

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 1, n° 1, p. 1 à 26. - Paris : Doin, 1880.

Cote : Académie nationale de médecine : 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1880x01>

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE
Par le Docteur **E.-J. MOURE**

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **L. Bayer**, à Bruxelles. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Schnitzler**, Professeur à l'Université de Vienne. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

TOME I
1880-1881

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXI

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE : À NOS LECTEURS : Tumeurs papillaires du larynx chez un enfant de cinq ans, ayant simulé une adénopathie trachéo-bronchique, par le docteur E.-J. MOURE. — Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus, par J. BARATOUX. — Tuberculose linguale, pharyngée, laryngée et pulmonaire; Mort, Autopsie, par MM. PICOT et COYNE. Etude critique sur les différents laryngoscopes, laryngoscope du docteur E.-J. MOURE. — Revue de la Presse française. — Revue de la Presse étrangère. — Index Bibliographique. — Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris.

A nos lecteurs

Personne ne saurait nier l'importance qu'ont prise aujourd'hui les différentes spécialités dans la science médicale et les progrès qu'elles lui ont fait accomplir, grâce à la découverte de nouveaux instruments qui ont rendu accessibles à la vue des organes jusqu'alors invisibles.

Indépendamment de la grande division de notre art en médecine et en chirurgie, de tous temps, nos maîtres se sont adonnés plus particulièrement à telle ou telle partie de ces deux grandes branches qui leur offrait plus d'attrait. Faut-il rappeler que les Laennec, les Bazin, les Bouillaud, et bien d'autres encore, étaient de vrais spécialistes, ne se bornant point à constater les manifestations locales d'une maladie, mais sachant rassembler et fondre au milieu des grandes lois pathologiques les faits isolés qu'il leur était donné d'observer. Aussi, par leurs recherches sur des sujets spéciaux et leur connaissance approfondie de la pathologie générale, ont-ils pu laisser après eux d'incomparables monographies, qui éterniseront leur mémoire.

En 1875, MM. Isambert, Ladreit de Lacharrière et Krishaber, inaugurant en France les *Annales des maladies de*

l'oreille et du larynx, disaient : « S'il est quelques chapitres de la science où des études spéciales soient nécessaires, ce sont assurément ceux qui nécessitent l'emploi d'instruments nouveaux dont le maniement n'est pas encore suffisamment entré dans la pratique de tous, et qui demandent également un choix de malades que l'on ne trouve pas indifféremment dans tous les services des hôpitaux, ou dans toutes les cliniques, et un espace de temps suffisant pour acquérir la pratique nécessaire à leur étude scientifique. Les organes qui ne sont pas accessibles directement à nos sens, le deviennent les uns après les autres, grâce aux instruments d'exploration que nous fournissent les sciences physiques. On sourirait aujourd'hui des prétentions d'un médecin qui voudrait traiter les maladies de l'utérus sans faire usage du toucher et du speculum utéri. On est généralement d'accord que, sans connaître l'usage de l'ophthalmoscope, on ne peut plus parler de maladies des yeux. On est moins prompt à reconnaître la nécessité de l'otoscopie ou de la laryngoscopie, on y arrive cependant. »

On y arrive, en effet ; mais, tandis qu'à l'étranger l'étude de ces deux branches et leur application sont depuis longtemps déjà répandues, à peine en France ont-elles attiré l'attention de quelques rares observateurs.

C'est après avoir étudié les moyens d'investigation de ces nouvelles conquêtes de la chirurgie moderne, comme disait le professeur Nélaton, peu de temps après la découverte du laryngoscope, en 1862, c'est persuadé des nombreux avantages qu'on en peut retirer, que, suivant en cela l'exemple de notre capitale, et, il faut bien le dire, des Facultés étrangères qui ont donné l'élan, nous avons résolu de publier cette revue clinique où chaque mois nous signalerons les faits nouveaux ou intéressants que nous aurons eu l'occasion d'observer, tout en nous efforçant de tenir nos lecteurs au courant des publications et articles isolés qui paraîtront soit en France, soit à l'étranger, sur chacun des sujets qui font l'objet de nos études spéciales.

Tel est le but de notre publication, telle sera la voie que nous suivrons, trop heureux si nous pouvons contribuer à vulgariser ces deux parties de la science, qui ont déjà rendu quelques services à l'humanité et sont appelées à lui en rendre de plus grands encore.

D^r E.-J. MOURE.

Tumeurs papillaires du larynx chez un enfant de cinq ans, ayant simulé une adénopathie trachéo-bronchique,

Par le docteur E. J. MOURE.

Le 17 avril 1879, M^{me} C... vint nous consulter à la clinique du docteur Ch. Fauvel pour son fils, âgé de cinq ans, dont la voix s'était *peu à peu* enrouée et dont la respiration se trouvait gênée.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont tous deux bien portants et n'ont jamais été atteints d'affections diathésiques, l'enfant, d'aspect lymphathique, offre également toutes les apparences d'une bonne santé.

Antécédents morbides. — Quelques vomissements et un peu de diarrhée lors de la dentition, point de rhume, point de fièvre éruptive.

La mère nous raconte qu'il y a trois ans, la voix de son enfant s'était un peu voilée et que depuis cette époque l'enrouement avait progressivement augmenté suivi à son tour de troubles respiratoires, de plus en plus accusés, elle a également remarqué que dans les moments de contrariété ou d'émotion, la respiration s'embarrassait et devenait bruyante; depuis six mois surtout, le timbre de la voix s'était couvert davantage, la respiration était devenue *constamment* difficile et pénible, l'inspiration était sifflante par intervalle, et dans les moments de colère, l'enfant ne respirait qu'avec beaucoup de peine, il éprouvait aussi quelquefois, durant la nuit, des accès de toux quinteuse, ayant une certaine analogie, avec ceux de la coqueluche (toux coqueluchoïde), suivis comme ces derniers, d'expectoration muqueuse et filante.

Inquiète de cet état, qu'elle avait jusqu'alors abandonné à lui-même, elle se rendit à la consultation de l'hôpital des Enfants où en présence des symptômes exposés par la mère de l'enfant, après avoir examiné l'appareil respiratoire et constaté la faiblesse du murmure vésiculaire, on porta le diagnostic d'*adénopathie trachéo-bronchique*, le traitement fut donc institué en conséquence : huile de foie de morue, iodure de potassium à l'intérieur. Bains sulfureux, badigeonnages à la teinture d'iode sur la poitrine, comme traitement externe.

Cette médication continuée pendant un certain temps ne déterminait aucune espèce d'amélioration, et même, au dire de la mère, la gêne respiratoire semblerait plutôt avoir augmenté depuis cette époque.

Au moment où ce jeune malade est soumis à notre examen, il a une dyspnée très prononcée et un certain degré de cornage, sa voix est uniformément enrouée, mais l'état général semble bon. Les quintes de toux ont persisté durant la nuit, revenant à des intervalles de temps irréguliers, l'enfant ne se plaint d'aucune sensation à la gorge, l'examen du thorax révèle une sonorité normale en avant et en arrière de la poitrine, le murmure vésiculaire est très affaibli, l'air pénètre lentement et avec peine dans l'arbre respiratoire.

L'examen de la gorge ne montre aucune rougeur, aucune altération de la muqueuse bucco-pharyngienne, *mais l'application du miroir laryngien que l'enfant supporte très bien* permet d'apercevoir au niveau de l'orifice glottique, à l'entrée de l'infundibulum laryngien, un semis de petites tumeurs verruqueuses, d'un gris blanchâtre, ayant environ la grosseur d'une belle tête d'épingle; ces néoplasmes sont sessiles sur la muqueuse glottique qui apparaît rosée dans l'intervalle des points occupés par les végétations.

Dès lors, tous les symptômes présentés par notre malade, raucité de la voix, dyspnée, respiration bruyante, sifflement à l'inspiration, trouvent leur explication naturelle dans la présence de ces papillomes laryngiens, dont on propose l'excision à la mère, qui demande à réfléchir et n'est plus revenue nous montrer son enfant.

Bien que nous n'ayons pu compléter l'observation de notre petit malade, en décrivant le mode opératoire employé pour le débarrasser de ces masses polypeuses et en consignant ici le résultat obtenu, ce fait de polypes du larynx confondus avec une adénopathie trachéo-bronchique nous semble plein d'enseignements et ne saurait être passé sous silence. On comprend aisément qu'en présence des symptômes présentés par cet enfant : dyspnée, cornage, enrouement, toux coqueluchoïde, affaiblissement du murmure vésiculaire, un praticien distingué de l'hôpital des enfants, ait pu songer à la présence de ganglions engorgés, comprimant la trachée ou les bronches, mais ce diagnostic étant supposé exact, *n'était-il pas intéressant de pratiquer l'examen laryngoscopique pour rechercher dans le larynx l'explication physiologique de*

l'enrouement, du cornage et peut-être des autres symptômes présentés par le malade.

M. Barety (1), dans son remarquable travail sur l'adénopathie trachéo-bronchique, parlant de l'altération de la voix, de la raucité et de l'aphonie dans cette maladie, nous dit : « Dans le cours de l'affection et généralement à une période avancée, la voix peut devenir rauque ou simplement voilée ; d'autres fois, c'est une aphonie complète. Ces altérations de la voix peuvent se montrer et disparaître de temps en temps ; d'autres fois, elles sont continues et durent pendant une longue période de temps ; dans certains cas, enfin, elles persistent jusqu'à la mort, quelquefois avec de simples variations dans leur intensité. Elles ont été constatées chez les enfants et les adultes.

Dans beaucoup d'observations, elles sont notées sans que leurs auteurs aient pensé à en rechercher la véritable cause, mais dans quelques-unes elles ont été bien étudiées et rapportées à leur cause véritable, grâce à l'examen laryngoscopique et à l'examen du larynx après la mort. »

Malheureusement, il faut bien le dire, la méthode laryngoscopique est loin de tenir dans nos hôpitaux et dans la pratique, le rang qu'elle devrait y occuper ; beaucoup de praticiens consommés, bien des maîtres distingués ne tiennent aucun compte des indications précises que fournirait dans bien des cas l'examen de l'organe vocal ; la plupart restent indifférents à ce nouveau mode d'exploration, d'autres affectent à son égard un superbe dédain qui sert trop souvent à cacher leur inexpérience ; il est un âge dans la vie, a dit Isambert (2), où l'on n'aime pas à retourner à l'école. Il est vrai que chez l'enfant l'examen du larynx est souvent difficile et presque impossible par l'abaissement exagéré de l'épiglotte, qu'il est extrêmement difficile de faire relever, et qui masque plus ou moins complètement l'orifice glottique ; mais on peut toujours essayer de ce moyen d'investigation qui, dans quelques cas, fournira des données exactes sur la nature de la maladie et sur le traitement à instituer.

Enfin, nous saisisons l'occasion qui nous est offerte par l'observation de ce malade, pour rappeler que les polypes du larynx sont des lésions assez rares dans l'enfance, puisque dans le travail si justement apprécié de M. Causit (3), nous

(1) Barety. *De l'Adénopathie trachéo-bronchique*. — Paris, 1875, p. 193.

(2) *Conférences cliniques sur les maladies du larynx*, p. 4.

(3) Causit : *Étude sur les polypes du larynx chez l'enfant*. — Paris, 1867.

ne trouvons que quarante-six observations de ce genre, qui sont le total de tous les cas publiés jusqu'à cette époque, et de huit faits nouveaux, les uns directement adressés à cet auteur par quelques spécialistes, les autres recueillis par lui-même. Depuis le travail de M. Causit, le docteur Ch. Fauvel (1) a également publié cinq observations de polypes du larynx, chez des enfants de trois à huit ans. (Observat. cxxv, enfant de huit ans ; clxvi, cinq ans ; cclxiii, trois ans ; cclxxiii, sept ans et demi ; cclxxxvii, trois ans). Dans tous les faits cités par ce dernier auteur, les néoplasmes étaient de nature papillomateuse et occupaient, quatre fois les cordes vocales inférieures, une fois la surface du larynx, comme dans le cas que nous venons de relater.

Faut-il maintenant rechercher la cause qui a présidé au développement de ces tumeurs chez cet enfant ? le problème nous paraît difficile à résoudre ; en effet, ni l'hérédité, ni les antécédents diathésiques, ne nous fournissent de données à cet égard, nous ne pourrions pas davantage accuser l'irritation répétée de la muqueuse laryngienne occasionnée soit par des rhumes fréquents, soit par des causes extérieures, vapeurs, poussières irritantes ; enfin, notre malade n'a jamais eu de fièvre éruptive, variole, rougeole, etc., que nous trouvons signalées dans quelques-unes des observations de M. Causit (2). (Observat. xxix, xxx, xxxvi, xxxvii). L'érysipèle signalé par Lewin, n'a pas été non plus le point de départ de ces productions morbides et en dernier ressort, nous sommes forcés d'admettre une prédisposition innée de la muqueuse à devenir le siège des tumeurs polypeuses observées chez la plupart des malades, polypes qui de l'avis unanime de tous les auteurs, sont bien plus fréquents chez l'adulte et chez les personnes du sexe masculin.

Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus

Par J. BARATOUX.

L'auteur, guidé par les travaux récents sur les rapports qui peuvent exister entre l'œil et l'utérus, a cherché les relations de ce dernier organe avec l'oreille et a publié, sous ce titre, une brochure aussi intéressante qu'originale.

(1) Fauvel : *Traité pratique des maladies du larynx*, — Paris, 1876.

(2) *Loc. cit.*, p. 11 et 12.

Dans les traités spéciaux de Bonnafont, Itard, Kramer, Toynbec, Trœltch (1), etc., etc., on ne trouve aucun fait relatif à ce sujet. Triquet cependant a publié, dans ces cliniques, une observation de surdité qui aurait augmenté à la suite de quatre couches de la malade, et une autre, dans laquelle un écoulement purulent, datant de l'enfance, aurait diminué pendant la grossesse et les couches pour se montrer de nouveau avec tous ses caractères aussitôt après les relevailles.

Grâce à ses observations et à celles que M. Gellé lui a fournies, M. Baratoux a pu étudier les diverses circonstances dans lesquelles apparaissent les troubles de l'oreille en relation avec les troubles de l'utérus.

Il a divisé son travail en sept chapitres :

1° Troubles de l'ouïe au moment de la puberté.

Ces troubles apparaissent généralement dans les circonstances suivantes :

Un enfant ayant eu jadis un écoulement purulent de l'oreille qui est tari depuis un certain temps déjà, arrive à l'âge de puberté; à ce moment, surviennent des bourdonnements, un nouvel écoulement, la surdité augmente, et l'autre oreille qui était saine jusqu'alors, peut être prise à son tour.

2° Troubles de l'ouïe apparaissant périodiquement aux époques menstruelles.

Dans les deux ou trois jours qui précèdent les règles, les malades éprouvent des bourdonnements beaucoup plus forts qu'auparavant. La surdité peut même devenir complète, et il n'est pas rare de voir une douleur précéder un écoulement plus ou moins abondant.

Ces phénomènes peuvent se montrer régulièrement à chaque période menstruelle.

Parmi les observations que l'auteur cite dans ce chapitre, il en est une assez remarquable.

Une jeune fille de 17 ans, lymphatique, avait un écoulement purulent depuis son enfance.

Réglée à 16 ans, elle vit à peine quelques gouttes de sang,

(1) De Trœltch a à peine signalé les rapports de l'utérus et de l'oreille, lorsque dans sa leçon sur la surdité nerveuse. (Traité des mal. de l'oreille, page 484). Il dit : C'est ici qu'il faut placer aussi la surdité passagère que Scanzoni a observé plusieurs fois à la suite de l'application de sangsues sur le col de la matrice, en même temps qu'une excitation circulatoire générale et un éruption d'urticaire sur tout le corps. (*Journal médical de Würzburg*, vol. 1, cah. 1. — 1860).

tandis qu'un écoulement de sang assez abondant fit irruption par chaque oreille; il dura quatre jours. Ce phénomène se reproduisit à chaque période menstruelle.

Des granulations fongueuses remplissaient les caisses des deux tympans : — celles de l'oreilles gauche furent guéries en un mois, et à ce moment les règles prirent leur cours par l'oreille droite seulement.

Les cautérisations furent alors commencées de ce côté, après deux mois de traitement, l'écoulement sanguin disparut aussi de ce côté, et les règles redevinrent normales du côté du système utérin.

3° Troubles de l'ouïe au moment de la ménopause.

La ménopause peut être le point de départ de divers accidents : bourdonnements, dysécie, hémorrhagie même; troubles occasionnés par la congestion qui se fait à ce moment du côté de l'oreille.

La guérison est immédiate et brusque si les menstrues apparaissent.

4° Troubles de l'ouïe survenus à la suite de la grossesse.

La grossesse agit directement sur l'utérus et y apporte pour plusieurs mois des désordres; aussi, n'est-il pas étonnant qu'à cette époque se montrent divers phénomènes du côté de l'oreille ;

Une affection antérieure peut s'aggraver, et la surdité augmenter au point de rendre impossible toute conversation avec la malade (1).

Il semble qu'il se développe dans l'oreille une affection de la muqueuse, analogue à celle qui a été décrite pour la

(1) Nous avons en ce moment sous les yeux une jeune femme de vingt-deux ans, qui nous a été adressée par notre confrère et ami le docteur Martial-Durand, chez laquelle la grossesse a déterminé une perte totale de l'ouïe du côté droit, que l'aspect du tympan, adhérences multiples, disparition du triangle lumineux sauf à la base où il est formé de points peu brillants, ne suffit pas à expliquer, la perception crânienne est nulle dans tout le côté droit, aucun diapason placé sur le vertex n'est entendu de ce côté. Du côté gauche est survenu un écoulement de l'oreille, accompagné de bourdonnements variés, sifflet de chemin de fer, cloches, bruits musicaux; et la surdité est telle que toute conversation est presque devenue impossible avec la malade qui est accouchée depuis deux mois, mais nourrice.

Sans vouloir nous étendre sur ce fait que nous avons l'intention de publier plus tard, nous avons tenu cependant à le rapprocher des cas intéressants signalés par M. Baratoux.

gorge, sous le nom de *pharyngite granuleuse*, et dans l'utérus sous le nom de *métrite granuleuse*.

5° Troubles de l'ouïe survenus à la suite de troubles subits dans l'écoulement menstruel.

Si les règles viennent à se supprimer brusquement, on peut voir apparaître du côté de l'oreille certains phénomènes tels que douleur, surdité, hémorrhagie et en même temps peuvent se montrer des troubles du côté du système nerveux : étourdissements, perte de connaissance, céphalalgie, et même hémianesthésie avec contracture, comme M. Gellé a pu le constater chez une malade du docteur Vigouroux.

6° Troubles de l'ouïe consécutifs aux affections de l'utérus.

Se fondant surtout sur les travaux du professeur Freund, de Breslau, qui a fait quelques autopsies de malades atteintes de kopioïpie utérine, l'auteur n'hésite pas à rattacher certains troubles de l'ouïe à une lésion de la matrice. Ces désordres de l'oreille ont généralement une marche assez lente, du reste il ne faut pas s'en étonner, car il faut un certain temps pour que la lésion puisse s'établir dans l'oreille.

7° Troubles de l'ouïe amenant des troubles de la menstruation.

Dans les chapitres précédents, l'auteur a étudié les rapports que l'utérus pouvait avoir avec l'organe de l'audition pendant le cours de la menstruation ; dans ce nouveau paragraphe, il a cherché si la réciproque était vraie. Il ne se prononce pas sur les relations qui peuvent exister entre les troubles de l'oreille et ceux de l'utérus, car il n'a pas d'observations assez concluantes sur ce point, mais il cite le fait suivant :

Une femme de vingt-huit ans, a eu dans l'enfance un polype de l'oreille ; M. Miot enlève cette tumeur treize jours après ses règles ; au moment même de l'opération celles-ci reviennent aussitôt pour ne reparaitre qu'un mois après.

C'est alors que M. Miot commence des cautérisations de la base du polype ; il les fait deux fois par semaine, pendant environ quinze jours et pendant ce temps les règles furent presque permanentes, ou plutôt lors de chaque cautérisation, il y avait une exacerbation de l'hémorrhagie utérine qui diminuait le lendemain et disparaissait le jour suivant,

pour reparaître aussitôt que l'on faisait une nouvelle cautérisation. Dès que le polype fut guéri, l'hémorrhagie utérine cessa.

CONCLUSIONS. — Les troubles de l'oreille, survenant à la suite des troubles de l'utérus peuvent n'être que temporaires, ou bien la muqueuse de l'oreille moyenne et de l'oreille interne se congestionnent, et de là, bourdonnements et surdité, d'autres fois mêmes hémorrhagies.

La lésion de l'oreille peut être chronique ; la muqueuse de la caisse du tympan éprouve la série complète des phénomènes inflammatoires : dilatation des vaisseaux, boursoufflement, exagération des produits excrétés et même écoulement. Enfin, dans certaines circonstances, la muqueuse s'hypertrophie et devient granuleuse. L'auteur rattache tous ces phénomènes à une diathèse telle que : strume, phthisie, arthritisme, herpétisme ou névrose ; ajoutons, toutefois, qu'il donne la préférence à la scrofule.

Il termine son travail en essayant de combattre le préjugé vulgaire qui ne veut pas que l'on touche à l'écoulement des oreilles chez les enfants, faisant judicieusement remarquer que cet écoulement, survenu en général chez de petits scrofuleux, loin de laisser sortir la gourme par l'oreille, détermine, au contraire, des altérations de l'organe de l'ouïe, qui ne font qu'augmenter sous l'influence de diverses circonstances, parmi lesquelles il faut surtout noter l'établissement ou le trouble des fonctions utérines chez les jeunes filles.

En résumé, nous devons féliciter cet auteur d'avoir attiré l'attention des observateurs sur un nouveau point de pathogénie auriculaire et d'avoir publié des faits nombreux et intéressants qui pourront servir de base à une monographie plus importante.

Tuberculose linguale, pharyngée, laryngée et pulmonaire. — Mort. — Autopsie.

Par MM. PICOT et COYNE, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

Les pièces pathologiques présentées par MM. Picot et Coyne, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, étaient celles d'un homme de trente-neuf ans, ayant séjourné à l'hôpital Saint-André (du 7 au 18 juin), couché au

(1) Extrait de la *Gazette hebdom. de Bordeaux*, du 27 juillet 1880.

n° 7, salle 15. Ce malade avait eu six mois avant son entrée à l'hôpital à la partie antérieure du cou, au niveau du cartilage cricoïde, un abcès gros comme une petite noix qui s'ouvrit spontanément, laissant après lui une fistule qui, par intervalles, laissait s'écouler un peu de pus.

On constata à son entrée les signes d'une tuberculose pulmonaire, avec pleurésie purulente à gauche, et de plus, la déglutition étant très douloureuse, la voix éteinte, on songea à la présence d'ulcérations de la muqueuse laryngienne, et à une périchondrite des cartilages cricoïde et thyroïde ayant peut-être amené leur mortification.

L'autopsie démontra la vérité de ces diverses assertions, et fit constater en outre la présence d'un abcès caseux situé au niveau des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, abcès dont la cavité communiquait par un trajet situé en avant de la colonne vertébrale avec la cavité d'une poche kystique située dans le médiastin postérieur à gauche de la colonne vertébrale (cette dernière poche était indépendante de l'épanchement purulent contenu dans la plèvre gauche). Les deux poumons étaient farcis de tubercules à l'état cru.

Larynx. — A droite et en arrière, la grande corne de l'os hyoïde est dénudée et fait saillie dans une poche abcédée, entourée d'une membrane fibreuse située sur la partie latérale droite du pharynx, et descendant jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. Toutes les parois du pharynx, au-dessous des amygdales, sont ulcérées et parsemées de granulations tuberculeuses que l'on retrouve aussi sur la partie postérieure de la langue. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques sont couverts d'ulcérations qui arrivent jusque sur le bord de la corde vocale supérieure, descendent le long des cartilages aryténoïdes et gagnent l'extrémité postérieure de la corde vocale inférieure.

Toute la muqueuse laryngée est rouge, épaissie, criblée d'ulcérations nombreuses ; on n'en trouve plus dans la trachée. L'abcès signalé plus haut a des parois tomenteuses. Il contient du pus caséeux. On ne peut retrouver de communication directe entre cet abcès et le trajet fistuleux qui, parti de la région inférieure du cou, va se perdre sur ses parois.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les différentes parties de la langue, du larynx et du pharynx ont été examinées

successivement, après durcissement convenable, et on remarque dans tous les organes des lésions tuberculeuses avancées sous les diverses formes qu'elles peuvent revêtir, suivant la nature du tissu dans lequel elles se développent.

Examen de la langue. — Au moment où l'on avait pratiqué l'autopsie, on aurait dit que toute la partie de la langue, située en arrière du V lingual, était occupée par une vaste ulcération. Cette région de la langue, en effet, était tellement tomenteuse, rouge, vascularisée, qu'on pouvait supposer être en présence d'un fond ulcéré garni par du tissu de bourgeons charnus. Il n'en était rien, et, sur des coupes minces et très étendues, on peut s'assurer que le revêtement épithélial existe presque partout, mais avec des modifications.

○ Ce revêtement épithélial existe, avons-nous dit, presque partout, sauf au niveau du point très-limité où on trouve de véritables petites ulcérations superficielles, qui intéressent le derme de la muqueuse et que nous étudierons ultérieurement.

Dans tous les autres points où ce revêtement existe, et ils sont les plus nombreux et les plus étendus, cet épithélium est représenté, comme d'habitude, par deux couches, l'une profonde, correspondant à la couche de Malpighi, l'autre superficielle analogue à la couche cornée. La première est constituée par de grosses cellules polygonales, mais qui, dans le cas particulier, sont plus volumineuses qu'à l'état normal, sont constituées par une masse protoplasmique grenue qui marque jusqu'à un certain point la limite des cellules. La seconde couche, formée de cellules aplaties en forme de lamelles, est absente en un grand nombre de points, ou n'est plus représentée que par des débris de lames qui se décolle-
lent de la couche profonde.

○ Au niveau des points ulcérés, et surtout à la limite, la couche muqueuse de Malpighi est décollée sur une étendue considérable, et forme comme une sorte de voile flottant qui masque une certaine étendue des ulcérations du derme. Si l'on examine ensuite les coupes à un faible grossissement, on constate l'existence de lésions tuberculeuses dans le derme de la muqueuse, dans les couches profondes et inter-musculaires, et enfin au niveau des glandes sous-muqueuses. D'abord, dans le derme de la muqueuse, immédiatement au-dessous du revêtement épithélial, on constate une infil-

tration diffuse, formée par une agglomération d'éléments embryonnaires accumulés, surtout autour des vaisseaux ou des conduits excréteurs des glandes, et qui prend en certains points la forme arrondie très confluyente, et représente alors à ce niveau des granulations tuberculeuses nettement caractérisées. De plus, nous devons mentionner ce fait : c'est que, par suite de cette infiltration de la partie superficielle de la muqueuse, elle est à peu près déplissée et que l'apparence papillaire, qu'elle présente à l'état normal, a presque complètement disparu. Les petites artérioles, qui existent dans cette zone, présentent des lésions très manifestes de péri-artérite et quelques-unes des lésions d'endartérite.

Dans les points qui correspondent à la formation nodulaire, on rencontre quelques cellules dites géantes, qui tranchent, par leur coloration et leur volume, avec ceux des cellules qui les entourent ; mais leur forme régulière, leur volume, la forme des éléments figurés qui constituent la périphérie de cette agglomération ne laissent aucun doute sur l'origine de leur développement dans les capillaires sanguins.

Plus profondément, on trouve des granulations tuberculeuses développées entre les faisceaux musculaires. La plupart de ces dernières granulations ont pris naissance dans le tissu conjonctif interposé entre les faisceaux musculaires et autour des gaines conjonctives des artérioles. Ces granulations sont assez confluentes et ont amené, dans leur voisinage, une infiltration embryonnaire entre les fibres musculaires ; cependant, sur la plupart des préparations, on ne trouve pas dans les fibres musculaires elles-mêmes de lésions évidentes de myosite.

Les glandes muqueuses de la base de la langue sont tuméfiées et présentent des altérations très-curieuses. Dans les culs-de-sac glandulaires, on constate les lésions de l'inflammation catarrhale ; les culs-de-sac sont dilatés par une masse muqueuse parsemée de débris de cellules. Les travées qui séparent ces culs-de-sac glandulaires sont épaissies et envahies par un état embryonnaire très remarquable ; mais, en général, sur les préparations faites dans la langue, ces lésions ne sont pas très-intenses et n'arrivent pas à masquer la forme et les contours des culs-de sac glandulaires dilatés.

Les conduits excréteurs sont entourés, dans tout leur trajet dans la couche superficielle du derme, par une accumulation d'éléments embryonnaires considérable qui leur constitue comme une sorte de manchon.

Pharynx. — Le pharynx présente, surtout sur ses parties latérales, des lésions identiques à celles que nous venons de décrire sur la langue. Le revêtement épithélial est complet sur toute l'étendue des coupes, et on voit qu'il n'y avait pas de véritables ulcérations, mais qu'il était soumis à une desquamation active et incessante. Toute la couche superficielle du derme présente une infiltration de granulations tuberculeuses très-confluentes ; ces granulations, qui sont réunies par une infiltration moins dense d'éléments embryonnaires, masquent tous les éléments normaux de la muqueuse. Entre les couches musculaires, on trouve, dans les zones conjonctives qui séparent les uns des autres les faisceaux des muscles, des trainées de granulations tuberculeuses plus ou moins confluentes. Des zones périphériques de ces granulations partent des trainées embryonnaires qui pénètrent entre les fibres musculaires, les dissocient et les séparent les unes des autres. Lorsque cette formation est assez abondante, on voit que les fibres musculaires sont comme étranglées en certains points, amincies, quelquefois même fragmentées et ont perdu à ce niveau leur striation transversale. Sur des coupes perpendiculaires à la direction des faisceaux de muscles, on se rend bien mieux compte de l'envahissement de la zone musculaire par cette altération. Alors que les fibres musculaires du centre du faisceau ont conservé encore leur volume normal et présentent très peu d'infiltration embryonnaire autour d'elles, celles de la périphérie, entourées chacune par un manchon d'éléments embryonnaires, représentent tout au plus la moitié du diamètre de celles de la région centrale restées saines. Les lésions des glandes présentent tous les degrés de l'altération, depuis l'altération catarrhale jusqu'à la formation de véritables granulations tuberculeuses à l'état caséux. L'altération catarrhale est caractérisée par les lésions que nous avons décrites pour les glandes de la base de la langue ; cependant, l'infiltration conjonctive périglandulaire est déjà bien plus marquée, et donne aux travées conjonctives un épaissement remarquable. A un second degré, des travées conjonctives l'altération embryonnaire s'étend au tissu qui entoure la glande et donne naissance à une masse d'infiltration arrondie ou ovoïde très-considérable. A cette période, on est en présence d'une véritable granulation tuberculeuse, dont le centre est formé par un lobule glandulaire, et la périphérie par la néoformation dans la membrane d'enveloppe de la

glande. A ce moment-là aussi, les caractères des éléments glandulaires sont profondément modifiés ; l'épithélium muqueux, de cylindrique, est devenu cubique et se colore, dans toute son étendue, en jaune. Par suite de l'épaississement des parois, les cavités glandulaires se rétrécissent et finissent par être remplies par cet épithélium modifié. On est alors en présence, en certains points, de granulations tuberculeuses ovoïdes ou arrondies, parsemées, en différents points de leur étendue correspondant à des restes de glandes modifiées, de formations qui présentent presque tous les caractères attribués aux cellules géantes. Enfin, à un degré extrême, tous les restes de formation glandulaire ont disparu, et si ce n'était la forme, le siège en certains points de la muqueuse et le conduit excréteur qu'on voit encore s'aboucher à la surface de la muqueuse, on pourrait mettre en doute l'origine glandulaire de cette formation ; car on trouve une granulation tuberculeuse très-nette, très-caractéristique qui se différencie cependant de celles qui sont développées à l'occasion du tissu conjonctif des gaines vasculaires par une apparence beaucoup plus limitée et par ce fait que l'infiltration de voisinage n'est pas diffuse.

Epiglote. — L'épiglote était ulcérée sur sa face postérieure. A la partie supérieure, la muqueuse épiglottique est infiltrée de granulations tuberculeuses qui sont développées aux dépens de tous les éléments de la muqueuse et surtout des glandes muqueuses si abondantes en cette région. C'est sur ces glandes qu'on peut suivre surtout tous les différents degrés de l'évolution tuberculeuse. Plus bas, en se rapprochant de la région où la muqueuse est ulcérée et où l'évolution arrive jusqu'au cartilage de l'épiglote, on trouve des lésions très-intéressantes. D'abord, une infiltration de la muqueuse au niveau des points où elle n'est pas ulcérée. Puis, en se rapprochant un peu plus de la région centrale, la muqueuse a presque entièrement disparu et le cartilage lui-même a été atteint par le travail ulcératif. On voit que dans ce cas cette altération est due au processus suivant :

On sait qu'à l'état normal, à ce niveau, les glandes muqueuses viennent se reposer jusque sur le périchondre et que même, en certains points, le cartilage de l'épiglote présente des sortes d'encoches rentrantes pour loger les fonds des culs-de-sac glandulaires, et qu'il est séparé de ces culs-de-sac par une couche périchondrale excessivement mince.

Dans le voisinage des parties ulcérées, on voit qu'en sus de l'infiltration tuberculeuse glandulaire, il s'est produit une infiltration de voisinage dans le périchondre qui amène le décollement de ce périchondre d'avec le cartilage. La couche sous-périchondrale formée, comme on le sait, à l'état normal de cellules aplaties, se modifie, les cellules deviennent beaucoup plus volumineuses, granuleuses et la substance fondamentale devient grenue; elle disparaît la première, et au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'ulcération, elle n'est plus représentée que par un magma parsemé de quelques fibres élastiques. Au centre de la région ulcérée, les capsules de cartilage présentent dans la profondeur des phénomènes de segmentation du noyau; mais dans les couches superficielles on ne trouve plus qu'un magma granuleux, dans lequel on ne reconnaît plus ni noyaux, ni cellules ni substance fondamentale; seules les fibres élastiques du cartilage continuent à se distinguer, à cause de leur coloration en jaune par l'acide picrique.

Larynx. — Le larynx, au niveau de la corde vocale supérieure, présente des altérations analogues, c'est-à-dire une infiltration tuberculeuse en masse du derme de la muqueuse, une infiltration tuberculeuse des glandes plus profondes, et les phénomènes prodromiques de l'ulcération du cartilage au niveau de la face interne du cartilage aryénoïde.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LES DIFFÉRENTS LARYNGOSCOPES

LARYNGOSCOPE DU D^r F.-J. MOURE

Il existe deux modes d'éclairage pour pratiquer l'examen de la cavité laryngienne. Le premier, dit *naturel*, qui consiste à projeter les rayons solaires sur le miroir laryngoscopique, a le grave inconvénient de rendre l'observateur tributaire du temps et par conséquent, d'être très souvent impraticable dans nos pays; le second, à peu près généralement adopté, et dit *artificiel*, se fait avec la lumière d'une lampe, d'un bec de gaz ou de tout autre foyer lumineux (magnésium, lumière

oxydrique, lumière électrique, etc., etc.), que l'on peut utiliser de différentes manières; ainsi, en Allemagne, en Angleterre, en Autriche et d'une manière générale dans les pays étrangers, les spécialistes se servent de la lumière réfléchie par un miroir concave adapté soit au devant de l'œil à l'aide d'un bandeau frontal (Kramer), soit sur le nez avec une monture de lunette (Semeleder), soit entre les dents (Crzermak, Bruns); ils projettent ainsi sur le miroir laryngien, placé dans la bouche du malade, un faisceau lumineux fourni par une lampe munie de fortes lentilles.

Ce système d'éclairage presque entièrement délaissé en France offre plusieurs inconvénients; d'abord, le maniement de l'instrument exige une habitude considérable de la part de l'observateur qui, pour éclairer constamment son laryngoscope, doit suivre *presque à son insu*, les moindres mouvements du malade, et prendre les positions les plus variées, souvent même les plus pénibles, avec sa tête transformée en un *véritable photophore*; le trou placé au centre du miroir étant très rapproché de l'œil de l'observateur rend peu à peu la vision confuse, sans ajouter que la distinction des plans de l'image laryngienne se fait toujours moins nettement à l'aide d'un seul œil, que dans la vision binoculaire; enfin, *il est impossible* de faire à l'aide de cet éclairage des démonstrations laryngoscopiques, et l'élève, obligé de diriger lui-même le faisceau lumineux dans la bouche du patient, éprouve souvent au début de telles difficultés, qu'il préfère renoncer à ce moyen d'investigation.

Pour laisser l'opérateur indépendant, on a bien imaginé de fixer le réflecteur soit à une table (Cusco), soit à une chaise (Turck), ou bien à la lampe elle-même (Tobold); mais le foyer principal du miroir, seul point réellement bien éclairé, est tellement restreint, que le moindre mouvement du malade ou du médecin suffit pour rendre obscure l'image du larynx.

Voulant obvier à ces nombreux inconvénients, le docteur Moura songea à utiliser les propriétés des lentilles biconvexes, et fit construire son *pharyngoscope* (1). Cet appareil, un peu massif, fut bientôt remplacé par les laryngoscopes portatifs des docteurs Ch. Fauvel et Krishaber, qui sont d'un usage commode pour la pratique de ville, mais qui ne peuvent être facilement employés pour les démonstrations laryngoscopiques; *aussi pour remplir cette dernière condition*, le doc-

(1) Moura : *Traité de laryngoscopie*, Paris, 1861.

teur Ch. Fauvel fit construire chez Molteni un appareil destiné à être éclairé à la lumière de Drummond (lumière oxhydrique), appareil dont nous nous sommes journellement servi pendant plusieurs années avec notre confrère et ami le docteur G. Coupard, à la clinique de ce maître distingué.

Mais, en dehors du prix de revient de l'instrument, qui est assez considérable, l'usage de l'oxygène n'est pas absolument exempt de dangers et sa fabrication exige une installation et des préoccupations constantes qui en rendent l'emploi difficile et coûteux.

C'est en présence de ces nombreuses difficultés que nous avons songé à remplacer la lumière oxhydrique par la flamme d'une lampe à huile ou même d'un bec de gaz, et à faire construire (1) l'appareil dont nous donnons ici l'image et dont nous allons faire la description. Il se compose :

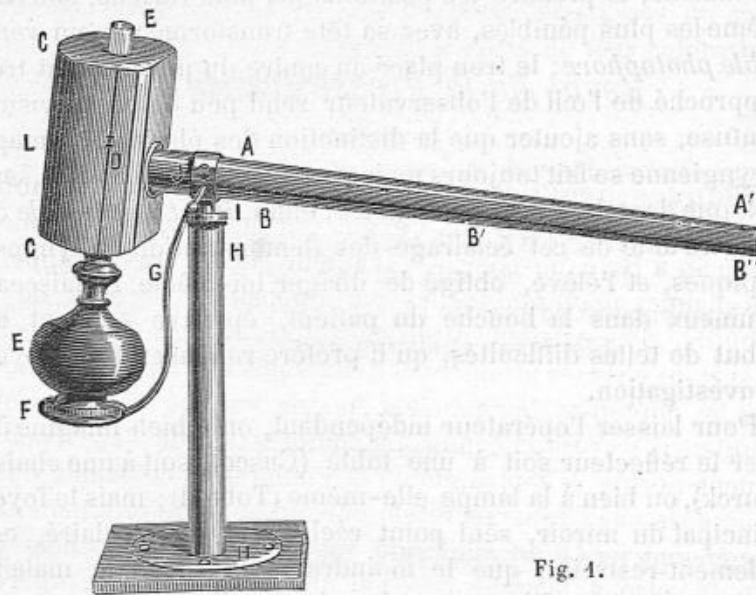


Fig. 1.

1° D'une lanterne CC' dont les faces supérieures et inférieures sont percées d'un trou pour le passage du verre de la lampe E, dans l'intérieur de la lanterne et en arrière de la flamme est placé un réflecteur métallique L destiné à projeter les rayons lumineux du côté opposé où se trouve une ouverture de forme circulaire mesurant 12 cent. de diamètre.

2° A l'ouverture antérieure de la lanterne vient s'emboîter un tube AA' mesurant 95 cent. de long dans l'intérieur duquel sont placées quatre lentilles plan convexe B', B'', B''', B'''', destinées à fournir en dehors du tube un faisceau lumineux assez intense pour éclairer nettement le larynx.

(1) Cet appareil a été fabriqué dans les ateliers de M. Ch. Dubois, (34, rue Saint-André-des-Arts, à Paris.)

3° Deux coussinets J permettent de diriger les rayons lumineux de haut en bas ou réciproquement ; les mouvements de latéralité s'obtiennent à l'aide d'un tube I glissant à frottement doux dans un cylindre HH' qui sert de pied à l'appareil et que l'on peut fixer lui-même par son extrémité inférieure sur une table ou tout autre support.

4° Enfin entre la Coussinière J et la lanterne CC' se trouve une tige G dont l'extrémité inférieure munie d'un plateau F supporte la lampe E qui doit fournir l'éclairage à l'appareil. Inutile d'ajouter que le plateau et la lampe suivent tous les mouvements du tube AA et conservent toutes les positions que l'on veut leur donner.

Cet instrument a donc tous les avantages des appareils de Molteni et de Dubosq, il peut à l'égal de ces derniers, être facilement utilisé pour les démonstrations laryngoscopiques, et il permet surtout de supprimer l'emploi de l'oxygène.

Revue de la Presse française.

Plaques opalines professionnelles de la bouche chez les souffleurs de verre, par le docteur Guinaud, médecin à Rive-de-Gier. — L'auteur de ce travail appelle ces plaques *professionnelles* par opposition à celles de la syphilis, elles existent, dit-il, chez tous les grands garçons et surtout chez les premiers et deuxièmes souffleurs qui moulent les bouteilles, les gobelets etc., en un mot chez ceux qui soufflent à travers la canne. La compression de l'air dans la bouche portée à son summum et l'imbibition constante de la muqueuse par l'hypersécrétion parotidienne déterminent peu à peu une irritation, puis une vascularisation anormale de la muqueuse à laquelle succède une prolifération exagérée de l'épithélium pavimenteux qui macéré et tassé forme ces plaques.

La paroi des joues est presque toujours déprimée dans le point où se trouvent les plaques, et à ce niveau on aperçoit généralement une fossette formée soit de petits plis allant de haut en bas, soit d'un sillon unique plus profond, vers la partie centrale de la plaque, le canal parotidien rouge enflammé et dilaté fait saillie sous forme d'un petit mamelon, d'autres fois même le sphincter de son ouverture buccale, cède, et pendant le soufflage l'air pénétrant dans ce conduit vient former une tumeur sur les côtés de la joue.

De plus, suivant que les ouvriers soufflent plus fort d'un côté ou de l'autre, les plaques sont plus ou moins marquées sur l'une ou l'autre face interne de la joue.

La fumée du tabac n'aurait aucune influence sur la production de ces plaques qui ressemblent parfois à des lésions syphilitiques, mais que leur symétrie habituelle, leur siège, précis et *limité*, sans irradiation vers les lèvres, l'absence d'ulcération permet de reconnaître dans la grande majorité des cas. — (*Lyon médical*, 27 juin.)

Contribution à l'étude de la laryngite syphilitique. — Le docteur E.-J. Moure vient de communiquer à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 4 juin 1880) deux cas de syphilis du larynx. Dans le premier, il s'agissait d'une ulcération de la partie postérieure de la bande ventriculaire droite, ulcération qui avait été précédée et accompagnée de parésie de la corde vocale inférieure gauche; ces lésions étaient survenues chez un homme de trente-trois ans, neuf ans après l'infection primitive. Le second fait est un exemple d'éruption secondaire dans l'organe vocal, apparue six mois après le chancre, qui a consisté en érythème des cordes vocales inférieures et plaques muqueuses ayant occupé le repli glosso-épiglottique et la partie moyenne de la corde vocale inférieure gauche (*Journ. de médéc. de Bordeaux*, 19 juin 1880).

Du rôle physiologique de la trompe d'Eustache. — Dans un travail lu dernièrement à l'Académie de médecine (séance du 9 mars 1880), M. le D^r Ed. Fournié, s'appuyant sur de nombreuses expériences et sur des démonstrations anatomiques, avait essayé de démontrer que, contrairement à l'opinion généralement admise, la trompe d'Eustache était ouverte d'une façon permanente, qu'elle empêchait la résonance incommode des sons dans une cavité close, et enfin que les muscles de ce conduit (péristaphylins externe et interne, pharyngo-staphylin), loin d'être des dilatateurs étaient, au contraire, des constricteurs.

M. Gellé, à son tour, est venu lire à l'Académie une note dans laquelle il critique le travail de M. Fournié et où il combat ses nouvelles théories; la lutte a dès lors commencé et M. Fournié, reprenant un à un les faits ou les assertions de son adversaire, s'efforce de prouver la non-valeur des preuves

accumulées par ce dernier, il continue, du reste, ses recherches et se propose de publier bientôt un nouveau travail, qui deviendra certainement l'objet d'une nouvelle discussion sur laquelle nous n'avons pas *encore* à nous prononcer, sachant que d'autres observateurs s'occupent également de cette question et nous communiqueront les résultats de leurs recherches, pour les publier dans cette revue. (*Trib. med.*, 13 juin, 11 et 18 juillet 1880).

Cerveau de femme sourde. — M. Luys a présenté à la Société de Biologie un *cerveau* provenant d'une *femme* qui était *sourde depuis cinquante ans*.

On remarque sur cette pièce une atrophie bien nette de la région cunéiforme de chaque côté et une atrophie non moins caractéristique des deux nerfs acoustiques. M. Luys ajoute que c'est là un bel exemple du retentissement que les lésions nerveuses périphériques exercent à la longue sur le cerveau. Pour que les lésions cérébrales d'origine périphérique puissent se produire, il faut d'habitude un temps très long. Ainsi, l'on ne trouve absolument rien dans le cerveau des individus amputés qui meurent deux ou trois ans après l'amputation. M. Luys a autrefois autopsié un jeune sourd-muet qui n'avait pas non plus de lésion cérébrale probablement à cause de son âge (*Prog. médic.*, 10 juillet).

Du vertige de Ménière, par M. le Dr GUYE. — On doit entendre par maladie de Ménière les cas où un état inflammatoire, soit des canaux demi-circulaires, soit de l'oreille moyenne (cavité tympanique ou mastoïde), est cause d'un vertige qui peut être continu, ou être seulement évoqué par des mouvements normaux de la tête ou encore se produire seulement sous la forme d'accès, dans des intervalles de semaines ou de mois. Le froid et les catarrhes de la cavité tympanique jouent un grand rôle dans l'étiologie de la maladie de Ménière.

Néanmoins, dans un grand nombre de cas, les malades ne sont point portés à chercher la cause de leur maladie dans l'oreille. Souvent, ils n'ont point de symptômes directs qui se rapportent à cet organe, ou ils ne leur attribuent qu'une importance secondaire ou fortuite.

Dans les cas typiques, le vertige est accompagné ou devancé par des sensations de rotation, qui suivent un ordre

constant : l'accès commence par une sensation autour d'un axe vertical, et toujours *dans le sens de l'organe malade*, quelquefois avec une rotation de va-et-vient ; dans les cas graves, il y a sensation de rotation autour d'un axe frontal, en avant et en arrière, puis le vertige devient général, le malade tombe avec ou sans perte de connaissance ; souvent, il y a des vomissements. Dans certains cas, l'accès est passé après 10 à 30 minutes ; dans d'autres, le vertige est reproduit par chaque mouvement de la tête pendant un ou deux jours, et le malade est forcé de rester couché.

Parfois, les accès sont accompagnés de très fortes sensations subjectives de bruit, ou bien c'est un léger bourdonnement ; quelquefois, ces sensations de bruit font absolument défaut.

La maladie de Ménière se guérit souvent avec ou sans perte de l'ouïe. Le traitement local triomphe souvent des cas qui ne sont pas trop invétérés. Dans le traitement interne, la quinine recommandée par Charcot mérite le plus de confiance. Elle est souvent en état de retarder les accès durant son emploi. (*Revue mensuelle*, mai 1880. — *Abeille méd.*, 5 juillet).

Surdité due à un baiser sur l'oreille. — Le *Saint-Louis medical and surgical-journal* rapporte le cas d'une femme de quarante-deux ans devenue sourde à la suite d'un baiser sur l'oreille ; elle éprouva d'abord une certaine douleur, puis un murmure continué dans cette oreille, les bruits de sifflement lui étaient particulièrement désagréables. La propagation du son par l'arcade dentaire se fait mieux à gauche. Le tympan est intact et les trompes sont libres. La surdité semble liée à une affection du labyrinthe et à un travail d'atrophie consécutif. (*Journ. de méd. et de chir. prat.* juillet 1880.)

Revue de la Presse  trang re.

Note sur le traitement d'oreilles. — L'auteur de cet article, *Samuel Sexton*, ne comprend pas sous ce titre les bourdonnements qui surviennent sous l'influence de l'alcool,

de la quinine, des anesthésiques, des efforts ou d'un travail intellectuel exagéré, il s'occupe simplement des bruits qui prennent naissance dans le crâne, dans la caisse du tympan, et à l'intérieur, bruits qu'il attribue, d'une manière générale, au fluide circulatoire du voisinage de l'oreille, reconnaissant, toutefois, que certains d'entre eux peuvent être occasionnés par la contraction du tenseur du tympan, ou le frottement que déterminent les mouvements du tympan et des osselets. Lorsqu'il existe une lésion de l'appareil de transmission, les bruits circulatoires du voisinage de l'oreille peuvent devenir plus ou moins perceptibles et occasionner les bourdonnements que l'on entend alors, bourdonnements dont le timbre est subordonné à l'action pulsative du cœur. Dans la vieillesse, les tintements sont le résultat des troubles trophiques que subissent les vaisseaux ou les tissus eux-mêmes, et qui modifient les bruits circulatoires. Les bruits de tic-tac perçus par les malades atteints d'otite purulente sont dus, en partie, aux chocs des carotides. L'auteur a été conduit à formuler cette nouvelle opinion, basée sur des faits cliniques, après avoir observé que les différentes positions de la tête modifiaient l'acuité auditive. (*Brit. medic. journ.*, p. 263. 26 juin 1880).

Deux cas de syphilis congénitale du larynx. — Ces deux faits rapportés par le docteur Félix Semon devant la Société pathologique de Londres (séance du 3 février 1880) ont été observés chez des enfants de trois et de cinq ans et demi, ayant présenté durant leur vie un enrrouement et une dyspnée continuels, des éruptions spécifiques variées : condylomes à l'anus, pléiades ganglionnaires, coryza ulcéreux, etc., etc.

L'examen laryngoscopique n'a pu être fait qu'avec beaucoup de difficulté chez l'aîné des deux enfants, l'épiglotte superficiellement ulcérée ressemblait à deux corps cylindriques juxtaposés (sausage-like-bodies). Les replis ary-épiglottiques également œdématiés empêchaient de voir l'intérieur du larynx. Chez le second enfant les lésions étaient les mêmes, mais à un degré moindre. (*British medic. journ.*, 14 février 1880).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du larynx, du nez et de la trachée. (Londres, Juin 1880).

Par le Dr MORELL-MACKENSIE.

L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro, le compte-rendu de ce traité de pathologie spéciale, bornons-nous à dire qu'il est écrit avec toute l'autorité scientifique d'un maître tel que M. Morell-Machensie, professeur des maladies de la gorge à Londres.

Sullo Scorticamento delle corde vocali

Par le Dr CARLO LABUS. — *Du Traitement des Cordes vocales par l'érosion de leur surface* (Milan 1880).

Cette intéressante brochure sera également analysée dans notre prochain numéro.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1879-80.

- Octobre. — PETEL. — Des polypes de la trachée, survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération, in-8 de 80 p.
- Novembre. — MARIX Edgard. — Contribution à l'étude du croup chez l'adulte, in-8 de 64 p.
- Décembre. — DESPLOUS. — De la tuberculose de l'arrière-bouche.
- Janvier. — OTT. — Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais.
- Mars. — SCHWBEICH. — De l'adhérence du voile du palais au pharynx.
- BARTH. — De la tuberculose du pharynx.
- BOUCHEREAU. — Etude sur la laryngite syphilitique secondaire.
- ISABEL. — Des scrofulides laryngées.
- AUGIERAS. — La trachéotomie dans le cancer du larynx.
- Avril. — GAILHARD. — Etude clinique sur la glossite tertiaire.
- MOUVEROUX. — Compression des nerfs récurrents. — Trachéotomie.
- BRISSON. — Quelques considérations sur l'otorrhée sans lésions osseuses et sur son traitement.
- GIGNAC. — Etude sur les troubles de la parole chez les phthisiques présentant des complications méningo-encéphaliques.
- Juin. — ASTIER. — Des indications de la trachéotomie.
- Juillet. — BOISSON. — Contribution à l'étude des complications laryngées de la phthisie pulmonaire.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 46, rue Cabirol.

Premier Congrès international de laryngologie à Milan.

SÉANCE D'INAUGURATION

*Le 2 septembre 1880, à midi, dans le Palais des Ecoles publiques, rue Borgo
Spesso, n° 26.*

ORDRE DES COMMUNICATIONS

*Séance du 2 Septembre. — Dr Mandl (Paris) — Sur la voix des Mam-
mifères.*

Dr Fournié (Paris) — De la voix Eunukoïde et de son traitement.

*Dr Ramon (la Sota de Séville) — Action pathologique du tabac sur la
gorge.*

Dr Heinze (Leipzig) — Ueber eine seltene form von Larynxstenose.

*Dr Catti (Fiume) — Ueber Anchylose in der Crico-aryt.-Gelenkeln und
Paralyse der Muscoli Crico-aryt. postici.*

Nomination d'une Commission pour une nomenclature laryngologique.

Séance du 3 septembre. — Dr Thaon (Nice) — L'hystérie et le larynx.

*Dr Lennox Browne (Londres) — On some objective evidences associated
with the condition known as globus hystericus.*

*Dr Massei (Naples) — Comparaison entre le courant faradique et le
continu dans les paralysies vocales.*

*Dr Bristowe (Londres) — On pressure on the trachea and recurrent
laryngeal nerve and their effect.*

*Dr Krishaber (Paris) — Du spasme de la glotte dans l'ataxie loco-
motrice.*

*Dr Masucci (Naples) — Quelques considérations sur le spasme de la
glotte chez les adultes.*

*Dr Labus (Milan) — De l'influence du relâchement de la luette sur la
voix.*

Dr de Rossbach (Wurtzbourg) — Ueber percutane Kehlkopfoperationen.

Dr Porter (Saint-Louis N. America) — Excision of the Epiglottis :

a Function of the Epiglottis

b Removal in certain form of disease; one case in illustration.

c A short resumé of the literature of the subject.

Dr Rossbach (Wurtzbourg) — Ueber Anaesthesirung des Kehlkopfs.

*Dr Capart (Bruxelles) — De l'hypertrophie des amygdales considérée
surtout au point de vue du traitement.*

*Dr Rumhold (Saint-Louis N. America) — La supériorité du spray pro-
ducer pour faire des applications à la gorge et au pharynx.*

*Séance du 4 septembre. — Dr Zawerthal (Rome) — Sulla rino-laringor-
rea cronica.*

Dr Schnitzler (Vienne) — Ueber Kehlkopfschwindsucht.

*Dr Schmidt (Frankfort) — Weitere Beobachtungen über Behandlung der
Kehlkopfschwindsucht.*

*Dr Heinze (Leipzig) — Ueber die combination von Syphilis und Tuber-
kulose des Kehlkopfs und der Lungen.*

*Dr Ariza (Madrid) — De la Phthisie laryngienne idiopathique et des
signes objectifs qui la révèlent au Laryngoscope.*

*Dr Lennox Browne (Londres) — On buccal, lingual and pharyngeal tuber-
culosis.*

*Dr Zawerthal (Rome) — I caratteri clinico-anatomici della tubercolosi
faringea.*

*Dr Elsberg (New York) — What is the experience of the practitioners
present in relation to the frequency of occurrence and the treatment of ero-
sion of the Epiglottis?*

Dr Gouguenheim (Paris) — Sur un point de la laryngite syphilitique secondaire.

Dr Frua (Milan) — A propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx.

Dr Lennox Browne (Londres) — Three cases of Lupus of the Larynx.

Dr Krishaber (Paris) — Recherches expérimentales sur l'intensité de la voix.

Séance du 5 septembre et de clôture. — Dr Morra (Naples) — Du Croup laryngien et de son identité avec la Diphthérie.

Dr Sidlo (Vienne) — Zur Behandlung der Rachen-Diphtheritis mit dem Messer.

Dr Krishaber (Paris) — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Dr Zawerthal (Rome) — La tracheotomia nella difterite laringo-tracheale.

Dr Massei (Naples) — Contribution à l'étude des maladies du ventricule de Morgagni.

Dr Cervesato (Rovigo) — Delle cisti laringee.

Dr Moure (Bordeaux) — Etude sur les polypes kystiques du larynx et en particulier sur les kystes de l'Épiglotte.

Dr Masucci (Naples) — Douches nasales d'air comprimé simples et médicamenteuses d'après la méthode du Dr Massei.

Dr Rossbach (Wurtzbourg) — Ueber Behandlung des Schnupfens.

Dr Capart (Bruxelles) — De l'influence exercée sur le larynx et la trachée par les affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.

Dr Zawerthal (Rome) — Sul trattamento delle vegetazioni adenoidi dello spazio naso-faringeo.

Dr Koch (Luxembourg) — Sur l'ignipuncture dans les affections des premières voies respiratoires.

Dr Schmithuisen (Aix-la-Chapelle) — Wiederherstellung, vermittelt Rhinoscopie, einer Gesang-stimme nach zehnjährigen Verlust.

Dr Moura (Paris) — Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix.

Dr Schaeffer (Breme) — Eine infaches Laryngoscop.

Ordre des communications annoncées au Congrès international d'Otologie, à Milan.

Ouverture du Congrès dans la salle des réunions: Nicolo, Sancto Spirito, le lundi 6 septembre, à neuf heures du matin.

Dr Voltolini (Breslau) — De l'examen anatomo-pathologique de l'organe de l'ouïe et en particulier du labyrinthe, avec démonstrations.

Dr Politzer (Vienne) — Résultats de l'examen anatomo-pathologique du labyrinthe. Expériences sur la Paracusis Willisii.

Dr Læwenberg (Paris) — « Pourquoi certains sourds tiennent-ils la bouche entr'ouverte? »

Dr Moos (Heidelberg) — Des maladies auriculaires des mécaniciens et des chauffeurs des chemins de fer entraînant des dangers pour la société. Cas rare de blessure du côté gauche du crâne par un instrument aigu; irritation passagère des nerfs moteur oculaire et pneumo-gastrique gauches; paralysie permanente des nerfs facial et acoustique gauches.

Dr Moes et Steinbrügge (Heidelberg) — Démonstration d'une préparation d'atrophie nerveuse du premier tour du limaçon; sa valeur physiologique et pathologique.

Dr E. Ménière (Paris) — Du traitement de l'otorrhée chronique. Des moyens employés pour la dilatation de la trompe d'Eustache.

Quelques considérations sur la maladie de Ménière.

Dr Hartmann (Berlin) — De la surdi-mutité. De la fonction du voile du palais.

Dr Grazi (Florence) — Démonstration d'un nouveau tympanotome.

Dr E. Fournié (Paris) — Etude sur la propagation des ondes sonores vers le nerf de l'ouïe; — rôle de la trompe d'Eustache.

Les communications pourront encore être annoncées jusqu'au 15 août à M. Moos (Heidelberg), et, à partir de cette époque jusqu'à l'ouverture du Congrès, à M. le Dr Sapolini (Milan, Palazzo Reale).