves anatomiques de guérison de tuberculose du larynx (*Congress polinischer Aerzt. etc., zu Lemberg pull.*, *Wien medic. Presse*, n° 35, 26 août 1888).
- Hopmann.** — Les papillomes de la muqueuse respiratoire (*Samml. Klin. Vorträge chirurg.* V. R. v. Volkmann, n° 315, 1888).
- Hyndman (J.-G.).** — Pathologie du cancer du larynx (*Cinc. Lancet clinic.*, 23 juin 1888).
- Hunt.** — Epiglottique aiguë (*British. med. Journ.*, 15 sep. 1888).
- Ingals (Ed.).** — Laryngite rhumatismale chronique ou angine rhumatismale chronique (*Med. registo.*, 9 juin 1888).
- Jacob.** — Quelques nécroses réflexes inusitées (*British med. Journ.*, 15 septembre 1888).
- Jelenffy.** — Anatomie, physiologie et pathologie des muscles du larynx (*Bert. Klin. Woch.*, n° 34-35-36, 20-27 août, 3 sept. 1888).
- Kemm (J.) et Martin (F.).** — Un cas de suicide par section de la gorge (*Brit. med. J.*, 25 août 1888).
- Keisel.** — Présentation d'un malade atteint de mutisme sans surdité (*Corresp. pol. d'Allgem. Aerzt. Vereines v. chüringen.*, 4, 1888).
- Lascombe (Ed.) et Broadbent (F.).** — Blessure par instrument tranchant de l'espace thyro-hyoïdien (*Brit. medic. J.*, 25 août 1888).
- Le Fort.** — De l'extirpation du larynx (*Bull. medic.*, n° 59, 23 juillet 1888).
- Loumeau.** — Chloroforme et trachéotomie (*Journ. de méd. de Bord.*, 29 juillet 1888).
- Mac-Donald.** — Sténose laryngée guérie par l'ablation d'une corde vocale (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

- Macintyre.** — Etude de quelques-uns des muscles du larynx, le hyo-épiglottique (*British. med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- Marano.** — Un cas de syphilis gommeuse du larynx (*Il morgagni*, an XXX, n° 7, juillet 1888, Naples).
- Masini.** — Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx (*Turin Union typ.*, édit., 1888).
- Masini.** — Chordite hyperplastique nodulaire (*Gaz. opistali*, an IX, nos 56-57, 14 et 15 juillet 1888, Milan).
- Meurer.** — De l'anesthésie dans la trachéotomie (*Province méd.*, 11 avril 1888).
- Michaël (J.).** — Du tamponnement de la trachée (*Berl. Klin. Woch.*, n° 37, 10 sept. 1888).
- Newman.** — Deux cas de sténose laryngée complète produite par les tentatives de suicide, etc. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).
- O'Dwyer.** — Tubes à intubation (*Philadel. county medic. Soc.*, 23 mai ; *J. of americ. med. Assoc.*, 4 août 1888).
- Oltuszewski.** — Diagnostic et traitement de la syphilis laryngée (*Congress polnischer Aerzte*, etc., zu Lemberg pull. *Wien. med. Presse*, n° 37, 9 sept. 1888).
- Onodi.** — De l'importance du nerf laryngé médian (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 37, 1888).
- Palmié.** — Tamponnement de la trachée (*Berl. Klin. Woch.*, nos 33-34, 13-20 août 1888).
- Peake.** — Un cas de laryngite tuberculeuse ; trachéotomie facilitée par la cocaïne (*The Lancet*, 15 sept. 1888).
- Pietro (P.).** — Un cas d'aphasie motrice traumatique (*Gaz. degli ospitali*, nos 6, 3 u, n° 64, 5-8 août 1888).
- Porter.** — Trois néoplasmes bénins sus-épiglottiques (*The journ. of amer. Associat.*, 21 juillet 1888).
- Pucci.** — Un cas d'aphasie motrice traumatique (*Gaz. ospitali*, an IX, n° 63, 5 août 1888, Milan).
- Rosenberg.** — Du traitement de la ptisis laryngée (*Thérap., monats.*, n° 9, 1888).
- Savill (T.-D.).** — Un cas d'aphonie hystérique chez une femme âgée de soixante-onze ans, guérison, remarques (*Lancet*, 18 août 1888).
- Schnitzler.** — Traitement des névroses du larynx par l'hypnotisme (Lettres d'Autriche, *Sem. med.*, n° 35, 29 août 1888).
- Schnitzler.** — De la créoline dans les maladies du larynx (*Sem. médic.*, n° 33, 15 août 1888).
- Schrötter.** — La maladie de l'empereur Frédéric III. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du carcinome du larynx (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 30, 22 juillet 1888).
- Seamon (F.).** — Discours lors de l'ouverture de la section de laryngologie et de rhinologie (*British medic. Assoc. in Glasgow*; *Brit. medic. j.*, 18 août 1888).
- Shaffer (J.-R.).** — Croup membraneux (*Americ. Lancet*, juillet 1888).
- Thom.** — Trachéotomie chez les enfants (Edimbourg, *med. Journ.*, septembre 1888).
- Thompson (J.-A.).** — Un cas de myxome du larynx (*Cincinn. Lancet clinic.*, 16 juin 1888).

- Weiss. — Chloroformisation dans la trachéotomie (*Soc. de méd. de Nancy*, 14 juillet; *Revue méd. de l'Est*, 15 août 1888).
- Wilson (J.-S.). — Aphasie survenant à la seconde période de la syphilis (*Medic. rec.*, 18 août 1888).
- Williams (Th.). — Traitement de l'asthme bronchique (*Améric. journ. of med. Sc.*, août 1888).
- X... — Chloroforme et trachéotomie (*La thérapeut. contemporaine*, 7 septembre 1888).
- X... — La maladie de l'empereur d'Allemagne (*Journ. de méd. et de chirurgie*, sept. 1888).

Oreilles.

- Allport. — Remarques sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde (*Northwest Lancet*, Saint-Paul, 1888).
- Baker. — Conséquences de la suppuration aiguë de l'oreille moyenne avec indication spéciale pour ouvrir l'apophyse mastoïde (*Med. et surg. Reporter*, 1^{er} sept. 1888).
- Baratoux. — Audition colorée (*Alienist. et neurologist.*, vol. IX, n° 2).
- Barbier. — Des aspirations pratiquées sur la membrane tympanique pour faire cesser certains bourdonnements et éviter l'ankylose des osselets à l'aide de la ventouse manométrique du Dr Garrigou-Désarènes (*Revue de thérap. med. chir.*, Paris, 1888).
- Barr. — Abcès cérébral consécutif à une maladie d'oreille (*Brit med. journ.* 1^{er} sept. 1888).
- Barr. — Sur le traitement opératoire consécutif aux abcès de l'oreille (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).
- Barth (A.). — Rapport sur la pratique et les progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique et de la physiologie de l'oreille et du naso-pharynx dans le 1^{er} semestre de 1888 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIV, H. II, sept. 1888).
- Basso. — Quelques considérations thérapeutiques et statistiques sur les cas d'otite moyenne aiguë observés dans l'hôpital militaire de Rome, etc. (*Giorn. di med. milit.*, an VI, juin 1888, Rome).
- Beck. — Abcès mastoïdien (*Cincinnati Lancet clinic.*, 7 juillet 1888).
- Bermann (J.). — Emploi de l'acide lactique dans l'otite suppurée chronique (*J. of. Americ. med. Assoc.*, 11 août 1888).
- Blow. — Un cas d'inflammation profonde du cou avec paralysie partielle du bras droit, consécutif à une otite moyenne aiguë occasionnée par un coup (*British med. journal*, 1^{er} sept. 1888).
- Bressler. — Abcès de cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée (*Philad. med. Times*, 1^{er} août 1888).
- Buck. — Contributions à l'anatomie de l'oreille de l'éléphant (*Assoc. otol. Soc.*, 17 juil.; *N.-Y. med. J.*, 28 juillet 1888).
- Bull (O.). — Fistules branchiales avec anomalies du tympan (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. II., sept. 1888).
- Burnett. — Un cas de vertige auriculaire guéri par opération (*The Polyclinic*, août 1888).
- Burnett (S.-M.). — Fréquence relative des affections de l'oreille dans les races blanche et de couleur dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, (*Zeitsch.*, f. *Ohrenheilk.*, Bd., XIX, H. II, sept. 1888).

- Cozzolino.** — Rapport médico-légal pour coup sur la région auriculaire, etc. (*Giorn. di clin. et térap.*, an XIX, n° 6, juin 1888, Naples).
- Cozzolino.** — Contribution à la clinique des folies sensitivs acoustiques (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).
- Dalby.** — Arrachement des tumeurs osseuses du conduit auditif externe (Nashville, *journal de médecine et chirurgie*, juillet 1888).
- Debaut d'Estrées.** — Otite goutteuse (*Bull. médic. des Vosges*, juil. 1888).
- Delie.** — De l'action des vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne (*Congrès otolog.*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).
- Duplay.** — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1888).
- Eitelberg (A.).** — Un cas d'expulsion d'une grande partie du tympan gauche après un coup violent sur le crâne. Fermeture de la perforation au bout de huit semaines (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XIX Bd., H. II, sept. 1888).
- Ellis.** — Traitement frauduleux de la surdité par les charlatans (*Brit. med. Journ.*, 1^{er} sept. 1888).
- Emerson (J.-B.).** — Emploi du cathéter flexible dans le drainage des maladies de l'oreille (*Americ. otol. Soc.*, 17 juil.; *N.-Y. medic. J.*, 28 juil. 1888).
- Erskine.** — Notes sur un cas d'otite chronique purulente ayant amené l'élimination d'un séquestre du labyrinthe (*Brit. med. journ.*, 1^{er} sept. 1888).
- Fasano.** — Contribution à l'étude de l'influence des stimulations acoustiques sur les autres sensations (*Gaz. méd. de Turin*, an XXXIX, n° 21, 25 juillet 1888).
- Ferreri (G.).** — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille, de sa propagation à tout le temporal (*Lo sperimentalista*, fasc. 7, an. XLII, juillet 1888).
- Foster.** — Lecture clinique sur l'otite syphilitique (*The New-York med. Journ.*, 21 juillet 1888).
- Foucher (A.).** — Maladies de l'oreille et du rhino-pharynx. Etude analytique et critique (*Union médic. du Canada*, août 1888).
- Gellé.** — Des réflexes auriculaires (*Gaz. des hôp.*, n° 85, 26 juillet 1888).
- Gorham Bacon.** — Corps étrangers de l'oreille (*Gaillard's med. Journal*, juillet 1888).
- Gradenigo.** — La réaction électrique du nerf auditif considérée dans ses rapports avec les conditions fonctionnelles de l'appareil percepteur des sons (*Congrès otologique*, Bruxelles, 10 sept. 1888).
- Gradenigo.** — Sur le rapport entre la perception latéralisée du diapason vertex, les conditions fonctionnelles et les hyperexcitabilités du nerf acoustique (*Riv. veneta f. sc. med.*, 1888).
- Gradenigo.** — Le développement du pavillon de l'oreille (Padoue, 1888).
- Gradenigo.** — Lupus de l'oreille moyenne et interne (*Gaz. ospitali*, an IX, n° 60, 15 août 1888, Milan).
- Guranowski.** — Un cas d'inflammation croupale primitive de l'oreille externe et de la trompe (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1888).
- Habermann.** — De la formation du cholestéatome de l'oreille moyenne (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXVII, H. I, août 1888).
- Hartmann (A.).** — Rapport sur la pratique et les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'oreille dans le 1^{er} semestre de 1888 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. II, sept. 1888).

- Hirsch (S.).** — Inflammation diphétérique de la membrane du tympan (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XIX, H. II, sept. 1888).
- Mac-Bride.** — Opérations sur l'apophyse mastoïde (*British med. journal*, 1^{er} septembre 1888).
- Mac-Bride.** — Perforation de l'apophyse mastoïde (*British med. journ.*, 1^{er} septembre 1888).
- Hoffmann.** — Relation entre l'otorrhée et la phthisie et leur traitement (*Maryland med. journ.*, 4 août 1888).
- Holt (L.-E.).** — Tumeur téritoïde de l'oreille (*Amer. otolog. Soc.* 17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).
- Isaia.** — Otite moyenne purulente aiguë avec perforation, etc. (*Rev. clin. et thérap.*, an X, n° 9, Naples, 1888).
- Keller.** — Névrile optique dans l'otite moyenne (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1888).
- Kipp.** — Trois cas de nystagmus bilatéral, horizontal et transitoire conjointement avec une inflammation purulente de l'oreille moyenne (*Americ. otol. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. medic. j.*, 28 juillet 1888).
- Kite.** — Hallucinations des oreilles (*Boston med. et Surg. journal*, août 2, 1888).
- Knapp.** — De l'utilité d'adopter une notation uniforme de l'acuité auditive (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).
- Knapp.** — Sur les tumeurs fibreuses des lobules de l'oreille (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).
- Kollock.** — Corps étrangers du conduit auditif externe (*N.-Y. medic. journ.*, 18 août, 1888).
- Laidlaw-Purves.** — Sur la valeur exacte des membranes tympaniques artificielles (*Brit. med. journ.*, 1^{er} septembre 1888).
- Lœwenberg.** — Mélange antiseptique pour faciliter l'extraction des bouchons cérumineux et éviter l'éruption de furoncles auriculaires (*Paris méd.*, 8 septembre 1888).
- Lœwenberg.** — Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille (*Union médic.*, 2 et 4 août 1888).
- Mayer.** — Inconvénients de l'acide borique en poudre dans le traitement de l'otorrhée (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXVII, H. I août 1888).
- Ménière.** — Sur l'emploi du galvano-cautère dans le traitement de la périostite de l'apophyse mastoïde (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).
- Molist.** — Sur les otopathies consécutives aux traumatismes du maxillaire inférieur (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).
- Morpurgo.** — De la glycérine phéniquée dans l'hyperhémie de la caisse du tympan (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).
- Moure.** — De l'influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille et de la trompe (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).
- Passarini.** — Otite de la caisse, inflammation des cellules mastoïdiennes et ostéo-périostites consécutives; incision profonde; guérison (*Montpel. méd.*, 1888).
- Peebles.** — Cas de corps étrangers de l'oreille, du nez, etc. (*Maryland med. journ.*, 18 août 1888).
- Pelletier.** — Otite moy. cat. subaiguë chez les enfants (*Thèse Bordeaux*, 1888).

- Pinel.** — Traitement de la surdité verbale et de la cécité verbale (*Académ. de médec.*, 28 août; *Sem. médic.*, n° 35, 29 août 1888).
- Politzer.** — Recherches sur les changements pathologiques de l'oreille moyenne (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médicale*, 10 septembre 1888).
- Richards (H.).** — Angiome polypoïde de l'oreille (*Amer. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).
- Richards.** — Fausse membrane du tympan (*Americ. otol. Soc.*, 14 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).
- Rigaut.** — Les perforations du tympan : leurs causes, symptômes et diagnostic (*Revista de sanidad militar.*, 15 septembre 1888).
- Ring.** — Résultats désastreux d'une nouvelle membrane tympanique artificielle (*N.-Y. med. journ.*, 30 juin 1888).
- Ring (F.-W.).** — Quatre cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne après l'emploi de l'halate nasal de Roosa (*Med. rec.*, 11 août 1888).
- Rohrer.** — La signification de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections du labyrinthe (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).
- Roosa.** — De l'action de la quinine sur les organes auditifs (*Congrès otologique*, Bruxelles, 10 septembre 1888).
- Sexton.** — Corps étrangers du conduit auditif externe (*Assos. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).
- Stacke.** — Traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre (*Deutsch. medic. Woch.*, n° 34, 23 août 1888).
- Steinbrügge (H.).** — Autopsie de l'oreille gauche d'un individu mort de méningite (*Zeitsch f. Ohrenheilk.*, Bd XIX, H. II, septembre 1888).
- Steinbrügge.** — De l'épreuve du diapason (*Zeitsch f. Or enheilk.*, Bd XIX, H. II, septembre 1888).
- Stewart (R.-H.).** — Abcès cérébral consécutif à un abcès de l'apophyse mastoïde (*Lancet*, 25 août 1888).
- Stone.** — Polype de l'oreille (*Liverp. med. chirur. journ.*, juillet 1888).
- Stone.** — Exoste éburnée enlevée du conduit auditif externe (*Liverp. medico chirurg. journ.*, 1888).
- Tansley.** — Serre-nœud de l'oreille perfectionné (*Amer. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. medic. j.*, 28 juillet 1888).
- Thompson.** — Un cas d'abcès de l'oreille interne et du cervelet, etc. (*The Lancet*, 4 août 1888).
- Treitel (L.).** — Ruptures de la membrane du tympan avec considérations sur leur valeur pronostique (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. XIX, H. H., septembre 1888).
- Turnbull.** — Un cas de nécrose d'une partie des cellules mastoïdiennes et de chute complète du labyrinthe, avec paralysie du nerf facial et recouvrement partiel de l'ouïe (*Congrès otologique* Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).
- Turnbull (L.).** — La surdité comme résultat de l'infection syphilitique (*Philadelphia medic. Times*, 1^{er} sept. 1888).
- Warden.** — Maladie auriculaire congénitale ayant amené un abcès mastoïdien et une paralysie faciale (*British med. Journal*, 1^{er} septembre 1888).
- Williams.** — Cathétérisation par la méthode de Politzer (*Memphis med.*, Monthly, août 1888).

- Williams (A.-D.). — Vertige de l'oreille (*Saint-Louis medic. a. surg. J.*, n° 3, sept. 1888).
Williams (A.-D.). — Ulcération syphilitique du méat externe (*Saint-Louis medic. a. surg. Journ.*, n° sept. 1888).
Woods. — Rapport sur les maladies des yeux, des oreilles et du nez de Charity-Hospital (*Maryl. med. Journal*, 11 avril 1888).

Croup et Diphtérie.

- Anderson (Edw.). — Croup et diphtérie (*Maryl. medic. J.*, 7 juil. 1888).
Bleynie. — Sur le traitement de l'angine et de la laryngite diphtéritique par la glace (*Journ. Soc. méd. et pharm.*, Haute-Vienne, sept. 1888).
Carlan. — Contre la diphtérie (*El Siglo medico*, 2 sept. 1888).
Espine (D'). — Du bacille diphtérique (*Paris med.*, 1er sept. 1888).
Espina y Capo. — Traitement des complications de la tuberculose laryngopulmonaire (*Revista de medicina y cirurgia practica*, 22 juillet et 22 août 1888).
Guelpa. — Du traitement de la diphtérie (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 15 sept. 1888).
Hunt (H.-H.) — Traitement de la diphtérie (*Boston medic. a. surg. Journ.*, 28 juin 1888).
J.-L.-S. — Origine de la diphtérie (*Dictamen*, 20 mars 1888).
Jacobi (A.). — Traitement de la diphtérie (*Medic. News*, 16 juin 1888).
Jacobi. — Traitement de la diphtérie (*Internat. Klin. Rundschau*, nos 34-35-36-37, 19-26 août, 2-9 sept. 1888).
Mariani. — Peut-on distinguer, au point de vue du pronostic, deux formes de diphtérie (*Revista medica de Navarra*, juil. 1888).
Le Gendre (P.). — Antisepsie locale et diphtérie (*Concours médical*, n° 32, 11 août 1888).
Lletget (F.). — Hygiène de la diphtérie (*Siglo. medic.*, 9 sept. 1888).
Schrakamp. — Modifications organiques dans la diphtérie (*Arch. f. Kinderheilk.*, Bd. IX).

Varia.

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

- Alsberg. — Carcinome de l'œsophage. Œsophagotomie externe. Fistule œsophagienne (*Aerzt. Verein zu Hamburg*, 20 mars; *Deuts. medic. Woch.*, n° 37, 13 sept. 1888).
Arndt (R.). — Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou (*Berl. Klin. Woch.*, n° 37, 10 sept. 1888).
Antonür. — Nouvel appareil pour administrer des médicaments volatiles (*Spitalul.*, n° 6, juin 1888).
Aveilza. — Aphonie et aphanie traumatique essentielles guéries par l'hypnotisme (*Correco medico Castellano-Salamanca*, 10 juil. 1888).
Berti. — Adénomes multiples de la région cervicale droite (*La Rassegna*, an. III, n° 9, sept. 1888, Modène).

- Braun. — Un cas de myxœdème (Corresp. *Bl. d. Allegem. Aerztl. Verein v. Thüringen*, fév. 1888).
- Briggs (E.). — Spray d'ipécauanha dans la toux (*Sacramento medic. Times*, juil. 1888).
- Burckhardt. — Du trachéocèle et du goître (*Medic. Konesp. Bl. d. Wurtemb. Aerztl.*, Landes n° 43, 1888).
- Chaintrier (A.). — Tumeurs de la glande sous-maxillaire (*Gaz. des hôp.*, 14 août 1888).
- Davis. — Dilatation graduelle de l'œsophage (*The Journ. of americ. Associat.*, 25 août 1888).
- Decressac. — Un cas de kyste hydatique du corps thyroïde (*Gaz. des hôp.*, 1er juil. 1888).
- Delplanque (H.). — De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques (*Bull. génér. de thérap.*, 15 août 1888).
- Dennetières. — Lymphadénomes multiples de la région du cou (*J. des Sc. médic. de Lille*, n° 33, 17 août ; *Soc. anat.-clin. de Lille*, 2 mai).
- Dubousquet-Labordière. — L'antipyrine dans la coqueluche (*Memphis med.*, août 1888).
- Eshner. — Goître exophthalmique (*The Polyclinic*, juillet 1888).
- Fabiani. — Blessure par arme à feu de la carotide interne (*Riv. clin. et thérap.*, an. X, n° 9, Naples, 1888).
- Ferrand. — Oreillons sous-maxillaires suppurés (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juill., n° 32, 8 août 1888).
- Foster. — Spasme hystérique de l'œsophage chez un jeune enfant (*The med. record.*, 21 juillet 1888).
- Geffrier. — Du traitement de la coqueluche par l'antipyrine (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 2 août 1888).
- Genser. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales et l'antipyrine à l'intérieur (Lettre de Vienne, *N.-Y. med. Journ.*, 28 juillet 1888).
- Gragnat. — Sur un cas d'œdème consécutif à l'absorption de l'antipyrine (Correspondance, *Bull. génér. de thérap.*, 15 août 1888).
- Guaita. — L'antipyrine dans le traitement de la coqueluche (Milan, édit. Rechieder, 1888).
- Huber (A.). — Symptomatologie et pathogénie de la maladie de Basedow (*Deuts. medic. Woch.*, n° 36, 6 sept. 1888).
- Henner. — Des tumeurs congénitales du cou (*Archiv. f. Kinderheilk.*, Bd. IX, 6, 1888).
- Huffa. — Suites opératoires du goître (*Verhandl. d. phys. medic. Gesells. zu. Wurzburg*, Bd. XXI).
- Hun (A.) et Pudders (M.) — Myxœdème. Quatre cas avec deux autopsies (*Americ. J. of med. Sc.*, août 1888).
- Jaccoud. — Goître exophthalmique (*Journ. de méd. et de chirurgie*, sept. 1888).
- Josso (P.). — Piaie pénétrante du cou par instrument tranchant (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 10, 9 août 1888).
- Kahler (O.). — Extension du complexus symptomatique de la maladie de Basedow (*Prager medic. Woch.*, n° 32, 8 août 1888).

- Kahler (O.).** — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow (Lettres d'Autriche, *Sem. médic.*, n° 35, 29 août 1888).
- Lamarque.** — Chondro-sarcome de la parotide (*Soc. d'anat. et de physiol. Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 sept. 1888).
- Larabrie (de).** — Tumeur congénitale du cou (*Soc. anat. de Nantes*, 25 juill. ; *Gaz. médic. de Nantes*, n° 40, 9 août 1888).
- Lebovicz (F.-L.).** — Remarques pratiques sur l'emploi thérapeutique de l'acide borique (*Wien. medic. Presse*, n° 38, 16 sept. 1888).
- Moreno y Desverinne.** — Corps étranger de l'œsophage; œsophagotomie externe (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, juin 1888).
- Murphy.** — Gastrotomie dans un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Assoc. medic. Britann.*, 7-10 août. ; *Sem. médic.*, 15 août 1888).
- Nassiloff.** — Résection intra-thoracique de l'œsophage (*Bull. médic.*, 29 août 1888).
- Plicque (A.-F.).** — Etude critique sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, n° 8, août 1888).
- Porter.** — Traitement du goitre cystique (*The Journ. of amer med. Assoc.*, 21 juill. 1888).
- Sangree (B.).** — Tumeur de la région parotidienne (*Philad. med. Times*, n° 539, 15 août 1888).
- Schwartz.** — Du traitement des rétrécissements de l'œsophage (*Sem. médic.*, n° 33, 29 août 1888).
- Siguicelli.** — Traitement de l'épilepsie par la galvanisation du corps thyroïde (*Rivista clinic. de terap. et Bull. medic.*, n° 67, 22 août 1888).
- Stiller.** — Traitement de la maladie de Basedow (*Internat Klin. Rundschau*, n° 31, 29 juill. 1888).
- Suarez de Mendoza.** — Corps étranger de l'œsophage (*Semaine méd.*, 5 sept. 1888).
- Taboada.** — Le catarrhe chronique et les eaux minérales de Athama de Aragon (*Boletin de medecina y cerurgia*, août 1888).
- Valenzuela.** — La nouvelle thérapeutique respiratoire (*Boletin de medecina y cerurgia*, agosto, 1888).
- Verneuil.** — Corps étranger de l'œsophage (Séance Académie méd. ; *Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1888).
- Weill (G.).** — A propos d'un cas de corps étranger de l'œsophage (*Revue médic. de l'Est*, 1^{er} août 1888).
- Weinbaum.** — Guérison du goitre par le courant galvanique (*Bull. médic.*, 29 août 1888).
- Zeinemann-Lange.** — Emphysème du visage, du cou et de la poitrine, dans un cas de rupture de la paroi thoracique (*Corresp. Bl. d'Algém. Aerztl. Verein z. Thüringen*, 6, 1888).
- Zoëge-Manteuffel (W.).** — Un cas d'échinocoque de la glande thyroïde Saint-Pétersb., *Medic. Woch.*, 23 juill. 1888.