

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

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

*Vol 8, n° 9, p. 513 à 560. - Paris : Doin, 1888.*

*Cote : Académie nationale de Médecine: 91320*



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine  
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91487x1888x09>

## DES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr **HENRI GUINIER**, agrégé de la Faculté de Montpellier.

La question de l'emploi des *sulfureux*, et en particulier des *eaux sulfureuses pyrénéennes* dans la *tuberculose du larynx*, étant en ce moment à l'étude parmi les laryngologistes, il paraît convenable que chacun, dans la mesure de ses observations, apporte les documents utiles qu'il possède.

M'occupant activement moi-même de laryngologie depuis 1860, c'est-à-dire depuis la première apparition du laryngoscope en France, membre actif de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, et de la *Revue mensuelle de Laryngologie*, vétéran de plus d'un quart de siècle de la médecine thermale de Cauterets, la grande station sulfureuse pyrénéenne où se rendent en si grand nombre, chaque été, les maladies chroniques les plus variées et les plus graves du larynx, je puis et je dois apporter mon contingent personnel d'expérience spéciale; et peut-être intéresserai-je les lecteurs de la *Revue* par la nouveauté des aperçus et l'encouragement réel que je donne au traitement de la maladie la plus désespérante pour le clinicien.

La question des *sulfureux* et des *eaux sulfureuses* n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire à un premier et superficiel examen.

Le *soufre* et ses composés pharmaceutiques ont des applications sans analogie avec celles des eaux dites *sulfureuses*, notamment avec celles des *Eaux sulfureuses des Pyrénées*, et tout particulièrement enfin avec celles des *eaux sulfureuses de Cauterets*, plus spécialement visées dans les communications précédentes (*Revue mensuelle de Laryngologie*, n° 6, 1888).

Il existe, sur ce sujet complexe et fort mal connu, de véritables légendes.

Or, je le demande immédiatement, si ceux-là même qui observent sur place, auprès des fontaines sulfureuses, ont tant de difficulté à débrouiller le problème, quelle autorité peuvent bien avoir, sur une question aussi spéciale, ceux qui n'ont même pas encore mis le pied dans une station sulfureuse pyrénéenne?

Ces faits sont le résultat de la pauvreté des publications contemporaines sur les eaux sulfureuses, et surtout peut-être de l'abus que l'on fait de quelques écrits de valeur, visant telle station ou telle source déterminée, et que l'on a le tort d'appliquer à l'histoire médicale de *toutes* les sources sulfureuses indistinctement.

Parmi ces écrits, ceux des frères Bordeu, dans le siècle dernier, et ceux de Pidoux, dans l'ère contemporaine, ont servi de thème à la plupart des livres et des brochures qui inondent depuis vingt ans la presse médicale et dont la majeure partie, hélas! a été écrite plutôt pour recommander ou faire connaître le nom de l'auteur à son arrivée dans la station où il aspirait à se créer une clientèle productive, que pour apprendre quelque chose de vraiment scientifique au public médical.

Dans l'étude des *eaux sulfureuses*, on s'attache surtout à l'action du *soufre* qui sert à les caractériser; et la plupart des *Manuels* ou *Dictionnaires* d'eaux minérales ont contribué à répandre cette prévention mal fondée. Mais il faut bien le dire, l'*odeur* du soufre que présentent ces eaux singulières a suffi pour les faire nommer *sulfureuses* et pour leur conserver empiriquement cette dénomination qui n'a aucune base scientifique. De là, une classification déplorable, qui confond ensemble des médicaments thermo-minéraux naturels, souvent sans la moindre analogie d'action.

« La source de nos erreurs, dit Condillac (*Essai sur l'origine de l'entendement humain*), est dans l'habitude où nous sommes de raisonner sur des choses dont nous



n'avons pas d'idée, ou dont nous n'avons que des idées *mal déterminées*. »

Les analyses chimiques démontrent bien cependant que le *soufre* est loin de prédominer dans la composition des eaux dites *sulfureuses*; et la clinique thermale constate, à son tour, que, dans la même station, ce ne sont pas toujours les sources les plus sulfureuses qui sont les plus stimulantes de l'innervation; elles y sont quelquefois, au contraire, les plus *sédatives*.

Depuis 1714 jusqu'à nous, Borie, Bordeu, Labaig, de Secondat, Thierry, Castetbert, Poumier, Longchamp, Anglada, Fontan, Orfila, Latour, Boulay, O. Henri, Balard, Béchamp, O. Réveil, Filhol, Garrigou, Duhourcau, Byasson frères, se sont successivement occupés de l'analyse chimique des *eaux sulfureuses de Cauterets*.

On y a signalé tour à tour :

Les *acides* : sulfhydrique, chlorhydrique, sulfurique, silicique, phosphorique, borique, iodhydrique, fluorhydrique, carbonique;

Les *bases* : soude, potasse, magnésie, chaux, oxyde de fer;

La lithine, l'albumine, le fer, le manganèse, le nickel, le cobalt, le cuivre, le plomb, l'arsenic, l'antimoine, le mercure, le zinc, le brome, l'azote, et enfin le *soufre* à l'état de monosulfure alcalin.

Toutes les eaux sulfureuses de Cauterets sont alcalines. Cette alcalinité paraît due à la fois au principe sulfureux à réaction alcaline, et aux carbonates et silicates à réaction également alcaline.

Or, il faudrait savoir, pour chacune des sources employées, sous quelle forme, en quel état de composition ou de combinaison isomérique, sous la double influence du calorique et de l'électricité, ces substances si multiples et si diverses sont absorbées par nos tissus, agissent sur nos organes sains ou malades, sur nos fonctions à l'état physiologique ou à l'état morbide : — autant de problèmes jusqu'à présent enveloppés de la plus complète obscurité.

Dès lors, comment pouvoir énoncer cette étonnante affirmation, que les *eaux sulfureuses* agissent par le *soufre* qu'elles contiennent; et le soufre, pris à l'intérieur, même à faible dose, étant un *excitant* très énergique, *toutes* les eaux sulfureuses sont *excitantes* et *congestives*? (*Revue mensuelle de Laryngologie*, 1888, p. 358).

S'il est vrai que le *soufre* a des propriétés manifestement *excitantes*, ce n'est pas par leur *soufre* qu'agissent les eaux sulfureuses de Caunterets, par exemple, puisque la plus sulfureuse de toutes, le *Petit Saint-Sauveur*, est manifestement *hyposthénisante*, *calmante*, *antiphlogistique*, tout comme l'eau sulfureuse de *Saint-Sauveur-de-Luz* si réputée par son action *sédative*.

« Il est à remarquer, dit Filhol, que le bain de Saint-Sauveur est plus riche en sulfure de sodium que celui de la Reine, à Luchon. » Ainsi il contient pour 300 litres 6 grammes 300 de sulfure, et celui de la Reine 5 gr. 875; cependant le premier *calme*, tandis que le second *excite*.

Ce qui n'empêche pas Constantin James, après avoir cité dans son *Guide pratique des Eaux minérales* (1860, 4<sup>e</sup> éd., p. 79) la remarque de Filhol ci-dessus mentionnée, de soutenir cette opinion fantaisiste, puisqu'elle est en contradiction avec les faits, que l'action *excitante* des Eaux sulfureuses pyrénéennes est proportionnelle à leur principe sulfureux (p. 79 et *passim*).

Pour rester dans le sujet, et sans sortir de l'importante station thermo-sulfureuse de Caunterets, il est urgent de faire ressortir que parmi les *onze* sources si remarquables qui alimentent ses huit établissements thermaux, et dont chacune jouit d'une antique et fort légitime réputation pour les maladies chroniques les plus dissemblables, il n'y a guère que la fontaine *Raillère* qui présente une action thérapeutique spéciale, vraiment élective, en quelque sorte spécifique, sur le *larynx* et ses maladies chroniques, la *tuberculose* comme les autres.

Et comment attribuer au *soufre* la prépondérance dans l'action salulaire si singulière de cette eau minérale



contre les lésions laryngiennes, alors que cette eau contient à peine *seize milligrammes* par litre (ou mille grammes) de monosulfure, tandis que l'eau de la buvette de *César*, à Cauterets, en contient *vingt-trois* milligrammes, et celle des *Espagnols*, *quinze* milligrammes, et que nos tuberculeux ne consomment que *cinquante à cent* grammes par jour, en boisson, de cette eau de *Raillère*.

Or, si dans la seule station thermale de Cauterets il n'y a guère qu'une source sur *onze*, applicable à la *phtisie du larynx*, comment pouvoir confondre, en tant que moyens curateurs de la tuberculose laryngée, toutes les sources sulfureuses connues et les jeter dans le même sac thérapeutique sous la dénomination commune de *sulfureux* ? Serait-il donc indifférent d'envoyer un tuberculeux à l'une quelconque des stations thermales sulfureuses connues ou même à l'une quelconque des sources sulfureuses de ces stations thermales, en admettant que l'indication des *sulfureux* fût admise dans son cas ? Poser la question en ces termes, n'est-ce pas en faire toucher du doigt toute la difficulté ?

On ne saurait donc se servir des mots *sulfureux*, *eaux sulfureuses*, dans la thérapeutique de la *tuberculose du larynx*, sans y apporter les plus larges restrictions, — encore moins envisager le *soufre* comme le principal ou unique agent d'action des eaux (dites *sulfureuses*) dont la réputation contre les lésions chroniques du larynx s'appuie sur des milliers de faits publiquement observés, — proscrire enfin ces eaux minérales de la thérapeutique des maladies chroniques du larynx, à cause de la prétendue action excitante et congestive de leur *soufre*, quels que soient sa dose, son état isomérique, ses combinaisons, ses antagonistes neutralisants, dans le médicament thermal utilisé.

Ainsi limité, le champ de l'observation scientifique devient singulièrement précis ; et il n'est plus permis,

par exemple, de placer parmi les *sulfureux* l'eau dite *sulfureuse* de la *fontaine Raillère*, à Cauterets.

Dans toute cette immense cacophonie de thérapeutique hydro-minérale *sulfureuse*, il est une expression dont on abuse souvent en l'appliquant sans discernement à toute action curative par les eaux sulfureuses pyrénéennes, c'est le mot *excitation* et l'idée qui s'y rattache.

« Un grand nombre d'erreurs et la plupart des disputes, dit Locke (*Essai sur l'entendement humain*), proviennent de l'abus que nous faisons des *mots* et de la mauvaise signification que nous lui attribuons. »

De ce que le *soufre* est un *excitant*, de ce que les sources les plus réputées des Pyrénées sont appelées *sulfureuses*, de ce que ces eaux *stimulent* le plus souvent l'organisme et provoquent de la part des *réactions* salutaires qui ne sont que la mise en jeu de la *force médicatrice*, on ne veut voir que de l'*excitation* dans toute action thérapeutique thermo-sulfureuse naturelle, demandée aux sources des Pyrénées.

On confond ainsi l'*excitation congestive*, véritable acte morbide, avec la simple *stimulation* qui n'est qu'un acte physiologique; et cette confusion empêche de voir des phénomènes tout à fait distincts, des plus intéressants à observer, et expliquant très bien les erreurs commises, les déplorables résultats quelquefois obtenus, et les interprétations qui peuvent en résulter.

Donnons quelques exemples justificatifs.

De ce que *certaines* sources sulfureuses pyrénéennes agissent électivement sur la peau et produisent la *poussée*, les uns se sont imaginé, d'après les excellentes descriptions données de la *poussée* par les observateurs sagaces qui l'ont étudiée directement dans son lieu d'origine, dans son domicile réel, que *toute* cure thermo-sulfureuse pyrénéenne devait, pour guérir son malade, produire également la *poussée*. — Première et grave erreur qui a



entraîné pas mal de méfaits dans la pratique thermale de quelques débutants naïfs.

De ce que *certaines* sources sulfureuses pyrénéennes réveillent des actes pathologiques assoupis par la chronicité, provoquent un état morbide aigu, opèrent, dans quelques cas déterminés, une stimulation congestive, laquelle, poussée jusqu'à l'abus, devient une véritable *excitation*, analogue à la *poussée*, mais s'adressant plutôt aux organes et appareils du centre qu'à l'appareil périphérique ou cutané, et traduisant son degré d'action favorable par un mouvement fébrile réel, *fièvre thermale*, les autres se sont imaginé, d'après les excellentes descriptions données de la *fièvre thermale* par les observateurs sagaces qui l'ont étudiée directement dans son lieu d'origine, dans son domicile réel, que *toute* cure thermo-sulfureuse pyrénéenne devait, pour guérir son malade, produire également une *fièvre thermale*. — Deuxième et plus grave erreur qui a entraîné pas mal de méfaits dans la pratique thermale de quelques autres débutants naïfs.

De ce que Pidoux a écrit, après l'avoir nombre de fois observé, que l'*hémoptysie thermale* est commune aux *Eaux-Bonnes*, mais qu'il n'y a pas lieu de s'en effrayer même chez les tuberculeux, on s'est généralement imaginé que l'*hémoptysie* était la suite obligée de toute cure thermo-sulfureuse pyrénéenne, chez toute poitrine délicate, et l'on a, par exemple, tenu éloignés de Cauterets des hémoptoïques qui y auraient vu tarir leur crachement de sang (comme j'en possède de nombreux exemples dont quelques-uns ont été publiés), et des tuberculeux chez lesquels on redoutait de provoquer des congestions hémorragiques sur les poumons, et qui en auraient, au contraire, prévenu, par une sage cure thermale, la funeste possibilité.

En 1871, Armieux (de *Barèges*) a écrit un excellent chapitre sur l'action des eaux minérales sulfureuses



pyrénéennes et sur celle des eaux de *Barèges* en particulier.

Les grandes analogies, on pourrait même dire la similitude, qui, en bien des points, confondent l'action thérapeutique spéciale de Cauterets et de Barèges, — analogies et similitude signalées par tous les auteurs expérimentés et d'une autorité compétente, dès les écrits les plus anciens (1714 à nos jours) sur cette si remarquable région hydro-minérale des Pyrénées, — donnent une grande valeur aux observations d'Armieux par rapport à ce qui s'observe également à Cauterets.

Armieux distingue soigneusement, et en praticien consommé, la *stimulation physiologique* et l'*excitation pathologique*.

Pour moi, comme pour Armieux, les eaux *sulfureuses* de la région Barèges-Cauterets ne sont *excitantes* et *congestives* qu'entre les mains de ceux qui ne savent pas s'en servir. La *stimulation physiologique* par les eaux de Cauterets, et en particulier par la fontaine *Raillère*, réveille les fonctions générales de nutrition, affaiblies par la dyscrasie ou diathèse, préside aux crises salutaires qu'on observe si fréquemment pendant les cures thermales bien conduites, et dont les plus communes se traduisent par des modifications de quantité ou de qualité, dans les urines, les sueurs ou les crachats. C'est la *stimulation physiologique*, qui, poussée à son summum, produit, chez les baigneurs, ces lassitudes, ces courbatures, ces maux de tête légers, ces embarras gastriques embryonnaires, ces irrégularités des selles (diarrhée ou constipation), ces agitations nocturnes, ces insomnies insolites, etc., dont ils se plaignent si fréquemment, et qui cèdent toujours à une courte suspension de la cure thermale, avec ou sans addition de quelques émollients ou antispasmodiques légers.

Ces incidents de réaction *physiologique* doivent être surveillés de près. Poussés trop loin, ils peuvent devenir

*pathologiques*, et alors ils rentrent dans l'*excitation pathologique* qui doit être absolument évitée.

C'est à l'expérience et à la sagacité du médecin thermal à savoir maintenir cette *stimulation* dans la limite thérapeutique.

A Cauterets, ces phénomènes de stimulation se manifestent aussi particulièrement sur les organes malades.

Chez les *rhumatisants*, ce sont de légères douleurs, soit dans la partie précédemment atteinte, soit ailleurs (sources du *Bois*, des *Espagnols*, du *Pré*).

Dans les *maladies du foie*, ce sont des sensations de pléthore dans l'organe hépatique (sources de *Mauhourat*, *César*, *Raillère*).

Dans les *maladies des reins*, ce sont des dépôts divers charriés par les urines (source de *Mauhourat*).

Dans les *maladies de l'estomac* et de l'*intestin*, ce sont des modifications évidentes dans les digestions et dans la fonction stercorale (sources *Mauhourat*, *César*, *Raillère*).

Dans les *maladies de poitrine*, ce sont des changements très appréciables dans la toux et dans l'expectoration (sources *Raillère*, *Mauhourat*).

Dans les *maladies du larynx*, enfin, ce sont des transformations de couleur et d'aspect de la muqueuse intralaryngienne dont le laryngoscope permet de suivre chaque jour les progrès (sources *Raillère*, *Mauhourat*).

Mais, dans tous ces cas si divers, tout se borne à des phénomènes de *stimulation physiologique* à tendance manifestement favorable.

A Cauterets, l'*excitation pathologique* n'est jamais la conséquence d'une cure thermale bien disciplinée; elle provient toujours de l'abus des eaux ou de leur application intempestive ou maladroite; elle est aussi le plus souvent la conséquence des excès, des imprudences ou de l'indocilité des clients.

A Cauterets, la *poussée*, la *fièvre thermale*, l'*hémoptysie thermale*, n'existent pas dans les cures thermales bien dirigées. Quand elles se produisent, elles sont un *accident*



et non un *procédé thérapeutique*. Elles sont toujours dues à un état pathologique provoqué par l'abus des eaux, les écarts de régime, les influences climatiques ou l'indocilité des baigneurs.

Le contraire ne saurait être que des exceptions.

A Caunterets, les meilleures cures se passent sans tumulte, sans réaction tapageuse, dans le silence de l'économie (Bordeu). Toutes les cures thermales, instituées pour combattre une maladie chronique grave de la poitrine et du larynx, une dyscrasie maligne telle que la *tuberculose*, sont dans ce cas. Le médecin thermal s'y attache à *discipliner* la rénovation nutritive, résultat envié de toute cure importante. En réparant la misère physiologique de l'organisme, cette *rénovation nutritive* de l'individu donne aux tissus malades une puissance de vitalité capables de résister à l'infection bacillaire; elle *stérilise* le terrain organique qui devient réfractaire au développement et à la prolifération du bacille.

Or, il est d'observation que cette *rénovation nutritive* obtenue par la cure thermale de Caunterets (c'est-à-dire, en d'autres termes, le retour à la santé), s'opère mieux et plus sûrement, dans le calme d'une élaboration médicamenteuse naturelle et doucement progressive, que dans le tumulte d'une bataille thérapeutique chanceuse qui laisse malheureusement quelquefois après elle des morts et des blessés.

La stimulation générale nerveuse, il faut le répéter avec insistance, — quelquefois la stimulation locale, comme dans la phtisie laryngée, — est nécessaire, utile; mais elle doit rester modérée. Elle doit être *maniable*, rester à la discrétion du médecin thermal, comme un train lancé soumis à la main du mécanicien. Poussée trop loin, elle s'émancipe rapidement; elle peut alors se transformer en *excitation*, et donner lieu à des phénomènes congestifs surtout dans la tuberculose du larynx, difficiles à régler et susceptibles de devenir dangereux.

Savoir rester dans de sages limites ! C'est là le secret du

praticien le plus heureux dans les cures thermales dont la direction lui est confiée.

On arrive ainsi à se convaincre que les eaux sulfureuses de Barèges et de Cauterets aboutissent en définitive à de la *sédation* et non à de l'*excitation*, quand elles sont maniées avec prudence et sagacité.

Que penser, après ce court exposé, des cures thermales de tuberculose laryngée, dans lesquelles la boisson des sources les moins spéciales est mêlée sans discernement ni méthode à une action topique violente par la pulvérisation, le humage, les gargarismes quotidiens, à des bains minéraux, à des douches; et tout cela utilisé sans règle, sans surveillance médicale, avec cet empirisme naïf que chacun répudie, mais que tout le monde emploie plus ou moins par imitation, ou par simple complaisance pour les exigences irréfléchies des malades?

Observons d'ailleurs que l'*abus des eaux*, par exemple, varie nécessairement avec chaque individu.

Tel abusera des eaux avec la moitié de la dose d'action nécessaire à la cure de son voisin.

L'abus des eaux est donc en rapport direct avec l'impressionnabilité nerveuse, avec le plus ou moins de résistance à l'action thermo-minérale. L'âge, le sexe, la race, le tempérament, l'idiosyncrasie du baigneur, son état de santé, le degré et la nature de sa maladie, la spécialité de la lésion anatomique, sont autant d'éléments à considérer dans la mesure de l'action thermo-minérale à développer au cours d'une cure thermique.

D'où il résulte que l'*abus des eaux* n'est pas tant dans la *dose* de l'eau sulfureuse, employée en boisson ou autrement, que dans la manière d'en *manier* l'action thérapeutique au cours d'une cure thermique.

Il ne suffit pas de s'installer dans une station thermique réputée pour y devenir, du soir au lendemain, un clinicien consommé, pour y acquérir le droit et l'autorité d'y formuler des lois ou d'y affirmer une opinion expéri-



mentale légitime. Ce n'est pas celui qui parle le plus haut et le plus fort qui mérite toujours d'être le mieux écouté.

A Cauterets, par exemple, la médecine thermique est, à mon avis, la plus difficile de toutes. Elle exige la notion bien complète des lois naturelles, hygides et morbides, qui régissent l'organisme humain, la connaissance approfondie de la pathogénie des maladies chroniques, de leur marche, de leurs métamorphoses et, surtout, de leurs terminaisons, soit par une solution spontanée, soit par une évolution thérapeutiquement provoquée. — J'ai mis moi-même, depuis 1862, de longues années à débrouiller le chaos de l'application des nombreuses et importantes fontaines médicinales de Cauterets à la cure des maladies chroniques si multiples et si variées qui viennent, tous les ans, leur demander un soulagement et, plus souvent qu'on ne pense, une véritable guérison.

Je confesse en toute simplicité mon incapacité. . relative, mon insuffisance et ma paresse d'esprit; mais, arrivé à Cauterets dans ma virilité médicale, avec un bagage scientifique lentement acquis dans les concours pour l'enseignement supérieur des Facultés de Médecine, dans des cours publics divers, longtemps professés à Montpellier, dans les services hospitaliers dont j'ai eu la direction, je puis affirmer que j'ai mis le plus grand zèle à étudier sur place le difficile problème, alors tout nouveau pour moi, de la thérapeutique thermique, spéciale à Cauterets. J'y étais d'autant plus intéressé que j'avais à en faire usage pour ma propre santé, fort avariée à cette époque lointaine. Une importante clientèle m'a permis, dès l'origine de ces études, des observations comparatives fort instructives. J'ai sans doute commis moi-même, mais j'ai vu aussi commettre autour de moi pas mal de fautes. N'est-ce pas ainsi que se forment les bons médecins? Mais j'en suis arrivé certainement à mieux voir et à mieux pratiquer. En tout cas, je ne crois pas avoir encouru le

reproche d'avoir écrit trop tôt ou d'après des jugements prématurés.

Que le lecteur me pardonne de me mettre ainsi en scène. J'y suis bien obligé, puisque je suis en contradiction avec des confrères distingués, sur des interprétations malheureusement trop répandues parmi ceux qui vivent éloignés des thermes sulfureux pyrénéens et qui ne les connaissent que de seconde main. (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 et fin.) (1).

OBS. LVII (E. Marcel et G. Marinesco, *Archives roumaines de méd. et de chir.*, extrait, Paris, 1887). — F..., quarante ans, hystérique avérée, est traitée par l'hypnotisme. Après une attaque de sommeil provoqué ou spontané, elle est invariablement atteinte de mutisme qui, après une durée de une à deux heures, se dissipe en laissant après lui une aphonie persistante et variable quant à l'intensité. Dans ce cas, il semble aux auteurs que le trouble laryngé, s'irradiant par voie centripète au centre du langage articulé, provoque le mutisme et, de la sorte, de même que le mutisme peut donner naissance à l'aphonie, de même aussi l'aphonie peut, à son tour, engendrer le mutisme.

OBS. LVIII (ORTOLANI, *Progresso medico*, an. I, 1887. Traduit de l'italien par M. Montanari) — Jeune homme, 20 ans, menuisier. Antécédents héréditaires et personnels, nuls. Constitution grêle, pâleur de la face. Fin décembre 1886, en assistant à une opération, il tombe sans connaissance, a une convulsion et, à la suite, perd la parole. Ces convulsions se répètent de quatre à cinq fois par jour, on applique sans résultat des sangsues à l'apophyse mastoïde. Perte de l'ouïe, le sixième jour, après une convulsion, dans l'intervalle des convulsions, surdi-mutité. Le malade répond exactement aux questions qui lui sont posées par écrit. Le bromure de potassium prescrit à la dose quotidienne de 5 grammes fait, au bout de deux jours, disparaître les convulsions ; mais la surdi-mutité persiste.

Intégrité fonctionnelle des membres, des lèvres et de la langue ;

(1) Voir *Revue*, nos 4, 5 8 et 9, 1888.



celle-ci cependant ne peut être sortie hors de la bouche. Le malade, invité à parler, est dans l'impossibilité de le faire ; il accomplit une forte expiration pour émettre la voyelle *a*, « *porte la main à la gorge tout d'abord, et écrit qu'il ne peut parler à cause de la langue ou peut-être de la gorge* ».

Intégrité complète de l'intelligence. Stigmates hystériques ; anesthésie complète du côté gauche.

Comme traitement, toniques généraux, diète rigoureuse.

Le 49 mars 1887, le malade s'enivre ; reconduit chez lui et laissé seul, il commença à crier pour savoir le nom de celui qui l'avait accompagné, et ce fut de la sorte que disparut, aussi subitement qu'elle était survenue, la surdi-mutité.

OBS. LIX (DUBOIS *Correspondenz-Blatt f. Schweizer-Aerzte, Beilage*, n° 13, 1<sup>er</sup> juillet 1887). — Garçon 5 ans, devenu subitement muet et ne présentant aucun autre symptôme nerveux. Cet état, qui inquiétait fort les parents, disparut sans traitement au bout de 36 heures.

OBS. LX (DUBOIS, *ibid.*). — Une jeune fille de 14 ans, soignée quelque temps auparavant pour des attaques convulsives d'hystérie, devint subitement muette. Cette enfant, absolument impubère, avait eu deux attaques de mutisme dans la même semaine, la première fois à l'école où soudain elle ne peut répondre aux questions de l'institutrice, et la seconde fois dans la rue où il lui arriva de ne pouvoir pas prononcer un seul mot ; chaque fois l'accès fut de courte durée, ne persista que quelques heures et disparut de lui-même.

OBS. LXI (DELLO STROLOGO, *Morgagni*, an. XXIX. 1887, traduit de l'italien, par M. Montanari). — F..., 20 ans, nubile. Antécéd. héréd. : nuls.

Antécéd. personnels : *scarlatine* à huit ans ; *menstruation* à 15 ans, régulière, mais douloureuse ; *pseudo-croup* à la même époque ; à 19 ans, *douleurs rhumatoïdes* ayant laissé quelques traces.

Au mois de février 1887, à l'occasion de la mort de sa sœur : mélancolie, constriction à la gorge, difficulté respiratoire, tremblement dans les membres. Au bout de quatre jours, cet état céda aux antinervins ; mais en mars il reparait avec les règles. Un soir en se couchant, embarras de la parole ; le matin au réveil, *mutisme complet*. Après quatre jours : *bégaiement* ; la malade parle 15 jours et, à la suite d'une frayeur, *mutisme complet* le 9 avril.

A chaque crise de mutisme : affaiblissement de la vue, contraction spasmodique des paupières. Intégrité absolue de l'intelligence. Pas de convulsions hystériques, ni épileptiques.

*Examen.* Constitution organique bonne, tempérament nervoso-sanguin. L'inspection du larynx faite par A. Brachini ne révèle rien de particulier. Zone hypéresthésique à l'hypocondre droit (9<sup>e</sup> côte). Ovaralgie à droite, moins prononcée à gauche. Pas d'anesthésie. Du côté de la face, diminution de la sensibilité au toucher, à la chaleur et à la douleur. Rien aux membres. Réflexes rotuliens légèrement exagérés. Olfaction émoussée à droite; acuité visuelle plus faible à droite qu'à gauche. Réaction pupillaire normale. Intégrité de l'ouïe et du goût. Aphonie complète.

La malade est hypnotisée, on lui suggère de parler et, au réveil, elle bégaye d'abord et finit par dire « *Je suis guérie* ». La vue ne fut pas améliorée par la séance hypnotique, mais la suggestion à l'état de veille produisit l'effet désiré.

Obs. LXII (BABINSKI et BERBEZ, *Leçon sur les maladies du système nerveux*, Charcot, t. III, p. 441, 1888). — H..., de vingt-neuf ans, collatéraux névropathes; à la suite d'une fièvre typhoïde est resté aphone pendant plusieurs semaines.

Un jour, violemment projeté sur un trottoir, il perdit complètement connaissance. Transporté à l'hôpital, il sentait ses *membres inférieurs comme morts* et souffrait vivement de la tête. Revenu chez lui il eut un accès d'hystérie qui nécessita de nouveau son entrée à l'hôpital. Il resta plongé dans le coma durant la première semaine. A son réveil il présentait pendant deux jours tous les caractères du *mutisme hystérique*.

Obs. LXIII (URÉCHIA, *Société méd. psych.*, 27 fév., *Annales médico-psych.*, n° 3, mai 1888). — F..., trente-deux ans, muette, il y a cinq jours, après une forte émotion; intelligence parfaite.

Paralysie du bras droit et de la jambe gauche; mobilité de la langue, des lèvres, du voile du palais, etc. Pantomime très expressive. Stigmates hystériques.

La malade est hypnotisée, on lui enjoint de parler, elle s'y refuse d'abord, mais cède bientôt à des suggestions plus impérieuses.

Obs. LXIV (GOTTSTEIN, *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, etc.. Leipzig et Wien. Franz Deuticke, 1888). — N..., gantier, avait jusqu'ici toujours été bien portant, à part une otorrhée dont il était atteint depuis plusieurs années. Il se plaignait depuis quelques jours de douleurs au niveau du cou. Le Dr Kayser constata une *angine catarrhale avec paralysie des adducteurs*. Au troisième jour de son affection, le malade ne pouvait, qu'au prix des plus grands efforts, émettre quelques sons. Mais bientôt cela lui fut complètement impossible, et il demeura *muét comme une carpe*.



L'examen laryngoscopique révèle un léger état catarrhal ; dans les efforts de phonation, les cordes vocales s'affrontent très bien et ne laissent entre elles pas le moindre espace libre pour le passage de l'air. L'aspect extérieur du malade, aussi bien que sa façon d'agir, dénotent un *nerveux* ; on pouvait à coup sûr écarter la simulation. Du reste on en avait encore la preuve dans l'exactitude avec laquelle les cordes vocales se rapprochaient l'une de l'autre, seulement dans l'état spasmodique. L'électrisation avec deux courants ne donna aucun résultat ; avec des courants plus forts, il fut impossible de faire pousser au malade le moindre cri douloureux. Notre ami, O. Rosenbach, qui s'intéressait à ce cas et l'étudiait, entreprit de traiter le malade par des moyens psychiques. Et, en effet, la voix, après quelques jours, redevenait tout à fait normale.

OBS. LXV (A. FRATTINI, *Gazzetta degli Ospiti*, 1888, et an IX, n° 4 Milan, 1888. — Traduit de l'italien par M. Montanari). — F... mariée, dix-neuf ans, enceinte de huit mois. Parents sains, à l'exception d'une sœur hystérique. Régulée à treize ans ; à quinze ans, elle devient anémique, les menstrues disparaissent pendant six mois pour se rétablir ensuite régulièrement. A cette époque, se montrent des symptômes manifestes de l'hystérie.

Le mutisme a subitement apparu à la suite d'une dispute avec le mari. Organes des sens normaux. Mobilité absolue de la langue. Légère hyperesthésie du pharynx, de l'arrière-gorge et du larynx.

La malade ne peut ni parler, ni murmurer, ni siffler, ni émettre le moindre son, bien que le jeu des lèvres se fasse dans ce but sans la moindre difficulté. Les appareils respiratoire et circulatoire absolument sains.

M. Frattini prescrit des lavements au bromure de potassium et au chloral ; l'état persiste. Il a alors l'idée de conduire près de la malade le Dr Ferrari au service duquel elle a été précédemment. A la vue du confrère inattendu, et comme on la priait d'essayer de parler, la patiente émit un vigoureux *aa*, puis s'écria aussitôt : *Mon Dieu, je puis encore parler*.

Un mois après la délivrance s'effectuait normalement et la malade est aujourd'hui en bonne santé.

L'auteur attribue cette guérison non au bromure de potassium, mais bien à la vive impression ressentie par la malade au moment de l'apparition inattendue de M. Ferrari.

OBS. LXVI (MUSMECI, *Gazzetta degli Ospitali*, nos 38 et 39, 9-13 mai 1888. — Traduit de l'italien par M. Montanari). — F... L..., treize ans ; crises hystériques, état apoplectique après une de ces

crises. Le lendemain, les phénomènes disparaissent à l'exception du mutisme.

*Anamnestiques.* — Rien, sauf le père mort de convulsions épileptiques (?). Non réglée. Il y a deux ans premier accès convulsif avec état nerveux ayant persisté pendant six mois. Jamais de mutisme. Le mutisme actuel a été occasionné par la vue du cadavre de sa tante. Aphonie complète. Langue paralysée. Organes normaux. Le mutisme persista trois mois et la parole revint à l'occasion d'une fête de Saint-Sébastien qui passe pour rendre la voix aux muets. L'enfant y ayant été conduite, s'écria : « Vive saint Sébastien ! » et depuis parla librement.

OBS. LXVII (MUSMECI, *ibid.*). — Garçon, après troubles hystériques et convulsions terribles de plusieurs heures, ne pouvait le lendemain ni tirer la langue, ni parler. La parole revint subitement.

OBS. LXVIII (CHARCOT, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 18<sup>e</sup> leçon, 1888). — H..., 81 ans, plusieurs attaques antérieures de mutisme hystérique : 1<sup>o</sup> en 1880, après disparition de sa femme, durée : 7 mois; 2<sup>o</sup> 1884, nouvelle disparition de sa femme, durée : 3 mois; 3<sup>o</sup> 1885, perte d'emploi, durée : 5 mois. 4<sup>o</sup> 1887, fugue de sa femme, durée : 4 mois; 5<sup>o</sup> 1888, querelle, durée : 3 mois.

Malade aphasique et non agraphique; ni cécité, ni surdité verbales. Répond très bien par écrit aux questions qu'on lui pose. *Bégalement* au moment où le mutisme va survenir ou disparaître. A noter de *l'aphasie* (le malade ne peut prononcer complètement les mots) lorsque revient la voix, ce qui constitue une anomalie dans le mutisme.

Grande mobilité d'esprit. Stigmates hystériques (rétrécissement double du champ visuel, hémianalgésie gauche, perte du goût et du réflexe pharyngien.

Ascendants et collatéraux névropathes.

OBS. LXIX (CHARCOT, *ibid.*, 19<sup>e</sup> leçon, 1888). — H..., 24 ans, maçon, chute d'un troisième étage : paraplégie hystérique. Après attaques convulsives, à plusieurs reprises *bégalement* de huit à dix jours de durée. Tombe sans connaissance en se promenant dans la rue, vers les cinq heures du soir : revient à lui au bout d'une heure et parle, mais en *bégayant*. Rentré à l'hôpital le lendemain, *bégaie* toute la journée : le surlendemain, il se réveille *muet et aphone*, ne pouvant se faire comprendre que par la mimique et l'écriture. Pas d'agraphie; ni cécité, ni surdité verbales. Stigmates très prononcés (rétrécissement du champ visuel, parésie du côté droit, etc.). A noter en outre comme anomalie de la contraction de la langue que le malade ne peut tirer au-dehors.



M. le Dr Cartaz, qui a examiné ce malade et la suivante le lendemain de la leçon de M. Charcot, nous transmet (1) les détails suivants :

« *Examen laryngoscopique* : Anesthésie pharyngo-laryngée : pas le moindre réflexe. Un peu de congestion du pharynx et du larynx, l'épiglotte et les cordes vocales sont un peu rouges. Pendant l'examen laryngoscopique, respiration normale, *les cordes sont dans la position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction extrêmes*. En l'invitant à prononcer un mot ou à pousser un cri, *il ne sort aucun son*, mais *on voit les cordes se rapprocher un peu de la ligne médiane*. Elles restent pendant un instant agitées de mouvements fibrillaires.

Toutes les cinq minutes (le matin) ou à peu près, se présentent des *quintes de spasme glottique* avec cornage, quintes de toux convulsives. A ce moment, on voit les cordes vocales se rapprocher d'un mouvement convulsif. Ces crises sont parfois violentes, surtout quand on vient à presser sur une des zones hystérogènes (le dos) et il y a une période de cornage extrême, d'angoisse respiratoire qui disparaissent au bout de quelques secondes. »

Ce malade a recouvré la parole deux jours après la leçon, à la suite d'une attaque hystéro-épileptique.

OBS. LXX (CHARCOT, *ibid.*, 19<sup>e</sup> Leçon, 1888). — F..., 33 ans, une sœur nerveuse, elle-même névropathe. Apoplexie hystérique le 12 mars, à midi. Perte de connaissance pendant 5 ou 6 heures. Paralyse du membre supérieur droit et parésie du membre inférieur du même côté. *Paralysie du facial inférieur*. Auréveil muette et aphone. Au bout de 3 jours, quand il fut possible à la malade de tenir une plume elle ne pouvait tracer que des traits sans signification : *elle était par conséquent agraphique*. Pas de cécité verbale, pas de surdité verbale.

*Examen* (par M. Cartaz). Sensation du goût conservée; ouïe normale, odorat aboli à droite. Pas de réflexes pharyngo-laryngés. On peut toucher l'arrière-gorge jusqu'au larynx sans provoquer de nausées ni de toux. La malade perçoit cependant, dit-elle, le contact du doigt ou d'une tige métallique.

*Examen laryngoscopique* : glotte largement ouverte, *cordes dans l'abduction*. En disant à la malade de pousser un cri, on entend une sorte de *grognement* et les cordes viennent se rapprocher sur la ligne

(1) Lettre particulière du 18 juillet 1888.

médiane en laissant un écartement de 2 à 3 millimètres, et un véritable *hiatus* au niveau de la partie postérieure de la glotte. En même temps que ce défaut de rapprochement des cordes, cette parésie des adducteurs, il y a paralysie de l'ary-aryténoïdien. »

Obs. LXXI (communiquée par M. A. FAGE, interne des hôpitaux). — C... Jean-Pierre, trente-sept ans, fondeur, entré à l'hôpital Saint-André, le 5 juillet 1888.

Cet homme a été trouvé couché et recueilli sur la lisière d'un bois par un garde-forestier qui ne peut donner aucun renseignement.

Le malade lui-même ne peut en fournir aucun, car il ne parle pas : il ne peut articuler un seul mot ni à voix haute, ni à voix basse. Il n'émet par intervalles, lorsqu'il s'impatiente, que des sons faibles.

Il ne peut pas imiter avec les lèvres l'articulation d'un mot qu'on prononce devant lui.

Il ne savait précédemment ni lire ni écrire.

La mimique elle-même manque de précision, cet homme ayant l'air très affecté, très triste et évitant presque de répondre aux questions posées.

Pas de paralysie à aucun degré. Les mouvements de la langue s'exécutent intégralement ainsi que ceux des lèvres; le malade peut souffler, mais siffle difficilement.

Il existe par contre des troubles accusés de la sensibilité. Hormis quelques zones (dos, lombes, fesses, face antéro-externe des cuisses) où la sensibilité est simplement émoussée, il existe une anesthésie de toutes les autres parties du corps. Même insensibilité des muqueuses. Le chatouillement de la glotte, l'introduction d'une sonde laryngée ne déterminent pas de réflexe.

Insensibilité du tympan. Audition affaiblie puisque le tic-tac d'une montre n'est entendu qu'à 5 centim. de l'oreille.

Odeur très altérée : les vapeurs d'ammoniaque n'impressionnent pas la muqueuse nasale.

Goût n'a pas pu être vérifié.

Champ visuel notablement rétréci (il n'a pu être pris qu'après guérison). Pas d'achromatopsie.

L'examen du larynx fait constater un peu de rougeur des cordes vocales. Les mouvements des cordes vocales sont à peu près normaux; leur rapprochement à peu près complet.

Tous les autres organes sont sains; leurs fonctions s'accomplissent normalement.

Le malade mange peu. Son sommeil est tranquille. — Il s'irrite lorsqu'on l'accuse de simulation et porte la main à la gorge pour



montrer que c'est de là qu'il souffre. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade n'a pas eu d'attaque convulsive; il n'a pas été possible de l'endormir.

Après quatre séances de faradisation laryngée et huit douches froides la guérison est complète.

Le malade parle bien.

La sensibilité a reparu partout. Seule l'anesthésie laryngienne persiste.

L'odorat est devenu normal.

L'audition persiste à être affaiblie.

Le caractère du malade a notablement changé; il est gai et ouvert.

Par l'intermédiaire d'un interprète breton (le malade parlant très peu français) nous apprenons que notre malade a toujours été bien portant, qu'il n'a jamais présenté aucun symptôme d'hystérie, qu'il n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux et que le début de sa maladie actuelle a été *brusque* et causé par une *émotion vive*. C'est après avoir été entraîné par un individu hors de la ville et après avoir été volé par lui qu'il est devenu muet.

Nous avons, ainsi que nous l'annoncions au début, cherché à réunir dans cette étude toutes les observations de mutisme hystérique connues jusqu'à ce jour dans la littérature; nous croyons avoir, autant qu'il est possible, atteint notre but, car, sauf de rares exceptions, nous avons pu nous procurer dans le texte original la plupart des cas publiés.

Nous n'avions compté dans le principe que sur une cinquantaine de faits, notre cadre s'est élargi, chemin faisant, et nous sommes arrivés au chiffre de soixante et onze observations. Nous devons de ce fait faire subir quelques modifications aux opinions que nous avons primitivement émises, et nos conclusions dernières varieront aussi quelque peu.

Parmi les faits nouveaux dont nous avons eu la bonne fortune de prendre connaissance au cours de notre travail, il en est un (Obs. n° V) qu'a bien voulu nous adresser M. Cartaz et dont l'intérêt très vif n'échappera pas à nos lecteurs. Nous tenons encore du même auteur le résultat de l'examen laryngoscopique de deux malades

vus par lui dans le service du professeur Charcot.

Nous devons aussi des remerciements à M. Gilles de la Tourette, pour l'amabilité avec laquelle il nous a signalé les faits qui existaient dans son service, et nous a donné des indications sur les sources où il nous faudrait puiser pour en connaître les détails.

Enfin, trois cas nouveaux, publiés dans les *Leçons autographiées* de Charcot, viennent terminer la série de nos observations : les anomalies que présentent deux d'entre eux sont d'un intérêt tout particulier que nous ferons ressortir plus loin.

On aura peut-être déjà songé à nous contester l'authenticité de certains faits que nous avons ici rapportés sous la rubrique de *mutisme hystérique*.

S'il est, en effet, permis, étant donnée leur origine éloignée, de tenir pour douteux le cas du fils de Crésus, qui, d'après plusieurs historiens, et sur la foi d'Hérodote, muet depuis longtemps, aurait subitement recouvré la parole, alors qu'un soldat menaçait de tuer son père; — et celui du père de saint Jean-Baptiste, devenant, suivant saint Luc, subitement muet en apprenant la naissance de son fils; s'il est également vrai que le vers fameux de Virgile :

Obstupui steteruntque comæ, vox faucibus hæsit.

rendu par *mutisme hystérique*, pourrait paraître une traduction quelque peu libre, nous ne croyons avoir pourtant pas forcé les textes en rapportant comme des faits du genre certaines observations antérieures à la période laryngoscopique ou encore aux leçons de Charcot. Au contraire, nous n'hésitons pas à signaler comme probants les cas de Philipeaux, celui de Baudelocque (pour lequel nous serons cependant moins affirmatif), celui de Closmadeuc rapporté comme un exemple de mutité consécutive à une commotion cérébrale. Et à propos de ce dernier fait, il nous semble utile de revenir sur l'étiologie du mutisme hystérique.



On avait jusqu'à ces derniers temps considéré comme étant la conséquence d'un choc traumatique certaines paralysies consécutives à des chutes ou à de violents ébranlements comme ceux résultant, par exemple, d'une collision de trains. Or, de récents travaux, surtout dus aux Américains et aux Anglais (Putnam et Watson (1), Page (2), et dans lesquels ces affections sont étudiées sous les noms de « Railway Spine », « Railway Brain », démontrent surabondamment qu'il s'agit là d'un *Shock nerveux*, d'une lésion *sine materia*. A cette opinion se range du reste complètement le professeur Charcot qui dans ses leçons s'exprime ainsi : « Ce *Shock nerveux* (ner-  
vous *shock*) se produit quand survient une émotion  
morale, vive, une frayeur, la terreur déterminée par  
un accident, surtout quand cet accident menace la vie,  
comme cela se passe par exemple dans les collisions de  
chemins de fer. Dans ces occasions, il se développe  
souvent un état mental tout particulier récemment  
étudié avec soin par M. Page qui le rapproche d'ailleurs,  
très judicieusement à mon avis, de l'état d'hypno-  
tisme. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la *spontanéité*  
*psychique*, la *volonté*, le *jugement* étant plus ou moins  
déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles. »

Cette étiologie du mutisme hystérique, par *shock nerveux*, comparativement à ce qui s'observe pour d'autres manifestations hystériques relevant de la même cause, ne saurait être aujourd'hui nullement mise en doute. Il suffira en effet d'ouvrir les traités de pathologie nerveuse et en particulier les ouvrages de Charcot pour se convaincre à la fois et de son existence et de sa fréquence considérable. Certains faits parmi ceux que nous apportons en témoignent du reste hautement.

Nous avons, au début de ce travail, dressé un tableau

(1) J. PUTNAM, *Americ. J. of Neurol.*, 1884, p. 507. — WATSON, *Archiv. of medic.*, 1883, t. X.

(2) PAGE, *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock*, London, 1885.

portant sur un ensemble de 43 cas, les seuls qui nous fussent alors connus. Le nombre de nos observations s'étant depuis accru presque du double, nous ne croyons pas inutile de répéter ici cette statistique en la décomposant comme nous l'avons fait précédemment.

Hommes :	{	De 20 à 30 ans.....	43
		30 à 40 ans.....	4
		40 à 50 ans.....	2
		50 à 55 ans.....	3
		Non indiqué.....	6
Femmes :	{	De 15 à 20 ans.....	4
		20 à 30 ans.....	15
		30 à 40 ans.....	4
		40 à 50 ans.....	4
		Non indiqué.....	2
Adultes :		Sexe inconnu.....	2
Enfants :	{	Garçons : 5 à 19.....	6 (17, 12, 16, 13, 19, 5).
		Filles : 6 à 15.....	6 (11, 6, 14, 13, 11, 13).

Ces chiffres ne modifient en rien notre premier tableau relativement à l'âge où se manifeste le plus fréquemment le mutisme hystérique. Mais il n'en est plus de même pour ce qui a trait au sexe. Nous disions en effet primitivement que les femmes étaient atteintes dans la proportion de 57,14 0/0 et les hommes dans celle de 42,86 0/0. Or, notre dernier tableau nous apprend que la différence entre les deux sexes est beaucoup moins considérable, puisque le sexe masculin se trouve en cause 49,28 0/0 fois et le sexe féminin 50,72 0/0 fois seulement. Ce ne serait donc que 1,44 0/0 fois et non 14,28 0/0 que les femmes se trouveraient plus fréquemment frappées que les hommes. On arrive en fin de compte à cette conclusion, que le mutisme hystérique s'observe aussi souvent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, ce qui infirme notre première opinion, à savoir qu'on le rencontrerait plus communément chez la femme que chez l'homme.

*Lésions laryngées.* — Nous y avons déjà fait allusion au début; aussi pour ne pas nous répéter trop longuement,



nous bornerons-nous à une simple énumération des résultats fournis par l'examen laryngoscopique dans dix-sept cas seulement; cet examen n'ayant pas été pratiqué plus souvent sur les soixante-onze observations que nous avons réunies :

1° (Obs. III, CARTAZ). — Blancheur habituelle des cordes vocales. *Abduction presque complète*. La corde vocale gauche se met en *adduction incomplète*, si le malade essaie de donner un son.

2° (Obs. V, CARTAZ). — Epiglottite et muqueuse laryngées un peu rouges. *Pas de paralysie*.

3° (Obs. VI, MOURE). — *Pas de paralysie*. Le mouvement d'*adduction* est brusque, incoordonné. Léger *espace ellipsoïde*.

4° (Obs. X, KRISHABER). — Intégrité complète des cordes vocales et de tout le larynx.

5° (Obs. XXIII, THERMES). — Corde vocale gauche immobile en *adduction*.

6° (Obs. XXIV, LIOUVILLE et DEBOVE). — Paralysie des cordes vocales.

7° (Obs. XL, JOHNSON). — Corde vocale gauche en position cadavérique.

8° (Obs. XLII, CARTAZ). — *a*) en 1880, les cordes vocales fonctionnent normalement, mais ne peuvent s'étendre; *b*) en 1883, les cordes vocales sont écartées en *inspiration profonde* avec *espace ellipsoïde*.

9° (Obs. XLV, CARTAZ). — *Abduction complète des cordes vocales; espace ellipsoïde*.

10° (Obs. XLVIII, BOCK). — Cordes vocales légèrement rouges et très mobiles; *espace ellipsoïde*.

11° (Obs. LI, MENDEL). — Infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauches. Immobilité presque complète du cartilage aryténoïde.

12° (Obs. LVI, MARCEL et MARINESCO). — Cordes vocales en *abduction forcée*; cartilages aryténoïdes très écartés de la ligne médiane.

13° (Obs. LXI, D. STROLOGO). — Rien de particulier.

14° (Obs. LXIV, GOTTSTEIN). — *Parésie* des adducteurs; dans les efforts de phonation, les cordes vocales s'affrontent très exactement.

15° (Obs. LXIX, CARTAZ). — Cordes vocales en *position intermédiaire* entre l'*adduction* et l'*abduction* extrêmes. Elles se rapprochent un peu de la ligne médiane; dans l'effort il se produit en même temps des mouvements fibrillaires.

16° (Obs. LXX, CARTAZ). — Glotte largement ouverte; cordes vocales dans l'*abduction*; elles forment à leur partie postérieure un *hiatus*; *paralysie* de l'ary-aryténoidien.

17° (Obs. LXXI, FAGE). — Les cordes vocales fonctionnent normalement, mais l'*adduction* se fait d'une façon un peu brusque. Muqueuse du larynx et celle des cordes absolument normales (1).

L'*abduction* et le défaut de tension des cordes vocales avec production d'un *espace ellipsoïde* constituant les lésions les plus fréquemment observées du côté de l'organe vocal, nous maintenons notre avis antérieur et nous pensons toujours que, le plus souvent, ce sont les adducteurs du larynx et les tenseurs des cordes qui seuls semblent être atteints. Nous signalerons à l'attention, avec M. Cartaz, la formation d'un *hiatus* à la partie postérieure des cordes (Obs. LXX); disposition que cet auteur dit avoir rarement constatée chez les muets hystériques et qu'en effet nous ne trouvons signalée nulle part.

MM. Marcel et Marinesco prétendent que « le mutisme hystérique existe rarement sans lésions laryngées; au contraire, il est presque toujours associé à des troubles de l'organe phonateur, lesquels, suivant la manière d'agir d'une impression quelconque sur le centre de Broca, seront représentés tantôt par des paralysies, tantôt par des contractures. Ils admettent : 1° un *mutisme hystérique simple* (sans lésions laryngées); 2° un *mutisme hystérique paralytique* (avec paralysies partielles); 3° enfin un *mutisme hystérique spasmodique* (avec contracture de certains muscles du larynx, dilatateurs de la glotte, ou constricteurs??).

*Pathogénie.*— Nous avons déjà dit (2) que certains auteurs ont attribué au mutisme hystérique une origine périphérique; que d'autres en ont fait le résultat d'un trouble de la circulation cérébrale et que Charcot le considère comme une affection d'origine centrale ayant son siège dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux. A ces opinions déjà

(1) C'est le résultat de notre propre examen que nous consignons ici.

(2) Voir *Revue*, p. 252. — 1888. (Note de l'auteur.)



mentionnées et qui offrent entre elles une notable divergence, nous pouvons ajouter celle de Jolly qui, dans l'ouvrage de Ziemsemm, classe le mutisme hystérique dans les paralysies hystériques. Cette aphonie surviendrait, dit-il, par paralysie des cordes vocales et se manifesterait tout d'un coup après un accès d'hystérie, un discours animé, une excitation psychique. Mais Ziemsemm fait observer que dans d'autres cas de mutisme il semble s'agir non d'une paralysie des organes destinés aux fonctions du langage, mais bien d'une paralysie des centres de la parole, et alors les mouvements peuvent être librement exécutés et, comme exemple, il cite les faits de Berthier, Bellin, Bazin, Briquet, Kussmaul.

Amadéi, se fondant sur l'absence de toute tentative d'essai de parler chez le muet et, d'autre part, sur la puissance d'expression remarquable de la physionomie, croit à une abolition des fonctions centrales du langage. Conformément à l'opinion de Stricker, il prétend qu'à l'idée de chaque son répond un sentiment qui réside dans les muscles et est analogue à celui par lequel l'articulation véritable commence. Et alors, chez les muets hystériques, ces représentations motrices faisant défaut, s'ensuivrait l'impossibilité d'articuler. Cette hypothèse trouverait du reste sa confirmation dans la façon dont se fait pour ainsi dire la ré-éducation de la parole chez certains muets hystériques. A l'exemple de ce qui se passe chez l'enfant qui, peu à peu, à mesure qu'il apprend à parler, semble devenir maître de chaque centre des sons, pour former ensuite des syllabes et des mots, de même le muet hystérique paraît ré-acquérir des sons qu'il avait perdus et, après plusieurs tentatives, il arrive à parler comme par réminiscence.

Charcot, chez deux de ses malades (obs. LXVIII et LXX), a noté dans le premier cas de l'*aphasie* et dans le second de l'*agraphie*. Ce sont là des anomalies fort intéressantes, sur lesquelles il a soin d'insister en passant. Il indique en même temps les signes d'après lesquels il

sera possible d'instituer un diagnostic différentiel. Lorsque l'aphasie est la conséquence d'une lésion organique, il est très fréquent, dit-il, de voir les malades agraphiques en même temps qu'aphasiques ou, si l'aphasique organique est resté capable d'écrire, il le fait avec hésitation. Le langage mimique, parfait chez l'hystérique, est au contraire plus ou moins troublé chez l'aphasique par lésion organique. L'aphasique vulgaire prononce quelques monsyllabes, l'hystérique peut proférer des grognements inintelligibles.

La *paralysie du facial inférieur* (obs. LXX) ne serait qu'apparente, il s'agirait tout simplement d'un spasme glosso-labié des hystériques occupant le côté gauche et donnant l'apparence d'une hémiplégie faciale droite. En effet, les muscles sont contracturés à gauche, avec mouvements spasmodiques. La langue étant indemne, ce serait simplement un spasme labié. Mendel (1) a communiqué à la Société de Médecine de Berlin un cas de contracture hystérique et unilatérale du facial. Cette contracture intermittente disparaissait par la pression et se transportait du côté opposé. Ce fait, par sa rareté, nous a paru digne d'être rapproché de celui de Charcot avec lequel il offre une analogie complète.

En résumé, il ressort clairement de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, que le *mutisme hystérique* jusqu'à ces derniers temps, considéré comme une affection très rare, a été au contraire, depuis qu'on y a insisté, assez communément observé. Ce fait n'a rien de surprenant en lui-même et tient à ce que les symptômes mieux connus et, par suite, le diagnostic rendu plus aisé permettent de mieux établir la nature de la maladie. Il est même fort probable que des cas plus nombreux seront signalés, maintenant que l'attention a été sollicitée de ce côté.

(1) *Sem. médic.*, no 29, 18 juillet 1888.



La différence des sexes semble n'importer en rien au point de vue de la fréquence, puisque les hommes ont été aussi souvent frappés que les femmes dans les observations que nous avons recueillies.

Nous avons suffisamment insisté sur les caractères distinctifs : étiologie variable et parfois singulière; marche régulière ou intermittente; durée passagère ou parfois très longue pour qu'il soit possible de reconnaître assez facilement la maladie.

### Index Bibliographique

1856. Philipaux : Aphonie complète traitée sans succès pendant 20 mois par les médications les plus variées et guérie instantanément par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur (*Gaz. méd. de Lyon*, 30 sept., et *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 925, n° 52, 26 déc.). — Sédillot : Observation de mutité et d'aphonie complets, datant de 12 ans, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction (*Gaz. hebd.*). — 1857. Panthel : Mutité de plusieurs jours, produite par un spasme du nerf hypoglosse (*Gaz. méd. de Paris*, p. 107, 14 fév.). — 1866. Pavy : Mutisme guéri par l'intimidation (*Med. Times*, 17 fév.). — 1870. Bateman : De l'aphasie (*Gaz. hebd.*). — 1875. Howel : Aphasie (*Congrès annuel de l'Assoc. méd. anglaise*, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 608, n° 39, 24 sept.). — Morbier : Aphasie (*Union méd. et Gaz. des hôpit.*, p. 408, n° 51, 1<sup>er</sup> mai). — 1878. Closmadeluc : Commotion cérébrale, mutité consécutive; guérison instantanée (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 18, p. 277, 3 mai). — 1880. Heidenhain et Grützner : Aphasie hypnotique (*Breslauer Aerzt. Zeitsch.*) — Ball : Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle (*Encéphale*). — 1882. Potain : Aphonie nerveuse et laryngite glanduleuse. Hystérie et hystéricisme (*Revue médic. franç. et étrang.*, n° 31, 5 août). — 1883. Gualdi : De l'aphonie hystérique et de son traitement (*London medic. Record.*, août). — Lowenfeld : Zur Kasuistik der transitorischen aphasien (*Aerztl. Intelligenzblatt*). — Révillod : Du mutisme hystérique (*Revue méd. de la Suisse romande*). — 1884. Demme : (*Wien. medic. Blätter*). — 1886. Charcot : Mutisme hystérique (*Gaz. des hôpit.*, 22 juin). — Cartaz : Du mutisme hystérique (*Progrès méd.*). — Gilles de la Tourette : Cas de mutisme hystérique chez l'homme (*Progrès méd.*, 13 nov.). — Przedborski : Un cas de paralysie laryngée hystérique accompagnée d'aphonie et de dyspnée spasmodique (*Gazetta Lekarska*, nos 51-52). — Bock : Ueber hysterische Stummheit (*Deust. med. Zeitung*, nos 103-104, 23-30 déc.). — Massey : Aphonie hystérique (*Med. a. chir. Report.*, 24 juillet, et *Clinic. soc. of Maryland*, 26 avril). — Pendola :

La thérapeutique sera essentiellement variable et consistera en moyens locaux et généraux. On ne devra pas oublier non plus que tels agents, qui auront pu réussir un première fois, deviendront, dans certains cas, inefficaces plus tard chez le même sujet et devront être remplacés par d'autres.

Nous donnons ci-dessous pour ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir sur la question des renseignements plus précis, un index bibliographique des divers auteurs que nous avons consultés et auxquels il leur serait possible de se reporter.

Hystérie accompagnée de symptômes diaphragmatiques ; paralysie de la langue et mutisme ; traitement électrique de tous les symptômes ; guérison à la première séance (*Revue médic. de Séville*, IX, 321-324). — 1887. Amadéi : Mutisme hystérique traité par la suggestion (*Gazz. degli ospitali*, anno VIII, n° 12). — Spaak : Du traitement de l'aphonie par l'électricité (*J. de méd. et de pharmacie de Bruxelles*, 5 fév.). — Ortolani : Sordomutismo isterico nell'uomo (*Progresso medico*, an I, n° 9, 1<sup>er</sup> mai). — Dutil : Sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin). — Roland : Cas d'aphonie nerveuse, guérie par suggestion à l'état de veille (*Scalpel*, 12 juin). — Dubois : Mutisme hystérique (*Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte* ; Beilage, n° 13, 1<sup>er</sup> juillet). — Mendel : Surdi-mutité hystérique (*Berl. Klin. Woch.*, 8 août). — Bouchaud : Aliénation mentale et mutisme hystérique (*J. des Sc. méd. de Lille*, 14-21 octobre, et *Annales medico-psychol.*, n° 2, sept.). — Dello Strologo : Mutisme hystérique ; guérison par l'hypnotisme (*Morgagni*, an XXIX, n° 10, oct.). — Garel : De la gymnastique de la voix dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique (*Prog. méd.*). — E. Marcel et G. Marinesco : Un cas de mutisme hystérique avec contracture spasmodique glosso-laryngée, guéri par la suggestion hypnotique, associée à la gymnastique vocale (*Archives roumaines de méd. et de chir. Extrait*, Paris, F. Alcan). — 1888. A. Frattini : Caso di mutismo isterico provocato e garito da emozioni morali (*Gazzetta degli ospitali*, an IX, n° 4, 11 janv.). — Charcot : Trois cas de mutisme hystérique (*Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> leçons, p. 348, 357, 363, 17-24 avril). — Nicola Musmeci : Su di un caso di mutismo isterico (*Gazzetta degli ospitali*, nos 38-39, 9-13 mai). — Urechia : Mutisme et paralysie hystérique ayant fait croire à une hémiplegie avec aphasie ; guérison par l'hypnotisme (*Soc. medic. psychol.*, in *Annales medico-psychol.*, n° 3, mai). — Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III. — A. Fage : Mutisme hystérique chez l'homme (*J. de méd. de Bordeaux*, août).

M. NATIER.



## REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

### BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

#### Des hémiatrophies de la langue, d'origine syphilitique,

Par le Dr Robert LEUDET.

L'auteur vient d'observer, à Lariboisière, un cas d'hémiatrophie de la langue, sur lequel il est intéressant d'attirer l'attention, d'autant plus que les faits de ce genre sont peu nombreux.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui dit avoir depuis cinq mois la déglutition et la mastication difficiles. Elle s'est aperçue, il y a deux mois, qu'elle avait sur la voûte palatine, à gauche du raphé médian, une petite ulcération.

A l'examen de la malade, on voit que la moitié droite de la langue est très amincie, sans plissement de la muqueuse. Par contraste, la moitié gauche semble tuméfiée; la pointe de l'organe est déviée du côté droit; la sensibilité gustative est très émoussée du côté atrophié. Sur la voûte palatine, à gauche, près de l'insertion du voile du palais, on aperçoit une ulcération, à bords taillés à pic, rouges. Trois petites ulcérations existent en avant et en arrière de la principale. La luette est un peu déviée à gauche.

Voix fausse, bitonale; paralysie de la corde vocale droite, L'olfaction est entièrement abolie depuis quelques mois. Pas de signes de tabes dorsales.

L'action manifeste du traitement montre l'origine syphilitique de l'hémiatrophie linguale.

Une deuxième observation relative à un malade des Drs Duguet et Coupart est à peu près semblable à la précédente; le sujet avait une atrophie très marquée de la moitié gauche de la langue et une paralysie de la corde vocale gauche.

L'auteur rappelle les faits de Pel et de Clarke, Cuffer, Ballet, Lande; il étudie la pathogénie de l'hémorragie linguale et conclut que cette lésion n'est pas un symptôme exclusivement réservé aux tabes. (*Annales de l'oreille*, décembre 1887.)

J. JOAL.

### Glosso-stomatite mercurielle.

*M. Audry* présente un malade atteint de glosso-stomatite mercurielle très grave. Cet homme, âgé de vingt-quatre ans, alcoolique, eut un chancre au mois d'avril dernier. Il fut traité par des injections sous-cutanées de mercure métallique et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Dix jours après, autre injection de trois grammes de mercure métallique (administration du biiodure et de l'iodure de potassium). Les accidents mercuriels ne débutèrent que vingt jours après l'injection.

Après avoir passé en revue les divers états sous lesquels on emploie le mercure en injection, *M. Augagneur* croit qu'il faut rejeter cette méthode de traitement si l'on ne veut pas avoir des mercurialisés comme au seizième siècle.

*MM. Aubert et Icard* partagent cet avis. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, séances de février 1888.)

### De la tuberculose de la langue (*Tuberculose der Zunge*), par *L. W. ORLOW*.

L'auteur décrit un cas de tuberculose de la langue observé sur un homme de quarante-deux ans.

Le malade avait déjà présenté à deux reprises, depuis deux années, des ulcérations de la langue qui avaient guéri à la suite de cautérisations.

Une nouvelle ulcération pour laquelle il consultait était beaucoup plus étendue que les premières, elle avait 4 centimètres de long et 2 centimètres de large et occupait le bord droit et une partie du dos de la langue. Ses bords, entourés d'un ourlet rougeâtre, surtout prononcés sur le dos de la langue, sont assez bien limités, non creusés, irréguliers ; au même niveau que le fond de la plaie.

Le fond de l'ulcération, assez égal, présente quelques tubercules rosâtres de la grosseur d'une tête d'épingle ; très légère induration du fonds et des bords de l'ulcère.

Le malade n'était pas syphilitique. Il avait maigri et s'était affaibli depuis quelque temps, il y avait de la matité des sommets, de l'expiration prolongée, du souffle bronchique. Le diagnostic fut complété par l'examen d'un frag-



ment pris sur le bord de l'ulcération et qui présentait des tubercules avec cellules géantes et un grand nombre de bacilles de la tuberculose. L'ulcération fut enlevée avec le bistouri et la place cautérisée au thermo-cautère : cicatrisation partielle, mais bientôt récidive, amaigrissement considérable, diarrhée.

L'examen de la partie enlevée prouva à l'évidence la nature tuberculeuse de l'affection qui s'étendait bien plus loin dans les tissus, qu'on ne le supposait.

L'auteur parle des difficultés du diagnostic, aujourd'hui singulièrement diminuées par l'examen histologique et bactériologique auquel on n'a que trop peu souvent recours avant d'intervenir. Bien des fois ces ulcères ont été traités comme syphilitiques ou opérés comme cancers. Albert va jusqu'à dire que plus d'une prétendue guérison radicale d'un cancer de la langue par l'opération a son fondement dans cette erreur de diagnostic. Souvent aussi ce n'est qu'après l'opération et en examinant les parties enlevées qu'on a pu établir la nature réelle de l'affection.

M. Orlow recommande de rechercher le bacille de Koch dans les liquides sécrétés par l'ulcère, et, si l'examen reste négatif, d'examiner un fragment de la base de l'ulcère au point de vue histologique et bactériologique.

Quant à la détermination des voies d'entrée du microbe dans l'organisme aussi bien qu'à celui de l'intervention opératoire, il est intéressant de rechercher dans quelle proportion la tuberculose de la langue peut être primitive ; sur 65 observations que l'auteur a relevées dans les auteurs, il semble que, dans 9 cas, la langue fût atteinte primitivement.

Le sexe masculin est, beaucoup plus que l'autre, sujet à cette affection ; quant à l'âge, on n'a pu faire aucune remarque à ce sujet.

L'auteur croit que l'infection a son point de départ à la surface de la langue aussi bien pour les ulcères qui s'y développent primitivement que pour ceux qui sont secondaires à l'infection pulmonaire et laryngienne.

La voie de l'infection peut être ouverte par une morsure de la langue, par les plaies occasionnées par des pointes de dents cariées, et la fréquence plus grande de l'affection dans le sexe masculin s'expliquerait par les excoriations produites par l'acte de fumer. Il admet la même infection par la surface pour les plaques jaunes décrites par Trélat, Duplay, etc., qui précèdent ou accompagnent les ulcérations tuberculeuses linguales et que Thaon et Féréol considèrent comme des abcès miliaires sous-épithéliaux. (*St-Petersburg, Medicin. Wochensc.*, 1887, n° 46).

D<sup>r</sup> WAGNIER.

**Ligature des deux artères linguales contre la macroglossie congénitale** (*Ligatur beider arteriæ linguales wegen angeborener macroglossie*), par le D<sup>r</sup> FEHLEISEN, de Berlin.

La macroglossie exige, dans les cas où elle est très prononcée, une intervention opératoire; quand il s'agit d'un jeune enfant, il est à désirer que l'intervention ait lieu le plus tôt possible; or, dans ce cas, l'excision en forme de coin de la pointe de la langue est une opération périlleuse. Les palliatifs ne donnent guère de résultats meilleurs que les interventions chirurgicales conseillées à une époque où l'on voyait dans cette affection un prolapsus.

Il est démontré que la macroglossie résulte d'un lymphangiome de la langue et qu'elle présente la plus grande analogie avec certaines formes d'éléphantiasis, et, comme récemment, Bergmann a obtenu un résultat favorable, dans un cas d'éléphantiasis de la jambe, par la ligature de la fémorale, l'auteur fit la ligature des deux linguales pour une macroglossie chez un enfant de treize mois. Le premier jour après l'opération, la langue reprit presque son volume normal, mais le lendemain elle était redevenue aussi grosse et avait pris une couleur bleu-foncé. Dans la semaine suivante, cette coloration disparut, et le volume de l'organe commença à décroître lentement.

Un peu plus d'un an après, la langue ne dépassait plus les lèvres. Le résultat n'était pas complet, il est vrai, mais il était suffisant pour autoriser de semblables tentatives, surtout



si l'on considère que l'excision cunéiforme, elle-même, ne donne pas la certitude d'un résultat durable. (*Berliner Klin. Wochens.*, 1887, n° 50.) D<sup>r</sup> WAGNIER.

#### **Fibro-lipome congénital de la langue.**

M. Poncet, de Lyon, vient d'en rapporter un cas intéressant: une femme de soixante-deux ans était atteinte d'un carcinome du sein droit avec engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires; un épanchement pleurétique abondant annonçait la propagation du cancer à la plèvre. Quelques jours après la mort survenait.

La malade présentait sur le milieu de la face dorsale de la langue une tumeur non pédiculée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, ayant l'aspect d'une langue surnuméraire. Cette tumeur observée depuis la naissance n'avait jamais occasionné de gêne dans la respiration, la déglutition et l'articulation des sons. De coloration jaunâtre, rosée par places, elle était assez molle, presque fluctuante. Elle adhérait à la muqueuse et à la partie profonde. L'examen histologique confirma le diagnostic déjà posé de fibro-lipome.

Trois faits intéressants sont à noter : 1° la rareté de cette affection; 2° son existence congénitale; 3° la coexistence de cette tumeur bénigne, se maintenant toujours à l'état de lipome, avec un cancer qui se généralisait.

M. le D<sup>r</sup> Ricard relève ce dernier fait; ce cas de M. Poncet, dit-il, contribue à montrer la parenté qui unit toutes les tumeurs. Les néoplasmes peuvent être de structure et de nature différentes, mais ils poussent sur un seul et même terrain et en vertu d'une même prédisposition commune; ce sont des produits de la même manifestation. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, décembre 1887. *Gazette des Hôpitaux*, du 28 février 1888.) E. P.

#### **Fistule du sinus maxillaire.**

M. Desprès se rappelle un malade atteint d'une fistule du sinus maxillaire et que Demarquay opéra et guérit par un procédé d'autoplastie fort ingénieux.

Malheureusement les liquides du sinus, ne trouvant plus

d'issue vers les parties déclives, se corrompirent au bout d'une année. Le malade était atteint d'une gêne épouvantable.

M. Desprès rouvrit la fistule, y fit faire des lavages quotidiens, et tous les accidents disparurent. Comme ces fistules tendent à se boucher, l'auteur fait maintenir en permanence une petite tige fixée aux dents voisines, à la manière d'une pièce de prothèse dentaire. Le malade ôte cette tige pour le lavage et il la remet ensuite à sa place. (*Société de Chirurgie*, séance du 4 avril 1888.)

---

**Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon.**

D'après les recherches faites par M. Guinard, la littérature médicale ne compterait que neuf cas bien authentiques de ce genre de grenouillettes.

Ce qui la caractérise, c'est son apparition dès la naissance et sa forme particulière : de forme allongée et cachée sous la langue dans le sillon qui la sépare du plancher de la bouche, elle déborde le frein en avant par une saillie conique à pointe mousse. Sa muqueuse, un peu opaline, laisse voir le liquide clair qu'elle contient. On ne voit à la loupe aucune trace du canal de Warthon. La glande sous-maxillaire correspondante est plus volumineuse. La tumeur est tendue et a l'aspect de la vessie natatoire d'un poisson. Ajoutons que l'enfant n'est gêné ni pour respirer, ni pour téter, ni pour avaler. Le traitement en est simple ; il suffit d'inciser par un petit coup de ciseaux l'extrémité saillante de la tumeur. (*Gaz. hebdomadaire*, 6 janvier 1888.)

E. P.

---

**Hémorragie alarmante consécutive à l'amygdalotomie** (*Alarming hemorrhage following excision of tonsils*), par le Dr S. E. FULLER.

Après l'excision des deux amygdales chez un homme de vingt-huit ans, il se produisit une hémorragie unilatérale, qui compromit sérieusement la vie du malade. La ligature de la carotide, au-dessus du muscle omo-hyoïdien, ne suffit pas à arrêter l'écoulement sanguin, et le malade devenu



exsangue ne put être sauvé que par la transfusion (*The Amer. Jour. of the Med. Scienc.*, avril 1888). D<sup>r</sup> BRYSON-DELAN.

---

**Le galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales** (*The galvano-cautery in the treatment of enlarged tonsils*), par le D<sup>r</sup> FRANC HAMILTON POTTER.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvano-cautère peut se faire par deux méthodes différentes :  
1<sup>o</sup> L'anse galvanique; 2<sup>o</sup> la galvano-puncture.

L'emploi de l'anse galvanique présente cet avantage, sur la galvano-puncture, d'être plus rapide, mais elle est d'un maniement difficile et beaucoup plus douloureuse; pour ces causes l'auteur préfère le second procédé. Ce dernier doit être préféré à toutes les autres méthodes de traitement de l'hypertrophie des amygdales pour les raisons suivantes : 1<sup>o</sup> il est sans danger; 2<sup>o</sup> facile à employer; 3<sup>o</sup> sans douleur; 4<sup>o</sup> c'est un procédé lent, mais sûr, qui a l'avantage de ne pas supprimer complètement un organe, dont les fonctions, il est vrai, ne sont pas exactement déterminées, mais qui doivent cependant avoir quelque utilité dans l'économie.

Au galvano-cautère nous préférons, pour notre part, le thermo-cautère qui n'est pas plus douloureux et a l'avantage de détruire bien plus rapidement les tissus. (*Med. News*, 10 mars 1888.) D<sup>r</sup> J. CHARAZAC.

---

**Un cas de sarcome de l'amygdale enlevé par une incision externe. Guérison** (*A case of sarcoma of tonsil removed by external incision*), par le D<sup>r</sup> RICHARDSON.

La malade, âgée de soixante ans, présentait depuis deux ans un sarcome de l'amygdale dont le développement avait été très lent. Elle fut opérée à l'hôpital général de Massachusetts le 13 avril 1887. Après une incision faite le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, la tumeur fut en partie détachée par dissection de ses adhérences avec l'apophyse styloïde. La muqueuse de la gorge était saine et fut respectée. Seule, elle séparait le pharynx de la cavité qu'occasionnait la tumeur, la malade guérit

et, sept mois après l'opération, il n'existait aucune trace de récidive. (*Boston med. Surg. Journ.*, 23 février 1888.)

D<sup>r</sup> BRYSON-DELAHAN.

**Un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx, opération pour la guérir** (*A case of complete adhesion of the soft palate to the pharynx, with an operation for its cure*), par le D<sup>r</sup> HARRISON GRIFFIN.

Le malade, âgé de quarante-quatre ans, syphilitique depuis vingt ans, vient trouver le docteur Griffin pour tâcher de recouvrer la parole ; il peut en effet émettre des sons, mais il lui est impossible d'articuler (*turn this sound into words*). Le nez est entièrement détruit, il ne reste plus qu'une petite ouverture à la face. La cavité nasale est remplie de croûte ayant une odeur absolument fétide, le malade chaque matin les enlève avec une épingle à cheveux. L'ouverture buccale est rétrécie par des cicatrices, au point de laisser passer avec peine deux doigts de la main. Impossible dans ces conditions de voir la gorge et le larynx. La première opération qui fut faite eut pour but d'agrandir l'orifice buccal. L'auteur alors put constater qu'il existait une adhérence absolue du voile du palais (la luette et les bords du voile étaient détruits) et du pharynx, le pharynx nasal et le pharynx buccal formaient deux cavités absolument distinctes au point que, l'auteur ayant enduit d'iodoforme les bords du voile du palais et rempli d'eau la cavité nasale, l'iodoforme ne fût point mouillé. L'auteur détruisit les adhérences du voile et la paroi postérieure et empêcha les parties détachées de se souder de nouveau par l'introduction fréquente de sondes de plus en plus volumineuse. Ce résultat obtenu, l'auteur pratiqua l'examen du larynx : il existait d'après lui une paralysie COMPLÈTE DES ABDUCTEURS DES CORDES VOCALES (?), la muqueuse du larynx était très hyperhémisée. L'iodure de potassium fut administré à haute dose. La voix reparut après un mois et demi de traitement. (*The med. Record*, 14 janvier 1888.) D<sup>r</sup> J. CHARAZAC.

**Deux cas rares de tumeurs du voile du palais** (*Two rare growths of the soft palate*), par le D<sup>r</sup> CLARENCE ELLERMAN.

Dans le premier cas il s'agit d'une tumeur allongée mesu-



rant trois centimètres et demi de longueur, située sur le côté droit de la luette chez un jeune homme de vingt ans.

La tumeur enlevée fut examinée au microscope: elle présentait exactement la structure du tissu amygdalien.

Le second cas fut observé chez une fille de vingt-huit ans. La tumeur insérée sur le voile du palais déterminait dans la bouche toute espèce de sensations désagréables et une salivation très abondante. Elle fut enlevée avec le galvano-cautère. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un angiome plexiforme. (*The Brit. med. Journ.*, 21 janvier 1888.) Dr J. CH.

**Sur une méthode de traitement de l'angine diphtéritique,**  
par le Dr E. GAUCHER, médecin des hôpitaux.

L'auteur conteste que l'infection diphtéritique soit générale d'emblée. Elle est d'abord locale et se généralise. C'est une infection généralisée, et l'angine est pour ainsi dire l'accident primitif de la maladie. M. Gaucher donne les arguments sur lesquels il s'appuie pour soutenir cette opinion. Si on partage ces idées, il faut donc : enlever ou détruire la fausse membrane, cautériser la muqueuse sous-jacente et en même temps prévenir l'infection, grâce à l'emploi d'un caustique antiseptique. L'auteur a modifié la formule de la solution du Dr Soulez. Il fait dissoudre 5 à 10 gr. d'acide phénique et 20 à 30 grammes de camphre, dans 10 gr. d'alcool à 36°, et il ajoute à cette solution un volume égal d'huile d'amandes douces.

Au moyen d'un pinceau de blaireau un peu rude, ou d'une sorte d'écouvillon formé d'un peu de ouate enroulée autour de l'extrémité d'un petit bâton, et trempée dans la solution, on enlève les fausses membranes par un frottement énergique. Après chaque frottement, on lave l'écouvillon dans une solution phéniquée. Puis on touche une dernière fois avec le topique caustique toutes les surfaces dénudées. Cette opération doit être répétée matin et soir. Dans l'intervalle des cautérisations, et aussitôt après, pour calmer la douleur, on fait toutes les deux heures, dans la gorge, de grandes irrigations avec de l'eau phéniquée au centième. On peut

encore atténuer la douleur par des pulvérisations préalables de cocaïne à 2 ou 3 0/0.

Sur 16 cas, la plupart de la plus haute gravité, M. Gaucher a obtenu par ce traitement seize guérisons. La méthode est douloureuse mais sûre, et non seulement au début, mais en pleine période d'infection. (*Archives de laryngologie*, 15 décembre 1887).

L. LACONNET.

**Scarlatine ou diphtérie** (Clinique médicale du P<sup>r</sup> POTAIN).

C'est à propos d'un jeune garçon de quinze ans, entré dans son service avec une affection remontant à quatre jours, que M. Potain se pose cette question. Les symptômes présentés par le malade pouvaient, en effet, même pour un médecin habile, plaider aussi bien en faveur d'une diphtérie que d'une scarlatine. Le dépôt grisâtre de la gorge, formé par une substance molle, facile à détacher, la tuméfaction ganglionnaire très accusée et nullement en rapport avec les lésions pharyngées, l'état spécial de la langue qui était saburrale à son centre avec des bords rouges et dépouillés d'épithélium permirent dans le cas particulier de porter le diagnostic de scarlatine.

Il est assez fréquent, dans certains cas d'épidémie, de rencontrer des scarlatines où l'éruption fait défaut. La simple pharyngite peut parfois présenter un diagnostic difficile et délicat et arriver à revêtir une intensité que rien ne faisait prévoir au début. L'albuminurie apparaît plus tôt chez les scarlatineux : précoce, elle est de peu d'importance; tardive, elle peut être l'indice d'accidents graves. — La température fournissait chez ce malade des indications fausses, car le thermomètre n'a jamais accusé une élévation dépassant 38° 6, alors qu'il est de règle de le voir atteindre 40°, 41° 42° ou même 43° au début de la maladie. Les plaques pharyngées ont complètement disparu et aussi l'engorgement ganglionnaire. — Il est à remarquer que le pharynx présentait une rougeur diffuse intense, contrairement à ce qui se passe dans la diphtérie où il y a prédominance de l'exsudat.

Le malade ayant accusé des douleurs articulaires vers le



7<sup>e</sup> jour de la maladie, M. Potain voit là les accidents rhumatismaux liés à la scarlatine et dus à l'action du froid sur les jointures. Il importe de n'oublier point que le rhumatisme peut, à son tour, déterminer, comme l'a signalé Bouillaud, des complications cardiaques dont la gravité n'échappera à personne. On ne saurait donc trop s'appesantir sur de pareilles observations qui permettent parfois d'établir d'une façon certaine et précise la filiation d'accidents morbides dont il pourrait être autrement difficile de se rendre un compte exact (*Semaine méd.*, 19 janv. 1887, n° 4).

M. NATIER.

#### NEZ ET PHARYNX NASAL

**Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et naso-pharyngienne**, par le Dr A. SOURDRILLE.

Après avoir fait un historique fort incomplet de la question, l'auteur croit utile d'exposer l'anatomie des fosses nasales et les divers procédés de rhinoscopie. Il examine les signes objectifs et subjectifs, il étudie enfin la pathogénie, la marche, le diagnostic et le traitement de l'affection.

Il rappelle que l'augmentation de volume des cornets par érection du tissu caverneux, l'hypertrophie de la muqueuse, les polypes, l'hypertrophie de la cloison, la rhinite atrophique, sont surtout le point de départ des réflexes. Dans le naso-pharynx, ce sont la pharyngite supérieure et les végétations adénoïdes.

Les troubles réflexes ne peuvent se développer que sur un terrain propice et réclament un état nerveux spécial. Tous les points de la cavité et de l'arrière-cavité nasales peuvent en être le point de départ. L'obstruction ne joue qu'un rôle secondaire, le facteur principal est l'irritation.

Suivent quelques indications sur le traitement et un index bibliographique fort incomplet de la question. Il est facile de voir que l'auteur cherchait, avant tout, à faire un travail de fin d'étude sur un sujet qui lui était peu familier. (*Thèse de Paris*, 1887).

**La blennorrhée du nez (*Blenorrhoea nasi*), par  
le D<sup>r</sup> G. FIRWE, de Christiania.**

L'auteur considère la blennorrhée du nez comme une rareté pathologique, et si Stœrck a pu la décrire en même temps que celle du larynx et du pharynx sur des juifs de Galicie, chez qui elle serait presque endémique, la même observation n'a été faite nulle part. La transmission d'une blennorrhagie de la muqueuse uréthrale à la pituitaire est un fait si rare qu'on n'en peut trouver que quelques exemples dans la littérature médicale.

En éliminant les sécrétions purulentes qui peuvent être la suite des fièvres éruptives, de la diphtérie ou de la syphilis, ainsi que celles qui reconnaissent pour causes les plaies, les corps étrangers, les polypes et autres tumeurs, on est amené à regarder la plupart des autres sécrétions purulentes comme ayant pour point de départ la sécrétion purulente de l'antre d'Highmore ou celle du sinus frontal.

Dans les deux cas on voit le pus sortir de l'hiatus semi-lunaire, toutefois il est difficile de distinguer, même avec l'aide du procédé d'Hartmann après cocaïnisation, quel est le sinus qui est le point de départ de la sécrétion purulente. Lorsque l'origine du pus reste douteuse, que les symptômes concomitants ne peuvent éclairer le diagnostic, on est autorisé, vu la fréquence plus grande de l'empyème de l'antre d'Highmore, à faire une ponction de cette cavité. L'auteur a employé avec succès, dans un cas d'empyème du sinus maxillaire qu'il décrit brièvement, la voie nasale et le procédé de Mikulicz. (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 35, 1887.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

**Du traitement du rhinosclérome (*Zur Therapie des Rhinoscleroms*), par le Prof. DOUTRELEPONT.**

Les progrès de la bactériologie, en montrant que la cause du rhinosclérome réside dans la présence de microorganismes, ont indiqué la voie que l'on doit suivre dans le traitement de cette maladie. Déjà Lang a obtenu, il y a plusieurs années, par les injections d'acide salicylique et d'acide phénique, des



résultats encourageants. L'auteur, dans un cas qu'il a eu à traiter, a employé l'antiseptique par excellence, le sublimé.

Le malade, un homme de 34 ans, vigoureux, qui n'avait présenté antérieurement aucune affection cutanée, indemne de syphilis, portait dans toute l'étendue de la lèvre supérieure une infiltration très dure, nettement limitée, sans œdème de voisinage, presque indolore. Cette infiltration occupait également la partie inférieure de l'aile du nez, à droite, et la cloison mobile des narines. Aux endroits atteints, la peau était brillante, d'un rouge foncé, non ulcérée. Ni les régions voisines, ni le reste de l'organisme, ne présentaient rien d'anormal.

Le commencement de la maladie paraissait remonter à sept mois. On prescrivit une pommade de lanoline renfermant 1 0/0 de sublimé en frictions sur les points malades et, plus tard, des applications permanentes de la même préparation furent faites entre les frictions.

Au bout de trois mois de traitement, il ne restait plus qu'un peu d'induration de la cloison. Le malade, revu quatre mois après, était alors complètement guéri. A l'examen histologique d'une partie de la tumeur enlevée à la cuiller tranchante pendant la durée du traitement, on trouve une abondante infiltration de petites cellules qui pénétrait tout le chorion jusqu'à l'épiderme. Les couches épidermiques étaient conservées et très peu altérées. Dans les parties infiltrées de petites cellules on voyait des traînées de cellules fusiformes, des faisceaux entortillés de tissu conjonctif et beaucoup de cellules adipeuses. Les poils étaient conservés, mais brisés et mal développés. Les glandes sébacées étaient obturées et pleines. Parmi les petites cellules qui pénétraient le chorion, on trouvait de grandes cellules éparses ou en groupes, la plupart sans noyau avec un protoplasme granuleux. Dans quelques-unes de ces grosses cellules, l'auteur trouva les bacilles courts du rhinosclérome; la plupart cependant n'avaient pas pris une couleur foncée par l'emploi de la méthode indiquée par MM. Cornil et Alvarez. Il observa aussi les grandes cel-

lules à globules hyalins fortement colorés que ces auteurs ont décrites. (*Deutsche medicin. Wochenschr*, n° 5, 1887.)

D<sup>r</sup> WAGNIER.

**Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens**, par le Dr V. ROCHET.

Dans la première partie de son travail, l'auteur décrit, tout en faisant l'historique, les diverses opérations imaginées par les chirurgiens, dans le but de s'ouvrir une brèche pouvant rendre accessible cette région si retirée de l'arrière-cavité des fosses nasales (voies palatine, faciale ou maxillaire et nasale).

La méthode par la voie maxillaire ne pourra être mise en œuvre, si on considère les souffrances et les difformités qu'elle entraîne, que dans des cas exceptionnels de tumeurs très volumineuses et inaccessibles par les autres moyens. Dans l'opération d'Huguier, la consolidation de l'os est incertaine.

Quant à l'opération de Manne, elle n'est guère applicable qu'aux polypes peu volumineux de l'arrière-bouche. L'opération de Nélaton permet d'explorer non-seulement le pharynx, mais les fosses nasales, et, par l'ouverture permanente qu'elle crée, elle permet aussi de modifier à volonté le néoplasme et de surveiller les récidives; mais elle a l'inconvénient de laisser une brèche osseuse qui devient pour le malade une nouvelle infirmité.

Au contraire, dans l'ostéotomie temporaire, et en particulier la méthode de M. Ollier, l'opérateur a du jour, il manœuvre à l'aise et peut même dominer le point d'implantation du polype sur le pharynx. Le malade lui-même retire de cette méthode de grands avantages au point de vue du rétablissement presque *ad integrum* de la fonction et de l'esthétique de l'organe intéressé par l'opérateur; car le nez relevé et remis en place se consolide très rapidement; il y a plus, si besoin est (récidive, repullulation), on rabat de nouveau l'appendice nasal qui se consolide ensuite dans ses rapports anciens, aussi vite qu'après la première opération. (*La Prov. méd.*, n° 6, 11 février 1888.)

E. PEYRISSAC.



**Végétations adénoïdes chez les enfants, diagnostic et traitement** (*Adenoids vegetations in children. Their diagnostic and treatment*), par le Dr FRANKLIN H. HOOPER.

Hooper rapporte 104 observations de végétations adénoïdes chez les enfants opérés par lui le plus souvent d'après la méthode de Bullin, de Londres, mais en faisant tenir l'enfant par un aide après éthérisation. Il s'est aussi servi dans quelques cas du rétracteur du voile du palais.

Sur les 104 cas, 47 ont été opérés dans la clientèle privée. Sur ces 47, 39 étaient sourds, et le principal résultat obtenu a été le rétablissement de l'ouïe. L'opération n'a jamais provoqué d'accidents d'aucune sorte. L'amélioration, dans tous les cas, a été très marquée à tous les points de vue (voix, expression de la physionomie, aptitude au travail, etc.). Le sommeil lui aussi devient facile, calme et tranquille. (*Boston Med. and Surg.*, 15 mars 1888.) Dr BRYSON-DELAVAL.

**Polype naso-pharyngien ; résection de l'auvent nasal,**  
par M. TIRIFAHY.

L'auteur présente un spécimen de polype très volumineux qui s'insérait sur l'apophyse basilaire. Le procédé qu'il emploie pour l'extraire présente certaines particularités ; il consiste en une incision circulaire qui circonviendrait tout le nez, sauf la partie latérale qui sert de charnière ; les os sont alors sciés obliquement, de telle sorte que l'auvent nasal, le nez tout entier, ne tient plus que par cette partie latérale ; le nez est alors déjeté de côté, et l'introduction des instruments, gouges ou rugines, se fait en suivant la voûte. Ce procédé permet l'emploi du chloroforme, il est très rapide, crée une voie large à la vue et au doigt, ne compromet aucune fonction et donne une prompte guérison.

Il s'est inspiré du procédé de Chassaignac ; celui-ci supprimait les os du nez, ce qui est nuisible au point de vue de la forme ultérieure de l'organe ; de plus il conseille de circonvenir le nez par trois incisions droites, ce qui donne des angles de peau peu nourris et se nécrosant facilement. (*Acad. Roy. de méd. de Belgique*, 26 mai 1888.)

**De l'opération des polypes de l'ouverture postérieure des fosses nasales** (*Zur operation del choanal polypen*), par le Dr Victor LANGE, de Copenhague.

Après avoir montré toutes les difficultés que l'on rencontre dans ces opérations, difficultés sur lesquelles les auteurs ont trop peu insisté en laissant croire aux médecins peu expérimentés que la préhension et l'extraction de ces tumeurs peuvent être aisément faites et qu'on doit réussir en suivant les règles tracées, M. Lange décrit un instrument qui lui a rendu les plus grands services et qui consiste en un crochet mousse formé à l'extrémité d'une tige métallique et monté sur un manche. Après qu'on s'est assuré par la rhinoscopie et par l'exploration digitale du volume, de la mobilité et de la direction de la tumeur, on porte l'index de la main gauche derrière le voile du palais jusqu'à la partie postérieure du polype. On cherche alors à saisir, avec le crochet introduit par le nez, l'extrémité recourbée dirigée en bas, la partie la plus élevée de la tumeur. Dès qu'on y est parvenu, on fait une petite traction d'essai, et, si le crochet a été bien appliqué, on sent la tumeur qui commence à se retirer de la cavité nasopharyngienne. L'index de la main gauche repousse la tumeur vers les choanes pendant que le crochet la tire en avant et on parvient ainsi à détacher le polype de son point d'implantation.

Pour les tumeurs que leur volume ne permet pas d'extraire par le nez, on les repousse vers le pharynx après les avoir détachées comme il vient d'être dit, et le malade les rejette à l'instant par la bouche.

L'auteur rapporte, à l'appui de son exposé, cinq observations. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, n° 11.)

Dr WAGNIER, de Lille.

**Cas de polypes muqueuses des fosses nasales chez l'enfant** (*Cases of mucous polypes in the child*), par le Dr W. BOND.

Les cas de polype muqueux chez l'enfant sont rares et difficiles à traiter en raison de l'exiguïté des fosses nasales. L'auteur en rapporte deux observations. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille, âgée de quinze ans et



dont le polype, d'après les anamnestiques, devait avoir débuté à l'âge de onze ans. La tumeur fut enlevée avec le serre-nœud de Mackenzie.

Dans le second cas, chez une jeune fille, âgée de huit ans, le polype inséré très profondément dans la fosse nasale était à peine visible par la rhinoscopie antérieure. A l'aide du miroir rhinoscopique postérieur, on pouvait voir la tumeur remplissant la cavité naso-pharyngienne, elle fut enlevée sous le chloroforme par la voie buccale, à l'aide du serre-nœud de Mackenzie. Le pédicule s'insérait à la partie supérieure de la fosse nasale droite (*Th. British Med. Journal*, 10 décembre 1887).

J. CH.

---

**De la rhinite chronique considérée dans l'étiologie de l'acné de la face,** par le Dr CARL SEILER.

L'auteur a souvent remarqué la coexistence de l'acné rosacea, ou de l'acné simple de la face, et de la rhinite chronique. Il rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'acné fut très amélioré ou guéri par le traitement de la rhinite chronique. C'est surtout dans la forme atrophique de la rhinite que l'on observe l'acné, et l'auteur croit à l'existence d'une relation entre ces deux affections.

A la session de Toulouse du Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, M. le Dr Arnosan avait déjà soutenu des idées analogues à celles exposées par le Dr Seiler. (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 5 nov. 1887.)

J. CH.

---

**Pathologie de l'hay fever** (*The pathology of Hay Fever*), par le Dr BISHOP.

Le docteur Bishop estime que l'hay fever est dû à une influence nerveuse et, dès 1885, proposa de lui donner le nom de catarrhe nerveux.

Trois conditions sont nécessaires à son développement, à savoir : 1° une excitabilité anormale des centres nerveux; 2° une hyperesthésie des terminaisons des nerfs sensitifs; 3° la présence d'un agent irritant. Parmi les substances irritantes, Bishop signale la lumière du gaz et de

l'électricité, l'anxiété, l'indigestion, le camphre, les parfums, les odeurs qui se dégagent des animaux, la poussière, la chaleur, la sécheresse, le pollen, etc. L'hérédité joue un rôle important dans certaines familles, et le tempérament nerveux prédomine chez les malades sujets à cette affection. Exclure une des conditions nécessaires suffit à prévenir les accès. Le traitement le plus logique consiste à instituer une médication sédative du système nerveux, à donner des toniques et des stimulants. Bishop ne croit pas que le seul traitement local des fosses nasales suffise à guérir les malades. (*Journ. Amer. méd. Assoc.*, 17 mars 1888.) D<sup>r</sup> BRYSON-DELAN.

#### VARIA

**Extraction d'une pièce de cinq francs en argent logée au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage**, par le D<sup>r</sup> VILLETTE (de Dunkerque.)

La pièce fut retirée avec un panier de de Grœfe. Cet instrument, de l'avis de MM. Paquet et Noquet, est excellent pour retirer les pièces de monnaie; mais l'éponge lui serait préférable de l'avis de M. Paquet, au cas où il s'agirait d'un os. Pour retirer des arêtes, des aiguilles ou les épingles, M. Noquet se servirait de préférence d'un instrument constitué par une tige et portant des crins disposés de telle sorte qu'ils peuvent s'appliquer contre la tige ou se déployer pour former un ovoïde dans lequel viennent facilement s'implanter les corps étrangers. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, décembre 1886.) M. NATIER.

**Contribution à l'étude de la maladie de Basedow**, par M. le D<sup>r</sup> SAINTE-MARIE.

L'auteur mentionne les divers troubles trophiques, vasomoteurs ou psychiques qui se sont ajoutés à la triade symptomatique du goître exophthalmique. Il s'arrête à deux manifestations névrosiques moins connues : la sclérodermie et le pseudo-lipôme sus-claviculaire dont il rapporte deux observations. La valeur de ces symptômes est égale aux autres manifestations trophonévrotiques de cette affection. Ces faits témoignent en faveur de la théorie nerveuse de la



maladie de Basedow et du rôle pathogénique de l'arthritisme dans son développement; neuro-arthritiques sont les Basedowiens, neuro-arthritique est leur diathèse. (*Thèse de Paris*, 1887.)

L. LACONNET.

#### THERAPEUTIQUE

**La gélosine dans les rétrécissements du nez, larynx, oreille, etc.,** par le Dr G. COUPARD, médecin de la fondation Péreire pour les affections du larynx et du nez.

La maléabilité de la gélosine permet de lui donner la forme et le volume que l'on désire si elle peut en outre être mélangé à certains médicaments, iodoforme, cocaïne, acide borique, etc., ce qui en rend l'emploi plus précieux encore. Sous l'influence de l'humidité elle triple son volume, elle ne se modifie pas dans l'éther iodoformé.

Je l'ai employée dans les rétrécissements du nez, du larynx, du conduit auditif externe, du col de l'utérus avec des résultats très heureux, et j'espère qu'avec de légères modifications il en sera de même pour le rétrécissement du canal de l'urètre.

### NOUVELLES

#### Société de Rhinologie d'Amérique.

A la cinquième réunion annuelle de cette Société, on a élu membres du bureau : le Dr C. H. Klein (de Dayton), président; le Dr R. S. Knodé (de Fort Wanne) et le Dr A. G. Hobbs (d'Atlanta), vice-présidents; le Dr John North (de Kokuk), secrétaire-trésorier; le Dr N. R. Gordon (de Springfield), bibliothécaire. On a décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Cincinnati en septembre 1888.

#### Réunion des naturalistes et médecins allemands à Cologne.

En sa qualité d'introduit à la section de laryngo-rhinologie qui se tiendra du 18 au 24 septembre de cette année à Cologne, lors de la réunion des naturalistes et médecins allemands, le soussigné a l'honneur d'inviter les médecins de tous les pays à prendre part aux séances et aux discussions de cette section. Ce sera avec le plus grand plaisir qu'il donnera à l'avance communication du programme.

Dr Carl Michel, Köln, Eistrachtstr. 144.