

Bibliothèque numérique



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

Vol 8, n° 5, p. 241 à 296. - Paris : Doin, 1888.  
Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1888x05>

## REMARQUES SUR CERTAINES OBSTRUCTIONS NASALES

par le Dr E. MIOT

### *Historique.*

On a peu écrit sur les épaississements de la cloison dont nous allons nous occuper. Quelques auteurs, comme Trélat (1868), Tillaux (1874), Verneuil (1875), ont publié quelques observations intéressantes. D'autres, tels que Casabianca principalement, puis Terrier, E. J. Moure, en ont parlé dans leurs ouvrages sans s'étendre longuement sur ce sujet.

Nous avons vu dix cas de ce genre qui nous permettent aujourd'hui de joindre aux faits acquis le résultat de nos recherches.

*Symptômes subjectifs.* — Au début il n'y a aucun symptôme susceptible d'attirer l'attention du malade. A mesure qu'une fosse nasale ou les deux diminuent de largeur, la respiration nasale devient moins facile, et le malade prend l'habitude de respirer par la bouche, d'autant plus que la fosse nasale saine ou la moins rétrécie est souvent diminuée de largeur par suite de la convexité de la face correspondante de la cloison et de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur.

La respiration à peu près exclusive par la bouche offre des inconvénients sérieux indiqués depuis longtemps par les auteurs, et sur lesquels il est inutile d'insister longuement. L'air froid, arrivant en effet constamment à l'isthme du gosier, produit une inflammation de cette région du pharynx pouvant très bien s'étendre aux trompes d'Eustache et à la caisse.

La cloison et la paroi externe au contact l'une de l'autre ne tardent pas à devenir le siège d'une inflammation avec sécrétion muco-purulente. Aussi l'action de se moucher et de renifler est-elle plus fréquente.

La voix devient plus sourde et prend un timbre

nasonné d'autant plus prononcé que les deux fosses nasales sont affectées davantage.

Il n'y a pas de douleurs, si ce n'est quand la tumeur forme une saillie assez forte au méat nasal antérieur pour être irritée par le frottement répété du mouchoir (Heylen). Ces douleurs sont lancinantes, peu vives, ou sont remplacées par de la chaleur et de la cuisson.

Pendant la nuit, la respiration est ronflante chez beaucoup de malades.

*Symptômes objectifs.* — Les épaississements de la cloison, à de rares exceptions, siègent principalement au niveau de la lame triangulaire de la cloison et deviennent, dans certains cas, assez considérables dans leurs parties inférieures pour former de véritables tumeurs (A, B, fig. 1; C, D, fig. 2), s'étendant jusqu'au méat nasal antérieur.

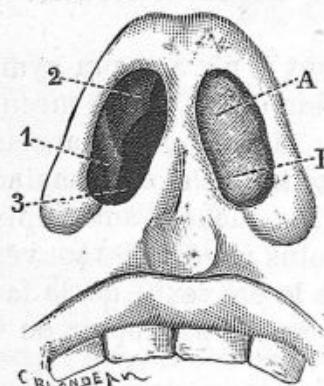
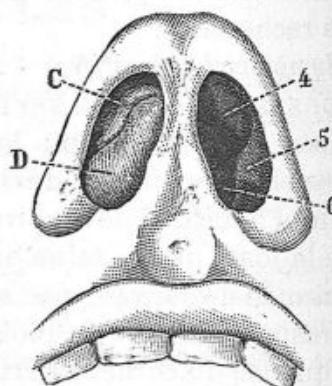


Fig. 1.  
Méats antérieurs du nez.  
1, 2, paroi externe ou aile du nez; — 3, cavité nasale.— A, B, tumeur de la cloison.

Fig. 2.  
Méats antérieurs du nez.  
4, 5, paroi externe ou aile du nez.— 6, cavité nasale.— C, D, tumeur de la cloison.



Celles-ci ont une surface lisse, mamelonnée se confondant avec la cloison. La muqueuse de la fosse nasale, du côté rétréci et des parties de la tumeur les moins exposées à l'air, est rouge, injectée, humide. Celle des parties inférieures, situées près du méat nasal antérieur ou faisant même une légère saillie dans le méat, est sèche, comme gercée, d'un rouge décoloré.

Ces tumeurs oblitèrent complètement la fosse nasale en touchant la paroi externe P E et le plancher P I, (*fig. 3*) ou laissent un petit intervalle au niveau de ces parois. Mais cet intervalle, étant très petit en général, est obstrué facilement par des mucosités. Elles ont des dimensions variables; celles que nous avons opérées avaient environ 30 à 40 millimètres de bas en haut et 30 à 35 millimètres d'avant en arrière. Elles sont sensibles au toucher et donnent au doigt ou au stylet explorateur une résistance ferme, demi-élastique, dans toute leur étendue. En y enfonçant un stylet à pointe acérée, on a la sensation d'un tissu cartilagineux.

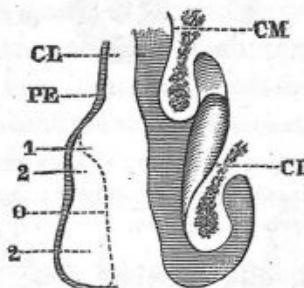


Fig. 6.  
Coupe transverso-verticale des fosses nasales.

C M. cornet moyen; C I, cornet inférieur; P E, paroi externe; C L, cloison; 1, 3, tumeur de la cloison; 0, face droite de la cloison après guérison.

La fosse nasale est visible seulement dans les parties situées en avant de la tumeur. Et c'est quand celle-ci a diminué de volume ou a disparu, qu'on peut s'assurer que la cloison a des courbures variées.

La portion située au-dessus de la tumeur, dans toutes ses parties visibles, est convexe ou à peu près plane. Celle qui est en arrière de la tumeur est déprimée du côté opposé ou plane, de telle sorte que la cloison, vue dans son ensemble, d'avant en arrière, avant tout traitement, a la forme d'une S italique.

Les parties de la face opposée de la cloison correspondant à la tumeur sont très légèrement convexes.

Dans d'autres cas, la tumeur ne forme pas une masse

mamelonnée dans ses parties inférieures et a la forme d'une saillie très forte, (1, 3, fig. 4), touchant la paroi externe. Elle n'intéresse pas toute la cloison, puisqu'elle comprend généralement les parties correspondant au cartilage triangulaire.

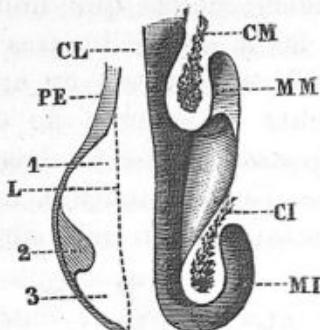


Fig. 4.

Coupe transverso-verticale des fosses nasales.

C M, cornet moyen; M M, méat moyen; C I, cornet inférieur; M I, méat inférieur; P E, paroi externe; 1, 3, tumeur; 2, solution de continuité; L, face de la cloison après la guérison.

Par conséquent, elle n'existe pas dans les parties postérieures de la cloison et s'arrête brusquement, comme celle des fig. 1 et 2, au niveau des limites postérieures du cartilage, ainsi qu'on peut s'en assurer en éloignant de la cloison la paroi externe à l'aide d'un stylet ou quand la fosse nasale est devenue libre.

La sensation qu'elle donne au stylet est la même que la précédente. La muqueuse qui la tapisse est humide, d'une coloration rouge assez vive, et secrète du mucus ou du muco-pus.

La face opposée de la cloison est plutôt convexe que légèrement concave ou plane.

En arrière, au contraire, elle est droite ou un peu déjetée du côté de la fosse nasale rétrécie.

Chez certains malades, comme celui de l'observ. III, le nez est tout de travers.

*Étiologie.* — Ces épaississements de la cloison sont dus à la syphilis (Trélat), à la scrofule (Verneuil) et sont

produits par un processus hyperplasique ayant lieu dans le périchondre. Il se fait alors dans l'épaisseur de cette membrane une infiltration plastique comme celle que l'on observe dans la périostite syphilitique, de sorte que ces épaississements sont dus à une périchondrite chronique. Cette manière de voir a été confirmée par M. Duret qui a fait l'étude histologique d'une tumeur enlevée par son chef, M. Tillaux, à un homme âgé de quarante-trois ans, dans son service de l'hôpital Lariboisière, le 29 septembre 1874. Nous adoptons les idées de Duret d'après la structure des tumeurs que nous avons opérées.

Nous croyons, d'après notre observation, que l'état général peut certainement prédisposer le sujet à une affection pareille. Plusieurs de nos malades avaient, en effet, les tissus pâles, flasques, etc., c'est-à-dire tous les attributs du lymphatisme. Un avait eu la syphilis. Mais, indépendamment de cet état général, le traumatisme nous paraît avoir eu une grande influence chez ces gens prédisposés.

Personne n'ignore la fréquence des chutes ou des coups sur le nez pendant le jeune âge ; or quelques-uns de nos malades ont affirmé être tombés sur le nez ou y avoir reçu un coup. Trois se rappellent même avoir eu, immédiatement après, un saignement de nez. Il n'est donc pas étonnant de voir la cloison, soumise à un froissement énergique ou à plusieurs, subir des changements de nutrition.

Quand l'hyperplasie est considérable, la tumeur forme des saillies très fortes dans ses parties inférieures (Obs. 4 et 5), probablement parce que la région où elle se développe est large, extensible, libre, puisqu'elle est limitée en dehors par l'aile du nez et en bas par une ouverture, le méat nasal antérieur. Plus haut la paroi externe est constituée en partie par l'apophyse montante du maxillaire supérieur et s'oppose au développement de la cloison en dehors, dès que celle-ci arrive en contact avec elle. Il en résulte que si l'épaississement des tissus aug-

mente alors que la cloison touche la paroi externe, celle-là bombe à ce niveau du côté de la fosse nasale libre et produit ainsi une certaine convexité. C'est en effet ce qui a lieu.

*Diagnostic.* — Pour voir ces parties épaissies de la cloison, il suffit à la rigueur d'éclairer l'intérieur des fosses nasales en plaçant le malade en face d'une source lumineuse, de lui faire renverser la tête un peu en arrière et de soulever le bout du nez avec le doigt. Mais il est bien préférable de pratiquer la rhinoscopie antérieure d'une manière moins sommaire en se servant d'un spéculum nasi. On voit alors très distinctement ces néoplasmes former des saillies plus ou moins fortes répondant à la description que nous avons donné précédemment.

Les épaississements se distinguent des enchondrômes en ce qu'ils font partie de la cloison et qu'ils n'en sont pour ainsi dire que le boursoufflement tandis que ces derniers constituent des tumeurs distinctes de la cloison et juxtaposées à celle-ci.

On pourrait à la rigueur confondre les épaississements avec des exostoses, mais ils en diffèrent en ce qu'ils siègent au niveau du cartilage triangulaire, sont cartilagineux, donnent une sensation demi-élastique, sont un peu mobiles avec la cloison sous la pression assez énergique du doigt, quand ils sont assez rapprochés du méat nasal antérieur comme chez les malades des observ. 4 et 5, pour pouvoir être explorés de cette façon.

Sous certaines influences dues à des troubles vaso-moteurs déterminés par un organe comme l'utérus, on peut voir des épaississements de la cloison devenir plus considérables et prendre une couleur plus foncée par suite de la congestion de la muqueuse, tout le nez lui-même augmenter de volume, devenir rouge, tendu, luisant et donner au doigt une fausse sensation de fluctuation pouvant faire supposer l'existence d'un abcès, d'une tumeur maligne et embarrasser beaucoup le chirurgien. Ainsi dans l'observation suivante le cas était

complexe et difficile, puisqu'il y a eu abcès dans une cloison épaisse.

Au mois d'avril 1875, une femme, âgée de vingt-deux ans, entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, pour une affection remontant à une année environ et ayant augmenté beaucoup depuis quelques mois. Le nez est rouge, luisant, presque doublé de volume et donne au doigt une fausse sensation de fluctuation qui pourrait être confondue avec celle d'un abcès.

A l'entrée des narines, il existe une masse rougeâtre, foncée, papilliforme, obstruant complètement les deux narines et ressemblant à s'y méprendre à un épithélioma papillaire. Sa base est mal limitée et se confond avec la cloison. Il y a eu quelques épistaxis. Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire.

M. Verneuil croyait à l'existence d'un épithélioma de la cloison à marche rapide sous l'influence de la grossesse.

La malade revint trois semaines après son accouchement voir M. Verneuil qui constata une diminution de la tumeur, du gonflement et de la couleur du nez. En même temps que se produisait ce changement, une adénopathie indolente se formait sur les côtés du cou. Evidemment on n'avait plus affaire à un épithélioma mais à une manifestation de la scrofule ou de la syphilis. Bien que tout pût faire supposer plutôt l'existence de la scrofule, M. Verneuil prescrivit un traitement anti-syphilitique (sirop de Gibert, le matin ; iodure de potassium, le soir). Peu de temps après il se forma sur la joue gauche une scrofulide qui fit remplacer ce traitement par un traitement anti-scrofuleux.

Après avoir quitté le service de M. Verneuil pendant quelques mois, cette femme y rentra le 14 mars 1876. L'état local de cette malade était très amélioré, mais il existait, à 1 centimètre et demi en arrière du bord inférieur de la sous-cloison une petite ouverture à la cloison. A la joue gauche, il y avait une kéroïde. La chaîne ganglionnaire avait disparu. Le traitement anti-scrofuleux fut repris. Deux semaines après,

la malade assure que l'air passe beaucoup mieux par le nez et demande sa sortie qu'elle obtient (1).

Ces épaississements de la cloison pourraient être pris pour une cloison déviée, si l'on n'avait pas le soin d'examiner l'autre fosse nasale et de constater qu'il n'y a pas à l'autre face de la cloison une dépression en rapport avec la convexité.

Il nous paraît bien difficile de confondre un épaississement de la cloison avec un fibrôme, un sarcome ou un épithélioma. On a pu commettre une pareille erreur à une époque où les moyens d'exploration étaient rudimentaires et les connaissances en rhinoscopie très sommaires. Il serait beaucoup plus difficile de se tromper aujourd'hui. Si l'on hésitait à se prononcer sur la lésion, les antécédents, l'état général du malade et les conditions spéciales dans lesquelles il peut se trouver momentanément, l'aspect de la tumeur, son siège, enfin l'examen fistologique leveraient tous les doutes. C'est en ne suivant pas cette manière de procéder que l'on a vu un chirurgien inciser de haut en bas la lèvre supérieure, enlever une incisive et arrêter là son opération en s'apercevant qu'il s'était trompé. Un accident de ce genre est arrivé à un de nos malades (obs. III) affecté d'une obstruction de la fosse nasale droite.

*Pronostic.* — Les épaississements, ne rétrécissant pas d'une manière sensible le diamètre transversal des fosses nasales, n'ont pas de gravité puisqu'ils n'apportent aucun trouble dans les fonctions respiratoires ou sensitives. Dans les cas contraires, ils oblitèrent plus ou moins les fosses nasales et présentent les inconvénients que nous avons signalés. Mais, comme ils ne subissent jamais pour nous aucune dégénérescence maligne et sont très curables, leur pronostic est essentiellement favorable.

*Traitemennt.* — Il est médical ou chirurgical.

(1) Observation citée dans *Casabianca*, mais un peu résumée.

*Traitemen t médical.* — Si la syphilis paraissait devoir être mise en cause, on prescrirait comme Trélat, un traitement à l'iodure de potassium à haute dose, ou même un traitement mixte, pendant plusieurs semaines, avant toute intervention chirurgicale.

S'il s'agissait, au contraire, d'une manifestation scrofuleuse, on pourrait instituer, à l'exemple de Verneuil, la médication employée en pareil cas, mais suivie pendant un temps assez long, puisque l'amélioration de ces états constitutionnels est obtenue lentement. Nous préférons agir autrement, puisque nous avons trouvé le moyen de faire disparaître facilement ces néoplasmes sans donner le moindre traitement médical.

*Traitemen t chirurgical.* — On peut agir sur la cloison au moyen d'instruments tranchants, de divers caustiques et de la galvano-caustique chimique. Nous allons passer en revue ces divers moyens et comparer leur efficacité relative.

*Instruments tranchants.* — On les a employés pour pratiquer la résection partielle ou totale dans des cas d'enchondromes ou de déviation prononcée de la cloison. On peut y avoir recours pour détruire les enchondromes.

*Procédé Blandin.* — Il consiste à enlever toute la partie déviée de la cloison au moyen d'un emporte-pièce composé de lames introduites dans chacune des narines.

*Procédés Bryant, Ericshen, Heylen, Chassaignac.* — Les trois premiers chirurgiens ont incisé la muqueuse à la base de la tumeur et, après l'avoir suffisamment disséquée, ont enlevé cette tumeur avec des ciseaux ou un fort scalpel.

Chassaignac a pratiqué sur la cloison, près de la sous-cloison, dans le sens antéro-postérieur, une incision assez longue pour pouvoir mettre à nu toute la partie saillante de la cloison. Il a décollé ensuite la muqueuse avec une spatule et a mis à nu le cartilage qu'il a coupé par tranches successives, de manière à obtenir une souplesse et un amincissement suffisant pour rejeter vers

la ligne médiane la cloison cartilagineuse. Cela fait, il a remis en place le lambeau muqueux et a maintenu à demeure une éponge de forme conique dans la fosse nasale afin de maintenir les choses en l'état.

*Procédé Demarquay.* — Dans un cas de déviation accidentelle, ce chirurgien a fait sur la ligne médiane du nez une incision partant du dos de l'organe et allant jusqu'à la lèvre supérieure.

Dans le premier temps de l'opération, il a séparé les cartilages latéraux du nez et a atteint le cartilage médian. Ce premier temps exécuté, il a disséqué la muqueuse du revêtement du cartilage remplissant la narine. Quand toute la partie convexe a été mise à nu, il l'a coupée d'arrière en avant. Puis il a réuni par des points de suture le lobule du nez divisé et a obtenu une cicatrisation par première intention.

*Procédé Richet.* — Le professeur Richet a eu plusieurs fois recours au procédé suivant :

Il a détaché la sous-cloison de son insertion postérieure, puis l'a relevée. Après avoir pratiqué au ras du plancher une section horizontale au moyen de forts ciseaux droits, il en a fait une autre sur les limites de la tumeur et a détaché ainsi toute la portion affectée de la cloison. L'ablation terminée, la sous-cloison a été remise en place et suturée.

*Cautérisation.* — Elles ont été employées autrefois sans résultat, ainsi que l'a dit Boyer, et n'auraient aucune efficacité pour réduire les néoplasmes dont nous nous occupons.

*Galvano-caustique chimique.* — N'ayant rien trouvé dans les auteurs sur ce mode de traitement, en ce qui concerne les états pathologiques qui font le sujet de ce travail, nous avons eu recours à deux procédés que nous allons décrire. Mais il nous paraît utile, auparavant, de faire quelques remarques concernant l'opérateur et l'opéré.

L'opérateur doit avoir sous la main les divers objets suivants, indispensables à l'opération :

- 1<sup>o</sup> Un spéculum nasi;
- 2<sup>o</sup> Un éclairage;
- 3<sup>o</sup> Une pile avec collecteur et galvanomètre;
- 4<sup>o</sup> Des plaques à ressort isolant ou des aiguilles.

*Speculum nasi.* (S, fig. 4. — Cet instrument est en bois, ou en verre ou en caoutchouc durci. On remarque à l'extérieur de son pavillon un cercle métallique C, en communication avec la borne B, dans laquelle on introduit le fil de la pile, et muni de plaquettes P, faisant l'office de pinces destinées à maintenir à demeure les aiguilles lorsqu'elles ont été fichées dans les tissus. Cette disposition, analogue à celle que Tripier a donné à son spéculum auriculaire, est très commode pour pratiquer la galvano-puncture.

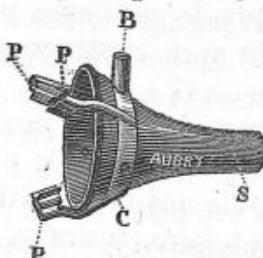


Fig. 8.  
Spéculum nasi.

S, spéculum nasi; — A, cercle métallique communiquant avec les lamelles P faisant ressort; — B, borne pour le fil de la pile.

*Eclairage.* — On réfléchit dans les fosses nasales la lumière d'une lampe ordinaire à gros bec au moyen de la pince à miroir, ou du miroir frontal, etc., de manière à pouvoir suivre tous les temps de l'opération. (*A suivre.*)

---

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

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

Avant de terminer cette étude, on peut se demander sous quelle influence se produit ce phénomène? Or, les opinions sur la pathogénie du mutisme hystérique varient presque avec les auteurs.

(1) Voir *Revue*, n° 4, avril 1887.

Revilliod, se basant sur les symptômes constatés par lui, admettait une prédisposition fâcheuse du nerf laryngé supérieur à être affecté dans l'hystérie, à ce point, disait-il, que : « Si dans un cas de mutisme, l'examen du larynx révèle un défaut de tension des cordes vocales avec intégrité de l'adduction et de l'abduction, c'est-à-dire s'il existe une paralysie du nerf laryngé supérieur, on peut, de ce seul fait, conclure à la nature hystérique du mutisme. » Mais le même malade, qui lui avait inspiré ces réflexions, étant venu à la Salpêtrière quatre ans plus tard, Cartaz constata non seulement de la paralysie du crico-thyroïdien, mais aussi du thyro-aryténoidien, et l'ingénieuse théorie de Revilliod était dès lors renversée.

Löwenfeld explique le mutisme par un trouble de la circulation cérébrale avec contraction des vaisseaux du centre de la parole.

Mais alors comment expliquer les cas où subitement, après de longues années, on voit la parole revenir ? Bock estime que la paralysie des muscles du larynx ne saurait à elle seule arriver à faire perdre la voix chuchotée. Il s'agit, dit-il, d'une affection de cause centrale comme le prouvent du reste les symptômes concomitants du mutisme.

Toutes ces explications différentes nous conduisent en fin de compte à l'interprétation formulée par Charcot et que nous transcrirons textuellement (*loc. cit.*) :

« La possibilité de faire naître artificiellement le syndrome, *mutisme hystérique*, par voie de suggestion, nous paraît désigner suffisamment le point de départ de tous les phénomènes, comme aussi elle fait soupçonner du même coup le mécanisme de leur développement; c'est dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux, qu'il faut chercher la lésion dynamique d'où dérivent les symptômes dont il s'agit, et le mécanisme qu'il connaît d'invoquer ici n'est autre que celui qui, suivant nous, rend compte de la production des paralysies dites psychiques ou mentales. »

Même en se basant sur les examens laryngoscopiques faits dans ces cas, on peut affirmer qu'il ne s'agit point d'une lésion musculaire du larynx, qui tout au plus expliquerait l'aphonie, mais jamais le mutisme, c'est-à-dire *la perte du langage articulé*. Notre fait lui-même dans lequel l'incoordination motrice des muscles vocaux était absolument nette vient encore appuyer cette manière de voir.

Les moyens thérapeutiques employés contre le mutisme hystérique et avec des fortunes diverses ont été des plus variés : c'était une conséquence naturelle du genre de l'affection. C'est ainsi qu'on a vu l'administration de vomitifs, de quinine, de bromure de potassium, être suivie de succès ; à elle seule l'application du miroir laryngoscopique a pu, dans certains cas, déterminer le retour de la voix. On a également retiré certains bénéfices de la métallothérapie ; mais le traitement qui a eu les meilleurs résultats est sans contredit l'électrisation ; il faut cependant l'avouer, il est aussi des cas où la thérapeutique est restée absolument impuissante.

Un premier soin, croyons-nous, devra être de traiter l'état général : on administrera des toniques, on prescrira de l'exercice, l'hydrothérapie, etc.

Contre l'état local, on pourra essayer de la suggestion si on a à faire à un malade hypnotisable ; dans le cas contraire, on cherchera, par une gymnastique vocale appropriée à faire revenir la parole. M. E. Fournié, au Congrès de Milan (1880), et M. Garel, dans la *Province Médicale* de 1887, ont donné d'excellents conseils sur la mise en pratique de ce mode de traitement. Il est dit dans ce dernier travail que dans les cas d'aphonie hystérique où la faradisation n'a pas donné de résultats, on peut arriver à obtenir la guérison, en conseillant au malade de faire des expirations forcées à la manière d'un soupir. On l'engage ensuite, si c'est possible, à rendre cette expiration sonore en bas. C'est là le point délicat à obtenir. Une fois cet obstacle franchi, la guérison est assurée.

L'expiration sonore s'obtiendrait vers la fin de l'inspiration en exerçant brusquement d'une main une pression sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos au point diamétralement opposé. On engage alors le malade à reprendre volontairement le son produit d'une façon involontaire. Le résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer une série de voyelles pendant une série d'expirations forcées. Graduellement, le malade recouvre ainsi sa voix.

La gymnastique vocale bien dirigée, croyons-nous, est un excellent moyen. C'est de cette façon que la malade du professeur Pitres recouvra la voix, de même aussi celle d'Amadéi et d'autres encore que nous citerons dans le courant de nos observations.

Très souvent l'électricité faradique, directe ou indirecte, amènera une guérison instantanée. C'est encore là le moyen le plus simple et le plus souvent mis en pratique ; il peut cependant échouer lui-même, ainsi du reste que tous les autres, et on peut voir un malade recouvrer subitement et spontanément la parole après être resté rebelle aux traitements les plus divers.

OBS. II. (*inédite*) communiquée par M. le professeur Pitres ; recueillie par M. Daurios, externe du service).

Ménard (Emilie), née à Jonzac (Charente-Inférieure), domestique, âgée de vingt et un ans, entrée à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 11 mai 1885, salle 7, lit 23.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Père.* — Alcoolique, très vif, très emporté, mort à l'âge de quarante-deux ans d'une fluxion de poitrine.

*Mère.* — D'un caractère maussade et boudeur, morte de couches, lors de la naissance de la sœur de notre malade.

*Frère.* — Maladif depuis quelque temps, touffe beaucoup. Alcoolique, acariâtre, ne parle presque jamais, toujours concentré en lui-même.

*Sœur.* — Dix-neuf ans, très bien portante, caractère inconnu.

Un second mariage du père a donné trois enfants : deux sont doués d'un excellent caractère. Quant au troisième, il a vécu jusqu'à l'âge de quatre ans sans parler ni marcher ; il avait les jambes contournées, mais rien d'anormal dans la figure pouvant trahir l'impossibilité d'élocution.

*Grand-père.* — Mort d'une attaque.

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.** — Cette jeune fille a toujours joui d'une santé excellente, et on ne relève dans son passé aucune maladie sérieuse.

Dès sa première enfance, elle se montra très nerveuse, facilement crispée et s'agaçant à la moindre bagatelle que lui faisaient ses camarades ; elle boudait alors en manifestant une surexcitation nerveuse très accusée. Mais jamais de convulsions, aucune trace non plus de paralysie infantile. Elle n'a jamais été atteinte de fièvres typhoïde, muqueuse ou scarlatine.

Ni rhumatisme, ni battements de cœur.

A quatorze ans, rougeole, rapidement guérie, sans complications. Quelques mois plus tard, apparition normale des règles, sans grande douleur. Depuis, les menstrues ont toujours été régulières, mais elles sont faibles, pâles, peu abondantes, et durent à peine deux jours. Jamais elles n'ont subi d'interruption.

Toute sa jeunesse durant, Émilie a été sujette à des crises de hoquet qu'il était absolument impossible de réfréner, les crises survenant environ deux fois par mois, avaient frappé son entourage par leur intensité et leur violence. Depuis quatre ou cinq ans, elles sont beaucoup plus rares, mais existent quand même avec une durée de deux à trois heures. Il est toujours impossible de les arrêter. Depuis l'âge de neuf ans, elle a été domestique et toujours elle a eu ce hoquet.

Elle a, en outre, remarqué depuis l'âge de douze ans, jusqu'à dix-sept, que chaque année, vers le mois d'octobre, elle était prise d'épistaxis très abondantes et qui se répétaient quotidiennement pendant une quinzaine. En dehors de cette période, jamais elle n'en avait.

Ni vomissements de sang, ni crises gastriques d'aucune sorte; pas de fluxion de poitrine.

En 1882, elle vint à Bordeaux, où elle se trouve depuis trois ans. Ici, elle n'a fait, durant ce temps, aucune maladie, et n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Si nous ajoutons que la malade n'a jamais été à l'école, qu'elle connaît à peine ses lettres et qu'elle épelle tout au plus, encore avec beaucoup de difficulté le BA, BA, on comprendra qu'elle n'ait pu se monter l'imagination à lire des romans.

Elle était depuis trois mois placée comme domestique dans une maison et s'acquittait de ses devoirs avec assez de dévouement et d'intelligence. Néanmoins ses maîtres ont toujours remarqué chez elle une grande originalité de caractère et souvent des changements d'attitude subits qui ne paraissaient nullement motivés. Ainsi fréquemment il lui arrivait de faire des scènes de boudoir, de crispation nerveuse, pendant lesquelles elle laissait échapper des paroles vives, parfois même inconvenantes à l'égard de ses maîtres. A l'occasion de ces scènes, elle s'acquittait de son travail avec nonchalance et paresse et parfois faisait des fausses manœuvres. C'est ainsi qu'il lui est dans certains cas arrivé de laisser tomber des assiettes sans rime ni raison. — Ces accès de boudoir ou de crispation nerveuse étaient du reste de courte durée ; bientôt elle redevenait raisonnable, faisait des excuses et se remettait au travail avec goût, de telle sorte que malgré ses quelques imperfections, ses maîtres étaient encore satisfaits d'elle. Jamais elle n'a eu de convulsions avec ou sans perte de connaissance.

**MALADIE ACTUELLE.** — Le 27 et le 28 avril, Emilie fut triste et maussade d'une façon à peu près continue ; elle était contrariée, dit-elle, s'ennuyait, pensait à sa famille, etc., etc. ; durant ces deux jours elle eut aussi une diminution sensible de l'appétit.

Le 29 avril, subitement elle vint trouver sa maîtresse, avec une figure bouleversée, et, parlant avec volubilité, elle lui dit qu'elle était très contrariée, car la bonne du 1<sup>er</sup> étage se moquait d'elle, or elle n'entendait point qu'il en fût ainsi. Il fut bientôt facile de se convaincre que ni dans ses paroles, ni

dans ses actes l'autre bonne n'avait rien fait qui pût froisser les sentiments d'Emilie. Celle-ci, du reste, a elle-même reconnu depuis qu'il en était ainsi et que c'était simplement une idée qu'elle s'était faite à elle-même. Croyant à un prétexte de départ, sa maîtresse la gourmande; mais la malade déclara que réellement on se moquait d'elle.

Elle se rendit alors dans un chai, s'assit sur un tas de bois, et resta là trois heures à tourner le coin de son tablier, comme si elle avait boudé. Plusieurs fois on fut l'appeler ou lui demander quelque chose, mais elle ne répondit pas et ne fit aucun signe : elle restait les yeux baissés et impassible. Enfin, elle monta seule dans sa chambre, reçut la visite de la bonne d'en haut à qui elle dit : « Madame croit que je suis folle ou ivre et pourtant ce n'est pas vrai. » Elle resta là quelque temps tranquille sur son lit et, lorsque ses maîtres vinrent voir quelque temps après, ils la trouvèrent agitée de convulsions dans les quatres membres (les supérieurs notamment); elle n'écoutait pas quand on lui parlait. Après des soins empressés, prodigues à ce moment, Emilie se calma et par signes fit alors comprendre qu'elle ne pouvait pas parler.

— Cette scène survint 10 jours après les règles, sans douleur ovarienne.

La nuit et le lendemain (30 avril) se passèrent sans qu'elle put articuler une parole. Un médecin consulté conseilla son transport à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL, LE 2 MAI 1885. — Emilie est une jeune fille de constitution vigoureuse, grande, brune, et dont la figure haute en couleur et bien remplie témoigne d'une santé florissante. L'examen le plus minutieux ne révèle du reste aucune trace héréditaire ou acquise. Couchée dans son lit, elle ne paraît nullement abattue; elle a l'œil vif et ardent. Elle est restée debout toute la journée, participant aux travaux de la salle sans la moindre fatigue.

Vient-on à lui parler, elle regarde, fait des signes d'intelligence et, si on la questionne, on la voit alors s'efforcer de faire comprendre sa réponse par une mimique assez peu expressive du reste. Elle entend très bien des deux côtés et

comprend parfaitement le sens des paroles qu'on lui adresse et le manifeste clairement. Il ne lui manque absolument que l'articulation des sons. Elle n'accuse de douleur en aucun point.

**SENSIBILITÉ GÉNÉRALE.** — Pas d'anesthésie. Légère hypoesthésie à gauche à certain moment très appréciable.

Les sens sont absolument normaux.

**OUIE.** — Normale et égale des deux côtés; tic-tac d'une petite montre perçu à 0,40 centimètres.

**VUE.** — Égalité pupillaire, les pupilles réagissent normalement et également des deux côtés à la lumière et à l'accommodation. La vue est excellente des deux côtés.

**ODORAT** (ammoniaque, éther, acide acétique) et *goût* (sel marin), sont normaux des deux côtés.

Les muqueuses oculaires, olfactives, auditives et buccales, sont normalement sensibles. Le chatouillement du conduit auditif externe et de la muqueuse nasale est mieux perçu à droite qu'à gauche. Pas de différences pour les deux côtés des lèvres ou des conjonctives.

Si maintenant on examine l'appareil vocal et ses accessoires, on ne constate tout d'abord à l'inspection rien d'anormal. En effet :

*Les lèvres* ont conservé leur sensibilité parfaite, et paraissent absolument intactes. Quand on prie la malade de les allonger comme pour faire la moue, elle exécute très bien le mouvement sans asymétrie et avec énergie. Les mouvements de transfert simultané des deux lèvres, soit à droite, soit à gauche, se font très bien et avec assez de rapidité. Lorsque la malade veut rire, ses lèvres exécutent un mouvement très régulier.

*Langue.* — Sensibilité intacte sur les deux faces et sur les deux côtés. La malade tire la langue avec assurance et sans déviation. Les mouvements de latéralité s'effectuent très bien, mais avec une certaine lenteur, car la malade dit éprouver dans la langue un peu d'embarras. Elle en élève très bien la pointe vers le nez et l'abaisse de même vers le menton.

*Joues.* — Sensibilité intacte des deux côtés, la malade

fermant la bouche les distend considérablement par l'air qu'elle y emmagasine.

*Déglutition* normale, sauf un peu de gêne pour avaler les solides et même le bouillon.

Aucune trace de plaie ou d'inflammation dans la cavité buccale.

En un mot, il existe chez cette malade un *mutisme absolu* sans aucun trouble apparent de l'appareil phonateur, si ce n'est un léger empâtement de la langue dans les mouvements de latéralité.

Spontanément, la malade n'articule qu'un seul son, c'est *a*. Lorsqu'on lui dit de prononcer tel ou tel mot facile, elle semble se recueillir, mais ne peut arriver à articuler le mot même grossièrement. Lui dit-on par exemple de prononcer le mot *bas*, il lui est impossible d'y arriver, ellep arait ne pas pouvoir se rendre compte des mouvements qu'il faut exécuter à cet effet et ses lèvres ne prennent pas la position convenable. Mais, si on lui détaille les mouvements à exécuter, elle les copie, arrive d'abord à prononcer grossièrement le mot et après quelques exercices le prononce bientôt assez bien.

Notons soigneusement qu'avant tout exercice elle ne prononce bien que la voyelle *a* et un peu la voyelle *o*. Quant à la voyelle *e*, elle n'articule absolument rien qui lui ressemble; il en est de même pour *u*; pour *i*, il semble qu'elle fasse quelques mouvements, mais ils sont tellement imparfaits, qu'on ne reconnaît guère l'articulation de cette voyelle.

Spontanément, la malade ne peut articuler aucune consonne. Après quelques instants d'exercice, les consonnes *b*, *f*, *l*, *p*, *t*, sont les seules qu'elle arrive à prononcer. C'est ainsi qu'après qu'on lui a eu montré les mouvements détaillés, elle a pu dire avec grande hésitation, *bas*, *fa*, *la*, *pas*, *tas*. Après un quart d'heure de répétition de ces cinq mots, on lui montre (en décomposant les mouvements) l'articulation des autres consonnes et, après une demi-heure d'exercice environ, elle peut prononcer toutes les consonnes de l'alphabet suivies d'un *a*. C'est en vain qu'on essaie de lui faire prononcer les mêmes consonnes suivies d'une autre voyelle. Il est bon de

remarquer que pourtant elle jouit de toute la plénitude de son intelligence.

A noter encore que dans le courant de cette première journée, elle était levée et se trouvait à côté du lit d'une autre malade, lorsque voyant arriver M. Pitres avec deux élèves, elle fut saisie d'une émotion très vive et prononça distinctement ces paroles : *Tiens, voilà les médecins.* Puis elle courut à son lit, et l'émotion passée elle retomba dans son mutisme absolu.

*5 mai 1885.* — Le lendemain, après avoir répété la collection des mots en *a* qu'elle s'était du reste exercée à prononcer depuis la veille, elle arrive bientôt à prononcer les syllabes en *o* et une demi-heure après elle pouvait dire l'alphabet au complet. Ceci fait, on la poussa à prononcer quelques mots faciles tels que : *bonjour, Monsieur, Madame, etc.* Dès lors, elle commença à parler et à se faire comprendre quoique avec beaucoup de difficulté, la langue paraissant embarrassée dans ses mouvements.

Enfin le lendemain, 4 mai, Émilie parle très bien, sans aucune hésitation, et sans l'ombre d'une difficulté. La langue n'est plus embarrassée le moins du monde, et elle exécute, d'une façon très sensible, les mouvements de latéralité beaucoup plus vite qu'auparavant.

*12 mai 1885.* — Émilie est très bien. Aucune manifestation du mutisme n'a reparu et l'intégrité parfaite de la parole est venue. Elle répond très nettement aux questions qu'on lui pose et de la sorte il est possible, grâce aux renseignements qu'elle fournit, de compléter son observation.

Suivent les détails très complets de cette fort curieuse observation. Comme il n'intéressent plus notre étude, nous arrêtons ici l'analyse de ce cas.

OBS. III (*inédite*) communiquée par le Dr Cartaz. — Jeune fille de dix-huit ans, menstruation irrégulière chloro-anémique, très nerveuse, mais n'ayant jamais eu de véritables crises. Hémianesthésie du côté droit. Il y a trois jours, elle eut, à la vue d'un incendie très voisin de son appartement, une vive

frayeur. En se réveillant le lendemain, impossibilité de parler, d'articuler un son. Le mutisme persiste depuis ce moment.

Anesthésie pharyngée. Pas d'anesthésie du larynx. Aucune modification de coloration des muqueuses pharyngo-laryngée. Les cordes vocales ont leur blancheur habituelle et sont dans *l'abduction presque complète*. Je prie la malade d'essayer de donner un son; elle fait le geste et le bruit d'une personne qui souffle bruyamment, sans produire aucun son. A ce moment, la corde gauche subit un mouvement d'*adduction incomplet*. La droite reste immobile dans *l'abduction*.

Electrisation du larynx par application des pôles à l'extérieur sur le cou. Aucun résultat.

Le lendemain, je fais une électrisation directe du larynx et la malade recouvre instantanément la voix.

OBS. IV (*inédite*) communiquée par le Dr Cartaz.

V. M..., vingt-sept ans, fleuriste, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Blandine, n° 17, service du Dr Boucaud, le 21 août 1869.

Bonne santé habituelle; pas de maladies antérieures. N'a jamais été réglée et n'a jamais eu d'hémorragies supplémentaires.

Mariée depuis huit mois elle n'a jamais eu avant ou depuis son mariage de crises nerveuses. Première crise hystérique à la suite d'une frayeur trois semaines avant son entrée. Cette crise fut suivie d'une *aphasie complète* pendant deux jours.

A partir de ce moment, crises de grande hystérie à intervalles rapprochés (tous les jours au début).

A son entrée, contracture des paupières; anesthésie des membres. On la soumet à l'action des jets d'éther pulvérisé avec l'appareil de Richardson, sur la région dorso-lombaire.

L'examen de l'utérus et des organes génitaux n'a révélé aucune lésion, aucune malformation. Insuccès des pulvérisations d'éther. Douches froides et bromure.

Le 21 septembre, à la suite d'une crise la veille, aphasie qui n'a disparu que le matin. La malade comprend très bien tout ce qu'on lui demande et y répond par signes.

Le 24, l'aphasie durant toujours, on anesthésie la malade

au chloroforme. Au réveil, la contracture des paupières et l'aphasie ont disparu.

La malade quitte l'hôpital en novembre sans avoir eu de nouvelle attaque d'aphasie.

OBS. V (*inédite*), communiquée par M. le Dr CARTAZ.

G... artiste, vingt-cinq ans, entré le 3 février 1886 dans le service du professeur Charcot, à la Salpêtrière, salle Bouvier, homme fort, vigoureux. Tempérament nerveux. Il y a deux ans, petites crises nerveuses, mais jamais d'aphonie ni de paralysie.

Mère nerveuse. Père bien portant, vivant actuellement.

Il y a huit jours, à la suite de contrariétés, pris de crises nerveuses qui l'obligent à garder le lit, mais sans paralysie.

Il y a quatre jours, au milieu de la nuit, il a le sentiment qu'il devient paralysé. Il réveille sa femme et, au bout d'un instant, sans phénomènes particuliers, il a perdu la parole. Après deux heures la parole revient franchement, nettement, tout d'un coup. Vingt-quatre heures plus tard nouveau mutisme.

Quand je le vois à l'hôpital, il y a paralysie avec anesthésie du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs. Les mouvements de la langue sont parfaits; pas de troubles de la déglutition. Anesthésie incomplète du pharynx et de l'arrière-gorge. A l'examen laryngoscopique, épiglotte et muqueuse laryngée un peu rouges. Pas de paralysie, aucune lésion en dehors de cette hyperémie légère.

Le malade ne peut siffler, ni parler à voix basse; il peut cependant gonfler les joues et avancer les lèvres, comme dans l'action de siffler; cette nuit et ce matin, il a chanté pendant dix minutes environ. Il possède une voix de basse superbe et a chanté diverses mélodies russes et des fragments des *Huguenots*, rôle de Marcel, en français, articulant bien les mots. En dehors de ces deux phases de chant, il n'a pu prononcer un mot, même quand sa femme l'interrogeait. Oïe et odorat conservés, mais la narine droite perçoit moins bien les odeurs.

La parole est revenue le lendemain.

J'ai revu ce malade ces jours-ci (avril 1888). Il n'a plus aucun accident nerveux, mais depuis deux à trois mois (il se destine à la carrière théâtrale) il ne peut chanter. La voix, fort belle d'habitude, a perdu de sa finesse, a des trous, surtout dans les notes élevées ou les transitions brusques du son. A l'examen : laryngite chronique, muqueuse des cordes tuméfiée, parsemée de stries rougeâtres, défaut d'accrolement parfait des deux cordes dans la phonation, mais ce défaut n'existe pas pour toutes les notes ; je l'ai noté surtout au passage du *mi*, *fa, fa dièze*, de l'octave supérieure. Il n'y a donc pas là de paralysie ou rien qui confine à son état nerveux passé. Le malade est encore en traitement.

OBS. VI (*inédite*). recueillie à la clinique libre du Dr E. J. MOURE.

Prévost Félix, dix-sept ans, vigneron, né à Arcens (Gironde), vient à la clinique le vingt-cinq août 1887.

*Antécédents héréditaires.* — Son père a souvent des attaques d'apoplexie; sa sœur a des attaques subites pendant lesquelles elle tombe et perd absolument connaissance, sans convulsions.

*Antécédents personnels.* — Depuis l'âge de quinze ans, Félix a eu quatre fois des attaques convulsives. Nettamente perçues par le malade, ces attaques s'annoncent par une sensation très douloureuse à la base du thorax, et qu'il compare à la constriction exercée par une corde. Il perd ensuite connaissance, n'entend plus ce qu'on lui dit et ne sent plus ce qu'on lui fait. Il est pris de convulsions très violentes qui nécessitent quatre hommes pour le maintenir. A la suite de ces attaques, il n'a jamais observé de morsure à la langue et il ne se rappelle pas non plus qu'on lui ait dit qu'il bavait. Il ne s'est jamais fait de mal en tombant.

La première attaque, survenue à 15 ans, a débuté brusquement, sans cause appréciable, ni colère, ni froid; elle a duré une demi-heure, après quoi le malade est resté environ un quart d'heure sans reprendre connaissance. Ce temps

écoulé, il a repris ses occupations sans rien éprouver du côté de la voix.

La seconde attaque est survenue tout aussi brusquement, elle a duré une demi heure, et n'a occasionné aucun trouble du côté de la voix. La troisième attaque, survenue à seize ans, a été suivie d'un peu d'embarras de la parole. Ce léger degré d'aphonie a disparu après une hémoptysie ayant duré trois ou quatre jours. Enfin, c'est à l'occasion d'une quatrième attaque, ayant duré trois quarts d'heure et suivie de gêne de la parole, qu'il vint consulter M. Moure. Depuis cette dernière en effet, le malade n'a jamais recouvré sa voix normale; il lui arrivait parfois de ne pouvoir plus parler et de recouvrer ensuite sa voix. Depuis cette même attaque, il éprouvait toujours un sentiment de gêne à la base du thorax. Il se trouvait dans cet état, quand, il y a trois jours, sans cause appréciable (colère, froid, émotion subite), il fut tout à coup atteint de mutisme. Il n'avait ressenti cette fois aucun symptôme précurseur de l'attaque.

Le malade est dans l'impossibilité absolue de prononcer une parole. Invité à émettre les voyelles, il n'y réussit qu'au prix d'efforts assez considérables et à voix très basse. Au bout de quelques minutes, après lui avoir exercé une légère pression au-devant du cou et lui avoir dit qu'il peut parler, on obtient quelques voyelles assez nettement prononcées.

L'examen laryngoscopique démontre qu'il n'y a pas de paralysie des cordes vocales. On constate qu'elles s'écartent et se rapprochent normalement de la ligne médiane. Le rapprochement semble toutefois s'effectuer d'une façon brusque; au moment de l'émission du son et particulièrement de la voyelle *e*, il est facile de constater que les cordes vocales restent éloignées l'une de l'autre, donnant au triangle glottique ses plus grandes dimensions, de telle sorte que le courant d'air passe sans produire aucune vibration des rubans, ce qui explique l'aphonie. Le malade est alors obligé de parler avec l'air emmagasiné dans la bouche, à la façon des trachéotomisés, ce qu'il ne pouvait bien faire qu'après une accoutumance assez longue.

Les symptômes que nous venons de signaler étaient, selon toute évidence, occasionnés par une pure incoordination motrice des muscles du larynx.

Après quelques minutes d'électrisation de la nuque et au-devant du cou, le malade parvient à prononcer distinctement : « *Bonjour, monsieur* », et quelques minutes plus tard, il peut raconter son histoire d'une voix très claire.

L'examen des organes génitaux n'a rien révélé d'anormal, si ce n'est toutefois un peu d'insensibilité du testicule gauche.

Le malade, vers le 1<sup>er</sup> septembre, avait conservé sa voix intacte.

OBS. VII. — (Panthal, *Deuts. Klin. 1855, et Gazette médic. de Paris*, p. 107, n° 7, 14 fevr. 1857). — Enfant de douze ans, assistant à l'enterrement de son père, tombe sans connaissance ; en revenant à lui au bout d'un quart d'heure, il possède toutes ses facultés, mais ne peut articuler un son. Pas de troubles de la motilité. Le malade interrogé répond par signes qu'il ne peut parler. Panthal remarque que pendant les efforts, les muscles du larynx innervés par l'hypoglosse éprouvent un mouvement de vibration vif et continu. Il lui vient à l'idée de les comprimer et aussitôt l'enfant articule des sons distincts. Au bout de trois jours la voix redevient naturelle, grâce à des compressions répétées.

Quinze jours plus tard nouveau mutisme, l'enfant ayant été surpris par l'envolée d'une compagnie de perdrix. L'état dura deux jours.

Une troisième récidive, due à une émotion, ne dura que quelques heures.

OBS. VIII. — (Sédillot, *Gaz. méd. de Paris*, p. 22, n° 2, 12 janv. 1856). — Femme, trente ans, devenue, douze ans auparavant, complètement muette et aphone à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Tous les traitements institués étaient restés sans résultats. La malade comprenait très bien et répondait par signes. Après deux séances d'électrisation par induction la malade recouvrait la parole.

L'auteur termine son observation en disant : « Nous insis-

terons sur la fréquence des paralysies produites par un accès de frayeur et sur l'instantanéité des guérisons parfois obtenues même après un laps de temps très considérable. On doit en conclure que la modification organique probablement surve nue dans le tissu nerveux à l'origine des nerfs cérébraux, si ce n'est dans quelques parties de l'encéphale, est une modification peu profonde, peu résistante à l'influence de certains excitants appropriés; et qu'une vive émotion, en donnant une forte secousse à l'appareil cérébro-spinal, peut être jusqu'à un certain point comparée à l'action du galvanisme. On s'expliquerait ainsi l'existence de certains faits miraculeux qui ont de tout temps excité l'attention publique et mérité l'intérêt des observateurs. »

OBS. IX.— (Philipeaux, *Gazette médic. de Lyon*, 30 septembre 1856, et *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, p. 925, n° 52, 26 décembre 1856).— Femme, vingt-et-un ans, tempérament nerveux. A la suite d'un mal de gorge qui dura une huitaine de jours, elle demeura complètement aphone. Tous les traitements demeurèrent infructueux. L'auteur vit cette malade un an après. La voix était complètement abolie; malgré les plus grands efforts la malade ne pouvait articuler aucun son, ni produire la moindre intonation ni le moindre cri. Huit séances d'électrisation par induction n'aménèrent aucune amélioration. Le séjour à la campagne fut alors conseillé. Huit mois après, la malade ayant eu deux fortes crises d'hystérie dans l'intervalle, le mutisme persistait toujours. Philipeaux essaya de nouveau deux fois, mais en vain, l'électrisation extra-laryngée. Il fit alors de l'électrisation endolaryngée et instantanément sa malade fut prise d'une crise qui se prolongea toute la soirée et une partie de la nuit. Au réveil, la matin, la voix avait reparu.

OBS. X.— (Baudelocque, *Gazette médic. de Paris*, p. 688 n° 44, 3 novembre 1860).— Homme, vingt-trois ans, devenu muet dans le cours d'une fièvre typhoïde. Il demeura dans cet état pendant quatre ans, après quoi l'auteur lui rendit peu à peu la parole par suite du traitement médical qu'il lui fit subir.

OBS. XI.—(Krishaber, *Gazette hebd. de médec. et de chirurg.*,  
n° 39, p. 614, 25 sept. 1868).

Au commencement de l'année 1869 se présente à la consultation de Trouseau une dame d'environ trente-cinq ans qui, sans proférer un mot, lui remit un carnet contenant écrite de sa main l'histoire de sa maladie. Aux questions qui lui furent adressées de vive voix et qu'elle entendit parfaitement, elle répondit en inscrivant les réponses sur son calepin. Ces réponses, lues par le mari de la malade présent, à mesure qu'elle les écrivit, établirent une sorte de conversation à la fois graphique et phonétique dont la promptitude était presque celle du langage ordinaire.

Elle raconta de cette façon qu'elle avait été bien portante jusqu'à il y avait deux ans et quelques mois, mais qu'à cette époque il se déclara sans cause connue une difficulté de prononcer les paroles. Sans qu'aucun trouble se fût manifesté dans sa santé générale, cette difficulté augmenta progressivement; bientôt la malade se trouva dans l'impossibilité absolue de parler. Depuis deux ans révolus la malade n'avait pas proféré un seul mot. Chaque tentative faite depuis cette époque provoquait une douleur vive dans le larynx, et la phonation n'avait pas lieu.

Le mari confirma ces faits.

Après avoir constaté qu'il n'y avait aucune lésion fonctionnelle dans les mouvements généraux des membres et du tronc ni dans le mouvement de la langue et des lèvres, après avoir constaté également au moyen du mode particulier de conversation décrit, que les facultés mentales de la maladie et l'ouïe étaient normales, j'appliquai le laryngoscope.

Je constatai l'intégrité complète des cordes vocales et de toutes les autres parties du larynx. J'invitai alors la malade à faire un *mouvement d'effort* pendant que le miroir d'inspection resta appliqué et je vis que les cordes vocales inférieures et les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs concouraient normalement à la reproduction du mouvement complexe qui constitue l'occlusion de la glotte pendant l'effort.

Je lui demandai ensuite de proférer ce son particulier et

peu harmonieux que l'on entend pendant l'effort et que je produisis moi-même afin de l'obtenir plus facilement par l'imitation.

La malade obéit encore à mon invitation et je vis au miroir se produire ce son particulier qui fut parfaitement entendu. Quand, en dernier lieu, j'invitai la malade, la conduisant ainsi d'étape en étape, à proférer un cri et que je l'obtins également, je fus convaincu que les cordes vocales pouvaient fonctionner régulièrement, les ayant vu fonctionner et vibrer normalement sous le miroir d'inspection pendant l'émission du son.

Je priai donc la malade de lire quelques passages d'un journal, même au risque de souffrir pendant la lecture. Elle le fit après de longues hésitations, mais elle sembla comme troublée et étonnée de s'entendre parler et accusait une vive douleur pendant la phonation.

Toutes ces expériences avaient provoqué des signes de douleurs.

Aux questions que je lui adressai ensuite, elle répondit brièvement, il est vrai, et comme malgré elle, mais en articulant très distinctement ses réponses.

En face de ce diagnostic il dut naturellement se présenter à mon esprit l'idée d'une forme particulière d'hypocondrie ou de simulation. C'est en effet le diagnostic auquel je m'arrêtai, et ma consultation fut rédigée dans ce sens.

L'opinion de Krishabert s'est depuis modifiée, et cette observation lui paraît « un exemple frappant de cessation des fonctions d'un organe par exagération de la *sensibilité commune* ». Il admet « une simple *hyperesthésie locale* (filets terminaux du laryngé supérieur), la douleur n'étant jamais survenue spontanément et ne s'étant manifestée que pendant les diverses fonctions de l'organe ». *(A suivre.)*

## BIBLIOGRAPHIE

### Du catarrhe chronique des fosses nasales et de son traitement par la galvano-caustique chimique (1) par le Dr GARRIGOU-DESARÈNES.

L'auteur réclame avec raison la priorité pour le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, de l'ozène et du retrécissement de la trompe d'Eustache, au moyen de l'électrolyse, et, dès 1884, il faisait connaître à l'Académie de Médecine les résultats qu'il avait obtenus. Aujourd'hui il a réuni un plus grand nombre de faits qui démontrent les effets excellents de cette méthode; il croit donc devoir attirer de nouveau sur elle l'attention des médecins, signaler l'efficacité de ce mode de traitement, les guérisons qu'il donne, et préciser la manière de l'appliquer.

Après quelques chapitres consacrés à l'anatomie et à la physiologie des fosses nasales, à la description des instruments employés pour reconnaître et traiter les maladies du nez, l'auteur étudie successivement, au point de vue symptomatologique, le catarrhe chronique simple hypertrophique, atrophique, l'ozène, le coryza ulcéreux, le catarrhe de la trompe, les végétations adénoïdes, puis il passe en revue les méthodes anciennes de traitement dirigées contre ces affections, et fait ressortir les inconvénients de ces modes de traitement.

Tous ces procédés, selon Garrigou-Desarènes, ne jouissent pas d'une parfaite innocuité, et le chirurgien qui les emploie, soit qu'il fasse des cautérisations avec l'acide chromique, soit qu'il se serve du galvano-cautère, soit qu'il enlève complètement le cornet dont la muqueuse est gonflée, soit qu'il retranche seulement aux ciseaux les portions de pituitaire hypertrophiées, peut provoquer chez son malade des désordres imprévus et, même, des complications redoutables. Chacun de ces procédés a pour but, seul, de détruire très rapidement les parties de la membrane de Schneider dont

(1) Paris, 1888, Delahaye, édit.

l'augmentation de volume occasionne les troubles de quelque nature qu'ils soient. Aucun d'eux ne cherche à modifier l'état de la muqueuse. D'une part, ils ont le désavantage de faire disparaître des organes d'une certaine importance; d'un autre côté, la pituitaire, sous le coup de ces manœuvres un peu rudes, peut donner naissance à des réactions qu'il vaut mieux éviter.

Avec la galvano-caustique des accidents semblables ne sont pas à craindre; l'action de ce mode de traitement consiste surtout en de profondes modifications dans la nutrition des parties malades; s'il y a des effets caustiques, leur intensité peut être obtenue graduellement.

L'action trophique de l'électrolyse est surtout importante, c'est elle qui produit dans la profondeur des tissus ces modifications de nutrition et de texture qui constituent le point capital de l'intervention galvano-chimique. Elle provoque une certaine résolution qui corrige toute perversité nutritive par défaut ou par excès. Quel que soit le trouble observé dans les tissus, qu'il s'agisse d'une hypertrophie ou d'une atrophie, le courant électrique est un agent modificateur et stimulateur d'une grande puissance, pour rétablir aux régions l'équilibre normal chaque fois qu'il aura été détruit. L'action galvanique aboutit à provoquer la dilatation des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques, et, par suite, donne lieu à une activité plus grande de la circulation en retour, dont le résultat est finalement le dégorgement des tissus et la résorption plus ou moins rapide et complète des exsudats morbides.

Garrigou-Desarènes décrit ensuite le mode d'application de la galvano-caustique chimique : il indique en détail comment doit être faite l'opération, il précise les soins qu'il est nécessaire d'apporter dans les divers temps ; nous ne pouvons ici reproduire les différentes parties du manuel opératoire.

Enfin l'auteur rapporte les succès qu'il a obtenus par ce traitement dans le catarrhe chronique simple et hypertrophique. Chez plusieurs malades atteints d'ozène, il a constaté qu'après quelques applications de galvano-caustique l'odeur

cessait pendant quelque temps; et par sa méthode il a vu guérir un certain nombre de sujets, sans récidive après plus d'un an; les cavités nasales reviennent en partie à leurs dimensions primitives, par une sorte de régénération de la muqueuse qui reprend son aspect normal et revêt une coloration d'un gris rosé.

Dans le catarrhe chronique de la trompe d'Eustache, l'électrolyse donne aussi d'excellents résultats; enfin ce mode de traitement peut être employé avec profit pour amener la résolution des tumeurs adénoïdes et pour faire cesser certaines hémorragies nasales.

Enfin, à la fin de l'ouvrage sont relatées de nombreuses observations qui viennent témoigner de l'efficacité réelle de la galvano-caustique chimique.

J. JOAL.

---

**Physiologie et hygiène de la voix et du chant** (*Fisiologia ed igiene della voce e del canto*), par M. MASUCCI.

Le travail est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur résume l'anatomie de l'appareil vocal et la physique du son et de l'art musical. La seconde partie traite des propriétés acoustiques de la voix humaine parlée ou chantée et de la phonation. La dernière comprend les désordres observés chez ceux qui exercent la voix et l'hygiène de la voix et du chant.

C'est un petit livre qu'on peut lire avec quelque avantage.  
Dr. CARDONE.

---

**Manuel de trachéotomie**, par le Dr Paul RENAULT.

Un grand nombre d'auteurs ont traité de la trachéotomie, mais il n'existe pas de manuel décrivant pratiquement l'opération telle qu'elle doit être conduite, et telle qu'il est de tradition de la faire dans les hôpitaux d'enfants à Paris. Paul Renault, avec ses bons amis Darier et Caron de la Carrière, ont eu l'idée d'écrire ce livre qui rendra de grands services aux praticiens, en leur présentant, groupées dans un ouvrage court et précis, les règles si minutieuses de la trachéotomie.

Comme le dit très justement dans la Préface M. le Dr Jules Simon : « Ce qu'on ne saurait trop louer dans ce Manuel, c'est la mise en relief de nombreux détails, superflus peut-être en apparence, mais qui répondent bien à la réalité des faits. Quoi qu'on en dise, la trachéotomie est une opération dont la marche, les règles, les différents temps sont nettement définis et on ne saurait trop se pénétrer de cette idée : qu'une faute en apparence légère est toujours en pareil cas grosse de conséquences. Que le larynx ne soit pas assez solidement fixé par exemple, ou que l'incision trachéale soit légèrement déviée, cela suffit pour rendre l'introduction de la canule difficile, parfois même impossible, et ce retard apporté à la terminaison de l'opération est toujours grave, car la vie du petit patient peut en dépendre.

» Un chapitre de ce Manuel, continue le Dr J. Simon, avec sa grande autorité, mérite encore une mention particulière : c'est celui consacré aux suites de l'opération ; il fourmille de renseignements pratiques que je ne saurais trop recommander. Les soins de la canule, l'hygiène de l'opéré, les précautions à prendre pour éviter toute complication du côté de la plaie ou du côté de l'appareil pulmonaire, etc., y sont traités comme il convient. »

J. JOAL.

---

## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

---

### NEZ ET PHARYNX NASAL

**Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales,**  
par le Dr L. ARVISET.

Cet intéressant travail se compose de deux parties : l'une où sont exposées les notions anatomiques et physiologiques récemment acquises sur le tissu érectile des fosses nasales, l'autre où est élucidée la pathogénie de certaines épistaxis.

Arviset commence par nous dire qu'avec Robin et Legros il regarde les tissus érectiles comme formés de capillaires à endothelium dont les mailles sont limitées par des trabécules renfermant du tissu musculaire lisse, et il expose que

pareil tissu se trouve sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen et aux extrémités postérieures des trois cornets, et même, suivant John Mackenzie et Kiesselbach, sur la cloison. Il présente deux couches : l'une superficielle à mailles étroites ; une, profonde, formée par de vastes lacunes à contours irréguliers et limitées par des trabécules renfermant du tissu musculaire lisse dans leur épaisseur.

Arviset a étudié, avec le concours de Pilliet et Isch-Wall, le développement du tissu érectile, et il a vu des capillaires dilatés sur la muqueuse nasale de fœtus de certains mammifères : mouton, porc, chat, taupe, rat, fœtus humain ; la pituitaire d'animaux adultes, tatou, chevreuil, chameau, lapin, rat ; l'homme a été examiné, et l'auteur a constaté la présence du tissu érectile suivant les dispositions indiquées dans le travail d'Isch-Wall.

Chez les animaux sauvages, les corps caverneux sont plus développés que chez les animaux domestiques.

La nature érectile du tissu étant prouvée par son développement et sa structure, il faut maintenant faire voir qu'elle est en outre démontrée par ses propriétés physiologiques. Les corps spongieux entrent en turgescence sous l'influence de variations brusques de température, du contact de certaines poussières, de l'irritation de certains nerfs sensitifs, et leur gonflement donne lieu à des réflexes pathologiques ; dans l'ordre physiologique, les odeurs provoquent l'appétit et la sécrétion des glandes salivaires et stomacales ; chez les animaux, au moment du rut, l'odeur de la femelle amène l'érection du mâle.

Du reste, il existe des rapports intimes entre le nez et les organes génitaux, ainsi que l'a soutenu J. Mackenzie, et Arviset a constaté la turgescence des corps caverneux chez deux individus qui venaient de pratiquer le coït, si bien qu'il se demande si dans la série animale le tissu érectile du nez n'est pas destiné à produire l'érection des organes génitaux.

L'auteur cherche ensuite à déterminer si ce tissu joue un rôle dans la pathogénie des épistaxis.

Hartmann et Kiesselbach ont montré que dans les épistaxis

spontanées le sang venait de la partie inférieure et antérieure de la cloison osseuse, point où existe normalement du tissu érectile; il est alors rationnel d'admettre que ces hémorragies sont dues à la rupture des dilatations vasculaires recouvertes seulement par le basement membrane et l'épithélium, rupture qui se fait par augmentation de la tension sanguine.

Si donc la turgescence du tissu dépasse une certaine limite, une épistaxis peut se produire; or ce gonflement survient chaque fois que la face se congestionne; de là l'explication facile des hémorragies nasales à la suite de quinte de toux, d'éternuements, de cris, d'efforts, d'insolations, d'influences morales.

Dans d'autres cas le gonflement des corps caverneux est amené par une action réflexe, comme dans le fait observé par Isch-Wall, où une "perle sphérique introduite dans le nez avait causé des épistaxis.

Quant aux épistaxis menstruelles, elles tiennent à l'intervention du facteur génital; c'est la congestion utéro-ovarienne qui occasionne la turgescence du tissu érectile; ce gonflement et la rupture vasculaire consécutive se montreront toutefois plus facilement chez les personnes prédisposées aux congestions céphaliques par la goutte, le rhumatisme par exemple. Cette augmentation de volume des corps caverneux, au moment des règles chez certaines femmes, a été constatée par J. Mackenzie, Isch-Wall et Arviset, au moyen de l'examen rhinoscopique, et elle explique certains phénomènes, céphalalgie, vertiges, rougeur de la peau du nez, qui se montrent chez des sujets à chaque période catamémiale, phénomènes réflexes d'origine nasale. (*Thèse Lyon, août 1887.*)

J. JOAL.

---

**Irrégularités de la cloison des fosses nasales (*Irregularities of the septum nariums*), par le Dr WHITEHILL HINKEL.**

L'auteur considère que les irrégularités de la cloison du nez sans déviations proprement dites jouent un rôle assez important dans l'étiologie du catarrhe nasal. Ces saillies irrégulières se trouvent d'ordinaire le long des sutures du cartilage et des

os. Elles sont osseuses ou ostéo-cartilagineuses. La muqueuse qui les recouvre s'enflamme très facilement et devient le point de départ du catarrhe nasal. (*New-York Med. Journ.*, oct. 1887.)

**Rapport entre l'asthme et quelques affections des fosses nasales** (*Relacion entre el asma i algunas afecciones de las fosas nasales*), par Victor Ríos Ruiz.

L'auteur fait l'historique de la pathogénie de l'asthme et donne les théories émises jusqu'à ce jour. Il rappelle les expériences de Schiff, qui a pu produire l'accès typique d'asthme par l'excitation soit directe soit indirecte du nerf vague.

Les filets du trijumeau (sphéno-palatin externe. — Filet ethmoïdal du rameau nasal de l'ophtalmique), innervent tout particulièrement le corps caverneux pituitaire, étudié par Kohlrauch. Ils sont en relation intime avec le sympathique, qui fournit la racine végétative du ganglion de Meckel. Toute irritation mécanique ou pathologique portée à ce niveau, mais en ce point seulement, déterminera à la fois et l'érection du corps caverneux et un véritable accès d'asthme réflexe. En ce qui concerne du moins les phénomènes dyspnéiques, le trijumeau sera la voie centripète, et les nerfs moteurs des muscles inspirateurs la voie centrifuge.

L'auteur a répété à ce sujet les expériences de Hack, et il a obtenu les mêmes résultats. Il a recueilli plusieurs observations d'asthme accompagné de coryza hypertrophique. La guérison de cette dernière affection a amené la disparition des accès. Dans d'autres cas cités l'extirpation de polypes a aussi fait disparaître l'asthme.

Après avoir passé en revue chez un malade toutes les causes étiologiques de l'asthme essentiel et les avoir écartées, le médecin devra donc porter ses investigations du côté des fosses nasales et voir s'il ne trouvera pas là l'explication des phénomènes observés. Cet examen lui permettra d'instituer un traitement local et général approprié. (*Revista medica de Chile*, 1887.)

L. LACOARRET.

**Traitemen<sup>t</sup> des polypes du nez au moyen de l'anse galvano-caustique, par le Dr GAREL, m<sup>é</sup>decin des hôpitaux.**

En r<sup>e</sup>ponse <sup>à</sup> un travail du Dr Pollossen, qui vantait fort l'emploi de l'anse froide pour l'ablation des polypes, le Dr Garel publie dans la *Province m<sup>é</sup>dicale* une int<sup>é</sup>ressante *étude* destinée à faire ressortir la supériorité de l'anse galvano-caustique sur l'anse froide et sur la pince. Il a opéré un grand nombre de malades, il peut donc se prononcer en connaissance de cause.

Il se sert du manche de Jacoby, de fils de fer recuit de pr<sup>é</sup>férence aux fils de platine qui se fondent trop facilement, et il obtient le courant avec la pile portative de Trouvé en ébénite, à 18 crayons de charbon et 12 crayons de zinc.

A diff<sup>é</sup>rentes reprises Garel a pu enlever avec l'anse galvano-caustique des parcelles importantes de tumeurs sans voir couler une goutte de sang, notamment chez un jeune client du Dr Gouilloud, opéré en une seule fois d'une *énorme* tumeur du nasopharynx descendant au-dessous de la base de la langue.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, surtout lorsqu'on arrive près de l'implantation de la tumeur sur la muqueuse, dans les points qui présentent un état intermédiaire entre l'état muqueux pur et une hypertrophie inflammatoire de la muqueuse ; alors il n'est pas rare d'avoir un écoulement sanguin ; mais l'hémorragie est, même dans ce cas, bien moins forte qu'avec la pince ou l'anse froide, surtout si on a le soin de ne pas porter l'anse à une température trop élevée.

Avec l'anse galvanique, l'auteur n'a jamais dû faire le tamponnement des fosses nasales, dans les nombreux cas de polypes qu'il a opérés ; et il a observé aussi que ce procédé diminuait les chances de récidive que l'on voit après l'ablation avec l'anse froide ou la pince.

Ce travail contient en outre plusieurs observations de malades guéris par le Dr Garel, sp<sup>ec</sup>ialiste de Lyon.

J. JOAL.

**Fibro-sarcome de la cloison des fosses nasales. Opération.  
Guérison. Examen histologique, par les D<sup>s</sup> CALMETTES et  
CHATELLIER.**

Il s'agit d'une dame de trente ans qui, dans son enfance, a eu des épistaxis assez fréquentes; les hémorragies avaient cessé; elles reparurent vers la 24<sup>e</sup> année, et, à cette époque, la malade remarqua une petite excroissance de chair dans la narine gauche; la respiration nasale était gênée. A l'examen rhinoscopique, on voit une petite tumeur du volume d'un gros noyau de cerise. Elle occupe la partie antérieure de la fosse nasale gauche au niveau du méat moyen; elle est mobile sous le stylet et semble s'implanter sur la cloison cartilagineuse en haut et en avant.

La malade est opérée, la base de la tumeur est entourée avec l'anse galvanique, la section se fait régulièrement. Il ne se produit aucune hémorragie ni immédiate, ni secondaire. Pas de récidive de la tumeur, qui est examinée au point de vue histologique; il s'agit d'un fibro-sarcome.

Le cas est intéressant en ce sens que la bénignité de la tumeur a été manifeste, alors que la plupart des auteurs, avec Morell Mackenzie, considèrent le fibro-sarcome du nez comme une tumeur maligne. (*Annales des maladies de l'oreille*, mars 1887.)

J. JOAL.

**Déviation de la cloison des fosses nasales. — Opération  
(Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance du  
21 octobre 1887.)**

M. Pousson appelle l'attention de la Société sur le traitement des déviations de la cloison des fosses nasales.

Il indique la nature de l'obstacle à combattre et fait ressortir les nombreuses et quelquefois graves conséquences de cette lésion. Il présente en même temps un petit malade que lui avait adressé M. le Dr Moure et qu'il a opéré avec un petit ostéotome, placé à la base de la tumeur et tangent à la cloison. Mais, comme le petit copeau osseux, recouvert de la muqueuse, ne donnait pas un passage assez grand, il fallut encore raboter le vomer et réséquer un peu de tissu cartilagineux de la sous-cloison.

M. Pousson croit que le tamponnement postérieur préventif présente de grands avantages. Le tamponnement antérieur n'a pas été fait, mais le pansement appliqué chez le malade le valait bien. Les suites de l'opération furent simples, le traitement consécutif consista en irrigations d'eau chloratée, faites par la sonde à demeure introduite dans la narine, et en insufflations de poudre d'iodoforme. Aujourd'hui le malade respire bien. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 nov. 1887.)

L. LACOARRET.

**Nouveau traitement de la fièvre de foin**, par Sir ANDREW CLARK.  
(Société médico-chirurg. de l'Ouest de Londres.)

Ce traitement agit en modifiant la sensibilité de la muqueuse nasale pour les substances qui produisent les accès.

Le traitement général ne doit pas être négligé et est variable suivant les cas.

Le traitement local consiste en applications sur la muqueuse nasale de la solution suivante :

Glycérine. . . . .	24 grammes.
Acide phénique. . . . .	6 —
Chlorhydrate de quinine. . . . .	4 —
Sublimé corrosif. . . . .	3 centigr.

Chauffer le mélange pour dissoudre la totalité de la quinine.

*Mode d'emploi* : 1° Débarrasser les fosses nasales du mucus au moyen d'une douche;

2° Badigeonner soigneusement avec un pinceau, trempé dans la solution, la paroi supérieure, la paroi inférieure, jusqu'au pharynx, des cavités nasales, la face postérieure du voile du palais.

L'effet immédiat est désagréable. On observe parfois un écoulement muco-sanguinolent, de la céphalalgie frontale, de la toux, ou encore un accès de fièvre de foin. On préviendra le malade de ces accidents passagers.

Un seul badigeonnage a suffi dans certains cas, le plus souvent il faut les répéter trois ou quatre fois, en laissant

un intervalle de deux ou trois jours entre les séances.

Les résultats ont été meilleurs que ceux donnés par les diverses solutions de cocaïne. (*Semaine médicale*, 15 juin 1887.)

LACOARRET.

**Traitemen**t du rhinosclérome (*Zur Therapie der Rhinoscleroms*),  
par le D<sup>r</sup> DOUTRELEPONT.

Les recherches histologiques récentes semblent avoir indiqué la voie pour le traitement du rhinosclérome. C'est ainsi que Lang (1883), admettant qu'il pouvait bien s'agir d'une infection locale, fit dans la tumeur des injections d'a. salycil. et d'a. carbonique. Ses idées ont été depuis partagées par Frisch, Cornil, Alvarez, Babes, Pellizani et Kolliker. L'auteur a lui-même, dans un cas, employé le sublimé et il n'a eu qu'à se louer des bons résultats qu'il a obtenus.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, *sans antécédents syphilitiques*, qui avait vu sept mois auparavant apparaître une tumeur offrant actuellement le volume d'une aveline et que l'auteur décrit avec un grand luxe de détails. On avait, pour la faire disparaître, prescrit sans succès de nombreuses pomades et de l'arsenic à l'intérieur.

M. Doutrelepont fit faire matin et soir des frictions énergiques avec une pommade au sublimé à 10/0. La guérison était à peu près complète trois mois après. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait manifestement d'un rhinosclérome. L'auteur n'hésite pas à attribuer au sublimé sa guérison : c'est pourquoi il recommande ce mode de traitement; il croit même que les injections seraient préférables. (*Deuts. med. Woch.*, n° 3, 3 février 1887.) M. NATIER.

**Traitemen**t du lupus du nez par l'acide lactique. (*Société de Médecine de Lyon*, 2 novembre.)

M. Rafin présente un malade atteint de cette affection traité avec succès par les applications d'acide lactique à 80 0/0. Cette solution agit mieux que l'acide concentré, qui ne pénètre pas dans les tissus à cause de sa consistance. L'acide lactique amène la rétraction des bourgeons couvrant

la surface malade. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 24 novembre 1887.)

L. L.

**Suppuration du sinus maxillaire traitée par des cautérisations au nitrate d'argent, par le Dr ASTIER.**

La perforation du bord alvéolaire du maxillaire est le seul mode de traitement rationnel, car le cathétérisme du sinus que vient encore de recommander Schiffers (de Liège) est très difficile ; les liquides injectés par l'ouverture nasale de la cavité ne trouvent pas d'issue à la partie déclive du sinus et remplissent mal leur rôle antiseptique.

Astor parle ensuite d'une guérison qu'il a obtenue en faisant pénétrer par l'ouverture alvéolaire une sonde cannelée dans la rainure de laquelle il avait mis du nitrate d'argent fondu, et en promenant l'extrémité de la sonde sur la plus grande étendue possible des parois du sinus. (*Revue de clinique et de thérapeutique*, juillet 1887). J. JOAL.

**Injections sous-muqueuses dans les affections chroniques de la gorge et du nez (Submucous injections in chronic throat and nasal diseases), par le Dr CHAPPELL.**

L'auteur, dans la laryngite chronique et dans la rhinite hypertrophique, préconise les injections sous-muqueuses. Dans la gorge il choisit à chaque séance trois ou quatre groupes vasculaires les plus volumineux et y injecte quelques gouttes d'une solution d'acide phénique et de glycérine en parties égales. Dans la pharyngite glandulaire, il injecte dans chaque granulation une goutte de la même solution. Dans la rhinite hypertrophique, il emploie de préférence une solution d'acide monochloracétique.

Nous n'avons cité que pour mémoire cette méthode du Dr Chappell qui nous paraît peu pratique. Nous possédons dans le galvano-cautère un moyen tout aussi efficace et plus facile à manier. (*The Med. Record*, 22 octobre 1887.)

Dr J. CH.

**Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué  
une rhinite fétide, par le Dr NOQUET.**

Il s'agit d'un enfant de huit ans, bien conformé et exempt de toute diathèse qui, depuis plus d'une année, présentait tous les symptômes d'un coryza purulent. La gêne de la respiration, l'odeur fétide, l'exagération dans la sécrétion incommodaient surtout le petit malade. Pas de douleurs ni dans les fosses nasales, ni dans les régions avoisinantes.

L'examen direct permit de constater qu'il n'existant pas d'atrophie des cornets inférieurs.

La mauvaise odeur n'était pas d'ailleurs celle qui accompagne l'ozène essentiel.

La fosse nasale droite ne présentait rien de particulier; quant à la gauche, elle était complètement encombrée par un amas de mucosités épaisse. Rien au pharynx nasal.

La fosse nasale gauche, nettoyée avec le stylet porte-ouate, on put sentir un corps dur, situé entre la cloison et le cornet inférieur, qui n'était autre chose qu'un bouton en bois de 8 millimètres de diamètre et de 5 millimètres de hauteur. La muqueuse, au niveau du point où il avait séjourné, était rouge, un peu mamelonnée et saignait facilement.

Ce corps étranger, par suite de son long séjour dans la fosse nasale, était, en quelque sorte, corrodé et recouvert d'une mince couche de calcaire.

M. Noquet rapporte quelques cas analogues cités par les auteurs; il rappelle que ces corps étrangers forment habituellement le noyau des rhinolithes, bien que cependant ces derniers puissent, dans certaines conditions, se montrer spontanément. (*Bulletin médical du Nord*, novembre 1887.)

L. LACOARRET.

**BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL**

**Recherches sur les veines du pharynx, par MM. BIMAR et LAPEYRE.**

Ces recherches ont permis à ces deux auteurs :

- 1<sup>o</sup> De contrôler l'exactitude des descriptions classiques;
- 2<sup>o</sup> De mettre en relief quelques points qui n'avaient pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des anatomistes.

Ils ont en effet constaté qu'au niveau de la partie inférieure et de la partie postérieure du pharynx, le réseau veineux sous-muqueux constituait un véritable *plexus profond*, signalé seulement par Cruveilhier. Ce plexus ovalaire à grosse extrémité supérieure est compris entre la muqueuse en avant et le muscle constricteur inférieur en arrière; l'angle inférieur du constricteur moyen le recouvre partiellement. Il ne présente pas son maximum de développement chez les vieillards; les veines qui le forment ont un calibre variant entre 1 et 3 mil. Il communique avec le plexus pharyngien superficiel et en bas avec le réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage.  
(*Acad. des Sc.*, 31 oct.; *Sem. méd.*, 9 nov. 1887.)

M. NATIER.

**Des varices de la langue, par le Dr MANON.**

Dans ce travail, le Dr Manon s'appuie sur 42 observations pour faire l'histoire des varices nasales; la plupart de ces faits ont été recueillis à la clinique de Moure, ou communiqués par notre savant confrère Garel (de Lyon).

Les varices de la langue ont peu attiré l'attention des auteurs, elles ne sont pas cependant très rares; on les a décrites le plus souvent sous le nom de grenouillettes, d'angiomes. D'une façon générale, la cause essentielle des varices linguales est due à une prédisposition spéciale que l'on peut appeler la diathèse variqueuse, dépendant peut-être de l'arthritisme de l'herpétisme; des médecins anglais ont avancé qu'elles sont en rapport avec une lésion des vaisseaux cérébraux, mais il y a exagération de leur part; l'influence des affections cardiaques, pulmonaires, laryngées, gurgitaires, buccales sur leur développement, est plus manifeste.

La phlébectasie linguale est rare dans l'enfance; à l'âge adulte on en rencontre assez souvent chez les avocats, les chanteurs, les crieurs publics, les alcooliques, les verriers; leur siège de prédilection est la partie de la face dorsale en arrière du V lingual et la partie antérieure de la face inférieure.

Comme signes, pas de douleur, un peu de gêne dans les

mouvements et d'embarras dans la parole. Sécheresse de la gorge; expulsion moins facile des crachats qui sont quelquefois teintés en rouge. Elles se présentent sous deux formes : cylindroïdes ou ampullaires.

L'auteur fait le diagnostic avec les kystes vasculaires, l'anévrysme, la grenouillette sanguine, les angiomes, et comme traitement, il recommande, lorsqu'elles s'enflamment, saignent ou gênent par leur volume, de les cautériser au galvano-cautère ou de les enlever avec des ciseaux courbes en cautérant ensuite. (*Thèse de Bordeaux, 1887.*)

J. JOAL.

---

Action du système nerveux sur la production de la salive,  
par M. le Dr JUDÉE.

Il résulte des expériences de l'auteur que pour la production des phénomènes d'inhibition dans lesquels il n'y a pas de sécrétions normales possibles, l'intervention de deux centres nerveux est nécessaire : l'un médullaire, l'autre périphérique, reliés entre eux par un filet nerveux qui—dans le cas de production salivaire—se trouve être constitué par la corde du tympan. Le premier doit être considéré comme un centre de commandement, le second est simplement chargé de l'exécution.

De même la production des deux espèces de salive, la *normale* et la *sympathique*, est due à l'action exercée au moyen des filets nerveux par un premier centre médullaire dit *de commandement*, tantôt sur un second périphérique, tantôt sur un autre de même nature. Il appelle *centre périphérique de phonation* celui qui doit annuller la tonicité des éléments primitifs de nos glandes ; le *centre périphérique auto-moteur* ou de *tonicité* est celui qui est destiné à l'augmenter. (*Académie des Sc., 7 nov. 1887. — Sem. méd., n° 46, 16 janv. 1888.*)

N. NATIER.

---

Un cas de Leucoplasie buccale (*A case of Leucoplasia buccalis*),  
par le Dr WHITEHILL HINKEL.

Il s'agit d'un homme de 48 ans éprouvant depuis quelques semaines des douleurs à la gorge et de la difficulté à avaler.

L'amygdale droite était rouge et très grosse, la gauche légèrement augmentée de volume. Sur chacun des piliers antérieurs on aperçoit une plaque opaline recouvrant presque entièrement les piliers. On observe une plaque semblable sur la partie inférieure de l'amygdale; sur le milieu de la langue existait aussi une plaque opaline de la grandeur d'une pièce d'un franc, et sur le côté gauche de cet organe une ulcération irrégulière à bords taillés à pic et comprenant toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'au tissu sous-muqueux. Le malade nie la syphilis et n'en présente aucune trace. On prescrit cependant un traitement anti-syphilitique énergique qui n'amène aucune amélioration. On prescrit alors une médication tonique et de l'iode en applications locales. Sous l'influence de ce dernier traitement le malade guérit au bout de quelques mois.

D'après l'auteur il s'agissait dans ce cas non de syphilis mais de leucoplasie buccale; il base son opinion sur les considérations suivantes :

1<sup>o</sup> Pas d'antécédents syphilitiques; la lésion initiale très problématique n'a pas été suivie d'accidents secondaires dans une période de 25 ans.

2<sup>o</sup> Le traitement syphilitique très énergique et très persistant a déterminé une aggravation au lieu d'une amélioration de la lésion.

3<sup>o</sup> L'amélioration et la guérison ont suivi le traitement tonique.

4<sup>o</sup> La famille du malade très saine ne présentait pas le moindre signe de la dyscrasie syphilitique. (*N.-Y. med. Journ.*, 22 oct. 1887.)

Dr CH.

**Un cas de nigritie de la langue**, par le Dr G. VERNET, médecin-adjoint à l'asile Saint-Luc, à Pau.

Après un historique très sommaire de la question, l'auteur cite un cas de nigritie de la langue qu'il a étudié sur lui-même dans le cours d'une angine herpétique, accompagnée de fièvre, courbature, etc.

La nigritie, s'accentuant avec la production de nouvelles

vésicules, et disparaissant avec elles, semblerait plaider en faveur de la doctrine parasitaire. Cependant, l'examen microscopique des papilles linguales, répété à diverses périodes de l'affection, n'a simplement révélé que la présence de corpuscules pigmentaires, accolés aux gaînes épithéliales, sans aucune trace d'éléments parasitaires.

Malgré ces résultats négatifs, l'auteur ne se croit pas autorisé à conclure en faveur de l'une ou l'autre des théories émises jusqu'à ce jour sur la nature de cette affection. (*Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1887.) L. L.

**Cas de glossite aiguë chez une petite fille.**

M. Shield rapporte le cas d'une petite fille de six ans, qui présentait une tuméfaction énorme de la langue. Cet organe faisait saillie hors de la bouche et gênait considérablement la respiration.

Ce gonflement s'était développé très rapidement, à la suite d'une esquinancie.

M. Shield pratiqua quatre incisions qui donnèrent beaucoup de sang et amenèrent une prompte amélioration, mais on fut obligé de maintenir un dilatateur dans la bouche pendant quelques jours, afin de protéger la langue contre l'action spasmodique des muscles masticateurs. Les incisions se fermèrent en dix jours, et, le quatorzième jour, l'enfant pouvait retirer la langue dans la bouche.

M. Black rappelle que, dans des cas de ce genre, l'artère linguale est refoulée en haut, de sorte qu'on est exposé à la blesser.

M. Angel Money fait observer que la portion motrice du trijumeau présente une irritabilité particulière, car les muscles qu'elle innervé sont facilement atteints de violentes contractions spasmodiques. (Société de Médecine de Londres, séance du 7 novembre.— *Semaine médicale*, 9 nov. 1887.)

LACOARRET.

**Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques,**  
par M. le professeur FOURNIER.

Souvent il arrive chez d'anciens syphilitiques traités et

considérés comme guéris qu'apparaissent de petites érosions sur la langue qui sont regardées comme des manifestations nouvelles de la syphilis. Ces érosions sont cautérisées en même temps que le malade est soumis à un traitement nouveau et tout disparaît jusqu'à nouvel ordre. Mais les récidives sont fréquentes et font à la fois le désespoir du patient et celui du médecin. Frappé de ce fait, M. le professeur Fournier, après beaucoup d'hésitations et de tâtonnements, en est arrivé à cette conviction, qu'il s'agit dans ces cas d'un herpès buccal non décrit jusqu'à ce jour et qui n'est autre que l'herpès buccal récidivant en tout point analogue à l'herpès récidivant génital décrit par Doyon.

Les raisons qui ont conduit l'éminent syphiligraphe à admettre qu'il s'agirait bien là d'un véritable herpès sont les suivantes :

- 1<sup>e</sup> Inefficacité absolue du traitement spécifique;
- 2<sup>e</sup> Examen plus attentif, analyse plus minutieuse des caractères objectifs de ces lésions; et l'auteur passe en revue avec beaucoup de soin les caractères destructifs de l'herpès buccal récidivant jusqu'ici non décrit.

De même que l'irritation génitale est la cause de l'herpès récidivant des organes génitaux, de même l'irritation buccale est la cause de l'herpès récidivant de la bouche. L'analogie est par suite très frappante.

A l'existence de cet herpès récidivant buccal pseudo-syphilitique se rattache une importance pratique considérable. Et d'abord on applique un traitement intempestif qui même peut être nuisible au malade; de plus, se fondant sur un faux diagnostic, on peut dans certaines conditions, en cas de mariage par exemple, donner des conseils qui n'auraient pas leur raison d'être. De là tout l'intérêt qui s'attache à la connaissance de l'herpès buccal récidivant. (*Sem. méd.*, 13 juillet 1887, p. 281.)

M. NATIER.

**De la stomatite aphtheuse confluente bénigne et de son traitement, par le Dr HIRTZ.**

Suivant Damaschino et la plupart des autorités médicales,

la stomatite aphtheuse confluente est pour ainsi dire d'essence une affection grave et redoutable. Les observations recueillies par l'auteur lui permettent d'établir, comme Alibert l'avait déjà reconnu, que cette maladie peut être bénigne, mais facilement récidivante.

Il étudie les prodromes et la marche de l'énanthème. Rougeur scarlatiniforme d'abord, puis éruption vésiculeuse extrêmement abondante, ulcérations, etc.

Malgré la confluence, la cicatrisation s'effectue en douze ou quinze jours, l'état général reste bon et la température normale. L'appétit est seulement un peu diminué et la déglutition douloureuse.

On ne confondra pas cette affection avec la stomatite ulcéreuse. Dans la stomatite aphtheuse l'enduit pseudo-membraneux n'existe pas ou est peu résistant, l'haleine est peu fétide, l'éruption est toujours accompagnée d'une glossite exfoliatrice superficielle, son siège de prédilection est le pharynx. On devra dans tous les cas rechercher soigneusement l'élément primitif de l'énanthème à l'état isolé.

De tous les médicaments employés, un seul a donné des résultats rapides. C'est le salicylate de soude. On devra l'employer en solution concentrée, 20 0/0 au moins. On badigeonnera la muqueuse buccale et pharyngée cinq ou six fois par jour, principalement après les repas. On prescrira en même temps de légers purgatifs, comme la rhubarbe, ou mieux la magnésie calcinée, à la dose de 1 à 3 grammes par jour. (*Journal de méd. et de chir.*, novembre 1887.)

L. LACOARRET.

---

**La stomatite aphtheuse et son origine,**  
par le Dr DAVID.

Voici les conclusions de ce travail :

1<sup>o</sup> Il y a des analogies frappantes entre une maladie humaine et une maladie contagieuse des animaux domestiques ;

2<sup>o</sup> Des faits, dont quelques-uns sont très démonstratifs, établissent sa transmission de l'espèce bovine ou ovine à l'espèce humaine par le contact direct, par le lait ;

3<sup>e</sup> Des épizooties et des épidémies ont été simultanées et ont eu une marche parallèle;

4<sup>e</sup> Un cas bien probant démontre la production de fièvre aphtheuse chez une chèvre contaminée par des enfants atteints de stomatite aphtheuse;

5<sup>e</sup> Dans une expérience décisive, la stomatite s'est développée trois ou quatre jours après l'usage du lait;

6<sup>e</sup> La stomatite aphtheuse de l'homme et la cocote des animaux ne constituent qu'une même maladie, transmise à l'homme par les animaux domestiques, surtout par l'intermédiaire du lait. (*Archives générales de Médecine*, septembre-octobre 1887.)

J. JOAL.

**Stomatite gangreneuse (*Gangrenous Stomatitis*), par le Dr WHARTON.**

L'auteur rapporte sept observations de stomatite gangreneuse chez des enfants âgés de deux à cinq ans. On institua un traitement général tonique et des applications locales d'acide nitrique. Cinq malades sont guéris et deux morts.

On n'observe la stomatite gangrénouse que chez les enfants débiles et mal nourris des classes pauvres et des asiles. Elle se développe d'ordinaire à la suite d'une maladie aiguë (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.). On a décrit récemment un micrococcus qui paraît être la cause du développement de la stomatite gangrénouse. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour établir sa véritable signification pathologique. Au début seulement on pourrait confondre cette affection avec la stomatite ulcéreuse simple. La diarrhée, la broncho-pneumonie et l'hémorragie sont les complications que l'on observe le plus souvent. (*The Med. and Surg. reporter*, 17 septembre 1887.)

Dr J. CH.

**Eruption tuberculeuse sur la gencive et sur l'amygdale,**  
par A. BAGINSKY.

Un premier malade, âgé de 35 ans, avait, il y a six ans, été atteint d'une inflammation de la plèvre qui fut suivie de lésions pulmonaires. Depuis quatre mois existent de petits grains miliaires sur le bord gingival du maxillaire supérieur

ainsi que sur la voûte du palais; au même niveau se montre en outre une ulcération granuleuse. Les sécrétions et les crachats contiennent des bacilles tuberculeux. Chez le second malade, âgé de 38 ans, et atteint de phymie laryngée, existe une éruption tuberculeuse sur l'amygdale droite. Les sécrétions renferment aussi des bacilles de la tuberculose. (*Soc. de méd. Berlin*, 2 nov. 1887. — *Sem. méd.*, 9 nov. 1887).

M. NATIER.

**Tuberculose des amygdales** (*Tuberkulose der Tonsillen*), par le Dr LUBLINSKI, de Berlin.

La tuberculose des amygdales est l'une des raretés de la pratique laryngologique. Cependant l'immunité que Virchow attribue à ces organes à l'égard du tubercule ne doit plus être considérée aujourd'hui que comme relative. Toutefois, si l'on a vu assez souvent la tuberculose du pharynx gagner l'amygdale, il est rare que celle-ci soit prise sans participation de son pourtour. Cependant Strassmann a trouvé souvent à l'autopsie de phtisiques de très petits tubercules miliaires dans le tissu d'amygdales qui, du reste, ne présentaient à l'extérieur aucun signe de cette infiltration. Cornil et Ravier, ainsi que Ziegler, ont fait la même remarque.

Chez les deux malades que l'auteur a observés, il y avait des ulcérations tuberculeuses de la surface des tonsilles sans que les parties voisines présentassent aucune modification appréciable. Dans les deux cas la tuberculose avait envahi antérieurement les poumons et le larynx.

L'affection consistait en petites ulcérations dont la surface était recouverte d'exfoliations gris-jaunâtres; les bords en étaient taillés à pic, un peu plus élevés et plus rouges que la surface amygdalienne environnante.

Dans les deux cas également il n'y avait aucune trace de syphilis et la présence de nombreux bacilles put être constatée.

Cette recherche des bacilles, soit dans le tissu amygdalien dont on détache une parcelle, soit dans les produits du grattoage du fond des ulcérations, est importante pour le diagnostic,

car les lésions ressemblent beaucoup à des ulcères syphilitiques, et il est probable que l'on a parfois traité comme tels des ulcérationst tuberculeuses.

Le traitement consista en applications palliatives de cocaïne, en insufflations d'iodol. Dans l'un des cas le traitement local galvano-caustique parut améliorer l'état des tonsilles; dans l'autre où un traitement local suivi ne put être institué, les ulcérationst s'étendirent à tout le pharynx. Chez tous deux la phthisie rapide des poumons entraîna l'issue mortelle.

L'auteur explique la contradiction apparente qui existe entre les micrographes qui ont souvent découvert des tubercules dans l'amygdale et les cliniciens qui la regardent comme si rare, par le développement considérable que prend le tissu conjonctif dans les maladies de cet organe, développement qui entrave le ramollissement des produits tuberculeux.

Quoique Baumgarten pense, d'après ses expériences sur les animaux, que l'amygdale peut être le point d'entrée du bacille tuberculeux, il n'en est pas moins vraisemblable cliniquement que l'infection des tonsilles se fait secondairement par l'expectoration. (*Communication à la réunion de l'Association médicale britannique à Dublin*, août 1887).

D<sup>r</sup> WAGNIER (de Lille).

---

**Hypertrophies glandulaires et conjonctives des parois latérales du pharynx** (*Glandular and connective tissue hypertrophy of the lateral walls of the pharynx*), par le Dr CLARENCE C. RICE.

Dans ce travail l'auteur étudie la pharyngite latérale, caractérisée par l'hypertrophie du repli salpingo-pharyngien. Elle peut exister en dehors de toute altération de la paroi postérieure du pharynx. Les modifications pathologiques qui la caractérisent débutent d'ordinaire par l'inflammation des glandes de la région. La congestion chronique et l'infiltration hyperplasique, qui en est la conséquence, sont le résultat de folliculites répétées qui amènent la destruction du tissu glandulaire par l'hyperplasie du tissu conjonctif qui l'entoure.

Les deux processus ne peuvent être séparés au point de vue

clinique, et les replis des parois latérales sont formés par le tissu glandulaire et conjonctif hypertrophié.

Les replis hypertrophiés sont variables ; ils atteignent parfois un volume considérable au point d'empêcher le voile du palais de s'appliquer contre la paroi postérieure. Les malades atteints de pharyngite latérale éprouvent d'ordinaire une sensation de brûlure et de raclement plutôt qu'une véritable douleur. La fatigue de la voix est très marquée et se produit facilement chez eux pour la parole et le chant. (*The New-York Med. Journal*, 17 septembre 1887.) Dr J. CH.

---

**Epithélioma de la langue** (*Société médico-pratique*, 14 novembre).

M. Le Bec a opéré un malade d'épithélioma de la langue après trachéotomie préalable. Le malade mourut de bronchopneumonie, il était emphysémateux. M. Le Bec se demande si la trachéotomie n'a pas été pour quelque chose dans l'issue funeste de la maladie.

*Paralysie labio-glosso-pharyngée.* — M. Richardière a eu une malade atteinte de cette affection. Il passe en revue les diverses causes pathogéniques de la paralysie, et dans le cas cité démontre que le début brusque de la maladie a été causé par l'oblitération des artères bulbaires. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1<sup>er</sup> décembre 1887.)

L. L.

---

**L'angine couenneuse. Sa guérison par le chloral,**  
par le Dr MERCIER.

Le succès du traitement repose non pas seulement sur l'emploi du chloral mais surtout sur son mode d'administration par petites doses, toutes les demi-heures, de manière à en imprégner la surface malade d'une façon constante.

On débute par un vomitif, puis on donne du sirop de chloral au vingtième par cuillerées, et des prises de 2, 3 ou 5 grammes, suivant l'âge des enfants.

Le chloral désagrège les fausses membranes après un temps très court; ce traitement a permis d'obtenir quinze succès sur une centaine de cas. (*Besançon*, 1887.)

J. JOAL.

**Epithélioma kystique adamantin du maxillaire supérieur,**  
par M. ALBARRAN.

L'auteur communique à la Société deux cas de kystes adamantins du sinus maxillaire. Dans le premier, la paroi du kyste était constituée par un revêtement épithéial adamantin complet doublé d'une couche de tissu conjonctif; dans le second, après de nombreuses récidives, un kyste du sinus s'était transformé en une tumeur épithéliale solide. Les masses épithéliales de cette dernière tumeur présentaient les caractères évolutifs des débris paradentaires. D'où l'auteur conclut que la théorie paradentaire prouvée pour certains kystes du maxillaire inférieur peut être appliquée aux kystes du sinus; il admet en outre que ces kystes peuvent se transformer en épithéliomas malins. M. Magitot dans ces deux cas ne voit que des tumeurs de voisinage ayant déplacé ou effacé le sinus et ne l'ayant nullement pénétré. En second lieu ils ne lui semblent point formés par des débris épithéliaux paradentaires, car on ne signale ni le point d'origine constaté ou présumé au voisinage d'une dent, ni les rapports de celle-ci avec la tumeur. Troisième remarque : ces kystes doivent, selon M. Albarran, être totalement extirpés; or M. Magitot est d'un avis complètement opposé, car il a radicalement guéri un grand nombre de kystes par le drainage seul. (*Soc. de Biol.*, 5-12 nov.; *Sem. méd.*, 9-16 nov. 1887.) M. NATIER.

**De l'épithélioma primitif de l'amygdale, par le Dr LÉON DÉRECQ.**

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> L'amygdale peut être le siège d'épithéliomas qui envahissent ensuite l'arrière-bouche;

2<sup>o</sup> Cet épithélioma est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il se rencontre dans l'âge adulte et la vieillesse;

3<sup>o</sup> L'examen histologique a démontré qu'il appartenait à l'épithélioma pavimenteux, le plus fréquemment, parfois à l'épithélioma cylindrique;

4<sup>o</sup> Peut-être doit-on admettre des variétés d'épithéliomas de l'amygdale, analogues aux deux variétés d'épithéliomas de la langue : une variété interstitielle débutant par le centre

de l'organe, une variété superficielle qui débute par la muqueuse pharyngienne qui tapisse l'amygdale;

5<sup>o</sup> Au point de vue clinique l'épithélioma de l'amygdale se révèle par des signes fonctionnels et des signes physiques.

Les signes fonctionnels sont la douleur, la dysphagie, les altérations de la voix, celles de l'ouïe.

Les signes physiques sont reconnus par l'examen de la gorge et le toucher pharyngien; tantôt il existe une hypertrophie unilatérale de l'amygdale, tantôt une ulcération à fonds irréguliers tachetés de points rouges et de points jaunâtres, saignant facilement, à bords surélevés et indurés;

Cette lésion amygdalienne s'accompagne toujours d'une adénopathie qui a pour siège particulier l'angle du maxillaire inférieur ;

6<sup>o</sup> La marche de l'épithélioma de l'amygdale est progressive, et sa durée varie de quelques mois à plusieurs années : la terminaison est fatale ;

7<sup>o</sup> Le diagnostic devra être fait surtout avec les lésions syphilitiques de l'amygdale, le chancre induré en particulier, lequel offre avec l'épithélioma la plus grande ressemblance.

Pour étayer le diagnostic on devra avoir recours au traitement anti-syphilitique ;

8<sup>o</sup> Si la lésion est limitée, il faut en pratiquer l'extirpation totale. Si elle a envahi une grande partie de la langue et du voile du palais, l'hésitation est permise. Mais le chirurgien peut encore opérer, si la lésion n'est pas trop étendue et si les ganglions sont susceptibles d'être enlevés. (*Thèse de Paris, 1887.*)

Dr J. CHARAZAC.

**Anesthésie par la cocaïne pendant les opérations dans la bouche, par le Dr Henri SCHMITZ, de Francfort-sur-Mein.**

1<sup>o</sup> Une grenouille énorme fut extirpée sans la moindre douleur après qu'on eût fait injecter dans la tumeur un gramme de dissolution de cocaïne (4 p. 100.)

2<sup>o</sup> Une femme, âgée de cinquante-trois ans, fut opérée d'un sarcome de la langue, après que l'on eût injecté 1 gr. 50 de la même dissolution de cocaine.

3<sup>e</sup> Une femme syphilitique, âgée de trente-deux ans : on badigeonneait à différentes reprises et l'on injectait dans les environs du voile du palais la même dissolution de cocaïne ; on pratiquait l'uranoplastie et la staphyllorraphie, la malade ne ressentait aucune douleur.

L'auteur a employé le salicylate de cocaïne, il déconseille les dissolutions qui sont plus fortes que celles de 4 p. 100. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 39, 1887.)

**Calcul salivaire (Speichelstein), par le Dr A. MURSET, de Kappel.**

Un commérobriste, âgé de quarante-cinq ans, se plaint depuis deux semaines de douleurs insupportables à la moitié droite de la face ; les dents ne s'écartent que de 1 1/2 centimètre ; les glandes sous-maxillaire et sublingale correspondantes enflées et douloureuses. Douleurs dans la bouche, langue immobile, impossibilité de mâcher. Dans la caroncule sublinguale, on aperçoit un point blanc, des antorcites ; en élargissant avec le bistouri boutonné, on réussit à sortir un calcul dur, long de 2 centimètres, représentant tout à fait la forme d'une dent canine. L'engorgement simultané des deux glandes salivaires fait supposer que le corps étranger était placé dans la partie du canal qui est commune aux conduits de Warthon et de Bertholin. Le lendemain le malade était guéri. (*Correspon. deuzblatt für schweizer ärzte*, 1887, n° 17.)

**VARIA**

**Extraction d'un corps étranger de l'œsophage,**

Par le professeur DUBRUEIL.

Dans la *Gazette Hebdomadaire de Montpellier*, l'auteur rapporte un cas de corps étranger de l'œsophage dans lequel, après avoir facilement introduit dans le conduit le panier de Græffe, il éprouva la plus grande difficulté à le retirer. Il réussit toutefois à extraire, en même temps que le corps étranger, un os transversalement placé dans la partie supérieure de l'œsophage au niveau du cricoïde. Aucun accident ne suivit l'extraction (*Le Courrier Méd.*, 6 novembre 1886). Dr J. Ch.

**Du traitement des rétrécissements de l'œsophage,  
par le Dr F. JOUIN.**

L'auteur trouve singulièrement exagérées les conclusions d'une des cliniques de M. Potain, sur un cas de rétrécissement syphilitique de l'œsophage. Il n'admet pas non plus l'œsophagotomie interne préconisée par M. Le Dentu. Aussi, reprenant un des chapitres de sa thèse, M. F. Jouin démontre avec plusieurs observations à l'appui la supériorité de la *dilatation immédiate progressive*. Ce procédé est simple, facile, à la portée de tous les médecins.

L'instrumentation se compose :

- 1<sup>o</sup> De deux bougies conductrices ;
- 2<sup>o</sup> De trois dilatateurs.

1<sup>o</sup> *Bougies conductrices.* — Elles sont l'une et l'autre assez flexibles et très petites (n° 7 de la filière Charrière). La première a 6 centimètres de longueur et est destinée aux rétrécissements superficiels du rectum, de l'orifice antérieur du nez, etc. La sonde est assez longue (de 25 à 30 centimètres) et est destinée aux rétrécissements de l'œsophage et de l'arrière cavité des fosses nasales. Toutes deux portent à leur extrémité terminale l'ajutage métallique de la bougie du professeur Le Fort.

2<sup>o</sup> *Sondes dilatatrices.* — Au nombre de trois, elles sont coniques et construites avec des sondes œsophagiennes dans lesquelles on a introduit du petit plomb de chasse, ou une lame de plomb. Elles portent à leur extrémité un pas de vis qui s'adapte à l'ajutage métallique de la bougie conductrice. On les fixe les uns après les autres sur cette bougie, et on les passe dans le retrécissement auquel elles communiquent la dilatation que le chirurgien veut obtenir.

La sonde n° 1 présente à sa partie la plus large 7 mill. 1/3 (n° 22 de la filière Charrière), la deuxième 9 mill. 2/3 (n° 29) et la troisième 15 millimètres. Cette instrumentation est évidemment imparfaite, les dilatateurs sont trop peu nombreux. Cependant les succès obtenus ne prouvent que mieux la supériorité de la méthode. (*La Pratique Médicale* du 18 et 25 octobre 1887.)

— L. LACOARRET.

**Sur un cas de diphtérie avec manie (Un caso di difteria maniaca),**  
par le Dr MONTEFUSCO.

Femme de trente-trois ans, recueillie dans l'hôpital Cotugno de Naples, ayant contracté la diphtérie en soignant des enfants qui en étaient atteints. Après quatre jours, la malade présenta des troubles psychiques se traduisant par de l'ideorrhée, du délire de la persécution, des grandeurs; en un mot, elle passa de l'état de mélancolie à la manie furieuse, etc., etc.

Ces symptômes persistèrent pendant quatre jours et furent suivis d'un abaissement constant de la température qui descendit parfois au-dessous de la normale. Après cela, les troubles psychiques cessèrent complètement, en même temps que s'amélioraient les phénomènes locaux de la diphtérie. La malade ne garda aucun souvenir de sa maladie et quitta l'hôpital parfaitement guérie.

L'A. rapporte le cas du Prof. Lombroso, unique jusqu'à présent, dans la littérature médicale. (*Archivii Italiani di Laringologia*, janvier 1887.)

D<sup>r</sup> CARDONE.

**Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement,**  
par le Dr DE SOYRE.

On ne saurait nier, comme l'a soutenu récemment de Burine, que chez certaines femmes, qui pendant l'adolescence n'avaient rien présenté d'insolite, on peut noter, au moment de l'établissement de la menstruation ou à la première grossesse, ou dans le cours de grossesses subséquentes, la formation d'un goître plus ou moins volumineux. En outre il est certain que dans quelques cas, fort rares heureusement, la présence de cette tumeur a mis les jours de la malade en danger et même a déterminé la mort par suffocation.

De tous les moyens préconisés contre le goître, celui qui a donné les meilleurs résultats est la pratique des injections iodées.

Revue bibliographique faite d'après les travaux récents de De Burine, Duguet, Terrillon et Sebilleau. (*Archives Rhinologie*, 30 janvier 1887.)