

Bibliothèque numérique

medic @

**Gazette hebdomadaire de médecine et
de chirurgie**

série 3, tome 02. - Paris : G. Masson, 1897.

Cote : 90166, 1897, série 3, tome 02

Sélection de pages : 456 à 459



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)

Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90166x1897x02>

coolisme chronique par les injections sous-cutanées de strychnine, à raison de 2 à 5 milligrammes par jour pendant quinze jours de suite, continue à donner de bons résultats entre les mains de tous les praticiens qui les emploient au point de vue des indications de cet agent médicamenteux; je signalerai que c'est dans la période de l'alcoolisme confirmé, avec de rares ou sans épisodes aigus, mais reconnaissable à ses stigmates, qu'il agit le mieux sur le sommeil, sur l'hyperesthésie cutanée, sur l'appétit, sur les phénomènes neurasthéniformes, sur l'impulsion à boire. Pour ce qui est de ses contre-indications, je répéterai que la dégénérescence évidente des centres nerveux ou des organes essentiels, et l'imperméabilité du foie et des reins sont des états devant lesquels le médecin devra renoncer à se servir de la strychnine, s'il ne veut pas échouer dans son essai ou s'il a cure d'éviter à son malade les accidents de la strychnine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Épiploïtes tardives consécutives à la cure radicale ou à la kélotomie,

Par M. le D^r LOUIS MENCIÈRE,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux,

Au IX^e Congrès de chirurgie, le D^r Reynier attire l'attention sur les phénomènes septiques pouvant se manifester au niveau de l'épiploon quelques semaines après la kélotomie ou la cure radicale des hernies. Deux observations étaient ensuite apportées par M. Monod. Enfin, dans sa thèse, le D^r Roche note trois observations dues à M. le professeur Forgue, de Montpellier.

Il s'agit de phénomènes septiques tardifs survenant après la cure radicale.

La réunion par première intention est obtenue, rien ne peut faire soupçonner les accidents qui éclateront quelques semaines plus tard. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri et reprend son travail journalier. Quelques jours après, la fièvre apparaît. Des troubles digestifs et gastro-intestinaux se manifestent; une tumeur, plus ou moins volumineuse, occupant une situation variable en arrière des parois abdominales, peut être sentie; la fièvre augmente et indique la formation d'une collection purulente.

En présence de telles complications que rien ne pouvait expliquer, il était naturel d'en rechercher l'origine. Dans les observations publiées jusqu'ici, les ligatures faites sur l'épiploon avec la soie paraissent seules être cause de tous les accidents. On le voit, nous retompons dans la question si importante des ligatures perdues, à l'aide de fils non résorbables.

Dans l'observation que nous publions, observation due à l'obligeance de notre maître M. le professeur agrégé Broca, les fils de soie employés pour les sutures semblent ici encore avoir directement causé l'inflammation de l'épiploon.

OBSERVATION — Cure radicale d'épilocèle; épiploïte tardive suppurée; laparotomie médiane; guérison.

M. L... Adrien, 23 ans, voyageur de commerce, m'est adressé par le D^r H. Méry. C'est un homme assez corpulent, manifestement alcoolique, à hérédité herniaire nulle, de bonne santé habituelle.

A l'âge de 13 ans dans un effort de gymnastique, il ressentit une douleur dans l'aîne droite; on constata une hernie, sur laquelle un bandage fut appliqué nuit et jour pendant 5 ans. L'effet fut nul: la hernie sortait dès que, le sujet étant debout, le bandage était retiré. Aussi, il y a 5 ans, le malade crut-il devoir renoncer à cet appareil, et, à partir de ce moment, la hernie grossit peu à peu, causant des coliques et une pesanteur locale progressivement croissantes. Les fonctions digestives sont bonnes, l'appétit est régulier.

En septembre 1896, je constatai une épilocèle inguinale droite, partiellement irréductible, avec de petits noyaux durs qui après réduction restent dans le sac. La tumeur est partout mate; il n'y a pas de gargouillement. Indolence à la palpation mais gêne notable par la marche. L'anneau est large et reçoit 2 doigts.

Le 22 septembre, je pratiquai la cure radicale; je trouvai l'épiploon non adhérent, mais étalé en un champignon un peu induré au-dessous d'un rétrécissement situé à la partie moyenne du scrotum. Les enveloppes étaient celles d'une hernie funiculaire classique. Je réséquai 490 grammes d'épiploon et divisai le pédicule en deux moignons liés à la soie. Pansement par occlusion.

Les suites opératoires furent des plus simples. Aucune réaction abdominale ni générale; aucune douleur. La température n'a pas été prise, mais il n'y eut aucun symptôme fébrile. Le malade alla à la selle le 3^e jour, avec un léger purgatif. A partir de ce moment il eut bon appétit et de bonnes digestions.

Le 29 septembre, j'enlevai les fils et constatai une réunion parfaite sans aucune rougeur à la peau, le malade s'assit dans son lit.

Le 3 octobre, le soir, le malade se plaignait d'avoir un peu souffert la nuit précédente et de se sentir mouillé: je le pansai et constatai qu'une collection de pus rouge et épais s'était rompue sous la cicatrice, il n'en résulta d'ailleurs qu'un malaise de 24 heures; le patient ne souffrit plus, s'assit dans son lit, mangea de bon appétit, comme à son ordinaire, alla régulièrement à la selle, et dès lors, je le fis lever le 18 octobre.

Sa première levée se passa sans encombre, mais le lendemain il se plaignait de souffrir au creux de l'estomac. Il eut des coliques intenses, une diarrhée abondante et lorsque je le vis, à 6 heures du soir, il avait la langue blanche, 38^o5 de température axillaire, et je trouvais le ventre un peu ballonné, dur, douloureux à la pression, surtout au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic, derrière le muscle droit, raidi, faisant obstacle à la palpation.

Pendant 3 jours, il y eut aussi un peu de fièvre et de malaise, et surtout une perte complète d'appétit, des coliques, de la constipation; pas de vomissements. Tout sembla s'amender du 23 au 27 octobre. Puis eut lieu une nouvelle poussée, du 27 au 29; les accidents furent identiques aux précédents, mais à l'examen du ventre, je constatai des modifications progressives. La douleur à la pression, qui existait d'abord vers la région stomacale, descendit le long du côlon gauche, puis occupa exclusivement la fosse iliaque gauche, et enfin se localisa à l'hypogastre. Les parties supérieure et latérale gauche de l'abdomen, d'abord dures, avec des muscles en défense constante, redevinrent souples et, par contre, à la région hypogastrique, une tumeur se dessina nettement, arrondie, dure, mate, située en majeure partie à gauche, mais empiétant un peu à droite et atteignant l'ombilic en haut. La moitié inférieure de l'ombilic bomba un peu, subit une induration œdémateuse, et en même temps la peau de l'hypogastre, épaissie, se plissa plus difficilement qu'à l'état normal.

Lorsque les phénomènes furent nets, le 6 novembre au soir la température, qui avait été normale depuis le 29 octobre remonta à 37^o8, et, le 7 novembre, je pratiquai sur la ligne médiane à partir de l'ombilic, une incision de 6 centimètres. Derrière l'aponévrose du muscle, droit, j'effondrai à la sonde cannulée une vaste poche purulente, où mon index pénétra jusqu'à la garde et je plaçai 2 gros drains; pas de lavage; pansement au salol. Le pus, très épais, crémeux, contenait du staphylococcus albus, d'après l'examen du D^r Méry.

Je profitai du sommeil chloroformique pour débrider la fistulette, qui existait à la partie moyenne de la cicatrice opératoire. Entre la peau et la paroi abdominale bien refaite, je trouvais

les fils de soie de la suture profonde déjà très mobilisés et je les enlevai à la curette. Huit jours après, cette plaie était complètement cicatrisée.

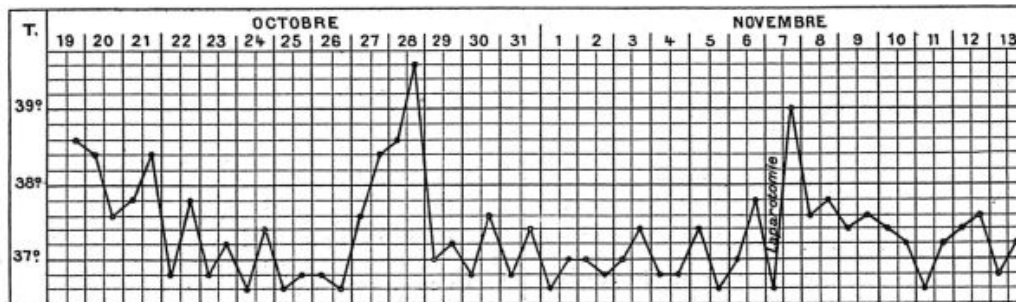
Le 7 novembre au soir, la température monte encore à 39°, mais à partir du 8, elle reste invariable entre 37° et 37,5°. La suppuration fut rapidement insignifiante. Dès le lendemain de l'incision, l'état général devint parfait, l'appétit reparut, les selles se régularisèrent; au 3^e jour, le malade, débarrassé de toute douleur abdominale, s'assit dans son lit. Il se leva au 10^e jour et fut entièrement guéri en 3 semaines. Je n'ai pas vu le fil de soie qui est la cause probable des accidents.

A la fin d'avril 1897, le malade était en excellent état, avait repris une vie active et était soulagé de tous les ennuis auxquels sa hernie l'exposait auparavant.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier, guérison de la plaie opératoire par première intention.

Un mois après l'intervention, on sent une masse dure dans l'hypochondre droit, et une incision est pratiquée à ce niveau.

« Je pensai que le fil de soie s'étant infecté devait être la cause de cette épiploïte; je la libérai, moitié en décollant, moitié en mettant des ligatures au catgut..., mais je reviens au morceau d'épiploon enlevé: quand je le fendis, je trouvai au centre le double fil de soie, entouré d'une petite collection purulente et perdu dans



Les fils de soie n'ont pas été retrouvés dans le pus de la tumeur ombilicale, cependant leur influence septique ne peut pas être mise en doute.

Chez notre malade, la réunion de la plaie opératoire est d'abord parfaite, puis quelques jours se passent, et la cicatrice devient le siège d'une suppuration manifestement due aux sutures profondes faites à la soie; il suffit d'enlever ces dernières pour avoir une cicatrisation rapide.

Aussi, le phlegmon intra-abdominal nous semble-t-il imputable à une cause analogue: aux fils de soie placés sur l'épiploon, fils mal aseptisés ou infectés pendant l'opération.

Nous sommes convaincus que les faits de ce genre sont assez fréquents dans la pratique. Cependant les observations sont rares; l'amour-propre des chirurgiens en est sans doute le véritable motif. La connaissance parfaite de ces accidents pourrait peut-être aider à les combattre.

Les épiploïtes tardives, consécutives à la cure radicale et surtout consécutives à la ligature de l'épiploon par des fils de soie, ont encore été peu notées. Mais il n'y a pas de chirurgien, qui, voyant après 2 et 3 mois, parfois plus, revenir un de ses opérés avec un léger abcès au niveau d'une cicatrice primitivement fermée par première intention, ne porte le diagnostic de la cause, surtout si les sutures profondes ont été faites à la soie. Un fil septique a déterminé l'abcès, il suffit de l'enlever pour voir tout rentrer dans l'ordre. Rappelons les observations de Delorme dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1895. Sur 100 cas de cure radicale, on note 21 fois des accidents septiques dus aux fils et ne se terminant qu'après leur élimination.

M. W. Coley (*New York medical Journal*) donne 16 observations où les fils non résorbables, employés pour les sutures profondes dans la cure radicale, ont causé des accidents.

Quant aux cas d'épiploïtes tardives observés, passons-les en revue.

Dans la première observation du D^r Reynier, on pose sur l'épiploon deux ligatures avec des fils de soie n° 5.

les replis épiploïques, dont l'ensemble constituait cette masse. »

Ici le doute ne peut avoir lieu. La soie, cause de l'affection, est trouvée au centre du foyer d'épiploïte entourée de matière purulente.

La 2^e observation de M. le D^r Reynier est extrêmement curieuse. Les fils de soie sont restés plus d'un an sans causer d'accidents.

Cure radicale le 1^{er} novembre 1892 suivie de la guérison du malade.

Le 10 mars 1893, tumeur dans l'hypochondre droit. On pratique une incision au niveau du bord externe du grand droit et l'on tombe sur un foyer d'épiploïte suppurée. Un drainage est établi, par la suite quatre fils de soie sont éliminés par la « fistulette ».

Le malade de M. Monod, 12 jours après l'opération, a une élévation de température très marquée: 39°2.

La laparotomie est pratiquée: « le doigt introduit pénètre dans une cavité qui a le volume d'un œuf de poule; on distingue au fond une partie rugueuse, qui doit être un fil de soie ». On introduit une pince et celle-ci est retirée « serrant entre ses mors un fil avec son nœud » (1).

La ligature à la soie est encore évidemment seule en cause.

Les 2 observations dues à Lucas-Championnière (2) sont relatives aux accidents consécutifs à la cure radicale, mais diffèrent absolument de celles dont nous nous occupons ici. Dans la première, Lucas-Championnière en effet a réséqué une portion d'épiploon déjà sphacélé. Dans ce cas, l'abcès s'était développé au niveau du moignon de l'épiploon, qui avait été infecté probablement par la partie sphacelée. Malgré les soins pris, quelque contact avait eu lieu.

Ici les catguts employés ne doivent pas être incriminés. La deuxième observation est relative à un immense

1. Observation due à M. Monod et publiée dans la thèse du D^r Roche (Montpellier, 1896).

2. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Cure radicale des hernies.

épanchement sanguin, après une cure radicale où les ligatures avaient été faites au catgut.

Observations dues à M. le professeur Forgue et consignées dans la thèse du D^r Roche (1).

OBSERVATION. I. — Cure radicale et résection épiploïque. Rentré chez lui, le malade reprend ses travaux journaliers. Vingt ou vingt-cinq jours de bien-être complet, puis, il est pris de symptômes alarmants. Température 39° et 40°. An niveau de l'abdomen, tumeur assez tendue, molle, mate à la percussion, très douloureuse. Laparotomie. Pus, au milieu duquel on retrouve les fils de soie qui avaient servi à la ligature de l'épiploon.

Obs. II. — Dix ou douze jours après la kélotomie pratiquée pour une hernie étranglée, le malade présente une tumeur dure, mate, bosselée, occupant tout l'hypogastre du pubis à l'ombilic.

Dans l'observation III, le malade avait souillé son pansement. Aussi l'infection a-t-elle pu se propager de proche en proche, étage par étage jusqu'à l'épiploon.

Dans ces 3 observations, le D^r Roche considère comme cause des foyers d'épiloïtes observés les sutures perdues faites à la soie. Le fait est incontestable dans la première observation, il est très probable dans les deux autres, mais nous devons noter cependant que les fils de soie n'ont pas été retrouvés dans ces deux dernières.

« Ou bien le fil employé, dit le D^r Roche, n'était pas « rigoureusement aseptique, ou bien, une fois renfermé « dans la cavité abdominale, il a été l'objet d'infection « secondaire. »

Certes, dans les faits observés jusqu'ici, le rôle des fils de soie non résorbables est hors de doute; mais nous croyons plutôt à une petite infection primitive de ces fils qu'à une infection secondaire par point d'appel.

Le D^r Roche, dans sa thèse, se croit obligé d'admettre l'infection secondaire, au moins dans son observation II, et dans celles du D^r Reynier, parce que tous les soins avaient été pris et la soie passée à l'autoclave.

Est-ce là un motif bien sérieux? Si, passés à l'autoclave, les fils de soie sont aseptiques, qui peut répondre, au cours d'une opération d'éviter, d'une façon absolue, tous les éléments d'infection?

On s'est demandé si le moignon épiploïque, constamment déplacé par les mouvements respiratoires, ne devenait pas une cause d'irritation.

Mais entre une légère irritation et la formation d'une collection purulente et d'une collection purulente à staphylococcus, comme le montre notre observation, où l'examen bactériologique a été pratiqué par M. le D^r Méry, il y a un abîme. D'ailleurs, dans tous les cas de cure radicale suivie de résections épiploïques, le moignon est soumis aux mêmes déplacements et cependant ne suppure pas forcément; s'il suppure, c'est que des éléments nouveaux sont venus se surajouter.

Le sphacèle de la portion d'épiploon située au-dessous des fils a également été invoqué. Sans parler des sphacèles aseptiques, ne voyons-nous pas tous les jours dans les laparotomies, des moignons plus ou moins volumineux, non seulement dans le cas de résections épiploïques mais dans différentes opérations, dans une ovariectomie, par exemple, ne produire ni sphacèle, ni formation de pus?

Dans les cas d'épiloïtes tardives consécutives à la cure radicale, l'infection est primitive et se produit au niveau des fils de soie, parce qu'ils ont été ou bien mal stérilisés, ou bien infectés pendant l'opération par le chirurgien ou ses aides.

1. Roche, Contribution à l'étude des épiloïtes consécutives à la kélotomie ou à la cure radicale (th. de Montpellier, 1896).

Qu'il s'agisse de l'inflammation de l'épiploon ou de celle des parois abdominales au niveau d'une cicatrice, on se demande comment, en admettant l'infection primitive des fils, l'inflammation pourrait attendre parfois aussi longtemps avant de se manifester. Les fils de soie tressés présentent une infinité de petites loges, difficiles à aseptiser et pouvant contenir des éléments septiques dont la virulence, très atténuée sans doute par les précautions prises, peut ne pas être complètement détruite. Les ligatures perdues faites dans ces conditions resteront longtemps silencieuses, puis, sous certaines influences, quand les colonies microbiennes se seront cultivées, quand leur virulence se sera accrue, les accidents éclateront.

Aussi est-il permis de se demander si des ligatures ainsi faites au catgut seraient susceptibles de produire les mêmes accidents tardifs. Le catgut se résorbant, les éléments septiques, à virulence très atténuée, qu'il peut contenir, ne pourraient-ils pas être à ce moment digérés par les phagocytes? La soie tressée employée dans les mêmes conditions ne se résorbe pas, et ses alvéoles multiples sont autant de petits tubes de culture, où le microbe peut se cultiver et causer ultérieurement, quand sa virulence sera suffisante, les accidents que nous connaissons.

L'arthrite cervicale d'origine rhumatismale,

par M. le D^r J. HUMEAU (1).

M. le D^r Lamy a cherché à démontrer, il y a peu de temps que le torticolis comme le lumbago, considérés comme des affections musculaires, étaient le plus souvent d'origine articulaire. M. le D^r J. Humeau vient de reprendre cette question, en ce qui concerne le torticolis, en se fondant surtout sur de nombreuses observations recueillies par M. Broca depuis 1892. Chez tous les malades ainsi observés, on a pu mettre en relief le siège articulaire de la lésion.

C'est M. le professeur Lannelongue qui a insisté le premier sur la nature articulaire du torticolis, opinion dont la justesse a été démontrée ensuite par les travaux de M. Broca, de MM. Robin et Londe, et aussi de M. Marfan, pour qui le froid est incapable de causer une affection musculaire primitive, atteignant le sterno-cléido-mastoïdien, ou le trapèze ou les autres muscles cervicaux. Aussi, plus on étudie le torticolis rhumatismal, plus on a de tendance à le considérer comme étant toujours d'origine articulaire.

Cette arthrite débute en général brusquement, avec de la fièvre et quelquefois même du délire chez les enfants.

Lorsqu'on se trouve en présence du malade, ce qui tout d'abord frappe les yeux, c'est l'attitude vicieuse de la tête, variable avec chaque sujet. Les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles. Au moindre essai le malade pousse des cris. A l'examen de la nuque on s'aperçoit vite que la pression sur les apophyses transverses est extrêmement douloureuse, au niveau des articulations malades. Les muscles, au contraire, sont parfaitement indolores. Ils sont parfois contracturés, mais non d'une façon permanente. Sitôt, en effet, que le malade est couché dans le décubitus dorso-horizontale, la tête bien appuyée, les muscles se relâchent immédiatement. Au moindre mouvement ils rentrent de nouveau en contracture.

Après quelques jours ou quelques semaines l'affection peut rétrocéder et guérir complètement, ou bien les douleurs spontanées seules disparaissent et l'attitude vicieuse persiste, en même temps que la pression et les tentatives de redressement continuent à être douloureuses.

Plus tard encore l'attitude vicieuse peut rester stationnaire à un moment où tout signe d'inflammation aiguë a cessé, où il n'existe plus ni douleurs spontanées, ni douleur à la pression,

1. J. Humeau, th. de droit, Paris, 1896-97, n° 9.

Elle se complique alors parfois d'un certain degré de rétraction des muscles, qui pourrait faire croire de prime abord à un torticolis purement musculaire; mais les déformations osseuses appréciables à la palpation permettent d'affirmer l'origine articulaire de la maladie.

Le fait important, au point de vue de la nature de la lésion, est surtout la localisation de la douleur à la pression; celle-ci, en effet, est douloureuse sur les apophyses épineuses, et surtout sur les masses latérales des vertèbres. Le plus souvent, d'ailleurs, la douleur existe d'un côté seulement. Par la suite les douleurs spontanées disparaissent les premières, assez rapidement, mais les douleurs provoquées par la pression ou les mouvements persistent souvent pendant un temps très long.

Quant à l'attitude vicieuse, que l'on a attribuée tantôt au relâchement, tantôt à la contracture du muscle contracturé, elle s'explique beaucoup plus facilement par l'arthrite :

Si les articulations des deux côtés sont également prises, il n'y aura pas de déviation latérale, la tête sera immobilisée dans le plan antéro-postérieur.

Lorsque les deux côtés sont pris simultanément, mais d'une façon inégale, on trouve une inclinaison latérale de la tête avec ou sans torticolis.

Enfin, lorsqu'un seul côté est malade, la tête se présente toujours en inclinaison latérale et le plus souvent avec torticolis. L'attitude, en effet, a pour but de diminuer la douleur, d'empêcher le frottement des surfaces articulaires malades. C'est pour cela que la tête s'incline du côté opposé à la douleur, pour que les surfaces articulaires soient plus écartées et ne frottent pas l'une contre l'autre.

Il faut ajouter que les muscles sont en tension en quelque sorte défensive pour contre-balancer l'action de la pesanteur lorsque la tête se trouve dans un équilibre instable.

L'arthrite cervicale se termine le plus souvent par la résolution complète : pourtant il peut arriver, assez rarement il est vrai, et c'est là une preuve de plus pour établir l'origine articulaire du torticolis, que le patient conserve une attitude vicieuse incurable, due en partie à des raideurs articulaires avec plus ou moins de déformations osseuses, en partie à des rétractions musculaires consécutives à une contracture prolongée. Cette éventualité est rare, mais possible. Là où il faut la craindre surtout, c'est dans certains rhumatismes déformants subaigus ou chroniques d'emblée dont M. Humeau signale quelques observations.

C'est une raison de plus pour ne pas négliger le traitement. Le salicylate de soude, à dose assez élevée, est le médicament de choix dans les cas aigus et au début. Si l'affection ne cède pas, quand elle est passée à l'état subaigu et que le malade supporte bien l'exploration, il faut arriver au massage préconisé par M. Gautier. On exerce ce massage au niveau même des points douloureux, sans technique spéciale et souvent, même après une seule séance les mouvements deviennent plus libres.

Dans les cas chroniques il faut recourir à l'extension continue appliquée à la tête avec contre-extension sur les pieds, moyen qui d'ailleurs réussit très bien dans les cas aigus ou subaigus.

Enfin, le redressement manuel, sous le chloroforme, suivi d'immobilisation, reste la dernière ressource contre les torticolis chroniques avec déformation articulaire très marquée.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE
LARYNGOLOGIE.

Session annuelle tenue à Paris du 3 au 6 mai 1897.

Traitement de l'ozène.

M. Moure (de Bordeaux), rapporteur, admet plusieurs formes de coryza atrophique : 1° la rhinite atrophique des adultes sans ozène; 2° la rhinite purulente infantile qui se termine par l'atrophie; 3° la rhinite atrophique liée à une inflam-

mation des sinus de la face : 4° l'ozène dû à une lésion osseuse; 5° l'ozène héréditaire, forme des plus rebelles.

Chacune de ces formes mérite un traitement spécial. Si l'ozène est lié à l'existence de végétations adénoïdes, à une ou plusieurs sinusites, à une nécrose de l'os, il suffira de traiter chacune de ces lésions pour voir disparaître le coryza fétide. La rhinite purulente infantile ne devra pas être négligée, car elle dégénérerait bien souvent en rhinite atrophique.

Quant à la forme ozénateuse, si elle est rebelle dans certains cas, elle est cependant loin d'être incurable, comme le pensent encore quelques auteurs.

Divers traitements ont été employés contre elle : traitement chirurgical; tampons de Gottstein, bougies médicamenteuses, tubes de Tédenat et de Saenger; insufflations pulvérulentes; irrigations nasales et rétro-nasales; pulvérisations avec des liquides antiseptiques ou irritants; inhalations et humage; pommades au menthol, à l'acide borique, à l'aristol, à l'acide salicylique, etc.; badigeonnages avec des solutions antiseptiques et massage vibratoire; cautérisations galvaniques et chimiques; électrolyse interstitielle, électricité faradique; enfin sérothérapie.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que les injections détersives, plus ou moins abondantes et plus ou moins antiseptiques, ont une action efficace pour débarrasser les cavités nasales des sécrétions qui y sont accumulées et pour faire, par conséquent, disparaître l'odeur fétide. A ces injections s'ajoutent, comme auxiliaires précieux, le massage vibratoire suivi de pulvérisations huileuses ou autres, l'électrolyse interstitielle, etc. Le tampon servant au massage est imbibé, suivant les cas, d'une solution iodo-iodurée, de glycérine phéniquée, de baume du Pérou, de naphthol sulfuriciné.

Au traitement local on peut adjoindre, lorsque l'état du sujet l'exige, un traitement général en rapport avec le tempérament de l'ozénateux. On s'adresse tantôt au fer, à l'arsenic, à la noix vomique, à l'huile de foie de morue, aux bains salés, au régime tonique.

Un médicament qui paraît agir efficacement sur la pituitaire des malades atteints de coryza atrophique, c'est l'iode, sous quelque forme qu'il soit absorbé.

Personnellement M. Moure procède de la façon suivante quand il se trouve en présence d'un ozénateux qui n'a jamais subi aucun traitement :

Après avoir débarrassé le nez des croûtes qu'il renferme, il se borne, si le malade désire simplement être délivré de l'odeur qu'il répand, à lui prescrire des irrigations nasales et rétro-nasales antiseptiques suivies de pulvérisations de même nature ou de pulvérisations huileuses. A ceux qui désirent tenter d'obtenir une guérison définitive, on fait, tous les 2 jours pendant 15 jours, puis 2 fois par semaine durant un mois, une seule fois et plus rarement dans la suite, des massages vibratoires de toute la muqueuse nasale. Ces massages sont suivis d'une irrigation qui enlève toutes les croûtes, puis d'une pulvérisation au nitrate d'argent avec une solution allant de 5 à 25 p. 100.

M. Moure a obtenu nombre de guérisons définitives, et, dans d'autres cas, d'excellents résultats avec ce traitement suffisamment prolongé, et il a pu, après 2 à 3 semaines de traitement, s'assurer de la non-participation des diverses cavités accessoires des fosses nasales au processus, ou au contraire de l'existence d'une complication de ce côté. Cette connaissance présente un grand intérêt au point de vue thérapeutique et permet, dans certaines circonstances, de s'adresser directement à l'origine du mal ou tout au moins à la cause de sa persistance indéfinie.

Il conseille habituellement de joindre à ce traitement local, un traitement général. Le séjour au bord de la mer ou dans une station thermale constitue aussi un excellent adjuvant dans certaines formes torpides et rebelles.

Les causes des paralysies récurrentielles.

M. Lermoyez (de Paris), rapporteur. — On sait que le larynx remplit deux fonctions : il sert à la fois à la phonation et à la respiration. Ces deux rôles sont si distincts que leur indépendance physiologique va souvent, en pathologie, jusqu'à l'antagonisme; on pourrait presque dire que dans le larynx sont superposés et non pas fusionnés deux organes : l'un qui parle, l'autre qui respire. A chacune de ces adaptations fonctionnelles